

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om prehospital akutsjukvård ändras så att de motsvarar de strukturer som landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen medför.

Enligt förslaget är den prehospitala akutsjukvården myndighetsverksamhet och utgör en del av jourssystemet inom social- och hälsovården samt av den övergripande säkerheten i samhället. I propositionen föreslås bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter och om ordnande och produktion av den inom ramen för landskapsstrukturen.

För samarbetsområdena för social- och hälsovården föreskrivs mer omfattande uppgifter som anknyter till beredskapsstyrningen. Landskapen ska planera och genomföra beredskapen inom social- och hälsovården, och landskapen i varje samarbetsområde ska samordna sin planering så att det bildas en riksomfattande helhet som fungerar under normala förhållanden och vid störningar.

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2021.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	3
1 INLEDNING.....	3
2 NULÄGE	3
2.1 Lagstiftning och praxis.....	3
2.2 Den internationella utvecklingen samt lagstiftningen i EU	7
2.2.1 Norge.....	8
2.2.2 Sverige.....	8
2.2.3 Danmark	9
2.2.4 Rådgivnings- och handledningstjänster inom social- och hälsovården i Norden.....	10
2.2.5 Europeiska unionens regler om statligt stöd.....	10
2.3 Bedömning av nuläget	12
2.3.1 Prehospital akutsjukvård	12
2.3.2 Beredskap och kapacitet.....	13
2.3.3 Nationella kommunikations- och informationssystem för hög beredskap samt riksomfattande datainsamling om den prehospitala akutsjukvården.....	14
2.3.4 Rådgivnings- och handledningstjänster.....	15
2.3.5 Myndighetssamarbete inom planeringen och ledningen av funktioner.....	16
3 MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN	16
3.1 Målsättning	16
3.2 Alternativ	17
3.3 De viktigaste förslagen.....	19
4 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	21
4.1 Ekonomiska konsekvenser.....	21
4.2 Konsekvenser för myndigheterna	21
4.3 Övriga samhälleliga konsekvenser.....	22
4.3.1 Konsekvenser för tjänsternas tillgänglighet och kvalitet.....	22
4.3.2 Konsekvenser för företagsverksamheten.....	23
5 BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	24
6 SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER.....	24
DETALJMOTIVERING	26
1 LAGFÖRSLAG	26
2 NÄRMARE BESTÄMMELSER OCH FÖRESKRIFTER	37
3 IKRAFTTRÄDANDE	38
4 FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	38
LAGFÖRSLAG	43
Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	43
BILAGA	47
PARALLELLTEXT	47
Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	47

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

Genom landskaps- och social- och hälsovårdsreformen överförs ansvaret för ordnandet av social- och hälsotjänster från kommunerna och sjukvårdsdistrikten till landskapen. Bestämmelser om servicestrukturen finns i den föreslagna landskapslagen och lagen om ordnande av social- och hälsovård (RP 15/2017 rd).

För samordningen av social- och hälsovård som ordnas av landskapen finns fem samarbetsområden. För varje samarbetsområde upprättas ett samarbetsavtal. I samarbetsavtalet ska landskapen komma överens om arbetsfördelningen och samarbetet vid produktionen av jour dygnet runt till den del det inte föreskrivs om detta i 11 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård eller någon annanstans.

I samarbetsavtalet ska också avtalas om bl.a. samarbetet inom den prehospitalkakutsjukvården och samordningen av den prehospitalkakutsjukvården och den övriga verksamheten samt finansieringen av centralen för prehospital akutkakutsjukvård. Den nuvarande strukturen med fem specialupptagningsområden används som grund för en nätverksbaserad modell med fem samarbetsområden där landskapen tillsammans planerar och styr beredskapen inom social- och hälsovården, särskilt i fråga om jourtjänster. Samarbetsområdenas verksamhet samordnas så att det bildas en riksomfattande helhet som fungerar under normala förhållanden och vid störningar.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

Den prehospitalkakutsjukvården totalreformerades genom hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft 2011. Organiseringsansvaret överfördes från kommunerna till sjukvårdsdistrikten och servicens namn ändrades till prehospital akutkakutsjukvård från det tidigare begreppet sjuktransport.

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospitalkakutsjukvården inom sitt område. Den prehospitalkakutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt kan organisera den prehospitalkakutsjukvården inom hela sitt område eller en del av det genom att sköta verksamheten själv, genom att ordna vården i samarbete med räddningssväsendet i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitalkakutsjukvården ska produceras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitalkakutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospital akutkakutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Innehållet i den prehospitalkakutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitalkakutsjuk-

vården är utsatt för hög belastning samt specialupptagningsområdets resurser beaktas i servicen.

I den prehospitla akutsjukvården ingår enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådsakande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten. Den prehospitla akutsjukvårdens innehåll i förhållande till patientförflyttningar preciserades genom en ändring som trädde i kraft vid ingången av 2017. Ordalydelsen preciserades så att den prehospitla akutsjukvården omfattar förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen.

Den prehospitla akutsjukvården omfattar dessutom upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård, vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen, medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter och aktörer, och handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitla akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården. Den prehospitla akutsjukvården inbegriper första insatsen i alla sjukvårdsdistrikt.

Enligt 46 § i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska ordnas. Centralerna för prehospital akutsjukvård fick mer omfattande uppgifter från och med ingången av 2017. Centralen för prehospital akutsjukvård ska sätta upp de mål som gäller den tid inom vilken befolkningen inom det egna specialupptagningsområdet ska få vård och som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården, med beaktande av befolkningens uppskattade servicebehov, jourstrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet samt specialupptagningsområdets resurser för prehospital akutsjukvård. Varje sjukvårdsdistrikt bestämmer självständigt om sitt beslut om servicenivån.

Centralen för prehospital akutsjukvård ska dessutom inom det egna området ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare, samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitla akutsjukvården, planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet, samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralverket, tillsammans med andra specialupptagningsområden bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitla akutsjukvården, ansvara för huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet samt för en del av underhållet av systemen och medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren föreskrivs i 29 a § i socialvårdslagen (1301/2014). Enligt paragrafen har socialjouren i ett område i samarbete med den central för prehospital akutsjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen till uppgift att samordna de lokala och regionala larmanvisningar för socialväsendet som ges till Nödcentralsverket och därvid beakta larmanvisningarna för hälso- och sjukvårdsväsendet och medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Närmare bestämmelser om prehospital akutsjukvård och uppgifterna vid centralerna för prehospital akutsjukvård finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017). Den reviderade förordningen om prehospital akutsjukvård trädde i kraft vid ingången av 2018. De viktigaste ändringarna jämfört med den tidigare förordningen gällde beredningen av besluten om servicenivån och deras uppbyggnad. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. Innehållet i den prehospitala akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt specialupptagningsområdets resurser beaktas i servicen. Insatstiderna för prehospital akutsjukvård beskriver hur snabbt prehospital akutsjukvård ska finnas på plats inom sjukvårdsdistriktets område i fyra olika angelägenhetsklasser och fyra olika riskområdesklasser. Kriterierna för angelägenhetsklasserna och riskområdesklasserna är enhetliga i hela landet.

Riksomfattande enhetlighet i hanteringen av uppgifter inom den prehospitala akutsjukvården har främjats genom att sjukvårdsdistriktens beslut om servicenivån för 2018 har beretts enligt enhetliga principer inom varje specialupptagningsområde. Sjukvårdsdistrikten fattar de slutliga besluten om servicenivån och avgör i praktiken när den prehospitala akutsjukvården är tillräckligt omfattande. Vad gäller omfattningen beaktas första insatsen, ambulansernas placering och verksamhet samt läkarenheterna inom den prehospitala akutsjukvården.

Nationella informationssystem som ska användas gemensamt av de myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället har byggts upp under flera års tid. Dessa kommunikations- och informationssystem tryggar ett smidigt myndighetssamarbete och informationsutbyte inom och mellan myndigheterna under normala förhållanden och vid störningar. Systemen omfattar nödcentralsdatasystemet ERICA, myndigheternas gemensamma fältsystem KEJO och den anknyttande nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård samt myndighetsradionätet (Virve). ERICA avses införas i slutet av 2018 och fältsystemet KEJO ungefär ett år senare.

ERICA och KEJO, som ingår i statens säkerhetsnät (TUVÉ), utgör en funktionell helhet. Systemet KEJO kommer att vara en ytterst viktig elektronisk plattform som förbättrar säkerhetsmyndigheternas samarbete. Förutom säkerhetsmyndigheternas gemensamma funktioner omfattar KEJO sektorsinterna delar, t.ex. den nationella elektroniska patientjournalen, som kommer att användas av alla aktörer inom den prehospitala akutsjukvården.

Bestämmelser om patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården finns i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen. Där föreskrivs att kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska sörja för att patienten transporteras för vård eller åtgärder till någon annan verksamhetsenhet.

Den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården som är under beredning har en nära koppling till den prehospitla akutsjukvården. I dagsläget finns det, beroende på område och tidpunkt, totalt olika servicenummer för invånarna. Samtal som gäller rådgivning och handledning kommer bl.a. in till nödnumret 112. Målet med tjänsten är att förbättra servicen för invånarna och minska antalet jourbesök och uppdrag inom den prehospitla akutsjukvården. Målet är också att styra samtal som inte hör till nödnumret till rätt ställe.

Ett flertal sjukvårdsdistrikt har sedan hösten 2017 pilottestat tjänsten Jourhjälp 116 117 för hälso- och sjukvårdsfrågor. Målet är att invånarna i Finland ska ha tillgång till ett enda jourtelefonnummer (116 117) vid utgången av 2019. Före landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen träder i kraft 2019–2020 utvecklas modeller och praxis för en riksomfattande modell för socialvården som kan tas i bruk när ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs till landskapen. Invånarna kan ringa det numret under jourtid när de har social- och hälsorelaterade problem som inte är akuta. Tjänsten kallas Jourhjälp 116 117. Den service som ges via detta riksomfattande telefonnummer produceras regionalt inledningsvis av sjukvårdsdistrikten och i fortsättningen av de kommande landskapen. Tjänsten kompletterar jourverksamheten vid Nödcentralsverket och inom social- och hälsovården. Denna tjänst har också en nära koppling till riksomfattande digitala rådgivningstjänster såsom Hälsobyn och projektet Omaolo (ODA).

Bestämmelserna om jourverksamheten inom social- och hälsovården ändrades genom lagarna 1516/2016 och 1517/2016 som trädde i kraft vid ingången av 2017 och skulle tillämpas senast från och med ingången av 2018. I detta sammanhang infördes i lagen om hälso- och sjukvård en ny 50 a § om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. I paragrafen infördes en skyldighet för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att i samband med den bedömning som krävs för brådskande vård i enlighet med 35 § i socialvårdslagen bedöma om patientens behov av socialvård är uppenbart. Om behovet är uppenbart ska han eller hon hänvisa patienten till socialservicen eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, för att en yrkesutbildad person inom socialvården ska göra en bedömning av servicebehovet i enlighet med 36 § i socialvårdslagen. Om samtycke inte kan fås och patienten är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården utan dröjsmål och trots sekretessbestämmelserna anmäla till den myndighet som ansvarar för socialvården om behovet av barnskydd eller annan socialvård. Anmälan får även göras av en annan person trots sekretessbestämmelserna. I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren.

Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017) har utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. I den finns närmare bestämmelser om brådskande vård. Enligt förordningens 11 § ska kommunen eller samkommunen se till att befolkningen ges information om hur man ska handla och vart man kan vända sig i nödsituationer eller i samband med akut sjukdom eller olycksfall, och var man kan få tillgång till de tjänster som behövs. Rådgivningen för brådskande vård ska organiseras så att det för den under alla tider på dygnet finns reserverat tillräckligt många yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med tillräcklig arbetserfarenhet. I motiveringen till förordningen konstateras att rådgivningstjänsten i samband med jouren kan ordnas per telefon och genom att komplettera den med andra e-tjänster. Rådgivningstjänstens uppgift är att hjälpa patienter som behöver veta om deras symtom eller skador kräver en brådskande bedömning av en läkare och ett eventuellt besök på en hälsostation eller en jourenhet. Syftet är att patienten ska få höra vad en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anser om behovet av vård och hur brådskande behovet är samt valet av vårdenhet. Jourhjälp 116 117 tillhandahåller rådgivning enligt förordningen.

Enligt 29 § i socialvårdslagen ska socialjour ordnas dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för alla åldrar. Jouren ska organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt och brådskande socialservice ges enligt vad som föreskrivs i denna eller någon annan lag. Jourenheterna ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att servicekvaliteten och klientsäkerheten ska tillgodoses. I motiveringen till paragrafen konstateras att bestämmelsen förutsätter att såväl myndigheterna (t.ex. polisen och nödcentralen) som kommuninvånarna ska kunna få direkt kontakt med socialjouren. Vid genomförandet av socialjouren ska man samarbeta med den prehospitla akutsjukvården, hälso- och sjukvårdens jour, räddningsväsendet, polisen, nödcentralen och vid behov med andra aktörer.

I 35 § i socialvårdslagen föreskrivs om skyldigheten att göra en anmälan om det finns ett uppenbart behov av socialvård. Paragrafen föreskriver att om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), en socialkurator eller en anställd hos socialväsendet, undervisningsväsendet, idrottsväsendet, barndagvården, räddningsverket, Nödcentralsverket, Tullen, polisen, Brottsföljdsmyndigheten, arbets- och näringsmyndigheten, Folkpensionsanstalten eller utsokningsmyndigheten i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska han eller hon styra personen till att söka socialservice eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas. Om samtycke inte kan fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska de ovannämnda personerna utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna. När tjänsten Jourhjälp 116 117 lanseras besvaras samtal till rådgivningsnumret av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som kan identifiera ett uppenbart behov av socialvård och hänvisa personen till en bedömning av servicebehovet.

För närvarande omfattar systemet för finansiering av den prehospitla akutsjukvården tre kanaler. I finansieringen deltar sjukvårdsdistrikten. Folkpensionsanstalten med stöd av sjukförsäkringslagen (1224/2004) och patienten med sin självriskandel.

När landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen träder i kraft får landskapen allmän finansiering av staten i enlighet med lagen om landskapens finansiering, och landskapen beslutar om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin behörighet. Som ett led i landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen (RP 15/2017 rd) ska det i lagen om landskapens finansiering föreskrivas om den allmänna finansiering som grundar sig på landskapens uppgifter i samband med social- och hälsovård, miljö- och hälsoskydd samt räddningsväsendet.

Landskapen tar över ordnandet och finansieringen av patientförflyttningar och prehospital akutsjukvård. Avsikten är att de ersättningar enligt sjukförsäkringslagen som Folkpensionsanstalten betalar ut för patientförflyttningar och transporter som hör till den prehospitla akutsjukvården ska upphöra vid ingången av 2021. Förändringen är ett led i förenklandet av flerkanalfinansieringen av hälso- och sjukvården. Regeringen har för avsikt att lämna en proposition med förslag till lag om ändring av sjukförsäkringslagen och till vissa lagar som har samband med den till riksdagen i december 2018.

2.2 Den internationella utvecklingen samt lagstiftningen i EU

Man kan med fördel jämföra hur social- och hälsovården ordnas och produceras i synnerhet i de nordiska länderna, eftersom det finns stora likheter i förhållandena och utvecklingsutmaningarna exempelvis med avseende på befolkningens åldersprofil och ökande servicebehov.

2.2.1 Norge

Aktörer på nationell nivå i Norge är hälsodepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet) samt följande myndigheter underställda departementet: hälsodirektoratet (Helsedirektoratet), tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården (Statens Helsetilsyn), läkemedelsverket (Statens Legemiddelverk) och folkhälsoinstitutet (Folkehelseinstituttet).

I Norge genomfördes under 2001—2002 två omfattande reformer av hälso- och sjukvården. Husläkarmodellen (Fastlegeordningen) gällde ansvaret för finansiering och ordnande av läkartjänster inom primärvården, och sjukhusreformen (Sykehusreform, Helseforetaksloven) innebar ett förstatligande av landets specialiserade sjukvård. Till följd av reformerna uppstod ett tudelat system där staten organiserar specialistsjukvården och kommunerna primärhälsovården och socialservicen. Så småningom uppdagades problem i modellen i fråga om integreringen av servicekedjorna. Därför inleddes beredningen av en ny lagstiftningsreform, samarbetsreformen (Samhandlingsreformen). Samarbetslagstiftningen trädde i kraft vid ingången av 2012. Kommunerna fick ett större ansvar för koordination av servicen och i lagstiftningen togs bl.a. in ett obligatoriskt avtalsförfarande mellan kommunerna och de regioner som ansvarar för specialistsjukvården för att skapa fungerande vård- och servicehelheter.

I reformen av primärvården förpliktades Norges kommuner att ordna läkartjänster inom primärvården genom avtal med privata yrkesutövare. Läkarna, som tidigare hade varit anställda av länen, övergick till att vara enskilda yrkesutövare. I sjukhusreformen övergick ansvaret för finansiering och ordnande av den specialiserade sjukvården från fylkena till staten. I samband med reformen delades Norge in i fem – sedan 2007 fyra – regioner, där statens regionala aktörer har ansvaret (Regionale Helseforetak). Dessa ansvarar för att invånarna i varje region får de tjänster inom den specialiserade sjukvården som de behöver. Sjukhusen är de regionala aktörernas ”dotterbolag” (Lokale Helseforetak), som kan utgöras av ett eller flera sjukhus.

De regionala hälsoföretagen ansvarar för den prehospitla akutsjukvården på land, till sjöss och med luftfarkost. Regionerna kan producera verksamheten själva eller upphandla tjänsterna från privata företag. Första insatsen produceras huvudsakligen av räddningsväsendet. Produktionen av flygtjänster inom den prehospitla akutsjukvården sköts av en riksomfattande aktör som ägs av regionerna.

2.2.2 Sverige

Sveriges social- och hälsovårdssystem är indelat i tre nivåer. På nationell nivå ansvarar Socialdepartementet för lagstiftningen. Ett flertal olika myndigheter är underställda Socialdepartementet, såsom Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen i Sverige ligger huvudansvaret för att ordna och finansiera hälso- och sjukvården hos de 20 landstingen eller på med dem jämförbara regioner, som har ett befolkningsunderlag som varierar mellan knappt 200 000 och 2 000 000 invånare. Om ett landsting har lämnat in en ansökan om att få större områdesansvar och ansökan har beviljats (t.ex. Skåne och Västra Götaland), omfattar uppgifterna också vissa åtgärder inom regional utveckling. Kommunerna ansvarar bland annat för skolhälsovården och hemsjukvården samt för socialtjänsten i sin helhet.

Landstingens huvuduppgift är att ansvara för ordnandet av hälso- och sjukvården inom sitt område. Kostnaderna för hälso- och sjukvården står för över 90 procent av verksamhetskostnaderna. Verksamheten finansieras med landstingsskatt, statliga bidrag och i viss mån med

klientavgifter. En del av de statsbidrag som betalas ut till landstingen står i relation till befolkningsunderlaget och är kapitationsgrundade. Det största enskilda bidragsbeloppet grundar sig på ersättningar för läkemedelskostnader. Under de senaste åren har en allt större del av statsandelarna blivit prestationsbaserade, vilket återspeglar statens växande behov av att styra det decentraliserade systemet mot jämnare kvalitet och tillgänglighet.

Tidigare producerade landstingen själva största delen av de tjänster som de ansvarar för att ordna, men andelen utomstående producenter har ökat såväl inom den specialiserade sjukvården som inom primärvården. Orsaken till att producentkåren blev mångsidigare var inledningsvis att man väntade sig att konkurrensen mellan producenterna skulle leda till en positiv utveckling av produktionskostnader, pris och kvalitet. Senare har problemen med tillgång till tjänster samt strävan att stärka patienternas ställning och öka medborgarnas valfrihet understött utvecklingsförloppet, där marknaderna har öppnats även för privata producenter och för producenter inom den tredje sektorn. När verksamhet lades ut på entreprenad följde man tidigare huvudsakligen Lagen om offentlig upphandling och de upphandlingsförfaranden som den beskriver. Vid ingången av 2009 förändrades situationen i och med ikraftträdandet av en lagstiftningsreform som vid sidan av upphandlingsförfarandena gav landstingen och kommunerna en alternativ möjlighet att utvidga gruppen av tjänsteproducenter, nämligen genom att ordna tjänsterna inom så kallade valfrihetssystem. Lagen om valfrihetssystem innehåller bland annat bestämmelser enligt vilka kommunen eller landstinget offentligt ska annonsera om möjligheten att delta i ett valfrihetssystem, godkänna och teckna kontrakt med leverantörer som uppfyller på förhand angivna krav samt tillämpa ersättningsförfaranden som är gemensamma för alla godkända producenter. Producenterna förväntas då konkurrera huvudsakligen genom kvaliteten.

Landstingen ansvarar för den prehospitla akutsjukvården. De kan antingen producera verksamheten själva eller avtala om den med räddningstjänsten i kommunen eller med privata aktörer. Särskilt i de större städerna är det privata företagare som producerar verksamheten. Merparten av landstingen har ingått avtal om tjänster för första insatsen med den kommunala räddningstjänsten. Flygtjänsterna inom den prehospitla akutsjukvården ska dock upphandlas av landstinget, och de produceras av flera leverantörer.

2.2.3 Danmark

För hälso- och sjukvården ansvarar hälso- och äldreministeriet (Sundheds- og ældreministeriet) och för socialvården social- och inrikesministeriet (Social- og indenrigsministeriet). För styrningen av hälso- och sjukvården på nationell nivå ansvarar hälsostyrelsen (Sundhedsstyrelsen) som är underställd hälsoministeriet. En del av de uppgifter som tidigare hört till hälsostyrelsen (Sundhedsstyrelsen) fördelades i slutet av 2015 på de myndigheter som ansvarar för styrning, läkemedelsområdet och patientsäkerhet. Dessa kompletteras med en ny myndighet för informationsförvaltning inom hälso- och sjukvården. Danska Socialstyrelsen är underställd social- och inrikesministeriet.

Social- och hälsovårdssystemet har tre nivåer av vilka den nationella nivån sköter styrningen medan regionerna och kommunerna deltar i tjänsteproduktionen. Staten samordnar de högt specialiserade tjänsterna, sammanför olika specialområden och garanterar tjänsternas kvalitet.

När kommun- och regionförvaltningen reformerades 2007 överfördes det huvudsakliga organiseringsansvaret för hälso- och sjukvården från 14 landskap (amter) på fem aktörer (regioner). Kommunernas antal minskade från 271 till 98. I strukturreformen bildades fem regioner som ansvarar för de flesta hälsotjänster, såsom allmänläkartjänster, specialistsjukvård och institutionsvård. Utöver sjukvården ansvarar regionerna för den kliniska psykiatrin samt de privat-

och specialistläkartjänster som hör till sjukförsäkringssystemet. Regionerna har ett fullmäktige som utses genom val men ingen beskattningsrätt och ingen kommunal behörighet. Allmänläkarna är självständiga yrkesutövare som har avtal med regionerna. Regionerna har också uppgifter inom det specialiserade socialväsendet samt inom regionplanering och regionutveckling.

Fem regioner ansvarar för organiseringen av prehospital akutsjukvård. När staten finansierar verksamhet förutsätter den att de fem regionerna samarbetar enligt enhetliga verksamhetsprinciper. Tjänster kan produceras av privata eller offentliga producenter. Den prehospitala akutsjukvården i Köpenhamnsregionen och akutläkarverksamheten i hela landet produceras offentligt. Verksamhet som omfattar första insatsen produceras främst av räddningsverken. Flygtjänster inom den prehospitala akutsjukvården ska dock upphandlas av respektive region.

2.2.4 Rådgivnings- och handledningstjänster inom social- och hälsovården i Norden

I de övriga nordiska länderna finns motsvarande centrala servicenummer som Finlands kommande 116 117. I Sverige har invånarna tillgång till hälsovårdstjänster på det centrala numret 1177, som också är kopplat till e-tjänster och en möjlighet att granska patientuppgifter. I Storköpenhamnsregionen betjänar numret 1813, som är starkt sammankopplat med regionens prehospitala akutsjukvård och nödcentralssystem. I Norge ska kunderna kontakta numret 116117 för att nå jouren i respektive kommun.

I EU har numret 116 117 harmoniserats för hälsorådgivning genom kommissionens beslut 2007/116/EG. I Finland kommer numret att användas i bredare omfattning för jourfunktionerna inom social- och hälsovården.

2.2.5 Europeiska unionens regler om statligt stöd

EU:s regler om statligt stöd är en del av unionens konkurrensrätt, som syftar till att garantera lika konkurrensförhållanden i hela unionen. Reglerna är bindande och direkt tillämplig rätt i medlemsstaterna. På EU-rätten tillämpas den så kallade företrädesprincipen, dvs. att EU-rätten ska ges företräde framför nationell lagstiftning och verksamhet som står i strid med EU-rätten.

Bestämmelser om statligt stöd finns i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF, artiklarna 107–109). Reglerna är en viktig del av verksamheten på Europas inre marknad, och syftet med den är att se till att medlemsstaternas myndigheter inte beviljar stöd som snedvrider konkurrensen och som därmed är oförenliga med den inre marknaden. Reglerna om statligt stöd hör till kommissionens behörighet. Kommissionen har exklusiv behörighet att besluta om ett stöd är förenligt med den inre marknaden. Enligt artikel 107.1 i FEUF är stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

Innehållet i artikeln har utvecklats utifrån EU-domstolens avgöranden. I reglerna och i tolkningen av dem används etablerade begrepp som inte nödvändigtvis direkt motsvarar de etablerade begreppen och uttrycken i Finland. I EU-domstolens avgörandepraxis används begreppen ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet. Reglerna om statligt stöd gäller inte icke-ekonomisk verksamhet, utan endast så kallad ekonomisk verksamhet.

Enligt rättspraxis utgör all verksamhet som går ut på att erbjuda varor och tjänster på marknaden ekonomisk verksamhet. Huruvida det finns en marknad för en viss tjänst kan bero på hur tjänsten i fråga har ordnats i medlemsstaten. Till följd av politiska val och ekonomisk utveckling kan klassificeringen av viss verksamhet förändras med tiden.

EU:s regler om statligt stöd gäller inte icke-ekonomisk verksamhet. Det finns i regel två grunder för icke-ekonomisk verksamhet. För det första anses utövning av offentlig makt (t.ex. mål C-118/85, kommissionen v. Italien) och statliga myndigheter som agerar i egenskap av myndigheter (mål C-30/87, Bodson v. Pompes funèbres des régions libérées) innebära icke-ekonomisk verksamhet. Enligt kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (2016/C 262/01) är sådan verksamhet t.ex. armén, polisen, gränsbevakningen och organisation av fängelsedomar. Listan över exempel är inte uttömmande, utan tolkningen utvecklas allteftersom EU-domstolen faller avgöranden.

För det andra har det i de fall där verksamhetsområdet starkt domineras eller definieras av den så kallade solidaritetsprincipen ansetts vara fråga om icke-ekonomisk verksamhet. Solidaritetsprincipen har identifierats speciellt i systemen för social trygghet och i hälso- och sjukvårdssystemen. Gränsdragningen mellan dessa två begreppsliga definitioner (ekonomisk/icke-ekonomisk) är viktig, eftersom definitionen av systemets karaktär – och endast den – avgör om EU:s regler för statligt stöd tillämpas eller inte. Tolkningen bör dock göras från fall till fall, baserat på prövning inom verksamhetsområdet i fråga, och den omfattar ofta noggrann övervägning av olika element inom det aktuella systemet.

Systemens karaktär beror i praktiken på vilka politiska val man i medlemsstaterna gör och har gjort när det gäller systemen. I fråga om medlemsstaternas system för social trygghet har åtminstone nedanstående faktorer ansetts vara kännetecknande för icke-ekonomisk verksamhet. Den första gemensamma nämnaren för icke-ekonomiska system har varit att målet med systemen har ansetts vara uteslutande socialt, eller med andra ord att förverkliga vissa uttalade sociala mål.

Ett system ska utöver det sociala syftet uppfylla solidaritetsprincipen för att anses vara icke-ekonomiskt till sin natur. Ett system ska utöver det sociala syftet uppfylla solidaritetsprincipen för att anses vara icke-ekonomiskt till sin natur. Solidaritetsprincipen har ansetts omfatta följande element: det är obligatoriskt att höra till systemet, systemet finansieras med avgifter som fastställs utifrån en persons inkomster och låginkomsttagare kan befrias från avgifter. Förmånerna är dock desamma för alla och beror inte på beloppet av de betalda avgifterna. Solidaritetsprincipen har ansetts innebära en omfördelning av inkomsterna mellan de mest välsituerade och de som annars skulle vara berövade det sociala skyddet, med hänsyn till deras tillgångar och hälsotillstånd (bl.a. sjuk- och pensionsförsäkringar, de förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet och Pistre, och motsvarande faktorer har betonats i fråga om Italiens system för försäkring mot olycksfall i arbetet i mål C-218/00, Cisl). Vidare har det ansetts vara av betydelse om systemet drivs utan vinstsyfte och i vilken omfattning systemet är reglerat och föremål för tillsyn. Även aktörernas handlingsutrymme har ansetts vara av betydelse, t.ex. huruvida de själva kan fastställa storleken på de premier och avgifter som tas ut hos kunderna eller om det finns bestämmelser om saken som är bindande för aktörerna.

Kommissionen har exklusiv befogenhet att avgöra om det är fråga om otillåtet statligt stöd eller inte. Om kommissionens beslut inte överklagas, står beslutet fast och blir som sådant direkt bindande för medlemsstaterna. Därför är också kommissionens beslut betydande källor vid bedömningen av statliga stöd.

Hittills har varken den offentliga hälso- och sjukvården eller socialvårdssystemet i Finland varit föremål för någon systematisk definition utifrån EU:s regler om statligt stöd. EU-domstolen har inte fällt några avgöranden där det skulle ha fastställts vilken karaktär Finlands system för social trygghet eller hälso- och sjukvårdssektor har med tanke på EU:s regler om statligt stöd.

Under 2014—2017 gjorde EU-kommissionen en så kallad preliminär granskning av ett klagomål om prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar. Patientförflyttningarna (73 § i hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010) ansågs till sin karaktär vara ekonomisk verksamhet. I Finlands åtagande till kommissionen förhindrades i praktiken myndigheterna från att inom myndighetsstrukturen erbjuda patientförflyttningar. När det gäller prehospital akutsjukvård (40 § i hälso- och sjukvårdslagen) har man däremot inte gjort motsvarande tolkning av verksamhetens ekonomiska karaktär. Finland har framfört att prehospital akutsjukvård handlar om myndighetsverksamhet och att sektorn dessutom följer solidaritetsprincipen. Kommissionen ansåg inte att detta stod i konflikt med EU:s regler om statligt stöd, eftersom kommissionen avslutade den preliminära granskningen genom sitt brev av den 4 juli 2017 om påstått statligt stöd SA.38980 till räddningsverk som erbjuder sjuktransporter i Finland.

År 2016 utfärdade social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med inrikesministeriet två anvisningar (STM/4879/2014 4.2.2016 och 18.11.2016) till sjukvårdsdistrikten och räddningsverken om patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården. I breven uppmanade ministerierna sjukvårdsdistrikten och räddningsverken att upphäva sina ömsesidiga avtal om patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården. Anvisningarna gällde både patientförflyttningar enligt 73 § i hälso- och sjukvårdslagen och andra patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården.

2.3 Bedömning av nuläget

2.3.1 Prehospital akutsjukvård

Den 22 december 2016 slog regeringen fast och offentliggjorde riktlinjer om ordnande och produktion av prehospital akutsjukvård i social- och hälsovårdens organisationsstruktur. Genom ett författningsutkast daterat den 13 juni 2018 preciserade reformministergruppen sina riktlinjer om ordnande och produktion av prehospital akutsjukvård som en del av landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen. De viktigaste principerna i riktlinjerna från december 2016 kvarstår. Den lagstiftning om prehospital akutsjukvård som har samband med social- och hälsovårdsreformen har beretts utifrån dessa riktlinjer. Enligt riktlinjerna är den prehospitala akutsjukvården myndighetsverksamhet och utgör en del av joursystemet inom social- och hälsovården samt den övergripande säkerheten i samhället.

Alla 18 landskap ska ordna prehospital akutsjukvård. Den prehospitala akutsjukvården ska produceras som landskapets egen verksamhet eller i samarbete med ett eller flera andra landskap. Landskapen kan också upphandla en viss del av den prehospitala akutsjukvården från den privata sektorn. Modellen med många producenter bevaras.

Landskapen ska tillsammans bilda beredskapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården som är verksamma inom alla fem samarbetsområden. Beredskapscentren har styrningsuppgifter som gäller ansvarsområdets jourverksamhet och beredskap.

Ett nytt inslag är den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården (Jourhjälp 116 117). Målet är att det ska finnas ett enda riksomfattande telefonnummer som invånarna kan ringa under jourtid när de har social- och hälsorelaterade problem som inte är akuta. Landskapen ska producera servicen bakom det riksomfattande telefonnumret.

Behovet av prehospital akutsjukvård och dess roll i den övergripande säkerheten i Finland har förändrats avsevärt från den tid då man talade om sjuktransport och verksamheten i första hand betraktades som en transportlogistisk fråga. I dag är den prehospitala akutsjukvården en

integrerad del av jourssystemet inom social- och hälsovården i Finland. Denna förändring återspeglar också den internationella utvecklingen, t.ex. i jämförelse med de övriga nordiska länderna.

Modern prehospital akutsjukvård omfattar förutom bedömning av patienternas vårdbehov, initial vård och eventuella transporter också allt fler uppgifter som hänför sig till samhällets beredskap och nätverket av säkerhetsmyndigheter. Den som ordnar prehospital akutsjukvård ska i sin planering av verksamheten och styrning av tjänsterna se till att de fungerar under normala förhållanden och i situationer med hög belastning samt vid olyckor, störningar och undantagsförhållanden. Detta kräver ett mycket nära, dagligt samarbete mellan landskapen när det gäller att upprätthålla beredskapen för prehospital akutsjukvård. En betydande del av uppgifterna inom den prehospitala akutsjukvården är enbart landskapsinterna, men allteftersom principer och rutiner etableras bör lägesbilden och resursanvändningen följas upp även inom större områden än landskapen för att systemet ska kunna reagera på ständigt varierande situationer på ett flexibelt sätt och med patienternas bästa i åtanke.

2.3.2 Beredskap och kapacitet

Hotbilderna mot beredskapen inom social- och hälsovården sträcker sig i regel över sjukvårdsdistrikts- och landskapsgränserna. Den prehospitala akutsjukvården bör planeras och genomföras så att den utgör en riksomfattande helhet med enhetliga funktionsprinciper. Situationer som överskrider landskapsgränserna bör kunna hanteras genom enhetliga förfaranden och anvisningar samt genom tillräcklig styrning och ledning.

De som ordnar prehospital akutsjukvård ska också ha ett nära samarbete med andra myndigheter och säkerhetsaktörer vid utarbetandet och uppdateringen av de regionala beredskapsplanerna. Det här samarbetet ska hela tiden också beakta funktionsförmågan hos regioner som är större än landskapen. Landskapens regionala beredskap utgör den enda fungerande grunden för samarbetsområdenas förmåga att fungera vid störningar och kriser, och därmed även grunden för den nationella funktionsförmågan.

Vikten av en riksomfattande helhet och enhetliga verksamhetsmodeller framhävs i myndigheternas samarbete med exempelvis Nödcentralverket. Det nya nödcentraldatasystemet ERICA kommer att vara ett riksomfattande system som nödcentralerna använder från sex olika verksamhetsställen. De olika nödcentralerna kan ta emot nödmeddelanden från vilket annat område som helst, behandla dem och larma enheter utsedda av nödcentralmyndigheterna. Myndigheternas modeller för hur enheterna ska användas ska vara enhetliga i hela landet. Dessutom är en central ny egenskap i ERICA myndigheternas möjlighet att själva använda systemet och sina egna resurser. Därmed ska även myndigheternas verksamhetsmodeller samordnas med Nödcentralverkets verksamhetsprinciper.

Regionförvaltningsverken har för närvarande uppgifter som hänför sig till beredskapen inom social- och hälsovården. De är viktiga aktörer vid olika typer av störningar i och med att de har sammanställt en lägesbild över ansvarsområdet och förmedlat den till samarbetsparterna och bl.a. till ministeriet. Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården slås samman och bildar Statens tillstånds- och tillsynsmyndighet, som framöver inte kommer att ha beredskapsrelaterade operativa uppgifter. Skapandet och uppdateringen av lägesbilden grundar sig i fortsättningen på landskapens lägesbildsfunktion, men i fråga om social- och hälsovården är det vid störningar nödvändigt att kunna sammanställa lägesbilden också över större verksamhetsområden. Det faller sig mycket naturligt att bilda detta större verksamhetsområde med de fem nuvarande specialupptagningsområdena som grund.

Specialupptagningsområdena enligt den gällande hälso- och sjukvårdslagen och deras centraler för prehospita akutsjukvård utgör en naturlig grund för delvis samordning av lägesbilds- och ledningscentralfunktionerna för social- och hälsovården inom landskapens samarbetsområden. De fem kommande beredskapscentren antas ha tillräckliga resurser och kapaciteter att skapa, uppdatera och förmedla lägesbilden vid störningar som gäller social- och hälsovården, särskilt med avseende på jourfunktionerna. De fem centren bildar ett inbördes nätverk och dessutom inom sina respektive samarbetsområden nätverk med olika aktörer inom det egna ansvarsområdet, men också med andra myndigheter. I denna modell bildar de fem centren också en nationell kapacitet för skapande och uppdatering av lägesbilden för ansvarsområdet, i synnerhet med avseende på jourfunktionerna. Denna struktur kan flexibelt modifieras till att omfatta skapandet av en lägesbild av stödtjänsterna för jourverksamheten, exempelvis vid störningar i cybersäkerheten.

Strukturen innebär inte att landskapens skyldighet och behovet av att sörja för landskapens egna beredskap försvinner, utan den stödjer landskapen i planeringen och upprätthållandet av beredskapen inom social- och hälsovården. Detta har även en koppling till det samarbete kring landskapens gemensamma beredskap som landskapen och de fem samarbetsområdena bedriver med bl.a. inrikesministeriet.

2.3.3 Nationella kommunikations- och informationssystem för hög beredskap samt riksomfattande datainsamling om den prehospita akutsjukvården

Uppdragen inom den prehospita akutsjukvården förmedlas och behandlas framöver endast i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Systemen omfattar nödcentralsdatasystemet ERICA, myndigheternas gemensamma fältsystem KEJO och den anknyttande nationella elektroniska patientjournalen för prehospita akutsjukvård samt myndighetsradionätet (Virve), som redan används. Dessa kommunikations- och informationssystem används gemensamt av de myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället och tryggar ett smidigt myndighetssamarbete och informationsutbyte i alla lägen.

En enhetlig specificering och användning av dessa informationssystem gör det möjligt att bygga upp en nationell informationsresurs för den prehospita akutsjukvården, vilket innebär ett tillförlitligt och enhetligt nationellt underlag för riskanalyserna, uppföljningen och utvecklingen av verksamheten. Bildandet av en nationell informationsresurs för den prehospita akutsjukvården är ett led i planeringen och uppföljningen av den övergripande säkerheten. Målet är att man på riksnivå ska kunna bedöma verksamheten och effektiviteten i den vård- och servicekedja som bygger på nödcentralsverksamheten, den prehospita akutsjukvården och den fortsatta vården av patienterna. Hittills har tillgången till tillförlitliga riksomfattande verksamhetsuppgifter om den prehospita akutsjukvården varit mycket bristfällig. Bristerna har framkommit i nationella utredningar som gjorts av Kommunförbundet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och social- och hälsovårdsministeriet. Bristerna har hittills gjort det omöjligt att inkludera uppgifter från nödcentralerna och den prehospita akutsjukvården bl.a. i de nationella resultat- och kostnadsutredningar som Institutet för hälsa och välfärd genomfört inom ansvarsområdet. I och med den nationella informationsresursen för prehospita akutsjukvård kan den riksomfattande och regionala verksamheten jämföras också internationellt, bland annat mellan de nordiska länderna.

År 2018 har tillgången till riksomfattande information om den prehospita akutsjukvården blivit bättre i fråga om de insatstider som ingår i besluten om servicenivån för den prehospita akutsjukvården. De nya bestämmelserna om upprättande av beslut om servicenivån i förordningen om prehospita akutsjukvård trädde i kraft vid ingången av 2018. Sjukvårdsdistriktens beslut om servicenivån för 2018 bereddes för varje specialupptagningsområde enligt

enhetliga principer. Sjukvårdsdistrikten fattar de slutliga besluten om servicenivån och avgör i praktiken när den prehospitala akutsjukvården är tillräckligt omfattande.

Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat information om faktiska insatstider för den prehospitala akutsjukvården som samlats in och behandlats på ett enhetligt sätt i hela landet och gäller början av år 2018. Tidigare har informationen om sjukvårdsdistrikten inte behandlats på ett enhetligt sätt i hela landet. Vad gäller materialet för 2018 kan det konstateras att den prehospitala akutsjukvården når patienterna snabbt i innerstäderna, och på ett tämligen jämlikt sätt i hela landet. Mediantalen för de genomsnittliga insatstiderna är ytterst enhetliga. I materialet innebär mediantalet att hälften av insatstiderna är kortare än det och hälften är längre. Med 90-percentil avses den tid inom vilken 90 procent av insatserna har nått patienten. 90-percentilen kompletterar den ovan beskrivna medianen och beskriver tidsspridningen i materialet. Det finns skillnader i insatstiderna inom 90-percentilen, men helheten framstår som jämlik i ett riksomfattande perspektiv. Som förväntat förekommer det variationer i insatstiderna utanför innerstäderna i och med att verksamhetsområdena är olika. Det är inte rimligt att rapportera utfall på 100 procent eftersom de sista 10 procenten innehåller överlänga tider bl.a. av mättekniska skäl. Sjukvårdsdistrikten analyserar och rapporterar även insatstiderna för denna sista tiondel.

Källan för den information som besluten om servicenivån bygger på kommer att ändras när det nya riksomfattande nödcentralsdatasystemet ERICA tas i bruk. Servicenivåindikatorerna bör utvecklas så att de mäter både insatstiderna och vårdens kvalitet inom den prehospitala akutsjukvården. Detta har inte varit möjligt på riksnivå på grund av otillräckliga och oenhetliga informationsunderlag. Under de närmaste åren får vi också avsevärt bättre information om kvaliteten på den prehospitala akutsjukvården när den nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård tas i bruk och den nationella informationsresursen för den prehospitala akutsjukvården byggs upp i anslutning till Kanta-tjänsterna.

2.3.4 Rådgivnings- och handledningstjänster

Finland har saknat en enhetlig rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten som gör jourtjänsterna inom social- och hälsovården tillgängliga via telefon och digitala lösningar. Hälso- och sjukvårdens rådgivning och handledning under jourtid genomförs på olika sätt i Finland. I vissa områden finns en centraliserad telefontjänst som omfattar hela sjukvårdsdistriktet medan det i andra områden kan finnas flera nummer som t.ex. leder till jourmottagningens kansli. Det finns olika servicenummer för olika tider på dygnet, och det går inte att följa upp och jämföra hur den brådskande rådgivningen och handledningen genomförs.

I Finland förekommer i förhållande till befolkningsunderlaget en fjärdedel fler uppdrag inom prehospital akutsjukvård som förmedlas via nödcentralerna jämfört med de andra nordiska länderna. För många uppdrag förmedlas till följd av nödmeddelanden när det inte är fråga om en nödsituation för patienten och när nödcentralen inte är ett ändamålsenligt ställe för bedömning av hjälpbehovet. Vid dessa uppdrag måste vårdbehovet i stället för av nödcentralsjourhavande bedömas av erfarna yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som också har tillgång till patientjournaler i det nationella patientdataarkivet.

Jourhjälp 116 117 är en tjänst som ordnas regionalt och följer riksomfattande enhetliga kriterier. Det som är enhetligt i hela landet är t.ex. telefonnumret 116 117 och de digitala tjänsterna genom vilka invånarna kan bedöma hur allvarliga deras problem är, hitta tillförlitlig information och nå yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården dygnet runt. Inom hälso- och sjukvården har Jourhjälp testats i regionala pilotprojekt. Målet är att utifrån erfarenheterna från pilotprojekten utveckla en enhetlig riksomfattande verksamhetsmodell som ska införas

överallt i Fastlandsfinland under 2019. Före lagen träder i kraft 2019–2020 utvecklas modeller och praxis för en riksomfattande modell för socialvården som kan tas i bruk när ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs till landskapen.

2.3.5 Myndighetssamarbete inom planeringen och ledningen av funktioner

Den prehospitla akutsjukvården är en integrerad del av jourstrukturen och beredskapssystemet inom social- och hälsovården, samt, i enlighet med verksamhetsmodellen för den övergripande säkerheten, av det nätverk som utgörs av myndigheterna, näringslivet, den tredje sektorn och allmänheten. Beredskapen för störningar och undantagsförhållanden bygger på de strukturer som fungerar under normala förhållanden, även när det gäller den prehospitla akutsjukvården. Därför har man vid planeringen och ledningen av funktionerna beaktat det myndighetssamarbete som behövs. Förutom aktörerna inom den egna sektorn är viktiga samarbetsparter för den prehospitla akutsjukvården t.ex. Nödcentralsverket, räddningsväsendet, polisen, Gränsbevakningsväsendet och Försvarmakten.

Samarbete med Nödcentralsverket och räddningsväsendet kring planeringen och genomförandet av lednings- och lägescentralfunktionerna har pågått i flera år. Bl.a. myndigheternas sam användning av det nya nödcentralsdatasystemet hänger samman med detta.

En arbetsgrupp som behandlade ledningen av räddningsverksamheten (Förslag till utveckling av planeringsgrunderna för ledning av räddningsverksamheten, Inre säkerhet, Inrikesministeriets publikation 21/2018) föreslog att det i fem landskap ska inrättas en lägescentral för räddningsväsendet som fungerar dygnet runt. Enligt arbetsgruppens förslag ska lägescentraler inrättas i Nyland, Norra Österbotten, Norra Savolax, Birkaland och Egentliga Finland. Dessa centraler ska betjäna landskapen i sina respektive samarbetsområden. Lägescentralerna ska enligt förslaget fungera som ett nätverk och ett av dem, Nyland, ska sammanställa en riksomfattande lägesbild för räddningsväsendet av de regionala lägesbilderna. Den information som samlats in från hela landet ska distribueras tillbaka till de regionala lägescentralerna och vidare till alla landskap. Förutom att förmedla en lägesbild ska centralerna stödja landskapen i sitt samarbetsområde i ledningen av räddningsverksamheten. På order av räddningsledaren kan de t.ex. ha hand om förbindelserna med behövliga samarbetspartner, utfärda varningsmeddelanden eller sköta kommunikationen vid olyckor. Under det fortsatta arbetet definieras närmare vilka uppgifter dessa lägescentraler ska kunna sköta. Dessutom föreslår arbetsgruppen att landskapen genom ömsesidiga avtal ska komma överens om att samla ledningscentraltjänster inom samarbetsområden på motsvarande sätt.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Syftet med propositionen är att stödja målsättningarna för landskaps- och social- och hälsovårdsreformen. I propositionen beskrivs ordnandet och produktionen av prehospital akutsjukvård i den nya servicestrukturen.

Den prehospitla akutsjukvården är en del av den riksomfattande jourverksamheten inom social- och hälsovården och en del av vårdkedjan för brådskande vård. Ambitionen är att stärka den prehospitla akutsjukvårdens betydelse som en del av den övergripande säkerheten i samhället och samarbetet med andra myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället.

Förslaget syftar också till att stärka landskapens beredskapsplanering inom social- och hälsovården så att den blir enhetlig dels inom samarbetsområdena, dels på det riksomfattande planet

mellan samarbetsområdena. Detta är viktigt eftersom hotbilderna mot beredskapen inom social- och hälsovården i regel sträcker sig över sjukvårdsdistrikts- och landskapsgränserna.

Den prehospitalkakutsjukvården bör planeras och genomföras så att den utgör en riksomfattande helhet med enhetliga funktionsprinciper. Situationer som överskrider landskapsgränserna bör kunna hanteras genom enhetliga förfaranden och anvisningar samt genom tillräcklig styrning och ledning. De som ordnar prehospital akutjukvård ska också ha ett nära samarbete med andra myndigheter och säkerhetsaktörer vid utarbetandet och uppdateringen av de regionala beredskapsplanerna. Landskapens regionala beredskap utgör grunden för samarbetsområdenas förmåga att fungera vid störningar och undantagsförhållanden som kräver social- och hälsovårdens resurser, och därmed även grunden för den nationella handlingsförmågan.

Genom att man skapar en starkare styrmekanism för samarbetsområdena kan verksamheten och rutinerna för jourverksamheten inom social- och hälsovården och den prehospitalkakutsjukvården göras mer enhetliga. Alla landskap i samarbetsområdet deltar i skapandet av denna styrmekanism, dvs. handlingsförmågan bygger på gott samarbete mellan landskapen.

Målet är dessutom att ytterligare förtydliga gränsdragningen mellan de uppgifter som ingår i den prehospitalkakutsjukvården och patientförflyttningar som inte hör till den prehospitalkakutsjukvården och avskilja produktionen av dem från varandra. Avsikten är att modellen med flera producenter fortfarande ska finnas kvar inom den prehospitalkakutsjukvården. Även om den prehospitalkakutsjukvården i sin helhet är myndighetsverksamhet, kan delar av den upphandlas från den privata sektorn eller produceras av landskapets affärsverk för räddningsväsendet.

Målet för de rådgivnings- och handledningstjänster som tillhandahålls invånarna är att parallellt med 112-systemet skapa ett enda riksomfattande rådgivningsnummer för social- och hälsovården där befolkningen får hjälp i social- och hälsovårdsfrågor under jourtid. Tjänsten ska också kombineras med behövliga digitala tjänster.

Avsikten är att motsvarande bestämmelser för socialvården ska införas senare i socialvårdslagen.

3.2 Alternativ

Enligt 39 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen kan en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt besluta hur den prehospitalkakutsjukvården ska produceras i dess område. Ett sjukvårdsdistrikt kan producera prehospital akutjukvård som verksamhet i egen regi, i samarbete med räddningsväsendet i området eller med en annan samkommun eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent i enlighet med upphandlingslagstiftningen. Den prehospitalkakutsjukvården har hittills ansetts vara myndighetsverksamhet och en del av den övergripande säkerheten i samhället. Dessutom har den ansetts vara icke-ekonomisk verksamhet.

Landskapen ansvarar för organiseringen av prehospital akutjukvård. Enligt 8 § i landskapslagen kan landskapen producera de tjänster som omfattas av deras organiseringsansvar själva eller i samarbete med andra landskap eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter, om inte något annat föreskrivs genom lag. I fråga om skiljande av produktionen av en tjänst som hör till landskapets organiseringsansvar och om skyldigheten att bolagisera produktionen gäller vad som föreskrivs särskilt. Landskapet kan anförtro offentliga förvaltningsuppgifter åt andra än myndigheter endast om det föreskrivs särskilt om det genom lag. När landskapet skaffar tjänster av en annan tjänsteproducent kvarstår det organiseringsansvar som avses i

landskapslagens 7 § hos landskapet. Dessutom bestäms tjänsteproducentens ansvar för tjänsterna i enlighet med vad som föreskrivs i denna lag eller annanstans och enligt vad som landskapet och tjänsteproducenten har avtalat om ansvarsfördelningen.

Enligt 22 § i förslaget till lag om ordnande av social- och hälsovård (RP 15/2017 rd) ska landskapet i sin egen verksamhet skilja åt ordnandet och produktionen av tjänster. För landskapets egen tjänsteproduktion svarar ett sådant affärsverk som avses i 52 § i landskapslagen. Ansvaret för att producera landskapets egna social- och hälsovårdstjänster ska tilldelas ett enda affärsverk. Det kan anskaffa tjänster som kompletterar den egna verksamheten av andra affärsverk i landskapet, t.ex. patientuppdrag och första insatsen inom den prehospitalkakutsvårdskvården.

Om den prehospitalkakutsvårdskvården skulle produceras i enlighet med de allmänna bestämmelserna i landskapslagen och lagen om ordnande av social- och hälsovård skulle landskapet besluta självständigt hur den prehospitalkakutsvårdskvården i området ordnas. Detta skulle kunna leda till oklara situationer i fråga om vilka uppgiftshelheter inom den prehospitalkakutsvårdskvården man kan lägga ut på underleverantörer. Den prehospitalkakutsvårdskvården är en helhet som omfattar bl.a. ledning av den prehospitalkakutsvårdskvården, upprätthållande av beredskapen, akutläkarverksamhet, fältledarverksamhet, första insatsen och deltagande i arbetet med de regionala beredskapsplanerna samt handräckning. Helheten inbegriper uppgifter som till sin natur är myndighetsverksamhet och omfattar utövande av offentlig makt. Därför har det ansetts behövt inför bestämmelser om att landskapet ska producera prehospital akutsvårdskvård i egen regi och att det i lagstiftningen ska anges vilka delar av den prehospitalkakutsvårdskvården som får anskaffas från andra tjänsteleverantörer.

Syftet med bestämmelserna om produktionssättet har varit att den prehospitalkakutsvårdskvården även framöver ska vara icke-ekonomisk verksamhet och skötas av de myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället, samtidigt som de möjliggör en mångproducentmodell lik den nuvarande i produktionen av den prehospitalkakutsvårdskvården.

Därför har man i denna proposition valt en lösning där det med avvikelse från huvudregeln i landskapslagen föreskrivs att den prehospitalkakutsvårdskvården produceras som verksamhet i landskapets egen regi och att landskapet kan anskaffa sådan service som avses i 40 § 1 mom. 1 och 5 punkten för att komplettera sin egen produktion. Räddningsväsendet i landskapet kan som verksamhet i egen regi producera de tjänster som avses i 40 § 1 mom. 1 punkten samt första insatsen enligt punkt 5.

På motsvarande sätt har patientförflyttningar som inte hör till den prehospitalkakutsvårdskvården ansetts vara ekonomisk verksamhet, och inom branschen finns företag som konkurrerar på marknaden. Därför har det ansetts vara ändamålsenligt att med avvikelse från huvudregeln i landskapslagen föreskriva att patientförflyttningar i första hand ska upphandlas hos privata aktörer. Landskapet ansvarar för att organisera patientförflyttningar som inte hör till den prehospitalkakutsvårdskvården från hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av landskapets organiseringsansvar till andra hälso- och sjukvårdsenheter för fortsatt vård eller undersökningar, när patienten på medicinska grunder behöver transporten för att få hälso- och sjukvårdstjänster. För att tillgången till tjänster ska tryggas är landskapen dock skyldiga att själva producera patientförflyttningstjänsterna, om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att konkurrensutsetta dem.

Samarbetsområdenas verksamhet inom social- och hälsovården grundar sig på en struktur med specialupptagningsområden enligt hälso- och sjukvårdslagen. Denna struktur har funnits länge inom hälso- och sjukvården och ses som en naturlig samlande komponent i landskapens arbete med att säkerställa och förbättra aktörernas och tjänsternas beredskap och kapacitet.

Det har identifierats ett tydligt behov av en riksomfattande enhetlig rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården. Ur invånarnas perspektiv är det svårt att få en överblick av de innehålls- och utförandemässigt splittrade rådgivnings- och handledningstjänsterna, och de stöder inte heller målet om att samordna social- och hälsovården. Genom enhetliga verksamhetsmodeller i hela landet vill man undvika överlappande funktioner, skapa en tydlig och tillgänglig servicekanal för brådskande men inte akuta situationer samt göra det lättare och snabbare för invånarna att få rätt slags hjälp för sina problem. Det finns flera olika alternativ när det gäller att producera telefontjänsten och de därtill hörande digitala tjänsterna. Under 2018 har det startats regionala pilotprojekt där rådgivnings- och handledningstjänsterna inom jourverksamheten har centraliserats till en enhet i sjukvårdsdistriktet eller en del av det. I varje pilotprojekt testas ett visst nytt perspektiv på genomförandet av servicen.

I denna proposition föreslås det att rådgivnings- och handledningstjänsterna ska skötas av landskapen, men det är ännu inte ändamålsenligt att föreskriva närmare om hur de ska genomföras. Målet är en riksomfattande enhetlig modell som är sammanlänkad med landskapets övriga servicesystem. För att säkerställa enhetligheten ska styrgrupperna för samarbetsområdenas jourverksamhet och prehospitalkakutsjukvård styra genomförandet av tjänsterna inom sina respektive områden i ett nätverkssamarbete med de övriga samarbetsområdena.

3.3 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås bestämmelser om prehospitalkakutsjukvård som omfattas av landskapets organiseringsansvar. Den prehospitalkakutsjukvården är myndighetsverksamhet och utgör en del av joursystemet inom social- och hälsovården samt den övergripande säkerheten i samhället. Den prehospitalkakutsjukvården ska produceras som verksamhet i landskapets egen regi eller i samarbete med ett eller flera andra landskap. Landskapet kan anskaffa sådan service som avses i 40 § 1 mom. 1 och 5 punkten från andra serviceproducenter. Landskapet ska fatta beslut om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården. I beslutet anges de insatstider som beskriver hur snabbt befolkningen ska få vård. De insatstider som ingår i beslutet om servicenivån ska beredas på lika villkor i alla samarbetsområden.

Uppdragen inom den prehospitalkakutsjukvården förmedlas och behandlas i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Aktörerna inom den prehospitalkakutsjukvården ska använda dessa system.

I förslaget finns också bestämmelser om innehållet i den prehospitalkakutsjukvården. Enligt förslaget ska bestämmelserna om uppgifterna inom den prehospitalkakutsjukvården preciseras jämfört med nuläget, men uppgifternas innehåll motsvarar gällande praxis.

De viktigaste ändringarna gäller samarbetsområdenas verksamhet och uppgifter i samband med beredskapsstyrningen i jourverksamheten inom social- och hälsovården.

Beredskapsplaneringen för jourverksamheten inom social- och hälsovården och den prehospitalkakutsjukvården styrs av en styrgrupp som utgörs av de landskap som hör till samarbetsområdet och som inrättas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. Styrgruppen har till uppgift att leda utarbetandet av beredskapsplaner för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet, styra och stödja landskapens planering och utvecklande av jourverksamheten inom social- och hälsovården inbegripet den prehospitalkakutsjukvården samt att styra den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården tillsammans med de övriga samarbetsområdena så att verksamheten bildar en riksomfattande helhet. Styrgruppen ska dessutom ge lar-

manvisningar till Nödcentralsverket för social- och hälsovården i styrgruppens samarbetsområde, styra huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet och styra beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet.

Beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården ska inrättas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset i samarbetsområdet. Beredskapscentret ska höra till affärsverket för social- och hälsovården i det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. Bestämmelser om fullgörandet av beredskapscentrets uppgifter ska ingå i landskapens samarbetsavtal.

De landskap som är huvudmän för ett universitetssjukhus ansvarar tillsammans för att beredskapscentren fungerar sinsemellan enligt en nätverksbaserad modell. Beredskapscentret ska skapa, upprätthålla och förmedla en aktuell lägesbild av jourverksamheten och jourresurserna inom social- och hälsovården. Beredskapscentret har dessutom till uppgift att stödja Nödcentralsverket i bedömningen av uppdrag och användningen av resurser inom den prehospitla akutsjukvården, producera samarbetsområdets akutläkarjour, samordna den operativa verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet och producera huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap.

Styrningen av den prehospitala akutsjukvården i samarbetsområdet och på riksomfattande nivå förutsätter att de landskap som är huvudmän för ett universitetssjukhus samarbetar. Dessa landskap ska tillsammans med de övriga landskap som är huvudmän för universitetssjukhus samordna beredningen av besluten om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, samordna akutläkarverksamheten, bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt övriga riksomfattande anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården. Dessutom ska de landskap som är huvudmän för ett universitetssjukhus tillsammans inrätta och förvalta beredscapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet enligt en nätverksbaserad modell.

I propositionen föreslås bestämmelser om patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården. För att patienterna ska få hälso- och sjukvårdstjänster ska landskapet på medicinska grunder organisera patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården från hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av landskapets organiseringsansvar till andra hälso- och sjukvårdsenheter för fortsatt vård eller undersökningar. Landskapet ska i första hand upphandla de patientförflyttningstjänster som avses i paragrafen genom konkurrensutsättning. Landskapet är skyldigt att själv ordna förflyttningarna om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att ordna dem genom konkurrensutsättning.

I propositionen föreslås bestämmelser om en rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården. Jourhjälp 116 117 är ett riksomfattande telefonnummer som invånarna kan ringa under jourtid när de har social- och hälsorelaterade problem som inte är akuta. Jourhjälp 116 117 ordnas regionalt enligt riksomfattande enhetliga kriterier. Det gemensamma riksomfattande telefonnumret 116 117, de digitala tjänsterna, informationshanteringsarrangemangen, kravet på integrering med områdets övriga servicesystem och samarbetet med nödnumret 112 är riksomfattande enhetliga aspekter.

Bestämmelser om socialvårdens verksamhet med avseende på samarbetsrådets styrgrupp, beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården och den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänsten kommer att utfärdas i speciallagstiftningen för socialvården.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

Denna proposition har inga självständiga ekonomiska konsekvenser för statens och landskapens finanser. Konsekvenserna hänför sig till de reformer av landskapens och social- och hälsovårdens strukturer och finansiering som genomförs genom annan lagstiftning.

Det föreslås vissa preciseringar i lagstiftningen om landskapens uppgifter inom den prehospitalkvården, men de innebär inte ändringar i dessa uppgifter och grundar sig på nuvarande praxis.

Skapandet av myndigheternas gemensamma informationssystem för hög beredskap har finansierats med statsmedel. De befintliga systemen kommer att ersättas av nya system såsom fältsystemet KEJO, och användningen av dessa medför inga nya kostnader för landskapen. Planeringen och ibruktagandet av informationssystemen för hög beredskap (ERICA, KEJO) grundar sig på att de möjliggör en mer direkt och effektiv verksamhet såväl inom sektorn som i myndigheternas samarbete.

För närvarande finns det centraler för prehospitalkvård i specialupptagningsområdena. Avsikten är att ersätta dem med styrgrupper för samarbetsområdena och beredskapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården. Styrningsuppgifterna inom den prehospitalkvården och jouren organiseras på ett nytt sätt. Mer enhetliga verksamhetskulturer gör det möjligt att använda resurserna effektivt och ändamålsenligt, och de är en viktig del av beredskapen och den övergripande säkerheten inom sektorn. Harmoniseringen av verksamheten och planmässigheten syftar därmed också till en bättre kontroll över kostnaderna.

Antalet samtal till Nödcentralsverket och de social- och hälsovårdsrelaterade uppdrag som verket förmedlar har ökat under de senaste åren. En del av de samtal till Nödcentralsverket som gäller annat än egentliga nödsituationer kommer i framtiden att styras till rådgivnings- och handledningstjänsten inom social- och hälsovården.

Kommunerna och sjukvårdsdistrikten har i nuläget diverse olika rådgivningsnummer för jour-situationer. När dessa samtal styrs till ett centralt nummer belastar de inte den övriga jourverksamheten. Genom telefonrådgivningen kan man dessutom ge patienterna anvisningar bl.a. om huruvida de behöver besöka jouren eller om de kan sköta ärendet på något annat sätt. I och med att personer i behov av hjälp direkt kan hänvisas till rätt ställe kan antalet jourbesök således minska. En enhetlig tjänst ersätter de nuvarande splittrade och överlappande tjänsterna. I pilotprojekten har användningen av telefontjänster ökat, vilket tyder på en bättre tillgänglighet. Tjänsten erbjuder dock hjälp med lägre tröskel och kostnadseffekterna förblir neutrala då kunderna genom rådgivning och handledning av en yrkesutbildad person får rätt slags hjälp för sina problem i ett tidigt skede.

4.2 Konsekvenser för myndigheterna

Landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen medför ändringar i bestämmelserna om servicestrukturen, finansieringen och ordnandet och produktionen av tjänster inom social- och hälsovården.

Denna proposition innebär dock inga avsevärda ändringar i den prehospitalkvårdens innehåll. Den prehospitalkvården ska få en starkare karaktär av myndighetsverksam-

het, vilket bidrar till att underlätta samarbetet med andra myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället. Bestämmelserna om hur den prehospitala akutsjukvården ska produceras begränsar landskapens beslutanderätt, men förtydligar samtidigt lagstiftningen och stärker myndighetssamarbetet. Avsikten är att bevara modellen med flera producenter när det gäller vård av patienter inom den prehospitala akutsjukvården. På beslut av landskapet kan räddningsväsendet i landskapet även framöver producera tjänster för första insatsen och för patienter inom den prehospitala akutsjukvården.

Införandet av de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap möjliggör ett säkert och snabbt informationsutbyte mellan myndigheterna under normala förhållanden samt vid störningar och undantagsförhållanden.

Den centraliserade riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänsten för jourverksamheten inom social- och hälsovården påverkar landskapens servicestyrning och nödcentralens uppdragshantering. Tjänsten Jourhjälp 116 117 är en del av strategin för nödcentralverksamheten och syftar till att de invånare som kontaktar nödcentralen vid problem som hör till social- och hälsovården ska få den lämpligaste hjälpen. Genom att Jourhjälp 116 117 införlivas i problemlösningsskedjan kan man med hjälp av tjänsten hänvisa de invånare som har nytta av jourbase-rad vård till social- och hälsovårdens jour. Med hjälp av samma tjänst kan landskapen hänvisa invånarna till andra servicekanaler eller direkt till tjänsterna för att de så smidigt och snabbt som möjligt ska få rätt slags hjälp.

4.3 Övriga samhälleliga konsekvenser

4.3.1 Konsekvenser för tjänsternas tillgänglighet och kvalitet

Ändringarna i bestämmelserna om den prehospitala akutsjukvården förväntas inte påverka tjänsternas tillgänglighet. Antalet uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården har ökat under de senaste åren och denna utveckling torde fortsätta. De nya informations- och kommunikationssystemen möjliggör en effektivare användning av resurserna inom den prehospitala akutsjukvården.

Strukturen för styrning av jourverksamheten och den prehospitala akutsjukvården inom social- och hälsovården i samarbetsområdena ska stärkas. Beredskapsplaneringen i samarbetsområdena blir mer enhetlig. När regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården slås samman och bildar Statens tillstånds- och tillsynsmyndighet, överförs regionförvaltningsverkens nuvarande beredskapsrelaterade uppgifter inom social- och hälsovården inte till den nya myndigheten. I fortsättningen ansvarar landskapen för dessa uppgifter, vilket förutsätter en enhetlig praxis i samarbetsområdena och på riksnivå. Detta möjliggör bättre beredskap inför olika typer av störningar inom social- och hälsovården.

Landskapen har till uppgift att förbereda sig på störningar och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården och att planera och genomföra jourverksamheten inom social- och hälsovården. Beredskapsplaneringen och jourverksamheten och den prehospitala akutsjukvården inom social- och hälsovården styrs samarbetsområdesvis så att det bildas en riksomfattande helhet som fungerar under normala förhållanden och vid störningar. Styrningen och samordningen mellan samarbetsområdena möjliggör fungerande och tillgängliga tjänster särskilt i situationer som överskrider landskapsgränserna. Modellen bidrar också till en enhetlig samverkan med de viktigaste myndigheterna och andra aktörer.

För kunderna innebär rådgivnings- och handledningstjänsten att det blir enklare att hitta rätt bland det stora antalet rådgivnings- och handledningskanaler i och med att jourverksamheten

kan nås via en riksomfattande enhetlig servicekanal. Rådgivningen och handledningen ökar invånarnas delaktighet och möjligheter att använda de tillgängliga resurserna för att lösa problem. Inom pilotprojekten har rådgivnings- och handledningstjänster för hälso- och sjukvården också tillhandahållits av privata producenter, vilket möjliggör hänvisning till olika privat och offentligt producerade tjänster på det sätt som landskapet har fastställt.

4.3.2 Konsekvenser för företagsverksamheten

Enligt propositionen produceras den prehospitalkakutsvård som verksamhet i landskapets egen regi eller i samarbete med ett annat landskap. Landskapet kan anskaffa service enligt 40 § 1 mom. 1 punkten och första insatsen enligt 5 punkten från andra serviceproducenter. Denna typ av service är avsedd att komplettera landskapets egen verksamhet. Bestämmelsen begränsar vilken typ av tjänster inom den prehospitalkakutsvård som kan köpas in från den privata sektorn och i vilken omfattning. Landskapen fattar inom ramen för lagen beslut om att köpa tjänster av andra producenter. Samtidigt förutsätts det dock att landskapen i första hand ska upphandla patientflyttningar som ingår i deras organiseringsansvar men inte hör till den prehospitalkakutsvård. Detta ökar betydligt de privata producenternas andel av patientflyttningarna. Verksamhet som omfattar första insatsen har hittills producerats av räddningsverken, Gränsbevakningsväsendet, försvarsmakten och Finlands Röda Kors. På grund av verksamhetens natur produceras denna service för närvarande inte av företag på den privata marknaden. Bestämmelsen gör det möjligt att köpa in verksamhet som omfattar första insatsen även från organisationer eller andra producenter.

Det är ytterst svårt att göra en detaljerad bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av dessa ändringar för företagsverksamheten.

Uppdrag inom den prehospitalkakutsvård förmedlas via nödcentralssystemet. År 2017 förmedlade Nödcentralsverket cirka 750 000 uppdrag till den prehospitalkakutsvård. År 2017 betalade Folkpensionsanstalten ut cirka 81 miljoner euro i ersättningar enligt sjukförsäkringslagen för transporter som hör till den prehospitalkakutsvård och cirka 17 miljoner euro för patientflyttningar.

Det har varit svårt att få tillförlitlig information om antalet patientflyttningar eftersom uppgifterna kommer från flera olika källor. Hur som helst är antalet patientflyttningar och kostnaderna för dem avsevärt större än den prehospitalkakutsvårds verksamhetssiffror.

De föreslagna bestämmelserna har utarbetats så att den kompletterande service som hör till den prehospitalkakutsvård och köps in av privata producenter samt de patientflyttningar som inte hör till den prehospitalkakutsvård tillsammans tryggar de privata producenternas möjligheter att tillhandahålla en stor mängd tjänster för de kommande landskapen.

Landskapet bestämmer i egenskap av organiseringsansvarig aktör innehållet i och omfattningen av den prehospitalkakutsvård som upphandlas.

Alla patientflyttningar som inte hör till den prehospitalkakutsvård ska konkurrensutsättas. Behovet av dessa är störst i universitetssjukhusregioner och stora befolkningskoncentrationer. Antalet patientflyttningar är betydligt större än antalet uppdrag inom den prehospitalkakutsvård.

Även i fortsättningen kan den prehospitalkakutsvård genomföras enligt en modell med flera producenter på det sätt som den organiseringsansvariga aktören fastställt. Vilken andel av den prehospitalkakutsvård som produceras av privata tjänsteproducenter beror på be-

slutsfattandet i landskapen. De privata producenterna kan expandera sin verksamhet till patientförflyttningar och andra tjänster som tillhandahålls i hemmet. De sistnämnda tjänsterna kan förmedlas t.ex. via den nya rådgivnings- och handledningstjänsten inom jourverksamheten.

5 Beredningen av propositionen

Förslaget har beretts som en del av landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen. Ett paragrafutkast om prehospitalet akutsjukvård samt tillhörande detaljmotivering var på remiss mellan den 30 mars och den 25 maj 2017. Det kom in 101 yttranden inom utsatt tid.

I remissvaren fick prehospitalet akutsjukvård som myndighetsverksamhet ett brett understöd bland representanter för den offentliga sektorn. Representanterna för den privata sektorn ansåg att landskapen bör ha möjlighet att upphandla prehospitalet akutsjukvård genom konkurrensutsättning också när det inte är fråga om kompletterande tjänster. I remissvaren efterlystes preciseringar i fråga om anskaffningen av olika helheter hos andra tjänsteproducenter.

Merparten av remissinstanserna understödde skyldigheten att använda kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap och övergången till ett gemensamt system för elektroniska patientjournaler inom den prehospitala akutsjukvården.

I ett flertal svar önskades att de uppgifter inom landskapsorganisationen som anknyter till styrning och samordning i samarbetsområdet ska separeras tydligare från de uppgifter som hör till den organiserande och producerande organisationen. I svaren efterlystes ett förtydligande av de uppgifter som anknyter till styrning och samordning inom och mellan samarbetsområdena och av de olika organisationernas roller.

Det riksomfattande rådgivnings- och handledningsnumret fick understöd, men preciseringar i samarbetsområdenas styrande roll önskades.

Terminologin i paragrafen om icke-brådskande ambulanstjänster och patientförflyttningar ansågs allmänt taget vara otydlig och svårtolkad. Remissinstanserna önskade preciseringar i definitionen av marknadsbrist och hur det ska bevisas att marknadsbrist råder. Enligt svaren bör skillnaderna mellan innehållet i den paragrafen och de i 40 § 1 mom. 1 punkten avsedda patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården också preciseras.

Beredningen av propositionen har fortsatt vid social- och hälsovårdsministeriet utifrån remissvaren. På grund av dem har de uppgifter som anknyter till styrning och samordning i samarbetsområdena indelats på nytt och förtydligats. Uppgifterna inom beredskap, gemensam styrning, planering och samordning av jourverksamheten och den prehospitala akutsjukvården inom social- och hälsovården har delats upp i administrativa uppgifter som hör till den styrgrupp som utgörs av de landskap som hör till samarbetsområdet och som inrättas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset och i operativa uppgifter som hör till beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården. Till följd av remissvaren har den föreslagna bestämmelsen om patientförflyttningar förtydligats.

6 Samband med andra propositioner

Regeringen har till riksdagen överlämnat en proposition med förslag till lagstiftning om inrättande av landskap och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården samt till lämnande av underrättelse enligt artikel 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 15/2017 rd) och en proposition med förslag till lag om produktion av social- och hälsotjänster

RP 311/2018 rd

(RP 52/2017 rd). Dessa propositioner innehåller bestämmelser om servicestrukturen och finansieringen inom social- och hälsovården och om producenter av social- och hälsojänster. Den aktuella propositionen gäller ordnande och produktion av prehospital akutsjukvård i den nya servicestrukturen.

Regeringen har för avsikt att lämna en proposition med förslag till lag om ändring av sjukförsäkringslagen och till vissa lagar som har samband med den till riksdagen i december 2018. Enligt den propositionen ska ersättningar enligt sjukförsäkringslagen som betalas ut för patientförflyttningar och transporter som hör till den prehospitala akutsjukvården upphöra vid ingången av 2021. Detta påverkar landskapens finansiering.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

39 §. Ordnande och produktion av prehospital akutsjukvård. I 1 mom. föreskrivs att den prehospitala akutsjukvården ska organiseras av landskapet. Den prehospitala akutsjukvården är en del av jourverksamheten inom social- och hälsovården och en del av vårdkedjan för brådskande vård. Den prehospitala akutsjukvården ska därför i samarbete med jouren inom social- och hälsovården planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan social- och hälsovård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en funktionell helhet. Verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården ska planeras i helheter som är större än ett landskap. I planeringen av fungerande vårdkedjor beaktas de sjukhus som har omfattande jour dygnet runt, övriga joursjukhus samt jour och brådskande mottagning i form av närservice, som stöds av den prehospitala akutsjukvården.

Den prehospitala akutsjukvården ansvarar för att patienterna tryggt kommer till en ändamålsenlig vårdenhet, och verksamheten överskrider därför i regel landskapsgränserna. Behovet av olika typer av service i hemmet ökar t.ex. i och med att befolkningen åldras. Befolkningens servicebehov kan tillgodoses genom en helhet bestående av social- och hälsovård i hemmet, social- och hälsovårdsjour och prehospital akutsjukvård.

Den prehospitala akutsjukvården omfattar en uppgiftshelhet som beskrivs i lagens 40 §. Den prehospitala akutsjukvården som helhet är myndighetsverksamhet, en del av den övergripande säkerheten i samhället och en del av joursystemet inom social- och hälsovården. Den prehospitala akutsjukvården är till sin natur icke-ekonomisk verksamhet.

Den prehospitala akutsjukvården ska enligt 2 mom. produceras som verksamhet i landskapets egen regi eller i samarbete med ett eller flera andra landskap. Den prehospitala akutsjukvården som helhet är till sin natur myndighetsverksamhet och en del av den övergripande säkerheten i samhället. Därför föreskrivs det att produktionen av den i huvudsak ska höra till landskapets egen verksamhet. Till landskapens eget organiserings- och produktionsansvar hör att leda den prehospitala akutsjukvården, fatta samordnade beslut om servicenivån i samarbetsområdena och fatta beslut om produktionssättet. Myndighetsuppgifter kan inte läggas ut på andra producenter. Affärsverket för social- och hälsovården producerar de övriga tjänster som hör till den prehospitala akutsjukvården, men den verksamhet som avses i 40 § 1 och 5 punkten kan också produceras på annat sätt. I produktionen av verksamhet enligt 40 § 1 och 5 punkterna får landskapet använda resurser från affärsverken för social- och hälsovården och räddningsväsendet. Det är då inte fråga om upphandling av en tjänst genom konkurrensutsättning, utan om verksamhet i landskapets egen regi. Landskapet kan dessutom från andra serviceproducenter, exempelvis från den privata sektorn, genom konkurrensutsättning anskaffa sådan service som kompletterar dess egen serviceproduktion och som avses i 40 § 1 mom. 1 punkten. Exempelvis skötseln av uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården i ett visst geografiskt område kan utgöra sådan kompletterande service som anskaffas från en annan serviceproducent. Dessutom kan landskapet anskaffa sådan verksamhet inom första insatsen som avses i 5 punkten av andra serviceproducenter. För närvarande produceras tjänster för första insatsen exempelvis av Gränsbevakningsväsendet, försvarsmakten och Finlands Röda Kors. Bestämmelsen gör det möjligt att köpa in verksamhet som omfattar första insatsen också av en organisation eller annan serviceproducent. I nuläget existerar i praktiken ingen privat marknad inom första insatsen.

I 8 § i landskapslagen finns en grundbestämmelse om produktionen av tjänster som hör till landskapets organiseringsansvar. Utgående från bestämmelsen får landskapet producera de tjänster som hör till dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra landskap eller

enligt avtal skaffa dem av en annan serviceproducent. I paragrafen konstateras dessutom att det genom lag kan föreskrivas annat om produktionen av tjänster. Bestämmelsen gäller också social- och hälsovårdstjänster som hör till landskapets organiseringsansvar. Landskapet kan anförtro offentliga förvaltningsuppgifter åt andra än myndigheter endast om det föreskrivs särskilt om det genom lag. I den nämnda bestämmelsen i landskapslagen konstateras också att det föreskrivs särskilt om avknoppning av produktionen av en tjänst som hör till landskapets organiseringsansvar och om skyldigheten att bolagisera produktionen. Den föreslagna bestämmelsen om produktion av prehospita akutsjukvård avviker från landskapslagens huvudregel för produktion av tjänster och behövs på grund av den prehospita akutsjukvårdens karaktär av myndighetsuppgift.

Enligt 3 mom. ska landskapet fatta beslut om servicenivån för den prehospita akutsjukvården. Den prehospita akutsjukvårdens innehåll bestäms i beslutet om servicenivån för landskapets prehospita akutsjukvård. De insatstider som ingår i beslutet om servicenivån ska beredas på lika villkor i alla samarbetsområden och beredningen ska samordnas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. De fem landskap som är huvudmän för universitetssjukhusen ska tillsammans samordna beredningen av besluten om servicenivån så att det bildas en riksomfattande helhet.

I beslutet om servicenivån bestäms hur den prehospita akutsjukvården ska produceras, serviceinnehållet, vilken utbildning de som medverkar i den prehospita akutsjukvården ska ha, per samarbetsområde beredda insatstiderna som beskriver hur snart befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på ordnandet av prehospita akutsjukvård i området. Bestämmelser om minimikraven för utbildningen för dem som medverkar i den prehospita akutsjukvården utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Landskapet ansvarar för att dess personal har tillräcklig utbildning och upprätthåller sin kompetens. Detta gäller förutom kompetens inom vård av patienter även kompetens i att agera i den operativa miljön, t.ex. hantera utryckningsfordon.

Beslutet om servicenivån ska bygga på en riskanalys som beretts för varje samarbetsområde. Riskanalyserna bygger på riksomfattande enhetlig information, och ska utöver områdesklassificeringen också beakta trafikrelaterade frågor, områdets särskilda olycksrisker och antalet personskador som sannolikt kan uppkomma på grund av dem, prognostiserade regionala och tidsbundna variationer i servicebehovet, servicestrukturen samt andra faktorer som inverkar på behovet av prehospita akutsjukvård. I beslutet om servicenivån ska olika myndigheters synpunkter och riskanalyser beaktas. Innehållet i den prehospita akutsjukvården ska i beslutet fastställas på ett sådant sätt att servicen genomförs effektivt och ändamålsenligt och samarbetsområdets resurser samt situationer där den prehospita akutsjukvården är utsatt för hög belastning beaktas i servicen. De insatstider i de prehospita akutsjukvårdsuppdragen som ingår i besluten om servicenivån har 2018 för första gången kunnat iakttas enligt enhetliga principer i hela landet. Denna enhetlighet vill man utveckla och stödja för att uppgifterna om verksamheten i områdena ska vara så jämförbara som möjligt.

Uppdragen inom den prehospita akutsjukvården förmedlas och behandlas i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Aktörerna inom den prehospita akutsjukvården ska använda dessa system, dvs. nödcentralsdatasystemet ERICA, myndigheternas gemensamma fältsystem KEJO och den anknyttande nationella elektroniska patientjournalen för prehospita akutsjukvård samt myndighetsradionätet (Virve). Dessa kommunikations- och informationssystem används gemensamt av de myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället och tryggar ett smidigt myndighetssamarbete och informationsutbyte i alla lägen.

När dessa informationssystem specificeras och används på ett enhetligt sätt inom ansvarsområdet blir det möjligt att bygga upp en nationell informationsresurs för den prehospitla akutsjukvården, vilket innebär ett tillförlitligt och enhetligt underlag för riskanalyserna, uppföljningen och utvecklingen av verksamheten. Bildandet av en nationell informationsresurs för den prehospitla akutsjukvården är ett led i planeringen och uppföljningen av den övergripande beredskapen, för att på riksnivå kunna bedöma verksamheten och resultaten i den vård- och servicekedja som bygger på nödcentralsuppgifter, fältuppgifter från den prehospitla akutsjukvården samt uppföljningsuppgifter för patienterna. Hittills har tillgången till riksomfattande uppgifter om den prehospitla akutsjukvården varit mycket bristfällig, vilket har gjort det omöjligt att inkludera uppgifter från nödcentralerna och den prehospitla akutsjukvården bl.a. i de nationella resultat- och kostnadsutredningar som Institutet för hälsa och välfärd genomfört inom ansvarsområdet. I och med den nationella informationsresursen för prehospital akutsjukvård kan den riksomfattande och regionala verksamheten jämföras också internationellt, bl.a. inom ramen för det gemensamma utvecklingsprojekt som de fem nordiska länderna inlett.

Enligt den aktuella planen ska systemet ERICA tas i bruk i slutet av 2018 och myndigheternas gemensamma fältsystem KEJO cirka ett år senare. Avsikten är att båda systemen ska användas på riksnivå av alla aktörer inom den prehospitla akutsjukvården. Den riksomfattande lanseringen av KEJO kräver tillräckligt med tid med tanke på systemets hanterbarhet och de system som ska tas ur bruk, och därför ska detta moment tillämpas senast den 1 januari 2024.

40 §. *Den prehospitla akutsjukvårdens innehåll.* Den prehospitla akutsjukvården är en helhet som är kopplad till den övergripande säkerheten i samhället. Uppgifterna inom den prehospitla akutsjukvården beskrivs närmare i denna paragraf.

I den prehospitla akutsjukvården ingår enligt 1 mom. 1 punkten sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten. En central uppgift i den prehospitla akutsjukvården är bedömningen av patientens vårdbehov. En betydande del av patienterna kan bedömas och behandlas på plats och behöver inte transporteras med en akutvårdsenhet till en hälso- och sjukvårdsenhet för vårdbedömning eller vård. I den prehospitla akutsjukvården ska det också gå att bedöma patientens behov av vård på ett sådant sätt att de social- och hälsovårdstjänster som patienten behöver vid behov kan tillkallas så smidigt som möjligt.

Dessutom omfattar den prehospitla akutsjukvården förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten enligt en medicinsk bedömning behöver krävande och kontinuerlig övervakning eller vård under förflyttningen. Sådana förflyttningar gäller särskilt situationer då patienten drabbats av en störning i de basala livsfunktionerna eller när det finns risk för en sådan störning under förflyttningen. Patientförflyttningar som förutsätter krävande övervakning gäller situationer där det med tanke på patientsäkerheten är nödvändigt att utnyttja den prehospitla akutsjukvårdens kompetens och utrustning under transporten. Den enhet som ansvarar för patientförflyttningen bestämmer hur förflyttningen ska genomföras och kan vid behov konsultera det beredskapscenter som avses i 46 a §.

Innehållet i bestämmelsen motsvarar den ändring som gjordes i hälso- och sjukvårdslagen vid ingången av 2017, då gränsen mellan prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar preciserades. I de tidigare bestämmelserna kunde gränsdragningen mellan prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar tolkas på olika sätt vilket ledde till varierande praxis. Den nya formuleringen begränsade i praktiken innehållet i den prehospitla akutsjukvården jämfört med tidigare praxis.

De patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården behandlas och förmedlas i nödcentralsdatasystemet på samma sätt som andra uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården. Med hjälp av systemet ERICA kan beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården också förmedla dessa förflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården. Bestämmelser om andra patientförflyttningstjänster som inte hör till den prehospitala akutsjukvården finns i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Till den prehospitala akutsjukvården hör enligt 1 mom. 2 punkten upprätthållandet av beredskap, dvs. beredskapen att inom den prehospitala akutsjukvården i respektive landskap och samarbetsområde hantera olika störningar inom ansvarsområdet. Den prehospitala akutsjukvården som system bygger på en kontinuerlig bedömning för att utöver de faktiska uppdragen kunna hantera situationer med hög belastning eller andra störningar genom att utnyttja landskapsövergripande och nationella resurser.

För att upprätthålla beredskapen samarbetar aktörerna inom den prehospitala akutsjukvården tätt med räddningsväsendet och utnyttjar kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap samt den anknyttande nationella patientjournalen för prehospital akutsjukvård. Dessa används gemensamt av de myndigheter som ansvarar för säkerheten i samhället och tryggar ett smidigt myndighetssamarbete och informationsutbyte i alla lägen. När dessa informationssystem specificeras och används på ett enhetligt sätt inom ansvarsområdet blir det möjligt att bygga upp en nationell informationsresurs för den prehospitala akutsjukvården, vilket innebär ett tillförlitligt och enhetligt underlag för riskanalyserna, uppföljningen och utvecklingen av verksamheten. Bildandet av en nationell informationsresurs för den prehospitala akutsjukvården är ett led i planeringen och uppföljningen av totalberedskapen för att på riksnivå kunna bedöma verksamheten och resultaten i den vårdkedja som bygger på nödcentralsuppgifter, fältuppgifter från den prehospitala akutsjukvården samt uppföljningsuppgifter för patienterna.

Enligt 1 mom. 3 punkten hör akutläkarverksamheten till den prehospitala akutsjukvården. I den prehospitala akutsjukvården ska det gå att få sådan hänvisning till vård som kräver akutläarkompetens. Dessutom ska akutläkaren i egenskap av medicinsk expert i samarbete med fältcheferna för den prehospitala akutsjukvården leda systemet för prehospital akutsjukvård som en del av den övergripande säkerheten i samhället. Akutläkarverksamheten produceras i respektive samarbetsområde av det beredskapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården som avses i lagens 46 a § och samordnas gemensamt av de landskap som är huvudmän för ett universitetssjukhus till en riksomfattande helhet som tjänar systemet för prehospital akutsjukvård. Även andra landskap än det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset kan producera den operativa akutläkarverksamheten i samarbetsområdet. Den styrgrupp som avses i 46 § styr planeringen och samordningen av akutläkarverksamheten i samarbetsområdet.

Enligt 1 mom. 4 punkten hör fältchefsverksamheten till den prehospitala akutsjukvården som en del av landskapets lägesbildsverksamhet. Fältchefen för den prehospitala akutsjukvården i landskapet ska upprätthålla en lägesbild av den prehospitala akutsjukvården inom sitt verksamhetsområde samt i den dagliga verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården, i situationer med hög belastning i den dagliga verksamheten samt i situationer som inbegriper flera enheter och myndigheter bestämma om användningen av ambulanserna och enheterna inom den prehospitala akutsjukvården inom sitt verksamhetsområde. Dessutom ska fältchefen handleda nödcentralen i situationer där man är tvungen att avvika från de anvisningar för den dagliga verksamheten som sjukvårdsdistriktet och Nödcentralsverket tidigare kommit överens om, såsom situationer där efterfrågan på prehospital akutsjukvård överstiger de resurser som finns till förfogande. Sådana situationer uppstår exempelvis när efterfrågan på prehospital akutsjukvård överstiger antalet tillgängliga ambulanser och nödcentralen blir tvungen att pla-

cera uppdragen i prioritetsordning eller när man tvingas inrätta tilläggsenheter. Dessutom kan fältchefen vid behov som förstavårdare på vårdnivå delta i skötseln av uppdragen inom den prehospitla akutsjukvården, men endast om skötseln av de andra uppdrag som avses i denna paragraf inte äventyras. Landskapet utarbetar på förhand anvisningar om larmande av fältchefen till olika uppdrag.

Enligt 1 mom. 5 punkten hör första insatsen till den prehospitla akutsjukvården. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insattiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen. Begreppet första insatsen infördes i lagstiftningen i och med den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 2011. Enligt den bestämmelse som då trädde i kraft kan sjukvårdsdistriktet bestämma att den prehospitla akutsjukvården i området ska inbegripa första insatsen. För närvarande omfattar verksamheten hela Finland och alla sjukvårdsdistrikt, och den har visat sig vara ändamålsenlig och nödvändig särskilt i glest bebyggda områden. Räddningsverken producerar tjänster inom första insatsen i största delen av områdena och dessutom produceras sådana tjänster t.ex. av Gränsbevakningsväsendet, försvarsmakten och Finlands Röda Kors. Verksamheten förkortar insattiden för tidskritiska patienter och därför ska första insatsen enligt förslaget höras till den prehospitla akutsjukvården i alla landskap. Landskapet bestämmer första insatsens omfattning i sitt beslut om servicenivån.

Enligt 1 mom. 6 punkten omfattar den prehospitla akutsjukvården vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen. Samarbetet mellan den prehospitla akutsjukvården och socialvården har visat sig vara nödvändigt på administrativ och operativ nivå.

Till den prehospitla akutsjukvården hör enligt 1 mom. 7 punkten medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för störningar och undantagsförhållanden som gäller social- och hälsovården tillsammans med andra myndigheter och aktörer. Vid organiseringen av den prehospitla akutsjukvården bör man ta hänsyn till att hotbilderna mot beredskapen inom social- och hälsovården har förändrats. Enligt de aktuella hotbilderna gäller händelser och resursbehov inte enskilda kommuner eller landskap och inte alltid ens enskilda samarbetsområden. Beredskapen ska planeras tillsammans med andra nationella säkerhetsaktörer med beaktande också av möjligheterna att få och ge internationellt bistånd. Samhälleliga hotbilder inbegriper vanligen invånare som i egenskap av patienter behöver vård eller hjälp från socialvården, eventuellt också mycket långvarig sådan. I praktiken är den prehospitla akutsjukvården, joursystemet inom hälso- och sjukvården samt socialjouren de aktörer inom ansvarsområdet som agerar först. Alla landskap spelar en viktig roll i beredskapen och beredskapsplaneringen inom ansvarsområdet och leds enligt samarbetsområde.

Enligt 1 mom. 8 punkten inbegriper den prehospitla akutsjukvården handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Det föreslagna 2 mom. innehåller en hänvisning till sjöräddningslagen (1145/2001), och bestämmelsens innehåll motsvarar gällande lagstiftning. Sjøräddningslagen tillämpas på efterspaning och räddning av människor som är i fara inom Finlands sjöräddningstjänsts ansvarsregion, på den akutvård som ges dem och på skötseln av den radiokommunikation som hänförs sig till kritiska lägen (sjöräddningstjänst). I sjöräddningslagen föreskrivs det dessutom om de myndigheter som inom sjöfarten ansvarar för radiokommunikation i säkerhetssyfte, om tillhandahållande av telemedicinsk rådgivning från läkare till fartyg, om maritim assistansservice, om krav på tillstånd för användning av vissa hjälpmedel för nödsignalering och om akutvårdstjänsten på havsområden. Social- och hälsovårdsmyndigheterna svarar för organisering av akutvårdstjänsten och för tillhandahållandet av telemedicinsk rådgivning. Med en helikopter

som är i jourberedskap inom sjöräddningstjänsten ska man kunna delta i akutvårdstjänsten på basnivå i anslutning till efterspanings- och räddningsuppdrag.

41 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Enligt paragrafen kan genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter och ledningssystem, om arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, om enheterna för prehospital akutsjukvård och deras yttre kännetecken, om första insatsen, om fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och om beslutets form. Dessutom kan närmare bestämmelser om uppgifterna för den styrgrupp som beskrivs i 46 § och det beredscapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården som beskrivs i 46 a § samt om styrningsuppgifterna inom den prehospitala akutsjukvården för de landskap som är huvudmän för universitetssjukhus utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Bemyndigandet att utfärda förordning motsvarar i stor utsträckning det gällande bemyndigandet. I social- och hälsovårdsministeriets gällande förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017) utfärdas närmare bestämmelser om uppgifterna för den prehospitala akutsjukvården och centralen för prehospital akutsjukvård. Förordningen innehåller detaljerade bestämmelser om fastställandet av beslutet om servicenivån, vilket tryggar beredningen av riksomfattande enhetliga och jämförbara servicebeslut. Förordningen innehåller också bestämmelser om enheterna inom den prehospitala akutsjukvården och deras personal samt närmare bestämmelser om ledningssystemet inom den prehospitala akutsjukvården.

41 a §. Rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården. Det föreslås att en ny bestämmelse om en rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården infogas i lagen. Landskapet ska enligt förslaget inom sitt område organisera den service som ingår i det riksomfattande rådgivnings- och handledningssystem som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården. Den styrgrupp som avses i 46 § styr den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården tillsammans med de övriga samarbetsområdena. I ett senare skede kommer en motsvarande bestämmelse att infogas också i lagstiftningen om socialvården.

Den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänsten inom jourverksamheten i social- och hälsovården har en nära koppling till den prehospitala akutsjukvården.

Målet är att inrätta ett enda riksomfattande telefonnummer som invånarna kan ringa när de har brådskande social- och hälsorelaterade problem som inte är akuta. Tjänsten föreslås heta Jourhjälp 116 117 och ska ordnas regionalt enligt riksomfattande enhetliga kriterier. Exempelvis det gemensamma telefonnumret 116 117, de digitala tjänsterna, informationshanteringsarrangemangen, kravet på integrering med områdets övriga servicesystem och samarbetet med nödnumret 112 är enhetliga aspekter i hela landet. Till kriterierna hör också registrering av information i en enhetligt strukturerad form, principer och arbetssätt i samarbetet med nödcentralen samt integrering med landskapets icke-brådskande och brådskande tjänster. Landskapen ska ordna servicen bakom det riksomfattande telefonnumret.

I tjänsten Jourhjälp 116 117 besvaras samtalen av en erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som också har tillgång till patientens journaler i det nationella patientdataarkivet. Den yrkesutbildade person som hanterar samtalen kan också identifiera ett uppenbart behov av socialvård och hänvisa samtalet till en behörig yrkesutbildad person inom socialvården. Avsikten är att med hjälp av jourrådgivnings- och handledningstjänsten överföra en del av nödmeddelandena till lämplig bedömning av servicebehovet så att den prehospitala akutsjukvårdens resurser används ändamålsenligt. Till dem som ringer kan jourhjälpens också för-

medla annan hjälp än ambulanser inom den prehospitala akutsjukvården. Särskilda bestämmelser om motsvarande verksamhet bland yrkesutbildade personer inom socialvården ska finnas i socialvårdslagen.

Tjänsten kompletterar samarbetet mellan Nödcentralsverket och social- och hälsovårdsjourerna och möjliggör en mer ändamålsenlig användning av den prehospitala akutsjukvårdens resurser i nödsituationer. Målet med tjänsten är att förbättra servicen för invånarna och minska antalet jourbesök och uppdrag inom den prehospitala akutsjukvården. Ett mål är också att styra samtal som inte hör till nödnumret till rätt ställe.

Också användningen av myndigheternas gemensamma nödcentraldatasystem ERICA kopplas till den riksomfattande jourrådgivnings- och handledningstjänstens verksamhet för att beredskapscentren ska kunna stödja och styra Nödcentralsverket så att den prehospitala akutsjukvårdens resurser används ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

46 §. *Styrning av beredskapen inom social- och hälsovårdens jourverksamhet i samarbetsområdet.* Inom ett samarbetsområde som avses i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård styrs beredskapsplaneringen i jourverksamheten inom social- och hälsovården av en styrgrupp som består av de landskap som hör till samarbetsområdet. Styrgruppen inrättas och leds av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. Alla landskap i samarbetsområdet bildar tillsammans styrgruppen.

I styrgruppens sammansättning ska expertisen och erfarenheten inom jourverksamheten i social- och hälsovården säkerställas så att den omfattar joursystemet för hälso- och sjukvården, joursystemet och jourverksamheten inom socialvården samt jourverksamheten inom miljö- och hälsoskyddet. I styrgruppen ska dessutom finnas expertis och erfarenhet i fråga om beredskapen i hela samarbetsområdet, så att verksamheten i samarbetsområdet kan styras med hänsyn till det fortlöpande samarbetet med andra samarbetsområden och den nätverksbaserade verksamhetsmodellen samt erfarenheterna av och kompetensen inom myndighetssamarbetet enligt verksamhetsmodellen för övergripande säkerhet. Avsikten är inte att styrgruppen ska bestå av företrädare för alla aspekter från varje landskap, utan att den ska tillsättas enligt proportioner som anses lämpliga, dock så att alla landskap i samarbetsområdet har en genuin möjlighet att påverka styrningen genom styrgruppens medlemmar och arbete. Då är det möjligt att bygga upp och upprätthålla tillförlitliga och kostnadseffektiva tjänster för normala förhållanden och undantagsförhållanden i varje samarbetsområde och därigenom på riksnivå.

Social- och hälsovårdsministeriet ska samordna verksamheten i styrgruppen för jourverksamheten i de fem samarbetsområdena till en riksomfattande helhet.

I 2 mom. anges styrgruppens uppgifter.

Enligt 1 punkten ska styrgruppen leda utarbetandet av beredskapsplaner för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområden så att planerna bildar en riksomfattande helhet.

Störningssituationer som gäller social- och hälsovården medför alltid patienter och klientrelationer inom socialvården. Dessa patient- och klientrelationer kan vara synnerligen långvariga också efter den egentliga situationen, exempelvis vid olika olyckor. När det gäller att förebygga, upprätthålla beredskap inför och hantera störningar inom social- och hälsovården behövs ett gott samarbete i ansvarsområdets jourssystem mellan nätverket av serviceproducenter och dem som ordnar tjänsterna. Alla landskap spelar en viktig roll i beredskapen och beredskapsplaneringen inom ansvarsområdet. Den övergripande utvecklingen av verksamheten förutsätter en styrning som leds på samarbetsområdets nivå så att landskapens beredskap följer

enhetliga principer i en nätverksbaserad modell där landskapen och samarbetsområdena bildar en riksomfattande helhet som kan agera vid olika störningar och undantagsförhållanden i samhället. Beredskapen för störningar och undantagsförhållanden och beredskapsplaneringen bör samordnas i områden som är större än ett landskap för att samhällets reaktionsförmåga och insatsberedskap vid hotbilder som realiserats ska vara tillräcklig oavsett området och tiden på dygnet. Samarbetsområdena och de gemensamma resurserna i de landskap som hör till dem behövs för att säkerställa samhällets vitala funktioner och de tjänster som är kritiska för befolkningen i områden som är större än ett landskap. Beredskapen inom ansvarsområdet ska planeras tillsammans med andra nationella säkerhetsaktörer med beaktande också av möjligheterna att få och ge internationellt bistånd vid stora störningar. Avsikten med bestämmelsen är att förenhetliga beredskapsplaneringen inom ansvarsområdet samarbetsområdesvis enligt jourhelheterna och att öka samarbetet mellan olika myndigheter i beredskapsplaneringen.

Vid ingången av 2017 fogades till 29 a § i socialvårdslagen en bestämmelse om att socialjouren i samarbete med specialupptagningsområdets central för prehospita akutsjukvård har till uppgift att medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en riksomfattande helhet. I fråga om socialvården bygger beredskapsplaneringen på denna modell, men samarbetet utvidgas även inom socialvården till alla landskap i samarbetsområdet och utöver den prehospita akutsjukvården även andra samarbetsmyndigheter och aktörer.

Enligt 2 punkten ska styrgruppen styra och stödja landskapens planering och utvecklande av jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet och samordna den med de övriga samarbetsområdena.

Till joursystemet inom social- och hälsovården hör socialjouren, jourverksamheten inom hälso- och sjukvården, den prehospita akutsjukvården och jourverksamheten inom miljö- och hälsoskyddet. Inom hälso- och sjukvården har jourhelheterna redan länge granskats enligt specialupptagningsområde. Exempelvis jourjukhusen har olika beredskap att sköta olika typer av jourpatienter. Särskilt i fråga om s.k. tidskritiska patienter – som t.ex. patienter med cerebrovaskulära störningar – är det viktigt att patienten så snabbt som möjligt transporteras till en vårdenheter som kan ge så högklassig och rätt inriktad behandling som möjligt. De fem universitetssjukhusen som riksomfattande helhet spelar en viktig roll i detta sammanhang. Vissa mycket specialiserade behandlingar som behövs sällan har koncentrerats till färre än fem sjukhus, såsom t.ex. vården vid svåra brännskador har koncentrerats till ett enda nationellt centrum. Ju mer brådskande och specialiserad vården är, desto viktigare är det att de regionala verksamhetsmodellerna i jourverksamheten har planerats enligt enhetliga principer. Joursystemet under normala förhållanden i social- och hälsovården utgör en stadig grund även för verksamheten vid olika störningar i de normala förhållandena och i undantagsförhållanden.

Planeringen och samordningen av den prehospita akutsjukvården har enligt gällande bestämmelser bedrivits vid de fem centralerna för prehospita akutsjukvård i respektive specialupptagningsområde. Centralerna för prehospita akutsjukvård har berett och utfärdat riksomfattande anvisningar och modeller för den prehospita akutsjukvården, t.ex. riksomfattande anvisningar för hantering av uppdrag inom hälso- och sjukvården för Nödcentralverket. Social- och hälsovårdsministeriet har samordnat de fem specialupptagningsområdenas modeller till en riksomfattande helhet. Den prehospita akutsjukvården har i praktiken styrts med hjälp av den sektion för prehospita akutsjukvård som inrättats av social- och hälsovårdsministeriet och som består av företrädare för specialupptagningsområdenas centraler för prehospita akutsjukvård.

Enligt 3 punkten ska styrgruppen till Nödcentralsverket lämna larmanvisningar för både socialvården och hälso- och sjukvården i styrgruppens samarbetsområde. Styrgruppens uppgift är att samordna dessa larmanvisningar så att resurserna används ändamålsenligt inom den jourverksamhet i ansvarsområdet som sköts genom Nödcentralsverket.

Enligt 4 punkten ska styrgruppen styra regionala huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet, som förvaltas av det landskap i samarbetsområdet som är huvudman för universitetssjukhuset. Kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap är myndighetsradionätet (VIRVE), nödcentralsdatasystemet (ERICA) och myndigheternas gemensamma nationella fältledningssystem (KEJO). Huvudadministratörerna i dessa system är anställda av beredskapscentret i det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset.

Enligt 5 punkten ska styrgruppen styra beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet så att centret producerar de föreskrivna tjänsterna för samarbetsområdet med beaktande av den riksomfattande helhet som samarbetsområdenas tjänster ska bilda.

Enligt 6 punkten ska styrgruppen tillsammans med de övriga samarbetsområdena styra den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården. Avsikten är att denna rådgivnings- och handledningstjänst ska ordnas på landskapsnivå, men styrgruppen styr funktionerna så att de är enhetliga inom samarbetsområdet och samordnar tillsammans med de övriga samarbetsområdena tjänsten till en riksomfattande helhet.

46 a §. *Beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården.* I paragrafen föreskrivs om beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården. Det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset inrättar beredskapscentret, som hör till det landskapets affärsverk för social- och hälsovården. Bestämmelser om fullgörandet av beredskapscentrets uppgifter ska ingå i landskapens samarbetsavtal. Bestämmelser om beredskapscentrets uppgifter inom den prehospitla akutsjukvården finns också i 46 b §.

Beredskapscentret ska skapa, upprätthålla och förmedla en aktuell lägesbild av jourverksamheten och jourresurserna inom social- och hälsovården. Beredskapscentret ska arbeta enligt en nätverksbaserad modell i samarbetsområdet. Detta innebär att centret ska bilda ett nätverk med lägesbildsfunktionerna i landskapet, andra behövliga myndigheter och de övriga beredskapscentren så att de bildar en enhetligt fungerande riksomfattande helhet. Beredskapscentret producerar samtidigt lägesbilden för det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. För att skapa och upprätthålla en lägesbild inom ansvarsområdet behövs välplanerade verksamhetsmodeller i samarbete med jourställen inom hälso- och sjukvården, jourverksamheten inom socialvården, den prehospitla akutsjukvården och miljö- och hälsoskyddet. Verksamhetsmodellerna och informationsdelningen gäller inte bara tjänsterna i sig, utan också olika stödtjänster såsom helheter som gäller cybersäkerheten. I sin fortlöpande verksamhet samarbetar beredskapscentret särskilt med Nödcentralsverket, polisen och räddningsmyndigheten.

Beredskapscentren ska distribuera och förmedla lägesbilden enligt social- och hälsovårdsministeriets styrning dels till aktörerna i landskapen, dels till aktörerna under statsrådet. Beredskapscentren kan dela på uppgifterna sinsemellan så att endast en del av dem i tur och ordning dygnet runt följer upp lägesbilden för vissa funktioner.

46 b §. *Styrning av den prehospitla akutsjukvården.* I paragrafen föreskrivs om styrningen av den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet och i hela landet. De uppgifter inom styrningen av den prehospitla akutsjukvården som paragrafen föreskriver motsvarar 46 § i

den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om motsvarande uppgifter t.ex. inom socialvården kan tas in i speciallagstiftningen om socialvården.

I 1 mom. föreskrivs om de uppgifter som ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus har i fråga om den prehospitalkakutsjukvården tillsammans med de övriga landskapen som är huvudmän för universitetssjukhus.

Enligt 1 punkten ska ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus tillsammans med de övriga landskapen som är huvudmän för universitetssjukhus samordna beredningen av besluten om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården. I beslutet om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården ingår den målsatta insatstiden som beskriver hur snart befolkningen i samarbetsområdet ska få vård. I beredningen av insatstiderna beaktas befolkningens uppskattade servicebehov, områdets jourstruktur inom social- och hälsovården samt samarbetsområdets resurser för prehospital akutsjukvård. Varje landskap fattar ett beslut om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården i sitt eget område, men beredningen är gemensam för landskapen i samarbetsområdet och leds av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. Landskapen i ett samarbetsområde bereder tillsammans målen för insatstiderna och servicens tillgänglighet enligt enhetliga principer. Detta minskar de regionala skillnaderna, och den gemensamma planeringen möjliggör också en effektiv resursanvändning inom den prehospitalkakutsjukvården i hela samarbetsområdet. I beredningen ska också områdets övriga social- och hälsovård som ges som närservice i hemmet beaktas i högre grad än tidigare.

Enligt 2 punkten ska ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus tillsammans med de övriga landskap som är huvudmän för universitetssjukhus samordna akutläkarverksamheten så att den bildar en i hela landet fungerande helhet.

Ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus ska samordna akutläkarverksamheten i samarbetsområdet så att den bildar en enhetlig helhet. Beredningen görs i samarbete med de övriga samarbetsområdena så att en riksomfattande helhet kan bildas enligt så enhetliga serviceprinciper som möjligt. Denna samordning gäller särskilt den riksomfattande läkarhelikopterverksamheten i den prehospitalkakutsjukvården. Det landskap som ansvarar för flygtjänsterna inom den prehospitalkakutsjukvården ska styra produktionen av dessa tjänster i enlighet med den riksomfattande samordningen och styrningen. Det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset i samarbetsområdet ska också ta hänsyn till akutläkarverksamheten med markenheter så att en högkvalitativ och kostnadseffektiv helhet uppstår tillsammans med landskapens system för prehospital akutsjukvård.

Enligt 3 punkten ska ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus tillsammans med de övriga landskap som är huvudmän för universitetssjukhus bereda och samordna de riksomfattande medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitalkakutsjukvården samt övriga riksomfattande anvisningar i fråga om den prehospitalkakutsjukvården. Bestämmelsen stärker samarbetsområdenas roll i den riksomfattande harmoniseringen av verksamheten och den enhetliga medicinska ledningen av jourverksamheten inom social- och hälsovården och den prehospitalkakutsjukvården. De riksomfattande medicinska vårdanvisningar för den prehospitalkakutsjukvården som landskapen som är huvudmän för universitetssjukhus tillsammans har tagit fram utnyttjas t.ex. i den nationella elektroniska patientjournal som hör till myndigheternas gemensamma fältsystem (KEJO).

I 2 mom. anges de uppgifter som beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården har inom den prehospitalkakutsjukvården. Bestämmelser om motsvarande uppgifter inom socialvården tas senare in i speciallagstiftningen om socialvården. Beredskapscentret ska ha en läkare som ansvarar för den medicinska verksamheten inom den prehospitalkakutsjukvården.

Enligt 2 mom. 1 punkten ska beredskapscentret stödja Nödcentralsverket i bedömningen av uppdrag och användningen av resurser inom den prehospitla akutsjukvården. Beredskapscentret ska stödja Nödcentralsverket i hanteringen av nödmeddelanden, förmedlingen av uppdrag och resursanvändningen. Ett exempel är frågor som gäller användningen av de nationella läkar- och ambulanshelikopterresurserna. I skötseln av dessa uppgifter använder beredskapscentret kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Det är möjligt bl.a. tack vare att det nya nödcentralsdatasystemet (ERICA) används gemensamt med beaktande av systemets lokal-, användnings- och säkerhetskrav. Avsikten är att beredskapscentret ska stödja Nödcentralsverket också i resursanvändningen inom jourverksamheten i socialvården.

Enligt 2 punkten ska beredskapscentret producera samarbetsområdets akutläkarjour. Beredskapscentret ska för sin del producera akutläkarjour utifrån den nuvarande verksamhetsmodellen. Beredskapscentrets produktion av akutläkarjour är förknippad med produktionen av flygtjänster inom den prehospitla akutsjukvården och övriga stödtjänster i samband med dessa. Det landskap som ansvarar för flygtjänsterna inom den prehospitla akutsjukvården ska styra produktionen av flygtjänster för beredskapscentrets behov. I samarbetsområdet kan det finnas akutläkarjour som produceras också av andra landskap än det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset. Samarbetsområdets i 46 § beskrivna styrgrupp styr planeringen och samordningen av akutläkarjouren i samarbetsområdet och samordnar den till en riksomfattande helhet.

Enligt 3 punkten ska beredskapscentret samordna den operativa verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet. När beredskapscentret skapar och upprätthåller lägesbilden inom den prehospitla akutsjukvården samarbetar det med aktörerna inom den prehospitla akutsjukvården i landskapet och styr resurserna så att de används ändamålsenligt när behoven överskrider landskapets resurser eller gränser. Genom denna verksamhet eftersträvas en kontinuerlig tillgång till service i ett område större än landskapet. Betydelsen av denna tillgång till service accentueras när belastningen är hög eller störningar förekommer.

Beredskapscentret ska som ett led i den normala prehospitla akutsjukvårdsverksamheten också samordna de i 40 § beskrivna patientförflyttningar som hör till den prehospitla akutsjukvården. Den prehospitla akutsjukvården omfattar förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten enligt en medicinsk bedömning behöver krävande och kontinuerlig övervakning eller vård under förflyttningen. Uppgiften är förknippad med ändringarna i nätverket av jour sjukhus. Uppgiften hör numera till begreppet prehospitla akutsjukvård oavsett om patienten finns i hemmet eller i en social- och hälsovårdsinstitution. Högkvalitativ prehospitla akutsjukvård kan oftare än tidigare också behövas på olika vårdinstitutioner för att säkerställa att en patient som plötsligt insjuknar eller skadas får lämplig prehospitla akutsjukvård och transport till en lämplig vårdenhets.

Den prehospitla akutsjukvården ska planeras och delvis genomföras som ett landskapsövergripande system när jourstrukturen ändras, för att kunna säkerställa att invånarna får lika service oberoende av variationer i det regionala servicebehovet. Den prehospitla akutsjukvården ska ha tillgång till resurser i helheter som är större än ett landskap.

Enligt 4 punkten ska beredskapscentret producera regionala huvudadministratörsfunktionerna för de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovården. Enligt den modell som tillämpas också för närvarande ska det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset producera samarbetsområdets huvudadministratörsfunktioner för dessa system, som är centralt förknippade med beredskapen inom ansvarsområdet. Huvudadministratörsfunktionerna sköts förutom för den prehospitla sjukvården också i bredare omfattning för jourfunktionerna inom social- och hälsovården.

73 §. *Patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården.* I paragrafen föreskrivs om patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården. Med patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården avses transporter från hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av landskapets organiseringsansvar till andra hälso- och sjukvårdsenheter för fortsatt vård eller undersökningar, när transporten på medicinska grunder är nödvändig för att patienten ska få hälso- och sjukvårdstjänster. Dessa patientförflyttningar ska i fortsättningen ordnas och bekostas av landskapet. För dessa förflyttningar betalas inte längre några ersättningar med stöd av sjukförsäkringslagen.

Med patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården avses förflyttningar under vilka patienten inte enligt medicinsk bedömning behöver sådan krävande och kontinuerlig övervakning och vård som beskrivs i 40 §. Enligt ändamålsenlighetsprincipen kan flera typer av patienttransportfordon användas för dessa patientförflyttningar, t.ex. olika taxibilar, transportambulanser som lämpar sig för patienttransporter och patienttransportfordon som lämpar sig för transport av flera patienter. Dessa transporter hör enligt 40 § 1 punkten inte till den prehospitala akutsjukvården och utgör således inte myndighetsuppgifter som anknyter till den övergripande säkerheten i samhället, och de förmedlas inte via Nödcentralsverket.

Enligt 2 mom. ska landskapet genom konkurrensutsättning upphandla de patientförflyttningar som avses i paragrafen. Detta innebär ett undantag från landskapets möjlighet att besluta om sättet att producera social- och hälsovårdstjänster. I upphandlingsavtalet ska parterna avtala om verksamhetens kvalitet, patientsäkerheten, tillsynen och verksamhetens exakta innehåll.

Upphandling av patientförflyttningstjänster genom konkurrensutsättning är förstahandsalternativet, men landskapet är skyldigt att själv ordna förflyttningarna om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att ordna dem genom konkurrensutsättning. För landskapet medför bestämmelsen en sekundär skyldighet att tillhandahålla tjänster i det fall att marknadsbaserade tjänster inte alls eller endast i otillräcklig utsträckning finns att tillgå. I praktiken kan marknadsbristen ta sig uttryck antingen genom att inga tjänsteleverantörer deltar i anbudsproceduren eller genom att prisnivån i de anbud som kommer in är för hög, vanligen på grund av att leverantörerna är för få och konkurrensen i området för liten. Det kan också råda marknadsbrist om förhållandet mellan det tillgängliga marknadspriset och kvaliteten inte stämmer eller om servicekvaliteten i anbudet i övrigt inte är tillräcklig jämfört med vad som förväntas.

Patientförflyttningarna är till volymen en mycket mer omfattande helhet än den prehospitala akutsjukvården, och deras andel kommer att öka i framtiden. Gränsen mellan patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården och patientförflyttningar som inte gör det preciserades genom den ändring av 40 § i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft vid ingången av 2017. Eftersom det i lagstiftningen tidigare inte funnits någon exakt gränsdragning mellan prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar finns ingen tillförlitlig riksomfattande statistik om antalet patientförflyttningsuppdrag. Inom dessa patienttransporttjänster behöver olika typer av transportformer utvecklas för att motsvara invånarnas servicebehov.

2 Närmare bestämmelser och föreskrifter

Enligt 41 § i den föreslagna lagen kan genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter och ledningssystem, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, om enheterna för prehospital akutsjukvård och deras yttre kännetecken, om första insatsen, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form samt om uppgifterna för den

styrgrupp som beskrivs i 46 § och det beredskapscenter för social- och hälsovården som beskrivs i 46 a §.

3 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft samtidigt som lagstiftningen om landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen från och med ingången av 2021.

Nödcentralsdatasystemet ERICA införs enligt den aktuella planen stegvis från och med slutet av 2018 och fältsystemet KEJO cirka ett år senare. Målet är att KEJO ska vara i bruk i hela landet senast under 2023. Därför ska 39 § 4 mom. i den föreslagna lagen tillämpas senast den 1 januari 2024.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Grundlagens 19 § 1 mom. säkerställer att alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen avser social- och hälsojourer. 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. Grundlagens 19 § 3 mom. kompletteras av bestämmelserna i speciallagstiftningen för social- och hälsovården om kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga betraktas som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt ordnandet av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsojourer blir tryggade.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen har det allmänna en skyldighet att trygga tjänsterna, men detta hindrar inte att social- och hälsojourer kan genomföras också av andra än det allmänna (GrUU 26/2017 rd). Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen definierar inte på vilket sätt social- och hälsojourer ska produceras. Grundlagsutskottet har framhållit att grundlagen, även om den första meningen i 19 § 3 mom. inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, till denna del utgår från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 12/2015 rd, s. 3 och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att garantera tillgången till tjänster (GrUU 54/2014 rd, s. 2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i olika delar av landet (GrUB 25/1994 rd, s. 33/I).

Landskapen har ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster. Den speciallagstiftning som nu föreslås innehåller närmare bestämmelser om innehållet i den prehospitalka akutsjukvården och övriga jourtjänster som är kopplade till den. I propositionen föreslås det att samarbetsområdena ska få mer omfattande uppgifter än för närvarande när det gäller enhetlig beredskapsstyrning. Landskapen ska planera och genomföra beredskapen inom social- och hälsovården, och landskapen i ett samarbetsområde ska samordna sin planering så att det bildas en riksomfattande helhet som fungerar under normala förhållanden och vid störningar. Störningar och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården är inte nödvändigtvis geografiskt begränsade till endast ett landskap. Därför är det nödvändigt att beredskapsplaneringen i samarbetsområdet och mellan samarbetsområdena är riksomfattande. Även jourverksamheten inom

social- och hälsovården samt den prehospitla akutsjukvården ska planeras och styras som landskapsövergripande helheter i samarbetsområdena och på riksnivå mellan samarbetsområdena.

Verksamheten stabiliseras när uppgifterna inom hälso- och sjukvården samlas inom områden som är större än ett landskap eller ett sjukvårdsdistrikt. Grundlagsutskottet konstaterade i sitt utlåtande (GrUU 26/2017 rd) att det i 11 § i förslaget till lag om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om att samla tjänster. En del av de tjänster och uppgifter som hör till socialvården och hälso- och sjukvården får enligt 1 mom. samlas till större helheter till ett eller flera landskap, om det är nödvändigt för att säkerställa tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet samt klienternas rättigheter på grund av att uppgifterna är krävande eller exceptionella eller på grund av stora kostnader till följd av uppgifterna. Bestämmelser om vilka tjänster som samlas till större helheter och vilka landskap de samlas till utfärdas genom förordning av statsrådet. Ett landskap som har fått i uppdrag att ordna tjänster ansvarar enligt 3 mom. för att det finns lika tillgång till tjänsterna och beslutar hur behovet, mängden och kvaliteten i fråga om tjänsterna fastställs, på vilket sätt tjänsterna produceras och hur produktionen övervakas samt hur myndigheternas befogenheter ska utövas i fråga om dessa tjänster. De övriga landskapen har inte rätt att besluta om tjänsterna och de får inte producera eller skaffa dem från något annat ställe.

En bestämmelse av delvis motsvarande typ finns i 45 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Grundlagsutskottet har i ett relativt färskt utlåtande (GrUU 63/2016 rd) tagit ställning till bemyndigandet att utfärda förordning i 45 § i hälso- och sjukvårdslagen. Utskottet fäste då uppmärksamhet endast vid den formuleringsmässiga inexaktheten i förslaget till bestämmelse.

I sitt utlåtande (GrUU 26/2017 rd) ansåg grundlagsutskottet att det var problematiskt att det lagförslag som gällde 11 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård överlät att föreskrivas genom förordning av statsrådet vilka tjänster och uppgifter inom social- och hälsovården som ska samlas till större helheter. Landskapets uppgifter och behörighet i dessa tjänster och uppgifter hänvisas således att föreskrivas genom förordning av statsrådet i stället för genom lag. Utfärdandet av förordning begränsas endast av kravet på att samlandet är nödvändigt för att säkerställa tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet samt kundernas rättigheter på grund av att uppgifterna är krävande eller att de aktualiseras sällan eller på grund av stora kostnader till följd av uppgifterna. Regleringen på lagnivå om de tjänster och uppgifter som ska samlas blir med avseende på kravet på reglering enligt lag i 121 § 4 mom. i grundlagen alltför inexact, särskilt med beaktande av de begränsningar som förorsakas av 11 § 3 mom. om landskap som sköter andra än samlade tjänster och uppgifter.

I de bestämmelser som nu föreslås har samarbetsområdets uppgifter ansetts noggrant avgränsat på lagnivå. Förslaget inbegriper ändå en möjlighet att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärda närmare bestämmelser om uppgifterna för samarbetsområdets styrgrupp och beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården.

I propositionen föreslås en bestämmelse om att den prehospitla akutsjukvården på grund av sin karaktär av myndighetsverksamhet ska produceras i landskapets egen regi. Bestämmelsen inskränker landskapets beslutanderätt i fråga om produktionssättet. Motiveringen är att den prehospitla akutsjukvården till sin natur är myndighetsverksamhet och innehåller delar som på grund av sin natur inte kan läggas ut på andra producenter. Uppgifterna kan anses inbegripa utövande av offentlig makt. Exempel på sådana uppgifter är upprätthållandet av beredskapen för prehospital akutsjukvård, fältledningsverksamheten och deltagandet i arbetet med att utarbeta regionala beredskapsplaner tillsammans med övriga myndigheter och aktörer. För att komplettera sin egen verksamhet kan landskapet från privata serviceproducenter upphandla sådan service som avses i 40 § 1 mom. 1 punkten, dvs. skötsel av patientuppdrag inom den

prehospitala akutsjukvården. Dessutom kan landskapet anskaffa tjänster inom första insatsen av andra serviceproducenter. Till denna del behåller dock landskapet beslutanderätten när det gäller produktionssättet.

Samtidigt föreslås en bestämmelse om att patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården i första hand ska upphandlas genom konkurrensutsättning. Om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att ordna patientförflyttningar genom konkurrensutsättning ska landskapet ordna tjänsterna.

Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande om det tidigare förslaget till valfrihetslag (GrUU 26/2017) bedömt huruvida bestämmelserna i en situation av marknadsbrist tryggar tjänsterna i tillräcklig utsträckning med avseende på grundlagen. Utskottet betraktade det som problematiskt att landskapet inte själv kan producera tjänsterna. Om systemet byggde på att landskapet självt ska kunna producera tjänsterna skulle bestämmelserna inte vara behäftade med något problem av det här slaget. Landskapet kan då i sista hand själv agera i situationer där det inte på marknaden produceras tjänster som är tillräckliga för att garantera de grundläggande fri- och rättigheterna. Utifrån detta är den föreslagna regleringen om produktion av patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården inte problematisk med avseende på tryggheten av tjänster enligt grundlagen, eftersom regleringen tryggar tjänsteproduktionen också i situationer av marknadsbrist.

Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock ges endast myndigheter. Grundlagens 124 § aktualiserar frågan om omfattningen och ändamålsenligheten i en överföring av social- och hälsovårdstjänster till privata aktörer men även frågor om bl.a. den privata verksamhetens korrekthet och myndighetstillsynen. I sin etablerade utlåtandep Praxis har grundlagsutskottet betonat att kravet på ändamålsenlighet är ett juridiskt villkor och att huruvida villkoret uppfylls bedöms från fall till fall (GrUU 44/2016 rd, s. 5, GrUU 16/2016 rd, s. 3, GrUU 12/2014 rd, s. 2/II, GrUU 8/2014 rd, s. 3/II, GrUU 5/2014 rd, s. 3/I, GrUU 23/2013 rd, s. 3/I, GrUU 65/2010 rd, s. 2/II, GrUU 57/2010 rd, s. 5/I, GrUU 48/2010 rd, s. 4/I och de utlåtanden som dessa hänvisar till. Se också RP 1/1998 rd, s. 179/II). Huruvida kravet på ändamålsenlighet uppfylls måste bedömas från fall till fall varje gång då en offentlig förvaltningsuppgift föreslås bli anförtrodd någon utanför myndighetsorganisationen (se t.ex. GrUU 44/2016 rd, s. 5).

Produktionen av patientförflyttningar som inte hör till den prehospitala akutsjukvården är en avgränsad uppgift som inte inbegriper någon betydande utövning av offentlig makt. Serviceproducenterna omfattas av en likadan tillsyn som andra producenter av hälso- och sjukvårdstjänster och de är skyldiga att registrera sig i registret över tjänsteproducenter enligt lagstiftningen om produktion av social- och hälso-tjänster (RP 52/2017 rd).

Propositionen kan också granskas med avseende på egendomsskyddet och näringsfriheten enligt 15 § respektive 18 § i grundlagen. I propositionen föreslås det att landskapet ska producera den prehospitala akutsjukvården som verksamhet i egen regi. Enligt gällande lagstiftning kan ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospitala akutsjukvården i samarbete med räddningsväsendet i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent. I propositionen har möjligheten att anskaffa en del av den prehospitala akutsjukvården från privata aktörer bibehållits för att inte ogrundat minska de privata producenternas andel av serviceproduktionen inom den prehospitala akutsjukvården. I teorin kan bestämmelsen inskränka näringsidkarnas möjligheter att vara serviceproducenter. I praktiken har skötseln av patientuppdrag inom den prehospitala akut-

sjukvården emellertid inte i ett enda sjukvårdsdistrikt helt och hållet lagts ut på privata producenter. En del av de uppgifter som hör till den prehospitalka akutsjukvården är till sin natur sådana att de ska skötas som myndighetsuppgifter. Samtidigt har man när det gäller de patientförflyttningar som inte hör till den prehospitalka akutsjukvården ansett det ändamålsenligt att föreskriva att dessa primärt ska upphandlas genom konkurrensutsättning. Detta ökar betydligt de privata serviceproducenternas andel av patientförflyttningarna jämfört med nuläget.

I 15 § i grundlagen föreskrivs om skyddet för egendom. Kommunerna och samkommunerna har gällande avtal med privata aktörer om anskaffning av tjänster. Lagändringarna kan leda till att avtalen strider mot lagens bestämmelser.

Grundlagsutskottet har konstaterat att det i princip är problematiskt att retroaktivt ingripa i förmögenhetsrättsliga avtalsförhållanden mellan privata aktörer. Egendomsskyddet enligt grundlagen tryggar också kontinuiteten i avtalsförhållanden, trots att förbudet mot retroaktiva ingrepp i avtalsförhållanden i grundlagsutskottets praxis inte har betraktats som en absolut regel. Skyddet för kontinuiteten i förmögenhetsrättsliga rättshandlingar bottnar i tanken att skydda rättssubjektens berättigade förväntningar i ekonomiska frågor. I utskottets praxis har skyddet för berättigade förväntningar ansetts omfatta rätten att kunna lita på kontinuiteten i den lagstiftning som reglerar viktiga rättigheter och skyldigheter i avtalsförhållandet, så att dessa rättigheter och skyldigheter inte kan regleras på ett sätt som oskäligt försämrar avtalsparternas rättsliga ställning. Det har ansetts att skyddet för berättigade förväntningar och tillitsskyddet accentueras ännu mer när det är fråga om specialarrangemang som ursprungligen tillkommit genom lag. Samtidigt kan parter som agerar på en starkt reglerad marknad (t.ex. taxitjänster och besiktningssamhet) i allmänhet inte på goda grunder förvänta sig att lagstiftningen under alla omständigheter ska förbli oförändrad. Denna typ av reglering som ingriper i egendomsskyddet bedöms utifrån de allmänna förutsättningarna för begränsningar i de grundläggande fri- och rättigheterna, exempelvis huruvida avsikten med regleringen är godtagbar och regleringen rätt proportionerad.

Grundlagsutskottet tog ställning till retroaktiva ingrepp i avtal när ansvaret för att ordna den prehospitalka akutsjukvården föreslogs överföras från kommunerna till sjukvårdsdistrikten (GrUU 41/2010 rd – RP 90/2010). Utskottet konstaterade att upphäva avtal kan betyda stora ekonomiska förluster för privata tjänsteleverantörer, särskilt om avtalet är giltigt länge efter det angivna datumet. Samtidigt fäste utskottet uppmärksamhet vid att syftet med propositionen var att omorganisera en hel sektor. En av de största omställningarna var att det från och med 2013 var sjukvårdsdistrikten och inte kommunerna som skulle svara för den prehospitalka akutsjukvården. Detta betydde i praktiken att kommunerna inte längre kunde vara parter i avtalen om sjuktransport. För sjukvårdsdistriktens skyldighet att ordna prehospital akutsjukvård hade det varit problematiskt om de långt efter att ansvaret förts över på dem hade varit bundna vid avtal om sjuktransport som eventuellt ingåtts av flera kommuner.

I ett sådant läge hade näringsutövarna enligt utskottets uppfattning inga godtagbara grunder att förvänta sig att lagstiftningen ska vara oförändrad under alla omständigheter (jfr GrUU 31/2006 rd, s. 4/II, GrUU 56/2005 rd, s. 2/II). På grund av den föreslagna övergångsperioden ska avtalen löpa ut först om drygt två år och ett år och åtta månader efter att lagen har trätt i kraft. Det minskar konsekvenserna en aning. Trots det kan bestämmelsen åtminstone i en del fall ställa till med problem för de företag som tillhandahåller privat sjuktransport. Grundlagsutskottet konstaterade att med avseende på de berättigade förväntningarna som går tillbaka på 15 § i grundlagen är alternativen att antingen stryka bestämmelsen om avtal som löper ut eller att ytterligare förlänga övergångsperioden för att företagen ska ha mer tid på sig att anpassa verksamheten till de förändrade förhållandena.

För närvarande svarar sjukvårdsdistrikten för den prehospitla akutsjukvården. Enligt förslaget till lag om införande av landskapslagen, lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet (RP 15/2017 rd) övergår de förbindelser som sjukvårdsdistrikten ingått till landskapen.

Bestämmelserna om sättet att producera den prehospitla akutsjukvården kan bedömas också med avseende på de privata serviceproducenternas näringsfrihet enligt 18 § i grundlagen. Sättet att producera prehospital akutsjukvård handlar emellertid om produktion av social- och hälsojänster som hör till det allmännas organiseringsansvar, vilket i regel inte omfattas av näringsfriheten. På denna grund är bestämmelsen inte problematisk när det gäller serviceproducenternas näringsfrihet.

I 10 § i grundlagen föreskrivs om skydd för privatlivet. Där sägs att närmare bestämmelser om skydd för personuppgifter utfärdas genom lag. Den föreslagna lagen inbegriper en förpliktelse att använda myndigheternas gemensamma kommunikations- och informationssystem för hög beredskap, som inkluderar elektroniska patientjournaler för den prehospitla akutsjukvården. Till den del som sekretessbelagda klient- och patientuppgifter förmedlas i dessa system tillämpas dataskyddsförordningen och lagstiftningen om klient- och patientuppgifter på dem och i denna proposition föreslås inga ändringar i det avseendet. De kommande kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap fungerar i förvaltningens säkerhetsnät och för dem är skyddsnivån högre än för de klient- och patientinformationssystem som används i landskapen.

Enligt regeringens uppfattning överensstämmer propositionen med grundlagen och kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. På grund av att frågan är av stor betydelse är det dock nödvändigt att begära utlåtande från grundlagsutskottet.

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

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 39—41, 46 och 73 §, av dem 39 och 40 § sådana de lyder delvis ändrade i lag 1516/2016 samt 41 och 46 § sådana de lyder i lag 1516/2016, samt
fogas till lagen nya 41 a, 46 a och 46 b §, som följer:

4 kap.

Samarbete inom hälso- och sjukvården samt regional service

39 §

Ordnande och produktion av prehospital akutsjukvård

Landskapet ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården är myndighetsverksamhet och utgör en del av jourssystemet inom social- och hälsovården samt av den övergripande säkerheten i samhället. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med jourenheter inom social- och hälsovården planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan social- och hälsovård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en funktionell helhet.

Den prehospitala akutsjukvården produceras som verksamhet i landskapets egen regi eller i samarbete med ett eller flera andra landskap. Landskapet kan anskaffa sådan service som avses i 40 § 1 mom. 1 och 5 punkten från andra serviceproducenter.

Landskapet fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska produceras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha och insatstiderna per samarbetsområde som anger hur snart befolkningen ska nås för att få vård, samt beaktas situationer med hög belastning och samarbetsområdets resurser samt andra omständigheter som påverkar produktionen av prehospital akutsjukvård i området.

Uppdragen inom den prehospitala akutsjukvården förmedlas och behandlas i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Aktörerna inom den prehospitala akutsjukvården ska använda dessa system, inklusive den nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård.

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar

1) sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt patientförflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta

vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig övervakning eller vård under förflyttningen,

- 2) upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård,
- 3) akutläkarverksamhet,
- 4) fältchefsverksamhet inom prehospital akutsjukvård,
- 5) första insatsen, vilken avser att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen,
- 6) vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen,
- 7) medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för störningar och undantagsförhållanden som gäller social- och hälsovården tillsammans med andra myndigheter och aktörer,
- 8) handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Bestämmelser om akutvård i anslutning till sjöräddningstjänsten finns i sjöräddningslagen 1145/2001.

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Närmare bestämmelser om den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter och ledningssystem, om arbetsuppgifterna och utbildningskraven för personalen i den prehospitala akutsjukvården, om enheterna för prehospital akutsjukvård och deras yttre kännetecken, om första insatsen, om beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och om beslutets form får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom närmare bestämmelser om uppgifterna för den styrgrupp som avses i 46 § och det beredskapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården som avses i 46 a § samt om styrningsuppgifterna inom den prehospitala akutsjukvården för de landskap som är huvudmän för universitetssjukhus får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

41 a §

Rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården

Landskapet ska inom sitt område ordna med service inom det riksomfattande rådgivnings- och handledningssystem som hör till social- och hälsovårdens jourverksamhet.

5 kap.

Specialupptagningsområden

46 §

Styrning av beredskapen inom social- och hälsovårdens jourverksamhet i samarbetsområdet

Inom ett samarbetsområde som avses i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (/) styrs beredskapsplaneringen i jourverksamheten inom social- och hälsovården av en styrgrupp som består av de landskap som hör till samarbetsområdet och som inrättas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset.

Styrgruppen ska

1) leda utarbetandet av beredskapsplaner för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområden så att planerna bildar en riksomfattande helhet,

2) styra och stödja landskapens planering och utvecklande av jourverksamheten inom social- och hälsovården inbegripet den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet och samordna den med de övriga samarbetsområdena,

3) lämna Nödcentralsverket larmanvisningar för social- och hälsovården i styrgruppens samarbetsområde,

4) styra regionala huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet,

5) styra beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet,

6) styra den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården tillsammans med de övriga samarbetsområdena.

46 a §

Beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården

Ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus ska för jourverksamheten inom social- och hälsovården inrätta ett beredskapscenter som hör till det landskapets affärsverk för social- och hälsovården. Beredskapscentret ska skapa, upprätthålla och förmedla en aktuell lägesbild av jourverksamheten och jourresurserna inom social- och hälsovården. Bestämmelser om organisering av beredskapscentrets uppgifter ska ingå i landskapens samarbetsavtal. Om beredskapscentrets uppgifter inom den prehospitla akutsjukvården föreskrivs också i 46 b §.

46 b §

Styrning av den prehospitla akutsjukvården

Ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus ska tillsammans med de övriga landskapen som är huvudmän för universitetssjukhus

1) samordna beredningen av besluten om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården,

2) samordna akutläkarverksamheten så att den bildar en i hela landet fungerande helhet,

3) bereda och samordna de riksomfattande medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården samt övriga riksomfattande anvisningar i fråga om den prehospitla akutsjukvården.

I fråga om den prehospitla akutsjukvården ska beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården

1) stödja Nödcentralsverket i bedömningen av uppdrag och användningen av resurser inom den prehospitla akutsjukvården,

2) producera samarbetsområdets akutläkarjour,

3) samordna den operativa verksamheten inom den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet,

4) producera regionala huvudadministratörsfunktioner för de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovården.

73 §

Patientförflyttningar som inte hör till den prehospitla akutsjukvården

Landskapet ska organisera patientförflyttningar som inte hör till den prehospitla akutsjukvården. Med patientförflyttningar som inte hör till den prehospitla akutsjukvården avses transporter från hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av landskapets organiseringsansvar till andra hälso- och sjukvårdsenheter för fortsatt vård eller undersökningar, när transporten på medicinska grunder är nödvändig för att patienten ska få hälso- och sjukvårdstjänster.

Landskapet ska genom konkurrensutsättning upphandla de patientförflyttningar som omfattas av dess organiseringsansvar men som inte ingår i den prehospitla akutsjukvården. Om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att ordna patientförflyttningar genom konkurrensutsättning ska landskapet sköta förflyttningarna.

Denna lag träder i kraft den 20 .
Lagens 39 § 4 mom. ska tillämpas senast den 1 januari 2024.

Helsingfors den 13 december 2018

Statsminister

Juha Sipilä

Familje- och omsorgsminister Annika Saarikko

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 39—41, 46 och 73 §, av dem 39 och 40 § sådana de lyder delvis ändrade i lag 1516/2016 samt 41 och 46 § sådana de lyder i lag 1516/2016, samt
fogas till lagen nya 41 a, 46 a och 46 b §, som följer:

Gällande lydelse

4 kap.

**Samarbete inom hälso- och sjukvården
samt regional service**

39 §

Prehospital akutsjukvård

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet.

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt kan organisera den prehospitala akutsjukvården inom hela sitt område eller en del av det genom att sköta verksamheten själv, genom att ordna vården i samarbete med räddningsväsendet i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvård

Föreslagen lydelse

4 kap.

**Samarbete inom hälso- och sjukvården
samt regional service**

39 §

***Ordnande och produktion av prehospital
akutsjukvård***

Landskapet ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården är myndighetsverksamhet och utgör en del av jourssystemet inom social- och hälsovården samt av den övergripande säkerheten i samhället. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med jourenheter inom social- och hälsovården planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan social- och hälsovård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en funktionell helhet.

Den prehospitala akutsjukvården produceras som verksamhet i landskapets egen regi eller i samarbete med ett eller flera andra landskap. Landskapet kan anskaffa sådan service som avses i 40 § 1 mom. 1 och 5 punkten från andra serviceproducenter.

Landskapet fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska produceras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitala akutsjukvården ska ha och insatstiderna per samarbetsområde som anger hur snart be-

Gällande lydelse

den ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospital akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen. *Innehållet i den prehospitala akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospitala akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt specialupptagningsområdets resurser beaktas i servicen.*

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar

- 1) sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, *med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001)*, och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen,
- 2) upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård,
- 3) vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen,
- 4) medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter och aktörer, och
- 5) handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitala akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen

Föreslagen lydelse

folkningen ska nås för att få vård, samt beaktas situationer med hög belastning och samarbetsområdets resurser samt andra omständigheter som påverkar produktionen av prehospital akutsjukvård i området.

Uppdragen inom den prehospitala akutsjukvården förmedlas och behandlas i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap. Aktörerna inom den prehospitala akutsjukvården ska använda dessa system, inklusive den nationella elektroniska patientjournalen för prehospital akutsjukvård.

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar

- 1) sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt *patientförflyttningar* i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig *övervakning eller vård* under förflyttningen,
- 2) upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård,
- 3) *akutläkarverksamhet*,
- 4) *fältchefsverksamhet inom prehospital akutsjukvård*,
- 5) *första insatsen, vilken avser att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen*,
- 6) vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen,
- 7) medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner *för störningar och undantagsförhållanden som gäller social- och hälsovården* tillsammans med andra myndigheter och aktörer,
- 8) handräckning till polisen, räddnings-

Gällande lydelse

avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården.

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Bestämmelser om den prehospitla akutsjukvårdens uppgifter, om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitla akutsjukvården och beslutets form, om ledningssystemet för den prehospitla akutsjukvården, om grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitla akutsjukvården, om enheterna för prehospital akut-sjukvård, om bestämmande av bas- och vårdnivå inom den prehospitla akutsjukvården och om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Föreslagen lydelse

myndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Bestämmelser om akutvård i anslutning till sjöräddningstjänsten finns i sjöräddningsslagen 1145/2001.

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Närmare bestämmelser om den prehospitla akutsjukvårdens uppgifter och ledningssystem, om arbetsuppgifterna och utbildningskraven för personalen i den prehospitla akutsjukvården, om enheterna för prehospital akut-sjukvård och deras yttre kännetecken, om första insatsen, om beslutet om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården och om beslutets form får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom närmare bestämmelser om uppgifterna för den styrgrupp som avses i 46 § och det beredskapscenter för jourverksamheten inom social- och hälsovården som avses i 46 a § i denna lag samt om styrningsuppgifterna inom den prehospitla akutsjukvården för de landskap som är huvudmän för universitetssjukhus får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

41 a §

Rådgivnings- och handledningstjänst inom jourverksamheten i social- och hälsovården

Landskapet ska inom sitt område ordna med service inom det riksomfattande rådgivnings- och handledningssystem som hör till social- och hälsovårdens jourverksamhet.

5 kap.

Specialupptagningsområden

46 §

5 kap.

Specialupptagningsområden

46 §

Styrning av beredskapen inom social- och

Gällande lydelse

Central för prehospital akutsjukvård

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska ordnas. Centralen för prehospital akutsjukvård ska

1) sätta upp de mål som gäller den tid inom vilken befolkningen inom det egna specialupptagningsområdet ska få vård och som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, med beaktande av befolkningens uppskattade servicebehov, jourstrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet samt specialupptagningsområdets resurser för prehospital akutsjukvård,

2) inom det egna området ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare,

3) samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården,

4) planera och besluta om läkarhelikopter- verksamheten inom det egna specialupptagningsområdet,

5) samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralsverket,

6) tillsammans med andra specialupptagningsområden bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården,

7) ansvara för huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet samt för en del av underhållet av systemen,

8) medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren föreskrivs det i 29 a § i socialvårdslagen. Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård får

Föreslagen lydelse

hälsovårdens jourverksamhet i samarbetsområdet

Inom ett samarbetsområde som avses i 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (/) styrs beredskapsplaneringen i jourverksamheten inom social- och hälsovården av en styrgrupp som består av de landskap som hör till samarbetsområdet och som inrättas av det landskap som är huvudman för universitetssjukhuset.

Styrgruppen ska

1) leda utarbetandet av beredskapsplaner för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområden så att planerna bildar en riksomfattande helhet,

2) styra och stödja landskapens planering och utvecklande av jourverksamheten inom social- och hälsovården inbegripet den prehospitala akutsjukvården i samarbetsområdet och samordna den med de övriga samarbetsområdena,

3) lämna Nödcentralsverket larmanvisningar för social- och hälsovården i styrgruppens samarbetsområde,

4) styra regionalhuvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet,

5) styra beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården i samarbetsområdet,

6) styra den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänst som hör till jourverksamheten inom social- och hälsovården tillsammans med de övriga samarbetsområdena.

Gällande lydelse

vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Föreslagen lydelse

46 a §

Beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården

Ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus ska för jourverksamheten inom social- och hälsovården inrätta ett beredskapscenter som hör till det landskapets affärsverk för social- och hälsovården. Beredskapscentret ska skapa, upprätthålla och förmedla en aktuell lägesbild av jourverksamheten och jourresurserna inom social- och hälsovården. Bestämmelser om organisering av beredskapscentrets uppgifter ska ingå i landskapens samarbetsavtal. Om beredskapscentrets uppgifter inom den prehospitала akutsjukvården föreskrivs också i 46 b §.

46 b §

Styrning av den prehospitала akutsjukvården

Ett landskap som är huvudman för ett universitetssjukhus ska tillsammans med de övriga landskapen som är huvudmän för universitetssjukhus

1) samordna beredningen av besluten om servicenivån för den prehospitала akutsjukvården,

2) samordna akutläkarverksamheten så att den bildar en i hela landet fungerande helhet,

3) bereda och samordna de riksomfattande medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitала akutsjukvården samt övriga riksomfattande anvisningar i fråga om den prehospitала akutsjukvården.

I fråga om den prehospitала akutsjukvården ska beredskapscentret för jourverksamheten inom social- och hälsovården

1) stödja Nödcentralverket i bedömningen av uppdrag och användningen av resurser inom den prehospitала akutsjukvården,

2) producera samarbetsområdets akutlä-

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

karjour,

3) samordna den operativa verksamheten inom den prehospitäl akutsjukvården i samarbetsområdet,

4) producera regionala huvudadministrationsfunktioner för de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovården.

73 §

Överflyttning av patienten

Om vårdtiden för en patient som är bosatt i en annan kommun och som är intagen på vårdplats i kommunens hälsovårdscentral uppskattas överstiga den genomsnittliga vårdtiden, och även annars då patienten begär det, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning som patientens boende- och hemkommun är huvudman för, förutsatt att överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras.

Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom kräver det, sörja för att patienten transporteras för vård eller åtgärder till någon annan verksamhetsenhet eller hälsovårdscentral.

73 §

Patientförflyttningar som inte hör till den prehospitäl akutsjukvården

Landskapet ska organisera patientförflyttningar som inte hör till den prehospitäl akutsjukvården. Med patientförflyttningar som inte hör till den prehospitäl akutsjukvården avses transporter från hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av landskapets organiseringsansvar till andra hälso- och sjukvårdsenheter för fortsatt vård eller undersökningar, när transporten på medicinska grunder är nödvändig för att patienten ska få hälso- och sjukvårdstjänster.

Landskapet ska genom konkurrensutsättning upphandla de patientförflyttningar som omfattas av dess organiseringsansvar men som inte ingår i den prehospitäl akutsjukvården. Om det på grund av marknadsbrist inte är möjligt att ordna patientförflyttningar genom konkurrensutsättning ska landskapet sköta förflyttningarna.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Lagens 39 § 4 mom. ska tillämpas senast den 1 januari 2024.