

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och till lagar som har samband med den

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås i fråga om hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande dels ändringar som ska gälla tills vidare, dels ändringar som ska gälla temporärt. Det föreslås också att lagen om elev- och studerandevård, fängelselagen, häktningsslagen och lagen om patientens ställning och rättigheter ändras.

I propositionen föreslås det att tidsgränserna för att få icke-brådskande vård inom primärvården skärps. Patienter bör vardagar under tjänstetid under samma dag få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av vårdbehovet. Vid icke-brådskande sjukvård inom primärvården ska den första vårdhändelsen i sådan vård som konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom sju dygn, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan. Inom mun- och tandvården ska undersökning eller vård som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att bedömningen av vårdbehovet gjordes. Lagen ska dessutom innehålla bestämmelser om sådana situationer där patienten först har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller en tandläkare.

Tidsgränsen på sju dagar ska enligt förslaget inte gälla vårdhändelser i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan, primärvårdsmottagningar hos specialistläkare inom andra medicinska specialiteter än allmänmedicin och vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården. Tidsgränsen ska inte heller gälla tjänster för främjande av hälsa eller välbefinnande, exempelvis hälsorådgivning och hälsokontroller, eller andra vårdhändelser inom den förebyggande hälso- och sjukvården. När det gäller tjänster som inte omfattas av tidsgränsen på sju dygn ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Inom mun- och tandvården ska tidsgränsen på tre månader inte gälla situationer där det i vårdplanen har skrivits in ett individuellt undersöknings- eller vårdintervall för patienten, om det inte uppstår behov av att avvika från det.

Det föreslås att tidsgränserna för att få vård skärps stegvis så att det under de 14 månader som följer efter lagens ikraftträdande ska vara möjligt att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården inom 14 dygn och inom mun- och tandvården inom fyra månader från det att vårdbehovet bedömdes. Tidsgränsen på sju dygn för att få sjukvård inom primärvården och tidsgränsen på tre månader för att få vård inom mun- och tandvården föreslås träda i kraft den 1 november 2024.

Bestämmelserna ska gälla den primärvård som är på välfärdsområdenas organiseringsansvar samt den studerandehälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse. Bestämmelserna om de maximala väntetiderna till vård, inklusive bestämmelserna om att få vård inom den specialiserade sjukvården, ska i fortsättningen uttryckligen gälla även den hälso- och sjukvård

för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Välfärdsområdena, Studenternas hälsovårdsstiftelse och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska offentliggöra uppgifter om hurdan tillgången till vård varit i praktiken. Institutet för hälsa och välfärd ska producera de uppgifter som offentliggörs.

De ändringar som föreslås i lagen om elev- och studerandevård och lagen om patientens ställning och rättigheter är av teknisk natur.

De föreslagna lagarna avses huvudsakligen träda i kraft den 1 september 2023. Lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande avses gälla under perioden 1.9.2023–31.10.2024.

Propositionen hänför sig till statsbudgeten för år 2023.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	5
1 Bakgrund och beredning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	7
2.1 Nuvarande lagstiftning.....	7
2.1.1 Rätt till vård	7
2.1.2 Lagstiftning om tillgången till vård inom den hälso- och sjukvård som ordnas av kommunen och samkommunen, i fortsättningen av välfärdsområdet.....	9
2.1.3 Kundavgifter inom primärvården.....	12
2.1.4 Studerandehälsovård	13
2.1.5 Hälso- och sjukvård för fångar.....	16
2.1.6 Hälso- och sjukvård som ordnas av Försvarsmakten.....	18
2.1.7 Tillsynen över tillgången till vård	21
2.2 Verksamhetsmiljön och ändringar i den	22
2.2.1 Reformen av ordnandet av social- och hälsovården.....	22
2.2.2 Covid -19- pandemin och dess konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet....	32
2.2.3 Modeller för organisering av arbetet.....	36
2.3 Hälsovården, sjukvården och mun- och tandvårdens verksamhet och ekonomi.....	37
2.3.1 Inledning	37
2.3.2 Statistik över icke-brådskande vård	39
2.3.3 Bedömning av vårdbehov, tillgången till vård och orsaker till vården	42
2.3.4 Befolkningens upplevelse av hur behovet av vård tillgodoses och tillgången till vård	48
2.3.5 Hälso- och sjukvårdspersonal	51
2.3.6 Kostnader för öppenvård inom primärvården	56
2.3.7 Specialiserad sjukvård.....	58
2.3.8 Företagshälsovård	59
2.3.9 Studenthälsovård för högskolestuderande.....	60
2.3.10 Hälso- och sjukvård för fångar.....	62
2.4 Sammanfattning av bedömningen av nuläget	63
3 Målsättning	68
4 Förslagen och deras konsekvenser.....	69
4.1 De viktigaste förslagen.....	69
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	72
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser	72
4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	83
4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser.....	94
5 Alternativa handlingsvägar.....	103
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser.....	103
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet.....	107
6 Remissvar	110
7 Specialmotivering.....	115

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen	115
7.2 Lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	135
7.3 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	136
7.4 Lagen om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	143
7.5 Lagen om elev- och studerandevård	143
7.6 Fängelselagen.....	143
7.7 Häktningsslagen.....	144
7.8 Lagen om patientens ställning och rättigheter.....	145
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	145
9 Ikraftträdande.....	146
10 Verkställighet och uppföljning	146
11 Förhållande till andra propositioner.....	147
11.1 Samband med andra propositioner.....	147
11.2 Förhållande till budgetpropositionen	147
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	148
LAGFÖRSLAG	157
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	157
2. Lag om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	161
3. Lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	163
4. Lag om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	166
5. Lag om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård.....	168
6. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen.....	169
7. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen	170
8. Lag om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter.....	172
BILAGOR.....	173
PARALLELLTEXTER	173
1. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	173
2. Lag om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	179
3. Lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	182
4. Lag om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	186
5. Lag om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård.....	189
6. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen.....	190
7. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen	192
8. Lag om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter.....	194

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering ska det säkerställas att var och en har tillgång till högklassig primärvård och socialservice i rätt tid. I enlighet med regeringsprogrammet har det inletts ett program för utveckling av framtidens social- och hälsocentraler och det har samband med beredningen och verkställigheten av reformen av social- och hälsovården. Syftet med utvecklingsprogrammet är också att stärka medborgarnas förtroende för offentliga social- och hälsovårdstjänster.

Enligt regeringsprogrammet ska vårdgarantin i primärvården skärpas så att var och en i fortsättningen får icke-brådskande vård inom sju dygn från det att vårdbehovet bedömts.

Det är nedtecknat i regeringsprogrammet att genom utveckling av multiprofessionella social- och hälsocentraler där digitaliseringen utnyttjas och där det med hjälp av ny arbetsfördelning och en arbetsinsats av yrkesverksamma personer fås in konsultationer på specialnivå i mottagningsverksamheten, kan snabbare tillgång till vård nås med arbetsinsats av cirka 1 000 fler allmänläkare. Av dessa kan cirka 300 läkare fås genom att man tillsätter tjänster som varit obesatta länge och ersätter tillfälliga köpta tjänster av inhyrda läkare med ordinarie läkare. Detta förutsätter att social- och hälsocentralerna görs attraktivare som arbetsplatser i hela landet. Förbättrad tillgång till mun- och tandvård samt tjänster inom mentalvård och utveckling av kvaliteten är en del av reformen av social- och hälso-tjänsterna. Fokus inom hälso- och sjukvården flyttas med dessa medel från den specialiserade sjukvården till basnivån.

1.2 Beredning

Åren 2014 och 2017 genomförde social- och hälsovårdsministeriet två omfattande utredningar om tillgången till vård. De innehöll dock inte exakta förslag på en skärpning av vårdgarantin för primärvården eller åtgärdsförslag, eftersom reformen av strukturerna inom social- och hälsovården inte var slutförd.

I den utredning som gjordes 2014 *Utredning om tillgång till icke-brådskande vård – nuläge och åtgärdsförslag. Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter och promemorior 2014:27* granskades dåvarande problemområden i fråga om tillgången till icke-brådskande vård. I utredningen utvärderades ändringsbehov inom primärvård, mun- och tandvård, mentalvårdstjänster och missbrukarvård. Personerna som genomförde utredningen föreslog att det ska definieras vad tillgång till vård och vårdgaranti innebär i ett sådant finländskt system där socialservice, offentligt finansierade tjänster inom primärvården och tjänster inom den specialiserade sjukvården finns inom samma organisation. I åtgärdsförslaget dryftar de huruvida det ska anges tidsgränser för vårdhelheten, till exempel från det att patienten tog kontakt, vården inleddes, ett ingrepp gjordes tills dess patienten är rehabiliterad, hälsoproblemet är löst eller åtminstone under kontroll.

Social- och hälsovårdsministeriets nationella arbetsgrupp för tillgång till vård och enhetliga grunder för vård verkade under åren 2015–2018. Underarbetsgruppen till denna arbetsgrupp publicerade rapporten *Tidsgränser för tillgång till vård och förändringsbehov* (på finska). *Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter och promemorior 2017: 3.*

Underarbetsgruppen föreslog ändringar i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen. Ändringarna gäller möjligheten att omedelbart få kontakt, att det omedelbart görs en bedömning av vårdbehovet och tillhandahålls rådgivning inom primärvården. Enligt förslaget kan dessa genomföras via olika kanaler. Underarbetsgruppen föreslog också att om vårdbehovet för patienten inte kan bedömas då patienten tar kontakt, har patienten rätt att få en bedömning av en läkare eller av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård enligt hur brådskande situationen är, dock senast inom tre dygn från den första kontakten. Vård som har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas eller en vård- och serviceplan upprättas inom en rimlig tid med beaktande av den utveckling som förutses för patientens hälsotillstånd eller sjukdom, dock inom sex veckor från den första kontakten.

Den nationella arbetsgruppen för tillgång till vård och enhetliga grunder för vård tog dock inte med underarbetsgruppens ändringsförslag i sin slutrapport. Den konstaterade att beredningsarbetet fortsätter som en del av reformen av hälso- och sjukvårdslagen. Tidsgränser för tillgången till vård och regleringen av förfarandena är bundna till servicesystemets struktur.

Arbetsgruppen föreslog att bestämmelserna i det första skedet ses över så att det blir möjligt för patienterna att få kontakt via flera kanaler och att tillgången till vård påskyndas. Den ansåg att patienten redan i samband med vårdbedömningen ska slussas direkt till en sådan tjänst, där patienten om det är möjligt kan få hjälp med en enda kontakt. På författningsnivå ska olika metoder för bedömning av vårdbehov möjliggöras. Det är viktigt att på basnivå göra en tillräckligt snabb diagnostisk bedömning och annan situationsbedömning och vid behov samtidigt ordna psykosocialt stöd. Dessutom konstaterade arbetsgruppen att det är bra att utveckla sådana lösningar för tjänsteproduktion, som gör det möjligt att samtidigt få kontakt, inleda bedömningen av vårdbehov och påbörja vården, till exempel walk in-mottagningar och tjänster med låg tröskel.

Social- och hälsovårdsministeriet inledde 2019 programmet Framtidens social- och hälsocentral, som genomför målen i regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering att stärka tjänsterna på basnivå. Ett av målen för programmet Framtidens social- och hälsocentral är att förbättra tillgången till tjänster med kontinuitet som ges på lika grunder och i rätt tid. Det är meningen att målet ska uppnås bland annat genom att säkerställa att kunden får tillgång till icke-brådskande vård inom sju dygn från det att vårdbehovet bedömts. Social- och hälsovårdsministeriet beviljar statsunderstöd till utvecklingsprojekt som stöder programmets mål (*Framtidens social- och hälsocentral 2020–2022. Program och programguide. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:3*).

Lagberedningen har gjorts som tjänsteuppdrag vid social och hälsovårdsministeriet. Vid beredningen har man samarbetat med försvarsministeriet, Försvarsmakten, Institutet för hälsa och välfärd, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Folkpensionsanstalten och Studenternas hälsovårdsstiftelse. Dessutom ordnade social- och hälsovårdsministeriet två möten med regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, vid vilka propositionens konsekvenser för dem behandlades. I tillägg har social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med finansministeriet behandlat propositionsutkastets ekonomiska konsekvensbedömningar under hösten 2021 och våren 2022.

Utlåtanden om utkastet till propositionen begärdes av kommuner, samkommuner, välfärdsområden, de instanser som nämns i föregående stycke samt andra viktiga myndigheter och intressegrupper. Remissrundan genomfördes mellan den 17 november 2021 och den 4 januari 2022. Begäran om utlåtande publicerades i tjänsten utlåtande.fi med begäran att utlåtanden lämnas genom att fylla i en enkät på webbplatsen som innehöll detaljerade frågor om propositionen.

Remissvar kunde också lämnas i form av så kallade traditionella utlåtanden till social- och hälsovårdsministeriets registratur. Remissinstanserna ombads ta ställning till innehållet i samt verkställigheten och konsekvenserna av de föreslagna författningarna. Motiveringarna och konsekvensbedömningen i regeringens proposition kompletterades och preciserades utifrån remissvaren. Remissvaren kan läsas på projektets webbplats (projektnummer STM074:00/2019) <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM074:00/2019>, där det också finns en länk till enkäten i utlåtandetjänsten. Remissvaren refereras i avsnitt 6.

Rådet för utvärdering av lagstiftningen har gett ett utlåtande om propositionen (rådets utlåtande den 22 februari 2022)¹. Utlåtandet och de preciseringar som företagits med anledning av det refereras närmare i kapitel 6.

Propositionen har behandlats i delegationen för kommunal ekonomi och kommunal förvaltning den 5 maj 2022.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Nuvarande lagstiftning

2.1.1 Rätt till vård

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen skall det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I 2 kap. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, *patientlagen*) anges bestämmelser om patientens rättigheter. Enligt 3 § har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.

Kommunerna och samkommunerna har med stöd av folkhälsolagen (62/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) det huvudsakliga organiseringsansvaret för hälso- och sjukvårdstjänster fram till den 1 januari 2023. Från början av 2023 överförs organiseringsansvaret för social- och hälsovårdstjänster till 21 välfärdsområden samt till Helsingfors stad och samkommunen HUS. Centrala lagar som hänför sig till reformen är lagen om välfärdsområden (611/2021), lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021, *Nylandslagen*), i vilka det i fortsättningen föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster. I och med social- och hälsovårdsreformen upphävs folkhälsolagen och största delen av lagen om specialiserad sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) anges nu och i fortsättningen närmare bestämmelser bland annat om de tjänster som omfattas av organiseringsansvaret för den kommunala

¹ <https://vnk.fi/-/arviointineuvosto-pystyvatko-hyvinvointialueet-noudattamaan-hoitotakuun-velvoitteita-> (på finska)

hälso- och sjukvården. I 6 kap. i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om tillgången till vård (se avsnitt 2.1.2). Även staten ordnar vissa hälso- och sjukvårdstjänster.

Enligt 4 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter ska patienten meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. I momentet finns dessutom en informativ hänvisning, enligt vilken det i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om intagning för vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.

I 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter föreskrivs det om skyldigheten att utarbeta en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering. Enligt bestämmelsen ska inom hälso- och sjukvården vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan. Av planen skall framgå hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ordnas. Planen skall utarbetas i samförstånd med patienten, dennes anhöriga eller närstående eller lagliga företrädare.

I 5 § i lagen om patientens ställning och rättigheter föreskrivs det om patientens rätt till information, i 6 § om patientens självbestämmanderätt och i 7 § om minderåriga patienters ställning.

Patientens rätt till god vård tryggas också genom hälso- och sjukvårdslagstiftningens reglering av bland annat hälso- och sjukvårdens kvalitet, patientsäkerheten, språket i samband med hälso- och sjukvårdstjänster, personalens skyldighet som gäller fortbildning och samarbetsskyldighet. Bestämmelser om skyldigheterna för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, såsom läkare, tandläkare, psykologer, fysioterapeuter, sjukskötare, munhygienister och närvårdare anges också i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994, *yrkespersonslagen*). Enligt 15 § i lagen är målet för yrkesutövningen i fråga om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som han hela tiden skall försöka komplettera. I samband med yrkesutövningen skall en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten. Enligt 22 § beslutar legitimerade läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. På motsvarande sätt beslutar legitimerade tandläkare om odontologiska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. Enligt 23 a § i lagen får en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet.

I 19 § i grundlagen föreskrivs det om rätten till tillräckliga hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Den här principen anges också i 3 § 1 mom. i patientlagen, enligt vilken patienten utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande har rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Lagstiftningen som gäller hälso- och sjukvården samt patientens rättigheter medför inte rättighet för patienten att få vilken som helst vård som han eller hon önskar. Vårdbehovet bedöms av hälso- och sjukvården och det kommunala tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvård omfattar med stöd av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering. Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso-

och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Enligt bestämmelserna i patientlagen genomförs vården av patienten i samförstånd med patienten.

2.1.2 Lagstiftning om tillgången till vård inom den hälso- och sjukvård som ordnas av kommunen och samkommunen, i fortsättningen av välfärdsområdet

Bestämmelser om tillgången till vård inom primärvården anges i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen. I 51 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen anges bestämmelser om att få kontakt med hälsovårdscentralen och om bedömning av vårdbehovet. En patient ska vardagar under tjänstetid omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Enligt den nuvarande bestämmelsen kan bedömningen av vårdbehovet göras antingen av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser om legitimering och skyddad yrkesbeteckning finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Inom den specialiserade sjukvården bedöms vårdbehov utifrån remiss och inom den specialiserade sjukvården bedöms vårdbehovet av en specialist- eller en specialisttandläkare. Bestämmelser om bedömning av vårdbehov finns dessutom i statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017). I 12 § i förordningen föreskrivs det om mottagning vid juren. Enligt den får bedömning av vårdbehovet och med den förknippad hänvisning av en patient till vård vid en jourenhet endast göras av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Enligt 51 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Primärvård avser enligt 3 § i lagen om hälso- och sjukvård uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering, företagshälsovård och miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som kommunen ordnar. Primärvård kan också benämnas folkhälsoarbete.

Brådskande vård definieras i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Icke-brådskande vård har inte definierats i lagstiftningen. Enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunerna ordna sjukvårdstjänster för dem som bor i kommunen. Till dem hör att undersöka sjukdomar, ställa medicinska och odontologiska diagnoser, ge vård och behandling, tillhandahålla nödvändiga förbrukningsartiklar enligt vårdplanen för behandling av långvarig sjukdom och ge den medicinska rehabilitering som behövs, att förebygga och bota sjukdomar och att lindra lidande, att ge handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och patientens egenvård, att i ett tidigt stadium identifiera och behandla hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård eller att hänvisa patienten till vård. Sjukvården ska genomföras med beaktande av

patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Vården genomförs i form av öppen vård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten.

Bestämmelser om tjänsterna finns i 2 och 3 kap. i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 27 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar mentalvårdsarbete bland annat mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar. Dessutom omfattar tjänsterna förebyggande tjänster och handledning och rådgivning i anslutning till tjänsterna samt psykosocialt stöd till individen och familjen. Bestämmelser om mentalvårdstjänster finns i mentalvårdslagen (1116/1990). Alkohol- och drogarbete omfattar undersöknings-, vård- och rehabiliteringstjänster för sjukdomar orsakade av rusmedel samt handledning och rådgivning som hänför sig till tjänsterna. Bestämmelser om alkohol- och drogarbete finns också i lagen om missbrukarvård (41/1986). Enligt 7 § i lagen om missbrukarvård ska service inom missbrukarvården tillhandahållas den som har problem som har samband med bruk av rusmedel samt hans familj och andra honom närstående personer. Statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) gäller också psykosocial vård inom primärvården. Enligt förordningen ska ett sjukvårdsdistrikt som är huvudman för ett universitetssjukhus på regional nivå sörja för att primärvården har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som påvisats vara effektiva.

Enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar medicinsk rehabilitering terapier som ska förbättra och upprätthålla funktionsförmågan och andra behövliga rehabiliteringsfrämjande åtgärder, rådgivning och handledning, utredning av funktions- och arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov, rehabiliteringsundersökning, hjälpmedelstjänster och anpassningsträning samt rehabiliteringsperioder inom slutna vård eller öppen vård. Kommunen, i fortsättningen välfärdsområdet är inte skyldig att ordna rehabilitering, om det med stöd av 9 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) är Folkpensionsanstalten som ska ordna rehabilitering. Kommunen ska emellertid ordna den medicinska rehabilitering som anges i rehabiliteringsplanen när det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabiliteringen.

Mun- och tandvårdstjänster anges i 26 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den hör till mun- och tandvårdstjänsterna att främja och följa munhälsan hos befolkningen, att ge hälsorådgivning och utföra hälsoundersökningar, att undersöka, förebygga och behandla munsjukdomar och att i ett tidigt stadium identifiera patientens behov av särskilt stöd och undersökningar, att vårda patienten och att vid behov hänvisa denne till ytterligare undersökningar och fortsatt vård.

Enligt 51 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får den ovan nämnda längsta väntetid att få vård på tre månader överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. I praktiken är den föreskrivna längsta väntetiden att få mun- och tandvård alltså sex månader.

I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om skyldigheten att tillhandahålla primärvårdstjänster och om de tjänster som tillhandahålls som specialiserad sjukvård. Enligt 3 § i hälso- och sjukvårdslagen avser specialiserad sjukvård hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospital akutsjukvård, jour och medicinsk rehabilitering.

Bestämmelser om att få vård inom den specialiserade sjukvården anges i 52 § i hälso- och sjukvårdslagen. Bedömningen av vårdbehovet ska i regel inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till verksamhetsenheten för specialiserad sjukvård. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast. I 53 § i lagen anges dessutom separata bestämmelser som ska iakttas inom den specialiserade sjukvården när det gäller att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till verksamhetsenheten. Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Enligt 53 a § i hälso- och sjukvårdslagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i samband med en bedömning av behovet av icke-brådskande vård bedöma om patienten har ett uppenbart behov av socialvård.

Bestämmelserna om tidsgränser för att få vård inom hälso- och sjukvård kallas i allmänspråk också ”vårdgaranti”, även om termen inte används i lagstiftningen.

Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) kan en kommun och samkommun ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården bland annat genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent. Serviceanvändaren kan också ges en servicesedel. Den lagen upphävs från och med 1.1.2023. Enligt 9 § i lagen om välfärdsområden som börjar tillämpas från början av 2023, om inte något annat föreskrivs genom lag, får välfärdsområdet producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Särskilda bestämmelser om användningen av servicesedlar anges i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2007, *servicesedellagen*). I 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det närmare om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter än i gällande lagstiftning.

Tillgången till vård omfattas av särskilda bestämmelser om ordnande av tjänster, genom vilka det säkerställs att tidsgränserna för att få vård iakttas. Enligt 54 § i hälso- och sjukvårdslagen om en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inte själv kan ge vård eller behandling inom de längsta väntetider som anges i 51–53 §, ska den ordna vården genom att köpa den av någon annan vårdgivare. Bestämmelserna i 54 § i hälso- och sjukvårdslagen innebär att vården ska skaffas på annat sätt utan att klientavgiften för patienten ändras (RP 90/2010 rd, s. 157). Bestämmelser om klientavgifter presenteras i följande avsnitt.

Bestämmelser om tillgången till vård infördes ursprungligen i lagstiftningen genom ändringarna av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård 2005. Syftet med reformen var att trygga patientens möjlighet att få vård, minska hälsoskillnaderna bland befolkningen samt öka rättvisa och jämlikhet när det gäller tillgången till vård (RP 77/2004, rd). När hälso- och sjukvårdslagen stiftades (trädde i kraft den 1 maj 2011) förblev bestämmelserna om tidsgränserna för att få vård innehållsmässigt oförändrade.

I den gällande 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det att vård ska ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Då och då framkommer det frågor om hurudan vård omfattas av tidsgränserna för att få vård. På grund av den tämligen

långa tidsgränsen för att få vård har uttrycket "ska ordnas ...inom tre månader" inte lett till ett behov att noggrant specificera de vårdhändelser som omfattas av tidsgränserna. I regeringsprogrammet anges det att i primärvården ska var och en i fortsättningen få icke-brådskande vård inom sju dygn från det att vårdbehovet bedömts. De resurser som hälso- och sjukvården har tillgång till möjliggör inte att alla vårdhändelser inom primärvården genomförs inom denna tid. Därför är det behövligt att i lagstiftningen närmare än för närvarande föreskriva om vilka vårdhändelser som omfattas av den lagstadgade längsta väntetiden för att få vård. För att kunna garantera tillgången till ändamålsenlig vård också i vårdhändelser som inte omfattas av vårdgarantin på sju dygn är det dessutom motiverat att föreskriva om när sådana andra vårdhändelser ska ordnas.

Som en del av ändringarna i lagstiftningen om social- och hälsovårdsreformen kommer det från början av 2023 att i bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen, inklusive de ovan beskrivna bestämmelserna om tillgången till vård att i stället för skyldigheterna för kommunen och samkommunen inom ett sjukvårdsdistrikt att föreskrivas om välfärdsområdets skyldigheter (RP 56/2021 rd). En närmare presentation av reformen av ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna ges i avsnitt 2.2.1.

2.1.3 Kundavgifter inom primärvården

Bestämmelser om kundavgifter inom hälso- och sjukvården i fråga om tjänster som ordnas av kommuner och samkommuner finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992, *klientavgiftslagen*) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992, *klientavgiftsförordningen*).

Enligt 1 § i klientavgiftslagen kan en avgift tas ut hos den som använder kommunala social- och hälsovårdstjänster, om inte något annat stadgas genom lag. Avgift kan tas ut enligt personens betalningsförmåga. Enligt 2 § i klientavgiftslagen får den avgift som tas ut för servicen vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen.

I 5 § i klientavgiftslagen föreskrivs om avgiftsfria hälsovårdstjänster och om undantag från avgiftsfriheten. Avgiftsfria är enligt paragrafens 1 punkt i princip primärvårdstjänster som ordnas med stöd av 13–17 §, 19 § 1 punkten samt 24, 27 och 29 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) samt ämnen som hör till vården och behandlingsutrustning för behandling av långvarig sjukdom.

Bland primärvårdstjänster får avgift dock tas ut för öppen sjukvård och mun- och tandvård till personer som fyllt 18 år. Avgift får emellertid inte tas ut ens av dem som fyllt 18 år för skolhälsovårdstjänster, för öppen sjukvård inom mentalvårdsarbetet eller för sjukskötares, hälsovårdare eller barnmorskas mottagning.

Avgifter inom primärvården kan också tas ut för sluten vård och rehabilitering som ges som sluten vård samt partiellt uppehälle i anslutning till dem samt för olika terapitjänster (fysioterapi, neuropsykologisk rehabilitering, näringsterapi, fotvård, talterapi, ergoterapi och annan med dessa jämförbar behandling som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan och som ges av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården). Avgifter kan tas ut för intyg och utlåtanden från yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, utom sådana läkarintyg eller läkarutlåtanden som klienten behöver för vård eller rehabilitering, för läkemedelsersättning eller för påvisande av behovet av kortvarig sjukledighet. Avgift kan också tas ut för laboratorieundersökningar och bilddiagnostik som utförs efter remiss från privatläkare.

I klientavgiftsförordningen föreskrivs närmare om avgifterna och deras belopp. Med beaktande av ämnet för propositionen kan man bland dessa lyfta fram avgifterna för läkartjänster inom öppenvården vid hälsovårdscentral och avgifterna för mun- och tandvårdstjänster vid hälsovårdscentral.

Hos den som fyllt 18 år kan i enlighet med vad huvudmannen för en hälsocentral beslutar för läkartjänster inom öppenvården vid hälsocentraler följande avgifter tas ut:

1) en årsavgift på högst 41,80 euro som gäller ett kalenderår vid den hälsovårdscentral till vilken avgiften har betalats; om klienten inte betalar en årsavgift tas en besöksavgift på 20,60 euro ut oberoende av antalet besök, eller

2) en besöksavgift på högst 20,90 euro, avgiften får dock tas ut för endast de tre första besöken på samma hälsovårdscentral under kalenderåret.

Hos den som fyllt 18 år kan på hälsovårdscentralens jourmottagning vardagar mellan klockan 20.00 och 8.00 samt på lördagar, söndagar och helgdagar tas ut högst 28,70 euro per besök i stället för den avgift som anges ovan.

I enlighet med vad som konstateras ovan föreskrivs det i klientavgiftslagen att sjukskötares, hälsovårdares eller barnmorskas mottagning är avgiftsfria. Denna reform, som baserar sig på regeringsprogrammet, trädde i kraft den 1 juli 2021 (lag 1201/2020, RP 129/2020 rd). För individuell fysioterapi vid en hälsovårdscentral kan tas ut högst 11,60 euro per vårdtillfälle.

För undersökning och vård av mun och tänder vid en hälsovårdscentral kan tas ut en grundavgift på högst 10,30 euro per besök när vården ges av en munhygienist. För tandläkarvård kan en grundavgift på högst 13,30 euro tas ut och för specialisttandvård högst 19,50 euro per besök. Utöver dessa grundavgifter kan det för olika åtgärder tas ut en avgift som varierar mellan 8,50 och 225,70 euro. Dessutom kan de tandtekniska utgifterna för tandregleringsapparater och tandprotetisk behandling tas ut högst enligt de faktiska kostnaderna. Avgifter får inte tas ut hos personer under 18 år. I vissa situationer kan, när en regleringsapparat har försvunnit eller skadats, likväl tas ut de tandtekniska utgifterna för anskaffning av en ny regleringsapparat eller reparation av den skadade.

I klientavgiftslagen föreskrivs det också om ett avgiftstak, det vill säga ett maximibelopp för klientens klientavgifter under ett kalenderår. Från den 1 januari 2022 är avgiftstaket 692 euro. Vid beräkningen av det sammanlagda beloppet av de avgifter som tagits ut av kunden beaktas de avgifter som i lag fastställts för kalenderåret.

Klientavgifternas maximibelopp justeras vart annat år utifrån förändringen i folkpensionsindex eller arbetspensionsindex.

2.1.4 Studerandehälsovård

I lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019, SHVS-lagen) föreskrivs det om den studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten. Enligt 8 § är Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) lagstadgad nationell tjänsteproducent. Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänsterna i huvudsak som egen verksamhet. Om produktionsskyldigheten inte kan genomföras på annat sätt, kan Studenternas hälsovårdsstiftelse skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent.

SHVS ska tillhandahålla den studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 17 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen hör till studerandehälsovården 1) att främja en sund och trygg studiemiljö på läroanstalten och främja välbefinnandet bland de studerande samt att följa upp detta med tre års mellanrum, 2) att följa och främja de studerandes hälsa, välbefinnande och studieförmåga, vilket omfattar två periodiska hälsoundersökningar för gymnasieelever och studerande i yrkesläroanstalt och hälsoundersökningar för alla studerande efter individuellt behov, 3) hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, inklusive mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete, främjande av den sexuella hälsan samt mun- och tandvård, 4) att i ett tidigt stadium identifiera den studerandes behov av särskilt stöd och undersökningar och att stödja de studerande och vid behov hänvisa dem till fortsatta undersökningar eller fortsatt vård samt att ge vård och utlåtanden som krävs för hänvisning till psykoterapi. I 17 § i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) finns närmare bestämmelser om hälso- och sjukvårdstjänsternas innehåll. I samma förordning föreskrivs det närmare om de undersökningar som ingår i studerandehälsovården.

Enligt 10 § i SHVS-lagen tillämpas på den studerandehälsovård som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om rätten att få vård inom primärvården. Bestämmelserna i 10 § i SHVS-lagen hänvisar således till iakttagande av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Den nämnda bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen är skriven på så sätt att där förpliktas kommunen, varvid det som gäller kommunen kan tolkas gälla också Studenternas hälsovårdsstiftelse. Då bestämmelserna om tillgången till vård i hälso- och sjukvårdslagen ändras, ska det bedömas hur det på ett ändamålsenligt och tydligt sätt kan föreskrivas om tidsgränser tillgången till vård också inom studerandehälsovården för högskolestuderande.

I 2 kap. i SHVS-lagen föreskrivs det om studerandehälsovårdens finansiering. Social- och hälsovårdsministeriet gör årligen upp en kalkyl över de godtagbara kostnaderna för studerandehälsovården. De godtagbara kostnaderna anges i lagen. Ministeriets kalkyl grundar sig på behovet av och tillgången på studerandehälsovårdstjänster och deras lönsamhet och genomslag. De godtagbara kostnaderna justeras årligen utifrån denna kalkyl. Vid justeringen ska en sådan förändring av produktionen av studerandehälsovårdstjänster beaktas som föranleds av lag eller förordning eller en betydande ändring i verksamhetsmiljön. Riksdagen beslutar årligen om de godtagbara kostnaderna för och statens finansiering av studerandehälsovården i samband med behandlingen av statsbudgeten.

Enligt 17 § i SHVS-lagen består finansieringen av studerandehälsovården av den hälsovårdsavgift de studerande betalar till Folkpensionsanstalten och de medel staten betalar till Folkpensionsanstalten. Staten finansierar 77 procent av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. Den hälsovårdsavgift som tas ut hos de studerande utgör 23 procent av finansieringen av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. Beloppet på hälsovårdsavgiften fastställs så att de studerandes finansieringsandel divideras med det uppskattade antalet närvaroanmälda studerande. Hälsovårdsavgiften är lika stor för alla studerande. Beloppet på hälsovårdsavgiften fastställs årligen innan den förordning som statsrådet utfärdar den 30 november. Enligt statsrådets förordning om avgifter för studerandehälsovården för högskolestuderande (835/2020) är hälsovårdsavgiften år 2021 71,60 euro. Det ska göras en bedömning av hur lagstiftningsändringen påverkar hälsovårdsavgiften.

Enligt 18 § i SHVS-lagen ska staten utöver vad som föreskrivs i 17 § ansvara för att Folkpensionsanstalten har tillräckliga resurser för ordnande av studerandehälsovården för högskolestuderande, om det blir nödvändigt för att säkerställa tillgången på studerandehälsovårdstjänster av överraskande och oförutsedda orsaker.

Det praktiska genomförandet av studerandehälsovården för högskolestuderande presenteras närmare i avsnitt 2.3.9.

Den kommunala primärvården ska ordna studerandehälsovårdstjänster för de studerande vid gymnasier och vid läroanstalter som ger yrkesutbildning i kommunen, oberoende av de studerandes hemvist. Den studerandehälsovård som kommunen ordnar är en del av elevhälsan enligt lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) och studerandevården enligt 99 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildning (531/2017). I lagen om elev- och studerandevård föreskrivs det om rätten till elevvård för elever inom utbildning som avses i lagen om grundläggande utbildning (628/1998) och för studerande inom utbildning som avses i gymnasielagen (629/1998) och lagen om yrkesutbildning (630/1998). Med elevhälsa avses främjande och upprätthållande av de studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välbefinnande och understödjande verksamheter inom läroanstalten. Verksamheten inom elevhälsan genomförs i form av generell inriktad elevhälsa och individuellt inriktad elevhälsa. Med individuellt inriktad elevhälsa avses att en enskild studerande tillhandahålls skol- och studerandehälsovårdstjänster samt psykolog- och kuratorstjänster inom elevhälsan samt andra individuellt inriktade tjänster inom elevvården enligt 5 § lagen om elev- och studerandevård. Med skolhälsovård avses skolhälsovård enligt 16 § i hälso- och sjukvårdslagen och med studerandehälsovård avses studerandehälsovård enligt 17 § i den lagen. Med psykolog- och kuratorstjänster avses att elevhälsans psykolog och kurator ger stöd och handledning för studierna och skolgången, vilket främjar välbefinnandet i skol- och studiegemenskapen samt samarbetet med de studerandes familjer och andra närstående, stöder de studerandes inläring och välbefinnande och deras sociala och psykiska färdigheter.

Bestämmelser om ansvar för anordnandet av elevhälsa finns i 9 § i lagen om elev- och studerandevård. Som en del av reformen av ordnandet av social- och hälsovården har det godkända ändringar i paragrafen. Enligt bestämmelserna i 9 § som träder i kraft den 1 januari 2023 (lag 633/2021) svarar det välfärdsområde inom vars område läroanstalten finns för ordnandet av skol- och studerandehälsovård i enlighet med vad som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen. Det välfärdsområde inom vars område läroanstalten finns svarar också för ordnandet av elevhälsans psykolog- och kuratorstjänster för de studerande som deltar i undervisning eller utbildning vid den läroanstalt som finns på dess område. En motsvarande bestämmelse finns i 17 a § i hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 januari 2023. Enligt 9 § i lagen om elev- och studerandevård är välfärdsområdet skyldigt att ordna psykolog- och kuratorstjänster för de studerande också när utbildningsanordnaren är en privat aktör eller staten, om inte utbildningsanordnaren beslutar att ordna tjänsterna helt eller delvis i egen regi och på egen bekostnad. Enligt 10 § är det dessutom möjligt för staten, en stiftelse, ett registrerat samfund och anordnare av yrkesutbildning att ordna hälso- och sjukvårdstjänster vid specialläroanstalter där det tillhandahålls undervisning för barn med de svåraste funktionsnedsättningarna eller elever som behöver krävande särskilt stöd.

I 3 kap. finns bestämmelser om genomförande av individuellt inriktad elevhälsa. I 15 § finns en lagstadgad tidsfrist för att anlita tjänster. Enligt paragrafens 1 mom. ska en studerande ges möjlighet till ett personligt samtal med elevhälsans psykolog eller kurator senast den sjunde arbetsdagen vid läroanstalten efter det att den studerande har begärt detta. I brådskande fall ska möjlighet till ett samtal ges samma eller nästa arbetsdag. Enligt 17 § 1 mom. ska hälsovårdarens arbetstid inom skol- och studerandehälsovården ordnas så att de studerande i förekommande fall har möjlighet att besöka hälsovårdarens mottagning också utan tidsbeställning. Enligt 2 mom. ska de studerande ges möjlighet att vardagar under tjänstetid omedelbart få kontakt med studerandehälsovården. Bedömning av vårdbehovet och vård som i samband med bedömningen har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med 51 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Ändringarna av bestämmelserna om tidsgränser för tillgången till vård inom primärvården leder inte till något behov att göra innehållsmässiga ändringar i bestämmelserna i lagen om elev- och studerandevård. Det är dock motiverat att uppdatera hänvisningen i 17 § 2 mom. till 51 § i hälso- och sjukvårdslagen så att den motsvarar paragrafändringarna i hälso- och sjukvårdslagen i enlighet med det som föreslås i specialmotiveringen nedan.

2.1.5 Hälso- och sjukvård för fångar

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar som är underställd Institutet för hälsa och välfärd ordnar hälso- och sjukvård för fångar och häktade i hela landet i enlighet med det som föreskrivs i 10 kap. i fängelselagen (767/2005) och i 6 kap. i häktningsslagen (768/2005). Enligt dessa lagar svarar enheten för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas och de häktades medicinska behov. Lagarna innehåller inga närmare bestämmelser om hälso- och sjukvårdens innehåll. Enligt lagarna om en fånge eller häktad är sjuk eller skadad och inte på tillbörligt sätt kan vårdas eller undersökas vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, ska han eller hon under behövlig bevakning temporärt sändas för vård eller undersökning utanför fängelset. Enligt lagarna har fångar och häktade rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få medicinering, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset. Bestämmelser om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar finns i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015).

En utgångspunkt för fångvården är den så kallade normalitetsprincipen. Enligt den ska fångarnas förhållanden så långt det är möjligt motsvara de förhållanden som råder i samhället och den enda begränsningen med fängelse ska vara förlusten av frihet. Bestämmelser om dessa principer finns i 1 kap. 3 § i fängelselagen. Enligt 1 mom. innebär fängelse frihetsberövande. Fängelse får inte medföra andra begränsningar i fångarnas rättigheter och förhållanden än de som bestäms i lag eller som nödvändigtvis följer av själva straffet. Enligt 2 mom. ska förhållandena i fängelserna ordnas så att de i så hög grad som möjligt motsvarar de förhållanden som råder i samhället. Enligt 3 mom. ska fångarnas möjligheter att bevara sin hälsa och handlingsförmåga stödjas. De skador som orsakas av förlusten av frihet ska om möjligt förebyggas.

Institutet för hälsa och välfärd har den 13 februari 2017 utfärdat en föreskrift om ordnande av hälso- och sjukvård för fångar. Enligt föreskriften har fångarna rätt till en kvalitetsmässigt god hälso- och sjukvård som står på samma nivå som den vård som alla finländska medborgare erbjuds. En fånge kan skriftligen eller muntligen meddela att han eller hon önskar uppsöka vård. En sjukskötare ska bedöma vårdbehovet. När vårdbehovet utvärderas ska sjukdomens orsaker, symptom, svårighetsgrad och brådskande natur klargöras. Vårdbehovet kan också utvärderas per telefon. Enligt fängelselagen och häktningsslagen fattas beslut om medicinering, innehav av mediciner, undersökning och annan hälso- och sjukvård som gäller fångar och häktade i fängelser av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. En tandläkare fattar beslut om tandvård.

Genomförandet av hälso- och sjukvården för fångar omfattas förutom av nationella lagar och bindande bestämmelser enligt konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (se propositionens motiveringar till lagstiftningsordningen) även av instrument av rekommendationsnatur. Viktig är Europarådets ministerkommittés rekommendation Rec (2006) 2 till medlemsstaterna avseende de europeiska fängelsereglerna. Enligt artikel 1 i de europeiska fängelsereglerna ska fångar behandlas med respekt för sina mänskliga rättigheter. I artikel 2 konstateras att frihetsberövade personer behåller alla rättigheter som inte lagligen frångästs dem till följd av fängelsedom eller beslut om häktning. Förhållandena i fängelse

ska dessutom så långt som möjligt efterlikna de normala förhållandena i samhället och fångarnas återanpassning i samhället ska främjas. Det är alltså fråga om den normalitetsprincip som även beskrivs ovan.

I artikel 39 i de europeiska fängelsereglerna konstateras att fängelsemyndigheterna ska värna om alla intagnas hälsa. Enligt artikel 40 i fängelsereglerna ska hälso- och sjukvården på fängelset anordnas i nära samarbete med den lokala eller nationella allmänna hälso- och sjukvården, och den ska dessutom vara integrerad i och förenlig med den nationella hälso- och sjukvårdspolicyn. De intagna ska ha tillgång till den hälso- och sjukvård som är tillgänglig i landet utan särbehandling på grund av deras rättsliga situation. Alla nödvändiga allmänmedicinska, kirurgiska och psykiatriska resurser som är tillgängliga för allmänheten ska ställas till de intagnas förfogande. Enligt artikel 41 i rekommendationen ska alla fängelser ha tillgång till minst en kompetent allmänpraktiserande läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning. En kompetent läkare ska alltid finnas tillgänglig i akuta fall. De intagna ska också ha tillgång till tandläkare och optiker. Enligt artikel 42 i rekommendationen ska en läkare eller sjukvårdare ska ta emot varje intagen så fort som möjligt efter inskrivning och undersöka honom eller henne, såvida det inte är uppenbart onödigt. I övrigt ska de intagna vårdas med iakttagande av de allmänna reglerna om hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska följa de normala sekretessbestämmelserna. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid bland annat effekterna av straff i enrum och andra särskilda omständigheter som kan orsaka osunda förhållanden i fängelset. Enligt artikel 46 i rekommendationen ska intagna som behöver specialistbehandling flyttas till andra anstalter eller civila sjukhus, om behandlingen inte kan ges i fängelset.

I fängelselagen och häktningsslagen finns en bestämmelse, enligt vilken bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iaktas när hälso- och sjukvården ordnas. I bestämmelsen nämns alltså inte hälso- och sjukvårdslagen. I fängelselagen, häktningsslagen eller någon annanstans i lagstiftningen finns det inga direkta bestämmelser om att det inom den hälso- och sjukvård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska iaktas tidsgränser i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen eller andra tidsgränser för att få vård när man ordnar hälso- och sjukvård.

Med anledning av den ovan beskrivna normalitetsprincipen anser Enheten för hälso- och sjukvård för fångar i praktiken sig förpliktad att iaktta de tidsgränser som anges i hälso- och sjukvårdslagen då den ordnar hälso- och sjukvårdstjänster. På grund av jämlikhetsprincipen, normalitetsprincipen för fängsvården och rättssäkerheten är det motiverat att genom lag uttryckligen föreskriva om iakttagande av tidsgränser för tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar.

Hälsovård, sjukvård och medicinsk rehabilitering enligt fångarnas och de häktades medicinska behov betalas enligt fängelselagen och häktningsslagen med statsmedel. För att staten ska vara betalningsskyldig krävs det att den undersökning eller vård som ordnas utanför fängelset ska vara ordinerad eller godkänd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Det praktiska genomförandet av hälso- och sjukvården för fångar presenteras närmare i avsnitt 2.3.10.

I lagen om behandlingen av personer i förvar hos polisen (841/2006) föreskrivs det om behandlingen av häktade, anhållna och gripna som med stöd av lag hålls i förvar hos polisen. Enligt 5 kap. 1 § i den lagen har en frihetsberövad rätt till hälso- och sjukvård som motsvarar hans eller

hennes medicinska behov. Enligt 5 § i samma kapitel ordnas hälso- och sjukvård för frihetsberövade av den kommun eller den samkommun för ett sjukvårdsdistrikt vid vars verksamhetsenhet det är ändamålsenligt att ordna vården. Också polisen kan ordna hälso- och sjukvård, vilket dock i praktiken endast har skett i Helsingfors. I 5 § föreskrivs det också om kostnadsansvar.

Förvar i polisens utrymmen är i regel kortvarigt, och den klart största delen av sådana personer som hålls i förvar i polisens utrymmen som inte är rannsakningsfångar frigges inom ett dygn från att de togs fast. Också för anhållna varar frihetsberövandet med några sällsynta undantag högst fyra dygn. Vid icke-brådskande vård är det fråga om vård som enligt gällande lagstiftning kan ordnas inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet, och också om tidsgränsen förkortas genomförs största delen av vården först efter att förvaret hos polisen upphört. Den vård som ges anhållna och fasttagna under förvar hos polisen kan i stor utsträckning förmodas vara brådskande. I regel ordnar en kommun eller ett sjukvårdsdistrikt, och i framtiden ett välfärdsområde, vården oberoende av om personen är i förvar hos polisen eller har frigetts. När personen frigges kan dock organiseringsansvaret övergå på en annan kommun eller ett annat sjukvårdsdistrikt, i framtiden ett annat välfärdsområde om personen till exempel har anhållits utanför sin hemkommun, eftersom hälso- och sjukvårdstjänsterna enligt lagen om behandlingen av personer i förvar hos polisen ska ordnas av den kommun eller den samkommun för ett sjukvårdsdistrikt vid vars verksamhetsenhet det är ändamålsenligt att ordna vården. Enligt gällande lag bär i regel hemkommunen, och i vissa fall staten, kostnadsansvaret.

Häktade hålls i regel i förvar hos polisen i mer än sju dygn endast av synnerliga skäl. Dock är det möjligt att häktade hålls i förvar hos polisen i flera veckor eller några månader. Om häktningstiden förlängs överförs den häktade i regel i något skede till ett fängelse, och omfattas då av hälso- och sjukvården för fångar. Om en person som är i förvar hos polisen behöver icke-brådskande vård, innebär normalitetsprincipen att tidsgränserna för att få vård ska tillämpas. Inga bestämmelser om detta finns i lagstiftningen.

För uttryckliga bestämmelser om tidsgränser för att få vård för personer i förvar hos polisen bedöms det till följd av verksamhetens särdrag att en särskild beredning krävs, och denna proposition innefattar ingen sådan. Om en lagändring anses behövlig och en beredning inleds, bör det åtminstone bedömas hur tidsgränser för att få vård i praktiken kan genomföras när organiseringsansvaret för tjänster för personer som i regel har varit i förvar hos polisen en kort tid övergår från en anordnare till en annan. Trots att det inte uttryckligen föreskrivs om tidsgränser för att få vård ska de enligt normalitetsprincipen tillämpas också för personer i förvar hos polisen. Detta är särskilt viktigt i fråga om häktade, för vilka frihetsberövandet kan vara längre.

Vid inrikesministeriet bereds en helhetsreform av lagen om behandlingen av personer i förvar hos polisen, och i det utkast till lagförslag som varit ute på remiss 2021 föreslås bland annat bestämmelser om välfärdsområdenas organiseringsansvar för hälso- och sjukvård samt om kostnadsansvar. Ingen proposition har ännu getts till riksdagen.

2.1.6 Hälso- och sjukvård som ordnas av Försvarsmakten

Enligt lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) anordnar Försvarsmakten hälsovård för dem vars hälsovård den ansvarar för. Kompletterande bestämmelser finns i förordningen om hälsovården inom försvarsmakten (371/1987). Försvarsmakten ansvarar för hälsovården för dem som med stöd av värnpliktslagen (1438/2007) och lagen om frivillig militärtjänst för kvinnor (194/1995) tjänstgör inom Försvarsmakten och Gränsbevakningsväsendet under deras tjänstgöringstid samt för sådana studerande som skall utbildas för militära tjänster. Sjukvård ges när sjukdom, skada eller lyte har yppat sig, konstaterats eller förvärrats under tjänstgöringen eller när det är fråga om sjukdom, skada eller lyte som påkallar behandling eller vård och som

har konstaterats när den som vården gäller inlett tjänstgöringen, men som inte hindrat att han eller hon godkänts för tjänstgöring. Hälsovårdstjänsterna är avgiftsfria för dem som omfattas av Försvarsmaktens organiseringsansvar. Enligt försvarsministeriets beslut kan hälsovårdstjänster av särskilda skäl också tillhandahållas andra personer.

Enligt 2 § i lagen omfattar hälsovården inom Försvarsmakten egentlig hälsovård och sjukvård. Till den egentliga hälsovården hör individuell hälsovård, hälsovård för trupp samt miljöhälsovård. Även mun- och tandvård omfattas av organiseringsansvaret. Sjukvården omfattar första hjälp, sjuktransport, öppen vård och sjukhusvård.

Enligt 6 § ska den allmänna planeringen och styrningen av samt tillsynen över hälsovården inom försvarsmakten skötas av huvudstaben. För anordnandet av hälsovård inom försvarsmakten svarar Försvarsmaktens logistikverk. Centralen för militärmedicin svarar enligt 3 § i förordningen (371/1987) för att i praktiken ordna hälsovården vid logistikverket. Hälsostationen hör till Centralen för militärmedicin, leds av en allmänläkare och är verksamhetsställe för den lokala hälsovården vid garnisonen. Det finns 18 hälsostationer och de finns vid garnisoner på olika håll i Finland. Inom försvarsmakten kan det dessutom finnas tillfälliga vårdplatser. Till exempel används fältmedicinska vårdplatser som inrättats i anslutning till militära övningar.

Den hälsovård som Försvarsmakten själv tillhandahåller på sina hälsostationer motsvarar till sin karaktär ungefär de primärvårdstjänster som kommunens hälsocentral tillhandahåller. Från våren 2020 har som modell för bedömning av vårdbehovet vid alla hälsostationer varit ett förfaringssätt där den som behöver vård ringer hälsostationen och en sjukskötare bedömer vårdbehovet. Utanför tjänstetid används ett riksomfattande servicenummer, där det ges anvisningar om att uppsöka vård. Hälsofrämjande tjänster tillhandahålls i typiska fall gruppvis i form av lektioner.

Enligt 8 § i lagen om hälsovården inom försvarsmakten kan hälsovård anordnas genom att tjänster anskaffas hos en kommun, en samkommun (i fortsättningen ett välfärdsområde) eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent, på det sätt som särskilt avtalas. Enligt 71 § i hälso- och sjukvårdslagen kan en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt med försvarsmakten avtala om tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för personer vars hälso- och sjukvård försvarsmakten ansvarar för. Undersökningar och vård enligt avtalet, med undantag för brådskande öppen sjukvård eller brådskande sjukvård, kan tillhandahållas på andra grunder och snabbare än den service enligt denna lag som tillhandahålls för invånarna i kommunen eller samkommunens medlemskommuner. Fullgörande av kommunens eller samkommunens lagbestämda uppgifter får inte äventyras av att avtal ingås och tjänster enligt avtal tillhandahålls. Enligt 72 § 2 mom. i samma lag bestäms ersättning för tjänster som avses i 71 § på grundval av ett avtal som kommunen eller samkommunen för sjukvårdsdistriktet har ingått med försvarsmakten. Om det inte har avtalats om ersättning ska försvarsmakten betala kommunen eller samkommunen en ersättning som motsvarar kostnaderna för att producera tjänsten. Därtill ska försvarsmakten betala kommunen ersättning för kostnaderna för brådskande öppen sjukvård och samkommunen ersättning för kostnaderna för brådskande sjukvård, även om det inte finns ett särskilt avtal om att sådan vård ska tillhandahållas. I 72 § 1 mom. i samma lag föreskrivs det om den ersättning försvarsmakten ska betala till kommunen för kontroller, undersökningar och behandlingar av uppbådspliktiga inom primärvården och för läkares deltagande i uppbådsförrättningar.

Försvarsmakten har partnerskapsöverenskommelser med sjukvårdsdistrikten om anskaffning av sjukvårdstjänster på specialiserad sjukvårdsnivå. Försvarsmakten anlitar i viss mån också privata serviceproducenter särskilt om behovet av hälsovårdstjänster lokalt överstiger utbudet. Vid alla garnisoner finns det inte mun- och tandvårdstjänster som egen verksamhet och därför har

Försvarsmakten ingått avtal om köpta tjänster med privata serviceproducenter för att anskaffa dessa tjänster.

Ordnandet och tillhandahållandet av hälsovårdstjänster vid Försvarsmakten har särdrag som skiljer sig från den kommunala offentliga hälso- och sjukvården och som hänför sig till den primära uppgiften för den hälsovård som ordnas av Försvarsmakten.

I 3 kap. i värnpliktslagen finns bestämmelser om tjänsteduglighet. Enligt lagen avses med en värnpliktigs tjänsteduglighet att den värnpliktige förmår fullgöra tjänstgöring enligt den lagen och att han inte äventyrar sin egen eller andras säkerhet i samband med tjänstgöringen. En värnpliktig befrias från tjänstgöring under fredstid om han har en svår skada eller sjukdom som utgör ett hinder för tjänstgöring som värnpliktig eller om han konstateras vara oförmögen till tjänstgöring på grund av sitt hälsotillstånd under så lång tid att det inte heller senare är ändamålsenligt att utbilda honom eller om den värnpliktige är en fara för säkerheten i samband med tjänstgöringen. En värnpliktig som tillfälligt saknar tjänsteduglighet förordnas inte till tjänstgöring eller befrias från tjänstgöring tills vidare samt förordnas till besiktning som förrättas senare. Syftet med den hälsovård som Försvarsmakten ordnar är att bedöma tjänstedugligheten och stöda dem som fullgör tjänsten så att de är tjänstedugliga under hela tjänstgöringen.

I lagstiftningen om Försvarsmaktens hälsovård föreskrivs det inte om tidsgränser för tillgången till vård. I 105 § i värnpliktslagen föreskrivs det att den som tjänstgör enligt lagen har rätt att bli undersökt av en läkare eller av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och att snarast möjligt få den vård som behövs.

Enligt de uppgifter som Försvarsmakten har lämnat fås vård vid hälsostationerna i typiska fall inom 1–7 dygn, det vill säga inom en betydligt kortare tid än den nu föreskrivna längsta väntetiden på tre månader i hälso- och sjukvårdslagen, och inom samma tid som de nya bestämmelser som föreslås i hälso- och sjukvårdslagen om den längsta väntetiden för tillgången till vård inom primärvården när det gäller närmare angivna tjänster. Även inom mun- och tandvården fås vård betydligt snabbare än den längsta väntetid på sex månader som anges i hälso- och sjukvårdslagen eller de föreslagna bestämmelserna om en längsta väntetid på tre månader.

I fråga om den specialiserade sjukvården har det avtalats i de partnerskapsöverenskommelser som Försvarsmakten har ingått att personer som fullgör tjänstgöring utifrån remiss ska få vård på specialiserad sjukvårdsnivå inom sju dygn. Man får alltså betydligt snabbare tillgången till vård än det som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen om det kommunala organiseringsansvaret (remissen ska i regel bedömas inom tre veckor och vården inledas senast inom sex månader). Om den som fullgör tjänstgöring behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården och som påverkar tjänstedugligheten, till exempel en operation, kan tjänstgöringen i enlighet med det som beskrivs ovan avbrytas för en viss tid eller helt. I sådana situationer flyttas patienten tillbaka till den hälso- och sjukvård som kommunerna är skyldiga att ordna, varvid bestämmelserna om tillgången till vård i hälso- och sjukvårdslagen gäller för den fortsatta vården av honom eller henne.

Om bestämmelser om tidsgränser för att få vård anges för den hälsovård som Försvarsmakten ordnar, ska det för konsekvens föreskrivas om tidsgränser för att få vård både när det gäller primärvården, mun- och tandvården och den specialiserade sjukvården. På grund av jämlikhetsprincipen är det i sig en logisk utgångspunkt att föreskriva om motsvarande tidsgränser för att få vård för välfärdsområdena och Försvarsmakten. Beväringstjänsten varar antingen i 165, 255 eller 347 dygn och därför lämpar sig inte bestämmelserna om mun- och tandvård samt specialiserad sjukvård inom den kommunala hälso- och sjukvården, med sina jämförelsevis långa tids-

gränser för att få vård inte för verksamheten och syftet med den hälsovård som ordnas av Försvarsmakten. Inom Försvarsmaktens primärvård uppfylls i praktiken redan nu tillgången till vård inom mindre än sju dygn. Å andra sidan finns det situationer, som till exempel på grund av militära övningar i terrängen, där det är motiverat att tillgång till icke-brådskande vård kan ordnas först efter mer än sju dygn. Om man vill fastställa närmare normer för tillgången till vård genom lagstiftningen, kräver helheten en separat beredning med hänsyn till särdragen hos Försvarsmaktens verksamhet.

På grund av de omständigheter som konstaterats ovan är slutsatsen den att det åtminstone inte som en del av detta lagprojekt är motiverat att föreskriva om tidsgränser för tillgången till vård inom den hälsovård som ordnas av Försvarsmakten.

2.1.7 Tillsynen över tillgången till vård

Bestämmelser om offentliggörande av väntetider anges i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska på Internet offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 51–53 § med fyra månaders mellanrum. Om det i kommunen eller sjukvårdsdistriktet finns flera verksamhetsenheter ska uppgifterna offentliggöras separat för varje verksamhetsenhet.

Bestämmelsen om offentliggörande av väntetider stöder verksamhetsenhetens egenkontroll. Offentliggörandet av uppgifter ger patienten väsentlig information om servicens funktion och tillgången till vård. Uppgifterna är väsentliga för patienten bland annat när han eller hon fattar beslut om valet av vårdställe.

Förutom på Internet kan uppgifterna offentliggöras på något annat sätt som kommunen eller samkommunen bestämmer. I praktiken är de uppgifter som kommunerna offentliggör inte jämförbara med varandra. I 55 § i hälso- och sjukvårdslagen ingår dessutom ett bemyndigande att genom förordning av statsrådet utfärda bestämmelser om när patienten ska bli undersökt och få vård och om offentliggörandet av väntetider för att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna. Ingen förordning har utfärdats med stöd av bemyndigandet.

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har till uppgift att kontrollera lagligheten för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Valvira och regionförvaltningsverken övervakar planenligt att tillgången till vård förverkligas i enlighet med det tillsynsprogram som de tillsammans har utarbetat. Regionförvaltningsverken övervakar i enlighet med tillsynsprogrammet tillgången till vård inom primärvården och inom den specialiserade sjukvård som tillhandahålls i samband med primärvården samt inom tjänster hos Studenternas hälsovårdsstiftelse. Valvira övervakar tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården. Regionförvaltningsverket i Norra Finland och Valvira övervakar den hälso- och sjukvård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och av Försvarsmakten. Tillsynsmyndigheterna kan övervaka att tillgången till vård förverkligas också utifrån uppgifter som kommit till dem reaktivt. Klagomål är ett skriftligt förfarande, där en klient eller någon annan person som ärendet gäller informerar tillsynsmyndigheten om sina misstankar om lagstridig, felaktig eller osaklig verksamhet hos den organisation som är föremål för klagomålet. Tillsynsåtgärder kan inledas också till följd av anmälningar om missförhållanden, planerade organisationskontroller som grundar sig på datainsamling som Institutet för hälsa och välfärd har gjort eller att tillsynsmyndigheten har inlett annan övervakning på eget initiativ.

I tillsynen över tillgången till vård utnyttjas de data som Institutet för hälsa och välfärd har samlat in. Enligt 2 § 1–3, 4 och 4 d-punkten i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (688/2008) är dess lagstadgade uppgift att undersöka och följa befolkningens välfärd och hälsa, undersöka,

följa, utvärdera, utveckla och styra verksamheten inom social- och hälsovården, bedriva forskning inom branschen, upprätthålla datafiler samt föra register inom området och sörja för kunskapsunderlaget inom sitt uppgiftsområde och för nyttiggörandet av det, föra kvalitetsregister inom branschen.

Enligt 5 § har institutet för skötseln av de uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd har enligt 2 § 1 mom. 1–3, 4 och 4 d-punkten rätt att avgiftsfritt och trots sekretessplikten och andra begränsningar i fråga om användningen av uppgifter få nödvändiga uppgifter om befolkningen tillsammans med identifieringsuppgifter bland annat av offentliga myndigheter som ordnar social- och hälsovård samt av privata aktörer som ordnar och producerar social- och hälsovårdstjänster.

I 5 c § föreskrivs det om den personuppgiftsansvarigas skyldighet att lämna institutet de uppgifter som avses i 5 § i enlighet med institutets beslut. Med stöd av uppgiftsskyldigheten samlas det in uppgifter som gäller institutionsvård och öppenvård samt prehospital akutsjukvård inom social- och hälsovården.

I hälso- och sjukvårdens verksamhet har också egenkontrollen en central roll. I patientlagen föreskrivs det om att en patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon har fått vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller med bemötandet i samband med den har rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten. En sådan anmärkning kan också gälla tillgången till vård. Enligt 40 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om den skyldighet som välfärdsområdena och tjänsteproducenter som tillhandahåller tjänster till välfärdsområdet har att genomföra egenkontroll. Enligt paragrafen ska vid egenkontrollen välfärdsområdena och de privata tjänsteproducenterna särskilt säkerställa tillgången till tjänster, tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet samt kundernas jämlikhet. De ska utarbeta ett program för egenkontroll och detta program samt de iakttagelser som baserar sig på uppföljningen av programmet och åtgärder som baserar sig på iakttagelserna ska offentliggöras i det allmänna datanätet och på andra sätt som främjar deras offentlighet.

2.2 Verksamhetsmiljön och ändringar i den

2.2.1 Reformen av ordnandet av social- och hälsovården

Lagstiftning om ordnandet

I strukturreformen av ordnandet av social- och hälso-tjänsterna (*social- och hälsovårdsreformen*) överförs organiseringsansvaret för social- och hälsovården, räddningsväsendet samt andra tjänster och uppgifter som särskilt föreskrivs från kommunerna till de nya välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen från början av 2023. Verksamheten för sjukvårdsdistriktens samkommuner och för specialomsorgsdistrikten överförs också till välfärdsområdena. För samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena bildas dessutom fem samarbetsområden för social- och hälsovården. Inom den offentliga förvaltningen finns i fortsättningen tre organisatoriskt självständiga aktörer: staten, välfärdsområdena och kommunerna.

Syftet med strukturreformen av social- och hälso-tjänsterna är att tjänsterna är samordnade, vårdkedjorna är smidiga och alla får behovsenliga och verkningsfulla tjänster vid rätt tidpunkt. Tyngdpunkten inom social- och hälsovården flyttas vidare till tjänsterna på basnivå och till förebyggande verksamhet. Målen för reformen är att förbättra social- och hälsovårdstjänsternas

verkningsfullhet och produktivitet, dämpa ökningen av kostnaderna för tjänsterna samt öka deras transparens och öppenhet.

Syftet med social- och hälsovårdsreformen är att svara mot de utmaningar som bland annat Finlands splittrade kommun- och servicestruktur, den osammanhängande lagstiftningen om organiseringsansvaret för social- och hälsovården, kommunernas svaga ekonomiska situation och ändringen i befolkningens åldersstruktur medför. Reformens mål är att på lång sikt trygga enhetlig och likvärdig tillgång och kvalitet på social- och hälsovård i hela landet.

Genom reformen bildas 21 välfärdsområden i huvudsak utgående från den nuvarande landskapsindelningen. I Nyland avviker organiseringsansvaret för social- och hälsovården och för räddningsväsendet från lösningen i resten av landet på det viset att Helsingfors stad fortfarande har organiseringsansvar för dem. För ordnandet av tjänster ansvarar dessutom fyra välfärdsområden i Nyland. I Nyland verkar även i fortsättningen Samkommunen HNS, som ansvarar för de funktioner och uppgifter inom den specialiserade sjukvården som föreskrivs i lag och som avtalats i organiseringsavtalet för HUS. Organiseringsansvaret för hälso- och sjukvården är på det sätt som anges i lagen och i organiseringsavtalet uppdelat mellan välfärdsområdena, Helsingfors och Samkommunen HNS. På välfärdsområdena i Nyland och på Helsingfors stad tillämpas förutom Nylandslagen vad som föreskrivs om välfärdsområden och ordnandet av social- och hälsovård i lagen om ordnande av social- och hälsovård eller annanstans i lag, om inte något annat föreskrivs i Nylandslagen.

Välfärdsområdena är offentligrättsliga samfund som har självstyre inom sitt område, och ett välfärdsområdesfullmäktige som väljs genom välfärdsområdesval. Välfärdsområdena inrättades genom den nya lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021, *genomförandelagen*), som i huvudsak trädde i kraft den 1 juli 2021.

Bestämmelser om välfärdsområdenas verksamhet, ekonomi och förvaltning samt om granskningen av ekonomin och förvaltningen finns i lagen om välfärdsområdena som trädde i kraft den 1 juli 2021. En del av bestämmelserna tillämpas först från och med en senare tidpunkt. Regionfullmäktige inledde sin verksamhet i mars 2022. HUS-sammanslutningen inrättas genom ett grundavtal som godkänts av Nylands välfärdsområde och fullmäktige i Helsingfors stad.

Enligt 7 § i lagen om välfärdsområden svarar välfärdsområdet för organiseringen av sina lagstadgade uppgifter, för tillgodoseendet av sina invånares lagstadgade rättigheter och för samordningen av tjänstehelheterna samt svarar i fråga om de tjänster som organiseras och andra åtgärder för lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna, fastställandet av behovet av tjänster och åtgärder samt deras mängd och kvalitet, valet av sätt att producera tjänster och åtgärder, styrningen och tillsynen av tjänsternas och åtgärdernas produktion och utövandet av myndigheters behörighet.

Enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet. Tjänsterna kan sammanföras i större helheter inom välfärdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskande eller dyra investeringar eller när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det.

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar välfärdsområdet svarar för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. För att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrationspersonal och annan personal som verksamheten kräver, förfoga över lämpliga lokaler och lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten. Dessutom ska välfärdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar. Enligt 10 § i lagen ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund.

Enligt 6 § och 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska både välfärdsområdet och kommunen främja invånarnas hälsa och välfärd. Välfärdsområdet och kommunen bär det primära ansvaret för främjandet av hälsa och välfärd till den del denna uppgift är knuten till andra uppgifter som enligt lag ska skötas av dem. I främjandet av hälsa och välfärd ska kommunerna och välfärdsområdena samarbeta.

Bestämmelser om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter finns i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt lagens 12 § får välfärdsområdet skaffa social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna från privata tjänsteproducenter på grundval av avtal, om anskaffning av tjänsterna behövs för att sköta uppgifterna på ett ändamålsenligt sätt. Från en privat tjänsteproducent får skaffas alla social- och hälsovårdstjänster, för vilka anskaffning inte separat har förbjudits i lag. Som köpta tjänster får bland annat inte skaffas tjänster som är förenade med utövande av offentlig makt, om inte något annat föreskrivs särskilt i någon annan lag, jour dygnet runt inom hälso- och sjukvården och inte heller organiseringsuppgifter som hänför sig till prehospital akutsjukvård. Välfärdsområdet ska uppfylla sitt organiseringsansvar och sörja för att de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar tillhandahålls jämligt också när det skaffar tjänster. De tjänster som skaffas ska till innehåll, omfattning och kvantitativ andel vara sådana att välfärdsområdet under alla omständigheter kan fullgöra sitt organiseringsansvar även när det gäller dessa tjänster.

Välfärdsområdet ska sörja för bedömningen av servicebehovet och för andra uppgifter som omfattas av organiseringsansvaret också när det gäller köpta tjänster. En privat tjänsteproducent får dock som en del av den vård som ges kunden, ges i uppgift att bedöma vårdbehovet och vårdlösningar som hänför sig till det inom primärvårdens tjänster samt tjänster inom den specialiserade sjukvården som kan tillhandahållas i anknytning till och har nära samband med dem och där ansvaret för vården av kunden förblir inom primärvården och som inte kräver den specialiserade sjukvårdens sjukhus- eller poliklinikförhållanden.

Välfärdsområdet får enligt 13 § på samma villkor som gäller köpta tjänster också skaffa arbetskraft för social- och hälsovård av en privat tjänsteproducent och hyra in yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården som inhyrd arbetskraft för de tjänster som välfärdsområdet själv producerar. En läkare eller tandläkare som anlitats som anskaffad eller inhyrd arbetskraft får bedöma vårdbehovet och fatta vårdbeslut också i samband med jour dygnet runt och för patienter som tagits in för specialiserad sjukvård.

Privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer ska i sin verksamhet i enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovård enligt lagens 18 § bland annat iaktta de lagstadgade krav på innehåll och kvalitet som gäller för offentliga social- och hälsovårdstjänster, beakta de av välfärdsområdet fastställda tjänstehelheterna och servicekedjorna och ingå i ett sådant samarbete med välfärdsområdet och andra tjänsteproducenter som genomförandet av integrationen kräver. Enligt 15 § ska parterna i ett avtal mellan ett välfärdsområde och en privat tjänsteproducent bland annat komma överens om genomförande av innehåll, kvantitet och kvalitet för de tjänster som skaffas.

Separata bestämmelser om servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. I regeringens proposition om reformen av ordnandet av social- och hälsovården föreslås inga ändringar i lagstiftningen om servicesedlar. I motiveringarna till propositionen (RP 241/2021 rd, s. 290) antas servicesedlarna vara ett välfungerande sätt att inkludera små regionala tjänsteproducenter som välfärdsområdets tjänsteproducenter.

I regeringens proposition RP 56/2021 rd föreslås tekniska ändringar i lagen om servicesedlar till följd av reformen av social- och hälso-tjänsterna. Då dessa ändringar genomförs föreskrivs det i 4 § i lagen om servicesedlar att välfärdsområdet fastställer de social- och hälsovårdstjänster för vilka den använder servicesedlar i enlighet med 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden. Välfärdsområdet ska godkänna de privata serviceproducenter vars tjänster får betalas med en servicesedel som välfärdsområdet beviljat. När ett välfärdsområde använder servicesedlar för att ordna sådan service som klienten behöver ska klientens inställning till att få servicesedlar om möjligt beaktas. Klienten har rätt att vägra ta emot servicesedlar och då ska välfärdsområdet hänvisa klienten till välfärdsområdets tjänster som ordnas på annat sätt. Välfärdsområdet ska informera klienten om hans eller hennes ställning när tjänster betalas med servicesedel, servicesedeln värde, serviceproducenternas priser, grunderna för hur självriskandelen fastställs och hur stor den uppskattas vara samt om den klientavgift som bestäms för motsvarande tjänster enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. En klient som har fått en servicesedel ska ingå avtal med serviceproducenten om tillhandahållandet av tjänsten.

Välfärdsområdet ska bestämma servicesedeln värde så att det är skäligt med tanke på klienten. Värdet på en servicesedel som ges för anskaffning av sådana hälsovårdstjänster som enligt 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården är avgiftsfria för klienten ska bestämmas så att klienten inte behöver betala någon självriskandel.

Välfärdsområdets möjligheter att tillhandahålla tjänster inom ett annat välfärdsområde begränsas i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i lagen om välfärdsområden. Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får välfärdsområdet ordna och själv producera social- och hälsovårdstjänster inom ett annat välfärdsområdes område endast i samarbete eller samverkan med detta välfärdsområde på det sätt som föreskrivs i 6 eller 9 § eller 8 kap. i lagen om välfärdsområden eller i 9 § eller 5 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om rättigheterna för andra än välfärdsområdets invånare att få välfärdsområdets social- och hälsovårdstjänster gäller särskilda bestämmelser.

I och med social- och hälsovårdsreformen sker en övergång till en ny slags styrning av ordnandet av social- och hälsovården. Bestämmelser om styrningen finns i 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och tillsynen av social- och hälsovården ankommer på social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådet fastställer vart fjärde år riksomfattande strategiska mål för ordnandet av en jämlik, högklassig och kostnadsnyttoeffektiv social-

och hälsovård. Målen baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets i redogörelse och eventuella andra uppföljningsdata. I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns det en delegation för social- och hälsovård, vars uppgift är bland annat att förutse, följa och bedöma servicesystemet och kostnaderna inom social- och hälsovården och utvecklingen av hälsan och välfärden inom olika befolkningsgrupper, lägga fram förslag till riksomfattande mål för social- och hälsovården och främja uppnåendet av målen.

Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar årligen separat med varje välfärdsområde om genomförandet av de uppgifter inom social- och hälsovården som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Finansministeriet deltar i förhandlingarna. Syftet med förhandlingarna är att granska en gemensam lägesbild och på strategisk nivå styra välfärdsområdet i dess organiseringsuppdrag med särskild hänsyn till de riksomfattande mål för social- och hälsovården samt att främja samarbetet mellan ministerierna och välfärdsområdet. I förhandlingarna följer man upp och bedömer hur välfärdsområdets organiseringsansvar har uppfyllts. Vid förhandlingarna behandlas bland annat bedömningen och prognostiseringen av behovet och mängden av tjänster och andra åtgärder samt jämlikheten, ändamålsenligheten och tillräckligheten i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna.

Välfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården och årligen utarbeta en rapport om det ekonomiska läget inom välfärdsområdets social- och hälsovård och välfärdsområdet.

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar årligen en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå.

I lagen om ordnande av social- och hälsovård finns dessutom bestämmelser bland annat om trygghet av de språkliga rättigheterna, samarbete mellan välfärdsområden, registerföring av klient- och patientuppgifter, fortbildning för personalen, beredskap och förberedelser samt tillsyn. Lagen om ordnande av social- och hälsovård träder i huvudsak i kraft den 1 januari 2023. Även i fortsättningen kommer närmare bestämmelser om innehållet i organiseringsansvaret för social- och hälsovården när det gäller olika uppgifter att anges i annan lagstiftning för social- och hälsovården. Centrala lagar är hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. Vid social- och hälsovårdsministeriet bereds som bäst en lag om tillsyn av social- och hälsovården, där det föreslås föreskrivas om tillsynen över ordnandet av social- och hälsovård för staten och välfärdsområdet, tillsynen över social- och hälsovårdstjänster som produceras offentligt och i privaträttslig form samt om tjänsteproducentens verksamhetsföreskrifter, registrering och tillsyn.

Social- och hälsovårdsreformen och ändringarna i organiseringsansvaret gäller inte Åland eftersom ordnandet av social- och hälsovård på Åland enligt självstyrelselagen för Åland

(1144/1991) hör till Ålands egen befogenhet. För ordnandet av både primärvården och den specialiserade sjukvården svarar Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS, som är underställd Ålands landskapsregering.

Konsekvenserna av social- och hälsovårdsreformen för servicekedjorna

Integrationen av ordnandet förverkligas när alla social- och hälsovårdstjänster samlas under en förvaltningsstruktur, ett välfärdsområde. Även i Nyland framskrider integrationen när storleken på organisationerna med organiseringsansvar växer och antalet minskar betydligt jämfört med tidigare, även om inte den specialiserade sjukvården inom HUS-sammanslutningen integreras i välfärdsområdesorganisationen. En omfattande integration bidrar till att trygga att välfärdsområdenas förutsättningar och verktyg för att bära ansvar för tjänstehelheten och även för deras kostnader.

Välfärdsområdet ska säkerställa att servicen genomförs i rätt tid, på rätt nivå och i rätt form, så att servicen har bästa möjliga effekt och för att det inte ska finnas överlappande eller ineffektiv verksamhet i någon del av servicekedjan. För smidiga tjänster som fungerar tillsammans krävs kundorienterad serviceintegration såväl mellan socialvården och hälso- och sjukvården som mellan basnivå och specialnivå, precis som mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Dämpning av efterfrågan på tjänster, förebyggande och tidigt ingripande i enlighet med befolkningens behov motverkar behovet av tyngre och dyrare specialtjänster. Det är ändamålsenligt att i stället för sjukhus- och institutionsvård tillhandahålla allt fler tjänster inom öppenvården och inom den öppna servicen genom att utveckla mångfalden av öppen service och tjänster som tillhandahålls i hemmet. Det är bra att på olika sätt ta specialkompetens till stöd för basnivån, varvid klienten inte behöver överföras från en servicenivå till en annan. Det är också väsentligt att dämpa oplanerade tjänster under jourtid och som kräver att de upprätthålls en resurskrävande beredskap.

Välfärdsområdet har flera verktyg för att säkerställa verksamhetens effektfullhet och kostnadsnyttoeffektivitet. Välfärdsområdet kan på ett tydligare och enhetligare sätt än tidigare fastställa servicehelheterna för hela sin befolkning och hela sitt område. Välfärdsområdet kan styra den egna och den upphandlade tjänsteproduktionen mot effektfullhet och hantering av vård- och servicekedjorna som en helhet. Välfärdsområdet fastställer principerna för samordnandet av tjänsterna i servicekedjan samt tjänsteproducenternas arbetsfördelning och ansvar inom tjänster på basnivå och tjänster på specialnivå. Välfärdsområdet allokerar kompetensen och de ekonomiska resurserna så att den servicehelhet som bildas motsvarar befolkningens behov på ett så genomgripande och effektivt sätt som möjligt. I och med reformen underlättas integrationen av uppgifter då välfärdsområdet verkar som personuppgiftsansvarig för social- och hälsovården i hela sitt område.

I och med att organiseringsansvaret och finansieringen av tjänster är i samma organisation finns det inte på samma sätt som nu incitament eller möjlighet att överföra klienter från en ansvarig part till en annan, till exempel från kommunerna till sjukvårdsdistrikten eller vice versa. Tidigare har kommunerna finansierat sina bastjänster inom social- och hälsovården som en del av sin rambudget. Merparten av sjukvårdsdistriktets intäkter har grundat sig på kommunfakturer som gjorts utgående från prestationer. Finansiering av den specialiserade sjukvården har i många kommuner upplevts svår att förutse och hantera då antalet prestationer eller kostnaderna överstiger det som beräknats. I och med reformen överförs också den specialiserade sjukvården till välfärdsområdets så kallade totalbudget. På så sätt ska kostnaderna både för bastjänster och

för den specialiserade sjukvården täckas inom ramen för samma gemensamt tillgängliga finansiering. I Nyland finns det fem välfärdsområden och HUS-sammanslutningen bestämmer utgående från avtal de resurser som ska allokeras inom den specialiserade sjukvården.

Finansieringen av välfärdsområdena

I lagen om finansiering av välfärdsområden (617/2021, *finansieringslagen*) föreskrivs det om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden (611/2021) har organiseringsansvaret.

Syftet med den statliga finansieringen är att säkerställa att alla landskap trots skillnader i förhållanden och servicebehov bland invånarna i landskapet ska ha förutsättningar att genomföra sina lagstadgade uppgifter. Finansieringen av välfärdsområdena baserar sig på täckande statlig finansiering och avgifts- och försäljningsintäkter. Välfärdsområdena har ingen beskattningsrätt. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpost för välfärdsområdet och därmed är det välfärdsområdet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet.

Bestämmelser om bestämmande av nivån på statsfinansieringen i hela landet vid utgångsläget 2023 finns i 34 § i finansieringslagen. Nivån på den statliga finansieringen till välfärdsområdena baserar sig på de budgetuppgifter för 2022 som kommunerna lämnat till Statskontoret om de sammanlagda kostnaderna för de uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som överförs från kommunerna till välfärdsområdena. Dessutom beaktas förändringar i servicebehovet, kostnadsnivån och uppgifterna. Vidare justeras finansieringen vid utgångsläget utifrån de tjänstespecifika bokslutsuppgifter som kommunerna lämnat till Statskontoret så att finansieringsgrunden för 2024 är den justerade finansieringsnivån. I finansieringen av välfärdsområdena beaktas dessutom som övergångsutjämnning skillnaden mellan finansieringen enligt de kalkylerade kostnaderna och de faktiska kostnaderna för kommunerna inom välfärdsområdets område på de grunder som närmare anges i 35 § i finansieringslagen.

Den universella finansieringen till välfärdsområdena beviljas från och med 2023 på kalkylmässiga grunder. Största delen av finansieringen riktas till välfärdsområdena på basis av faktorer som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården. Dessutom riktas finansiering på basis av invånarantal, befolkningstätheten, inslaget av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkigheten, karaktären av skärgård, samiskspråkigheten, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet.

Under en övergångsperiod som fastställts till 2023–2029 ska välfärdsområdena anpassa sin verksamhet till den kalkylerade finansieringen enligt det nya systemet. Under ikraftträdandeåret 2023 utjämnas skillnaden mellan de välfärdsområdesvisa kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen fullt ut mellan välfärdsområdena genom en övergångsutjämnning. Övergångsutjämnningen betalas ut till ett gradvis minskande belopp från 2023 till 2029, varefter den skillnad som överstiger -100/+200 euro per invånare utjämnas tills vidare genom en permanent övergångsutjämnning.

Enligt 6 § i finansieringslagen baserar sig nivån på den statliga finansieringen för varje finansår på välfärdsområdenas kalkylerade kostnader det föregående året. I 8 § i finansieringslagen sägs det att nivån för den statliga finansieringen i hela landet justeras årligen med beaktande av förändringen i kostnadsnivån i enlighet med prisindexet för välfärdsområdena. Dessutom beaktas enligt 7 och 36 § i finansieringslagen förändringen i servicebehovet på förhand till fullt belopp åren 2023 och 2024 och därefter till 80 procent i enlighet med den förändring som framgår av

den långsiktiga analysmodellen för socialutgifter². Utifrån övergångsbestämmelserna höjs den uppskattade årliga ökningen av servicebehovet ytterligare med 0,2 procentenheter 2023–2029 (7 och 36 §).

Syftet med att i begränsad utsträckning på förhand beakta förändringen i befolkningens servicebehov är att inom välfärdsområdena skapa incitament för att dämpa kostnadsökningen samt uppmuntra dem att vidta åtgärder som främjar tjänsternas verkningsfullhet och servicesystemets effektivitet. Syftet med att under övergångsperioden göra justeringar som avviker från huvudregeln är å andra sidan att beakta de kostnader som övergångsperioden medför.

Vid justeringen av finansieringsnivån beaktas enligt 9 § i finansieringslagen dessutom en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret till fullo, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. I och med den lagändring som riksdagen godkände våren 2022 beaktas uppgiftsändringarna på det sätt som avses i 5 §, det vill säga enligt nettoutgifterna (RP 10/2022 rd). Den statliga finansieringen kan höjas eller sänkas utifrån ändringar i uppgifternas omfattning eller art. En ändring i nivån på den statliga finansieringen genomförs genom att den uppskattade förändringen i kostnadsnivån och därmed finansieringsnivån för den uppgift som ändringen gäller riktas till de kalkylerade kostnader som ligger till grund för grundpriset eller grundpriserna i anslutning till uppgiften. Enligt motiveringen till paragrafen bör målet vara att de kostnader som ändringen i uppgiften medför bedöms så grundligt att välfärdsområdena har verkliga möjligheter att med hjälp av den finansiering som föreslås för förändringarna klara av de uppgifter och förpliktelser som riktats till dem och så att ändringen inte leder till att välfärdsområdenas kostnader stiger mer än den ökning av finansieringen som ändringen medför. Finansieringen ska också tidsmässigt riktas till välfärdsområdena så att den motsvarar den tid då skyldigheten att verkställa de utvidgade uppgifterna gäller.

Med stöd av 10 § i finansieringslagen beaktas dessutom årligen i efterhand de faktiska kostnaderna för året före finansåret så att skillnaden mellan de kalkylerade kostnaderna för året i fråga och de faktiska kostnaderna läggs till finansieringen eller dras av från finansieringen. Justeringen av kostnadsnivån görs till fullt belopp. Härigenom säkerställs det att den kalkylerade finansieringen inte avviker från de faktiska kostnaderna.

Enligt 5 § i finansieringslagen används välfärdsområdenas driftskostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet, finansieringskostnader samt avskrivningarna enligt plan och nedskrivningarna som grund för den statliga finansieringen. Kundavgifterna, liksom även användaravgifterna för välfärdsområden samt andra verksamhets- och finansieringsintäkter, beaktas som avdrag när de riksomfattande driftskostnaderna för social- och hälsovården granskas.

Bestämmelser om välfärdsområdets rätt att vid behov få tilläggsfinansiering finns i 11 § i finansieringslagen. Om nivån på finansieringen annars skulle äventyra ordnandet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen, har välfärdsområdet rätt att få tilläggsfinansiering av staten till det belopp som behövs för att trygga nämnda social-,

² En analysmodell för socialutgifter framtagen av Institutet för hälsa och välfärd. Analysmodellen utvecklades av social- och hälsovårdsministeriet, men 2019 överfördes utvecklingen och underhållet av modellen till Institutet för hälsa och välfärd. Modellen används förutom av Institutet för hälsa och välfärd även av social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet.

hälsovårds- och sjukvårdstjänster med beaktande av välfärdsområdets förutsättningar att ordna övriga lagstadgade uppgifter.

Bestämmelser om förfarandet vid tilläggsfinansiering finns i 26 § i finansieringslagen. Tilläggsfinansiering beviljas ur ett separat anslag i statsbudgeten på ansökan av välfärdsområdet eller på initiativ av ministeriet och genom beslut av statsrådet. I beslutet kan det ingå villkor som gäller tjänsternas verkningsfullhet, kvalitet, mängd eller organiseringens effektivitet. Rätt till tilläggsfinansiering föreligger när de förutsättningar som anges i lagen uppfylls, och beviljandet av tilläggsfinansiering är till denna del inte beroende av beslutsfattarens prövning. Tilläggsfinansiering ska beviljas till ett belopp som gör det möjligt att tillhandahålla ovannämnda lagstadgade tjänster som tryggas i grundlagen och som bestäms på individuell nivå enligt behov. Bedömningen baserar sig på de uppgifter som erhållits i samband med processen för bedömning av tillgången till tjänster och tillräckligheten av finansieringen av tjänster enligt lagen om välfärdsområden och lagen om ordnande av social- och hälsovård samt på andra utredningar och uppgifter om välfärdsområdenas ekonomi eller servicesystem som är tillgängliga vid beredningen. Om det bedöms att de problem som lyfts fram inte beror på att nivån på finansieringen till välfärdsområdet i princip skulle vara för låg, utan att välfärdsområdet genom sina egna beslut kan trygga ordnandet av tjänsterna, styrs välfärdsområdet till att vidta sådana åtgärder som konstaterats i styrnings- och förhandlingsprocessen mellan staten och välfärdsområdena och som är möjliga att genomföra i välfärdsområdena samt nödvändiga för att kontrollera kostnaderna samt eventuella övriga åtgärder.

Den kalkylerade årliga finansieringsnivå som bestäms med stöd av finansieringslagen tillsammans med kund- och användaravgifterna för välfärdsområdena är avsedd att vara på en sådan nivå att det är möjligt att ordna de lagstadgade uppgifterna för välfärdsområdena. I tilläggsfinansieringen är det fråga om en tidsbegränsad undantagsmekanism för finansiering som gäller ett enskilt välfärdsområde och som vid återkommande användning också, med stöd av 123 § i lagen om välfärdsområden, kan leda till det utvärderingsförfarande som avses i 122 § i den lagen.

Beloppet av den tilläggsfinansiering som beviljats ett välfärdsområde under finansåret beaktas i de faktiska kostnaderna för välfärdsområdena, när finansieringen av välfärdsområdena i hela landet i efterhand justeras i enlighet med 10 § i finansieringslagen. Erhållen tilläggsfinansieringen höjer dock inte automatiskt nivån på finansieringen för det följande året, utan den årliga statliga finansieringen för välfärdsområdet bestäms enligt 6 § i finansieringslagen.

Projekten Framtidens social- och hälsocentral

Inom programmet Framtidens social- och hälsocentral som ingår i regeringsprogrammet utvecklas tjänsterna på basnivå inom social-, hälso- och sjukvården genom att förbättra tillgången och samordna tjänsterna så att de motsvarar människors behov. Programmet och dess mål har länkats samman med det nationella och regionala genomförandet av strukturreformen inom social- och hälsovården. Programmet genomförs genom välfärdsområdenas projekthelheter, som stöds med statsunderstöd under åren 2020–2023. Syftet är att i projekten utnyttja de befintliga verksamhetsmodeller och den goda praxis som redan finns och som fungerar väl. Statsunderstöden riktas till projekthelheten för utvecklingen av kommunernas och samkommunernas gemensamma primärvård och socialvård i respektive välfärdsområde. Statsunderstödens belopp är omfattande. I två olika ansökningsomgångar har det beviljats sammanlagt över 200 miljoner euro i statsunderstöd till områdena som stöd för utvecklingen.

Programmet har fem mål:

1. Förbättra tillgången till tjänster med kontinuitet som ges på lika grunder och i rätt tid
2. Förskjuta tyngdpunkten i verksamheten från tunga tjänster till förebyggande och proaktivt arbete
3. Förbättra tjänsternas kvalitet och effekt
4. Säkerställa att tjänsterna är tvärsektoriella och samverkande
5. Dämpa kostnadsökningen

Avsikten är att skapa en heltäckande social- och hälsocentral, där en ny typ av arbetsfördelning utnyttjas, konsultation av olika yrkespersoner och på olika nivåer erbjuds samt digitalisering utnyttjas. I programmet Framtidens social- och hälsocentral betonas särskilt åtgärder som främjar tjänsternas tillgänglighet inom primärvården, socialvården, mentalvården och den multiprofessionella rehabiliteringen. Förbättrande av tillgången till vård och införande av psykosociala metoder ska inkluderas i alla utvecklingsprojekt. Psykosociala metoder avser i detta sammanhang korta psykoterapier eller andra terapeutiska interventioner som lämpar sig för primärvården för att förebygga eller behandla psykiska störningar. Den ansökan om statsunderstöd som riktar sig till samarbetsområdena för planering och samordning av den regionala helheten med psykosociala metoder stödjer välfärdsområdenas utvecklingsarbete för att införa metoderna. Förbättrad tillgång till tjänster med kontinuitet som ges på lika grunder och i rätt tid ska uppnås genom att utveckla och förankra olika verksamhetsmodeller i välfärdsområdena i enlighet med områdenas behov.

Bestämmelser om de statsunderstöd som beviljas för utvecklings- och försöksprojekt för social och hälsovården och om startprojekt för verksamheten under åren 2020–2023 har utfärdats genom statsrådets förordning om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården åren 2020–2023 (13/2020). Enligt 2 § i förordningen är en förutsättning för beviljande av statsunderstöd bland annat att projektet behövs för att ordna social- och hälsovården och det stöder utvecklandet och effektiviseringen av tjänster, spridningen av god praxis samt en reform av verksamhetsmetoderna och att projektet kan bedömas vara resultatrikt och kunna utnyttjas på bred basis. Social- och hälsovårdsministeriet ha publicerat en beskrivning av programmet och projektguiden Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023: Program och projektguide (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:29³)

Försöks- och utvecklingsåtgärder som syftar till att förbättra tillgången till icke brådskande vård kan som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral även bland annat innebära att:

- på ett nytt sätt kombinera social- och hälsovårdens olika yrkesgruppers kunnande och arbetsinsats samt utveckla arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna,
- förbättra tillgången till socialvårdens handledning och rådgivning samt klientorienterad servicestyrning i samband med hälso- och sjukvårdstjänster för att förstärka integrationen av klienternas servicebehov,

³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163349>

- införa verksamhetsmodeller för att öka specialnivåns konsultationer på basnivå,
- vidta åtgärder för att inrikta allmänläkares och tandläkares arbetsinsats uttryckligen på uppgifter som kräver medicinsk och odontologisk kompetens,
- förstärka egenvården samt verksamhetsändringar och säkerställande av kompetens i anslutning till införandet av elektroniska tjänster,
- göra ändringar i arbetsplaneringen och arbetssätten för yrkespersoner och multiprofessionella team,
- minska efterfrågan till exempel genom att ta i bruk och utnyttja vårdplaner för långtids-sjuka samt individuella vård- och uppföljningsintervaller,
- skapa nya typer av reservplaner för frånvaron och toppar av efterfrågan,
- minska onödigt arbete, och
- utveckla verksamhetsmodeller för fri tillgång till vård, till exempel försök med tidsbokningssystem som är öppet för alla användare.

I en del områden kan man också som en del av de utvecklingsåtgärderna vidta projektbaserade åtgärder för att förkorta köerna vilket kräver mer kapacitet än vanligt under en viss tid.

Genom nationell styrning vill man säkerställa att framtidens social- och hälsocentral använder nationellt enhetliga och integrerade verksamhetsmodeller som svarar mot invånarnas behov. I projektplanerna ska utgångspunkten för tillgången till vård ha framställts på ett nationellt enhetligt sätt och de mål som mäts för dess stegvisa förbättring. Likaså ska mekanismen för att uppnå verksamhetsmässiga och ekonomiska fördelar samt kontinuiteten i utvecklingen och upprätthållandet samt finansieringen efter projektperioden ha beskrivits. Förbättringen av tillgången till vård följs upp och rapporteras under projektiden som en del av den regelbundna uppföljningen av programmet och projekten.

Institutet för hälsa och välfärd har publicerat rapporten Nationell övervakning och utvärdering av hur nyttomålen uppnås i programmet Framtidens social- och hälsocentral den 23 augusti 2021 (på finska)⁴

2.2.2 Covid -19- pandemin och dess konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet

Även covid-19-pandemin och den belastning på servicesystemet som den medför har betydande konsekvenser för social- och hälsovårdens verksamhetsmiljö. Världshälsoorganisationen (WHO) förklarade den 30 januari 2020 att det nya coronaviruset är ett internationellt hot mot hälsan och den 11 mars 2020 att den epidemi viruset orsakar är en pandemi. Förklaringen krävde att alla länder aktivt följer upp de infektioner som det nya coronaviruset medför, tidigt identifierar smittfall och isolerar fallen samt spårar exponerade för att förebygga fortsatt smitta.

I Finland började covid-19-epidemin i mars 2020. Finland införde då snabbt en helhet av åtgärder som syftade till att stävja epidemin och som grundade sig på rekommendationer, lagstiftning för normalförhållanden och på beredskapslagen och 23 § i Finlands grundlag. Till följd av den

⁴ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140996>

globala sjukdomen covid-19 konstaterade regeringen den 16 mars 2020 att det råder undantagsförhållanden i Finland i enlighet med 3 § 5 punkten i beredskapslagen (1552/2011). Då utfärdades statsrådets förordning om ibruktagningsföreskrifter om befogenheter i enlighet med 86, 88, 93 och 94 § i beredskapslagen. Man tog i bruk beredskapslagens befogenheter som bland annat gällde kommunens rätt att avvika från tidsgränserna för icke-brådskande hälso- och sjukvård, rätt att avvika från anställningsvillkoren och begränsa uppsägningstiden. Ibruktagningsföreskrifterna gällde fram till den 16 juni 2020. Coronaepidemisituationen i Finland började igen försämrats i slutet av 2020 och beredskapslagens befogenheter att bland annat avvika från tidsgränserna för icke-brådskande hälso- och sjukvård togs åter i bruk 1.3–27.4.2021. Våren 2021 gällde möjligheten att avvika från tidsgränserna för icke-brådskande vård endast den specialiserade sjukvården och endast Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Covid-19-epidemin har gått i vågor och i Finland har det konstaterats fyra smittorpar sedan mars 2020. Det har funnits regionala skillnader i sjukdomsincidens på det viset att de högsta incidenstalen i regel har rapporterats från södra och västra Finland. Smittkluster och stora och snabba variationer i smittläget på grund av dem har dock konstaterats även i andra regioner under epidemin. En betydande och snabb försämring av epidemiläget inleddes igen i medlet av oktober 2021, och den var särskilt kraftig kring årsskiftet 2021–2022. En orsak är i synnerhet att den nya virusvarianten sprider sig lätt. Behovet av sjukhusvård och bekämpningsåtgärder belastning på primärhälsovården ökade betydligt. Epidemin började plana ut i medlet av februari 2022, men behovet av bistånd är fortfarande stort och också behovet av sjukhusvård har kvarstått på en hög nivå.

Covid-19-vaccinationer inleddes i Finland den 27 december 2020, och först vaccinerades äldre och andra grupper som löper risk att drabbas av svår covid-19. Vaccineringen av 12–15-åringar inleddes den 9 augusti 2021, och tidigt under 2022 började också covid-19-vaccinering av 5–11-åriga barn tillhandahållas. Vaccinationerna ger ett gott skydd mot allvarlig sjukdom. Fram till den 20 april 2022 hade över 87 % av de 18 år fyllda i Finland fått två vaccindoser, och av de 60 år fyllda hade nästan 86 % fått tre doser.

Epidemin och att den drar ut på tiden samt restriktionerna och rekommendationerna som hänför sig till den har haft betydande konsekvenser för befolkningens välfärd, servicesystemet för social- och hälsovården och när det gäller användningen av tjänster. Institutet för hälsa och välfärd har gjort en bedömning av dessa i sin expertbedömning (Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen raportti 3/2021⁵, raportti 14/2020⁶). (På finska) Konsekvenserna för servicesystemet har hänfört sig både till primärvården, den specialiserade sjukvården och även till socialtjänsterna. Epidemin har ökat belastningen på servicesystemet betydligt i och med organiseringen av den testnings- och spårningsverksamhet som epidemin kräver, mottagningsverksamheten och vården av coronapatienter på vårdavdelningar, vaccineringen och de åtgärder som ska vidtas inom landets gränser för att förebygga den smittsamma sjukdomen. Resursallokeringen till hanteringen av coronaepidemin och vården av coronapatienter har inneburit mindre resurser för sedvanlig behandling av sjukdomar och tjänster. Coronaepidemin har ändrat produktionen av och tillgången till social- och hälsovårdstjänster samt befolkningens användning av tjänsterna. Inom primärvården och den specialiserade sjukvården minskades tillhandahållandet av tjänster till befolkningen genom att annullera avtalade tider och reservera färre besöksider på grund av att man förberedde sig för epidemin särskilt våren 2020. Befolkningen sökte också i mindre omfattning än tidigare vård i synnerhet i början av epidemin och annullerade bokade tider både inom primärvården och inom

⁵ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142536>

⁶ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140661>

den specialiserade sjukvården. De elektiva remisserna inom den specialiserade sjukvården har minskat inom flera specialiteter och inom den specialiserade sjukvården gavs det betydligt mindre vård under 2020 än under tidigare år i genomsnitt. Man har också beroende på epidemi-läget varit tvungen att då och då dra in på den elektiva operationsverksamheten när sjukhus- och intensivvårdskapaciteten blivit belastad. Trots att situationen för tjänsteproduktionens del gått tillbaka mot vanliga volymer med början hösten 2020 har dock antalet patienter som väntar på vård och kötiderna blivit kvar på en högre nivå jämfört med tidigare. På hela landets nivå var andelen som väntat på att få specialsjukvård 2,5 % före epidemin och 6,3 % i november 2021. En del av de patienter som behöver vård har blivit utan den vård som planerats för dem och de är tvungna att köa längre än vad som är lämpligt för att få vård.

Det har funnits personer som väntat på vård i mer än sex månader särskilt inom de operativa specialiteterna och den psykiatriska specialiserade sjukvården. De psykiatriska specialiteterna har betydande svårigheter att klara av den ökade efterfrågan på tjänster. Inom specialiteten psykiatri (vuxenpsykiatri) var det betydligt fler som köade till den specialiserade sjukvården 2021 än tidigare år. Ökningen började i slutet av 2020. I fråga om barn- och ungdomspsykiatri kunde man se en försämrad situation från slutet av sommaren 2021. Inte heller inom primärvården har det kunnat ordnas icke-brådskande tjänster under epidemin på samma sätt som före epidemin och efterfrågan på tjänster har inte heller stigit till samma nivå som åren före coronapandemin. I undersökningar har man observerat att det under epidemin bland annat har konstaterats cirka 15 procent färre långtidssjukdomar än under en vanlig period. Enligt förhandsuppgifter från Cancerregistret diagnostiserades under 2020 dessutom ca 1 400 färre nya cancerfall än vad som hade förväntats i ett normalläge. Även inom mun- och tandvården genomfördes 2020 nästan en miljon färre och 2021 nästan en halv miljon färre besök än året 2019. Verksamhetsförutsätt-ningarna för primärvårdstjänster för barn och unga har försämrats inom rådgivningen, skolhäl-sovården och studerandehälsovården, eftersom det under coronaepidemin har gjorts mängder av personalöverföringar inom dessa tjänster och hälsoundersökningarna har minskats. Under 2020 genomfördes omfattande hälsoundersökningar vid mödrarådgivningen och skolhälsovår-den endast för 48 % av målgruppen. Behovet av stöd för barn, unga och barnfamiljer har dock-samtidigt ökat under epidemin. Antalet besök vid mödrarådgivningen och skolhälsovården uti-från individuella behov ökade. Familjernas levnadssätt har försämrats och stress, ensamhet, psy-kiska problem samt problem relaterade till föräldraskapet och parförhållandet har ökat. Dessu-tom har flera tjänster som upprätthåller funktionsförmågan haft uppehåll under epidemin. Kon-sekvenserna av detta framhävs i synnerhet bland personer med funktionshinder, handikappade och äldre.

Coronaepidemin har medfört en betydande vård-, service och rehabiliteringsskuld. Begreppet syftar på det behov av vård, service eller rehabilitering som konstaterats hos befolkningen och som servicesystemet inte kunnat svara mot och dessutom en dold efterfrågan. Som fenomen gäller vård- och serviceskulden hela servicesystemet, men de regionala och tjänstespecifika skillnaderna är stora. Vård- och serviceskulden har en betydande inverkan på befolkningens hälsotillstånd, funktionsförmåga och välfärd, vilket i framtiden kan ses i form av växande kost-nader. Å andra sidan stöder ett avhjälpande av situationen på ett betydande sätt samhällets åter-hämtning från coronaepidemin. Hela fenomenet är komplicerat och komplext. Orsakssamban-den är mångsidiga och skiljer sig delvis från varandra i olika delar av servicesystemet. Kun-skapsunderlaget är otillräckligt och i synnerhet om den ännu dolda efterfrågan finns det inte tillgång till tillförlitlig information. Det finns många förväxlingsfaktorer. En del av konsekven-serna för hälsotillståndet och välfärden framgår först på längre sikt.

I servicesystemets praktiska verksamhet har det skett förändringar särskilt i och med det påtag-ligt snabba och storskaliga införandet av digitala tjänster. Fysiska mottagningsbesök har ersatts genom att snabbt införa distanstjänster och elektroniska tjänster på bred front inom olika social-

och hälsovårdstjänster och för olika kundgrupper. Den här ändringen i verksamheten har medfört svårigheter att få service för vissa kundgrupper. Det är sannolikt att den förändring som coronapandemin har åstadkommit i de digitala tjänsterna blir bestående och påskyndas ytterligare. Det här kan huvudsakligen ses som en positiv utveckling.

Under epidemin har orken för personalen inom social- och hälsovården satts på prov och personalens tillräcklighet har medfört betydande utmaningar. Tillgången på arbetskraft medförde utmaningar redan innan epidemin och det har framhävts under epidemin. Under epidemin har personal överförs till basuppgifter och rekryterats till infektionsmottagningarna, provtagning, spårning och vaccinering. Hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter blir tvungna att även ordna utbildning för personalen för att trygga tillgången till tjänster, eftersom man har varit tvungen att utbilda extra personal särskilt till experter inom intensivvård. Det har varit en stor ansträngning att genomföra coronavaccineringen för hälso- och sjukvården och det har krävt betydande resurser och kraft. Man har i regel varit tvungen att lösgöra personal till vaccineringsarbetet från andra uppgifter inom primärvården, som från rådgivningstjänster och skolhälsovården. Det har varit svårt att rekrytera personal och att få vikarier, eftersom tillgången på vårdpersonal på riksnivå har varit dålig under epidemin. I praktiken har man varit tvungen att ordna nya verksamheter med befintliga resurser genom att dra in på annan verksamhet. Även personal som blivit sjuk eller suttit i karantän har ökat utmaningarna när det gäller personalens tillräcklighet, vilket man har försökt avhjälpa bland annat genom arbetsskiftsarrangemang och interna överföringar. Epidemitiden har krävt betydande flexibilitet av personalen inom social- och hälsovården och medfört utmattning och försämrad arbetshälsa. Långvariga konsekvenser av coronaepidemin för personalens arbetshälsa och tillgången på personal kommer vi eventuellt att se senare.

Finlands program för hållbar tillväxt och EU:s facilitet för återhämtning och resiliens (RRF)

Finlands program för hållbar tillväxt stöder ekologiskt, socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt i enlighet med målen i regeringsprogrammet. Programmet finansieras ur EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (The Recovery and Resilience Facility). Social- och hälsovårdsministeriet bär ansvar för den fjärde pelaren vars huvudsakliga mål är att avveckla den service-, rehabiliterings- och vårdskuld inom social- och hälsovården som kumulerats under covid-19-pandemin, göra det möjligt att snabbare få vård i hela landet genom att ta i bruk nya förfaringsätt och främja genomförandet av social- och hälsovårdsreformen.

Åtgärderna främjar att vårdgarantin på basnivå genomförs, minskar ojämlikhet, satsar på en tidigare identifiering av problem än tidigare och en mer effektiv förebyggande verksamhet samt ökar kvaliteten på tjänsterna och kostnadseffektiviteten. Målet är att befolkningen på lika grunder får tillgång till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver, enkelt, tröskelfritt och via flera kanaler. Målet är även att utöka bruket av digitala lösningar som ett så brett nationellt samarbete mellan regionerna som möjligt.

Finlands program för hållbar tillväxt är uppbyggt så att det för pelare fyra anvisas ca 400 miljoner euro. Största delen, 230 miljoner euro anvisas för förbättring av tillgången till vård och för avveckling av service-, rehabiliterings- och vårdskulden. Dessutom anvisas 100 miljoner euro för digitalisering av tjänster, 30 miljoner euro för tjänster till klienter i behov av sektorövergripande tjänster och 40 miljoner euro för utveckling av kunskapsbasen och värdebaserad styrning. Det slutliga finansieringsbelopp som Finland tilldelas är öppet ännu i april 2022. Utvecklingen av servicesystemet som hänför sig till Finlands program för hållbar tillväxt genomförs genom att dela ut statsunderstöd för utvecklingsåtgärder till områdena. Den helhet som statsunderstödet utgör grundar sig på statsunderstödslagen, och med avseende på den utfärdades

en förordning av social- och hälsovårdsministeriet hösten 2021. Tidigt år 2022 genomfördes den första utlysningen av statsunderstöd där välfärdsområdena ansökte om understöd för att sammanställa en mer detaljerad genomförandeplan för 2023–2025.

Av statsunderstödda utvecklingsprojekt förutsätts att de handlingsmodeller som utvecklas anpassas till utvecklingsprojekten i enlighet med programmet Framtidens social- och hälsocentral och EU:s återhämtnings- och resiliensfacilitet.

2.2.3 Modeller för organisering av arbetet

Vid hälsovårdscentralen har vi hittills varit vana vid att uträtta ärenden hos en läkare. Den här verksamhetsmodellen befinner sig i ett genomgripande brytningsskede och de vårdanställdas roll har stärkts i vården av patienterna och en allt större del av läkarens arbetstid går åt till annat än traditionell mottagning av patienter ansikte mot ansikte. I programmet Framtidens social- och hälsocentral ska arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och deras arbetssätt ses över och uppgifterna ska i större utsträckning fördelas mellan olika yrkesgrupper. Användning av multiprofessionella team och utveckling av arbetsfördelningen garanterar vårdens kontinuitet och verkningsfullhet, flexibla tjänster och kostnadskontroll.

Enligt den enkätundersökning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2019⁷ var den arbetsparmodell som läkaren och sjukskötaren utgör det vanligaste modellen för att organisera arbetet vid hälsostationerna (cirka 45 procent av hälsostationerna). Även teamarbetsmodellen och modellen med små områden tillämpades allmänt. Andra arbetsmodeller som användes var till exempel modeller som grundar sig på kliniska ansvarsområden eller segmentering av kunder. Enligt enkätundersökningen används en sektormodell när det gäller läkare inom rådgivningen och inom skol- och studerandehälsovårdstjänster.

På hälsostationerna har man identifierat betydelsen av vårdens kontinuitet framför allt i vården av långtids- och multisjuka, men på grund av personalomsättningen och särskilt omsättningen på läkare kan det ofta inte genomföras. Omsättningen på läkare kan försvåra också identifieringen av hälsoproblem hos studerande inom studerandehälsovården. Omsättningen på läkarresurser påverkas till exempel av det stora antalet läkare under utbildning vid hälsostationerna. Något mindre än 60 procent av hälsostationerna hade utsett en egen läkare för en del av sin befolkning. På motsvarande sätt hade cirka 75 procent av hälsostationerna utsett en egen skötare för en del av sin befolkning. De tillgängliga sätten för att utse en yrkesutbildad person för befolkningen är valmodeller som grundar sig på kundens servicebehov, kundens eget val och enligt klientens adress eller efternamn. Det ska beaktas att utnämningspraxisen för en egen läkare eller egen skötare inte nödvändigtvis omfattar hela hälsocentralens kundkrets. I typiska fall bestäms en egen läkare eller egen skötare utgående från kundens servicebehov det vill säga det har utsetts en egen yrkesutbildad person för långtidssjuka, vissa sjukdomskategorier eller dem som använder många tjänster. Detta utnyttjas särskilt för patienter som lider av betydande folksjukdomar, som i vården av diabetes-, astma-, reuma- och hjärtpatienter. Det är vanligare att dessa kundgrupper har en egen skötare än en egen läkare, lite mer än en fjärdedel av hälsostationerna hade utsett en egen läkare för dessa kundgrupper, däremot hade en egen skötare utsetts vid lite mindre än 60 procent av hälsostationerna.

⁷ Syrjä V, Parviainen L & Niemi, A. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Vastaanotto toiminnan käytännöt. Tutkimuksesta tiiviisti 4, 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139274>

I hela landet uppgav 40,2 procent av kunderna att de 2018 alltid eller oftast uppsökt samma läkare, 2020 något färre, 36,8 procent av kunderna. År 2018 uppgav 32,1 procent av kunderna att de alltid eller oftast uppsöker samma skötare, 2020 var motsvarande tal 29,6 procent. I fråga om båda dimensionerna är vårdens kontinuitet alltså något sämre 2020 än 2018. Vårdens kontinuitet har konstaterats minska dödligheten och behovet av akut sjukhusvård på ett betydande sätt.⁸

Inom mun- och tandvården har arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper utvecklats aktivt under de senaste åren. Enligt den enkätundersökning som gjordes 2019 via regionförvaltningsverken hos enheter inom mun- och tandvård utförde en munhygienist eller tandskötare hela 87 procent av kontrollerna av barn under skolåldern och 34 procent av barnen i skolålder. Detta frigör tandläkarnas arbetsinsats för mera krävande åtgärder och till exempel för att vårda multipelsjuka patienter. Nya verksamhetsmodeller, såsom modeller med många vårdrum och så kallade modeller med att sköta alla tandvårdsbehov under ett besök blir allt vanligare. Till exempel i samkommunen för social- och hälsovården i Kajanaland genomförs som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral pilotförsök med modellen Joustava vastaanotto - Kerralla kuntoon (Flexibel mottagning - Alla tandvårdsbehov under ett besök), som syftar till att främja tillgången till mun- och tandvårdstjänster, deras förebyggande karaktär, kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetsmodeller som konstaterats vara bra sprids nationellt och en utmärkt plattform för det är det nationella nätverket för utveckling av mun- och tandvården som i februari 2021 inrättades underställt Institutet för hälsa och välfärd. Syftet med utvecklingsnätverket är att främja utvecklingen av kundorienterade, högklassiga, effektiva och kostnadseffektiva tjänster med beaktande av personalens arbetshälsa inom mun- och tandvården. Ett understående mål är att utveckla kvaliteten på de data som samlas in om mun- och tandvårdens verksamhet, utöka benchmarkingarbetet så att det gäller hela landet, erbjuda en plattform för att nätverka samt utveckla och sprida god praxis. Dessutom valdes kvalitetsregistret för mun- och tandvård till ett av Institutet för hälsa och välfärds så kallade partnerskapsregister, till vilka riksdagen har beviljat tidsbunden finansiering åren 2021–2022.

2.3 Hälsovården, sjukvården och mun- och tandvårdens verksamhet och ekonomi

2.3.1 Inledning

Som utgångspunkten för beskrivningen av verksamheten och ekonomin för primärvårdens öppna sjukvård samt mun- och tandvård i den här propositionen har i princip använts först uppgifter från 2019, eftersom covid-19-pandemin haft betydande konsekvenser för verksamheten och ekonomin 2020 och 2021. Vid bedömningen av de uppgifter som presenteras i beskrivningen för åren 2020 och 2021 är det viktigt att hålla covid-19-pandemins inverkan i minnet.

Offentligt finansierade tjänster inom primärvården tillhandahålls vid hälsocentralerna, i fråga om den studerandehälsovård som kommunen ordnar också vid läroanstalterna samt delvis inom företagshälsovården. Dessutom tillhandahålls tjänster inom primärvården som omfattas statens organiseringsansvar vid Studenternas hälsovårdsstiftelse, på Försvarsmaktens hälsostationer och som en del av hälso- och sjukvården för fångar i fängelsernas lokaler. Staten ordnar dessutom vissa specialtjänster, som specialiserad sjukvård i statens psykiatriska sjukhus. Enligt Kommunförbundets uppgifter fanns det 134 hälsocentraler i Finland 2021, av dem drivs 75 av kommuner, 33 av samkommuner och 26 av ansvariga kommuner. Av hälsocentralerna har 69 ett

⁸ Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice 4 October 2021, <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

befolkningsunderlag på mindre än 20 000 invånare och 65 ett befolkningsunderlag på mer än 20 000 invånare.

Kommunerna köper en del av de social- och hälsovårdstjänster som ingår i deras organiseringsansvar av privata tjänsteproducenter. Avtalen om köpta tjänster omfattar avtalen om total utläggning, avtalen om delvis utläggning samt kommunernas och samkommunernas övriga köpta tjänster. År 2021 hade sammanlagt cirka 15 procent av de organiseringsansvariga kommunerna eller samarbetsområdena i Fastlandsfinland lagt ut hälsostationverksamheten antingen helt eller delvis på entreprenad. Servicesedeln var en av de tillgängliga metoderna att ordna tjänsterna för kommunen. Enligt den enkät som Kommunförbundet genomförde 2018 erbjöd då de flesta kommunerna kommuninvånarna servicesedlar. Av servicesedlarna inom hälso- och sjukvården riktades 57 procent till den specialiserade sjukvården, 34 procent till primärvården och 9 procent till mun- och tandvården. Inom primärvården användes servicesedlarna mest inom hemsjukvårdens tjänster.

Enligt finansministeriets publikation *Kommunerna vid en vändpunkt?: Lägesbild över kommunerna 2020* (2020:39⁹) utgör social- och hälsovårdsutgifterna cirka hälften av kommunernas driftsutgifter. Här finns det dock stora skillnader mellan kommunerna. Social- och hälsovårdsutgifternas andel varierar från cirka 45 procent i kommuner med över 100 000 invånare till 55 procent i kommuner med under 2 000 invånare. I de mindre kommunstorleksklasserna är utgiftsandelen för primärvården högre. Skillnaderna i kommunernas social- och hälsovårdsutgifter förklaras av befolkningens servicebehov såsom åldersstruktur och sjukfrekvens, serviceutbud, långa avstånd eller skärgårdskaraktär. Även invånarnas sätt att använda tjänster och sättet att ordna tjänster medför skillnader.

År 2019 uppgick nettodriftskostnaderna för kommunernas och samkommunernas hälso- och sjukvård till 10 985 miljoner euro (11 401 miljoner euro år 2020). Av dessa nettodriftskostnader utgjorde den specialiserade sjukvården nästan två tredjedelar det vill säga 7 230 miljoner euro (7 342 miljoner euro 2020) och primärvården (inklusive mun- och tandvården) utgjorde cirka en tredjedel det vill säga 3 447 miljoner euro (3 697 miljoner euro 2020). Nettodriftskostnaderna för tjänster inom mun- och tandvård uppgick till 467 miljoner euro (494 miljoner euro år 2020). På grund av ändrade statistiska metoder är det svårt att göra en granskning på lång sikt med hjälp av statistiken över kommunekonomi. Vid en granskning av utgifter för den specialiserade sjukvården och primärvården (utesluter bland annat mun- och tandvården) i statistiken hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering har utgifterna för den specialiserade sjukvården ökat med 160 procent mellan 2019 och 2020 och primärvårdens utgifter med 65 procent. Utgifterna för primärvårdens mun- och tandvård inklusive köpta tjänster ökade under samma tidsperiod med 119 procent.

Nettokostnaderna för social- och hälsoverksamheten för de 295 kommunerna i Fastlandsfinland uppgick till 3490 euro per invånare 2019. Den specialiserade sjukvårdens andel av detta var 38 procent, det vill säga 1 316 euro per invånare och primärvårdens andel 18 procent det vill säga 627 euro per invånare. Tjänsterna för äldre (exklusive hemvård) utgjorde sammanlagt 14 procent av nettokostnaderna för social- och hälsoverksamheten, det vill säga 472 euro per invånare. Nettokostnaderna för mun- och tandvården var 85 euro per invånare.

⁹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162061>

2.3.2 Statistik över icke-brådskande vård

Det har visat sig svårt att göra en tillförlitlig bedömning av den aktuella tillgången till icke-brådskande öppen sjukvård inom primärvården. Som informationskällor har man använt olika register- och statistikuppgifter, kostnads- och bokslutsuppgifter, hälso- och sjukvårdsundersökningar samt observationer av sakkunniga inom medicin och vårdarbete. Alla dessa är förenade med betydande osäkerhetsfaktorer som hänför sig till regionala verksamhetsmodeller, statistiska metoder, datasystem och covid-19-epidemin. Institutet för hälsa och välfärd har stött enhetlig statistikföring och registrering samt utvecklat nya modeller för statistikföring och rapportering under åren 2019–2021.

Förverkligandet av tillgången till vård rapporteras för de icke-brådskande besök inom den öppna sjukvården, som föregås av en bedömning av vårdbehovet och en statistikanteckning i anslutning till det. Den andel som dessa besök utgör av alla icke-brådskande besök inom den öppna sjukvården varierar. Förverkligandet av tillgången till vård följs i allmänhet upp för besök hos läkare eller tandläkare, men inte alls i samma utsträckning för besök hos sjukskötare/hälsovårdare eller hos munhygienist. De statistikanteckningar som behövs för att följa upp tillgången till vård har visat sig vara svåra vid bedömning av nya verksamhetsmodeller (teammodeller, skötar-läkarkonsultationer, distansmottagningar), eftersom tillgången till vård kan ske samtidigt som bedömningen av vårdbehovet. Således kan det i och med de olika nya verksamhetsmodellerna ses en statistisk minskning i uppföljningsuppgifterna för vårdbehovet. Det görs till exempel inte heller en bedömning av vårdbehovet före kontroll- eller uppföljningsbesök i enlighet med vårdplanen. Omfattningen av de uppgifter om tillgången till vård som är tillgängliga i Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister (AvoHilmo) uppgår till cirka 20 procent av alla icke-brådskande besök inom sjukvården 2021 (variation 100–4 procent). Uppgifterna varierar i olika områden också på grund av olika patientdatasystem och registreringsätt. Statistikuppgifterna för tjänsten Jourhjälp 116117 och delvis för köpta tjänster som tillhandahålls av privata tjänsteproducenter omfattas inte av en heltäckande datainsamling. Särskilt i besöksuppgifterna för de organisationer som använder datasystemet Apotti framgick det betydande fel hösten 2021 och därför kan genomförandet av tjänster för en stor del av befolkningen inte bedömas tillförlitligt.

Covid-19-epidemin har haft väldigt stor inverkan på primärvårdens öppna sjukvårdsverksamhet under åren 2020 och 2021 och försvårar betydligt användningen av register- och statistikuppgifter för åren 2020 och 2021. Å andra sidan har besöken inom flera tjänster minskat, men inom primärvården har det också genomförts till exempel covid-19-testning och vaccinering, som i statistikföringen ses som besöksprestationer inom primärvården. Som en konsekvens av epidemin minskade besöken på hälsocentralerna. Antalet fysiska besök inom den öppna sjukvården vid hälsocentralerna exklusive besöken hos privata tjänsteproducenter minskade med cirka 17,5 procent 2020 jämfört med året innan. Besöksmängderna har ökat från och med augusti 2020, men de har ändå inte nått upp till nivån under tidigare år. Inom primärvården minskade antalet besök till följd av covid-19-epidemin mest inom skol- och studerandehälsovården (24,6 procent), mun- och tandvården (21,3 procent) och inom fysioterapin (19,9 procent). Inom mun- och tandvården minskade besöken hos tandläkare med 18,4 procent, hos munhygienist med 29,3 procent och hos tandskötare med 15,3 procent. Bland åldersklasserna minskade besöken inom mun- och tandvården mest bland 0–6-åringar, av vilka 56 procent använde tjänsten 2019, men endast 46 procent 2020.

Även om man försökt hålla prestationer som hänför sig till hanteringen av covid-19-epidemin och vården av patienter åtskilda från den övriga verksamheten genom egen statistikföring finns det i själva verket en betydlig osäkerhet i uppgifterna. Covid-19-prestationer kan ha registrerats

inom den öppna sjukvården och inom den förebyggande hälso- och sjukvården och på motsvarande sätt kan man under besök som statistikförts som covid-19 delvis ha skött även andra ärenden. Den personalmängd och de kostnader som hänför sig till hanteringen av covid-19-epidemin inom den öppna sjukvården kan på ett tillförlitligt sätt inte åtskiljas från den övriga verksamheten. Bedömningen av de totala kostnaderna för den öppna sjukvården kompliceras av de covid-19-statsunderstöd som anvisats till kommunerna och sjukvårdsdistrikten 2021 och 2022 och för vilka den bokföringsmässiga fördelningen varierar.

Utifrån det som nämns ovan har det ansetts motiverat att i beskrivningen av nuläget använda verksamhets- och kostnadsuppgifter för 2019, som tillförlitligare än åren 2020 och 2021 kan bedömas beskriva situationen när den skärpta vårdgarantin träder i kraft våren 2023, då vi redan har klarat av covid-19-epidemin och är på väg mot en normal situation. Dessutom har man i samband med beskrivningen av nuläget och bedömningen av konsekvenserna försökt uppdatera uppgifterna med beaktande av situationen under senare delen av 2021 och med hänsyn till covid-19-epidemins långvariga konsekvenser för servicesystemet och den vård- och serviceskuld som uppstått.

Antalet besök på hälsostationer uppgick 2019 till sammanlagt 22,8 miljoner (2020 ca 23,7 miljoner och 2021 ca 30,8 miljoner). Av dessa var antalet läkarbesök 5,9 miljoner (2020 cirka 7,0 miljoner och 2021 ca 4,8 miljoner) och antalet besök hos yrkesutbildad personal inom mun- och tandvården 16,9 miljoner (2020 cirka 16,8 miljoner och 2021 ca 26,0 miljoner). Antalet kunder var sammanlagt 3,7 miljoner det vill säga 67 procent av befolkningen (2020 cirka 4,3 miljoner det vill säga 77 procent av befolkningen och 2021 ca 5,2 miljoner det vill säga 94 procent av befolkningen). Av alla besök på hälsocentralen var besöken inom primärvårdens öppna sjukvård relativt flest (44 procent, 2020 cirka 42 procent och 2021 ca 32 procent). Antalet besök var sammanlagt 9,9 miljoner och av dem var 4,7 miljoner läkarbesök. År 2020 var antalet besök det samma medan antalet läkarbesök var 4,9 miljoner. År 2021 var antalet besök inom den öppna sjukvården 9,8 miljoner och av dessa besök var 3,8 miljoner läkarbesök. År 2019 gjordes i genomsnitt 3,8 besök per kund inom primärvårdens öppna sjukvård (2020 och 2021 cirka 3,4 besök per kund). Kunderna inom den öppna sjukvården uppgick under året till 2,6 miljoner det vill säga 44 procent av befolkningen, 2020 och 2021 uppgick kunderna inom den öppna sjukvården till 2,9 miljoner (53 procent av befolkningen). I siffrorna för 2021 bör det beaktas att Helsingfors, Kervo och Grankulla blev användare av Apotti 5/2021 och att besöksuppgifterna för dessa kommuner är lägre än under tidigare år. Dessutom ökade coronavaccinationsbesöken antalet besök hos skötarna 2021.

Inom mun- och tandvården är distanskontakterna få, men har ökat betydligt under de två senaste åren. Till exempel i september 2021 registrerades cirka 6 000 besök i form av distanskontakt i realtid, vilket är 69 procent fler än i september 2019.

År 2019 gjordes 5,3 miljoner besök vid mun- och tandvården (2020 ca 4,3 miljoner och 2021 ca 4,7 miljoner). Av befolkningen använde 36 procent hälsocentralernas mun- och tandvårdstjänster (2020 cirka 32 procent). Antalet kunder uppgick till 2,0 miljoner (2020 cirka 1,8 miljoner). En kund inom mun- och tandvården genomförde i genomsnitt 2,7 besök (2020 i genomsnitt 2,4 besök). Av besöken gjordes 70 procent (år 2020 cirka 72 procent) hos tandläkare. Det finns landskapsvisa skillnader i andelen invånare som använt hälsocentralernas tandläkartjänster. I Nyland använde 32 procent av invånarna (år 2020 cirka 28 procent) mun- och tandvårdstjänster, medan andelen i Södra Österbotten var 42 procent (2020 cirka 41 procent). Enligt Nordic Healthcares utredning varade en vårdperiod hos mun- och tandvården vid hälsocentralerna (befolkningsunderlag ca 3 miljoner) 2019 i genomsnitt 2,5 månader (median 2,6 månader). Den genomsnittliga intervallen mellan besöken under en vårdperiod kan alltså grovt uppskattas till ca 6 veckor, eftersom en patient i genomsnitt gjorde 2,7 besök. Enligt en utredning som Nordic

Healthcare Group gjorde var längden på en vårdperiod inom mun- och tandvården vid hälso-
vårdscentralerna (befolkningsunderlag cirka 3 miljoner personer) i genomsnitt 2,5 månader år
2019 (median 2,6 månader). Intervallet mellan vårdperiodens olika vårdbesök var således grovt
uppskattat i genomsnitt cirka 6 veckor, eftersom en person hade i genomsnitt 2,7 besök.

	2019	2020	2021
Hälsocentralbesök sammanlagt (miljoner besök)	22,8	23,7	30,8
Läkarbesök (miljoner besök)	5,9	7,0	4,8
Besök hos andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvår- den (miljoner besök)	16,9	16,8	26,0
Besök hos mun- och tandvården sammanlagt (miljoner besök)	5,3	4,3	4,7

TABELL 1. Antalet besök hos primärhälsovården 2019–2021.

År 2019 hade primärvårdens mentalvårdsarbete 117 436 kunder (116 229 personer 2020 och 124 236 år 2021) och antalet besök uppgick till 827 468 (726 693 år 2020 och 800 895 år 2021). Inom primärvårdens alkohol- och drogarbete var antalet kunder år 2019 sammanlagt 34 996 (33 191 personer år 2020 och 32 789 år 2021) och antalet besök uppgick till 437 655 (373 504 år 2020 och 431 584 år 2021). Primärvården för psykiska störningar genomförs i form av mottagningsbesök inom primärvårdens öppna sjukvård och som besök inom mentalvårdsarbetet som en del av öppenvården inom primärvården. I enlighet med de enhetliga grunderna för icke-brådskande vård (SHM 2019:2) avses med primärvård dessutom separata grupper för psykisk hälsovård inom primärvården, grupper för missbrukarvård och enheter av A-kliniktyp när deras verksam inte ordnats i samband med specialistsjukvården. Integrationen av separata enheter i den övriga primärvården har varit knapp och vårdkapaciteten motsvarar inte den allmänna förekomsten av psykiska störningar samt rusmedels- och beroendestörningar.

Primärvårdens andel av vården av psykiska störningar är liten jämfört med den specialiserade sjukvården. Registreringspraxisen kan även ha en liten inverkan på detta. Till exempel registreras inte besök hos primärvårdens läkare förknippade med psykisk hälsa eller alkohol och droger som besök inom mentalvård eller missbrukarvård utan som öppen sjukvård.

Besöksuppgifterna som man fått från hälsocentralerna för 2019 och 2020 är delvis bristfälliga. Antalet besök vid hälsocentralerna och inom mun- och tandvården kan sålunda inte jämföras med tidigare år. Dessutom registreras den öppna sjukvården för studerande på andra stadiet för närvarande som primärvårdens öppna sjukvård vid hälsostationerna och därför ingår det antalet i den totala användningen av primärvård och kan inte granskas separat.

De privata tjänsteproducenterna började producera vårdanmälningsuppgifter som gäller primärvården (Avohilmo) 2020. Antalet besök inom den öppna sjukvården och företagshälsovården kan därför inte helt jämföras med tidigare år. Antalet företagshälsovårdsuppgifter som lämnades in till registret Avohilmo ökade 2020 med cirka två miljoner besök jämfört med året innan. Av

alla registrerade hälsocentralbesök inom öppenvården var 10 procent besök hos företagshälsovården 2020.

I statistikföringen avser ”besök” förutom ett konkret besök på mottagningen också andra vårdhändelser, till exempel telefonsamtal, som ersätter ett besök på mottagningen. Med andra ord omfattar ”besök” bland annat telefonsamtal, brevsvår, elektronisk ärendehantering och betjäning på distans i realtid. År 2020 registrerades 10,7 miljoner besök i form av distanskontakt i Avohilmouppgifterna. Distanskontakterna inom den öppna sjukvården ökade både inom besöken hos läkare och hos sjukskötare/hälsovårdare jämfört med året innan. År 2020 uppgick distanskontakterna med läkare inom den öppna sjukvården till cirka två miljoner, 21 procent fler än 2019. Antalet distanskontakter med sjukskötare/hälsovårdare ökade och var fler än antalet fysiska besök på mottagningarna 2020. Antalet distanskontakter med sjukskötare/hälsovårdare inom den öppna sjukvården uppgick till cirka 5,4 miljoner, 24 procent fler än 2019. Av alla distanskontakter utgör icke-brådskande besök största delen, jourbesöken var endast 3 procent bland dessa kontaktsätt 2020.

Inom mun- och tandvården är distanskontakterna få, men har ökat betydligt under de två senaste åren. Till exempel i september 2021 registrerades cirka 6 000 besök i form av distanskontakt i realtid, vilket är 69 procent fler än i september 2019.

Vid hälsovårdscentralerna har det skett en omfördelning av uppgifter mellan yrkesgrupperna, till exempel har skötarna egna brådskande mottagningar och fysioterapeuterna undersöker och vårdar avtalade patienter på sina direktmottagningar utan ett föregående läkarbesök. Det totala antalet besök på läkarnas mottagning har minskat de senaste åren, men samtidigt har antalet besök på skötarnas mottagning ökat. Likaså har tandläkarbesöken de senaste åren minskat under den tid som föregick covid-19-epidemin, men munhygienistbesöken har ökat.

Enligt olika undersökningar använder cirka 10 procent av social- och hälsovårdens kunder många och ofta olika tjänster. Kostnaderna för de social- och hälsovårdstjänster som de använder är uppskattningsvis 80 procent av alla kostnader. Till exempel i den undersökning som Stiftelsen för kommunal utveckling finansierat och som publicerades 2018 (Hujala & Lammintakanen) upplevdes nuläget när det gäller tjänster för gemensamma kunder vara dåligt på fältet. Största delen (80 procent) av dem som svarade upplevde att en kund som använder många tjänster har svårt att hitta de tjänster som han eller hon behöver. Det finns också motsvarande forskningsresultat på internationell nivå. Multidisciplinärt samarbete har varit en eftersträvad och i undersökningar betonad metod att svara mot behoven hos de kunder som behöver mycket service.

2.3.3 Bedömning av vårdbehov, tillgången till vård och orsaker till vården

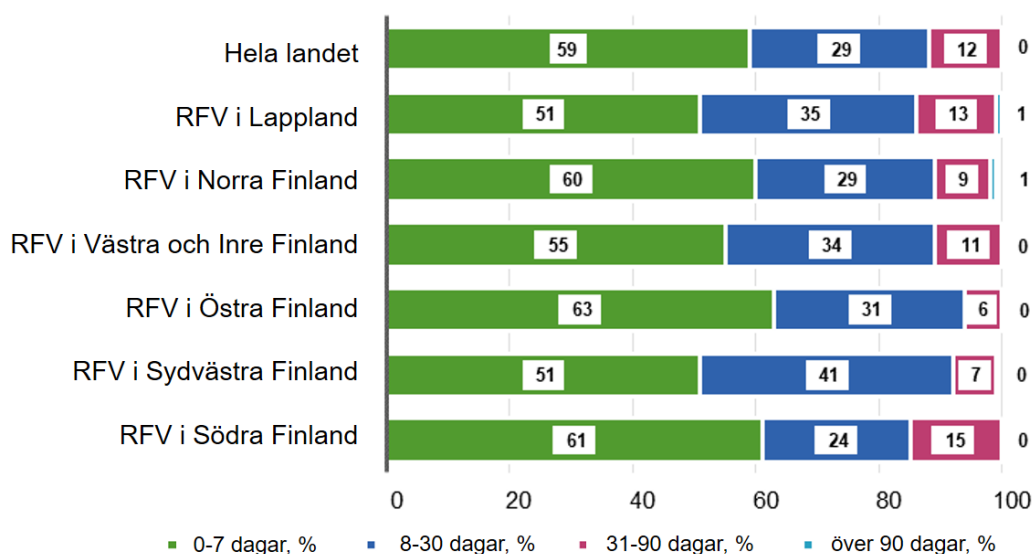
Bedömningen av vårdbehov görs inom primärvården på många olika sätt. Enligt Institutet för hälsa och välfärds enkätundersökning Hälsocentralernas arrangemang av den öppna sjukvården 2019¹⁰ görs cirka 80 procent av bedömningarna av vårdbehov i icke-brådskande tidsboknings-situationer per telefon. Hälsostationerna har också så kallad walk in-mottagning, där patienterna kommer till skötarens mottagning utan tidsbokning och därifrån slussas de enligt situationen till läkare för undersökning. Inom mun- och tandvården görs bedömningen av vårdbehovet nästan alltid per telefon. Vanligen görs bedömningen av vårdbehovet av sjuk- eller hälsovårdare, inom mun- och tandvården av tandskötare.

¹⁰ <https://www.julkari.fi/handle/10024/138981>

Inom bedömningen av vårdbehov utvecklas det snabbt elektroniska verktyg, till exempel olika teleförbindelser, chatt och symptombedömning. Enligt hälsocentralenkäten 2019 erbjöd cirka en tredjedel av hälsocentralerna möjlighet till elektronisk tjänst för symptombedömning. Lite mer än hälften av Finlands befolkning bodde i områden där organisatören erbjöd möjlighet att använda en elektronisk tjänst för symptombedömning och därigenom kontakt till hälsostationen. Nästan 40 procent av organisatörerna tillhandahöll sina kunder elektronisk tidsbokning till en skötare. Inom dessa organisatörers område bodde nästan 60 procent av befolkningen. Elektronisk tidsbokning var klart ovanligare till läkarens mottagning, eftersom endast sju procent av organisatörerna hade möjliggjort elektronisk tidsbokning till läkare. Läkarnas och skötarnas arbetsfördelning på hälsostationerna hade vanligen ordnats så att en tid till läkarmottagningen kunde bokas först efter att en skötare gjort en bedömning av vårdbehovet. Det här kan delvis förklara den knappa elektroniska tidsbokningen till läkarmottagning. Andelen elektroniska tjänster är dock ännu liten.

Hälsostationernas öppettider påverkar tillgången till vård och användningen av tjänster. Organisatörerna får själva bestämma öppettider utanför tjänstetid för sina hälsostationer, det vill säga huruvida det tillhandahålls mottagning för icke-brådskande vård eller brådskande mottagning på morgonen innan tjänstetiden börjar, på kvällen efter tjänstetid och på helger. Enligt Institutet för hälsa och välfärds enkätundersökning 2019 hade nästan 30 procent av hälsostationerna någon form av mottagning utanför tjänstetid minst en gång per vecka. Två tredjedelar av organisatörerna tillhandahöll mottagning utanför tjänstetid, men många organisatörer ordnade mottagning utanför tjänstetid endast på en hälsostation. Regelbunden icke-brådskande mottagning utanför tjänstetid tillhandahölls av cirka 14 procent av hälsostationerna. Mottagningens omfattning varierade. Mottagning kunde tillhandahållas till exempel endast en gång per vecka eller varje vardagskväll och dessutom varierade öppettiderna. Icke-brådskande kvällsmottagning varje vardagskväll tillhandahöll endast cirka fyra procent av hälsostationerna. På hälsostationerna ordnades också sporadisk kvällsmottagning för att avhjälpa köerna. På veckosluten tillhandahölls ytterst lite icke-brådskande vård. Det var mera allmänt att ordna mottagning för brådskande vård utanför tjänstetid än mottagning för icke-brådskande vård.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021 om tillgången till vård inom primärvården hösten 2021 (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021, språket i statistikrapporten är finska) genomfördes i oktober 2021 inom alla regionförvaltningsverks (RFV) områden ca 60 procent av de icke-brådskande besöken hos läkare inom den öppna sjukvården inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet. I mer än tre månader väntade kunderna på att få besöka läkare när det gällde en procent av läkarbesöken inom regionförvaltningsverket i Norra Finlands och regionförvaltningsverket i Lapplands område. Översikten omfattar distansbesök och fysiska besök. Vid en granskning av regionförvaltningsverken per verksamhetsområde fanns här skillnader: från 63 procent i Östra Finland till 51 procent i Sydvästra Finland och Lappland. Patienterna får i allmänhet komma snabbare till sjukskötarmottagningar än till läkarmottagningar. I oktober 2021 inföll 88 procent av besöken på sjukskötarens/hälsovårdarens mottagning inom den icke-brådskande vården, i de fall där man känner hur lång tid det tog innan patienten fick vård, inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet.



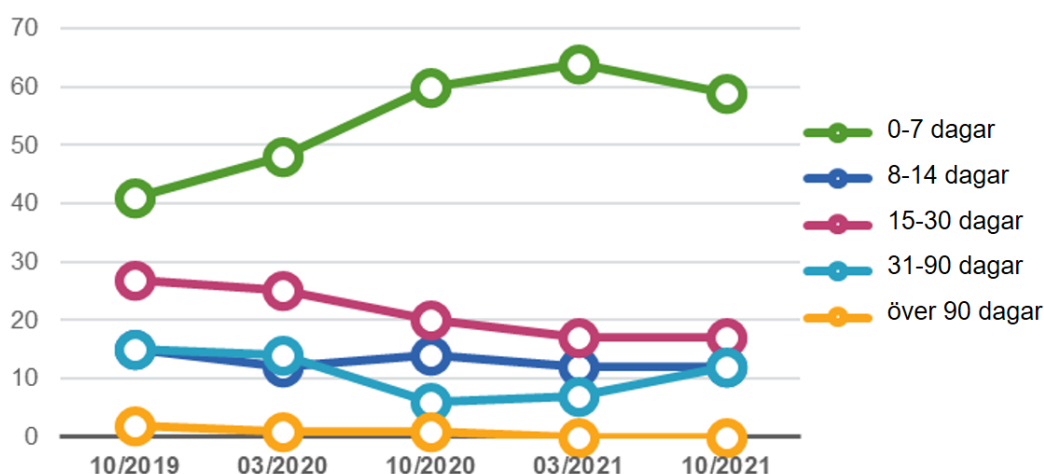
FIGUR 1. Väntetiderna till genomförda icke-brådskande besök från bedömningen av vårdbehovet till läkarmottagning i de olika regionförvaltningsverkens områden i oktober 2021, andel av besöken (%). (Källa: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021, Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021).

När man ser till 2021 var andelen uppgifter som gäller tillgången till på bedömning av vårdbehovet baserade icke-brådskande läkarbesök av alla icke-brådskande läkarbesök 15 procent i hela landet, och andelen uppgifter som gäller tillgången till icke-brådskande besök hos sjukskötare/hälsovårdare av alla genomförda icke-brådskande besök hos sjukskötare/hälsovårdare var 8 procent i hela landet. Uppgifter som gäller tillgången till vård inom primärvården kan rapporteras också i form av väntetider utgående från uppgifter om den tidigaste tidsstämpeln (kontakt, bedömning av vårdbehovet eller tidsbeställning). Andelen uppgifter som gäller tillgången till vård är betydligt mer heltäckande (80 %) i fråga om alla icke-brådskande distansbesök eller fysiska sjukvårdsbesök inom den öppna sjukvården, när uppgifterna plockas ur uppgifter som grundar sig på den tidigaste tidsstämpeln. En granskning av distansbesöken och de fysiska besöken utgående från uppgifter om den tidigaste tidsstämpeln ger vid handen att 56 procent av besöken i hela landet genomfördes inom en vecka i fråga om läkarbesök som gällde icke-brådskande sjukvård.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds arbetsdokument 7/2022 om den nationella uppföljningen och utvärderingen av utfallet av nyttomålen för programmet Framtidens social- och hälsocentral (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi, språket i arbetsdokumentet är finska) var i oktober 2021 andelen kunder som i över 7 dygn från bedömningen av vårdbehovet väntat på att få komma till läkare över hälften av alla genomförda icke-brådskande besök hos läkare i Egentliga Finlands, Södra Österbottens, Egentliga Tavastlands, Norra Savolax, Mellersta Finlands, Södra Karelens, Kymmenedalens, Västra Nylands och Östra Nylands blivande välfärdsområden. Den minsta andelen kunder som väntat i över 7 dygn (en fjärdedel eller färre av alla genomförda icke-brådskande besök hos läkare) fanns i Mellersta Österbottens, Norra Karelens, Mellersta Nylands och Vanda och Kervo blivande välfärdsområden. När man ser till 2021 varierade andelen uppgifter som

gäller tillgången till på bedömning av vårdbehovet baserade icke-brådskande läkarbesök mellan 2 och 39 procent av alla icke-brådskande läkarbesök. Denna uppgift rapporterades inte för fyra områdens del.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds Avohilmo-statistik var situationen i februari 2022 den att kunderna i 75 procent av besöken fick tillgång till icke-brådskande mottagningsbesök hos läkare inom den öppna sjukvården inom 14 dygn från bedömningen av vårdbehovet. De landskap där tillgången till vård var bäst var Mellersta Österbotten (97 % av mottagningsbesöken genomfördes inom 14 dygn från bedömningen av vårdbehovet) och Norra Karelen (93 % av besöken genomfördes inom 14 dygn). Mest utmanande var situationen i landskapen Norra Savolax, Södra Savolax och Södra Karelen; inom 14 dygn genomfördes där 54 %, 66 % respektive 69 % av besöken. I landskapet Kajanaland var antalet rapporterade distansbesök och fysiska besök alltför litet för att slutsatser ska kunna dras.

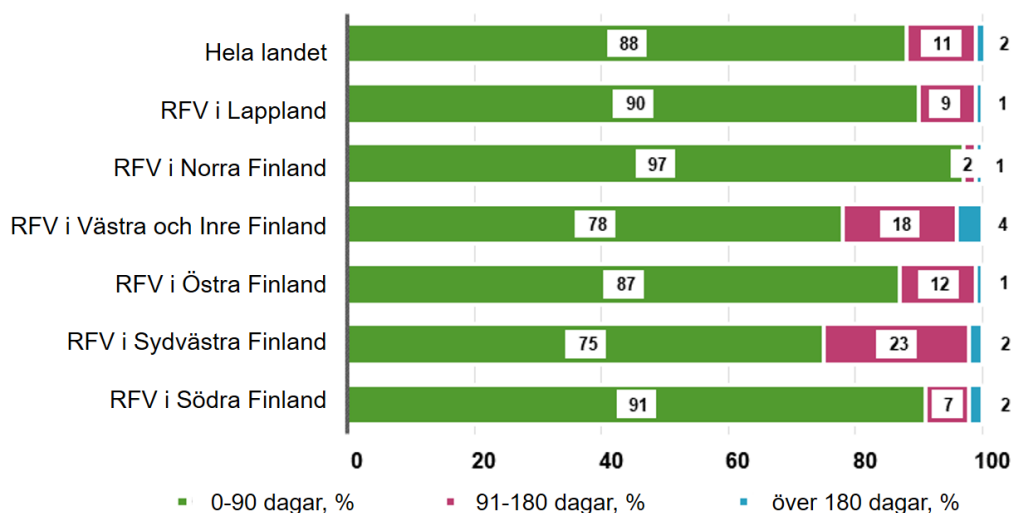


FIGUR 2. Väntetider till genomförda icke-brådskande besök hos läkare inom den öppna sjukvården (fysiska besök samt distansbesök) från bedömningen av vårdbehovet 10/2019–10/2021, %. (Källa: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021, Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021).

I februari 2022 fick kunden i 95 procent av besöken komma till icke-brådskande mottagning hos en sjukskötare/hälsovårdare inom den öppna sjukvården inom 14 dygn från att vårdbehovet hade bedömts. I landskapen Lappland och Nyland genomfördes 97 % av besöken inom 14 dygn. Mest utmanande var situationen i landskapen Mellersta Österbotten och Södra Savolax, där 79 % respektive 83 % av besöken genomfördes inom 14 dygn.

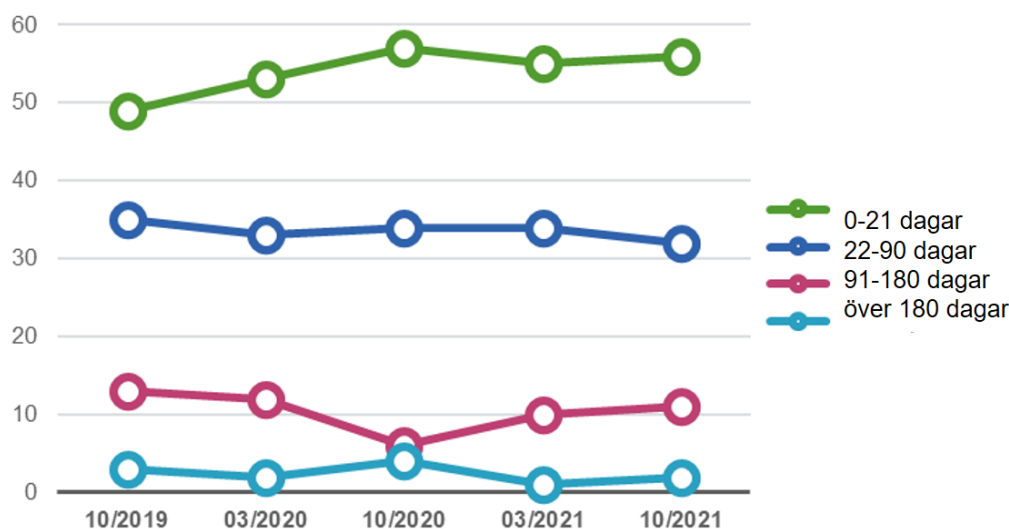
Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021 Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021 genomfördes i oktober 2021 inom alla regionförvaltningsverks områden ca 90 procent av de icke-brådskande besöken hos tandläkare inom tre månader och ca 2 procent inom mer än sex månader efter att vårdbehovet hade bedömts. Inom de olika regionförvaltningsverken var procentandelarna följande: Norra Finland 97 (1), Södra Finland 91 (2), Lappland 90 (1), Östra Finland 87 (1), Västra och Inre Finland 78 (4) och Sydvästra Finland 75 (2). (Figur 3) Ser man till 2021 var andelen uppgifter som gällde tillgången till på bedömning

av vårdbehovet baserade icke-brådskande mun- och tandvårdsbesök av alla icke-brådskande mun- och tandvårdsbesök 20 procent i hela landet.



FIGUR 3. Väntetiderna till genomförda icke-brådskande besök från bedömningen av vårdbehovet till tandläkarens mottagning i de olika regionförvaltningsverkens områden i oktober 2021, andel (%). (Källa: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021, Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021)

Enligt uppgifter i Institutet för hälsa och välfärds register Avohilmo var på motsvarande sätt andelarna inom de olika välfärdsområdena följande när man ser till hela 2021 i fråga om besök hos tandläkare som genomförts inom tre månader (och inom mer än sex månader): Södra Karelen 88 (0,2), Södra Österbotten 93 (1), Södra Savolax 85 (1), Helsingfors 99 (0,1), Östra Nyland 95 (0,1), Kajanaland 37 (2), Egentliga Tavastland 94 (0,2), Mellersta Österbotten 80 (18), Mellersta Finland 91 (2), Mellersta Nyland 99 (0,2), Kymmenedalen 79 (5), Lappland 93 (2), Västra Nyland 89 (1), Birkaland 70 (2), Österbotten 95 (0,2), Norra Karelen 81 (0,5), Norra Österbotten 97 (1), Norra Savolax 91 (3), Päijänne-Tavastland 90 (0,2), Satakunta 74 (3), Vanda och Kervo 88 (2) och Egentliga Finland 73 (2).



FIGUR 4. Väntetider till icke-brådskande besök hos tandläkare från bedömningen av vårdbehovet 10/2019–10/2021, %. (Källa: Hoitoonpääsy perusterveidenhuollossa syksyllä 2021, Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021).

I projekten inom programmet Framtidens social- och hälsocentral har hälften av välfärdsområdena ställt upp som mål att kunderna snabbare ska få tillgång till mun- och tandvård. Målet har ställts upp inom följande områden: Södra Karelen, Södra Österbotten, Egentliga Tavastland, Mellersta Österbotten, Birkaland, Österbotten, Norra Karelen, Päijänne-Tavastland, Östra Nyland, Vanda och Kervo samt Egentliga Finland.

Distanskontakterna som påskyndats av covid-19-epidemin och olika nya verksamhetsmodeller har ökat vid hälsovårdscentralerna, vilket ses som ökade distanskontakter även i uppgifterna om tillgången till vård. Därför har rapporteringen om tillgången till vård inom primärvården utökats med uppgifter om distanskontakt. Andelen besök med distanskontakt, för vilka det fanns tillgängliga uppgifter om tillgången till vård, av alla icke-brådskande besök hos läkare inom den öppna sjukvården var cirka sju procent i mars 2021.

Det finns brister i registreringen av besöksorsaker och regional variation oberoende av vilken yrkesgrupp registratören tillhör. Det här försvårar bedömningen av hur besöksorsakerna i själva verket är fördelade. Registreringsgraden av diagnoser för fysiska besök på läkarmottagningen för alla hälsovårdscentraler år 2020 var 65,9 procent (64,8 procent år 2019) enligt ICD-10-klassifikation och 6,5 procent (8,1 procent år 2019) enligt ICPC-2-klassifikation. Registreringsgraden av besöksorsaker på sjukskötarens och hälsovårdarnas mottagning inom den öppna sjukvården minskade något jämfört med 2019 och var enligt ICD-10-klassifikation 7,9 procent (8,0 procent år 2019) enligt ICD-10- och ICPC-2-klassifikation 58,8 procent (63,2 procent år 2019). På läkarmottagning inom den öppna sjukvården hade diagnos vid 11 hälsovårdscentraler (vid 17 hälsovårdscentraler 2019) registrerats mera sällan än vid vart fjärde besök.

År 2019 utgjorde matsmältningsorganens sjukdomar (22,1 procent av alla besöksorsaker som registrerats med ICDC 10-koder), cirkulationsorganens sjukdomar (11,1 procent av besöksor-

sakerna), psykiska sjukdomar och symptom samt beteendestörningar (8,2 procent av besöksorsakerna), sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (7,5 procent av besöksorsakerna), sjukdomar i nervsystemet (7,1 procent av besöksorsakerna), endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (5,6 procent av besöksorsakerna) samt symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificerats någon annanstans (5,0 procent av besöksorsakerna) cirka två tredjedelar av alla de besöksorsaker som registrerats med ICDC10-koder. Dessutom fanns det inom primärvården ett stort antal besök, vars kod inte uttrycker sjukdom eller symptom utan är förknippad med andra faktorer som påverkar hälsotillståndet eller kontakterna till producenter av hälso- och sjukvårdstjänster. Sådana är till exempel födelsekontroll eller hälsogranskning. Det torde ha registrerats färre psykiska störningar än det finns patienter som har dem. Personer med somatiska sjukdomar har betydligt mer psykiska störningar än befolkningen i allmänhet och enligt bedömning förekommer psykiska störningar hos 25–35 procent av primärvårdens patienter.

Registreringsgraden av besöksorsaker inom mun- och tandvården enligt antingen ICD-10- eller ICPC2-klassifikation var 68 procent 2019, 71 procent 2020 och 72 procent 2021. Största delen (77 procent 2021) av besöksorsakerna som registrerades med ICDC-10-koder var sjukdomar i matsmältningsorganen.

Långa väntetider till hälsovårdscentralernas tjänster avspeglas på samjourerna, dit en del av patienterna söker sig på grund av besvär som inte kräver jourvård. Allt fler användare av jouren är äldre multipelsjuka personer. För dem är jouren ofta en oändamålsenlig vårdplats, eftersom det vid jouren inte görs en omfattande utredning av situationen eller tillgodoses kontinuerlig vård i vardagen. Enligt registeruppgifter i Avohilmo och Terveyshilmo genomförs cirka två miljoner besök på jouren per år. Antalet jourbesök ökade med 6,6 procent från 2017 till 2018, vilket innebär en ökning med cirka 130 000 besök. Åren 2019 och 2020 minskade antalet jourbesök. Antalet besök på samjourerna ökade dock mellan 2018 och 2019 för att sedan minska rejält 2020 på grund av covid-19-epidemin. En exakt bedömning av antalet besök på samjourerna försvåras av att en del av samjournheterna i sin verksamhet inte särskiljer primärvården och den specialiserade sjukvården och således är inga separata uppgifter om besöken inom allmänmedicin tillgängliga. Cirka 60 procent av besöken är läkarbesök och 40 procent genomförs av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård.

2.3.4 Befolkningens upplevelse av hur behovet av vård tillgodoses och tillgången till vård

Eftersom de statistiska uppgifterna om tillgången till vård är bristfälliga är det ändamålsenligt att bedöma nuläget för tillgången till vård också utifrån befolkningens erfarenhet. Institutet för hälsa och välfärd genomför tillsammans med hälsocentralerna en kundresponsenkät¹¹ för läkar- och skötarmottagningarna vartannat år. I den senaste kundresponsenkäten hösten 2020 upplevde kunderna i regel att de fick yrkeskunnig service (4,7/5) och att behovet av vård hade bedömts på ett yrkeskunnigt sätt (4,7/5). Respons lämnades dock om tillgången till vård och responsen var till största delen negativ. I synnerhet upplevdes svårigheter och köbildning när det gällde att ta kontakt och att få en mottagningstid. I en del av de stora städerna var det svårare att få kontakt än i mindre kommuner. Enligt responsen fick man inte tid till läkare, utan kunderna hänvisades till en sjukskötare och först på basis av sjukskötarens bedömning eventuellt dessutom till en läkare. I svaren fanns det skillnader inom landskapen. Det har inte observerats att covid-19-

¹¹ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakas palaute/terveysasemien-asiakas palaute> , läst 11.4.2022

epidemin har påverkat nöjdheten för dem som besökt hälsostationerna, utan resultaten var likartade som 2018.

Inom mun- och tandvården genomfördes en motsvarande kundnöjdhetssenkät för tandläkarnas och munhygienisternas mottagning senast 2018¹². Då var kunderna väldigt nöjda med de offentliga tandvårdsklinikernas service, totalbetyget för servicen var 4,8/5. De regionala skillnaderna var små, kundnöjdheten varierade från 4,6 i Mellersta Österbotten till 4,9 i Päijänne-Tavastland. Speciellt nöjda var man med personalens kompetens och yrkeskunnighet, bemötandet av kunder, servicens nytta och integritetsskyddet (4,8). Minst nöjda var man med information om priser (3,6), förhållandet mellan pris och kvalitet (4,2) och hur lätt det var att få kontakt (4,4). Nöjdheten med tillhandahållandet av service inom en rimlig tid har förbättrats mellan 2014 (4,2) och 2018 (4,6), vilket torde vara förknippat med att de långa vårdköerna har avhjulpts i kommunerna och att en allt större del av besöken på mottagningarna genomfördes inom mindre än tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Även här var de regionala skillnaderna små, 2018 varierade betygen mellan 4,4 och 4,8. Enkäten genomfördes igen i november 2021, och resultaten är tillgängliga under våren 2022.

I Finsote-undersökningen 2020¹³ tog man genom en stickprovsundersökning bland personer som fyllt 20 år reda på hur stor andel av dem som svarade hade varit i behov av tjänster på läkar-, skötar- och tandläkarmottagningen, men inte fått någon service alls eller servicen hade varit otillräcklig. I hela landet upplevde 19,8 procent av dem som svarade att de fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen och 13,7 procent av dem som svarade att de fått otillräckliga tjänster på skötermottagningen. När svaren granskas välfärdsområdesvis observeras regionala skillnader i andelen som fått otillräckliga tjänster på mottagningen. Andelen personer som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen var högst i Vanda och Kervo (25,1 procent), Helsingfors (24,1 procent), Päijänne-Tavastlands (23,3 procent), Kajanalands (23,1 procent) och Norra Karelen (23 procent) välfärdsområden. Minsta andelen otillräckliga tjänster på läkarmottagningen rapporterades i Norra Savolax (13,9 procent) och Mellersta Österbottens (14,5 procent) välfärdsområden. Tillgången till tjänster på skötermottagningen upplevdes vara bättre än tillgången till läkartjänster, men även för dessa rapporterades mest otillräcklig tillgång i Vanda och Kervo välfärdsområde (20,2 procent). Minst problem när det gäller tillräcklig tillgång till tjänster på skötermottagning uppgav de som svarade i Södra Österbottens (8,8 procent) och Norra Savolax (9,8 procent) välfärdsområden.

Andelen personer som behövt och fått otillräckliga tandläkartjänster var 23,3 procent. Vi en granskning av de framtida välfärdsområdena, var andelen personer som upplevt otillräckliga tandläkartjänster störst i Helsingfors (33,3 procent), Kajanaland (31,7 procent), Västra Nyland (27,8 procent) och Östra Nyland (27,2 procent). Andelen som upplevt otillräckliga tandläkartjänster var i sin tur minst i Södra Österbotten (13,5 procent), Egentliga Tavastland (18,8 procent), Lappland (18,9 procent) och Södra Savolax (19,0 procent).

Cirka 1,2 miljoner finländare har en privat sjukkostnadsförsäkring och dessutom används privata tjänster även på egen bekostnad. De privata sjukkostnadsförsäkringarnas popularitet och den ökade populariteten från och med 2000 kan i sin tur avspeglas i missnöje med den offentliga hälso- och sjukvårdens förmåga att svara mot befolkningens servicebehov och även erfarenheter

¹² <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asias-kaspalaute/hammashoitoloiden-asiakaspalaute>, läst 11.4.2022

¹³ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142634>

av en långsam tillgång till vård¹⁴. Sjukkostnadsförsäkringar för tandvård är sällsynta, men av de vuxnas tandvårdsbesök som samhället stöder genomfördes cirka 43 procent inom den privata sektorn 2019. Väntetiderna till privatmottagningar är korta, ofta fås en icke-brådsakande tid redan samma dag eller nästa dag, medan ett icke-brådsakande besök inom den offentliga sektorn vanligtvis realiserar efter tre månader.

Enligt skolhälsovårdsenkäten för 2021 fick 4,7 procent av de studerande vid yrkesläroanstalter som under läsåret haft behov att besöka läroanstaltens hälsovårdare i annat fall än vid en hälsoundersökning inte komma mottagningen trots att de försökt. Bland dem som studerar första och andra året på gymnasiet var motsvarande andel 4,4 procent. Enligt skolhälsovårdsenkäten fick 6 procent av de studerande vid yrkesläroanstalter som under läsåret haft behov att besöka läroanstaltens läkare i annat fall än vid en hälsoundersökning inte komma till mottagningen trots att de försökt. Bland dem som studerar första och andra året på gymnasiet var motsvarande andel 3,9 procent.

Under covid-19-epidemin kunde servicesystemet inom social- och hälsovård ännu bra svara mot befolkningens brådsakande servicebehov, men de icke-brådsakande tjänsterna kunde inte helt genomföras på samma sätt som under normala förhållanden. De fysiska mottagningstider som annullerats till följd av epidemin och den ställvisa köbildningen när det gällde att få kontakt med hälsostationerna har haft en negativ inverkan på befolkningens upplevelser av hur behovet av vård tillgodoses. Inom mun- och tandvården minskades den icke-brådsakande vården på många håll i början av epidemin, eftersom man tänkte att coronaviruset eventuellt sprids inom tandvården. Också på rådgivningarna och inom skol- och studerandehälsovårdstjänsterna förberedde man sig inför epidemihotet och ett eventuellt ökat vårdbehov genom att överföra personal till coronauppgifter eller till andra arbetsuppgifter. Beredskapen ledde till inskränkta icke-brådsakande tjänster oberoende av epidemiläget i området. Servicesystemet har inte heller helt kunnat svara mot den ökade efterfrågan på och behovet av tjänster under epidemin till exempel inom primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens mentalvårdstjänster och missbrukartjänster. Även i enkäten Medborgarpulsen som statsrådets kansli genomförde¹⁵ rapporterade 17 procent av dem som svarade att de under epidemin 2020 och i början av 2021 varit bekymrade över huruvida de får behövlig behandling av en sjukdom som inte är förknippad med corona. Utifrån resultaten från enkäten har oron ökat något under epidemin, men under hösten 2021 och våren första delen av 2022 har andelen som känt oro varit rätt stabil. I den enkät som publicerades i januari 2022 rapporterade 25 procent av respondenterna att de känt oro.

Den ökade användningen av distanstjänster som vi tillägnat oss under covid-19-epidemin har varit förknippad med både positiva och negativa aspekter. Befolkningen har under epidemin på bred front börjat använda tjänster i form av distanskontakter och genom dem har man kunnat svara mot flera servicebehov. Till exempel den nationella digitala tjänsten Omaolos symtombedömning för coronavirusinfektion och elektronisk tidsbokning till coronatest och coronavaccination har bidragit till en snabb tillgång till dessa tjänster. Det har dock inte varit möjligt att svara mot alla personers servicebehov med distanstjänster. Trots att elektroniska mentalvårdstjänster är tillgängliga i stor omfattning och man under covid-19-epidemin flexibelt övergick till att tillhandahålla vård och rehabilitering som distanstjänster, observerades det att de inte är

¹⁴ Tynkkynen, L-K. Alexandersen, N. Kaarboe, O. Anell, A. Lehto, J. & Vrangbaek, K. 2018. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health policy 2018:122. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>

¹⁵ <https://www.stat.fi/tup/htpalvelut/tutkimukset/kansalaispulssi.html> , läst 17.2.2022

tillräckliga för alla. I synnerhet en del av de undersökningar som av patienterna behöver, rehabilitering i grupp och upprätthållande av sociala kontakter är det svårt att ersätta med distanstjänster.

Ändringar i befolkningen och lagstiftningen har en väsentlig inverkan på behovet av tjänster inom primärvården. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos för 2021–2070¹⁶ är andelen arbetsföra personer av befolkningen för närvarande 62 procent. Enligt prognosen minskar andelen till 60 procent fram till år 2040 och till 57 procent fram till år 2060. I prognosen för år 2021 är antalet personer under 15-år 712 000 år 2050, vilket är 152 000 färre än i prognosen från år 2015 och 56 000 fler än i prognosen från år 2019. Antalet personer som fyllt 65 år förväntas öka betydligt. Nu utgör andelen personer som fyllt 65 år 23 procent av befolkningen, men fram till mitten av 2040-talet förväntas andelen öka med cirka 5 procentenheter och överstiga 30 procent redan i mitten av 2050-talet. Hos hälsovårdscentralerna ökar samtidigt behovet av tjänster för äldre kraftigt, medan behovet av tjänster för barn och unga minskar. Förändringarna syns särskilt kraftigt i en del landskap. I de stora tillväxtcentrumen sker förändringarna långsammare. Inom mun- och tandvården minskar de dyra tandregleringarna i och med att antalet barn minskar, men å andra sidan behövs mer resurser när befolkningen åldras med tänder i munnen.

Inom de närmaste åren kommer också författningsändringen som gäller sjukförsäkringslagen och som trädde i kraft den 1 januari 2020 att påverka servicebehovet. Ändringen överförde tyngdpunkten för ersättningarna inom företagshälsovården till förebyggande verksamhet. Det här kan leda till att en del av arbetsgivarna inte längre finansierar behandling av sjukdomar för sina arbetstagare, varvid det är sannolikt att en del av denna vård överförs till att genomföras inom den offentliga primärvården (se närmare i avsnitt 2.3.8). För närvarande har hälften av barnfamiljerna en privat sjukkostnadsförsäkring. Då tillgången till offentlig primärvård förbättras sker det sannolikt inte någon stor övergång till offentliga tjänster, eftersom man ofta får komma till privata mottagningar redan samma dag eller efter ett par dagars väntetid och dessutom får man direkt tid till en specialist. Mun- och tandvårdstjänster omfattas endast sällan av företagshälsovården och det tecknas vanligtvis inte privata försäkringar för behandling av mun- och tandsjukdomar.

2.3.5 Hälso- och sjukvårdspersonal

Antalet och tillgången på yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård

Enligt Statistikcentralens arbetskraftsundersökning arbetade 2020 sammanlagt ca 411 000 personer inom social- och hälsovårdsbranschen. Av dem arbetade 276 000 i offentliga och 134 000 i privata sektorn. När man betraktar antalet sysselsatta i branschen som helhet bör man beakta att det också är möjligt att arbeta inom branschen i sådana uppgifter som inte förutsätter utbildning inom social- och hälsovården. Statistiken över social- och hälsovårdstjänster omfattar dessutom också dagvården. När arbetskraften i social- och hälsovårdsbranschen betraktas enligt yrkesgrupp kan det konstateras att största delen av de anställda i social- och hälsovårdsbranschen är närvårdare (ca 75 500) och nästan lika många sjukskötare (ca 71 200). Antalet allmänläkare var 7 343 och tandläkare 4 239. Det fanns 9 600 fysioterapeuter och 1 886 munhygienister. Största delen av de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovårdsbranschen arbetar inom den offentliga sektorn. Skillnader mellan yrkesgrupperna förekommer dock i någon mån; när det gäller till exempel fysioterapeuter sysselsätter den privata sektorn fler än den offentliga.

¹⁶ https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_fi.pdf

Inte heller är fördelningen av personal sektorvis nödvändigtvis skarpt avgränsad, eftersom exempelvis läkare kan arbeta inom både den privata och den offentliga sektorn parallellt.

Enligt Suomen Lääkäriliitto –Finlands Läkarförbund ry:s årsstatistik för 2019 fanns det vid utgången av 2018 i Finland sammanlagt 21 148 legitimerade läkare i arbetsför ålder. Av dem var 3 982 specialistläkare i allmänmedicin. I Finland finns det 3,8 läkare per 1 000 invånare. Omkring hälften av läkarna arbetar i huvudsyssla på sjukhus och omkring en fjärdedel vid hälsocentraler. Av läkarna är 16 % verksamma vid privata läkarcentraler.

Den största personalgruppen i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppna sjukvård utgör sjukskötare och hälsovårdare. De utgör 47 % av personalen vid hälsostationerna och läkarna utgör cirka 37 %. Det finns inte befattningsuppgifter för dem som arbetar inom den öppna sjukvården, men utgående från Statistikcentralens statistik Löner inom kommunsektorn arbetade 4 178 sjukskötare i oktober 2018 inom kommunsektorn inom den öppna sjukvården vid hälsocentralerna och av dem var 2 697 allmänläkare. Omkring var fjärde hälsocentralläkare är specialistläkare i allmänmedicin.

Suomen Lääkäriliitto – Finlands Läkarförbund ry har årligen genom en enkät bland de ledande läkarna vid hälsocentralerna utrett antalet tjänster, befattningar och uppgifter som läkare vid hälsocentralerna samt huruvida de är besatta.¹⁷ Enligt den enkät där läget den 6 oktober 2021 utreddes fanns vid hälsocentralerna sammanlagt 4 047 uppgifter som läkare, av vilka 297,5 var vakanta. Av respondenterna bedömde 66 % att läkarsituationen i sin helhet är mycket bra eller ganska bra och 19 % att den är mycket dålig eller ganska dålig. Varken en bra eller dålig situation bedömde 17 % av respondenterna (n=133). Bedömningen av läkarsituationen hade blivit något mer negativ jämfört med ett år tidigare, och som helhet ansågs läget ha försvagats något. Läkarsituationen uppvisade regionala skillnader, och läkarbristen bedömdes vara störst i Södra Savolax (30,5 %), Norra Karelen (25,4 %) och Kajanaland (24,0 %). Minst var läkarbristen i Norra Österbotten (2,0 %), Lappland (1,8 %) och Birkaland (1,3 %). I enkäten frågades det också efter en bedömning av behovet av fler tjänster, befattningar eller uppgifter, och en dryg tredjedel (38 %) av hälsocentralerna uppgav sig behöva fler sådana. Behovet av ytterligare tjänster, befattningar eller uppgifter var sammanlagt 203,5, vilket är en ökning med 5 % jämfört med nuläget.

Enligt Läkarförbundets undersökning av läkarsituationen 2021 varierar antalet läkaruppgifter vid hälsocentralerna (inklusive uppgifter som sköts genom utläggning och köpta tjänster) mellan välfärdsområdena så att antalet invånare per hälsocentralläkaruppgift var störst i Nylands och Södra Karelen, Päijänne-Tavastlands och Kymmenedalens blivande välfärdsområden (ca 1 550–1 700 invånare per läkaruppgift). Minst var antalet invånare per hälsocentralläkaruppgift i Mellersta Finlands, Lapplands, Södra Savolax, Norra Österbottens och Egentliga Tavastlands blivande välfärdsområden (ca 1 150–1 200 invånare per läkaruppgift).

Enligt KT Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna arbetade det i oktober 2020 i kommunerna 2 569 tandläkare, 1 022 munhygienister och 3 046 tandskötare. Enligt Finlands Tandläkarförbunds Arbetsmarknadsundersökning 2021 arbetade 52 procent av tandläkarna heltid på hälsocentralerna, 38 procent inom den privata sektorn och 10 procent vid universiteten, sjukhusen, Studenternas hälsovårdsstiftelse, staten eller organisationer. I enkäten svarade 23 procent av de privata tandläkarna att antalet patienter är för litet jämfört med hur många de har kapacitet

¹⁷ Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkärtilanne 2021. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakaritilanne_2021_final.pdf (på finska).

att vårda. Enligt den arbetskraftutredning som Finlands Tandläkarförbund, social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT genomförde i samarbete den 6 oktober 2021 fanns det 1 966 tandläkaruppgifter vid hälsocentralerna varav 141 obesatta. Tandläkarbristen hade stigit från 5,1 % året innan till 7,1 %. Bristen varierade avsevärt mellan sjukvårdsdistrikten, och alla uppgifter var besatta endast i Norra Savolax. Bland de sjukvårdsdistrikt som uppgett ett underskott på tandläkare var antalet obesatta uppgifter minst i Satakunta (1,6 %), Päijänne-Tavastland (2,5 %), Norra Österbotten (2,7 %) och HUS (4,0 %) sjukvårdsdistrikt. Störst var underskottet i Länsi-Pohja (28 %), Kajanaland (19,7), Södra Karelens (18,2 %) och Vasa (17,0 %) sjukvårdsdistrikt. De kommuner där det inte fanns några obesatta tandläkaruppgifter vid hälsocentralerna hade sammanlagt ca 1,6 miljoner, de kommuner där underskottet på tandläkare var 1–9 % ca 1,7 miljoner, de kommuner där underskottet på tandläkare överskred 9 % ca 2,0 miljoner och de kommuner där bristen var minst 10 % ca 1,6 miljoner invånare. I enkäten uppgav mer än hälften (51 %) av hälsocentralerna att de har behov av ytterligare tandläkaruppgifter. Behovet var sammanlagt 164 uppgifter, vilket är ca 8 % av de nuvarande uppgifterna. Det fanns 247 specialtandläkaruppgifter, vilket är 10 % mer än året innan. Av hälsocentralerna köpte 68 % specialisttandläkartjänster, 39 % jourtjänster utanför regelbunden arbetstid och 32 % vanliga tandläkartjänster. De köpta tandläkartjänsternas volym ökade från året innan med mer än 40 %.

Enligt utredningen varierade den lediga kapaciteten hos de privata tandläkarna mycket mellan sjukvårdsdistrikten. De privata tandläkarna hade ingen ledig kapacitet alls i Södra Karelens, Södra Savolax, Östra Savolax, Kajanalands och Vasa sjukvårdsdistrikt. Den privata sektorns lediga kapacitet översteg tandläkarbristen vid hälsocentralerna i Norra Savolax, Päijänne-Tavastlands, Satakunta, Norra Österbottens, Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands och Birkalands sjukvårdsdistrikt. I enkäten begärdes också en bedömning av tillgången på arbetskraft när det gäller munhygienister och tandskötare. Nästan 60 % av hälsovårdscentralerna bedömde att tillgången på munhygienister var dålig eller mycket dålig och motsvarande bedömning av tillgången på tandskötare gav mer än 70 % av hälsocentralerna. I många kommuner har det inletts läroavtalsutbildningar för tandskötare för att trygga tillgången på arbetskraft.

Kommunala arbetsmarknadsverket KT har vartannat år följt upp arbetskraftssituationen för yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Enligt den utredning som KT gjorde i november 2019 var arbetskraftsunderskottet i yrkesgrupper inom social- och hälsovården samt småbarnspedagogiken i genomsnitt 2,2 procent. Inom dessa uppgifter hade kommunerna och samkommunerna sammanlagt ett underskott på 2 800 uppgifter. Inom hälso- och sjukvården är arbetskraftsunderskottet antalsmässigt störst bland närvårdare och primärskötare som arbetar inom hälso- och sjukvårdstjänster (2,5 procent, 441 personer) och bland sjukskötare och specialistsjukskötare (1,2 procent, 411 personer). Relativt sett var arbetskraftsunderskottet störst bland talterapeuter, där underskottet var 11 procent (54 personer). Enligt arbetskraftsenkäten var cirka 52 procent av de lediga uppgifterna obesatta eftersom man trots ansökan inte fått någon lämplig person till uppgiften. Enligt bedömning av dem som svarade kommer situationen med arbetskraftsunderskottet i kommunsektorn att vara fortsatt dålig eller mycket dålig i de yrkesgrupper där underskottet redan nu är störst.

Arbetsmarknadsutsikterna inom social- och hälsovården granskas också i yrkesbarometern som publiceras två gånger per år och baserar sig på arbets- och näringsbyråernas bedömningar av framtidsutsikterna för centrala yrken inom den närmaste framtiden. Enligt bedömningen i den senaste yrkesbarometern (1/2022) är största delen av de 15 vanligaste yrkena med arbetskraftsbrist yrken inom social- och hälsovårdsbranschen. Störst är bristen på närvårdare, sjukskötare och hälsovårdare, specialister inom socialt arbete samt allmän-, specialist- och överläkare. På motsvarande sätt finns det bland yrkena med det största överutbudet på sökande inte ett enda yrke inom social- och hälsovårdssektorn.

Rekryteringsproblem är vanligare inom social- och hälsovården än inom de övriga sektorerna i genomsnitt. Enligt arbets- och näringsministeriets branschrapport (2022:2) var det 2020 svårt för över hälften (54 %) av verksamhetsställena inom social- och hälsovården att hitta arbetskraft. Sammanlagt 76 % av verksamhetsställena sökte arbetskraft. I och med coronaepidemin har arbetskraftsbristen tillspetsats ytterligare, och också enligt de resultat som yrkesbarometern visar kan en försämring i tillgången på arbetskraft inom social- och hälsovårdsbranschen skönjas. På grund av rekryteringsproblem saknades nästan 32 000 arbetstagare inom social- och hälsovårdsbranschen 2020, och antalet hade växt kraftigt sedan året innan. I synnerhet saknades arbetstagare i visstidsanställningar, men det har också blivit svårare att få tag på ordinarie personal. Regionalt sett saknades arbetstagare särskilt i Nyland, Tavastland och Norra Savolax.

Framtidsutsikterna för personalen inom hälso- och sjukvård ser i ljuset av utredningarna utmanande ut och åtgärder som tryggar tillgången på arbetskraft och sektorns förmåga att locka och behålla arbetskraft ska uppmärksammas. De kommande åren kommer också personalmängden inom kommunsektorn att påverkas av en kraftig pensionsavgång, vilket också syns i personalmängden inom social och hälsovård. Enligt finansministeriets bedömning (2020:13) kommer personalsituationen under de kommande åren att vara svårast i små kommuner, där personalen i genomsnitt är äldre och således pensionsavgången livligare.

Förutseende av kompetens- och utbildningsbehov

Undervisnings- och kulturministeriet och Utbildningsstyrelsen gör en riksomfattande kvantitativ och kvalitativ prognostisering av kompetensbehoven för arbetskraftsbehoven på lång sikt. Till grund för prognostiseringen låter man vid sidan av andra utföra riksomfattande bedömningar av tillväxtförutsättningarna i branschen samt om arbetskraftsavgången och kommande behov. Utbildningsstyrelsen gör utifrån arbetskraftsbehoven en bedömning av examensbehov för alla utbildningsområden och utbildningsstadier. Utbildningsstyrelsen har gjort bedömningar av arbetskraftsavgången för åren 2017–2035 för den arbetskraft som var sysselsatt 2016 utgående från Statistikcentralens sysselsättningsstatistik. En informationskälla för prognostisering av arbetskraftsbehoven var Teknologiska forskningscentralen VTT Ab:s (2018) tre scenarion om tillväxtförutsättningarna och arbetskraftsbehoven för branscherna på lång sikt. För att ersätta personalavgången inom hälso- och sjukvården och öka antalet sysselsatta bedömde man att det behövs sammanlagt 105 000 nya arbetstagare inom hälso- och sjukvårdstjänster under åren 2017–2035.

Tillräcklig tillgång på kompetent arbetskraft och effektiverad matchning av arbetskraft på arbetsmarknaden är ett centralt mål för regeringen. Undervisnings- och kulturministeriet har förhandlat med högskolorna om examensmålen för högskolorna för avtalsperioden 2021–2024. I dimensioneringen av examensmålen har det tagits hänsyn till målen enligt regeringsprogrammet och visionen för högskoleutbildningen och forskningen år 2030 att öka antalet högskoleutbildade, prognosuppgifter om utbildningsbehovet samt till de regionala och riksomfattande utbildnings- och kompetensbehoven. Undervisnings- och kulturministeriet fattade 2020 beslut om den fjärde tilläggsbudgeten för 2020 och om att anvisa högskolornas strategipengar för avtalsperioden 2021–2024 för att öka antalet nybörjarplatser med sammanlagt cirka 10 000 platser, som fylls under åren 2020, 2021 och 2022. Nybörjarplatserna vid yrkeshögskolorna ökas med drygt 3 900 och universitetens nybörjarplatser med drygt 6 300. En betydande andel av de ökade nybörjarplatserna åren 2020–2022 hänför sig till social- och hälsovårdssektorn. Den största ökningen hänför sig till sjukskötarutbildningen, över 1 000 platser. Antalet sjukskötare som utbildas ökades redan 2019 genom statsunderstöd.

Enligt Utbildningsstyrelsen har en betydande del av arbetstagarna från social- och hälsovården i början av 2010-talet flyttat till andra branscher. För att ersätta dem har man dock fått ett större antal nya arbetstagare från andra branscher än dem som flyttat: till hälso- och sjukvårdstjänster flyttade från andra branscher 5 400 fler arbetstagare och till socialtjänster 8 400 fler arbetstagare än dem som flyttade från social- och hälsovården till andra branscher.

Regeringens åtgärder för att trygga tillgången på och varaktigheten för kompetent personal inom social- och hälsovården

Som en del av beredningen av regeringens tillväxtpaket inleddes 2020 beredningen av ett pilotprojekt för social- och hälsovården som arbets- och näringsministeriet ansvarar för och som genomförs i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet. Syftet är att hitta lösningar för att underlätta tillgången på kompetent arbetskraft och matchningsproblemet inom social- och hälsovården. I beredningen samarbetar man med underarbetsgrupp 4 ”Kompetens och matchning på arbetsmarknaden” och underarbetsgrupp 5 ”Arbetsbaserad invandring och integration” som sorterar under ministerarbetsgruppen för främjande av sysselsättningen samt beaktar beredningsarbetet i anslutning till prognostisering och kontinuerligt lärande. I pilotprojektet för social- och hälsovården har man fastställt både kort- och långsiktiga åtgärder för att förbättra matchningen samt fortsätta åtgärder som bland annat hänför sig till utvecklingen av informationsproduktionen bland personalen, utvecklingen av utbildningarna och utbildningsvägarna, modellerna för arbetshälsa och kompetensledning, personalens karriärmöjligheter samt en ökning av den arbetsrelaterade invandringen.

Undervisnings- och kulturministeriet och social- och hälsovårdsministeriet inledde dessutom våren 2021 i samarbete SOTEKO-projektet (5/2021–2/2023), där man utvecklar utbildningsvägarna för högskoleutbildningen inom social- och hälsovården samt examensstrukturerna och den kompletterande utbildningens funktion. Genom dessa åtgärder säkerställs att det finns tillräckligt med kompetent arbetskraft inom social- och hälsovården. Målet är att utveckla den utbildning som leder till lägre och högre högskoleexamen och den högskoleutbildning som kompletterar dessa, att stödja målen för social- och hälsovårdsreformen genom att stärka kompetensen samt att utveckla utbildningens attraktivitet och praktiken inom social- och hälsovårdsbranschen. Projektet lägger fram förslag till utveckling av lagstiftningen, finansieringen och styrningen i anslutning till utbildningen.

Social- och hälsovårdsministeriets delegation för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvårdens, sektionen för vårdarbete har i augusti 2021 utarbetat ett förslag om specialområden inom kliniskt vårdarbete, utveckling och säkerställande av specialkunnande, utnyttjande av specialkunnande i arbetslivet samt om prognostisering av behovet av specialkunnande och uppföljning av utvecklingen av kunnandet. Syftet med förslaget är att stöda samarbetet mellan social- och hälsovårdssystemet och högskolorna då man svarar mot befolkningens servicebehov och målen för social- och hälsovårdsreformen genom att utveckla specialkunnande inom kliniskt vårdarbete i enlighet med principerna för kompetensledning och kontinuerlig utveckling av yrkeskunnandet. Målen för social- och hälsovårdsreformen och verksamhetsmodellerna i enlighet med programmet Framtidens social- och hälsocentral förutsätter att specialkunnande inom kliniskt vårdarbete utvecklas som en del av verksamheten i multidisciplinära team och nätverk. Även covid-19-pandemin har lyft fram behov av specialkunnande inom vårdarbetet.

Dessutom beslöt regeringen vid budgetförhandlingen hösten 2021 att under social- och hälsovårdsministeriets ledning inleda ett förvaltningsövergripande program för att säkerställa tillgången på social- och hälsovårdspersonal både på kort och på lång sikt. Avsikten är att hitta hållbara lösningar för att täcka behovet av arbetskraft i social- och hälsovården med beaktande

av regionala skillnader. Den förvaltningsövergripande arbetsgruppens första ställningstaganden och förslag blev klara den 14 januari 2022. Viktiga förslag är att stärka faktagrunden för tillgång för tillräcklig tillgång till personal, att motivera personalen och förbättra välmåendet i arbetet, granska hur arbetsfördelningen fungerar samt stärka digitaliseringen.

Arbetsgruppen betonade stärkandet av faktagrunden för tillräcklig tillgång till personal. Problemet med en splittrad och svårtillgänglig faktagrund åtgärdas genom att en enhetlig och uppdaterad faktagrund görs tillgänglig som redskap för ett faktabaserat ledarskap. Utifrån den nya faktagrunden utökas också utbildningen vid behov och på ett hållbart sätt. Dessutom utvecklas utbildningsstrukturerna och utbildningsstigarna görs snabbare. Arbetsgruppen såg det också som en viktig motivationsfaktor att personalen har möjlighet till kontinuerlig professionell utveckling och avancemang i karriären. Hur specialiseringsutbildningarna motsvarar arbetslivets och personalens behov bedöms, och förbättringar sker vid behov med stöd av författningsändringar. Arbetsgruppen betonade också vikten av att stärka välmåendet i arbetet samt skapandet av förutsättningar för att göra ett bra arbete och ett ledarskap som stödjer detta. Framöver betonas vikten av att skapa förutsättningar för att göra ett bra arbete och ett ledarskap som stödjer detta. Till stöd för detta föreslog arbetsgruppen att ett riksomfattande program för förutsättningar för att göra ett bra arbete inleds inom social- och hälsovårdsbranschen. Arbetsgruppen betonade också vikten av att granska uppgiftsstrukturen i branschen. Det är också viktigt med tanke på motivationen att arbetet fungerar väl och att respektive yrkesgrupp kan koncentrera sig på de uppgifter som kräver deras kärnkompetens. Genom styrning och författningar skapas förutsättningar och incitament för detta, samt avlägsnas onödiga hinder för utvecklingsarbetet. Arbetsgruppen konstaterade också att det för att säkerställa tillräcklig tillgång till personal är viktigt att identifiera effektiva metoder för att bromsa det ökande behovet av arbetskraft utan att klient- och patientsäkerheten eller personalens välmående äventyras. Det sker bland annat genom att personalens digitala kompetens och utnyttjandet av digitala tjänster stärks.

2.3.6 Kostnader för öppenvård inom primärvården

Kostnaderna för mottagningsverksamheten inom primärvården granskas nedan utgående från de uppgifter som kommunerna och samkommunerna har lämnat in till Statistikcentralen i samband med den kommunalekonomiska statistiken 2019 och Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2019. Baserat på dem och på sakkunnigbedömningar från social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd, uppgifter från Avohilmo och på uppgifter från organisatörer har det gjorts en bedömning av kostnaderna för öppenvård inom primärvården. De kostnadskalkyler som behandlats först omfattar inte kostnader för mun- och tandvård, som behandlas separat i slutet av detta stycke.

Nettodriftskostnaderna för uppgiftsklassen Primärvårdens öppenvård var 2019 i hela landet cirka 2,09 miljarder euro och det samlades in cirka 94 miljoner euro i klientavgifter. Således uppgick kostnaderna som hänför sig till det lagstadgade ansvaret att ordna service till cirka 2,18 miljarder euro. Uppgiftsklassen i fråga omfattar utöver de mottagningstjänster som är föremål för vårdgarantin bland annat rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård. Kostnader för mottagningsverksamheten för öppenvård inom primärvården är uppskattningsvis cirka 1,264 miljarder euro (det vill säga 58 procent av de totala kostnaderna för uppgiftsklassen). Mottagningstjänsterna omfattar bland annat kunders besök på mottagningen, telefonkontakt och elektronisk ärendehantering, köpta tjänster och andelen sjukvårdsrelaterade tjänster inom den studerandehälsovård som ordnas av kommunerna.

Av alla mottagningstjänster inom öppenvården uppgick kostnaderna för de tjänster som läkarna producerar till cirka 711 miljoner euro. Då man från dessa räknar bort de hälsovårdsrelaterade besöken (cirka 2 procent, Avohilmo-registret), var andelen tjänster som produceras av läkare

inom öppenvården uppskattningsvis 696 miljoner euro. Den brådskande mottagningens andel av kostnaderna (cirka 15 procent) för besöken hos läkare inom den öppna sjukvården var uppskattningsvis 102 miljoner euro och kostnaderna för icke-brådskande vård 595 miljoner euro. Det bedöms att cirka 40 procent av den icke-brådskande vården är förstagångsbesök och 60 procent är planerade besök. Således uppgick kostnaderna för de planerade besöken hos läkarna till cirka 357 miljoner euro och utgifterna för förstagångsbesöken till cirka 238 miljoner euro. Med förstagångsbesök avses här behövlig undersökning och konstaterande av symptom, funktionsförmåga och sjukdomar till följd av sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt vård och handledning som ges med hänsyn till dem. Planerade besök avser här vårdhändelser som avtalats i förväg i enlighet med vårdplanen.

Kostnader för mottagningstjänster som producerats av andra än läkare det vill säga till exempel av sjukskötare eller hälsovårdare inom primärvårdens öppna sjukvård uppgick till 2019 till cirka 553 miljoner euro. Då man räknar bort hälsovårdsrelaterade besök från detta (cirka 5 procent), var kostnaderna för besök hos skötare inom den öppna sjukvården cirka 525 miljoner euro. Cirka 90 procent av besöken var brådskande mottagning (49 miljoner euro) och cirka 91 procent var icke-brådskande (476 miljoner euro). Av de senast nämnda icke-brådskande mottagningstjänsterna hos sjukskötare och hälsovårdare är uppskattningsvis cirka hälften förstagångsbesök och hälften planerade besök. Således är respektive andel granskat i eurobelopp cirka 238 miljoner euro.

Utgifterna för icke-brådskande förstagångsbesök har alltså varit uppskattningsvis 476 miljoner euro 2019. Utöver detta är förstagångsbesöken en betydande del av missbrukarvårdens specialtjänster, uppskattningsvis cirka 6–7 miljoner.

Andra utgifter för öppenvård inom primärvården som har betydelse med tanke på en skärpning av vårdgarantin är kostnaderna för fysioterapi som genomförts vid hälsocentralerna på cirka 140 miljoner euro, laboratorieundersökningar på cirka 59 miljoner euro och bilddiagnostik cirka 35 miljoner euro.

År 2019 var summan av nettokostnaderna för hälsocentralernas tjänster inom mun- och tandvård och de insamlade klientavgifterna cirka 638 miljoner euro. Cirka 172 miljoner euro av det var klientavgifter som tas ut av kunder som fyllt 18 år.

Kommunerna och samkommunerna köpte 2019 tjänster inom primärvårdens öppenvård av företag och organisationer för cirka 193 miljoner euro och mun- och tandvårdstjänster för cirka 45 miljoner euro. Till betalningsandelar för servicesedlar, som användes för anskaffning av tjänster inom primärvårdens öppenvård använde kommunerna och samkommunerna cirka 8 miljoner euro och till servicesedlar för mun- och tandvård 2 miljoner euro. Kommunernas och samkommunernas kostnader för servicesedlar omfattar inte kundernas betalningsandelar, som kan vara betydande.

I maj 2019 hade 19 av dem som ordnade tjänster inom primärvården lagt ut tjänsterna på entreprenad helt och 11 delvis. Av alla 510 hälsostationer i Finland hade 58 det vill säga 11 procent lagts ut. De utlagda hälsostationstjänsterna omfattade 7,8 procent av befolkningen. Enligt Tandläkarförbundets arbetskraftsutredning 2021 omfattades då 6,3 procent av befolkningen av utlagda mun- och tandvårdsenheter.

Folkpensionsanstalten ersatte besök hos privata läkare för cirka 1,5 miljoner kunder 2019. Kostnaderna för dessa uppgick till cirka 368 miljoner euro och det betalades cirka 55 miljoner euro i ersättningar (14,9 procent). Största delen av kostnaderna och ersättningarna (318 miljoner euro) uppkom för ersättningar för besök hos specialistläkare.

Ersättningsklass II inom den företagshälsovård som Folkpensionen ersätter till företagarna omfattar sjukvårdstjänster. Arbetsgivarna hade sammanlagt 454 miljoner euro i kostnader som räknas till ersättningsklass II 2019. Läkarmottagningstjänster gav upphov till 205 miljoner euro i kostnader för arbetsgivarna.

År 2019 ersatte Folkpensionsanstalten privata mun- och tandvårdstjänster för cirka en miljon kunder. De kostnader som den privata sektorn tog ut av kunderna och som Folkpensionsanstalten betalar ersättning för uppgick till cirka 345 miljoner euro och det betalades cirka 48 miljoner euro i ersättningar till kunderna (14,0 procent).

2.3.7 Specialiserad sjukvård

Inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård fanns det 2019 sammanlagt 2,1 miljoner patienter och antalet besök uppgick till 10,8 miljoner. Nästan 487 000 patienter hade under året vårdats på vårdavdelning under 767 000 vårdperioder och 3,4 miljoner vård dagar.

Inom den specialiserade sjukvården har det 2009–2019 varit en tydlig uppåtgående trend i antalet besök och antalet patienter som vårdas inom öppenvården, medan antalet dagar med vård på vårdavdelning minskar.

Antalet patienter inom öppenvården minskade med tre procent och antalet besök med 1,9 procent från 2018 till 2019. Antalet patienter som vårdades på vårdavdelning ökade med 2,8 procent och vårdperioderna med 3,1 procent. Däremot minskade antalet vård dagar med 2,8 procent och vårdperiodernas längd minskade från 4,7 till 4,4 dagar. Antalet besök per patient inom öppenvården minskade från 5,2 till 5,1 från 2018 till 2019, men antalet vårdperioder per patient hölls på samma nivå (1,6 vårdperioder per patient).

År 2020 fick mer än två miljoner patienter somatisk specialiserad sjukvård och cirka 426 000 patienter vårdades på vårdavdelning. I synnerhet antalet som vårdades på vårdavdelning minskade på grund av covid-19-epidemin.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister (Hilmo) genomfördes inom den somatiska specialiserade sjukvården 2019 sammanlagt 7,5 miljoner besök inom öppenvården och 685 000 vårdavdelningsperioder. Enligt offentliggjorda förhandsuppgifter (15.10.2021) genomfördes 6,7 miljoner besök inom öppenvården 2020 och 635 000 vårdavdelningsperioder samt 5,0 miljoner besök inom öppenvården och 445 000 vårdavdelningsperioder under januari–september 2021. Antalet distanskontakter har ökat betydligt under de senaste åren. År 2020 genomfördes mer än 1,6 miljoner distanskontakter och 1,4 miljoner under januari–september 2021. Statistiken för 2019 är inte jämförbar, eftersom flera sjukvårdsdistrikt då inte hade lämnat in uppgifter om distanskontakter.

Enligt vårdanmälningsregistret genomfördes inom vuxenpsykiatri 935 000 besök inom öppenvården 2019 och inom barn- och ungdomspsykiatri 660 000. Inom vuxenpsykiatri genomfördes 23 000 vårdavdelningsperioder och inom barn- och ungdomspsykiatri 9 500. Enligt förhandsuppgifter genomfördes inom vuxenpsykiatri 830 000 besök inom öppenvården 2020 och inom barn- och ungdomspsykiatri 580 000. Antalet genomförda vårdavdelningsperioder var 23 000 respektive 9 500. Under januari–september 2021 var antalet besök inom öppenvården 573 000 respektive 444 000 och antalet vårdavdelningsperioder 15 000 respektive 7 000. Antalet distanskontakter ökade också inom den psykiatriska specialiserade sjukvården.

Enligt Sotkanet genomfördes 1,2 miljoner besök vid den specialiserade sjukvårdens jour 2019 och av dem var 260 000 personer under 75 år. Av de patienter som vårdats vid juren togs 25,9

procent in för sjukhusvård. Vid primärvårdens jour (inklusive samjouren) genomfördes 2,1 miljoner besök och av dem var 330 000 personer över 75 år. Av de patienter som vårdats och blivit utskrivna från jouden återvände 15,3 procent på nytt inom 48 timmar.

Enligt statistiken för den specialiserade sjukvården som grundar sig på de delårs- och årsrapporter som Kommunförbundet gjort för sjukvårdsdistrikten 2019 skrevs det över 1,9 remisser till specialiserad sjukvård. Antalet remisser ökade med 3 procent från året innan. Från hälso-centralerna skrevs det mer än 908 000 remisser till den specialiserade sjukvården. Den remitterande instansen var för 48 procent av remisserna hälsocentraler, 21 procent den privata sektorn, 21 procent var sjukhusens egna interna remisser och 10 procent övriga remisser. Den interna fördelningen mellan de remitterande instanserna har hållits tämligen jämn från år till år.

Enligt statistiken för 2020 inkom 1,77 miljoner remisser till den specialiserade sjukvården, det vill säga antalet minskade med 7,2 procent främst på grund av covid-19-epidemin. År 2021 växte tjänsteproduktionen inom den specialiserade sjukvården åter klart, eftersom det trots coronaepidemin inte var nödvändigt att inskränka den på samma sätt som 2020. Sjukvårdsdistrikten fick sammanlagt 1,95 miljoner remisser, vilket är 5,8 % mer än året innan. Antalet akutmottagningsbesök inom sjukvården steg med 7,0 % och akutintagningarna med 2,1 %. Det sammanlagda antalet separata personer som anlitade sjukhusens tjänster steg under perioden med 3,4 %. Vårdperioderna var 1,2 % fler och vårddagarna 3,1 % fler.

Enligt Kommunförbundets statistik 2019 uppgick personalmängden vid den specialiserade sjukvårdens sjukhus till nästan 88 716 personer, av dem var 10 716, 10 716 läkare, 240 tandläkare, 44 079 sjukskötare, 9 482 annan vårdpersonal och resten annan undersöknings- och vårdpersonal, assisterande personal, underhålls-, ekonomi- och förvaltningspersonal.

2.3.8 Företagshälsovård

I lagen om företagshälsovård (1383/2001) förpliktas arbetsgivaren att ordna förebyggande företagshälsovård för sina arbetstagare. Arbetsgivare ska på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa. Företagshälsovård genomförs bland annat med hjälp av hälsoundersökningar och arbetsplatsutredningar. Arbetsgivaren ska ordna och genomföra företagshälsovården i den omfattning som påkallas av arbetet, arbetsarrangemangen, personalen, förhållandena på arbetsplatsen och förändringar i dem. Utöver förebyggande verksamhet kan arbetsgivaren ordna sjukvård och andra hälso- och sjukvårdstjänster för sina arbetstagare. Det är frivilligt att ordna sådana tjänster. För företagare och andra som utför eget arbete är det frivilligt att ordna företagshälsovård. När det gäller dem iakttas lagen om företagshälsovård i tillämpliga delar.

Arbetsgivarna har till största delen inkluderat sjukvårdstjänster på allmänläkarnivå i sina avtal om företagshälsovård. Tjänsternas omfattning varierar för varje arbetsgivare. I bakgrunden finns ett kundorienterat önskemål att arbetstagarna ska ha behövlig tillgång till mottagning vid en enhet, där man känner till företagets omständigheter samt att det inleds behövliga undersökningar och vård samt rehabilitering så att man kan stödja arbetsförmågan. Arbetstagarna uppskattar högklassig och omfattande företagshälsovård. Enligt Folkpensionsanstaltens företagshälsovårdsstatistik 2019 omfattades 1 936 900 arbetstagare 2019 av företagshälsovård som ordnas av arbetsgivare, vilket är 87,3 procent av löntagarna. Arbetsgivaren kan ordna företagshälsovårdstjänsterna själv eller köpa dem av hälsovårdscentraler, privata läkarstationer eller en annan tjänsteproducent. Privata läkarcentraler var den klart mest betydelsefulla producenten av företagshälsovårdstjänster. År 2019 tillhandahöll de företagshälsovårdstjänster till 1,7 miljoner personer det vill säga 85 procent av dem som omfattas av företagshälsovård.

Enligt företagshälsovårdslagen har arbetsgivare, företagare och andra personer som utför eget arbete rätt till ersättning för kostnaderna för ordnande av företagshälsovård och annan hälso- och vård enligt vad som föreskrivs i sjukförsäkringslagen (1224/2004). Bestämmelserna finns i 13 kap. i sjukförsäkringslagen. Med hjälp av det ersättningssystem som berör företagshälsovården sporrar och främjar man tillgodoseendet av god företagshälsovårdspraxis på arbetsplatserna. Dessa ersättningar ändrades genom den ändring av sjukförsäkringslagen (RP 77/2018 rd, lag 1075/2018) som trädde i kraft från början av 2020. Bakom ändringen låg riktlinierna för den dåvarande statsministern Juha Sipiläs regering att förskjuta tyngdpunkten för företagshälsovårdens verksamhet mot förebyggande verksamhet. Före lagreformen ersattes i princip 50 procent av de godtagbara kostnaderna, som högst uppgick till det kalkylerade maximibeloppet, både för den obligatoriska förebyggande företagshälsovården och för den frivilliga sjukvården, i vissa situationer ersattes 60 procent av den obligatoriska förebyggande företagshälsovården. I och med reformen ersätts 60 procent av den förebyggande företagshälsovården och av de frivilliga kostnaderna 50 procent av de godtagbara kostnaderna som högst uppgår till det kalkylerade maximibeloppet. Ersättningssystemet förnvades också så att det fastställdes ett gemensamt maximibelopp för den företagshälsovård som ordnas av arbetsgivaren och bestämdes att maximibeloppet för sjukvård ska vara högst 40 procent av det gemensamma maximibeloppet för företagshälsovården. Med avvikelse från tidigare är det möjligt att använda hela det gemensamma maximibeloppet för ersättningarna till förebyggande verksamhet. I propositionens konsekvensbedömning konstateras det att nuvarande sjukvårdskunder inom företagshälsovården kan överföras till den offentliga hälso- och sjukvården, men det är svårt att bedöma antalet kunder som överförs.

År 2019 uppgick de godtagna kostnaderna för den företagshälsovård som arbetsgivarna ordnar till 875 miljoner euro. Av kostnaderna var 424 miljoner för tjänster inom den förebyggande företagshälsovården och 451 miljoner euro för sjukvård och andra tjänster inom hälso- och sjukvård. Folkpensionsanstaltens ersättningar till arbetsgivarna för företagshälsovård uppgick till 367 miljoner euro. Det gjordes 4,3 miljoner sjukvårdsbesök. Av dessa besök var 3 miljoner hos läkare, 860 000 hos hälsovårdare, 200 000 hos fvsioterapeut och 200 000 hos andra sakkunniga. Det gjordes i genomsnitt två sjukvårdsbesök per arbetstagare. I anslutning till sjukvården gjordes 4,3 miljoner laboratoriebesök och 400 000 bilddiagnostiska undersökningar. Praxisen inom företagshälsovårdens sjukvård när det gäller tillgång till mottagning, vrkesgruppernas arbetsfördelning (läkarbetonad) och undersökningspraxisen avviker i viss mån från praxisen inom den offentliga primärvården. Folkpensionsanstalten har ännu inte offentliggjort uppgifterna för 2020.

Primärvårdstjänsterna som hemkommunen och det kommande välfärdsområdet ordnar är till för hela befolkningen. Största delen av de förvärvsarbetande personerna i arbetsför ålder kan utöver dem också använda den sjukvård som arbetsgivaren ordnar och som är avgiftsfri för arbetstagaren. För användning av den offentliga primärvården debiteras klientavgift enligt lagen och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården.

2.3.9 Studenthälsovård för högskolestuderande

År 2019 var antalet besök inom allmänmedicin och psykiatrisk hälsa hos Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) sammanlagt cirka 324 000. SHVS kunde dessutom erbjuda dessutom omkring 117 000 besök för mun- och tandvård. Stiftelsen service omfattade 2019 cirka 126 000 studerande. Stiftelsens kostnader uppgick 2019 till 37,6 miljoner euro, och samma år fördelades antalet årsverken enligt följande: 182 årsverken inom allmänmedicin, 61 inom psykiatri, 137 inom mun- och tandvård och 53 inom förvaltningen. Tjänsterna tillhandahölls vid stiftelsens tolv egna verksamhetsställen. SHVS lyckades i huvudsak ge tillgång till studerandehälsovård inom utsatt tid 2019.

När lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (SHVS-lagen) trädde i kraft den 1 januari 2021 och yrkeshögskolestuderandena därmed också fick börja anlita SHVS fördubblades antalet studerande som omfattades av de tjänster som stiftelsen tillhandahåller och ligger nu på omkring 270 000 studerande. Enligt SHVS-lagen står staten för 77 procent av stiftelsens årliga omkostnader, medan 23 procent kommer från en terminsavgift som tas ut av högskolestuderandena. Enligt konsekvensbedömningen i regeringens proposition om den lagen uppgår SHVS omkostnader enligt 2021 års nivå till cirka 85,5 miljoner euro.

Enligt stiftelsens servicenätsplan genomförs tjänsterna 2021 på så sätt att SHVS har egna verksamhetsställen på 22 orter och dess samarbetspartner verksamhetsställen på 30 orter. Stiftelsen producerar mun- och tandvårdstjänster på 15 egna serviceställen och dess underleverantörer på 15 serviceställen. Dess servicenätverk är indelat i fem serviceområden. Den största av dessa är SHVS Syd (ca 94 000 studerande), medan de övriga områdena (Väst, Öst, Mellersta och Nord) har omkring 32 000–46 000 studerande vardera. Antalet orter med läroanstalter har ökat och de är förlagda på allt större geografiskt område i och med den lagändring som trädde i kraft 2021. Detta har lett till att stiftelsen anlitar allt fler underleverantörer vid sidan av den egna servicen. Med hjälp av de tjänster som underleverantörspartnerna tillhandahåller erbjuder stiftelsen tjänster till omkring cirka sex procent av de studerande.

Stiftelsens personalinsats uppgick 2021 till totalt 753 årsverken, och av dessa fanns 300 inom allmänmedicin, 158 inom psykiatri, 260 inom mun- och tandvård och 36 inom förvaltning. Stiftelsen producerar de primärvårdstjänster som anges i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Stiftelsen har förnyat sin servicemodell och därmed har de studerande tillgång till digitala mottagnings-tjänster och distanstjänster i hela landet oberoende av ort.

Antalet besök hos stiftelsens allmänmedicin och psykiatri under 2021 var 549 694 och 165 047 hos den egna produktionen av mun- och tandvårdstjänster. Under samma tidsperiod anlidade 99 978 studerande service inom allmänmedicin och mentalvård och 64 237 inom mun- och tandvård.

Covid 19-pandemin har sedan mars 2020 påverkat både efterfrågan och utbud i fråga om tjänster. Trots coronapandemin har stiftelsen haft som mål att sköta den icke-brådskande inom studerandehälsovården på samma sätt som innan. Därmed har det inte uppstått någon egentlig coronarelaterad vårdskuld. Samtidigt har rutinerna enligt anvisningarna för att undvika coronasmitta inom mun- och tandvården försvårat och fördröjt mottagningsarbetet under hela pandemin och gör det fortfarande. Inom allmänmedicin och psykiatrisk hälsa har pandemin påverkat efterfrågan på två sätt. Patienter med luftvägsinfektion hänvisades till coronamottagningar på annat håll inom hälso- och sjukvården, men efterfrågan på mentalvårdstjänster ökade. Inom allmänmedicin och psykiatri utnyttjades distansmottagningar i stor utsträckning, så någon egentlig vårdskuld uppstod inte.

Stiftelsen följer lagstiftningen om rätten att få vård och dess tidsgränser för bedömning av vårdbehovet och tillgång till vård samt rapporterar om hur de har hållits. Under år 2021 har stiftelsen i regel producerat tjänsterna inom studerandehälsovården inom tidsfristen för vårdgarantin. I praktiken har detta betytt att den studerande lyckats få kontakt samma vardag, att vårdbehovet har bedömts inom tre vardagar från det att den studerande tog kontakt och att patienten har kommit till icke-brådskande medicinskt eller odontologiskt nödvändig undersökning, vård eller behandling inom allmänmedicin och mentalvård inom tre månader och inom mun- och tandvård inom sex månader från det att behovet av vård har konstaterats föreligga.

Utvidgningen av stiftelsens verksamhet ledde i början av 2021 till hög belastning på bedömningen av vårdbehovet och då lyckades stiftelsen inte under samma dag svara alla som tog kontakt. Den nivå som lagstiftningen kräver nåddes ändå stegvis i fråga om alla tjänster under februari-mars. I fråga om tidsgränserna för att få mun- och tandvård har det under våren 2021 hänt att enstaka tider inte hållits vid olika serviceställen huvudsakligen på grund av eftersläpningar i rekryteringen.

2.3.10 Hälso- och sjukvård för fångar

Det finns 26 fängelser i Finland – 15 slutna anstalter och 11 öppna fängelser. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ansvarar för att ordna hälso- och sjukvård för fångar vid 28 verksamhetsställen. Enheten producerar själv största delen av tjänsterna inom primärvården, mun- och tandvården och den psykiatriska specialiserade sjukvården. Tjänsterna inom specialiserad sjukvård och jour består huvudsakligen av köpta tjänster. Primärvården för fångarna i Finlands fängelser tillhandahålls vid poliklinikerna inom hälso- och sjukvården för fångar. Sådana polikliniker finns vid varje fängelse i Finland, med undantag av Sveaborgs fängelse, där fångarnas hälso- och sjukvård tillhandahålls av polikliniken vid Helsingfors fängelse. Antalet fångar varierar mellan fängelserna, och flest fångar finns i Helsingfors, Åbo och Vanda fängelse, där det finns en sjukskötare även på veckosluten, och i Kymäkoski, Uleåborgs, S:t Michels och Kuopio fängelse, där det finns en sjukskötare på plats endast på vardagar. Läkarstyrkan varierar beroende på fängelsets storlek och särdrag: I Helsingfors, där bötesfångar transporteras mycket, finns en läkare på plats fyra dagar i veckan och i Vanda, där Finlands största häkte är beläget, finns en läkare på plats tre dagar i veckan. På mindre polikliniker, såsom i S:t Michel eller Kymäkoski, finns en läkare på plats två–tre dagar i veckan. De minsta fängelserna besöker en sjukskötare en gång i veckan och en läkare en till två gånger i månaden.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar driver två sjukhus. Sjukhuset för fångar i Tavastehus är ett riksomfattande somatiskt sjukhus för fångar. Det leds av en överläkare specialiserad i allmän medicin. Verksamheten omfattar sektorsövergripande behandling och rehabilitering av somatiska sjukdomar. På avdelningarna vårdas dessutom patienter med abstinenssymtom som kräver sjukhusvård och gravida kvinnliga fångar som är missbrukare. För kvinnliga patienter finns dessutom både ett dagsjukhus och efterpoliklinisk verksamhet. Sjukhuset för fångar erbjuder möjlighet att konsultera neurolog och gynekolog. Neurologen kan också konsulteras för behandling av patienter med kronisk smärta. Psykiatriska sjukhuset för fångar är en enhet för specialiserad sjukvård med 40 vårdplatser i Åbo fängelse och 14 vårdplatser i Vanda fängelse. Vid enheterna undersöks och vårdas patienter med multiproblem som kräver psykiatrisk sjukhusvård. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar köper alla tjänster inom den somatiska specialiserade sjukvården av sjukvårdsdistrikten.

År 2019 uppgick antalet insatser i patientarbetet inom öppenvården inom hälso- och sjukvården för fångar vid poliklinikerna till 189 777 (207 420 år 2021). Antalet utomstående poliklinikbesök har minskat sedan 2017 och låg 2019 på 3 746 (3444 år 2021). Antalet vårddygn vid utomstående sjukhus var 380 år 2019 (354 år 2021). Inom mun- och tandvården behandlades 2 785 patienter 2019 (2230 år 2021) och antalet patientbesök inom tandvården var 7 793 (6249 år 2021). Dessutom gjordes 308 utomstående tandvårdsbesök (321 år 2021). I fråga utomstående besök om mun- och tandvården specificeras det inte om det rör sig om brådskande och inplanerade behandlingar. Besökstalet inbegriper förutom akuta besök, även besök inom den specialiserade sjukvården och bland annat kirurgiska ingrepp som köpts in.

Av 2020 års prestationer för Sjukhuset för fångar var antalet utomstående poliklinikbesök 104 (68 år 2019), röntgenundersökningar 49 (46 år 2019), besök på rådgivningsbyrån 6 (14 år 2019) och andra besök utanför huset 13 (12 år 2019). Antalet vårdperioder på utomstående sjukhus

var 17 (11 år 2019) och antalet vård dagar utanför huset 67 (95 år 2019). Den vård och behandling som gavs utanför huset var specialiserad sjukvård.

Utgifterna för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar uppgick 2019 till 18,8 miljoner euro och intäkterna till 140 000 euro. Antalet årsverken uppgick till 202. Utgifterna för öppenvården med avdrag för intäkterna var 4,7 miljoner euro. Utgifterna för mun- och tandvård var 725 000 euro, och Psykiatriska sjukhuset för fångar hade utgifter på 4,1 miljoner och intäkterna på 127 000 euro. Utgifterna för Sjukhuset för fångar med avdrag för intäkterna var 2,3 miljoner euro och läkemedelscentralens utgifter var 2,4 miljoner euro. Andra tjänster än tjänster för specialiserad sjukvård inom psykiatri samt jourtjänster anskaffas huvudsakligen som köpta tjänster. Kostnaderna för dessa tjänster utan inhyrd personal uppgick till 3,1 miljoner euro 2019. Kostnaderna varierar årligen stort beroende på antalet fångar, sjukfrekvensen och vårdbehovet.

Hösten 2021 var tiden på de små poliklinikerna för att komma till sjukskötarmottagning cirka fyra dagar och till läkarmottagning cirka nio dagar. Vid de större poliklinikerna varierade väntetiden mellan en och sex dagar för sjukskötarmottagning och tid hos läkare fick fångarna på i genomsnitt sex dagar. Kontakt tas huvudsakligen genom ett ärendeformulär för fångar eller av övervakningspersonalen. Vissa verksamhetsställen besöker en läkare mindre än en gång per vecka.

Hälso- och sjukvården för fångar har sammanlagt elva verksamhetsställen för mun- och tandvård. Dessutom ordnas mun- och tandvårdstjänsterna i Vasa fängelse i lokaler som har hyrts av Vasa hälsovårdscentral. Ett verksamhetsställe erbjuder mun- och tandvård för fångarna i flera fängelser. Hösten 2021 är den genomsnittliga väntetiden för en undersökning 40 dagar, tillgången till annan vård är snabbare beroende på hur brådskande vården är. Väntetiden beror inte enbart på antalet anställda inom hälso- och sjukvården för fångar, utan är också beroende av Brottpåföljdsmyndighetens transportkapacitet. Den kapaciteten behövs för att patienterna i fängelserna ska kunna transporteras.

Hänvisning till Sjukhuset för fångar och Psykiatriska sjukhuset för fångar för vård och behandling görs med läkarremiss. Remisser behandlas inom 1–7 dagar från det att de inkommit. Vid Psykiatriska sjukhuset för fångar tillgodoses rätten till vård inom 1–3 veckor med beaktande av hur brådskande vården är. Vårdgarantin har genomförts inom den lagstadgade tiden och inga köer har uppstått. På Sjukhuset för fångar tillgodoses rätten till vård med beaktande av hur brådskande vården är inom tre månader. Vårdgarantin har genomförts inom den tid som lagen kräver.

2.4 Sammanfattning av bedömningen av nuläget

Sammanfattning av de innehållsmässiga ändringsbehoven

Det finns uppenbara utmaningar när det gäller tillgången till primärvårdstjänster. De nuvarande tidsgränserna för att få icke-brådskande vård inom primärvården är långa. Tidsgränserna på tre månader för öppenvård och på sex månader för mun- och tandvård är långa med tanke på undersökning i rätt tid, förebyggande vård och tidig vård samt rehabilitering. Om en tjänst ges för sent kan det leda till ett större servicebehov än om vård och rehabilitering ges i rätt tid. Även befolkningen upplever att väntetiderna är för långa för vården; i kundnöjdhetssenkäter om tillgången till vård och väntetiderna har man i huvudsak fått negativ respons på vården både inom öppenvården och inom mun- och tandvården vid hälsovårdscentralerna. Långa väntetider ökar också den oändamålsenliga användningen av jourtjänster och kostnaderna i anslutning till köhanteringen.

I den sjunde periodiska rapporten om Finland (30.3.2021) från Förenta nationernas *kommitté* för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) rekommenderas det att staten i samband med reformeringen av social- och hälsovården i Finland ger akt på reformens konsekvenser för hur tillgängliga social- och hälsovårdstjänsterna är och att tjänsterna finns att tillgå på lika villkor, till överkomligt pris och i hela landet. Kommittén rekommenderar också att reformen genomförs dels med beaktande av de regionala särdragen, dels på så sätt att man åtgärdar det som hindrar att grupper som arbetslösa, äldre och papperslösa får tillgång till vård. Vidare noterar kommittén med oro bristen på tillgång till mentalvårdstjänster, som bland annat beror på ojämna geografisk fördelning och ojämlik tillgång till vård för grupper med sämre förutsättningar. Kommittén rekommenderar en reform av mentalvårdslagen och genomförande av den nationella strategin för psykisk hälsa. Vidare uppmanar den Finland att öka tillgången till mentalvårdstjänster, i synnerhet samhällsbaserad vård, i underbetjänade regioner och inrättningar, såsom skolor och fängelser, förbättra de förebyggande och tidiga insatserna samt öka tillgången till mentalvårdstjänster till överkomligt pris.¹⁸

I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering är det motiverat att förbättra tillgången till vård inom primärvården. Det är motiverat att avsevärt skärpa tidsfristen för tillträde till vård inom den icke-brådskande sjukvården inom primärvården. Enligt regeringsprogrammet ska vård ges inom sju dygn från det att vårdbehovet bedömts. Dessutom är det motiverat att förbättra tillgången till mun- och tandvårdstjänster genom att skärpa tidsgränsen för att få vård. Om tidsfristen för att få vård skärps från sex månader till tre månader, halveras den lagstadgade tidsfristen för att få vård.

Största delen av besöken inom den icke-brådskande primärvården genomförs redan inom sju dygn och inom mun- och tandvården inom tre månader. De regionala skillnaderna är dock stora. Striktare tidsgränser för att få icke-brådskande vård än för närvarande behövs för att öka befolkningens jämlikhet. Utvecklingsarbete som syftar till att förbättra tillgången till vård görs redan inom alla framtida välfärdsområden, bland annat inom projektet Framtidens social- och hälsocentral.

Innan ändringarna i bestämmelserna om skärpta vårdgarantier träder i kraft är det nödvändigt att fortsätta den utveckling av primärvårdens verksamhet som kommunerna och samkommunerna (fr.o.m. 1.1.2023 välfärdsområdena) ansvarar för så att tillgången till vård förbättras. Också vård- och serviceskulden till följd av covid-19-epidemin måste avhjälpas innan ändringarna av vårdgarantin träder i kraft. Även om den ackumulerade vård- och serviceskulden kan avvecklas, kommer det att krävas bestående tilläggsresurser för servicesystemet för att tidsgränserna ska kunna hållas. Behovet av denna tilläggsresurs kan minskas när nya verksamhetssätt och digitala tjänster utvecklas med hjälp av projekten för statsunderstöd inom ramen för programmet för Framtidens social- och hälsocentral, programmet för hållbar tillväxt och EU:s facilitet för återhämtning och resiliens (RRF) och en starkare styrning av dem.

Med tanke på genomförandet av reformen är det väsentligt att utveckla verksamheten, eftersom det finns en risk för att vårdköerna ökar på nytt, om de bara avvecklas med tilläggsfinansiering som styrs till verksamheten. Det finns inte en enda och unik verksamhetsmodell som skulle lösa problemen med tillgång till vård och som i sig skulle kunna spridas över hela landet. Det finns åtskilliga effektiva och kostnadseffektiva verksamhetsmodeller som måste utnyttjas på ett

¹⁸ Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, punkterna 42 och 43.

mångsidigt sätt utifrån den regionala situationen och behovet. Det finns mest erfarenhet av följande element:

- segmentering (beroende på servicebehovet långvarigt behov av många och olika tjänster vs. kortvarigt, begränsat servicebehov)
- sektorsövergripande eller multiprofessionellt teamarbete
- gemensam kundplan (inklusive vård-, service- och rehabiliteringsplan)
- centraliserad kund- och servicestyrning
- rationalisering av serviceprocesserna och undanröjande av flaskhalsar
- distansmottagning, distanskonsultation på specialnivå, distansrehabilitering och andra digitala verktyg
- elektroniska tjänster för ärendehantering och egenvård
- så kallade walk in-/open access-lösningar, där vården eller planeringen av vården inleds vid kundens första kontakt utan någon separat tidsbokning. Modellen kan användas både i brådskande och icke-brådskande ärenden.
- mobila tjänster och tjänster som förs ut i närmiljön (t.ex. portföljmodeller för mun- och tandvård, rådgivningsbyrå tillhandahåller tjänster på daghem)
- ordnandet av transporter säkerställs så att utsatta grupper i områden med otillräcklig kollektivtrafik kan få vård

Covid-19-epidemin har påskyndat införandet av i synnerhet distanstjänster och digitala verktyg.

Den omfattande förändringen i omvärlden måste beaktas vid granskningen. Det centrala är hur snabbt servicesystemet kan svara på denna förändring och realisera de möjligheter som social- och hälsovårdsreformen och utvecklingsprojekten ger på verksamhetsnivå och ekonomisk nivå. Det är också viktigt att bedöma tillgången på kunnig arbetskraft samt i vilken grad matchningen på arbetsmarknaden effektiviseras, liksom även de förändringar i servicebehovet som hänför sig till befolkningens stigande medelålder. Områdena är olika på alla dessa kritiska punkter.

Servicesystemet är utsatt för press som orsakas av flera olika faktorer på en och samma gång: organiseringsansvaret överförs till välfärdsområdena den 1 januari 2023, covidpandemin har föranlett en serviceskuld och det är en utmaning att få tag på personal. Ännu är det inte känt hur strejkerna bland hälso- och sjukvårdspersonalen våren 2022 kommer att påverka servicesystemet på längre sikt, det vill säga huruvida exempelvis serviceskulden kommer att öka till följd av strejkerna. Till följd av kriget i Ukraina väntas tiotusentals personer komma till Finland, och kommunerna och sjukvårdsdistrikten – framdeles välfärdsområdena – kommer att producera service också för dem, fastän ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster vilar på förläggningarna, enligt gällande lagstiftning. Trots att uppgifterna om tillgången till vård visar att merparten av besöken inom primärvården genomförs inom sju dygn och merparten av besöken inom mun- och tandvården genomförs inom tre månader innebär skärpningen av tidsgränsen i lagstiftningen en betydande åtstramning av skyldigheterna i förhållande till nuläget. För att ändringen ska vara kontrollerad är det befogat att skärpa tidsgränserna för att få vård etappvis, alltså så att det inledningsvis föreskrivs att tidsgränsen för att få öppen sjukvård inom primärvården

är längre än sju dygn och tidsgränsen för att få mun- och tandvård inom primärvården är längre än tre månader.

Bedömning av behoven att ändra lagstiftningen

I den gällande 51 § i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om bedömning av vårdbehovet inom primärvården, tillgång till primärvårdstjänster, tillgång till mun- och tandvård som ges i samband med primärvård och tillgång till specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård. Paragrafens bestämmelse om att få vård är tämligen enkel, eftersom det föreskrivs att vård ska ordnas inom skälig tid, dock inom tre eller sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. Syftet med reformen är att säkerställa ordnandet av primärvård inom sju dygn efter det att en individuell bedömning av vårdbehovet har gjorts. I praktiken räcker servicesystemets resurser inte till för att en tidsfrist på sju dygn ska kunna tillämpas på alla vårdbesök inom primärvården, utan genom lagstiftning ska skyldigheten att iaktta denna tidsfrist riktas till sådana tjänster där vård ska ordnas särskilt snabbt. Med beaktande av det som konstaterats ovan finns det behov av att föreskriva betydligt noggrannare än i de gällande bestämmelserna om vilka vårdhändelser som ska omfattas av tidsfristen på sju dygn för ordnande av vård och också om vilka bestämmelser som ska gälla de vårdhändelser på vilka tidsfristen på sju dygn inte tillämpas.

Inom mun- och tandvården är till följd av resursskäl tidsfristen för att få vård även i fortsättningen längre än inom den övriga primärvården, även om det finns anledning att förkorta den i enlighet med vad som konstaterats ovan. Bestämmelserna ska utarbetas med beaktande av branschens särdrag och de konsekvenser för regleringssättet som följer av en längre tidsfrist för att få vård. Eftersom det inom den specialiserade sjukvård som ges i samband med primärvården tillämpas en tidsfrist som baserar sig på remiss och en längre tidsfrist för när vård ska ordnas, är det också motiverat att föreskriva särskilt om detta.

På grund av det som konstaterats ovan är det motiverat att i separata paragrafer skilja åt bestämmelserna om vårdbehovet och bestämmelserna om tillgång till primärvård, mun- och tandvård och specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård. Eftersom lagstiftningsprojektet gäller bättre tillgång till primärvård har man i detta sammanhang inte granskat innehållet i regleringen av den specialiserade sjukvård som ges i samband med primärvård. Denna reglering om tillgång till vård motsvarar till sina principer bestämmelserna om att få vård inom den specialiserade sjukvården (52 § i hälso- och sjukvårdslagen).

Enligt 10 § i SHVS-lagen tillämpas på studerandehälsovård som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om rätten att få vård inom primärvården. Den bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen är skriven så att den förpliktar kommunen, varvid det som gäller kommunen vid tillämpningen av lagen förstås gälla även Studenternas hälsovårdsstiftelse. Det är alltså inte endast fråga om en informativ hänvisningsbestämmelse i den gällande lagen, eftersom det i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen inte föreskrivs något om Folkpensionsanstalten eller Studenternas hälsovårdsstiftelse.

När det gäller hälso- och sjukvården för fångar finns det för närvarande inga bestämmelser alls om rätten att få vård. I avsnitt 2.15 har det lyfts fram att det på grund av normalitetsprincipen och likställighetsprincipen inom fängsvården är motiverat att uttryckligen föreskriva om tidsgränser för ordnande av vård när det gäller hälso- och sjukvård för fångar. I avsnitt 2.1.6 redogörs för orsakerna till att det i fråga om hälso- och sjukvård som ordnas av Försvarsmakten dock

inte är motiverat att föreskriva om tidsgränser för ordnande av vård, åtminstone inte som en del av detta lagprojekt.

I enlighet med vad som konstaterats ovan är det motiverat att i fortsättningen i hälso- och sjukvårdslagen föreskriva närmare om rätten att få primärvård inom välfärdsområdet än i den gällande lagstiftningen. Det leder till att regleringen kommer att delas upp på flera paragrafer. Man måste också bedöma hur det i fortsättningen ändamålsenligt och tydligt kan föreskrivas om ordnandet av vård inom hälsovården för högskolestuderande och inom hälso- och sjukvården för fångar.

Alternativen är 1) att i 10 § i SHVS-lagen göra endast nödvändiga tekniska ändringar i hänvisningarna till de nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen, och införa motsvarande hänvisningar till hälso- och sjukvårdslagen i kapitlet om social- och hälsovård i fängelselagen och häktningsslagen; 2) att i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om tillgång till vård uttryckligen föreskriva också om Folkpensionsanstaltens och Studenternas hälsovårdsstiftelses skyldigheter och eventuellt också om skyldigheterna för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar; 3) att särskilt föreskriva om tillgång till vård i SHVS-lagen samt fängelselagen och häktningsslagen.

Alternativ 1 är en rätt enkel lösning i lagtekniskt hänseende. Dess svaghet är dock att bestämmelserna kan vara svåra att tolka, eftersom det för varje bestämmelse måste tolkas vilka lagbestämmelser om välfärdsområdets förpliktelser som ska tillämpas på Folkpensionsanstalten, Studenternas hälsovårdsstiftelse och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Oklarhet kan uppkomma till exempel därför att serviceutbudet inom SHVS inte omfattar exempelvis medicinsk rehabilitering, vilket innebär att hänvisningar till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om ordnande av rehabilitering kan leda till ett oklart rättsläge. Alternativ 2 har en viss lagsystematisk svaghet, eftersom hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde huvudsakligen gäller hälso- och sjukvård som ordnas av kommunerna och samkommunerna, i fortsättningen av välfärdsområdena, även om det redan nu finns bestämmelser om studerandehälsovården för högskolestuderande i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Om det i bestämmelserna också föreskrivs om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, utvidgas hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde till verksamhet som den inte tidigare har tillämpats på. Fördelen med alternativ 3 är att det när det föreskrivs om saken i SHVS-lagen samt fängelselagen och häktningsslagen är klart vilken förpliktelse som gäller Studenternas hälsovårdsstiftelse eller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Dessutom är det, när det särskilt föreskrivs om detta i egna speciallagar, vid behov möjligt att göra lagtekniskt tydliga anpassningar i bestämmelserna om studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar. En nackdel är att paragrafer som i huvudsak motsvarar varandra upprepas i flera lagar. I fråga om fängelselagen och häktningsslagen baserar sig detta delvis på det valda regleringssättet i de nämnda lagarna, där identiska bestämmelser upprepas till exempel i de kapitel som gäller just social- och hälsovården.

Som helhet betraktat bedöms alternativ 3 vara det mest ändamålsenliga regleringssättet när det gäller studerandehälsovården för högskolestuderande. Det är det tydligaste regleringssättet och det gör det möjligt att beakta studerandehälsovårdens särdrag. Alternativ 1 bedöms vara det mest ändamålsenliga regleringssättet inom hälso- och sjukvården för fångar. Det beror på att tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården för fångar inte har definierats i lag, till skillnad från inom studerandehälsovården, och det är inte ändamålsenligt att börja definiera fastställa bestämmelser om tillgång till vård i detta lagprojekt. Alternativ 1 är därför det bäst fungerande alternativet.

När det gäller hälso- och sjukvården för fångar bör det för konsekvensens skull också föreskrivas om ordnande av specialiserad sjukvård, eftersom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar också ordnar specialiserad sjukvård för fångar. Inom studerandehälsovården för högskolestuderande ordnas endast tjänster som hör till primärvården.

I 4 § 1 mom. i patientlagen finns en hänvisningsbestämmelse enligt vilken det i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om intagning för vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård. Eftersom det i fortsättningen är motiverat att i flera lagar föreskriva om ordnande av vård i enlighet med vad som konstaterats ovan, måste bestämmelsen i patientlagen ändras. Ett regleringssätt vore att till bestämmelsen foga hänvisningar också till SHVS-lagen, fängelselagen och häktningsslagen. Eftersom det finns bestämmelser om ”intagning för vård och ordnande av vård” också i andra lagar (om än inte om tidsgränserna för intagning till vård), är det inte nödvändigtvis informativt att bara räkna upp vissa lagar i bestämmelsen; det kan till och med vara vilseledande. Det är således mer motiverat att ändra hänvisningsbestämmelsen så att den blir mer allmän eller att helt stryka den informativa hänvisningen i paragrafen. Också hänvisningen till hälso- och sjukvårdslagen i lagen om elev- och studerandevård bör ses över.

3 Målsättning

Syftet med propositionen är att stärka bastjänsterna inom hälso- och sjukvården och förbättra tillgången till tjänster. Genom att stärka bastjänsterna minskar välfärds- och hälsoskillnaderna mellan individerna och förbättras medborgarnas jämlikhet. I regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering förbättras tillgången till tjänster på basnivå inom social- och hälsovården genom att skärpa vårdgarantin så att var och en i fortsättningen får icke-brådskande vård inom en vecka (sju dagar) från det att vårdbehovet bedömts. Enligt regeringsprogrammet förbättras tillgången till mun- och tandvård och mentalvårdstjänster. Reformen är förknippad med programmet Framtidens social- och hälsocentral och hör också ihop med strukturreformen inom social- och hälsovården.

Syftet med propositionen är att förbättra tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården så att man inom primärvården får tillgång till icke-brådskande sjukvård inom sju dygn från det att det gjorts en individuell bedömning av vårdbehovet. Dessutom syftar propositionen till att förbättra tillgången till vård inom mun- och tandvården så att tidsgränsen för att få vård förkortas till tre månader. För att välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska klara av att gå över till de nya tidsgränserna för att få vård, som är betydligt stramare än de nuvarande, finns det skäl att genomföra övergången etappvis så att tidsgränserna är längre under drygt ett år från det att regleringen trätt i kraft.

Lagstiftningen om tillgången till vård gäller förutom den hälso- och sjukvård som ordnas av välfärdsområdena också den studerandevård som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse samt hälso- och sjukvården för fångar som är underställd Institutet för hälsa och sjukvård och ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Syftet med att uttryckligen föreskriva om tidsgränser för tillgången till vård som gäller hälso- och sjukvården för fångar är att trygga förverkligandet av normalitetsprincipen för fångvården och jämlikhet.

Enligt nuvarande lagstiftning ska den icke-brådskande vård som vid bedömning av vårdbehovet konstaterats behövt inom primärvårdens sjukvård ordnas inom tre månader och inom mun- och tandvården inom sex månader från det att vårdbehovet har bedömts. Till följd av dessa långa tidsgränser är det tämligen stora regionala variationer i tillgången till vård. Syftet med de skärpta

tidsgränserna för tillgången till vård som nu föreslås är att förbättra förverkligandet av regional jämlikhet för invånarna när det gäller tillgången till tjänster.

Syftet med lagförslaget är att genom förbättrad tillgång till vård minska välfärds- och hälso-skillnaderna mellan befolkningsgrupperna. Genom snabbare tillgång till tjänster kan anhopade och utdragna problem förebyggas och behovet av tjänster på specialnivå minskas. Fördröjd tillgång till vård kan försämra kunden situation och komplicera behandlingen av många hälsoproblem och på så sätt öka kostnaderna.

Snabbare tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården minskar patienternas behov att uppsöka jourtjänster. Då hänvisas patienterna till tjänster, genom vilka vi bättre kan svara mot deras behov.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att en patient ska få icke-brådskande vård inom primärvården inom sju dygn från det att det har gjorts en individuell bedömning av patientens vårdbehov. Inom primärvårdens mun- och tandvård ska icke-brådskande vård ges inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. De skärpta bestämmelserna om tidsgränserna för tillgång till vård ska gälla den primärvård som är på välfärdsområdenas organiseringsansvar samt den studerande-hälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar. Dessutom föreslås att bestämmelserna om tidsgränser för tillgång till vård, inklusive bestämmelserna om att få vård inom den specialiserade sjukvården, i fortsättningen uttryckligen ska gälla även den hälso- och sjukvård för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Verksamheten ska ordnas på ett sådant sätt att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och under samma dag få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov, hur brådskande behovet är och vilken slags yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som ska utföra undersökningarna eller ge vården. Denna bedömning av vårdbehovet ska göras av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Inom mun- och tandvården ska bedömningen dock kunna göras även av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. När behovet av undersökning eller vård har konstaterats, ska den första vårdhändelsen ordnas inom sju dygn, medan den inom mun- och tandvården ska ordnas inom tre månader.

Inom sju dygn ska den första vårdhändelsen ordnas, när patienten söker icke-brådskande sjukvård inom primärvården på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det konstateras vara medicinskt nödvändigt att ge vård. Inom mun- och tandvården ska undersökning eller vård som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en skälig tid, dock inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Vården ska utöver av en läkare eller tandläkare även kunna ges av någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och inom mun- och tandvården även av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

Den som ordnar tjänsterna föreslås ha en skyldighet att inom tidsgränsen erbjuda patienten en vårdtid. Det ska samrådas med patienten om en lämplig tid, och när en vårdtid erbjuds ska strävan vara att beakta patientens önskemål. När vårdtider erbjuds ska strävan vara att hitta en tid som passar patienten, vid behov genom att använda köpta tjänster. Patienten har dock ingen

absolut rätt att kräva att vårdbesöket sker just vid en mycket specifik tidpunkt. Ett välfärdsområde ska köpa tjänster av andra tjänsteproducenter, om området inte klarar av att ge vård inom de tidsgränser som anges i lag. Denna reglering föreslås också bli preciserad med en bestämmelse enligt vilken välfärdsområdet i samband med bedömningen av vårdbehovet ska bedöma om det klarar av att producera undersökningarna och vården inom tidsgränsen. I praktiken får verksamheten inte ordnas så oflexibelt att patienterna rutinmässigt erbjuds endast ett par möjliga tider, eller att en patient medvetet erbjuds mottagningstider som inte passar, trots att fler lediga tider finns, och att man med hänvisning till det vägrar att hänvisa patienten till en annan tjänsteproducents tjänster. Ett välfärdsområde har skyldighet att ordna sin verksamhet så att det antingen som områdets egen produktion eller som köpt tjänst finns tillgängliga undersöknings- och vårdtider så att patienterna har faktisk möjlighet att få service inom de föreskrivna tidsgränserna. Vid bedömningen ska det också bedömas huruvida patienten behöver undersökning eller vård snabbare än inom sju dygn eller mun- och tandvård snabbare än inom tre månader. Det samma gäller studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar.

Dessutom föreslås det att om en patient på basis av bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare och den yrkesutbildade personen konstaterar att det finns behov av undersökning eller behandling hos en läkare eller tandläkare, ska tillgång till läkare ordnas inom de följande sju dygnen inom primärvårdens sjukvård eller tillgång till tandläkare ordnas antingen inom de följande fyra veckorna eller alternativt inom tre månader från den ursprungliga bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet. Syftet med regleringen är att trygga patientens rättigheter, så att tidsgränserna för tillgång till vård inte ska kunna kringgå genom att hänvisa patienten till en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, när patienten har behov av en läkares eller tandläkares tjänster. I fråga om mun- och tandvården föreskrivs också en skyldighet att ordna mottagningstid hos en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården inom tre månader, om en tandläkare konstaterar att det finns behov av en specialisttandläkares tjänster.

Tidsgränsen på sju dagar inom primärvården ska enligt förslaget inte gälla vårdhändelser i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin och vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården och som avses i 22 § eller i övrigt. Inte heller ska tidsgränsen gälla tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande, exempelvis hälsorådgivning och hälsokontroller, samt andra tjänster inom den förebyggande hälso- och sjukvården.

När det är fråga om till primärvården hörande icke-brådsakande vård, rehabilitering samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande som inte omfattas av tidsgränsen på sju dygn ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från den första kontakten och bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Enligt förslaget får väntetiden inte överskrida tre månader, och bestämmelserna innehåller en direkt skyldighet att beakta omständigheter som gör att vården kan behöva ordnas snabbare, i vissa situationer betydligt snabbare. Vissa tjänster, det vill säga screeningar, vissa periodiska kontroller samt en del av vaccinationerna omfattas inte heller de av den tre månader långa tidsgränsen för att få vård, eftersom det föreskrivs särskilt om givandet av sådana tjänster.

Inom mun- och tandvården ska tidsgränsen på tre månader inte gälla situationer där det i vårdplanen har skrivits in ett individuellt undersöknings- eller vårdintervall för patienten, om det

inte vid bedömningen av vårdbehovet framgår behov av att avvika från den tidpunkt som följer av undersöknings- eller vårdintervallet. Tidsgränsen avses inte heller gälla en periodisk kontroll av munhälsan som genomförs inom ramen för rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården, eftersom det föreskrivs särskilt om givande av dem. Om dock en sådan hälsokontroll utförs av någon annan yrkesutbildad person än en tandläkare och behov av tandläkartjänster konstateras, ska det ordnas med tillgång till tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades.

Bestämmelserna om att få vård föreslås också bli preciserade så att en vårdperiod ska slutföras inom skälig tid utan onödiga fördröjningar mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska det anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det föreslås att skärpningen av tidsgränserna för att få vård genomförs etappvis så att det inom primärvårdens icke-brådskande sjukvård den 1 september 2023–31 oktober 2024 gäller en tidsgräns på 14 dygn för att få vård i stället för sju dygn och inom mun- och tandvården en tidsgräns på fyra månader för att få vård istället för tidsgränsen på tre månader. Detta gör det möjligt för tjänsteanordnarna att på ett mer kontrollerat sätt gå över till de skärpta tidsgränserna för att få vård, så att förändringen inte är så stor med en gång. Ett sådant genomförandesätt bedöms göra det lättare för tjänsteanordnarna att verkställa skärpningen av tidsgränserna för att få vård, eftersom de har tid att lägga om och utveckla sin verksamhet under en längre övergångsperiod. Om en patient i öppen sjukvård inom primärvården emellertid först har hänvisats till en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare och behov av en läkares tjänster upptäcks ska patienten få tillgång till vård inom de följande sju dyggen, så till denna del är tidsgränsen inte längre. Inom mun- och tandvården ska patienten få tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av en tandläkares tjänster konstaterades eller inom fyra månader från den bedömning av vårdbehovet utifrån vilken patienten hänvisades till den andra yrkesutbildade personen. Till övriga delar motsvarar de bestämmelser som föreslås gälla i 14 månader de bestämmelser som föreslås gälla tills vidare.

I fortsättningen ska det föreskrivas särskilt om högskolestuderandes tillgång till vård i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. I fängelselagen och häktningsslagen ska det föreskrivas om tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar genom bestämmelser där det hänvisas till hälso- och sjukvårdslagen. I fråga om hälso- och sjukvården för fångar ska det också föreskrivas om iakttagande av tidsgränser för tillgång till specialiserad sjukvård. Inom studerandehälsovården för högskolestuderande ordnas ingen specialiserad sjukvård. De föreslagna bestämmelserna om tillgång till vård inom studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar motsvarar de bestämmelser som gäller välfärdsområdena. I bestämmelserna föreslås dock vissa anpassningar för att beakta verksamhetens särdrag.

Regleringen om att få vård inom välfärdsområdenas specialiserade sjukvård föreslås inte ändras. I fortsättningen föreslås det föreskrivas det i en egen paragraf om att få vård inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, men innehållet i regleringen ändras inte.

Välfärdsområdena, Studenternas hälsovårdsstiftelse och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska offentliggöra uppgifter om tillgången till vård på internet, och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska göra dessa uppgifter tillgängliga även i fängelset. Uppgifterna om erhållandet av vård produceras av Institutet för hälsa och välfärd, vilket gör att uppgifterna är jämförbara för de olika anordnarnas vidkommande. I fråga om verksamhetsenheter inom primärvårdens öppenvård och mun- och tandvård ska bestämmelsen ändras så att uppgifterna om tillgången till vård ska offentliggöras varje kalendermånad. I fråga om specialiserad sjukvård

ska uppgifterna om tillgången till vård offentliggöras med fyra månaders mellanrum, precis som i nuläget.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Allmänt

Propositionen medför att välfärdsområdena behöver göra en bestående utökning av kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård. Trots att det delvis är möjligt att öka kapaciteten genom att utveckla de nuvarande verksamhetsrutinerna, blir välfärdsområdena dock tvungna att anvisa större anslag än för närvarande till primärvårdens öppna sjukvård och med tilläggsfinansieringen till exempel utöka personalen, köpa tjänster till kunderna, skapa nya arrangemang med servicesedlar och investera i nya digitala lösningar. Välfärdsområdenas ökande kostnader finansieras av staten och i smärre mån av de kunder som använder sig av tjänsterna. Redan innan lagen träder i kraft bör välfärdsområdena utöka kapaciteten för att förkorta värdköerna.

En förbättrad tillgång till primärvårdens öppna sjukvård kommer sannolikt att öka efterfrågan på tjänsterna. Patienternas beteende är svårt att bedöma på förhand, eftersom tidsgränserna för tillgång till vård inom primärvården i Finland är exceptionellt långa i jämförelse med till exempel de flesta andra länderna i Europa. Dessutom är den finländska primärvården i och med sina många kanaler ganska exceptionell i förhållande till europeiska jämförelseländer.

Efterfrågan på mun- och tandhälsovårdstjänster inom välfärdsområdena väntas inte öka, eftersom den i propositionen angivna väntetiden om tre månader till icke-brådskande vård alltså är lång. Utöver finansiering av engångskaraktär som riktas till kapacitet att korta av köerna behövs permanent finansiering i någon mån för att vårdperioderna ska kunna slutföras inom skälig tid och för att tillgången till tjänster som ges av specialisttandläkare inom primärvården ska tryggas.

Propositionen får återverkningar på många tjänstesektorer som anknyter till primärvårdens öppna sjukvård. För den specialiserade sjukvårdens tjänster består återverkningarna av både sådana verkningar som ökar kostnaderna och sådana som stävjar kostnaderna. Det bedöms att vårdperioderna på vårdavdelning inom primärvården till en del kommer att bli färre. Propositionen bedöms medföra att en del av de patienter som i nuläget får vård vid en akutmottagning i fortsättningen kommer att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård. Från den tjänsteproduktion som motsvarar hälsovårdscentralernas tjänsteutbud och som finansieras med hjälp av sjukförsäkringen eller köps av arbetsgivare via företagshälsovården bedöms det att en del av efterfrågan småningom förskjuts till välfärdsområdets primärvårdstjänster. Propositionen gäller också studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar.

I denna propositions konsekvensbedömning fokuseras det i första hand på de väsentligaste konsekvenserna av de föreslagna lagarna, och bedömningen har gjorts i förhållande till nuläget. Beloppen i de ekonomiska bedömningarna anges enligt kostnadsnivån 2019, om inte annat anges.

Bedömningen av propositionens konsekvenser har visat sig vara exceptionellt komplicerad och utmanande. Bakgrunden utgörs av flera samtidiga, svårbedömda och sinsemellan inverkan förändringsfaktorer och deras sammanlagda effekter, som tidsmässigt och regionalt kan få olika konsekvenser och gå i olika riktning.

Strukturreformen inom social- och hälsovården kommer att förändra hälso- och sjukvårdens hela verksamhetsmiljö, och sannolikt också vissa invanda lagbundenheter till exempel i fråga om vårdkedjor och kostnadsfördelning. Det är svårt att förutse alla dessa förändringar och tidsramen för dem. Hur de faller ut beror också på hur man lyckas leda och genomföra förändringen och på regionala lösningar som kan variera.

Covid-19-pandemin har gjort det svårt att förutse alla samhällsfunktioner. Kraven på åtgärder inom hälso- och sjukvården har överraskat servicesystemet och varierat under pandemins olika faser. Eftervården av pandemin, och i synnerhet avhjälpandet av vård- och serviceskulden, kommer att ta flera år och torde ske på olika sätt och i olika tidsperspektiv i olika delar av landet. Konsekvenserna av den striktare vårdgarantin beror också delvis på enskilda medborgares och arbetsgivares beteende, som konstaterats vara svårt att förutse.

Det har inte varit möjligt att till grund för konsekvensbedömningen producera en sådan tillförlitlig, uppdaterad kunskapsbas som förändras med verksamhetsmiljön och utifrån vilken det vore möjligt att exakt förutse konsekvenserna 2023 och 2024 när den striktare vårdgarantin införs samt därefter. Detta problem beskrivs i beskrivningen av nuläget. Det har varit nödvändigt att uppdatera konsekvensbedömningen flera gånger redan under remissrundan och den fortsatta beredningen, när fakta ändrat och faktaunderlaget utökats.

Den verbala och numerära konsekvensbedömningen innehåller avsevärda antaganden, förenklingar, val och osäkerhetsfaktorer. Vid den sakkunnigbedömning som utförts som tjänsteuppdrag har det varit nödvändigt att i många avseenden träffa val till exempel för att förankra nuläget i 2019, vilket var det sista normala verksamhetsåret före covid-19-pandemin, för att minska antalet faktorer som komplicerar bedömningen. Det innebär å andra sidan att det inte har varit möjligt att beakta till exempel den hur den kraftiga ökningen av digitala och andra nya arbetssätt eventuellt har stärkt produktiviteten och sänkt enhetskostnaderna.

Det har visat sig väldigt svårt att definiera en utgångsnivå för tillgången till vård, när situationen ständigt förändras på grund av de enorma bristerna i kvaliteten på uppgifterna om tillgången till vård. I en del regioner kan tillgången till vård framstå som bättre eller sämre än den är, beroende på analysstidpunkten och exempelvis uppdateringar av informationssystemen. Tillgången varierar mellan olika delar av landet och kan förändras väldigt snabbt till exempel om det kommer en svårare eller lättare våg av covid-19-epidemin, eller om vårdköerna upplöses. Det dolda behovet är inte känt och har inte varit möjligt att förutspå. Det är mycket svårt att förutspå hur tillgången kommer att utvecklas under kommande år. Det har också varit nödvändigt att bedöma kostnadsförändringar, behovet av tilläggskapacitet och kedjeeffekter under en period på flera år, vilket också kan bli en komplicerande faktor och påverka totalkostnaden när befolkningsprofilen förändras, till exempel i form av högre medelålder.

Konsekvensbedömningen har syftat till en beskrivning av konsekvenserna av bättre tillgång till vård – riktning, storleksordning och tidsram – också för andra tjänsters del. Bakgrunden utgörs delvis av vetenskaplig forskning och den kunskapsbas som är tillgänglig i register. Till stor del har det dock varit nödvändigt att basera slutsatserna på social- och hälsovårdsministeriets experters helhetsbedömning. Arbetsmetoden vid en enskild undersökning under kontrollerade förhållanden har till exempel inte alltid kunnat tillämpas i realvärldens komplexa verksamhetsmiljö.

Till följd av frågans komplexitet och flera samtidiga komplicerande faktorer kan de verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av den skärpta vårdgarantin sannolikt verifieras först flera år i efterhand, till exempel med hjälp av hälsoekonomisk och verksamhetsekonomisk

forskning. Det är ytterst sannolikt att det även i efterhand kommer att vara en mycket stor utmaning att verifiera propositionens ekonomiska konsekvenser på ett tillförlitligt sätt.

Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi

Propositionen medför att välfärdsområdena behöver utöka kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård. Behovet föranleds av att kunderna över huvud taget kanske i högre grad än tidigare kommer att använda sig av tjänsterna inom välfärdsområdenas primärvård och av att en bättre servicenivå i fråga om tillgången till vård kan medföra svinn och behov av förberedelser i någon mån. I stället för att använda sig av tjänster som erbjuds parallellt med välfärdsområdenas tjänster, dvs. främst företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och privata tjänster som ersätts från sjukvårdsförsäkringen, kan det hända att kunderna i större utsträckning än tidigare börjar använda sig av välfärdsområdenas tjänster. Det kan också hända att arbetsgivare som köper företagshälsovårdens tjänster småningom i allt mindre grad köper sjukvårdstjänster från företagshälsovården. Skärpta krav på tillgång till vård kan också medföra ineffektivitet i någon mån, eftersom det jämfört med tidigare måste finnas fler lediga tider i tidsbokningskalendern. Det gäller att i större utsträckning än förr vara beredd på och reagera på diverse sporadiska variationer och säsongsvariationer. Det har också bedömts att kapaciteten efter att propositionen trätt i kraft måste höjas för att svara på den så kallade uppdämda efterfrågan. Utöver genom utvecklade verksamhetsrutiner kan kapaciteten ökas till exempel genom att utöka både vårdpersonal och stödpersonal i verksamheten i fråga, använda mera teknik som utnyttjar digitaliseringen eller köpa primärvårdstjänster från andra tjänsteproducenter och använda sig av servicesedlar.

Det bedöms att behovet av kapacitet för att betjäna de nuvarande kunderna inom primärvårdens öppna sjukvård ökar så att verksamheten från och med införandet av den sju dygn långa tidsgränsen bör utvidgas med 9 procent i förhållande till de nuvarande kostnaderna, vilket betyder att kostnadstrycket till denna del är ca 160 miljoner euro. Under den övergångstid som föreslås i propositionen, medan tidsgränsen för att få vård är 14 dygn, beräknas denna tilläggskapacitet som behövs för att de nuvarande kundernas servicenivå ska höjas vara 7 procent i förhållande till den nuvarande kapaciteten, vilket på årsnivå innebär ett kostnadstryck som uppgår till ca 120 miljoner euro. Dessa bedömningar har gjorts av sakkunniga vid social- och hälsovårdsministeriet, och när de utarbetats har det gjorts ansträngningar att beakta nuläget för primärvårdens öppna sjukvård och anknytande tjänstesektorer samt propositionens konsekvenser i form av en ökad efterfrågan på tjänster och ändringsbehov som bottnar i att servicenivån höjs och som gäller serviceproduktionens verksamhet och kapacitet. Dessa parametrars betydelse för de ekonomiska konsekvenserna som helhet är synnerligen stor, men trots det har det inte gått att som underlag sammanställa en enhetlig och tillförlitlig kalkylmässig grund som skulle basera sig på tillgängliga registerdata och vetenskaplig forskning. Den vetenskapliga litteraturen om bedömning av väntetider i hälso- och sjukvården har stött sig på köteoretisk modellering vid modellering av tillgången till enskilda ingrepp inom den specialiserade sjukvården (exempel: Yaduvanshi, D., & Sharma, A., & More, P. (2019). Application of Queuing Theory to Optimize Waiting-Time in Hospital Operations. *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*, 12(3), 165–174.). I den vetenskapliga litteraturen om väntetider i öppen sjukvård inom primärvården har agentbaserad simulering använts på senare år (Comis, M., Cleophas, C., & Büsing, C. (2021). Patients, primary care, and policy: Agent-based simulation modeling for health care decision support. *Health Care Management Science*, 1–28.), och genom tillämpning av den skulle man troligtvis nå fram till möjligast tillförlitliga prognoser över behovet av kapacitetsökningar. Detta skulle emellertid förutsätta en stor mängd sådana data om utbudet och efterfrågan på service som nu inte finns i något register samt modelleringsarbete i en omfattning som är synnerligen stor med beaktande av att primärvården i Finland ges inom ramen för ett servicesystem som omfattar flera olika kanaler och också uppvisar andra särdrag.

Utöver den permanenta kapacitetsökningen bedöms det utgående från sakkunnigbedömningen att den uppdämda efterfrågan, förkortandet av köerna och övriga omställningskostnader medför ett kostnadstryck på välfärdsområdena som på årsnivå utgör 3 procent av kostnaderna i nuläget för primärvårdens öppna sjukvård, vilket motsvarar ca 52 miljoner euro. Välfärdsområdena behöver i god tid börja förbereda sig för att tackla den uppdämda efterfrågan och skärpningen av tidsgränserna, varför det är sannolikt att omlägningskostnaderna kommer att vara störst redan 2023. Omställningskostnaderna väntas därmed fördela sig så att 60 procent av dem infaller 2023, då välfärdsområdena från och med september ska klara av att tidsgränsen för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård är 14 dygn. År 2024 väntas 20 procent av omställningskostnaderna infalla, och detsamma gäller 2025.

Kostnadstrycket på grund av efterfrågan som förskjuts från de sjukvårdstjänster inom företagshälsovården som motsvarar hälsovårdscentralernas öppna sjukvård väntas enligt sakkunnigbedömningen bli 5 procent av kostnaderna för företagshälsovårdens sjukvårdstjänster det andra året efter propositionens ikraftträdande och 10 procent från och med det tredje året efter propositionens ikraftträdande. I gengäld väntas enligt sakkunnigbedömningen kostnadstrycket på grund av efterfrågan som förskjuts från tjänster som motsvarar hälsovårdscentralernas öppna sjukvård och som ersätts från sjukförsäkringen bli 2 procent av de tjänster som ersätts från sjukförsäkringen det första året efter propositionens ikraftträdande, 5 procent det andra året och 10 procent från och med det tredje året. När det gäller förskjutningen av efterfrågan har det dock bedömts att endast en tredjedel av de undersökningar som genomförs med anknytning till företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och tjänster som ersätts från sjukförsäkringen kommer att utföras vid hälsovårdscentralerna i fortsättningen.

Sammantaget bedöms det att kostnadstrycket på välfärdsområdenas hälsovårdscentraler i hela Fastlandsfinland i jämförelse med nuläget blir 73 miljoner euro 2023, 147 miljoner euro 2024, 195 miljoner euro 2025 och 198 miljoner euro från och med 2026. I förhållande till de nuvarande kostnaderna för verksamheten innebär det en ökning på 4,1 procent 2023, 8,4 procent 2024, 11,1 procent 2025 och 11,3 procent från och med 2026. Kostnadsfördelningen kommer att skilja sig åt mellan de olika välfärdsområdena, beroende på val som träffas i områdena och avvägningar som gäller den tilläggspersonal och de olika yrkesgrupperna i den som behövs, digitaliseringen och andra nya verksamhetsmodeller samt köpta tjänster och servicesedlar. Kalkylmässigt väntas detta kostnadstryck på nationell nivå i fråga om de personalresurser som ekonomiskt är mest signifikanta motsvara 226 läkares och 208 sjukskötares årsverken 2023, 465 läkares och 402 sjukskötares årsverken 2024, 641 läkares och 498 sjukskötares årsverken 2025 samt 672 läkares och 476 sjukskötares årsverken från och med 2026. Denna kalkylmässiga uppskattning baserar sig på yrkesgruppsspecifika kostnadsuppgifter i Institutet för hälsa och välfärds statistik om hälso- och sjukvårdens utgifter och finansiering, på antagandet att en läkare dagligen tar emot sju patienter och en sjukskötare tio patienter samt på antagandet att enhetskostnaden för ett läkarbesök är 86 euro och för ett sjukskötarbesök 50 euro. Från och med 2026 innebär det ovannämnda kalkylmässigt en ökning på cirka 1 035 000 läkarbesök och 1 045 000 sjukskötarbesök vid välfärdsområdenas hälsovårdscentraler jämfört med 2019.

Genomförandet av propositionen förutsätter att man förkortar köerna av patienter som har väntat på icke-brådskande undersökning eller behandling hos primärvårdens mun- och tandvård i över tre månader. Det kalkylmässiga värdet av att förkorta köerna kan beräknas utifrån uppgifter om mottagningsbesök, ekonomi och väntetider under året före coronavirusepidemin, dvs. 2019, samt uppgifter om väntetider hösten 2021. År 2019 skedde cirka 84 procent och i september 2021 cirka 87 procent av besöken hos mun- och tandvården inom den tidsgräns som nu föreslås, dvs. inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Antalet personer som hade väntat på icke-brådskande mun- och tandvård i över tre månader från bedömningen av vårdbehovet var i

oktober 2019 cirka 6 900 och i september 2021 cirka 7 900. Utifrån dessa uppgifter och uppgifter om väntetider från tidigare år samt med beaktande av eventuella uppgiftsbrister i registret Avohilmo kan man uppskatta att antalet personer som har väntat på vård i över tre månader som mest kan uppgå till cirka 10 000 personer 2023 vid en tvärsnittstidpunkt före första etappen av vårdgarantireformen. Av dem har uppskattningsvis högst 6 000 personer väntat på vård i över fyra månader.

År 2019 var bruttokostnaderna för mun- och tandvården 326 euro/kund och nettokostnaderna (intäkterna av klientavgifterna beaktade) 238 euro/kund. Bruttokostnaderna för att förkorta den ovannämnda kön på cirka 10 000 personer blir således cirka 3,3 miljoner euro och nettokostnaderna cirka 2,4 miljoner euro. Dessutom bör man beakta kostnader för sådant som anknyter till förkortandet av köerna, såsom mertidsarbete, köpta tjänster och servicesedlar samt därtill hörande administrativa kostnader. De kostnaderna beräknas uppgå till sammanlagt högst 1,7 miljoner euro. Att skärpa tidsgränsen för tillgång till mun- och tandvård från sex till tre månader förutsätter finansiering av engångskaraktär till ett belopp av sammanlagt cirka 5 miljoner euro. Inkomsterna av klientavgifter beräknas öka med 0,9 miljoner euro till följd av denna förkortning av köerna. Intäkterna av klientavgifter blir något mindre än detta uppskattade belopp därför att klientavgifterna inom mun- och tandvården ingår i avgiftstaket från ingången av 2022. Av kostnaderna för den förkortning av köerna som behövs på grund av den etappvisa skärpning av tidsgränserna för att få vård som föreslås i propositionen bedöms 60 procent, det vill säga cirka 3 miljoner euro, infalla 2023 medan 40 procent, alltså cirka 2 miljoner euro, infaller 2024.

Utöver förkortningen av köerna till mun- och tandvården bedöms det att hållandet av tidsgränserna för att få icke-brådsakande vård kommer att förutsätta tilläggskapacitet i någon mån när det gäller den mun- och tandvård som ges vid hälsovårdscentralerna. I den första etappen av skärpningen av tidsgränserna för att få vård, när tidsgränsen för att få mun- och tandvård är fyra månader, bedöms hälsovårdscentralernas mun- och tandvård för vuxna behöva en kapacitetsökning om ungefär en halv procent för att situationen ska förbli som den är. När den slutliga tre månader långa tidsgränsen för att få vård träder i kraft bedöms det finnas behov av en kapacitetsökning som utgör en procent av hälsovårdscentralernas mun- och tandvård för vuxna. Det kostnadstryck på hälsovårdscentralernas mun- och tandvård som bevarandet av situationen orsakar utgör därmed ca 0,6 miljoner euro 2023, ca 2 miljoner euro 2024 och 3,5 miljoner euro från och med 2025.

Propositionen har ekonomiska återverkningar på andra tjänster som välfärdsområdena ansvarar för att ordna. Med utgångspunkt i de av Kommunförbundet publicerade uppgifterna om remisser som inkommit till den specialiserade sjukvården, kostnadsuppgifterna i statistiken över kommunekonomin och åtgärdsuppgifterna i Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister bedöms en ökad användning av primärvårdens tjänster leda till ett ökat antal remisser, så att 10 procent av de i jämförelse med nuläget nya besöken ger upphov till remisser som leder till vårdåtgärder inom den specialiserade sjukvården, och den genomsnittliga kostnaden för en sådan vårdåtgärd beräknas vara 500 euro. Med beaktande av att företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och de besök som ersätts från sjukförsäkringen minskar därför att läkarbesöken inom primärvårdens öppna sjukvård ökar i antal väntas de ökade remisserna orsaka ett kostnadstryck på välfärdsområdena som är ca 17 miljoner euro 2023, ca 33 miljoner euro 2024, ca 40 miljoner euro 2025 och ca 37 miljoner euro från och med 2026.

Efterfrågan på jourtjänster dygnet runt på primärvårdsnivå vid primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens samjour väntas enligt sakkunnigbedömningen minska i och med att tillgången till primärvårdstjänster under tjänstetid förbättras, så att volymen av den verksamheten i förhållande till nuläget minskar med 5 procent det första året efter propositionens ikraftträdande, 10 procent det andra året och 15 procent från och med det tredje året. Med utnyttjande

av verksamhetsuppgifterna i Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister och utgående från antagandet att kostnaderna per enhet för läkarbesök inom denna verksamhet är 240 euro medan kostnaden per enhet för besök hos övriga yrkesutbildade personer är 120 euro skulle detta minska kostnadstrycket på välfärdsområdena med ca 3 miljoner euro 2023, ca 10 miljoner euro 2024, ca 17 miljoner euro 2025 och ca 23 miljoner euro från och med 2026. En ökad användning av primärvårdens tjänster och kortare väntetider till vård väntas enligt sakkunnigbedömningen också ersätta användning av den specialiserade sjukvårdens tjänster så att 10 procent av de i jämförelse med nuläget nya läkarbesöken vid hälsovårdscentralerna ersätter besök inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård det första året efter propositionens ikraftträdande, medan motsvarande andel är 15 procent från och med det andra året. Dessutom bedöms den ökade användningen av primärvårdsservice och den snabbare tillgången till vård förhindra att besvär och behov blir värre, så att en halv procent av sjukhusperioderna inom den specialiserade sjukvården kan undvikas det första året efter propositionens ikraftträdande och en procent kan undvikas från och med det andra året. Nedgången i antalet sjukhusperioder inom den specialiserade sjukvården minskar enligt denna bedömning med utnyttjande av kostnadsuppgifterna i statistiken över kommunekonomin och kostnadsfördelningsuppgifterna i statistiken över hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering kostnadstrycket på välfärdsområdena med ca 6 miljoner euro 2023, ca 24 miljoner euro 2024 och ca 36 miljoner euro från och med 2025. När läkarbesöken inom ramen för företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och de läkarbesök som ersätts från sjukförsäkringen beaktas minskar ökningen av antalet läkarbesök inom primärvårdens öppna sjukvård besöken inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård så att kostnadstrycket på välfärdsområdena minskar med ca 11 miljoner euro 2023, ca 25 miljoner euro 2024 och ca 36 miljoner euro från och med 2025.

Sammantaget bedöms det att kostnadstrycket på den specialiserade sjukvårdens tjänster i välfärdsområdena i jämförelse med nuläget (läget år 2019) minskar med 3 miljoner euro 2023, 26 miljoner euro 2024, 53 miljoner euro 2025 och 58 miljoner euro från och med 2026. Minskningen av kostnadstrycket är mindre än 1 procent av kostnaderna för den specialiserade sjukvården, så effekten kan snarare anses stävja en kostnadsökning än utgöra en egentlig besparing.

Perioderna på vårdavdelning inom primärvården väntas enligt sakkunnigbedömningen minska med en procent det första året efter propositionens ikraftträdande och med 2 procent från och med det andra året, något som utgående från kostnadsuppgifterna i statistiken över kommunekonomin i och med ökad användning av primärvårdens öppna sjukvård och kortare väntetider minskar kostnadstrycket på välfärdsområdena med ca 3 miljoner euro 2023, ca 13 miljoner euro 2024 och 20 miljoner euro från och med 2025 i jämförelse med nuläget. De ovan beskrivna återverkningarna beskrivs närmare i avsnitt 4.2.2 under rubriken Konsekvenser för välfärdsområdena.

Med beaktande av ovannämnda delfaktorer bedöms propositionen orsaka ett kostnadstryck på välfärdsområdenas ekonomi som sammantaget i förhållande till nuläget blir 71 miljoner euro 2023, 112 miljoner euro 2024, 126 miljoner euro 2025 och 124 miljoner euro från och med 2026. Förändringarna i verksamhetens volym bedöms i sin helhet leda till att inkomsterna av klientavgifter ökar med cirka 3 miljoner euro 2023, cirka 4 miljoner euro 2024 och cirka 5 miljoner euro från och med 2025. Statlig finansiering anvisas till välfärdsområdena i enlighet med lagen om välfärdsområdenas finansiering.

Vid beredningen av propositionen har de ekonomiska konsekvenserna och förutsättningarna för genomförandet granskats välfärdsområdesvis, varvid i synnerhet ekonomiska data som Statistikcentralen samlat in i samband med statistiken över kommunekonomi, Institutet för hälsa och välfärds statistik över hälso- och socialvårdspersonal, Institutet för hälsa och välfärds olika vårdanmälningsregister och FPA:s statistik över företagshälsovården, uppgifter från FPA om

tjänster som ersatts från sjukförsäkringen samt Suomen Lääkäriliitto-Finlands Läkarförbund ry:s undersökning om läkararbetskraften har utnyttjats. Den regionvisa granskningen innehåller betydande osäkerhet. Exempelvis gäller källuppgifterna i regel större helheter i stället för de specifika tjänster som den föreslagna regleringen gäller. Dessutom är det bra att till exempel lägga märke till att vid en granskning som utförs utgående från Sysselsättningsstatistiken, vilken ligger till grund för statistiken över hälso- och socialvårdspersonal, inbegriper uppgifterna om den offentliga sektorn inte arbetstagare som anlitas via personaluthyrningsföretag eller via köpt kundbetjäning, och dessutom kan olika affärsverksarrangemang medföra att inte heller arbetstagare inom den offentliga sektorn i statistiken hänförs till de sektorer där arbetsinsatsen i sista hand försiggår. De slutledningar som dras utifrån granskningen bör alltså betraktas med påfallande stor reservation. Granskningen välfärdsområde för välfärdsområde försvåras dessutom av att den regionala tillgången till vård, väntetiderna och tillgången på personal varierar snabbt inom såväl primärvårdens öppna sjukvård som mun- och tandvården. För att nämna ett exempel kan lyckade lanseringar av nya handlingsmodeller snabbt förbättra tillgången. Å andra sidan kan situationen inom olika persongrupper snabbt försämrats eller förbättras i regionerna. Denna problematik beskrivs i andra avsnitt i propositionen.

Granskningen välfärdsområde för välfärdsområde indikerar att det kommer att vara utmanande att genomföra propositionen i primärvårdens öppna sjukvård, framför allt för välfärdsområdena i södra och sydöstra Finland. På basis av granskningen har särskilt de nuvarande tjänsteanordnarna inom välfärdsområdena i södra Finland i regel haft mindre anslag per invånare att tillgå än i resten av landet för att ordna hälsovårdscentralernas öppna sjukvårdstjänster. Dessutom har det vid en granskning som utförts i välfärdsområdena i södra och sydöstra Finland noterats att konsumtionen av sjukvårdstjänster som är parallella med de offentliga hälsovårdscentralerna i regel har varit förhållandevis stor där; detta kan medföra att efterfrågan på välfärdsområdenas tjänsteproduktion blir proportionellt sett större när tillgången till vård förbättras vid hälsovårdscentralerna. Visserligen kan den större konsumtionen inom parallella tjänstesektorer i dessa välfärdsområden möjliggöra att köpta tjänster och servicesedlar utnyttjas lättare än i sådana välfärdsområden där den privata sektorn i nuläget inte har en motsvarande roll. Det tycks vara så att de nuvarande tjänsteanordnarna inom de välfärdsområden som befinner sig i en utmanande situation till sitt förfogande vid hälsovårdscentralerna haft en läkararbetsinsats som är mindre än genomsnittligt, och merparten av dessa områden verkar också vid sina hälsovårdscentraler ha haft mindre än genomsnittligt av sådan stödpersonal av vilken det förutsätts antingen sjukskötarbehörighet eller behörighet som gäller annat än hälso- och sjukvård.

Konsekvenser för övriga myndigheters ekonomi

Studenternas hälsovårdsstiftelse

Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS är ingen egentlig myndighet utan en aktör inom tredje sektorn, men eftersom den är en lagstadgad producent av de studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten, behandlas här de kostnader som stiftelsen orsakar. Propositionen bedöms orsaka SHVS omställningskostnader samt behov av att bestående öka kapaciteten inom de allmänmedicinska tjänsterna och mentalvårdstjänsterna samt inom mun- och tandvårdstjänsterna. I fråga om SHVS innehåller bedömningen av kostnadsstrycket till och med ännu mer osäkerhet än de övriga bedömningarna, eftersom stiftelsens verksamhet under coronaviruspandemin har börjat omfatta även studerande vid yrkeshögskola. SHVS bedöms bli utsatt för ett kostnadsstryck som uppgår till ca 0,9 miljoner euro 2023, ca 1,3 miljoner euro 2024 och ca 1,7 miljoner euro från och med 2025. Finansieringen av SHVS:s kostnader fördelar sig enligt den lag som gäller verksamheten så att staten finansierar 77 procent av kostnaderna och de studerande genom årsavgifter 23 procent av kostnaderna.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar

Inom hälso- och sjukvården för fångar bedöms propositionen orsaka behov av att bestående höja kapaciteten hos Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Enhetens behov väntas öka mer än de andra anordnarnas till följd av skyldigheten att ordna med omedelbar bedömning av vårdbehovet. Enligt bedömningen medför propositionen att sjukvårdstjänsternas kapacitet från och med propositionens ikraftträdande behöver ökas med 20 procent jämfört med 2019, vilket för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar innebär en arbetsinsats motsvarande 16,9 sjukskötare och 3,2 läkares årsverken. I euro betyder detta på 2023 års nivå ett kostnadstryck om ca 1,1 miljoner euro på årsnivå, alltså ca 380 000 euro 2023. I fråga om mun- och tandvården har propositionen inga betydande konsekvenser inom hälso- och sjukvården för fångar.

Brottspåföljdsmyndigheten

De resurser som Brottspåföljdsmyndigheten behöver för övervakning av hälso- och sjukvården för fångar bedöms stiga i samma proportion som de sjukvårdsutgifter som åtgår till hälso- och sjukvården för fångar. När en fånge anländer till mottagningen i ett slutet fängelse förutsätts det alltid att övervakningspersonal övervakar förflyttningarna och poliklinikverksamheten. I fängelser med hög säkerhetsnivå kan vårdbesök förutsätta specialarrangemang och flera väktare. Besök och sjukhusdagar utanför fångsjukhuset förutsätter transport och bevakning. En 20 procent stor ökning av kapaciteten inom hälso- och sjukvården för fångar bedöms medföra ett sammanlagt tilläggsbehov av 15 årsverken för Brottspåföljdsmyndigheten, fördelat mellan de 15 slutna fängelserna. Enligt Brottspåföljdsmyndighetens bedömning förutsätter den ökade transport av fångar till poliklinikerna som vårdgarantin föranleder en ökning av personalen med ett årsverke vid vart och ett av de 15 slutna fängelserna för att verksamhetsökningen ska kunna genomföras utan att säkerheten äventyras. För Brottspåföljdsmyndigheten innebär dessa 15 årsverken en ca 770 000 euro stor årlig kostnad på 2023 års nivå.

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Regionförvaltningsverken bedöms för tillsynen behöva en tilläggsresurs motsvarande ca 6 årsverken (600 000 euro) på årsnivå, medan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården bedöms behöva en tilläggsresurs motsvarande ca 1 årsverke (100 000 euro). Med anledning av propositionens ikraftträdande gäller behovet 2023 fyra månader, så kostnaderna för det uppskattade behovet är ungefär en tredjedel av kostnaderna på årsnivå.

Migrationsverket

Enligt 13 § i lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, *mottagandelagen*) ordnas mottagningstjänsterna av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som klient. Till mottagningstjänsterna hör bland annat hälso- och sjukvårdstjänster enligt det som föreskrivs i lagen. Lagen tillämpas på mottagande av personer som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd samt på hjälp till offer för människohandel. Enligt 26 § 1 mom. har personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på det sätt som föreskrivs i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen och 3 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Enligt 2 mom. får personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland hälso- och

sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland.

Regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen kan tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådslande vård inom motsvarande tidsgränser som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen. Därmed har lagändringen om skärpning av tidsgränserna för att få vård indirekta konsekvenser också för verksamheten vid Migrationsverket (Migri).

Förläggningarna ordnar själva en del av sina hälso- och sjukvårdstjänster, i synnerhet skötar-tjänsterna. Skötarna är på plats på förläggningarna vardagar under tjänstetid. Läkartjänster köps huvudsakligen hos privata tjänsteproducenter. Migri kan skaffa tjänster också hos kommuner och sjukvårdsdistrikt. Enligt 7 § i mottagandelagen ersätter staten inom ramen för statsbudgeten kostnader som orsakas av åtgärder som avses i lagen. Migrationsverket betalar ersättning till tjänsteproducenten för ordnandet av mottagningstjänster.

Tidigare uppkom merparten av de årliga kostnaderna för hälso- och sjukvård genom specialiserad sjukvård som köptes hos sjukvårdsdistrikten, och den gällde en relativt liten del av klienterna. Rysslands militära angrepp mot Ukraina och den åtföljande flyktingsituationen torde förändra denna situation. Ukrainare som flyr undan kriget får status som personer som får tillfälligt skydd, vilket ger dem rätt till tjänster som anges i 26 § 2 mom. oavsett ålder. Antalet ukrainare och hälso- och sjukvårdstjänsternas omfattning kommer antagligen att orsaka ett betydande tryck på de tjänster som Migri har organiseringsansvaret för. Också regleringen om tidsgränser för att få vård, som börjar skärpas den 1 september 2023, kan bidra till trycket.

I planen för de offentliga finanserna för 2023–2026 beslutades att det under ramperioden reserveras ca 0,8–0,3 miljarder euro per år för de ökade utgifterna för invandringen. Medlen riktas bl.a. till utgifterna för mottagning, till stöd som betalas till klienterna, till Migrationsverkets omkostnader, till undervisning som förbereder för grundläggande utbildning och till förmånsutgifter. Dessa utgifter är förknippade med stor osäkerhet. Behovet av medel beror bl.a. på det verkliga antalet flyktingar som anländer och på hur de sysselsätts. Anslagsbehovet grundar sig på en uppskattning enligt vilken det 2022 lämnas 60 000 ansökningar om tillfälligt skydd och 6 000 asylansökningar. Åren 2023–2026 beräknas antalet asylansökningar uppgå till 5 000–5 500 per år.

Att bedöma vilken inverkan lagstiftningen om skärpning av tidsgränserna för att få vård har som en del av det övriga trycket på hälso- och sjukvård som Migri ansvarar för att ordna är synnerligen svårt med hänsyn till att det inte går att veta i vilken utsträckning det i Finland finns personer som får tillfälligt skydd när den föreslagna lagstiftningen träder i kraft. Ännu osäkrare är det att förutse de kommande årens kostnader. Redan nu vet man att inte alla ukrainare registrerar sig som personer som får tillfälligt skydd. I samband med att planen för de offentliga finanserna offentliggjordes meddelade regeringen att den före utgången av juni 2022 kommer att bedöma ytterligare beslut och lagändringar som behövs för att säkerställa tjänsterna för personer som omfattas av tillfälligt skydd samt förutsättningarna för rätt till hemkommun. Om rätten till hemkommun realiserar, övergår ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster till kommunerna, i fortsättningen välfärdsområdena, och till Migri riktas inte heller de kostnader som skärpningen av tidsgränserna för att få vård medför.

Konsekvenser för statens ekonomi

I enlighet med lagen om välfärdsområdenas finansiering ska nivån på statens finansiering till välfärdsområdena ändras för att beakta utvidgningen av uppgiften. Enligt lagen om välfärdsområdenas finansiering beaktas den kalkylmässiga ökningen av kundavgifterna vid höjningen av finansieringens nivå. Den höjning av nivån på finansieringen till välfärdsområdena som lagen förutsätter ökar således statens utgifter med 68 miljoner euro 2023, 108 miljoner euro 2024, 121 miljoner euro 2025 och 119 miljoner euro från och med 2026. Nivåändringarna anges här i 2019 års nivå.

Enligt bedömningen påverkas statens ekonomi dessutom av ovannämnda behov av anslag för studerandehälsovården för högskolestuderande, hälso- och sjukvården för fångar och tillsynsmyndigheterna. Däremot bedöms det att statens utgifter för sjukvårdsförsäkringen kommer att minska. Alla dessa innebär enligt bedömningen att statens utgifter jämfört med nuläget kommer att öka med 73 miljoner euro 2023, 117 miljoner euro 2024, 130 miljoner euro 2025 och 128 miljoner euro från och med 2026. Poster som inverkar på statens ekonomi har sammanställts i nedanstående tabell.

Faktor som inverkar på statens ekonomi, miljoner euro på 2019 års nivå	2023	2024	2025	2026
Välfärdsområdena (kostnadstryck med beaktande av ökade kundavgifter), varav	68,0	108,2	121,1	119,0
Driftskostnader för primärvårdens öppna sjukvård	173,2	147,4	194,8	197,9
Driftskostnader för mun- och tandvården	3,6	4,0	3,5	3,5
Driftskostnader för primärvårdens bäddavdelningar	-3,3	-13,3	-19,9	-19,9
Driftskostnader för den specialiserade sjukvården	-2,5	-26,1	-52,6	-57,6
Ökade inkomster av kundavgifter (additiv invers)	-3,0	-3,9	-4,7	-4,8
Studenternas hälsovårdsstiftelse	10,7	1,7	1,3	1,3
Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	0,4	11,1	11,1	1,1
Brottsförklaringsmyndigheten	0,3	0,8	0,8	0,8
Regionförvaltningsverken	0,2	0,6	0,6	0,6
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	0,03	0,1	0,1	0,1
Sjukvårdsförsäkringen	-0,1	-0,3	-0,7	-0,1
Totalt (2019 års nivå)	69,5	111,57	124,4	122,0
Totalt (2023 års nivå)	72,7	116,8	130,2	127,6

TABELL 2. Konsekvenser för statens ekonomi.

Konsekvenser för företagen

Propositionen har flera konsekvenser som pekar i olika riktningar för de företag som producerar hälso- och sjukvårdstjänster och de företag som tillhandahåller stödtjänster och vissa mellanprodukter. Som arbetsgivare kommer företagen uppskattningsvis att kunna göra inbesparingar när behovet av sjukvårdsrelaterade tjänster inom företagshälsovården minskar.

När kapaciteten inom primärvården utvidgas genom välfärdsområdena kommer det enligt uppskattning att inom ramen för upphandlingslagen leda till att de nuvarande avtalen om kundtjänster (s.k. köp av slutprodukter) utvidgas och att nya avtal ingås och även till en ökad tjänsteproduktion genom servicesedlarna. En utvidgning av hälsovårdscentralernas verksamhet skulle enligt en uppskattning utifrån andelen köp av slutprodukter 2019, sannolikt en underskattning i förhållande till framtiden, från och med 2026 leda till en ökning på omkring 16,0 miljoner euro i fråga om köp av slutprodukter av andra än välfärdsområdena. Samtidigt beräknas den tjänsteproduktion som ersätts av sjukförsäkringen minska med cirka 13,6 miljoner euro och den omsättning som uppstår via de sjukvårdsrelaterade tjänsterna inom företagshälsovården att krympa med cirka 22,4 miljoner euro. Dessutom beräknas det att välfärdsområdenas köp av slutprodukter av andra än välfärdsområden inom den specialiserade sjukvården och slutenvården inom primärvården minskar med cirka 3,8 miljoner euro. Det bortfall av inkomster inom företagshälsovården och den privata tjänsteproduktionssektorn som nämns nedan framhäver dock för sin del hur försiktig uppskattningen är av hur mycket köpen av slutprodukter ökar inom primärvårdens mottagningsverksamhet. Dessutom kommer välfärdsområdena enligt uppskattning att i större utsträckning behöva sådana nya ramavtalsliknande avtal om kundtjänster och servicesedelarrangemang som jämnar ut variationer i efterfrågan under året och de årliga säsongvariationerna för att säkerställa tillgången till vård.

Enligt företagsstatistiken i Statistikcentralens näringsgrensindelning var omsättningen för företagen i kategori 86 Hälso- och sjukvård 2019 omkring 5,4 miljarder euro. Det fanns 15 060 företag i den kategorin 2019, och av dem hade 14 442 färre än 5 anställda, medan 20 företag sysselsatte mer än 250 personer. I avsnitt 2.3.6. finns en beskrivning av upphandlingarna av tjänster som hälsovårdscentralernas kunder erbjuder, med andra ord köp av slutprodukter.

Propositionen medför inbesparingar för arbetsgivarföretagen i och med att behovet av att tillhandahålla sjukvårdsrelaterade tjänster inom företagshälsovården minskar när tillgången till vård blir bättre vid hälsovårdscentralerna. Arbetsgivarna tecknar också sjukförsäkringar för sina anställda. I juni 2021 hade 260 745 sjukförsäkringar tecknats, vilket är cirka 21 procent av alla frivilliga sjukförsäkringar i Finland. De hälso- och sjukvårdstjänster som ersätts genom arbetsgivares sjukförsäkringar bedöms dock till största delen bestå av andra tjänster än mottagnings-tjänster vid hälsovårdscentralerna, och därför bedöms propositionen inte ha någon betydande inverkan på om sådana försäkringar tecknas. Anskaffningen av sjukvårdsrelaterade tjänster inom företagshälsovården beräknas så småningom minska så att det 2025 köps tjänster inom företagshälsovården för cirka 25 miljoner euro mindre, vilket är omkring 10 procent av de tjänster inom företagshälsovården som motsvarar mottagnings-tjänsterna vid hälsovårdscentralerna. Arbetsgivarnas självfinansieringsandel av de sjukvårdsrelaterade tjänsterna före ersättningarna från Folkpensionsanstalten var 2019 cirka 58 procent av arbetsgivarnas kostnader för sådana tjänster inom företagshälsovården, men arbetsgivarnas betalningsandel har uppskattats stiga efter det att strukturen på de ersättningar som betalas för företagshälsovård ändrades 2020.

Konsekvenser för hushållen

Enligt uppskattningar kommer det att ske en ökning i anlitandet av välfärdsområdenas primärvårdstjänster i och med propositionen. Ökningen av användningen av tjänster inom den specialiserade sjukvården och vårdperioderna vid vårdavdelningar beräknas minska. Totalt sett uppskattas de avgifter som kunderna betalar välfärdsområdena att öka med cirka tre miljoner euro från och med 2023.

Användningen av privata hälsovårdstjänster som ersätts av sjukförsäkringen beräknas minska i och med propositionen på så sätt att hushållen jämfört med 2019 och med beaktande av finansieringsandelen för sjukförsäkringsersättningar 2025 kommer att använda cirka 12 miljoner euro mindre till tjänster som de antingen betalar själva eller får via frivilliga försäkringar.

Universitets- och yrkeshögskolestuderandenas avgifter till Studenternas hälsovårdsstiftelse ökar enligt uppskattning med sammanlagt cirka 0,2 miljoner euro 2023, 0,3 miljoner euro 2024 och 0,4 miljoner euro från och med 2025. Per studerande är ökningen 1,44 euro 2025.

Snabbare tillgång till vård kan ha en positiv inverkan på befolkningens arbetsförmåga och behovet av sjukledighet. Enligt bedömningar blir detta fallet bland annat i fråga om personer med psykisk ohälsa. I dagsläget utgör de omkring 25–35 procent av patienterna inom primärvården. Bättre arbetsförmåga innebär sannolikt också stärkt ekonomi för de berörda personerna.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Konsekvenser för välfärdsområdena

Konsekvenser för primärvårdens öppenvård

Att vårdgarantin inom primärvården skärps medför inte i sig någon helt ny funktion eller uppgift för de välfärdsområden som har organiseringsansvaret. Det är fråga om en utvidgning av en redan tidigare föreskriven uppgift. När tidsgränserna för tillgång till vård skärps, förutsätter genomförandet dock en effektiv utveckling av verksamheten och delvis också en bestående utökning av såväl personalresurser som ekonomiska resurser för mottagningsverksamheten vid primärvårdens öppna sjukvård. Bättre tillgång till primärvård minskar å andra sidan trycket på tyngre specialtjänster, akutmottagning och specialiserad sjukvård.

När den skärpta vårdgarantin inom primärvården träder i kraft har organiseringsansvaret för social- och hälsovården nyss överförs till välfärdsområdena. I områdena har man dock under flera års tid kunnat förbereda sig på skärpta tidsgränser. Betydande statsunderstöd och styrning av utvecklingen med hjälp av programmet Framtidens social- och hälsocentral och Finlands program för hållbar tillväxt har sedan 2020 stött utvecklingen av verksamhetsmodeller och etablering av god praxis inom primärvårdens öppenvård och mun- och tandvården samt åtgärdande av vård-, service- och rehabiliteringsskuld. Samtliga utvecklingsprojekt har genomförts som regionala projekt enligt de kommande välfärdsområdena. Detta har gjort det lättare att harmonisera olika funktioner och åtgärda uppdämda servicebehov och uppdämd efterfrågan redan i förväg i alla områden. Åtgärder som stöder genomförandet av en skärpt vårdgaranti har alltså redan vidtagits flera år innan organiseringsansvaret överförs till välfärdsområdena och innan de egentliga lagändringarna träder i kraft. Först i kraft träder dessutom en vårdgaranti på 14 dygn och inom mun- och tandvården fyra månader, som ska tillämpas under 14 månader. Den egentliga vårdgarantin på sju dygn och inom mun- och tandvården tre månader träder i kraft först senare under 2024. Också detta ger områdena mer tid att förbereda sig för de snävare tidsgränserna för tillgång till vård.

Som en del av samtliga välfärdsområdets utvecklingsprojekt förbättras förebyggandet och behandlingen av psykiska störningar genom att det för alla åldersgrupper tas i bruk psykosociala behandlingsformer som ges i ett tidigt skede inom primärvården. Genomförandet av behandlingsformerna förutsätter att det vid primärvården finns personal som är utbildad inom mentalvårdsarbete och missbruksarbete och som arbetar i arbetspar med läkarna. Där behövs dessutom ett definierat samarbete med och konsultationsstöd från den specialiserade sjukvården. Psykiska

störningar är vanliga orsaker till besök inom primärvården, och förändringen ger primärvården behövligt stöd från den specialiserade sjukvården för att behandla dem. På lång sikt, när primärvårdens psykosociala behandlingsformer finns tillgängliga i bred omfattning för de vanligaste psykiska störningarna, minskar trycket på att remittera till den specialiserade sjukvården, och belastningen på de psykiatriska specialiteterna minskar.

Tillgången till vård varierar mellan de olika välfärdsområdena. Orsakerna är många. Åtminstone följande faktorer inverkar på tillgången i välfärdsområdena:

- befolkningens servicebehov och invariant beteende
- användning av privat hälso- och sjukvård
- användning av företagshälsovård
- användning av studerandehälsovården (SHVS)
- tillgång på läkare, tandläkare och vårdpersonal i området
- arbetsfördelning mellan och kompetens hos de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården
- verksamhetsmodeller vid hälsovårdscentralerna
- tillgängliga ekonomiska resurser för den öppna sjukvården och mun- och tandvården

Konsekvenserna av den skärpta vårdgarantin och förutsättningarna för genomförandet är därför olika i olika välfärdsområden. I en del områden är väntetiderna till vård inom den öppna sjukvården och mun- och tandvården redan nu nästan inom de nya skärpta tidsgränserna. I dessa områden förutsätter skärpningen av tidsgränserna i praktiken inga stora åtgärder. En del av välfärdsområdena måste fortsätta att dämpa efterfrågan, utveckla verksamhetsmodellerna och förtydliga vård- och servicestigarna. Dessutom måste det säkerställas att det finns tillräckliga resurser av kompetent personal och ekonomiska resurser för den öppna sjukvården och mun- och tandvården. Man bör också förbereda sig på att köpa tjänster.

Under remissbehandlingen ansågs den största risken när det gäller förslaget genomförande vara tillgången på kunnig personal och tillräcklig tillgång på personal. Om ett välfärdsområde inte lyckas rekrytera den personal som behövs, är det möjligt att den verkan som är propositionens mål äventyras. Utifrån det tillgängliga kunskapsunderlaget är det i princip inte möjligt att bedöma konsekvenserna på välfärdsområdesnivå.

Skärpningen av vårdgarantin betonar kundens möjlighet att få kontakt, snabb bedömning av vårdbehovet och snabb inledning av vården. Det kan finnas en risk att satsningen på vårdens tillgänglighet sker på bekostnad av vårdens kontinuitet. Under remissbehandlingen ansågs det i cirka tre av fyra utlåtanden från välfärdsområdena (inkl. välfärdsområden, kommuner och samkommuner) att den föreslagna skärpningen av vårdgarantin sannolikt leder till att vårdens kontinuitet och vårdutfallet äventyras. Det första viktigaste målet för programmet Framtidens social- och hälsocentral är att förbättra tillgången till tjänster på lika grunder och tjänster i rätt tid, och att förbättra tjänsternas kontinuitet. Parallellt med bättre tillgång till vården utvecklas också vårdens kontinuitet. Det finns ingen vårdkontinuitet, om man inte får tillgång till vård. Att säkerställa kontinuiteten är också ett sätt att förbättra tillgången. När en patient möter ett bekant team behövs det inte alltid en ny kontakt med vården eller ytterligare undersökningar

och utredningar när behovet av vård ska bedömas och nya hälsoproblem behandlas eller andra behov tillgodoses.

Konsekvenser för samjouren, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården

En bättre tillgång till primärvårdens öppenvård minskar trycket vid samjourerna. Oändamålsenlig efterfrågan på jourtjänster och att den efterfrågan ökat har varit en utmaning för samjourerna. En betydande orsak har varit problemen att få vård inom primärvården och väntetiderna till vården. Till samjouren kommer även personer som inte har behov av brådskande vård vid akutmottagning eller vars behov inte är medicinskt. De personerna skulle ha störst nytta av att under tjänstetid besöka primärvården, där man kan säkerställa en helhetsbetonad och vid behov multiprofessionell bedömning och vård. Att belasta samjourerna med icke-brådskande ärenden bidrar till överbelastning vid akutmottagningarna, orsakar onödiga undersökningar och förutsätter ett betydande upprätthållande av beredskapen. Upprätthållandet av jourberedskapen binder personal och är dyrt. När tillgången till vård under tjänstetid förbättras, kommer befolkningen inte längre att söka sig till samjourerna i samma ärenden. Man kan anta att propositionen medför att en del av de patienter som i nuläget får vård vid akutmottagning i fortsättningen kommer att få vård vid primärvårdens öppna sjukvård. Primärvårdsbesöken hos samjourerna bedöms minska gradvis, när väntetiden till primärvårdens öppenvård blir maximalt sju dagar. I bedömningen har man utgått från antagandet att besöken vid samjouren minskar 5 procent under det första året som förslaget är i kraft, 10 procent under det andra året och 15 procent från och med det tredje året efter ikraftträdandet jämfört med utgångsläget innan de föreslagna lagarna träder i kraft.

Välfärdsområdena har möjlighet att smidigare än tidigare fördela sina egna personalresurser inom primärvården mellan den öppna sjukvård som ges under tjänstetid och samjouren, när båda finns i samma organisation. Trots att det i Nyland är HUS-sammanslutningen som ansvarar för samjouren, är det möjligt att flexibelt komma överens om resursfördelningen i fråga om dess primärvård tillsammans med de fem välfärdsområdena. En del av personalresurserna vid samjourernas primärvård kan småningom föras över till arbete under tjänstetid, vilket innebär minskade kostnader för samjourerna.

Största delen av sjukhusperioderna inom primärvården och den specialiserade sjukvården inleds vid jourbesök. Det är oundvikligt att en del av jourbesöken leder till oändamålsenliga sjukhusperioder, om man inte känner patienten, man inte har tillgång till patientjournalen och man inte kan utnyttja social- och hälsovårdens gemensamma vård- och servicetigar. Olika utredningsperioder och intagningar på sjukhus är vanliga i synnerhet när det gäller äldre och även andra kundgrupper som har många sjukdomar och problem. Symtom och en försämring av funktionsförmågan är ofta synliga redan flera dagar tidigare. Om möjligheten att snabbt få vård vid den egna hälsovårdscentralen kan tryggas och det går att elektivt ta ställning till patientens situation och säkerställa en kontinuerlig och planmässig vård, är det klart att en del av dessa sjukhusperioder går att undvika. Det är särskilt viktigt att säkerställa att multisjuka patienter, patienter med nedsatt funktionsförmåga och patienter som redan använder sig av vårdens tjänster samt deras anhöriga, närståendevårdare och hemvårdspersonal kan lita på att man verkligen får kontakt med den egna skötaren eller läkaren och att man får en bedömning och vård inom några dagar. Det har bedömts att sjukhusperioderna i och med lagändringarna under det andra året efter att förslaget träder i kraft minskar med 2 procent per år på primärvårdens vårdavdelningar

och 1 procent inom den specialiserade sjukvården. Eftersom sjukhusen i huvudsak hör till välfärdsområdets egen tjänsteproduktion, har området möjlighet att snabbt anpassa antalet vårdplatser och föra över personal till den öppna sjukvården.

En förbättrad tillgång till primärvårdens tjänster inverkar också på efterfrågan på elektiva tjänster inom den specialiserade sjukvården. När antalet mottagningsbesök inom primärvården ökar och nya behov och sjukdomar kommer fram, leder en del av besöken till en remiss till den specialiserade sjukvården. I denna proposition har det bedömts att 10 procent av det ökade antalet icke-brådskande läkarbesök hos den öppna sjukvården är sådana att de föranleder en remiss. Detta gör att efterfrågan på och kostnaderna för den specialiserade sjukvården ökar. När tillgången till primärvård förbättras kan emellertid en del av de uppföljande besöken och även en del av de första besöken hos den specialiserade sjukvårdens öppenvård föras över till primärvården. Detta förutsätter att primärvården har stöd av den specialiserade sjukvården bland annat genom konsultationsverksamhet, som under de senaste åren kraftigt har utvecklats med hjälp av bland annat digitala tjänster och tillgängliggörande av specialiserad kompetens hos primärvårdsmottagningarna. Av det ökade antal besök inom den öppna sjukvården som denna lagändring medför bedöms 15 procent från och med det andra året efter ikraftträdandet vara sådana som ersätter ett besök hos den specialiserade sjukvården. Välfärdsområdenas möjlighet att säkerställa att patientuppgifter överförs och effektiva vårdstigar och verksamhetsmodeller utnyttjas samt det utökade stödet från den specialiserade sjukvården till primärvården är klart bättre än i den tidigare utspridda organiseringsmodellen.

Ändringarnas inverkan på övergångar från den privata hälso- och sjukvårdens tjänster till välfärdsområdets tjänster

När väntetiderna till den offentliga primärvården blir kortare, kan man anta att medborgarnas vilja att själva betala för motsvarande tjänster vid den privata hälso- och sjukvården minskar i någon mån. Det är också möjligt att intresset för frivilliga, egenfinansierade försäkringar avtar med tiden. Storleken på kundavgifterna vid den offentliga primärvården och storleken på ersättningarna från sjukvårdsförsäkringen för privat hälso- och sjukvård inverkar på viljan att använda sig av den privata hälso- och sjukvården. Denna regeringsproposition har dock ingen inverkan på kundavgifterna eller FPA-ersättningarnas storlek. Befolkningen uppskattar möjligheten vid den privata hälso- och sjukvården att välja en viss yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och även möjligheten att direkt få träffa en läkare utan att först genomgå en bedömning av vårdbehovet eller besöka någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Till viss del har befolkningen också en bild av att det vid den privata hälso- och sjukvården är lägre tröskel till att få genomgå undersökningar eller få remiss till den specialiserade sjukvården. Av ovannämnda skäl kan man anta att förändringar i användningen av privat hälso- och sjukvård börjar synas först efter hand, när tilliten till att man snabbt får vård vid den offentliga primärvården ökar. I bedömningen av konsekvenserna har det antagits att 10 procent av besöken hos allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården gradvis övergår till den offentliga primärvården under det tredje året efter ikraftträdandet, och att läget sedan stabiliseras. Välfärdsområdena bör alltså på grund av ändringen utöka sin kapacitet inom den öppna sjukvården i motsvarande omfattning.

Tidsgränsen på 3 månader för att få mun- och tandvård inom den offentliga sektorn är fortsatt lång, jämfört med att en tid inom den privata mun- och tandvården ofta kan fås redan samma eller följande dag. Dessutom går det i de flesta kommuner redan nu att få mun- och tandvård inom tre månader, så förkortningen av vårdgarantins tidsgräns bedöms inte orsaka övergångar från den privata mun- och tandvården till den offentliga. Köp av tjänster från den privata sektorn kan i någon mån öka, när köerna av personer som väntat över tre månader på mun- och tandvård

ska förkortas. Användningen av köpta tjänster kan också öka på grund av att propositionen innehåller en starkare skyldighet än tidigare att köpa tjänster av någon annan tjänsteproducent, om man inte i den egna verksamheten klarar av att ordna vård inom de föreskrivna tidsgränserna.

Ändringarnas inverkan på övergångar från företagshälsovårdens sjukvårdstjänster till välfärdsområdets tjänster

De föreslagna lagarna bedöms inte på kort sikt minska arbetsgivarnas vilja att erbjuda sjukvårdstjänster till sina arbetstagare, eftersom hälsovårdscentralernas vårdhänvisningsrutiner och övriga rutiner fortsatt kommer att skilja sig från en typisk sjukvårdstjänst som erbjuds via företagshälsovården. På längre sikt är det dock möjligt att en förbättrad tillgång till primärvårdstjänster leder till att särskilt en del mindre arbetsgivare avstår från att ordna sjukvårdstjänster som en del av företagshälsovården. Dessa tjänster kommer då att ges inom den primärvård som ordnas av välfärdsområdena. I konsekvensbedömningen har det antagits att de besök som nu sker hos företagshälsovårdens sjukvård inte kommer att övergå till välfärdsområdenas primärvård under det första året efter förslagens ikraftträdande, men från och med det tredje året eller september 2025 kommer 10 procent av besöken att ske inom välfärdsområdenas primärvård.

Konsekvenser för personalen

Den mest avgörande faktorn för den finländska hälso- och sjukvårdens bärkraft har blivit tillgången till personal. Utmaningarna med tillgången till personal berör hela social- och hälsovårdsbranschen, också om det finns skillnader mellan regioner och yrkesgrupper. Fenomenet är omfattande, komplext och mångfacetterat. Utmaningarna med tillgången till personal kommer också fram på ett kraftigt och systematiskt sätt i remissvaren över propositionen med förslag till en skärpt vårdgaranti. Den största risken för ett framgångsrikt genomförande är utmaningarna med tillgång till personal i den öppna primärhälsovården och mun- och tandvården.

I en del regioner har tillgången till yrkesutbildade personer inom den öppna primärhälsovården och mun- och tandvården länge varit dålig. Det regionala läget kan dock variera snabbt. Den utdragna covid-19-pandemin har inneburit en risk för personalbrist såväl i primärhälsovården som inom alla sektorer av specialistsjukvården, trots att den regionala belastningen på hälso- och sjukvårdssystemet har varierat. Bakgrunden till risken för överbelastning av sjukvården och intensivvården har uttryckligen varit problem med tillgången till personal. Det har tvingat specialistsjukvården att skjuta upp annan icke-brådskande vård. Vaccinering, testning och spårning har belastat primärhälsovården och krävt att personalresurser riktas från vanligt grundläggande arbete till hantering av epidemin. En betydande vård-, service- och rehabiliteringsskuld för andra sjukdomar, välmående och funktionsförmåga har uppkommit. Utöver den uppdämda efterfrågan och upplösandet av vårdskulden utmanas tillgången till tillräcklig personal under de närmaste åren av det samtidiga genomförandet av flera andra reformer (bland annat social- och hälsovårdsreformen och personaldimensioneringen i äldreomsorgen).

I synnerhet ett framgångsrikt genomförande av den striktare vårdgarantin i den öppna primärhälsovården förutsätter utan tvekan en utökning av den bestående läkararbetskraften och vårdpersonalen. Det finns inga enkla, snabba lösningar för att stärka primärhälsovårdens förmåga att locka och behålla personal. Olika verksamheter inom hälso- och sjukvården konkurrerar om personal. Tillgången till ordinarie personal har kompletterats med olika lösningar med inhyrd personal samt köpta tjänster och servicesedlar. Också den personalen rekryteras dock på samma

arbetsmarknad som personalen för offentlig serviceproduktion i olika delar av primärhälsovården och specialistsjukvården. Inom servicesystemet finns ingen egentlig extra reserv av social- och hälsovårdspersonal. Det är dock känt att i synnerhet vårdpersonal i någon mån har övergått från social- och hälsovården till andra branscher. Olika slags utvecklingsåtgärder för att rekrytera och behålla personal samt förbättra arbetsförhållandena och villkoren i anställningsförhållandet har genomförts framgångsrikt och rapporterats. Det är dock svårt att förutspå om den bättre situationen kommer att bestå. Också olika slags nya arbetssätt och teknologiska tillämpningar kan minska personalbehovet. Dessutom kan utveckling av personalstrukturen (läkare, vårdare, sekreterare och annan stödpersonal) stärka tillgången till kritiska yrkesgrupper.

Hösten 2021 inleddes under SHM:s ledning ett förvaltningsövergripande program för att säkra tillgången till social- och hälsovårdspersonal både på kort och längre sikt. I januari 2022 presenterades arbetsgruppens första förslag: en stärkt faktagrund för tillgång till tillräcklig personal, motivering av personalen och stärkt välmående i arbetet, granskning av hur arbetsfördelningen fungerar samt stärkt digitalisering (se avsnitt 2.3.5). Det är dock svårt att identifiera snabba nationella åtgärder som får effekt på kort sikt för att trygga en tillräcklig tillgång till personal.

Enligt propositionen ska en bedömning av vårdbehovet i fortsättningen göras av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inom primärvården, studerandehälsovården och hälso- och sjukvården för fångar (med undantag för mun- och tandvården). Eftersom även andra än legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården tidigare har kunnat bedöma vårdbehovet, innebär ändringen ett behov av ändringar i personalens uppgifter och placering vid sådana verksamhetsenheter där vårdbehovet har bedömts av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning. Andelen sådana enheter kan dock bedömas vara liten, och redan nu görs bedömningar av vårdbehovet av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården vid merparten av verksamhetsenheterna inom primärvården, studerandehälsovården och hälso- och sjukvården för fångar.

En ökad efterfrågan på primärvårdstjänster ökar antalet besök inom primärvården och därmed behovet av ökade personalresurser. Propositionens konsekvenser för personalen gäller i synnerhet legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och huvudsakligen läkare och sjukskötare, som är de största personalgrupperna när det gäller legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Att det finns ett tillräckligt antal av dessa personer är en faktor som kommer att vara central vid genomförandet av lagförslaget. Samtidigt kommer betydande finansiering att riktas till välfärdsområdena, och välfärdsområdena kommer bland annat med beaktande av befolkningens servicebehov och det befintliga servicenätet att kunna ordna de tjänster som avses i propositionen med en kombination av personalresurser som de själva väljer.

I avsnitt 4.2.1 i denna proposition har det bedömts att den ökade kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård motsvarar en insats på ca 226 årsverken av läkare och en insats på ca 208 årsverken av sjukskötare eller hälsovårdare under det första verkställighetsåret, dvs. 2023. De följande åren ökar det kalkylmässiga behovet småningom, eller uppskattningsvis 465 årsverken av läkare och 402 årsverken av sjukskötare 2024, 641 årsverken av läkare och 498 årsverken av sjukskötare 2025 och från och med 2026 en insats på 672 årsverken av läkare och 476 årsverken av sjukskötare. Det kalkylmässiga behovet av bedöms småningom alltmer komma att gälla läkararbetskraft, eftersom efterfrågan från andra tjänstesektorer som småningom riktas till hälso-centralernas öppna sjukvård närmast uppskattas gälla läkartjänster. Hur kostnaderna kommer att fördelas inom de olika välfärdsområdena kommer att variera och bero på lokala val och betoningar när det gäller behovet av ytterligare personal, olika yrkesgrupper, digitalisering och andra nya verksamhetsmodeller samt köptjänster och servicesedlar.

På grund av utmaningarna med tillgången på yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är det osannolikt att det går att svara på de personalbehov som ingår i bedömningen ovan enbart genom rekrytering av ny personal. Utöver rekryteringen av personal bör behovet av ytterligare personal tillgodoses genom en permanent ändring av arbetssätten inom primärvården. I synnerhet genom en reform av arbetsfördelningen och arbetsmodellerna kan olika yrkesutbildade personers arbetstid och kompetens fördelas på bästa möjliga sätt. En utvidgning och utökning av användningen av tjänster, såsom elektroniska tidsbeställningar, chatttjänster eller distansmottagningstjänster, bör övervägas som en möjlighet att på ett ändamålsenligt sätt rikta de yrkesutbildade personernas arbetsinsats.

För närvarande är det i synnerhet svårt att få vård hos läkare, även om det finns regionala variationer. Utifrån uppgifterna i Avohilmo-registret är antalet besök som överskrider tidsgränsen för vårdgarantin färre i fråga om besök hos andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, såsom sjukskötare och hälsovårdare. Samtidigt genomförs det för närvarande i fråga om fysioterapeuter ytterst få besök över huvud taget.

Tillgången på läkararbetskraft är en av de mest kritiska faktorerna för att propositionen ska kunna genomföras med framgång. På längre sikt kommer dessutom den åldrande befolkningen och den ökade användningen av tjänster att öka efterfrågan på läkare, åtminstone i det fall att verksamhetsreformer, såsom digitalisering, inte kan utnyttjas fullt ut. Enligt Läkarförbundets utredning fanns det i oktober 2021 nästan 300 obesatta läkarbefattningar vid hälsovårdscentralerna. Enligt Läkarförbundets utredning och Yrkesbarometern är tillgången på läkararbetskraft regionalt sett bäst i balans i vissa regioner i Birkaland och Norra Österbotten. På andra håll i Finland råder det för närvarande brist på läkararbetskraft, och det medför i praktiken utmaningar när det gäller tillgången på läkararbetskraft i många regioner. Svårast är läget i Norra Karelens, Kajalands och Södra Karelens välfärdsområden där läkarbristen enligt Läkarförbundets utredning var över 20 procent. I Finland finns det för närvarande i praktiken inga arbetslösa läkare, och en rekrytering av läkare inom den offentliga sektorn skulle leda till brist på arbetskraft någon annanstans. Tillgången till mottagningstider hos allmänläkare är god inom den privata sektorn och det kan i viss mån vara möjligt att rekrytera allmänläkare därifrån.

Det kan dock bedömas att tillgången på läkararbetskraft kommer att bli bättre i Finland under de närmaste åren. Under de senaste åren har det blivit vanligare med studier i medicin utomlands, och 2019 studerade över 1 100 finländare vid utländska universitet. Enligt en enkätundersökning som gjorts av Läkarförbundet hade 61 procent av dem som studerade utomlands för avsikt att återvända till Finland efter examen¹⁹. Läkarsituationen underlättas i framtiden inte bara av dem som utexamineras från utlandet utan också av att universitetsutbildningarna inom medicin och odontologi får 50 fler nybörjarplatser 2021 och 2022²⁰. Enligt Läkarförbundet kommer det ca 300–400 fler läkare in på arbetsmarknaden per år under de närmaste åren om man beaktar pensionsavgången²¹. Inom avtalsområdet för läkare har också deltidsarbete varit vanligt,

¹⁹ Antalet personer som studerar medicin utomlands ökade åter. Lääkärilehti 35/2019. (på finska) <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ulkomailla-laaketiedetta-opiskelevien-maara-kasvotaas/>

²⁰ Högskolorna får drygt 10 200 fler nybörjarplatser åren 2020–2022. https://okm.fi/-/runsaat-10-200-aloituspaiikka-lisaa-korkeakouluihin-vuosina-2020-2022?languageId=sv_SE

²¹ Läkarförbundet: En ökning av antalet nybörjarplatser inom medicin äventyrar undervisningens kvalitet. (på finska) <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakariliitto-laaketieteen-aloituspaiikkojen-lisaaminen-vaarantaa-opetuksen-laadun/>

och 2020 var andelen deltidsanställda nästan 23 procent²². Vid hälsovårdscentralerna är deltidsarbete vanligare än på sjukhus. Om en del av de läkare som arbetar deltid i fortsättningen börjar arbeta heltid, är det också på detta sätt möjligt att få fler läkarinsatser.

I Finland råder det för närvarande inte bara brist på läkararbetskraft utan även på sjukskötare. Enligt Yrkesbarometern råder det brist på sjukskötare och hälsovårdare i hela landet, och överlag är bristen stor i hela landet. Detta beskrivs närmare i avsnitt 2.3.5 Hälso- och sjukvårdspersonal. Också utbildningsvolymen för sjukskötare har utökats på förhand. Utbildningsvolymen inom sjukskötarutbildningen utökades med hjälp av ett statligt specialunderstöd redan 2019, och åren 2021–2022 riktas ytterligare 665 nybörjarplatser till sjukskötarutbildningen. Ökningen av utbildningsvolymerna torde underlätta rekryteringssituationen i framtiden.

I nästan hela landet råder det brist på terapeuter inom rehabilitering, i synnerhet tal- och ergoterapeuter, vilket har konsekvenser för en tidig inledning av rehabiliteringen. Genom att utveckla rehabilitering på distans och terapeuternas konsultationer på distans kan rehabiliteringen inledas i klientens verksamhetsmiljö, i skolan, på daghemmet, på arbetsplatsen eller hemma.

Säkrandet av ett adekvat arbetskraftsutbud inom social- och hälsovården påverkas också av den arbetskraft med utbildning inom social- och hälsovården som flyttar till Finland från andra länder. Andelen anställda med utländsk bakgrund inom social- och hälsovårdstjänsterna har ökat i Finland under 2000-talet. Den ovan beskrivna utvecklingen påverkar för sin del tillgången på personal och kan vara en faktor som förbättrar kommunernas möjligheter att rekrytera den ytterligare personal som lagförslaget förutsätter.

En ökning av utbildningsvolymen för läkare och sjukskötare ger naturligtvis inte några omedelbara lättnader när det gäller dessa yrkesutbildade personers arbetskraftssituation, utan ökningen märks i tillgången på yrkesutbildade personer med några års fördröjning. Det är möjligt att välfärdsområdena under de första verkställighetsåren i varierande grad också behöver använda sig av köpta tjänster, i synnerhet för att skaffa läkarinsatser. Om välfärdsområdena däremot ökar användningen av servicesedlar och köpta tjänster kan propositionen också öka behovet av läkare inom den privata sektorn.

För att det i framtiden och när propositionen genomförs ska vara möjligt att rekrytera läkare och vårdpersonal till hälsovårdscentralerna och samtidigt för att säkerställa att även de yrkesutbildade personer som arbetar vid hälsovårdscentralerna stannar kvar i arbetet, är det viktigt att arbetet vid hälsovårdscentralerna utgör en attraktiv arbetsmiljö. Goda arbetsförhållanden återspeglas också i högklassig vård för klienterna och patienterna. Centrala faktorer i attraktionskraften är bland annat en skälig arbetsbelastning och möjligheter att påverka arbetsbelastningen och det egna arbetet samt en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan olika yrkesutbildade personer. Även om det i den nuvarande hälsovårdscentralverksamheten finns stor utvecklingspotential (bland annat i frågor som gäller arbetsfördelning och samarbete mellan olika yrkesutbildade personer samt utnyttjande av teknik), bör det noteras att verksamheten och praxisen redan nu har utvecklats och utvecklas kontinuerligt och att det tar tid att åstadkomma förändring. Dessutom undanröjer utvecklingsåtgärderna inte i sig behovet av ytterligare personal, men de kan ha en betydande inverkan på arbetets meningsfullhet, på hur de anställda orkar i arbetet och på välbefinnandet i arbetet. Personalens välbefinnande i arbetet och exempelvis arbetsledningen

²² Allt fler läkare arbetar deltid. Kuntatyöntäjä. <https://www.kuntatyöntajalehti.fi/sv/2021/3/allt-fler-lakare-arbetar-deltid>

bör ägnas större uppmärksamhet än för närvarande, för att säkerställa att propositionen genomförs på ett framgångsrikt sätt och för att säkerställa tillgången på personal och personalens kontinuitet.

Finlands sjuksköterskeförbund har i sina arbetslivsbarometrar klarlagt sjuksköternas syn på social- och hälsovårdens attraktionskraft samt hur sjuksköterna bedömer att centrala faktorer som inverkat på välbefinnandet i arbetet förverkligas i deras arbetsgemenskap. Att öka branschens attraktivitet och utveckla arbetsförhållandena har visat sig vara centrala frågor när det gäller tillgången på arbetskraft. Enligt resultaten behöver sjuksköterna inom primärvården specialkompetens och brett kunnande när tjänsterna utvecklas och utvidgas. Detta är också en möjlighet, eftersom man genom att utveckla sjuksköternas karriärmöjligheter inom primärvården kan skapa lockande och mångsidiga uppgifter. I tidigare arbetslivsbarometrar trodde över hälften av de som svarade att de utvidgade uppgiftsbeskrivningarna ökar branschens attraktivitet och meddelade också att de är intresserade av den utvidgade uppgiftsbeskrivningen för sjukskötare.

Inom primärvården är det därför väsentligt att fortsätta utveckla en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och minska arbete som inte bringar något värde. Arbetet kan utvecklas bland annat genom fler direktmottagningar av olika yrkesutbildade personer och utnyttjande av möjligheterna till konsultationer såväl inom primärvården som mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Ur personalens synvinkel medför ändringarna ett mer självständigt arbetssätt som är närmare inriktat på den egna yrkeskompetensen. Detta kan ha en positiv effekt på orken i arbetet och möjligheterna att påverka arbetet, vilka alltjämt kan vara en attraktionsfaktor och en faktor som håller kvar de anställda i arbetet på hälsovårdscentralerna.

En förkortning av väntetiden till vård inom mun- och tandvården först till fyra och sedan till tre månader ökar knappt alls behovet av personal, eftersom det främst är fråga om en förkortning av engångsnatur av köerna. Det är möjligt att få bukt med köerna till exempel genom extra arbete och köp av tjänster från den privata sektorn samt genom att nya verksamhetsmodeller tas i bruk. Tillgången på personal inom mun- och tandvården ska dock säkerställas på samma sätt som det sätt som beskrivs ovan i fråga om annan hälso- och sjukvårdspersonal så att man kan säkerställa att vårdperioderna kan slutföras inom en rimlig tid.

Konsekvenser för informationssystemen

Genomförandet av lagförslaget och rapporteringen och uppföljningen av att tillgången till vård tillgodoses förutsätter stöd i form av välfungerande informationssystem. Med beaktande av tidsplanen för ikraftträdandet av lagförslaget kommer uppföljningen att fortsätta i ikraftträdandefasen enligt det nuvarande förfarandet, som baserar sig på uppgifterna i registret över vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo) och andra uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd (THL) samlar in. I 5 § i lagen om THL föreskrivs det om Institutet för hälsa och välfärds rätt att få uppgifter om möjligheten att få vård. De uppgifter THL samlar in utnyttjas för tillsynen och för uppföljning av servicesystemet samt för att styra reformen av organisationen av social- och hälsovården och välfärdsområdena. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska THL återlämna uppgifterna om möjligheten att få vård till välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som ska utnyttja uppgifterna när de fullgör skyldigheten att offentliggöra uppgifter enligt 55 § i hälso- och sjukvårdslagen samt motsvarande skyldighet att offentliggöra uppgifter enligt fängelselagen, häktningsslagen och SHVS-lagen. I praktiken offentliggör välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på

sina webbplatser de nyckeltal om möjligheten att få vård som THL har producerat utifrån de uppgifter THL samlat in av dem.

De föreslagna ändringarna i tidsgränserna för att få vård förutsätter vissa innehållsmässiga förändringar i klassificeringarna för THL:s insamling av uppgifter, i synnerhet så att till exempel tagande av kontakt hör till kategorin med sju dagars väntetid. Att genomföra dessa ändringar i de patientdatasystem som används i regionerna är ingen stor förändring, och THL kan bevilja en övergångstid för dem utifrån systemleverantörernas ändringsfullmakter. Den uppgiftshelhet som ska offentliggöras utökas i takt med att THL:s insamling av uppgifter utvecklas.

För att offentliggörandet av uppgifter om möjligheten att få vård till exempel ska främja patientens valfrihet vid valet av hälsostation, ska uppgifterna om möjligt offentliggöras per serviceenhet. THL:s insamling av uppgifter baseras på den organisationsstruktur som tjänsteleverantören bestämt. Sannolikt innebär skyldigheten att rapportera enhetsvis att en del tjänsteleverantörer måste definiera uppgifterna på ett nytt sätt. Också den omständigheten att möjligheten att få vård i form av köpta tjänster kan ingå i de uppgifter som rapporteras för en tjänsteleverantör förutsätter att rapporteringen och överföringen av uppgifter preciseras. I nuläget rapporteras köpta tjänster endast delvis, och inga tillförlitliga uppgifter fås om användningen av servicesedlar. För att sådana uppgifter ska kunna inkluderas i rapporteringen krävs det också ändringar i dokumentationspraxis för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, vilket i sin tur förutsätter relevant handledning och utbildning. I Finlands program för hållbar tillväxt reserveras 1 miljon euro för Institutet för hälsa och välfärd för dokumentationsstöd och sju miljoner euro för utveckling av välfärdsområdenas dokumentationspraxis. Med beaktande av denna finansiering bedöms det inte finnas något behov av att rikta ytterligare ekonomiska resurser för institutets uppgifter.

Vid insamlingen av uppgifter finns det ett allmänt behov av att utveckla användarvänligheten för de informationssystem som används i hälso- och sjukvården, vilket bidrar till att förbättra uppgiftsinhämtningens kvalitet och uppgifternas tillförlitlighet. Ett mål på längre sikt är att producera de uppgifter som gäller uppföljning av servicesystemet från de uppgifter som lagras i riksomfattande informationstjänster, det vill säga Kanta-tjänsterna, i stället för att THL samlar in uppgifterna separat. I samband med den ändringen inleds också produktion av uppföljningsuppgifter om möjligheten att få vård ur Kanta-tjänsterna. De strukturella klient- och patientuppgifter som lagras i Avohilmo och Kanta-tjänsterna, som uppkommer vid primärt bruk av uppgifterna, ska utvecklas och harmoniseras så att de också svarar mot informationsbehoven vid sekundärt bruk. Likaså ska THL:s rapportering av uppgifter om möjligheten att få primärhälsovård utvecklas så att dess innehåll bättre svarar mot medborgarnas behov av att jämföra tjänster samt mot kommunernas behov och behovet av styrning av och tillsyn över servicesystemet. Det innebär bland annat uppdateringar av patientdatasystemens informationsstruktur.

Rapporteringen på längre sikt utifrån Kanta-tjänsterna utvecklas inom ramen för THL:s insamling av uppgifter från tjänsteleverantörer i vidare mening. Exempelvis inom Bra mottagning-utbildningen, som ingår i programmet Framtidens social- och hälsocentral, lär man sig dessutom att förstå och styra efterfrågan på tjänster bättre än för närvarande och utvecklas för sin del metoder för mätning och uppföljning av tillgången till vård.

Folkpensionsanstalten

Folkpensionsanstalten ska följa och bedöma kvaliteten på och genomslaget hos den studerandehälsovård för högskolestuderande som den ordnar samt dess kostnader, produktivitet och lön-

samhet. Enligt Folkpensionsanstaltens bedömning medför den föreslagna lagändringen som gäller en skärpning av vårdgarantin närmast administrativa kostnader och åtgärder i anslutning till ordnandet av studerandehälsovården. När ändringen har trätt i kraft ser Folkpensionsanstalten över de mål som uppställts för Studenternas hälsovårdsstiftelse så att de motsvarar den föreslagna lagstiftningen och uppdaterar tillsammans med Studenternas hälsovårdsstiftelse beskrivningen av studerandehälsovårdstjänsterna för högskolestuderande. Ändringarna i väntetiderna till vård kommer att beaktas också i den uppföljning och revision av studerandehälsovården som Folkpensionsanstalten gör (i synnerhet i uppföljningen av väntetiderna till vård).

Studenternas hälsovårdsstiftelse kompletterar sina studerandehälsovårdstjänster med tjänster som tillhandahålls av underleverantörer samt svarar för en underleverantörs tjänster till en enskild studerande och har det övergripande ansvaret för de studerandehälsovårdstjänster varje enskild studerande får. Därför måste Folkpensionsanstalten också kunna följa upp väntetiderna till vård som tillhandahålls av en underleverantör, så att tillgången till vård tillgodoses på ett riksomfattande jämligt sätt. Enligt Folkpensionsanstaltens bedömning kan en skärpning av vårdgarantin åtminstone till en början leda till mer kundrespons än normalt. En skärpning av vårdgarantin medför sannolikt också en viss kostnadsökning, i synnerhet när nya studerande inleder sina studier i början av höst- och vårterminen.

Folkpensionsanstalten ska beakta förändringarna i de totala kostnaderna för studerandehälsovården och i kostnaderna per studerande i uppskattningarna av de godtagbara kostnaderna för de kommande åren. Lagreformen har betydande konsekvenser för Folkpensionsanstalten främst om Studenternas hälsovårdsstiftelse inte kan producera studerandehälsovårdstjänster på det sätt som förutsätts i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, och om 13 § i den lagen blir tillämplig.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottpåföljdsmyndigheten

När det gäller hälso- och sjukvård för fångar kommer bestämmelserna om fångars rätt att omedelbart få kontakt och få en individuell bedömning av vårdbehovet att leda till att verksamheten vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar måste utvecklas, liksom även enhetens samarbete med Brottpåföljdsmyndigheten. Inom hälso- och sjukvården för fångar är förfarandet att fångar som behöver icke-brådskande vård fyller i en kontaktblankett på papper som en väktare vid Brottpåföljdsmyndigheten överlämnar till fängelsets poliklinik. De gällande bestämmelserna om att vårdbehovet ska bedömas inom tre dygn har i praktiken möjliggjort att vårdbehovet kan bedömas inom den tid som anges i lagen, även om i synnerhet poliklinikerna i de mindre fängelserna inte har läkare eller sjukskötare på plats dagligen. När vårdbehovet i fortsättningen ska bedömas under samma dag, måste Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottpåföljdsmyndigheten ta fram verksamhetsformer som möjliggör både kontakt med fängelsets poliklinik och undersökning eller bedömning av vårdbehovet under samma dag. I verksamheten bör man bedöma möjligheterna att ta kontakt per telefon eller via digitala medier, och till exempel bedöma möjligheterna att utveckla en centraliserad bedömning av vårdbehovet vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som är fristående från den bedömning som görs vid en viss fängelsepoliklinik. Då behöver vårdpersonal inte vara på plats enbart i väntan på att bli kontaktad, om det på polikliniken inte i övrigt dagligen finns behov av läkare eller sjukskötare.

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

För att bestämmelserna om tidsgränserna för tillgången till vård ska kunna genomföras i praktiken krävs effektiv myndighetstillsyn. I den praktiska tillsynen bör regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården utöver att övervaka väntetiderna

till vård även övervaka huruvida serviceanordnarna erbjuder tillräckligt med tider vid hälsovårdscentralen eller huruvida de hänvisar patienter till köpta tjänster för att patienterna verkligen ska få vård inom de tidsgränser som fastslagits. I tillsynen kan man bli tvungen att bedöma om orsakerna till att de föreskrivna tidsgränserna inte alltid uppfylls är godtagbara, eftersom en del patienter kan vägra ta emot de tider som erbjuds inom tidsfristen, varvid tillgången till vård kan ha fördröjts. Sådana situationer kan väntas uppstå i synnerhet i fråga om icke-brådskande sjukvård inom primärvården på grund av den snäva tidsfristen på sju dygn. Också det att man i fortsättningen kopplar olika tjänster till olika långa tidsgränser leder till nya situationer inom tillsynen. Tillsynen föreslås också omfatta tillsyn över huruvida det förekommer försök att kringgå tidsgränserna för att få vård till exempel genom att hänvisa patienter till andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, även om behovet gäller läkar- eller tandläkartjänster. Tillsynen över sådana frågor är mer utmanande än enbart tillsyn över tillgången till vård.

Det är att vänta att det inkommer fler klagomål än tidigare om tillgången till vård och att myndigheterna får många förfrågningar om innehållet i den nya lagstiftningen. Tillsynsmyndigheten kan ingripa i upptäckta missförhållanden med hjälp av efterhandskontroll genom att ge administrativa anvisningar, föreskrifter om hur verksamheten ska rättas till och vid behov genom att förena föreskrifterna med vite. Med tanke på verkställigheten av lagen och en fungerande myndighetstillsyn är också välfärdsområdenas och de privata tjänsteproducenternas egenkontroll enligt 40 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård viktig.

Tillsynsmyndigheternas arbete kommer sannolikt att åtminstone i någon grad underlättas av att det föreslås att uppgifter om tillgången till primärvård, inklusive mun- och tandvård, ska publiceras på internet med en månads mellanrum i stället för med fyra månaders mellanrum, samt av att Institutet för hälsa och välfärd producerar de uppgifter som ska publiceras, vilket bidrar till att de uppgifter som publiceras blir alltmer enhetliga.

4.2.3 Andra samhällseliga konsekvenser

Konsekvenser för medborgarnas ställning och de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna

En skärpning av tidsfristen för rätten till vård inom den icke-brådskande primärvården till sju dygn och inom mun- och tandvården från sex till tre månader kommer att förbättra patientens möjligheter att få adekvat service avsevärt. För de primärvårdstjänster som inte omfattas av den föreslagna tidsfristen på sju dygn kommer den nuvarande tidsfristen för rätt till vård på tre månader att fortsätta gälla.

Vid sidan av övriga faktorer är boningsorten en faktor som inverkar på möjligheten att svara på personernas behov av service. Ändringen kommer att öka jämlikheten, eftersom det i dag förekommer betydande regionala skillnader i hur tillgången till vård tillgodoses. De gällande tidsfristen på tre månader samt sex månader inom mun- och tandvården möjliggör detta. Till denna del gäller ändringarna av de tider inom vilka tillgång till vård ska ges alla patientgrupper inom den offentliga hälso- och sjukvården på samma sätt.

Den socioekonomiska statusen har haft ett kraftigt samband med utnyttjandet av hälso- och sjukvårdstjänster och nyttan av dem. En högre socioekonomisk status korrelerar ofta med bland annat bättre medvetenhet om de tillgängliga hälso- och sjukvårdstjänsterna samt möjlighet att använda privata hälso- och sjukvårdstjänster och företagshälsovård. I dagsläget får de som får sjukvårdstjänster inom företagshälsovården eller omfattas av privata sjukvårdstjänster betydligt

snabbare tillgång till vård än de patienter som anlitar den offentliga sektorn. En låg socioekonomisk status har kunnat göra tillgången till social- och hälsovårdsservice besvärligare. I och med förslaget ökar jämlikheten när den offentliga sektorn kan erbjuda vård betydligt snabbare. Bland dem som inte får företagshälsovård finns exempelvis äldre och arbetslösa samt en del av invandrarna och personerna med funktionsnedsättning. Enligt Finanssiala ry:s försäkringsundersökning 2020 har 24 % av finländarna en frivillig sjukkostnadsförsäkring. Respondentens utbildning inverkar i hög grad på tecknandet av försäkring. Sjukkostnadsförsäkringar är avgjort populärare bland dem som genomgått yrkeshögskola (29 %) och högskola (32 %) än bland hela befolkningen. Också hushållets inkomster inverkar på tecknandet av försäkring. Av hushållen i den högsta inkomstklassen (över 70 000 euro/år) hade 39 % tecknat en sjukkostnadsförsäkring, medan motsvarande andel av hushållen i den lägsta inkomstklassen (under 30 000 euro/år) var 18 %. Många vars socioekonomiska status är lägre kan ha förhinder som de facto bidrar till att de inte söker vård, även om det i och för sig skulle vara möjligt att få vård.

Genom uttryckliga bestämmelser om tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar i linje med hälso- och sjukvården enligt välfärdsområdets organiseringsansvar genomförs också likabehandling och normalitetsprincipen inom fångvård.

Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inte direkt på icke-brådslande hälso- och sjukvård som förläggningarna ordnar. Reformen har endast begränsad inverkan på ställningen för personer som söker internationellt skydd. Med stöd av 26 § 1 mom. i mottagandelagen har de rätt att som ett inslag i mottagningstjänsterna få brådslande hälso- och sjukvårdstjänster och därutöver rätt att få andra öppna hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Dessa andra nödvändiga tjänster är alltså icke-brådslande tjänster enligt systematiken i hälso- och sjukvårdslagen. Motsvarande rätt att få hälso- och sjukvårdstjänster har också offer för människohandel som inte har hemkommun i Finland och som det i nämnda lag ingående systemet för hjälp omfattar. Bland annat mödrarådgivningstjänster och behandling av kroniska sjukdomar är sådana tjänster som betraktas som nödvändiga och som en person har rätt till på grundval av sitt hälsotillstånd.

Enligt 26 § 2 mom. i mottagandelagen får personer som får tillfälligt skydd, barn som söker internationellt skydd samt barn som är offer för människohandel och inte har i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. Under 18 år gamla personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel samt alla som söker tillfälligt skydd ges alltså hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som personer som har hemkommun i Finland. Personer som flyr undan kriget i Ukraina och kommer till Finland får registrera sig som personer som får tillfälligt skydd. Formuleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen kan tolkas innebära att regleringen skapar en skyldighet att tillhandahålla dem som får tillfälligt skydd samt personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådslande vård inom motsvarande tidsgränser som i hälso- och sjukvårdslagen. Därmed kan regleringen indirekt förbättra ställningen för dem som ingår i tillämpningsområdet för 26 § 2 mom. i mottagandelagen. I praktiken söker sig dock personer som söker internationellt skydd till de hälsotjänster som ordnas av förläggningarna på samma sätt som personer som får tillfälligt skydd.

I Finland uppehåller sig personer utan i utlänningslagstiftningen föreskrivet visum, uppehållstillstånd eller annan rätt att komma till Finland eller att fortsätta att vistas i Finland (så kallade papperslösa), samt andra personer i samma ställning som papperslösa. Speciallagstiftning som gäller dem och som skulle trygga icke-brådslande hälso- och sjukvårdstjänster för dem saknas för närvarande. I Finland har papperslösa därmed rätt bara till brådslande sjukvård. Förslaget förbättrar således inte ställningen för papperslösa. Några kommuner, bland dem Helsingfors,

har emellertid beslutat att ge papperslösa som inte har fyllt 18 år eller som är gravida samma hälso- och sjukvårdstjänster som kommuninvånarna. Om kommunen beslutar att också i fråga om dessa tjänster iaktta tidsgränserna för att få vård, kan lagstiftningen indirekt bidra till att de papperslösa snabbare får vård. I regeringsprogrammet för statsminister Marins regering finns dock en allmän skrivning om att papperslösas rätt till hälso- och sjukvård ska utökas. Detta bereds i ett separat projekt vid social- och hälsovårdsministeriet.

Språkliga rättigheter

Av de 21 blivande välfärdsområdena är sju tvåspråkiga. De är Mellersta Österbotten, Österbotten, Egentliga Finland, Västra Nyland, Vanda-Kervo, Östra Nyland och Kymmenedalen. Dessutom är Helsingfors stad och Samkommunen HUS tvåspråkiga. Österbotten är det enda välfärdsområdet med svenska som majoritetsspråk. Bestämmelser om patientens rätt att använda antingen finska eller svenska inom hälso- och sjukvården finns i speciallagstiftningen om hälso- och sjukvård. Ändringen påverkar inte regleringen av de språkliga rättigheterna. En bedömning av respekten för de språkliga rättigheterna ska också gälla om rättigheterna tillgodoses i praktiken. I fråga om social- och hälsovårdstjänster är det viktigt såväl för klientsäkerheten som för rättssäkerheten att tjänsterna fås på personens eget språk, svenska eller finska, oberoende av om personen hör till välfärdsområdets språkliga minoritet eller majoritet.

Enligt justitieministeriets utredning Språkbarometern 2020 (2021:2)²³ är svenskspråkiga som bor i en kommun där svenska är majoritetsspråket mest nöjda av alla med den språkliga servicen. Servicen på finska, som är minoritetsspråk i dessa kommuner, får ett något lägre vitsord, och lägst vitsord får servicen på finska för hälsovårdens läkarmottagning (vitsordet 8,1 på en skala från 4 till 10). En utmaning i kommuner med svenska som majoritetsspråk är att rekrytera kompetenta läkare. Enligt språkbarometern fungerar dock den finskspråkiga servicen till den finskspråkiga minoriteten bättre än servicen till den svenskspråkiga minoriteten. Mest utmanande är servicen till den svenskspråkiga minoriteten. Exempelvis läkarmottagningen på hälso-centralen fick vitsordet 7,6 av den svenskspråkiga minoriteten. Det finns regionala skillnader, och allmänt taget förefaller den svenskspråkiga servicen fungera bättre i Österbotten än i Nyland och Åboland. Den finskspråkiga servicen förefaller fungera bäst i de motsatta regionerna.

Svenska Finlands folkting har utrett²⁴ tillgången till svenskspråkig social- och hälsovårdspersonal ur tvåspråkiga kommunala arbetsgivares perspektiv. Enligt rapporten har arbetsgivarna svårigheter att rekrytera svenskspråkig personal i olika yrkesgrupper. Särskilt svårt är det att rekrytera psykoterapeuter, näringsterapeuter, socialarbetare, tandhygienister, tandläkare och neuropsykologer med kunskaper i svenska. I fråga om dessa yrkesgrupper uppgav mer än 70 % av respondenterna att rekryteringen är mycket svår eller ganska svår. 60 % av respondenterna upplevde det som mycket svårt eller ganska svårt att rekrytera svenskspråkiga läkare, och 55 % att rekrytera svenskspråkiga sjukskötare. Det fanns regionala skillnader i fråga om rekryteringen av olika yrkesgrupper, bland annat så att rekryteringen av sjukskötare upplevdes som något lättare i Österbotten och Egentliga Finland än i Nyland och huvudstadsregionen. Rekryteringen av läkare och tandläkare var också mindre utmanande i Österbotten än i de andra regionerna. Däremot föreföll det allmänt svårt att rekrytera tandhygienister.

²³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162838>

²⁴ [https://folktinget.fi/Site/Data/1597/Files/Vart forsviner den svenskspråkiga vardpersonalen rapport.pdf](https://folktinget.fi/Site/Data/1597/Files/Vart%20forsviner%20den%20svensksprakiga%20vardpersonalen%20rapport.pdf)

Välfärdsområdena kan ha olika förutsättningar att erbjuda tvåspråkiga social- och hälsovårds-tjänster. Hur stor områdets språkliga minoritet är inverkar på möjligheterna att rekrytera språkkunnig personal. I regel är tillgången till språkkunnig personal bäst i regioner där den språkliga minoritetens andel är stor. Också var det finns social- och hälsovårdsutbildning i regionen kan ha betydelse för tillgången till personal. Det är möjligt att tvåspråkiga välfärdsområden som också annars har problem med personalrekrytering och där den språkliga minoritetens andel är liten också har större utmaningar med genomförandet av de tjänster den språkliga minoriteten har rätt till inom den föreslagna tiden på sju dygn. Dock kan det också bedömas att en större anordnare har bättre möjligheter att erbjuda tjänster för den språkliga minoriteten, till exempel genom att delvis utnyttja digitala tjänster. I fråga om digitala tjänster bör det dock beaktas att också de i tvåspråkiga regioner bör utvecklas aktivt på bägge språken.

Konsekvenser för befolkningens hälsotillstånd och tillgången till tjänster

Genom de lagändringar som föreslås i regeringens proposition skärps tidsgränserna för tillgången till vård inom den öppna sjukvården och mun- och tandvården inom den offentliga primärvården. Dessa tjänster tillhandahålls vid hälsovårdscentralerna och vid de framtida social- och hälsocentralerna, vars tjänster hela befolkningen har rätt att anlita. De föreslagna ändringarna för att förbättra tillgången till tjänster gäller till denna del alla befolkningsgrupper på ett enhetligt sätt. De regionala skillnaderna när det gäller tillgången till tjänster kommer att jämnas ut. Samma tidsgränser ska också gälla studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar. Tillgången till tjänster kommer utifrån förslagen att alltmer börja likna tillgången till sjukvård inom den företagshälsovård som ordnas av arbetsgivare för den arbetande befolkningen. Tidigare har den arbetande befolkningen även i icke-brådskande fall snabbt fått sjukvård inom ramen för företagshälsovården. På lång sikt kan den föreslagna ändringen således jämna ut skillnader i hälsotillstånd.

Bättre tillgång till tjänster i icke-brådskande ärenden gör att hälsoproblem och riskfaktorer som ännu inte uppdagats kan upptäckas snabbare. Detta accentueras i fråga om de patientgrupper vars huvudsakliga, eller enda, vårdplats är inom den offentliga primärvården. Sådana grupper är bland annat äldre, arbetslösa och till exempel psykiatriska patienter och missbrukspatienter som får rehabiliteringsstöd eller pension. I dessa grupper finns många personer med långtids-sjukdom, där riskfaktorerna upptäckts och behandlats med fördröjning när tillgången till tjänster varit dålig. Till exempel förekommer det hos en del arbetslösa situationer där deras behov av stöd för arbetsförmågan, vård och rehabilitering inte har identifierats och de inte fått tillgång till de tjänster de behöver eller inte fått rätt förmån. De erbjuds inte heller förebyggande hälso- och sjukvård i samma utsträckning som den arbetande befolkningen. När servicebehovet inte identifieras tillräckligt tidigt leder det till att problemen förvärras och anhopas. Bättre tillgång till tjänster gör det möjligt att minska skillnaderna i hälsotillstånd också på denna grund. Personer i särskilt utsatt ställning drar nytta av att de redan när de tar kontakt får en bedömning av vårdbehovet och i praktiken också en första mottagningstid som infaller under de närmaste dagarna. En del personer i utsatt ställning, exempelvis personer som har psykiska problem eller missbruksproblem, har begränsade resurser och orkar eller klarar inte av att ta kontakt eller besöka vården, om det dröjer länge innan det första besöket äger rum.

Å andra sidan kan särskilt personer som behöver olika tjänster i stor mängd utsättas för risker, om man på grund av att tidsgränserna skärps satsar enbart på att det första vårdbesöket ska genomföras. Om man till exempel strävar efter att säkra tillgången genom köpta tjänster eller servicesedlar eller genom att patienterna hänvisas till vilken yrkesutbildad person som helst utan att det dras försorg om att vård- och servicehelheten är planmässig och kontinuerlig, finns det

en risk för att kundernas situation försämrans i och med att servicen splittras och informationen inte löper som den ska.

När tidsgränserna för tillgången till vård skärps bör man samtidigt se till att resurser inte ensidigt styrs till bedömning och skötsel av nya icke-brådskande ärenden, utan att befolkningen erbjuds tjänster enligt behovet av vård. Striktare tidsgränser får inte leda till att den faktiska tillgången till tjänster, förebyggande tjänster eller vårdkontinuiteten lider, och det samma gäller planmässigheten och sammanhängande vård- och servicekedjor. Tidsgränserna får inte heller i övrigt leda till att ovannämnda positiva effekter på befolkningens hälsotillstånd äventyras.

Vid genomförandet av propositionen och utvecklandet av verksamheten bör i synnerhet vårdkontinuiteten och planmässigheten förbättras. I synnerhet för patienter med långtidssjukdom är det viktigt att de i regel vårdas av samma läkare och samma sjukskötare. Inom mun- och tandvården är långa vårdrelationer också viktiga, i synnerhet för patienter som behöver mycket tjänster. Raivio har i sin doktorsavhandling (2016)²⁵ konstaterat att vårdkontinuiteten är en central faktor som har positiv inverkan på primärvårdens kvalitet och helhetsbetoning, samarbetet inom vården, vårdens effektivitet och kostnader samt befolkningens hälsa. Enligt den enkät om hälsostationer (2020) som Institutet för hälsa och välfärd genomförde för att samla kundrespons tillgodoses kontinuiteten dock för närvarande inte särskilt väl i praktiken, även om klienterna på basis av de öppna svaren anser att kontinuiteten i vården är mycket viktig.

Enligt propositionen ska en vårdhändelse också kunna genomföras med hjälp av digitala fjärrförbindelser, om det är möjligt med tanke på patientsäkerheten. Med beaktande av utmaningarna med tillgång till personal samt den ökande användningen och utvecklingen av distanstjänster bland annat under covid-19-pandemin är det möjligt att utbudet av digitala tjänster ökar. Många äldre, multisjuka samt patienter som har en multiproblematik eller är i en svagare socioekonomisk ställning har begränsade möjligheter att anlita digitala tjänster. För sådana klientgrupper kan det praktiska genomförandet av digitala tjänster i stor omfattning leda till problem vad beträffar den faktiska tillgången till vård. Vid verkställigheten bör det därför ses till att också tillgången till närservice och till servicekanaler som alla kan förstå tryggas. Även tillgängligheten bör tryggas.

Könskonsekvenser

Det finns skillnader mellan könen i välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukfrekvens och mortalitet. Enligt Statistikcentralens befolkningsstatistik var den förväntade livslängden 2020 84,6 år för kvinnor och 79,0 år för män. Könet är en central särskiljande faktor också när granskningen görs med avseende på befolkningsgrupper. Till exempel är inverkan av socioekonomiska faktorer avsevärt större hos män än hos kvinnor. När inkomstnivån beaktas är skillnaden mellan den lägsta och den högsta inkomstdecilen mer än tio år för män och omkring sex år för kvinnor i fråga om livslängdsantagande. Långvariga sjukdomar eller ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män, medan många av de bakomliggande orsakerna till social utslagning är vanligare bland män.

Kvinnor har noterats använda många av social- och hälsovårdstjänsterna mer aktivt än män. Enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistret Avohilmo var ca 57 procent av de kunder som gick på primärvårdsmottagning 2020 kvinnor. År 2020 stod kvinnorna för ca 58 procent av läkar-

²⁵ Raivio, R: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksissa. Tampere University Press 2016. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/99564>

och tandläkarbesöken inom primärvården, och kvinnorna anlitar också tjänster allt mer med stigande ålder. Enligt undersökningen FinSote 2020 använder kvinnorna också mer elektroniska social- och hälsovårdstjänster²⁶. Under de senaste tolv månaderna hade 27,3 % av kvinnorna och 24 % av männen använt elektroniska social- och hälsovårdstjänster. Skillnaden mellan kvinnor och män minskade med stigande ålder, och i åldersgrupperna 55–74 år och över 75 år hade männen använt elektroniska tjänster oftare än kvinnorna. I dessa åldersgrupper upplevde kvinnorna också att de behöver mera handledning än männen när det gäller att använda nättjänster i samband med social- och hälsovård.

Det finns inga heltäckande forskningsrön om hälsan och välbefinnandet hos personer som hör till könsminoriteter eller om deras användning av tjänster, men det är känt att många av dem undviker eller dröjer med att söka vård på grund av tidigare erfarenheter av diskriminering eller rädsla för att bli diskriminerad. Sammanlagt 20 procent av de finländska transpersoner som besvarade den HBTI-enkät som Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde 2020 hade undvikit hälsovården, och 23 procent hade upplevt diskriminering inom social- och hälsovården.

Som ovan konstateras kan det noteras skillnader mellan könen i fråga om användningen av hälso- och sjukvårdstjänster, vilket betyder att också förslagets konsekvenser riktar sig på olika sätt till de olika könen. Konsekvenserna av att tillgången till tjänster förbättras berör i princip oftare kvinnor, eftersom kvinnor använder mest hälso- och sjukvårdstjänster, såväl när- som distanstjänster.

Ökad tillgång till tjänster genom fler digitala servicekanaler kan dock vara ett sätt att öka inte bara kvinnornas utan även de övriga könen användning av tjänsterna. Könet kan som en faktor tillsammans med individens övriga egenskaper påverka motivationen och möjligheterna att använda digitala tjänster. Europeiska jämställdhetsinstitutet EIGE har kartlagt digitaliseringens könsrelaterade konsekvenser i ett jämställdhetsindex som mäter jämställdheten mellan könen i EU²⁷. Enligt utredningen var männens digitala färdigheter bättre än kvinnornas i alla åldersgrupper i Finland. Detta stöds också av FinSote-undersökningens observation att männen mer sällan än kvinnorna upplevde sig behöva hjälp med att använda digitala tjänster. Förbättrad tillgång till tjänster med hjälp av digitala servicekanaler medför att förslagets konsekvenser sannolikt riktar till både kvinnor och män när det gäller befolkningen i arbetsför ålder, men oftare till män när det gäller äldre personer. Digitala servicekanaler kan också sänka tröskeln för personer som hör till könsminoriteter att uppsöka hälso- och sjukvårdstjänster.

Reformen ger möjligheter till ökad jämställdhet, om välfärdsområdena när de genomför reformen identifierar och beaktar de skillnader som förekommer när det gäller att uppsöka och använda service.

Konsekvenser för barnen

Barn och barnfamiljer använder mycket hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt Institutet för hälsa och välfärd (THL) rapport om ojämlikhet i hälsa och välfärd bland barn och barnfamiljer (Las-

²⁶ Parikka, S, Koskela, T, Ikonen, J, Kilpeläinen, H, Hedman, L, Koskinen, S & Lounamaa, A. Kansallinen terveysterveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. <https://www.terveytemme.fi/finsote/2020/index.html>

²⁷ Gender Equality Index 2020. Digitalisation and the future of work. European Institute for Gender Equality. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2020-digitalisation-and-future-work>

ten ja lapsiperheiden terveysterveys- ja hyvinvointierot, 16/2012) kunde man inte observera några skillnader i fråga om läkarbesök inom primärvården utifrån vilken utbildning barnets mor har. Där emot anlidade mödrar med högre utbildning specialister betydligt mer. Detta beror sannolikt på att högutbildade barnfamiljer används mer privat läkarvård, och då är det oftare en specialist som är vårdgivare.

En del av de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och välfärd kan börja uppstå redan i tidig barndom. Skillnaderna kan märkas i form av ohälsa och nedsatt funktionsförmåga senare i livet och som skillnader i dödlighet. Försök har gjorts att minska skillnaderna i hälsa och välfärd genom åtgärder inom rådgivnings- och skolhälsovården. Om man genom propositionen lyckas stärka basservicen och ge snabbare tillgång till vård kommer skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper att minska märkbart när det gäller barns och ungas rätt till vård.

Stärkande av primärvården inverkar gynnsamt på barns, ungas och familjers välbefinnande. I dagsläget har barn i familjer med högre inkomstnivå lättare att få tillgång till läkare, och det finns också tecken på att barn i sådana familjer lättare får remiss till specialiserad sjukvård. Propositionen förbättrar jämlikheten mellan barnen och underlättar en snabbare tillgång till vård. I synnerhet till följd av snabbare tillgång till vård kommer också barn i de familjer som inte har möjlighet att anlita privata hälsovårdstjänster att få vård utan fördröjning i fråga om första besöket och besök av den karaktären. I situationer där barn eller unga inte görs delaktiga av tjänster har det inom social- och hälsovårdstjänsterna utarbetats andra handlingsmodeller för att identifiera sådana barn och unga och erbjuda stöd. Propositionens konsekvenser riktar sig inte omedelbart till sådana barn och unga.

Bättre tillgång till vård kommer också att innebära en märkbar förbättring för barn som får vård utanför hemmet vad gäller deras ställning, hälsa och välfärd. Dessa barn har många olika slags hälsoproblem, men ändå kan det hända att deras hälsotillstånd inte undersöks trots förpliktelserna enligt barnskyddslagen. Vissa barn måste rentav placeras utanför hemmet på grund av otillräckliga hälsovårdstjänster. Placering utanför hemmet kan ofta bottna i otillräckligt stöd vid neuropsykiatriska symtom eller psykiska problem, så också belastningen på barnskyddet kan minska i och med att förslaget verkställs. Att också mer utsatta barn och unga snabbare kan få vård och behandling kommer även på längre sikt att ha en positiv inverkan när skillnaderna i hälsa och välfärd minskar i hela befolkningen till följd av att behövlig vård och behandling kan påbörjas tidigare innan situationerna eventuellt försvårats.

När rätten till vård tillgodoses snabbare, på sju dagar, kommer i synnerhet barn med psykiska problem och symtom och deras familjer att hamna i ett bättre läge. I fråga om barn och unga skulle snabbare tillgång till vård i betydande grad bidra till återhämtning från psykiska problem och minska behovet av andra tjänster, såsom socialvårdens barn- och familjetjänster. Brister och förseningar i primärvårdens mentalvårdstjänster för barn och unga har i nuläget lett till att psykisk ohälsa har dragit ut på tiden och försvårats, samtidigt som de psykiatriska tjänsterna inom den specialiserade sjukvården har blivit kraftigt överbelastade. Propositionen kommer att leda till att barn med psykiska problem får vård och behandling i ett tidigare skede och att leda till färre förvärrade och mer komplicerade situationer, vilket är både hållbart och ändamålsenligt mänskligt sett ur individens synvinkel och totalekonomiskt sett ur samhällets synvinkel.

Också barn med funktionsnedsättning har särskilda behov, och en del av dem tillgodoses genom regelbundna bokade mottagningsbesök och inom den specialiserade sjukvården. I synnerhet barn med flerk Funktionsnedsättning har ett stort behov av mottagningsbesök som gäller bland annat social trygghet och rehabilitering, familjens psykosociala hälsa och skolstart. Också för denna grupp kan snabbare tillgång till hälsovårdstjänster innebära en betydlig förbättring av både barnets och familjens välbefinnande och hälsa.

Många barn och ungdomar som kommer till Finland som asylsökande har ofta fysiska och psykiska hälsoproblem och också svårigheter när det gäller att i rätt tid få kontakt med hälso- och sjukvårdens tjänster. Minderåriga barn som söker internationellt skydd och offer för människohandel som är barn och barn som får tillfälligt skydd har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en hemkommun i Finland. I föregående avsnitt ”Konsekvenser för människors ställning och de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna” konstateras att även om hälso- och sjukvårdslagen inte tillämpas på de tjänster som de har tillgång till, kan lagstiftningen tolkas så att de också har rätt att få tjänster inom motsvarande tider som tidsgränserna enligt hälso- och sjukvårdslagen, och därför har förslaget när det gäller minderåriga indirekta positiva konsekvenser för denna grupp av minderårigas rätt att snabbt få tillgång till vård. För närvarande finns ingen speciallagstiftning om papperslösa som skulle garantera minderåriga papperslösa personer icke-brådskande hälso- och sjukvårdstjänster, därför förbättrar förslaget som utgångspunkt inte de papperslösa barnens och ungdomarnas ställning eller tillgång till vård.

Propositionen förbättrar välfärd och hälsa bland de studerande, eftersom den också gäller den sjukvårdsrelaterade delen av studerandehälsovården. Därmed kommer den att ha en positiv inverkan också på de studerandes studieförmåga och på längre sikt också på deras arbetsförmåga. När studerandehälsovården snabbare kan erbjuda sjukvårdsrelaterade tjänster kommer detta också att bidra till att man märker och kan åtgärda de studerande hälsoproblem tidigare och på så sätt förebygger de att ohälsan blir kronisk och att funktionsförmågan sjunker. Därmed stöds utexamineringar och övergång till arbetslivet, vilket på längre sikt har en betydande positiv inverkan också på samhällsekonomin.

Konsekvenser för socialvårdens klienter

Snabbare tillgång till vård kan bedömas gynna i synnerhet klienter som behöver mycket service samt förbättra tillgången till vård och dess verkningsfullhet, men också genom att minska det stödbehov som uppkommit genom sjukdom eller skada och därmed också efterfrågan på motsvarande socialvårdstjänster. Det stödbehov som hänför sig till funktionsförmågan och som förorsakas av till exempel funktionsnedsättning, fysisk eller psykisk sjukdom, försvagning av krafter eller koordination till följd av åldrande eller sjukdomar eller användning av berusningsmedel, kan tillgodoses med många olika socialvårdstjänster. Beroende på funktionsförmåga och behov är dessa till exempel hemservice och hemvård, boendeservice eller service som stöder rörligheten. Snabbare tillgång till vård och inledande av rehabilitering minskar åtminstone till vissa delar de sociala, ekonomiska eller funktionsrelaterade utmaningar som sjukdomen eller skadan medför i vardagen, och påverkar således även socialvårdens verksamhet och servicebehoven.

Förutom personer som behöver mycket service skulle också personer i utsatt ställning dra nytta av att få vård snabbare. Med en person som behöver särskilt stöd avses i socialvårdslagen en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälso- och sjukvårdstjänster. Behovet av särskilt stöd är inte bundet till en viss diagnos eller skada, utan definitionen omfattar till exempel personer vars behov av särskilt stöd grundar sig exempelvis på flera sjukdomar eller skador och ett ännu odiagnostiserat syndrom som allvarligt försvagar funktionsförmågan. Socialvården har som en särskild uppgift att genom ändamålsenligt stöd säkerställa att den enskilde får de tjänster som han eller hon behöver till exempel av hälso- och sjukvården.

När välfärdsområdena verkställer propositionen bör de bättre än för närvarande granska bland annat frågor som gäller olika befolkningsgruppers tillgång till tjänster, eftersom klienter som

behöver mycket service eller personer som behöver särskilt stöd trots sina behov inte nödvändigtvis använder mycket service. Sjukdomar kan om de inte behandlas utvecklas till långtids-sjukdomar. När situationen försvåras och funktionsförmågan försämras ökar ofta också behovet av och efterfrågan på stödåtgärder och tjänster inom socialvården.

Propositionen kommer i vilket fall som helst sannolikt att öka socialvårdsklienternas förtroende för servicesystemet och tillgången till tjänster, även om välfärdsområdena vid verkställigheten bör fästa uppmärksamhet också vid att utveckla kundorienteringen. Då är det också möjligt att identifiera obehandlade sjukdomar tidigare än för närvarande och förebygga att de utvecklas till långtidssjukdomar, vilket bidrar till att dämpa kostnaderna för social- och hälsovården.

Konsekvenser för klienter som behöver mentalvårds- och missbrukartjänster

Initiativförmågan, funktionsförmågan och i vissa situationer även vårdbehovet hos personer med psykisk ohälsa och missbruksproblem kan variera, så tillgången till vård måste vara snabb och smidig i enlighet med klientens behov. Enligt de enhetliga grunderna för icke-brådskande vård ska bedömningen av patienten och inledandet av behandlingen alltid ske snabbt på grund av risken för att störningen och dess psykosociala konsekvenser försvåras, med undantag för vissa undersökningsperioder som hänför sig till långvariga egenskaper eller symtombilder. Typiskt för psykisk ohälsa och missbruksproblem är att dröjsmål med vården leder till att symtomen försvåras och funktionsförmågan försämras. Genom att påskynda ordnandet av vård kan man avsevärt förebygga kronisk sjukdom och långvariga olägenheter, såsom arbetsoförmåga.

Propositionen främjar snabb tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården vid mentala problem och missbruksproblem när man söker vård för första gången och när sjukdomen återkommer eller försvåras, om vård enligt vårdplanen inte pågår. Propositionen stärker tillgången till mentalvård och missbrukarvård inom primärvården och finansieringen av dessa. I den rekommendation som tjänsteutbudsrådet inom hälso- och sjukvården godkände 1.11.2018 sägs det att psykoterapi och psykosociala vård- och rehabiliteringsmetoder som konstaterats vara effektiva hör till hälso- och sjukvårdens tjänsteutbud vid mentalvårds- och missbruksproblem. De utgör en del av en målinriktad vård eller rehabilitering i alla skeden av vården eller rehabiliteringen, börjande i primärvården. Genom att påskynda tillgången till vård möjliggörs i enlighet med rekommendationen behövlig psykosocial vård som inleds i rätt tid utan onödig fördröjning.

Vid långtidssjukdomar är risken att sjukdomens stegvisa försämringsfaser inte identifieras som situationer som kräver snabb tillgång till vård. Även en fokusering på att tillhandahålla snabb service för vårdsökande kan vid långtidsvård leda till att behandling erbjuds med alltför sällan återkommande perioder.

Det är också känt att psykisk ohälsa eller missbruksproblem i sig gör det svårare att söka vård och service. När välfärdsområdena utvecklar verksamheten och verkställer propositionen bör de också överväga och inleda åtgärder för att bättre identifiera och nå dessa personer, så att de i enlighet med propositionen snabbt och effektivt kan nås av primärvården och av den social-service som eventuellt behövs.

Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning

Majoriteten av personerna med funktionsnedsättning använder samma hälsovårdstjänster som den övriga befolkningen. Således är propositionens konsekvenser för personer med funktionsnedsättning i princip likadana och liknande som konsekvenserna för hela befolkningen. Det bör

dock beaktas att personer med funktionsnedsättning mer sällan deltar i arbetslivet än den övriga befolkningen, så de har inte tillgång till företagshälsovårdstjänster i samma utsträckning som den övriga vuxna befolkningen. Propositionen förbättrar därmed situationen för personer med funktionsnedsättning. Eftersom personer med funktionsnedsättning behöver hälso- och sjukvårdstjänster i större utsträckning än den övriga befolkningen förbättrar propositionen avsevärt deras ställning. Dröjsmål med rehabiliteringstjänster när funktionsförmågan försämras kan äventyra möjligheterna att bo självständigt för en person med funktionsnedsättning och avsevärt öka behovet av service. En snabb tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster skulle främja upprätthållandet av funktionsförmågan hos personer med funktionsnedsättning, vilket skulle minska deras behov av hjälp, som i sin tur förutsätter socialvårdens tjänster för personer med funktionsnedsättning.

Vid bedömningen av vårdbehovet finns det dock en risk för att behovet av vård för personer med funktionsnedsättning i kommunerna lätt bedöms vara förknippat med långtidssjukdom. Därför är det möjligt att tillgången till vård inom sju dygn för personer med funktionsnedsättning uppnås i lägre grad än för andra befolkningsgrupper, även om till exempel nedsatt funktionsförmåga enligt propositionen ska vara en grund för snabbare tillgång till vård än för närvarande.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

Andra sätt att förbättra tillgången till vård

Vårdköer uppstår när behovet, efterfrågan och utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster är i obalans eller inte möts. Åtgärderna för att förbättra tillgången till vård kan delas in i 1) åtgärder som påverkar utbudet, 2) åtgärder som påverkar efterfrågan samt 3) styrning av tillgången till vård, varvid man med hjälp av uppställda mål och starka incitament påverkar tillgången till vård. Det valda förfarandet, det vill säga att föreskriva om en vårdgaranti med tidsgränser för när vård ska ge, kan hänföras till det tredje alternativet.

Basservicen inom hälso- och sjukvården har under de senaste åren stärkts i många utvecklingsprojekt. Områdena skiljer sig från varandra och utvecklingsåtgärderna varierar. Omvärlden förändras också snabbt och det krävs hela tiden nya utvecklingsåtgärder och olika tillvägagångssätt. Av denna anledning är det inte ändamålsenligt att alltför detaljerat fastställa tillvägagångssätten i lagstiftningen, utan man ställer tydliga mål och välfärdsområdena väljer de tillvägagångssätt som behövs och passar i deras område för att målen ska uppnås. När man väljer tillvägagångssätt är det viktigt att komma ihåg att vårdkontinuiteten är en komponent som det finns starka vetenskapliga belägg för. Det har konstaterats att vårdkontinuiteten har en betydande minskande inverkan på dödligheten och behovet av akut sjukvård. God vårdkontinuitet och planmässighet säkerställer samtidigt en god vårdtillgänglighet. Vårdkontinuiteten är särskilt viktig för patienter som ofta anlitar primärvården, som har flera sjukdomar och om vilkas livssituation och vårdbehov det är viktigt att man har kännedom för att det ska vara möjligt att genomföra en planerad och effektiv helhet av vård och tjänster. Vårdkontinuitetens betydelse för patienter som endast någon enstaka gång anlitar vården eller endast har ett hanterbart problem med hälsan, har inte kunnat beläggas lika tydligt. Om man endast skulle föreskriva om att säkerställa vårdkontinuiteten, kunde det göra systemet stelare och ändå inte vara till nytta för en stor del av patienterna som alltså egentligen inte behöver kontinuiteten. En skärpning av vårdtillgängligheten är till nytta på samma sätt både för tillfälliga besökare som för de befolkningsgrupper som behöver många tjänster.

1) Åtgärder som syftar till att påverka utbudet av vård

- Lagstadgad personaldimensionering

Denna strategi har tagits i bruk i och med att Sanna Marins regering förbättrade servicen för äldre genom att föreskriva om dimensionering av vårdare inom omsorgstjänster dygnet runt (ny 3 a § i lagen om stödjan­de av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 565/2020). Bestämmelser om personaldimensionering kan tillämpas exempelvis på läkare också inom primärvården. Enbart antalet läkare i förhållande till antalet personer som vårdas är dock inte den enda faktorn som påverkar tillgången till vård, eftersom läkarna beroende på befattningsbeskrivningen kan ha varierande mängder direkt patientarbete. En viss optimal befolkningsmängd per arbetstagare kan dock fastställas, till exempel inom rådgivningsverksamheten. Till exempel i Estland, där allmänläkarna arbetar enligt en listmodell, är maximistorleken på varje läkares lista 2000–2400 personer beroende på situation. Om regleringen gäller en yrkesgrupp, kan dimensioneringen dock genom löneinflationen leda till att kostnaderna stiger på ett oändamålsenligt sätt. Då kan det till exempel vara mer ändamålsenligt att bättre utnyttja olika yrkesgruppers kunskande.

De metoder som anknyter till utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster leder i sig sällan till ett bestående positivt resultat. Därför måste man vid sidan av antalet anställda granska sätten att erbjuda tjänster, det vill säga hur och till vad resurserna används, alltså verksamhetsmodellerna. I Finland har den långvariga dåliga tillgången på basservice kunnat leda till en uppdämd efterfrågan på hälso­­tjänster. Därför förutsätter kortandet av vårdköerna eller upprätthållandet av nivå sannolikt tilläggsfinansiering även om åtgärder för att effektivisera verksamhetsprocesserna vidtas. Den föreslagna tidsfristen på tre månader för att få icke-brådskande vård inom mun- och tandvården är fortfarande lång, och därför anses det inte behövas tilläggsfinansiering efter köavvecklingen.

- Ökad valfrihet i fråga om tjänster

Ett planerat sätt för Juha Sipiläs regering att öka utbudet av tjänster var att öka kundernas valfrihet vid valet av tjänsteproducent. Tanken var att de tjänsteproducenter som förvaltar social- och hälsocentraler skulle konkurrera om kunderna, vilket skulle sporra tjänsteproducenterna till god kvalitet, inklusive snabb tillgång till vård. De eventuella konsekvenserna av den konkurrenssituation som skulle skapats inom den offentliga primärvården i Finlands kunde dock ha snedvridits om det funnits parallella servicesystem som erbjuder primärvård, av vilka en del endast gäller en del av befolkningen. Risk­en skulle alltså ha varit att konkurrensen hade gällt till exempel den befolkning som omfattas av sjukvårdstjänsterna inom företagshälsovården.

2) Åtgärder som syftar till att påverka efterfrågan på vård

- Lagstiftning som främjar befolkningens hälsotillstånd och stärker folkhälsan, exempelvis förordning om screening

Åtgärder som allmänt förbättrar befolkningens hälsotillstånd påverkar efterfrågan på tjänster, men på lång sikt. I enlighet med regeringsprogrammet förskjuts tyngdpunkten via det framtida social- och hälsocentralprogrammet till det förebyggande arbetet. I regeringsprogrammet ingår till exempel en utvidgning av cancerscreeningarna (i synnerhet tarmcancer) genom en ändring av statsrådets förordning om screening (339/2011) 752/2021, som träder i kraft den 1 januari 2022. Den förebyggande hälso- och sjukvårdens inverkan på efterfrågan på tjänster märks dock först på lång sikt, ofta först flera år från det att interventionen inleddes, såsom att hpv-vaccinationer lett till en minskning av livmoderhalscancer. Således bör man vid sidan av dem på kortare

sikt bereda författningar som påverkar hälso- och sjukvården. Lagstiftning som främjar välfärd och hälsa kan också höra till något annat förvaltningsområde än social- och hälsovårdsministeriets. Ett exempel på detta är till exempel lagstiftning som inverkar på trafiksäkerheten och som syftar till att förebygga trafikolyckor och på så sätt minska efterfrågan på hälsotjänster.

- Stödjande av parallella servicesektorer

Paavo Lipponens andra regering ålade kommunerna (RP 149/2000 rd) att vid sina hälsovårdscentraler tillhandahålla mun- och tandvårdstjänster för den vuxna befolkningen. Samtidigt utvidgades ersättningarna för tandvård inom sjukförsäkringssystemet till att gälla hela befolkningen, vilket ansågs minska övergången från privat till kommunal tandvård. Efterfrågan på tjänster inom den öppna sjukvården vid hälsovårdscentralerna kan minskas exempelvis genom att ersättningarna för de allmänläkarbesök som betalas från sjukförsäkringen höjs. Detta genomförandealternativ kan dock åtminstone i viss mån anses stå i konflikt med propositionens mål att öka jämlikheten. Propositionen syftar till att främja likabehandling genom att uttryckligen förbättra tillgången till vård vid hälsovårdscentralerna.

3) Styrning av servicesystemet: allmänna, riksomfattande åtgärder och reglering

- Förbättring av verksamheten genom nationella utvecklingsprogram

Finland har goda erfarenheter av de nationellt finansierade projekten Bra mottagning 2010–2014 och Hyvä Potku 2014–2015, som syftade till att balansera efterfrågan på och utbudet av hälsocentralernas tjänster och till att utveckla tillgången till tjänster och tjänsternas verkningsfullhet. Arbetssätten reviderades så att till exempel efterfrågan och onödigt arbete minskades genom att uppföljningsintervallerna för långtidsjukdomar och arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper utvecklades. En del av hälsostationerna och mun- och tandvårdsenheterna utvecklade köerna också genom extra arbete, men i de flesta fall uppnåddes goda resultat genom att verksamhetssätten utvecklades, utan ytterligare satsningar. Genom systematiskt utvecklingsarbete kan man således på ett avgörande sätt bidra till en bättre tillgång till vård.

Sanna Marins regering har startat programmet Framtidens social- och hälsocentral, där man bland annat genom att utveckla arbetsmetoderna förbättrar kvaliteten på och tillgången till social- och hälsovårdstjänster på basnivå.

- Bestämmelser om rätt att få vård och tidsfristen för när vård ska ordnas

Att föreskriva om en tidsfrist inom vilken vård ska ges är ett sätt att främja tillgången till vård direkt genom reglering och incitament. Vårdgaranti kan i praktiken tillämpas på flera olika sätt och har i allmänhet kombinerats med andra metoder för att förbättra tillgången till vård, såsom i följande fall:

- a) Vårdgarantin kan fungera som en målbild, och överskridningar leder till sanktioner (används i de flesta OECD-länder, bl.a. i England och Finland)
- b) Vårdgarantin kan kopplas till valfrihet och konkurrens så att kunden, om en viss kötid överskrids, kan söka vård inom den privata sektorn (används bl.a. i Estland, Danmark, Holland och Portugal)
- c) Vårdgarantins kriterier kan också variera mellan olika målgrupper och svårighetsklasser för vårdbehovet (används bl.a. i Nya Zeeland och delvis i Kanada).

Vårdgarantin och bestämmelser om tillgång till vård kan i praktiken tillämpas på flera olika sätt. Till exempel i Estland är vårdgarantin för icke-brådskande läkarbedömning 5 dygn. I Danmark finns ingen vårdgaranti för primärvården, men bedömningen av patientens vårdbehov görs av en läkare. Patienten har alltså möjlighet att direkt kontakta en läkare.

I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs för närvarande om en vårdgaranti för primärvården, inklusive de tidsgränser inom vilka vård ska ges. Det är således en del av regleringen av vårt hälso- och sjukvårdssystem, och en skärpning av vårdgarantin medför inte helt nya element. Med de nuvarande vårdgarantibestämmelserna har man lyckats korta köerna till operativ vård inom den specialiserade sjukvården. Redan nu har en del kommuner eller samkommuner genom att utveckla sina funktioner nått det uppställda målet att tillhandahålla icke-brådskande vård inom sju dagar. Inom mun- och tandvården har största delen av kommunerna uppnått målet att ge vård inom tre månader.

Ett effektivt genomförande av vårdgarantin förutsätter att verksamheten följs upp och övervakas på ett tillförlitligt sätt. Därför måste man också satsa på registreringspraxis, rapportering, statistikföring och utnyttjande av den.

Andra ikraftträdandetider och stegvis ikraftträdande

Det i propositionen föreslagna stegvisa ikraftträdandet kan genomföras på olika sätt. Det är också möjligt att föreskriva att förslaget träder i kraft vid olika tidpunkter. I princip finns det ett obegränsat antal alternativa genomförandesätt.

I den version av propositionen som var på remiss föreslogs att tidsgränsen sju dygn för den öppna sjukvården inom primärvården och tidsgränsen tre månader för mun- och tandvården skulle träda i kraft den 1 april 2023. Utgående från remissvaren bedömde man dock att ett så snabbt ikraftträdande skulle bli för svårt för serviceanordnarna att genomföra. Med tanke på patienterna kan det vara positivt om det första steget av skärpningen av vårdgarantin (14 dygn och för mun- och tandvården 4 månader) träder i kraft redan vid den ursprungligen planerade tidpunkten den 1 april 2023, men under den fortsatta beredningen bedömde man serviceanordnarna borde för tillräcklig tid att förbereda sig också för det första steget. Det är inte motiverat att föreskriva att skärpningen av vårdgarantibestämmelserna ska träda i kraft under sommaren, eftersom servicesystemet inte kan anpassa sig till de skärpta skyldigheterna under semesterperioden.

Ett alternativ till den föreslagna modellen är att föreskriva om en ännu längre successiv skärpning av tidsgränsen för tillgången till vård genom att använda någon kombination av rytmen två månader en månad-tre veckor-två veckor-sju dygn, och föreskriva att varje steg infaller med till exempel ett halvt års eller ett års mellanrum. På motsvarande sätt kan det stegvisa ikraftträdandet för mun- och tandvården ordnas. Fördelen med en sådan längre successiv införandeprocess är att servicesystemet har tid att anpassa sin verksamhet till de nya kraven under en längre tidperiod, och vårdskulden som uppstod under covid-19-pandemin kan åtgärdas och tillgången på personal förbättras med hjälp av utvecklingsåtgärder. Det finns dock en risk att en mycket långsam successiv process på lång sikt inte sporrar serviceanordnarna att utveckla sin verksamhet så att den motsvarar kraven. Också med tanke på patienterna är det en negativ konsekvens att de inte heller får snabb tillgång till vård. Att föreskriva om en längre tidsgräns kan i vissa situationer leda till att tidsgränsen för tillgång till vård senareläggs i områden där tidsgränsen för tillgång till vård redan nu är sju dygn eller kortare.

I bedömningen av förslagets konsekvenser nämns på flera ställen att det finns olika osäkerhetsfaktorer som innebär att det är omöjligt att till exempel utifrån konsekvensbedömningen bestämma vilken som är den entydigt bästa modellen.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Allmänt

Bestämmelser om tidsgränser för tillgången till vård, det vill säga den så kallade vårdgarantin, är ett sätt att öka tillgången till primärvård. Olika länder har mycket olika praxis och även tidsgränser för vårdgarantin och mätningen av vårdgarantin genomförs på olika sätt. I vissa länder arbetar allmänläkare och tandläkare närmast självständigt och ofta som egenföretagare och sådana serviceproducenter som motsvarar Finlands multiprofessionella hälsocentraler finns det inte i alla länder. I många, särskilt i länder med försäkringsbaserade system, gör allmänläkarna många hembesök och tillgången till vård på mottagningen är inte betydelsefullt på samma sätt som i Finland. Därför är det krävande att jämföra olika länder.

Sverige

I Sverige tillämpas vårdgaranti inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om vårdgarantin finns i Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 och i Patientlagen 2014:821. I Sverige är hälso- och sjukvården och tandvården åtskilda från varandra. Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inte på tandvården, utan om den finns separata bestämmelser om i Tandvårdslagen 1985:125. Vårdgarantin omfattar endast mun- och tandvården till den del den genomförs som en del av hälso- och sjukvården. I Sverige finns det ingen separat vårdgaranti som gäller tandvården.

Vårdgarantin i Sverige är graderad i fyra kategorier. Patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som han eller hon söker kontakt med primärvården. Patienten kan ta kontakt via telefon, fjärranslutning eller på mottagningen.

En patient som tar kontakt med primärvården på grund av ett nytt eller förvärrat hälsoproblem har rätt att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar från det att han eller hon sökt kontakt.

Besöket på mottagningen inom den specialiserade sjukvården ska genomföras inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården. Planerad vård ska påbörjas inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat om vården.

Om den vårdgivande enheten inte kan tillhandahålla vård inom garantitiden, ska patienten informeras om saken och erbjudas möjlighet att få vård hos en annan vårdgivare i samma eller i en annan region utan extra kostnad för patienten. Patienten har rätt att avstå från erbjudandet om vård hos en annan vårdgivare och i stället välja att vänta kvar. I det fallet gäller inte längre tidsgränserna för vårdgarantin. Om patienten senare ångrar sitt val, kan han eller hon kontakta den vårdgivande enheten på nytt. Vårdgarantin börjar då gälla från det nya kontaktdatumet. Vårdgarantin gäller inte heller återbesök, laboratorie- och röntgenundersökningar, hjälpmedelsförsörjning (med undantag för utprovning av hörapparater) och situationer där det av medicinska skäl är motiverat att vänta längre än vårdgarantins tidsgränser.

I Sverige infördes 2009 ett ekonomiskt incitament för att förkorta köerna inom hälso- och sjukvården. Regioner som uppfyllde kriterierna för vårdgaranti fick en kömiljard. Incitamentet slopades 2015. Det ansågs ha bidragit till en situation, där det hände sig att patienter som hade ett mindre vårdbehov fick vård före patienter med ett större vårdbehov. I stället infördes ett annat slags incitament, professionsmiljarden, vars syfte var att på bredare front förbättra vårdkvaliteten. Efter att incitamentet kömiljarden slopade har köerna vuxit igen.

I Sverige har valfriheten ökat gradvis under drygt 30 år för att förbättra tillgängligheten. I Sverige tillhandahålls primärvårdstjänster till cirka 60 procent av den offentliga sektorn och cirka 40 procent av den privata sektorn. Regionerna ansvarar för ordnandet av primärvårdstjänsterna. Förutom vårdgarantin främjar patienternas möjlighet att välja sin vårdgivare för primärvårdstjänster i sin tur tillgången till tjänster. Även klienter inom tandvården kan själv välja sin vårdgivare. I Sverige tillämpas ett nationellt tandvårdsbidrag, som betalas till tjänsteleverantörer för att tillhandahålla vård till dem som har rätt till det enligt bostadsort eller socialförsäkringslagstiftningen.

Danmark

I Danmark tillämpas en vårdgarantitid förenad med valfrihet inom sjukhusvården. Bestämmelser om vårdgarantin anges i hälsolagen (Sundhedsloven, LBK nr 903 af 26/08/2019). Inom primärvården och mun- och tandvården har det däremot inte fastställts några tidsgränser för vårdgaranti.

En patient som fått remiss till sjukhus har rätt att välja det sjukhus som ska genomföra bedömningen, undersökningen, behandlingen eller vården bland alla offentliga och vissa specialsjukhus i Danmark. Tillgång till offentlig sjukhusvård ska fås inom en månad från remissen. För vissa cancer- och hjärtsjukdomar föreskrivs det separat om en kortare längsta väntetid (förordning BEK nr 584 af 28/04/2015).

Om väntetiden överskrider den vårdgaranti på en månad som fastställts i Danmark har patienten utökad frihet att välja sin vårdenhet. Patienten kan då som sin vårdenhet också välja ett privat eller utländskt sjukhus, med vilka Danmarks regioner (Danske regioner) har avtal. Om patientens situation av medicinska skäl inte kan bedömas inom väntetiden på en månad, ska det för patienten ändå inom en månad upprättas en plan för fortsatta undersökningar.

Valfriheten i Danmark tillgodoses både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Där tillämpas ett försäkringsbaserat system. Enligt hälsoförsäkringslagstiftningen i Danmark får befolkningen välja mellan två olika försäkringsklasser. Över 99 procent av landets befolkning har valt att tillhöra den första klassen. I den betalar kunderna inom primärvården inga klientavgifter alls. De registrerar sig hos en läkare i primärvården, som i sin tur agerar portvakt till den specialiserade sjukvården. Mindre än en procent av befolkningen har valt den andra klassen. De betalar klientavgifter inom primärvården, men kan söka sig direkt till en specialistmottagning utan remiss.

Valfriheten inom primärvården tillgodoses då patienten registrerar sig hos önskad läkare. Kunden kan fritt välja vårdande läkare, om denne har plats på sin lista. Läkarens mottagning eller kliniken ska dock i allmänhet ligga inom 15 kilometer från kundens bostadsort (förordning BEK no. 1056 of 31/05/2021). I lagen ingår inga begränsningar för att göra ett nytt val. Kunder inom mun- och tandvården kan fritt välja en kommunal eller privat tandläkare som sin vårdenhet.

Norge

I Norge tillämpas vårdgaranti både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om vårdgaranti inom den specialiserade sjukvården och mun- och tandvården anges i patientlagen (Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63) och om vårdgaranti inom primärvården föreskrivs det i bestämmelserna om kommunernas allmänläkarsystem (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2012-08-29-842).

Inom primärvården tillämpas ett system med allmänläkare, där patienterna registrerar sig hos en läkare inom primärvården. Läkaren fungerar som portvakt till den specialiserade sjukvården. Enligt de regler som gäller allmänläkarsystemet ska allmänläkaren kunna ta emot och bedöma alla slags kontakter som inkommer under öppettiderna. Allmänläkaren ska tillhandahålla de listade patienterna konsultation så fort som möjligt och normalt inom fem vardagar. Företräde ges till fall som utifrån en medicinsk bedömning är brådskande eller allvarliga.

Inom den specialiserade sjukvården har patienten rätt till en bedömning av hälsotillståndet utgående från remissen inom 10 dagar från det att remissen inkom. Remissen och patientens hälsotillstånd ska bedömas snabbare än den längsta väntetiden om patienten misstänks ha en allvarlig eller livshotande sjukdom. Den specialiserade sjukvården avgör vid bedömningen huruvida patienten är berättigad att få specialiserade sjukvårdstjänster eller om patienten kan få vård någon annan stans. Om patienten är berättigad till specialiserade sjukvårdstjänster, ska han eller hon meddelas en individuellt anpassad och bindande tidsfrist för när undersökningarna, behandlingen eller vården senast ska inledas. Dessutom ska ett första möte med patienten genomföras innan tidsfristen för att inleda behandlingen eller vården löper ut.

Om den individuella tidsfristen för att inleda vården av patienten överskrids, ska patienten erbjudas en vårdenhet på annat håll i Norge. Patienten betalar självriskandelen för den vård som ordnas på annat håll, men behövliga resekostnader ersätts. I vissa situationer kan man med specialtillstånd uppsöka vård utomlands. Patienten kan också välja att vänta på att det ordnas vård vid den ursprungliga vårdenheten. Om patienten ändrar sig, kan han eller hon på nytt erbjudas en annan vårdenhet.

Valfriheten i Norge tillgodoses både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Valfriheten inom primärvården tillgodoses då patienten registrerar sig hos önskad läkare. Patienten kan fritt välja vårdande läkare, om denne har plats på sin lista. Det är också möjligt att välja en läkare utanför det egna bostadsområdet. Läkare kan bytas två gånger per år. Patienten kan också begära att en annan allmänläkare i systemet bedömer hans eller hennes hälsotillstånd, om patienten är missnöjd med sin egen läkares bedömning.

En patient som hänvisats till specialiserad sjukvård har rätt att välja vilken offentlig eller privat enhet som bedömer remissen och fattar beslut om specialiserad sjukvård. Patienten har också rätt att välja den offentliga eller privata hälso- eller sjukvårdsenhet, som genomför undersökningen eller vården, men inte vårdnivån. Patienten har dessutom rätt att få en ny bedömning av sitt hälsotillstånd, men i regel endast en gång för samma åkomma.

Estland

I Estland tillämpas vårdgaranti inom primärvården, mun- och tandvården och inom den specialiserade sjukvården. Tidsgränserna för tillgången till vård grundar sig på de anvisningar som utfärdats med stöd av lagen om ordnandet av primärvårdstjänsterna (Tervishoiuteenuste korral-

damise seadus RT I 2001, 50, 284 och anvisningen RTL 2010, 3, 52). Inom tjänster på specialnivå har det med stöd av Estlands sjukförsäkringslag fattats beslut om väntetidernas maximala längd (Eesti Haigekassa seadus, RT I 2000, 57, 3749 och beslut av rådet för den estniska sjukförsäkringskassan Eesti Haigekassa 11.1.2013 nro 5).

I Estland tillhandahåller privata yrkesutövare eller företag läkarmottagningstjänster inom primärvården. Inom primärvården tillämpas ett system med familjeläkare, där patienten fritt kan välja vårdande läkare, om denne har plats på sin lista. Patienten får välja en ny familjeläkare när han eller hon så önskar. I akuta situationer ska man få komma till familjeläkarens mottagning redan samma dag och i andra situationer inom fem arbetsdagar. Tillsammans med familjeläkaren arbetar en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård, vanligtvis en sjukskötare. Sjukskötare ska ha egen mottagning, där den mängd mottagningstider som tillhandahålls ska uppgå till minst 20 timmar per vecka.

För specialiserade sjukvårdstjänster och specialistläkare krävs en remiss av familjeläkaren förutom i vissa undantagsfall. En patient som omfattas av sjukförsäkring har rätt att fritt välja specialist och mottagningstid vid den vårdenhet, som har avtal med Estlands sjukförsäkringskassa Eesti Haigekassa. En patient som hänvisats till tjänster på specialnivå kan placeras i vårdkö, om tjänsten inte kan tillhandahållas direkt och om väntetiden inte försämrar patientens hälsotillstånd eller påverkar en senare prognos. En patient ska få komma till specialistläkarens mottagning inom sex veckor från att han eller hon tog kontakt. Den längsta väntetiden för planerad sjukhusvård och dagkirurgiska operationer är i regel åtta månader. I fråga om vissa operationer är den längsta väntetiden ett och ett halvt år. Om vården inte kan tillhandahållas i Estland inom den medicinskt godtagbara väntetiden, har patienten rätt att söka vård även utomlands.

Estlands sjukförsäkringskassa utövar tillsyn över att tidsgränserna för tillgången till vård iakttas. År 2018 fick cirka 99 procent av patienterna i akuta situationer komma till familjeläkarens mottagning under samma dag. I andra situationer fick cirka 98 procent av patienterna komma till familjeläkarens mottagning inom den längsta väntetiden på fem arbetsdagar. Verksamheten för serviceproducenter inom primärvården motsvarar mycket väl de uppställda kraven.

År 2019 genomfördes 55 procent av alla mottagningsgångar inom den specialiserade sjukvården inom den längsta väntetiden. Av de första mottagningsgångarna hos en specialistläkare genomfördes 66 procent inom den längsta väntetiden på 6 månader. För att minska de långa vårdköerna inom den specialiserade sjukvården i Estland har man ökat antalet specialistläkare inom vissa specialiteter. Finansiering har också anvisats separat för att avhjälpa vårdköerna och för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

6 Remissvar

Propositionen sändes ut på remiss mellan den 17 november 2021 och den 4 januari 2022. Inom remisstiden lämnades 164 utlåtanden, och ytterligare två efter att remisstiden löpt ut. Under remisstiden lämnades utlåtanden av Ålands landskapsregering (inget att anföra), Akava rf, sjukskötarna inom Akava och Taja ry, Allergi-, hud- och astmaförbundet rf, Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf, Fackförbundet Pro rf, Riksdagens justitieombudsman, Finlands Näringsliv EK, Pensionärernas Centralförbund rf, Ensi- ja turvakotien liitto ry, Epilepsiförbundet rf, Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt, Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä, Regionförvaltningsverket i Södra Finland, Näringslivets forskningsinstitut ETLA, Euran SOTE-keskus, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Hankasalmi kommun, Helsingfors stad, Helsingfors universitets medicinska fakultet, Hengitysliitto, Samkommunen HNS, nätverket för chefer för folkhälsoarbetet inom HNS område, Hyvinvointiala HALI, Tavastehus stad, Invalidförbundet rf, Irti Huumeista ry, Östra

Finlands universitet, Janakkala kommun, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf, Jyväskylä stad, Jämsä stad, Samkommunen för social- och hälsovård i Kajanalands, Kalajoki stad, Träskända stad, Folkpensionsanstalten, Egentliga Tavastlands sjukvårdsdistrikt, Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite, Mellersta Finlands välfärdsområde, Kyrksläpps kommun, Kuhmo stad, Konsumentförbundet, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, Kuntoutuksen toimialayhdistys, Kuopio stads grundtrygghet och hälso- och sjukvård, Finlands dövas förbund rf, Lapplands välfärdsområde, Barnombudsmanen, Lappo stad, Centralförbundet för Barnskydd, Lieksa stad, Limingo kommun, Loima stad, beredningsorganet för Västra Nylands välfärdsområde, Lääkäripalveluyritykset ry, Mehiläinen Oy, Centralförbundet för mental hälsa, Mielenterveyspooli, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Minnesförbundet rf, Nouseva mieli – Suomen Skitsofreniayhdistys ry, Nyyti ry, Branschföreningen för syn och ögonhälsa i Finland, Justitiekanslersämbetet, justitieministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Oulainens stad, Uleåborgs stad, Uleåborgs universitet, Oulunkaari samkommun, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä, Parkano stad, Pelkosenniemen-Savukosken kansanterveystyön kuntayhtymä, Pello kommun, Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, Birkalands välfärdsområde, Österbottens välfärdsområde, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä - Siun sote, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt, Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, Norra Savolax välfärdsområde, Psoriasisförbundet rf, Försvarsministeriet, Päihdelääketieteen yhdistys, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Huvudstaben, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, Reso stad, Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä, Brottsförhållanden, Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto, Salo stad, Satakuntas välfärdsområde, Sagu kommun, Inrikesministeriet, Somero stad, SOSTE ry, STTK rf, Finska läkaresällskapet Duodecim rf, Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto - SAKKI ry, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC rf, Suomen Fysioterapeutit ry, Finlands Tandläkarförbund rf, Suomen Hammaslääkäriyhdistys Apollonian Kansanterveysjaosto, Finlands kommunistiska parti, Finlands Kommunförbund rf, Suomen Kuntoutusyritykset ry, Föreningen Finlands Dövsblinda rf, Suomen lukiolaisten liitto, Finlands Läkareförbund, Suomen Opiskelija-Allianssi - OSKU ry, Finlands studerandekårens förbund SAMOK rf, Psykiaterföreningen i Finland, Finlands psykologförbund, Reumaförbundet i Finland, Suomen sairaanhoidajaliitto ry, Finlands Hjärtförbund rf, Finlands Ergoterapeutförbund r.f., Suomen yleislääketieteen yhdistys – SYLY ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Finlands universitetsrektorers råd Unifi rf, Företagarna i Finland rf, SuPer rf, Munhälsovårdens Fackförbund rf, Svenska Finlands folkting, Svenska pensionärsförbundet rf, Tammerfors stad, Tammerfors universitet, Tarpeenmukainen hoito ry, Tehy rf, THL, Turun ammattikorkeakoulu Oy, Åbo stads välfärdssektor, Åbo universitet, Arbets- och näringsministeriet, Finlands Nationella Organisation för Arbetslösa rf, Valkeakoski stad, Det nationella chefsnätverket för folkhälsoarbetet, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE, Statens ekonomiska forskningsinstitut VATT, Finansministeriet, Valvira, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Vandas och Kervos välfärdsområde, Vanda stad, Samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Vesanto kommun, Diskrimineringsombudsmanen, YTHS, Österbottens välfärdsområde samt åtta privatpersoner.

Begäran om utlåtande publicerades på webbplatsen utlåtande.fi, och det önskades att utlåtandena skulle lämnas genom att fylla i en förfrågan på webbplatsen. I den ställdes detaljerade frågor kring propositionen. Via utlåtande.fi lämnade 132 instanser in utlåtanden. En del besvarade bara några av frågorna. En del lämnade in utlåtanden i utlåtandetjänsten men besvarade inte förfrågan, och en del lämnade in sitt utlåtande till social- och hälsovårdsministeriets registratörskontor.

Den version som remissbehandlades var ett utkast där den sju dygn långa tidsgränsen för att få icke-brådskande öppen sjukvård inom primärvården föreslogs träda i kraft den 1 april 2023, samtidigt som den tre månader långa tidsgränsen för att få vård inom mun- och tandvården.

Merparten av dem som svarade på en fråga om saken ansåg att skärpningen av vårdgarantin för den öppna primärvården i den föreslagna formen främjar tillgången till vård och jämlikheten bland befolkningen. Flera remissinstanser ansåg dock att det samtidiga inledandet av välfärdsområdenas verksamhet och den vård- och rehabiliteringsskuld covid-19-pandemin medför gör det svårare att genomföra den skärpta vårdgarantin. Allmänt ansågs de största riskerna för genomförandet av den skärpta vårdgarantin vara att det inte finns tillgång till personal och att den uppskattade ekonomiska tilläggsresursen inte är tillräcklig. Merparten av dem som tog ställning ansåg att uppskattningen av personalbehovet till följd av den skärpta vårdgarantin är alltför låg. Den överlägset viktigaste metoden för att säkerställa en tillräcklig personal för verkställigheten av lagförslaget ansågs vara möjligheten att själv påverka arbetets och uppgifternas innehåll och utförande.

Remissinstanserna hade kritiska synpunkter på att förslaget till och med ansågs äventyra vårdens kontinuitet och effekt. I flera remissvar påpekades det att det finns starkt vetenskapligt belägg för att kontinuiteten i relationen mellan patient och läkare har samband med vårdens kvalitet och effekt, minskad dödlighet och lägre kostnader för specialistsjukvård. Merparten av remissinstanserna ansåg att förslaget leder till ökade kostnader och ökad konkurrens om personal. Utveckling av servicens kontinuitet, kvalitet och verkningsgrad ansågs vara den överlägset effektivaste metoden att förbättra tillgången till vård. Drygt en tredjedel av remissinstanserna ansåg det möjligt att genom utvecklingsåtgärder samt upplösning av vård-, service- och rehabiliteringsskulden uppnå ett läge som gör det möjligt att genomföra en skärpning av vårdgarantin i föreslagen form.

Konsekvenserna av den modell som föreslogs i den remissbehandlade versionen bedömdes så att de ekonomiska konsekvenserna för välfärdsområdena och övriga myndigheter förutsätter sammanlagt 107–108 miljoner euro i statlig finansiering 2023, 112–114 miljoner euro 2024 och 102–103 miljoner euro 2025. Drygt hälften av dem som tog ställning ansåg att antaganden om konsekvenserna för primärvården i bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna var trovärdiga, och merparten av dem som tog ställning ansåg att antagandena om konsekvenser för andra tjänster var trovärdiga. De uppskattade kostnaderna för välfärdsområdena för skärpningen av vårdgarantin ansågs allmänt vara något eller till och med klart för låga, och de flesta ansåg att behovet av ekonomiska tilläggsresurser i någon mån eller klart hade underskattats. Största delen av dem som tog ställning ansåg att den uppskattade tidsramen för andra än ekonomiska konsekvenser inte var realistisk. Merparten av remissinstanserna ansåg att köpta tjänster eller servicesedlar har betydelse för skärpningen av vårdgarantin. Bedömningen i propositionen enligt vilken mun- och tandvården inte har något bestående behov av tilläggspersonal efter att den uppdämda efterfrågan en gång åtgärdats ansågs inte riktig.

De flesta av dem som tog ställning bedömde att förslagen ger bättre flexibel tillgång till tjänster vid psykiska problem. Omkring var tredje ansåg att förslagen främjar servicehelheten och samordningen med andra tjänster, och mindre än en tredjedel bedömde att de främjar vårdkedjornas kontinuitet. I synnerhet flera organisationer för psykisk hälsa och studerandeorganisationer ansåg att det inte enbart bör föreskrivas om en tidsgräns för tillgång till vård utan också om en särskild tidsgräns för psykosocial vård, i synnerhet med hänsyn till den tidsfrist på fyra veckor från bedömningen av vårdbehovet som föreslås i det så kallade medborgarinitiativet om terapigaranti (MI 10/2019 rd).

Knappt hälften av remissinstanserna ansåg att skärpningen av tidsgränserna för att få vård oavsett osäkerhetsfaktorerna i propositionen bör genomföras på det föreslagna sättet, men endast omkring var tredje ansåg det möjligt att genomföra propositionen inom den föreslagna tidsramen. De flesta remissinstanser understödde att genomförandet av propositionen sker stegvis.

De remissinstanser som har välfärdsområdenas perspektiv, som ansvarar för verkställigheten av den skärpta vårdgarantin, såg de största problemen med genomförandet.

I fråga om paragraferna ansåg de flesta remissinstanser att de föreslagna paragraferna och specialmotiveringen är tydliga, också om flera av dem ansåg att vissa detaljer behöver klarläggas. I fråga om 51 a § om den öppna primärvården ansåg dock endast något över hälften av remissinstanserna att det utifrån paragrafen är klart vilka tjänster som omfattas av vårdgarantin på sju dygn, medan de övriga ansåg att det endast var delvis klart eller helt oklart. Förtydliganden efterlystes i synnerhet i fråga om avgränsningen enligt vilken tjänster som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan inte omfattas av vårdgarantin på sju dygn, samt i fråga om hur paragrafen ska tillämpas på tjänster för missbrukare och tjänster för den psykiska hälsan samt olika slags rehabiliterings- och terapitjänster. Merparten av remissinstanserna ansåg att inga andra tjänster än de föreslagna bör omfattas av vårdgarantin på sju dygn.

I huvudsak ansågs paragraferna trygga patienternas rättigheter på ett tillräckligt sätt. I fråga om 54 §, som berör skyldigheten att köpa tjänster av andra tjänsteproducenter om tjänsteansordnaren inte själv förmår producera tjänsten ansåg dock knappt hälften av remissinstanserna att paragrafen endast delvis eller inte alls tryggar rättigheterna på ett tillräckligt sätt. I de öppna svaren varierade motiveringarna, och det betonades att patienten eventuellt kan få långt till tjänsterna, att vården splittras samt att paragrafen inte innehåller tillräckliga sanktioner eller tillräcklig tillsyn.

För flera paragrafers del ansåg endast omkring hälften av remissinstanserna att det ur service-systemets perspektiv är möjligt att verkställa paragraferna. Resten ansåg att paragraferna endast delvis eller inte alls är möjliga att verkställa. Som ett viktigt skäl för den åsikten angavs att servicesystemet inte har tillräckliga personalresurser och andra resurser för att genomföra propositionen. I flera remissvar hänvisades det till att bestämmelserna i och för sig är möjliga att verkställa, men inte inom den föreslagna tidsramen. I fråga om den föreslagna 54 § ansågs det i flera remissvar att det kan bli ett problem vid verkställigheten att utbudet på alternativa tjänsteleverantörer i en del regioner är mycket begränsat. I fråga om 55 § om offentliggörande av uppgifter om att få vård ansågs det i flera remissvar att datasystemen inte stödjer produktion av data, och det påpekades att det till följd av skillnader i datasystemen kan vara svårt att få jämförbar information. I några remissvar efterlystes nationella definitioner eller anvisningar för dataproduktionen.

Endast ett fåtal remissinstanser uttalade sig om lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. Några remissinstanser hänvisade till att deras kommentarer till hälso- och sjukvårdslagen också gäller lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, eftersom paragraferna i stor utsträckning överensstämmer. Folkpensionsanstalten, som anordnar studerandehälsovård för högskolestuderande, ansåg i sitt remissvar att ändringen av lagstiftningen om vårdgaranti stärker tillgången till och tillgängligheten för studerandehälsovårdstjänster samt stödjer de mål som FPA i egenskap av anordnare av studerandehälsovård ställer upp för SHVS. FPA sade sig ha deltagit i beredningen av propositionen och ansåg att konsekvenserna för anordnare av studerandehälsovård beaktas på behörigt sätt i lagändringen. SHVS ansåg att det är uppenbart att det behov av tilläggsresurser som uppskattats för dess del är alltför litet.

Enligt remissvaret från Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (VTH) uppskattas personalökningen för VTH samt behovet av ekonomiska resurser till rätt belopp i fråga om de förslag som berör hälso- och sjukvården för fångar. VTH:s uppskattade behov av tilläggsresurser är enligt remissvaret nödvändigt för att genomföra vårdgarantin, liksom också tillräckliga resurser för Brottsförhållningsverket för tillsyn, logistik och de utrymmen som anvisas för VTH:s bruk. VTH uppskattar att propositionen till denna del kan genomföras inom den föreslagna tidsramen. De

verksamhetsmässiga förändringar och de tilläggsresurser skärpningen förutsätter måste ledas på olika nivåer i organisationen. Justitieministeriet stödde förslaget att också föreskriva om tidsgränser för fångar att få vård i enlighet med hälso- och sjukvården i övrigt, och ansåg att detta följer normalitetsprincipen. Ministeriet hänvisade också till att VTH och Brottspåföljdsverket behöver nya bestående anslag.

I flera remissvar betonades betydelsen av tillsyn för verkställigheten av propositionen.

Ett sammandrag av remissvaren har sammanställts. Det kan läsas på social- och hälsovårdsmi-
nisteriets webbplats Projekt och lagberedning, <https://stm.fi/sv/projekt?tunus=STM074:00/2019>.

Rådet för bedömning av lagstiftningen gav ett utlåtande om propositionen den 22 februari 2022 (VN/2411/2022). I rådets utlåtande ansågs det att beredningens utgångspunkter har beskrivits väl i propositionsutkastet och att målsättningen och de viktigaste förslagen har beskrivits på ett begripligt sätt. Osäkerheten i fråga om faktaunderlaget har öppet framhållits, vilket är positivt. Rådet ansåg emellertid att konsekvensbedömningarna i propositionsutkastet inte klargör hur pass väl välfärdsområdena de facto klarar av att fullgöra de skyldigheter som följer av propositionsutkastet eller vilka negativa följder av annat slag fullgörandet av de föreslagna skyldigheterna skulle kunna föranleda. I propositionsutkastet bör risker och oväntade följder bedömas exempelvis genom att det preciseras hur de risker som är förknippade med propositionsutkastet inverkar på välfärdsområdenas möjlighet att uppfylla lagens mål, på kostnadsnivån, tillgången till service och befolkningens välfärd samt på likställdheten och rättvisan i fråga om erhållandet av service. I synnerhet lyftes risker som anknyter till personaltillgången fram. Likställdheten bör bedömas mer mångfasetterat, och följderna av att de digitala tjänsternas roll sannolikt växer bör beskrivas. Enligt rådet bör de ekonomiska konsekvenserna för olika välfärdsområden samt för företagen och hushållen beskrivas mer ingående.

Rådet fann att de alternativa sätten att gå till väga för uppfyllande av målen bör beskrivas noggrannare. Rådet fäste vikt också vid insamlingen av faktaunderlag som behövs vid verkställigheten och uppföljningen. Enligt rådet är utkastet till regeringsproposition bristfälligt med avseende på anvisningen om konsekvensbedömning av lagförslag. Propositionsutkastet bör korrigeras i enlighet med rådets utlåtande innan propositionen överlämnas till riksdagen.

Vid den fortsatta propositionsberedningen beaktades remissvaren och det utlåtande som rådet för bedömning av lagstiftningen hade gett.

En central ändring som gjordes i propositionen är förslaget att periodisera skärpningen av tidsgränserna för att få vård så att en längre tidsgräns för att få vård gäller under de första 14 månaderna, och detta skede träder i kraft den 1 september 2023. Orsaken till ändringen är att det i remissvaren starkt betonades att tjänsteanordnarna inte klarar av en sju dygn lång tidsgräns för att få vård inom primärvårdens sjukvård och en tre månader lång tidsgräns för att få mun- och tandvård från och med den 1 april 2023.

Konsekvensbedömningarna precisades på basis av utlåtandena. Propositionens ekonomiska konsekvenser precisades så att det för tjänsteanordnarna föreslås större anslag än i remissversionen för att fullgöra uppgiften (se avsnitt 4.2.1). I avsnitten om beskrivning av nuläget och konsekvensbedömning lades det till ytterligare information om tillgången till vård och personal, och också det regionala perspektivet beaktades i sammanhanget. I avsnittet om beskrivning av nuläget presenteras nu information också med hjälp av tabeller och figurer för ökad begriplighet. I nulägesbeskrivningen lades det till information som gäller 2021, utöver den information gällande 2019 och 2020 som ingick i utkastet.

För de samhälleliga konsekvensernas del preciserades utgående från remissvaren och utlåtandet av rådet för bedömning av lagstiftningen konsekvenserna för tillgodoseendet av jämlikheten samt bland annat för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

Bestämmelserna om att få primärvård i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § i SHVS-lagen förtydligades och komprimerades särskilt utgående från ett utlåtande som laggranskningen gett. Bestämmelserna i 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 b § i SHVS-lagen, vilka handlar om mun- och tandvård, ändrades utgående från remissvaren så att det till 2 mom. i vardera paragrafen fogades en alternativ tidsgräns för att få vård hos tandläkare, när en patient har besökt en tandskötare eller munhygienist och behov av en tjänst som ges av en tandläkare då har framkommit. Utgående från den fortsatta beredningen fogades dessutom till 5 mom. i dessa paragrafer en ny tidsgräns för tillgång till tandläkare, om behov av undersökning som utförs eller vård som ges av tandläkare framkommer vid en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan som utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare.

I remissvaren påpekades det att regleringen om offentliggörande av uppgifter om hur tidsgränserna för att få vård har hållits kan vara besvärlig att verkställa. De paragrafer där offentliggörandet behandlas bereddes på nytt vid den fortsatta beredningen så att detaljgraden hos de direkt i paragrafen angivna uppgifter som ska offentliggöras minskades betydligt. Paragrafen ändrades så att tjänsteinordnarna är skyldiga att på sin respektive webbplats offentliggöra sådana uppgifter om hur tidsgränserna för att få vård har hållits som Institutet för hälsa och välfärd har samlat in och producerat. Syftet med den ändringen är att uppgifterna ska vara mer jämförbara.

Den specialmotivering som hänför sig till paragraferna preciserades i många avseenden utgående från remissvaren.

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

51 §. *Att få kontakt med en enhet inom primärvården samt bedömning av vårdbehovet.* Enligt 1 mom. ska ett välfärdsområde ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som ger sådan vård eller utför sådana undersökningar som patienten behöver. Paragrafen gäller också mun- och tandvård inom primärvården.

En patient kan få kontakt med hälsovårdscentralen genom besök på plats, per telefon, på elektronisk väg eller via hälsovårdscentralens webbplats, ett meddelande eller en chatt. Om man vid hälsovårdscentralen inte kan svara i telefon omedelbart, används i allmänhet ett återuppringningssystem. Enligt gällande bestämmelse ska kontakt vardagar under tjänstetid fås omedelbart, och en bedömning av vårdbehovet ska göras senast den tredje vardagen. I paragrafen föreslås det att regleringen ändras så att både kontakt med verksamhetsenheten och bedömningen av vårdbehovet ska fås under samma dag. Regleringen om att ”omedelbart” få kontakt kan leda till tolkningsoklarheter kring hur snabbt kontakt ska fås; redan nu används ju återuppringningssystem.

I denna paragraf avses med tjänstetid tiden mellan cirka klockan 8 och 16 på vardagar. Det finns inte någon författning där tjänstetiden i den kommunala hälso- och sjukvården definierats. I

förordningen om öppethållandet av statens ämbetsverk (332/1994) föreskrivs det att statens ämbetsverk är öppna vardagar klockan 8.00–16.15. Om kundbetjäningen eller andra särskilda skäl kräver avvikelse från den nämnda öppettiden, kan ett ämbetsverk eller en del av detta öppna senast klockan 9.00 och stänga senast klockan 20.00. Vid finansministeriet har det visserligen beretts ett projekt där regleringen av betjäningstider ändras. Genom förordning av statsrådet är det även i fortsättningen möjligt att föreskriva om minimilängden på myndigheters betjäningstider.

Allmän praxis vid hälsovårdscentraler är att de är öppna klockan 8–16 måndag till torsdag samt klockan 8–15 fredagar och dagar före helg. Dessa öppettider och den möjlighet att få kontakt som följer av dem fullgör den i paragrafen avsedda skyldigheten att se till att kunderna under tjänstetid får kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården. De i regleringen angivna skyldigheterna fullgörs, även om återupprättning sker eller annan kontakt fås för vissa patienters del först utanför öppettiden, förutsatt att denna kontakt fås under samma dag.

Positivt med tanke på tillgången till vård är det om hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården har öppettider som sträcker sig utöver dem som beskrivs ovan och om mottagningstider ordnas även tidigt på morgonen, kvällstid och under veckoslut. Eftersom välfärdsområdena i paragrafen åläggs att ordna verksamheten så att kontakt och en bedömning av undersöknings- eller vårdbehovet fås vardagar under tjänstetid, föreligger ingen skyldighet att se till att kontakt fås under öppettider som sträcker sig utöver tjänstetiden. I 50 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om skyldigheten för kommunen, i fortsättningen välfärdsområdet, att inom hälso- och sjukvården ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

Den i bestämmelsen angivna skyldigheten att ordna verksamheten så att kontakt kan fås med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården förpliktar inte till att i skolhälsovården och studerandehälsovården för dem som studerar på andra stadiet ordna verksamheten så att kontakt under samma dag fås med vårdpunkten vid en viss läroanstalt och den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som är verksam där. De i primärvårdstjänsterna ingående öppna sjukvårdstjänsterna inom studerandehälsovården ordnas ofta delvis, och vad mun- och tandvården beträffar i regel helt och hållet, som ett inslag i hälsovårdscentralernas verksamhet. Ett välfärdsområde fullgör sin skyldighet, om dessa tjänster organiseras så att eleverna kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet.

I denna paragraf och i de andra paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen som föreslås i denna proposition föreskrivs det om skyldigheter för välfärdsområdena. Med stöd av 3 och 4 § i Nylandslagen ordnas primärvårdstjänsterna i Nyland förutom av fyra välfärdsområden också av Helsingfors stad. Enligt 2 § 2 mom. i Nylandslagen tillämpas på Helsingfors stad vad som annanstans i lag föreskrivs om välfärdsområden och ordnandet av social- och hälsovård, om inte något annat föreskrivs i Nylandslagen. Därmed gäller det som i de föreslagna 51, 51a–51 c, 54 och 55 § föreskrivs om välfärdsområden också Helsingfors stad.

Enligt de nuvarande bestämmelserna ska, om vårdbehovet inte har kunnat bedömas när patienten tagit kontakt, en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt. Denna tre dagar långa tidsgräns föreslås bli slopad, eftersom avsikten är att en bedömning av vårdbehovet ska göras i samband med den första kontakten. Begreppsapparaten i paragrafen föreslås också bli omarbetad så att det i paragrafen inte föreskrivs om bedömning av vårdbehovet utan om att patienten

har rätt att få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som ger sådan vård eller utför sådana undersökningar som patienten behöver. Den gällande regleringen om bedömning av vårdbehovet och om därpå följande vård som ska ges inom högst tre månader har bidragit till att styra verksamheten så att den i regleringen avsedda bedömningen av vårdbehovet har kunnat uppfattas som endast tidsbeställning. Begreppet ”bedömning av vårdbehovet” är på ett visst sätt också mångtydigt, eftersom det kan innebära lite olika saker under olika etapper i vårdprocessen. Bedömning av vårdbehovet kan betyda bedömning av patientens behov av att få vård vid hälsovårdscentralen, men också kontinuerlig bedömning av patientens hälsotillstånd och av de undersöknings-, vård- och rehabiliteringsåtgärder som behövs.

Vid denna individuella bedömning av vårdbehovet som avses i 51 § ska orsaken till kontakten, symtomen på skada eller sjukdom och deras svårighetsgrad samt skyndsamheten utredas utgående från uppgifter som den som tar kontakt ger och andra eventuellt tillgängliga uppgifter, eller i vissa fall utifrån en remiss. Vid kontakten kan eventuellt framgå ett sannolikt rehabiliteringsbehov, även om en bedömning av behovet av rehabiliteringstjänster kräver att patienten undersöks. Utgående från uppgifter som patienten ger och andra preliminära uppgifter avgörs det till vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården patienten ska hänvisas för utarbetande av en egentlig undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan som patientens hälsotillstånd förutsätter och för genomförande av undersökningarna och vården. Det är inte alla patienter som behöver hänvisas till en läkare, utan vid åtgärdandet av patientens hälsoproblem kan det vara ändamålsenligt att hänvisa patienten exempelvis till en sjukskötare eller fysioterapeut. Om det vid bedömningen konstateras behov av att få tillgång till en mottagning hos en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, görs i allmänhet en tidsbeställning i icke-brådskande fall.

Det finns också multiprofessionella vårdmodeller där en läkare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården omedelbart konsulteras redan på basis av den första kontakten också i icke-brådskande ärenden och planeringen av undersökningarna och vården samt genomförandet av vården börjar redan i samband med den första kontakten. Om ett hälsoproblem inte förutsätter att patienten hänvisas till en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, ges vid behov råd och handledning i samband med att vårdbehovet bedöms. Bedömning av vårdbehovet är en annan sak än ställande av diagnos utgående från en medicinsk eller odontologisk undersökning; det sistnämnda är enligt 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården en uppgift för läkare eller tandläkare.

Bedömningen kan leda till att patienten hänvisas till akuten eller till att ringa nödcentralen för att få brådskande vård. Bedömningen kan också leda till utgången att patienten inte behöver vård som ges av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, varvid råd om hur patientens problem går att avhjälpa kan ges till patienten per telefon eller på elektronisk väg. Enligt 53 a § i hälso- och sjukvårdslagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården även i samband med en bedömning av behovet av icke-brådskande vård bedöma om patienten har ett uppenbart behov av socialvård. Bestämmelser om hänvisande till vård och om kontakt i fråga om socialvården finns i 50 a §. Om personens rätt att få en bedömning av servicebehovet föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen.

I samband med att en bedömning görs bedöms det också huruvida vården kan ges inom de föreskrivna tidsgränserna. Om det inte går att ordna vården inom utsatt tid, ska välfärdsområdet köpa tjänsten av en annan vårdgivare i enlighet med vad som föreskrivs i 54 §.

Den föreslagna tidsgränsen för tillgång till vård, sju dygn, är snävare än förr, vilket kan leda till att välfärdsområdena behöver använda köpta tjänster i allt större utsträckning. Som ett led i den

i paragrafen avsedda individuella bedömningen kan det bedömas också huruvida patientens hälsoproblem är sådant att det för att resursutnyttjandet ska vara ändamålsenligt är motiverat att föreslå för patienten att denne sänds till en vårdgivare som välfärdsområdet köper tjänster av eller att erbjuda patienten en servicesedel, trots att lediga tider vid hälsovårdscentralen finns. En sådan situation kan komma i fråga till exempel när det utifrån uppgifter som patienten har gett och andra tillgängliga uppgifter kan bedömas att patientens hälsoproblem sannolikt kan åtgärdas under ett enda vårdbesök. Då återstår fler tider vid hälsovårdscentralen för exempelvis multisjuka patienter, för vilka det med tanke på vårdens kontinuitet kan vara viktigt att besöka en och samma läkare eller yrkesutbildad person av annat slag. Välfärdsområdena har ingen skyldighet att göra en sådan bedömning, eftersom de själva inom de gränser som anges i lagstiftningen får besluta hur de producerar tjänsterna.

Bedömningen av vårdbehovet kan göras antingen genom att träffa patienten personligen eller per telefon eller med hjälp av olika tekniska applikationer. Bedömningen kan göras via flera kanaler, varvid en yrkesutbildad person i sin bedömning kan använda sig av en symtombedömning som den som söker vård har gjort själv. Med tanke på symtombedömning har också elektroniska tjänster utvecklats, exempelvis symtombedömningen Omaolo. Tekniska verktyg är emellertid bara hjälpmedel när vårdbehovet bedöms, en yrkesutbildad persons insats får inte helt och hållet ersättas med dem. Inte heller klarar alla som söker vård av att använda elektroniska symtombedömningar, därför bör det också vara möjligt att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör en bedömning utan att patienten har gjort en självbedömning på elektronisk väg. Vid utträttandet av ärenden gäller det även i allmänhet att säkerställa tillgängligheten; det ska till exempel ordnas med ett lämpligt kommunikationssätt för hörsel- eller tal-skadade. Ett välfärdsområde får alltså inte ordna möjligheten att ta kontakt, bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet och givandet av vårdtider så att det enda möjliga sättet är till exempel att kunden ringer upp och hälsovårdscentralen använder återuppringning.

I 2 mom. fastställs vilka yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som kan göra en i 1 mom. avsedd bedömning. För närvarande kan vårdbehovet bedömas både av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att individuella bedömningar i fortsättningen görs av legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Detta är motiverat eftersom den som gör bedömningen ska ha en tillräcklig kompetensnivå för att redan under kontakten kunna lösa problemet så långt som möjligt eller hänvisa patienten till sådan vård som behövs. På så sätt leder kontakten mer sällan än nu till en tidsbeställning de gånger då problemet går att lösa på lämpligt sätt med andra medel.

Legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är enligt 5 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utöver läkare och tandläkare också provisorer, psykologer, talterapeuter, näringsterapeuter, farmaceuter, sjukskötare, barnmorskor, hälsovårdare, fysioterapeuter, laboratorieskötare, röntgenskötare, munhygienister, ergoterapeuter, optiker och tandtekniker. Den person som bedömer vårdbehovet ska utöver formell behörighet ha av arbetsgivaren säkerställt tillräckligt kunnande för uppgiften.

Med avvikelse från huvudregeln kan vårdbehovet i fråga om mun- och tandvård bedömas förutom av legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården också av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning. Inom mun- och tandvården gör tandskötare numera i stor utsträckning bedömningar av behovet av vård. När de fattar beslut stöder de sig till exempel på så kallade beslutsträd. För närvarande finns det inte tillräckligt många legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, alltså exempelvis munhygienister, för att tandskötarnas arbetsinsats ska kunna ersättas med deras arbetsinsats. Av arbetsfördelnings- och kostnadsskäl är detta inte heller ändamålsenligt.

I 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994) föreskrivs det om medborgare i stater utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet som utövar yrket som legitimerad yrkesutbildad person (så kallade yrkesutbildade personer som beviljats tillstånd). I förordningen föreskrivs dessutom om rätten för personer som studerar för att bli yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att tillfälligt vara verksamma i yrkesutbildade personers uppgifter.

En förutsättning för att bedömningen ska göras av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare eller för att bedömningen ska göras av en person som är verksam som yrkesutbildad person är att de andra yrkesutbildade personerna och de som är verksamma som yrkesutbildade personer har getts enhetliga anvisningar samt möjlighet att konsultera en läkare eller tandläkare.

I social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011) föreskrivs om sådant som ska överenskommas i den plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses som anges i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. I planen ska bland annat överenskommas om sådan inskolning av personalen som är ett villkor för högkvalitativ och säker verksamhet samt om utbildning och handledning för studerande vid verksamhetsenheterna.

51 a §. *Att få vård inom primärvården.* I paragrafen föreskrivs om att få icke-brådskande vård inom primärvården. Denna paragraf avses bli tillämpad på primärvård som välfärdsområdet ansvarar för att ordna, oberoende av på vilket sätt den produceras. Denna paragraf tillämpas dock inte på mun- och tandvårdstjänster inom primärvården; i 51 b § föreskrivs om tidsgränser som gäller tillgång till vård inom dem.

Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i icke-brådskande sjukvård inom primärvården ordnas inom de sju dygn som följer på en i 51 § avsedd bedömning, när behov av undersökning eller vård har konstaterats vid bedömningen. Den i momentet föreskrivna tidsgränsen sju dygn gäller situationer där patienten har sökt vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan. Med symtomdebut avses en situation där patienten inte nödvändigtvis har insjuknat eller inte nödvändigtvis har en skada, eller en sjukdom eller skada åtminstone inte har diagnostiserats ännu, men det i patientens hälsotillstånd har skett någon förändring som förutsätter undersökning eller vård, till exempel smärta någonstans i kroppen. Tidsgränsen gäller vård för såväl fysiska som psykiska hälsoproblem.

En ytterligare förutsättning för att den i momentet föreskrivna sju dygn långa tidsgränsen ska gälla vård är att det är fråga om vård inom området allmänmedicin. I vård inom området allmänmedicin kan en patient som kommer till mottagningen ha vilket problem som helst, och patienterna väljs inte ut enligt ålder, kön eller sjukdom. Det kan vara fråga om icke selekterade patienters första kontakt med hälso- och sjukvårdssystemet. Med sjukdomar inom området allmänmedicin avses frekventa, ofta långvariga sjukdomar som påverkar funktions- eller arbetsförmågan och förutsätter längre icke-medicinsk eller medicinsk behandling, egenvård och uppföljning i en yrkesutbildad persons regi eller ledd träning och som på ett effektivt och säkert sätt kan genomföras inom hälso- och sjukvården på basnivå. Dessa genomförs, vid sidan av andra yrkesgrupper, i synnerhet av specialistläkare inom allmänmedicin och av andra läkare som har en bred uppfattning om och erfarenhet av primärvården. Sådana sjukdomar som dessa behandlar är till exempel många sjukdomar i rörelseorganen, hjärt- och kärlsjukdomar och deras bakgrundsfaktorer såsom exempelvis högt blodtryck, diabetes, allergier och sjukdomar i andningsorganen, olika funktionella störningar samt många depressions- och ångestsyndrom, sömnlös-

het, rusmedelsmissbruk och lindrigt beroende. I området allmänmedicin ingår också bekämpningen av smittsamma sjukdomar. I området allmänmedicin ingår också en av läkare gjord bedömning av om patienten kan vårdas vid hälsovårdscentralen eller behöver remitteras till den specialiserade sjukvården.

Med det i momentet använda begreppet vårdhändelse avses olika vårdrelaterade händelser, exempelvis undersökningsåtgärder, ställande av diagnos, vård eller behandling eller utarbetande av en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan. Beroende på hälsoproblemet består vården av en eller flera vårdhändelser. Om patienten i samband med en bedömning enligt 51 § har fått en remiss till laboratorieundersökningar räcker det inte att provtagningen försiggår inom sju dygn. Inom tidsgränsen ska patienten börja få vård som är förenlig med symtombilden och vården ska börja planeras, fastän undersökningarna i vissa situationer fortgår jämsides med att vård genomförs. Likaså ska vården inledas inom tidsgränsen utifrån symtomen eller en arbetsdiagnos, även om ingen uttrycklig diagnos har ställts ännu.

I motiveringen till 51 § beskrivs multiprofessionella vårdmodeller där man tänker sig att vården inleds genast efter att patienten tagit kontakt, när patientens situation börjar utredas och vårdplaneringen börjar. Enbart ett sådant inledande av vårdprocessen som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården sinsemellan gör uppfyller inte den i momentet angivna skyldigheten att genomföra den första vårdhändelsen inom sju dygn, utan för att skyldigheten ska fullgöras förutsätts det att vårdrelaterade åtgärder utförs.

Tidsgränsen på sju dygn räknas från dagen efter bedömningen. Hälsovårdscentralerna är i regel öppna på vardagar, varför sju dygn i praktiken betyder fem vardagar eller mindre om söckenhelger infaller under en viss tidsperiod.

Vård kan genomföras på olika sätt, i praktiken alltså på en mottagning, per telefon, via någon annan distansförbindelse eller genom hembesök. Sättet att ge vård överenskomms i samförstånd med patienten. Kommunikation via distansförbindelse avser utöver användning av telefon särskilt användning av smarttelefon, video, internetanslutning eller e-post för kommunikation. Inom hälso- och sjukvården kan vård genomföras i form av distanstjänster så att undersökningar, diagnostisering, kontroll, uppföljning, vård, vårdrelaterade beslut eller rekommendationer som rör patienten grundar sig på information och dokument som förmedlas till exempel via video på nätet eller via smarttelefon. Vid sådana arrangemang är det nödvändigt att beakta patientsäkerheten, dataskyddet och informationssäkerheten. Distanstjänster lämpar sig inte för alla vårdhändelser, utan patientsäkerheten kan förutsätta personlig undersökning. Vid genomförandet gäller det också att se till att tjänsten är tillgänglig. Vid behov ska vården ordnas på en mottagning eller i form av hembesök.

I 1 mom. föreskrivs att fullgörandet av skyldigheterna i regleringen om att få vård förutsätter också att vårdgivaren är en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Det är motiverat att vård som ska ges inom tidsgränsen genomförs av den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ger sådan vård som allra ändamålsenligast motsvarar patientens vårdbehov.

Den som ger vård kan vara en allmänläkare eller specialistläkare som arbetar inom primärvården. Läkarna inom primärvården har till uppgift att behandla fysiska och psykiska sjukdomar. Tidsgränsen sju dygn gäller inte tillgång till en inom primärvården arbetande specialistläkare eller läkare med specialkompetens till vilken patienter hänvisas genom en remiss som en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har utfärdat eller på grundval av en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan, i syftet att patienten ska undersökas eller få vård eller

anvisningar av en representant för ett annat medicinskt specialområde eller en läkare med specialkompetens. Sådana läkare kan vara till exempel specialistläkare som bedriver konsultationsverksamhet i anslutning till primärvård. Beroende på sin uppgiftsbeskrivning kan en och samma läkare dels emellanåt tjänstgöra som allmänläkare vid det första vårdbesöket som tidsgränsen sju dygn gäller, dels inom ramen för sin specialkompetens bedriva konsultationsverksamhet eller koncentrera sig på en viss kundgrupp, varvid tidsgränsen inte gäller hans mottagning. Bestämmelser om att få vård i det sistnämnda fallet finns i 4 mom.

Också skötare eller andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården kan ge hälsovårdstjänster med anknytning till primärvård. Skötartjänster är till exempel tjänster som ges av sjukskötare med rätt att förskriva läkemedel. Om det är möjligt att söka sig till mottagning hos andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården direkt utan en bedömning som en läkare eller skötare gjort, omfattas dessa situationer av tidsgränsen sju dygn.

Inom hälso- och sjukvården förutsätter tillgång till mottagning hos en rehabiliteringsarbetare i regel en vårdplan. Tidsgränsen sju dygn gäller inte mottagning hos en i vårdplanen angiven rehabiliteringsarbetare. I 3 och 4 mom. föreskrivs om saken. Sådana mottagningar är till exempel besök som hänför sig till näringsterapi, talterapi, ergoterapi, fotterapi eller sådan fysioterapi som ges i form av rehabilitering. Vid många hälsovårdscentraler ordnas dock direktmottagningar exempelvis i fråga om fysioterapeuter, varvid det för patienten utgående från en bedömning enligt 51 § beställs tid direkt till en sådan mottagning, utan att patienten först skickas till en skötare eller läkare. Dessa situationer omfattas av tidsgränsen sju dygn.

Inom primärvården behandlas mentalvårds- och missbruksproblem förutom vid social- och hälso- och sjukvårdens centralerna också inom exempelvis studerandehälsovården. Mentalvårds- och missbrukartjänster inom primärvården kan ordnas också i fristående arbetsgrupper och enheter. Specialtjänsterna inom missbrukarvården är ofta administrativt organiserade så att de sorteras under socialvården, och de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls inom ramen för dem hänförs till primärvård inom området för allmänmedicin, eftersom beroendemedicin inte är ett medicinskt specialområde i Finland. Om mentalvårds- eller missbrukartjänster emellertid ordnas vid enheter inom specialiserad sjukvård som är verksamma i samband med primärvården, tillämpas vårdgarantin för specialiserad sjukvård i enlighet med 51 c, 52 och 53 §. Det finns ingen helt entydig definition av begreppet specialiserad sjukvård som genomförs inom primärvården, men i princip är det fråga om verksamhet som bedrivs inom ett medicinskt specialområde och som en specialistläkare ansvarar för.

Inom primärvården ordnas lätt- och snabbtillgängliga mottagningar inom områdena mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete hos skötare som genomgått tilläggsutbildning eller vidareutbildning i psykosociala metoder och andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården; dessa mottagningar kan kontaktas direkt för att få rådgivning eller handledning i kriser som hänför sig till livssituationer, i situationer där den psykiska påfrestningen är stor eller för att få stöd på grund av psykiska symtom eller nedsättning av den psykiska funktionsförmågan. Handledningen kan också innebära att riktade metoder används, till exempel kortvarig rådgivning till riskanvändare av berusningsmedel (så kallad miniintervention) eller användning av korta terapier, som genomförs på basis av metodutbildningar, vid symtom på problem med den mentala hälsan i situationer där det ännu inte finns behov av vård som grundar sig på en diagnos. Direktmottagningar av detta slag omfattas av tidsgränsen sju dygn. En patient som behöver en medicinsk bedömning för bedömning av en psykisk störning hänvisas inom sju dygn till en läkare för att få en diagnostisk bedömning och för val av vård. Vården genomförs då enligt en vårdplan. Tidsgränsen sju dygn gäller därmed inte separat egentlig psykoterapi som ges av en utbildad psykoterapeut eller annan psykosocial vård som utgör en del av en vårdplan.

Tidsgränsen för att få vård gäller också sjukvård som hör till den i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda studerandehälsovården för dem som studerar på andra stadiet. Bestämmelser om tillgång till sjukvård som hör till studerandehälsovården för högskolestuderande finns i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.

Tidsgränserna för att få vård är längsta väntetider, och vid en individuell bedömning av vårdbehovet bedöms det också om patienten behöver vård snabbare än inom den längsta väntetid som anges i lagen.

Det kan uppkomma situationer där patienten erbjuds en mottagningstid inom den lagstadgade tidsgränsen, men tiden inte passar patienten. Om patienten själv önskar en vårdtid som infaller efter mer än sju dygn är det givetvis inte ett problem att vårdbesöket äger rum mer än sju dygn efter bedömningen av vårdbehovet. Om den erbjudna tiden inte passar patienten, och patienten vill få vård inom sju dygn, bör det överläggas med patienten om vilken tid som skulle vara lämplig och när en vårdtid erbjuds gäller det att ta hänsyn till patientens önskemål. Patienten har ändå ingen ovillkorlig rätt att kräva att vårdbesöket infaller precis vid en viss tidpunkt. Det finns heller ingen skyldighet att ordna vårdtider utanför tjänstetid för förvärvsarbete.

Det gäller dock att beakta regleringen i 54 § i hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilken ett välfärdsområde ska köpa tjänster av andra vårdgivare om det inte klarar av att ordna vård inom de lagstadgade längsta väntetiderna. När vårdtider erbjuds ska man försöka hitta en tid som passar patienten, vid behov med hjälp av köpta tjänster. I praktiken får verksamheten inte ordnas så pressat att patienterna rutinemässigt erbjuds bara ett par tider som är möjliga, eller så att man medvetet erbjuder patienten endast mottagningstider som inte passar patienten, fastän ytterligare tider skulle vara lediga, och med hänvisning till detta vägrar att hänvisa patienten till någon annan vårdgivare. När vård erbjuds ska hänsyn alltså tas till den i 6 § i patientlagen föreskrivna skyldighet som innebär att vården och behandlingen ska ges i samförstånd med patienten. Välfärdsområdet ska ordna sin verksamhet så att vårdtider står till buds antingen inom ramen för välfärdsområdets egen produktion eller i form av köpta tjänster så att patienterna har en faktisk möjlighet att ta del av tjänsterna inom de föreskrivna tidsgränserna. Om tillgången till vård av orsaker som beror på patienten drar ut på tiden och överstiger sju dygn, ska en vårdtid försöka ordnas så snart som möjligt vid en tidpunkt som patienten önskar. I verksamheten ska hänsyn också tas till regleringen i 4 § i patientlagen, enligt vilken patienten ska meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen.

Erhållandet av vård kan dröja också av andra skäl som beror på patienten. Patienten kan till exempel vilja få tid till en viss yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården därför att patienten sedan tidigare har en god vårdkontakt med denna yrkesutbildade person. Om tider till den yrkesutbildade personen i fråga inte återstår inom den sju dygn långa tidsgränsen och patienten inte har något emot att vänta i mer än sju dygn, är det med avseende på regleringen inte problematiskt att vården genomförs när mer än sju dygn har gått. I 49 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om valmöjligheter i fråga om den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar en patient. Enligt bestämmelsen har patienten möjlighet att vid en enhet inom hälso- och sjukvården, inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten vid verksamhetsenheten tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne. Fortsatt vård av en patient ska genomföras så att patienten alltid då det är möjligt med avseende på ett ändamålsenligt ordnande av vården hänvisas till vård hos den läkare eller tandläkare som tidigare har behandlat patienten.

I skol- och studerandehälsovården samt i rådgivningsbyråtjänsterna är det ofta ändamålsenligt att undersöka och åtgärda patientens hälsoproblem inom ramen för dessa tjänster, eftersom

tjänsterna har planerats enkom utifrån en viss patientgrupps behov och de som genomför tjänsterna ofta också har särskild sakkunskap med avseende på vården av vissa patientkategorier. Det kan uppstå situationer där det skulle vara ändamålsenligt att åtgärda ett upptäckt hälsoproblem till exempel inom studerandehälsovården för studerande på andra stadiet men vårdtider inte står att få inom tidsgränsen sju dygn. För att nämna ett exempel är det möjligt att en läkare som är förtrogen med studerandehälsovård och studerandegemenskapen är på plats mer sällan än en gång i veckan. Det är inte oförenligt med regleringen att fråga patienten om det passar hen att en vårdtid ordnas först efter den sju dygn långa tidsgränsen. Om patienten vill få vård inom tidsgränsen, ska en vårdtid ordnas för hen exempelvis inom den öppna sjukvården vid en hälsostation. Även i andra situationer är det möjligt att avvika från tidsgränsen för att få vård, om patienten tar initiativ till det eller annars samtycker till det.

Om erhållandet av vård dröjer så att den föreskrivna tidsgränsen överskrids, även i sådana situationer där patienten själv inte har något emot att vården genomförs näst mer än sju dygn har gått, ska patienten informeras om att hen har rätt att få vård inom den föreskrivna tidsgränsen. Viktigt med tanke på alla slag av avvikelser från att hålla tidsgränserna för att få vård är att patienten inte utsätts för någon som helst påtryckning att samtycka till att det avviks från tidsgränserna. Genomförandet av vård utanför tidsgränserna ska grunda sig på fri vilja. I det ovan nämnda exemplet som gäller studerandehälsovård gäller det att särskilt uppmärksamma saken, eftersom patienten är minderårig.

I 2 mom. föreskrivs om en situation där en patient först har hänvisats till en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, men det under mottagningen rehabiliteringshändelse konstateras att patienten i själva verket behöver vård som ges av en läkare. I en sådan situation ska läkarmottagningen ordnas under de sju dygn som följer på mottagningen hos den andra legitimerade yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården, om det konstaterade behovet inte kan avhjälpas i samband med samma vårdhändelse. I en sådan situation som avses i momentet har patienten utgående från bedömningen av vårdbehovet hänvisats exempelvis till en sjukskötare eller fysioterapeut, men vid den mottagningen konstateras ett behov av att få vård av en läkare. Om det i denna situation inte är möjligt att under samma besök få ett ställningstagande av en läkare, ska tillgång till mottagning hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på detta besök. Ordet ”mottagning” som används i momentet omfattar i enlighet med vad som beskrivs i motiveringen till 1 mom. de olika sätten att ge vård.

I 3 och 4 mom. föreskrivs att om det upptäcks behov av tjänster som tillhandahålls av andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, omfattas en sådan vårdhändelse av den maximala väntetiden tre månader, inte sju dygn. Ofta kan genomförandet av vård i sådana fall för snabbas genom konsultationskutymmer av olika slag där allmänläkare konsulterar specialistläkare angående vården och det inte nödvändigtvis ens uppstår behov av ett separat besök hos en specialistläkare.

Om det inte går att lösa patientens hälsoproblem under ett vårdbesök, ska det utarbetas en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan över behovet av undersökningar, vård och rehabilitering, eller om en sådan plan redan finns till exempel på grund av en kronisk sjukdom ska den uppdateras efter behov. Bestämmelser om skyldigheten att utarbeta en plan finns i 4 a § i patientlagen och 24, 25, 28 och 30 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med regleringen i 2 mom. är att säkerställa att patienterna i överensstämmelse med reformens målsättning hänvisas till vård som motsvarar deras behov. Vid tolkningen av 51 och 51 a § gäller det att beakta regleringen i 3 § i patientlagen om patientens rätt att få sådan vård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter samt rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vid tolkningen ska hänsyn dessutom tas till regleringen i 8 § i lagen om ordnande av social- och

hälsovård, enligt vilken välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. Därmed strider det mot de lagstadgade skyldigheterna att kringgå regleringen om tillgång till vård till exempel så att patienter medvetet, i strid med deras hälsotillstånd och behov, hänvisas till besök hos skötare om patienterna har behov av att besöka läkare.

I 3 mom. specificeras de situationer där de sju dygn långa tidsgränser för att få vård som anges i 1 och 2 mom. inte gäller.

Till icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska genomföras inom sju dygn hör inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan och som planeras ske efter en viss tid. När det har utretts vilka undersökningar eller vilken vård eller rehabilitering patienten behöver, utarbetas en vård- eller rehabiliteringsplan för den fortsatta vården, och vården genomförs i enlighet med planen. Intervallen mellan vårdhändelserna är ett inslag i planen. Det är därför logiskt att tidsgränsen sju dygn inte tillämpas på sådana vårdhändelser. I vården för ett visst hälsoproblem kan dock ingå vårdhändelser som tidsgränserna i 1 och 2 mom. har tillämpats på, innan vården och rehabiliteringen börjar genomföras i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen.

Tidsgränsen sju dygn omfattar inte till exempel i en vårdplan angivna periodiska besök för uppföljning av en kronisk sjukdom eller andra besök med anknytning till uppföljning av vårdresponset eller den medicinska behandlingen.

I exempelvis olika terapitjänster kan det finnas vårdstigar där tillgången till vård förverkligas på lite olika sätt beroende på hur vården är ordnad. I motiveringen till 1 mom. beskrivs det att i vissa situationer ordnar till exempel fysioterapeuter direktmottagningar, medan erhållandet av en sådan tjänst i andra situationer förutsätter en bedömning som gjorts av en skötare eller läkare. I vilket fall som helst utarbetas som ett led i undersökningarna och vården en plan för hur vården och rehabiliteringen ska genomföras, och när patientens hälsotillstånd så förutsätter planeras och genomförs också utlämning av hjälpmedel.

I praktiken skickas en patient utgående från en bedömning enligt 51 § inte direkt till mottagning hos en psykoterapeut eller hos en anställd som utbildats i intervention när det gäller störningar i den psykiska hälsan för att få tjänster som hänför sig till den psykiska hälsan, utan först hänvisas patienten till en läkarmottagning där behovet av sådana tjänster undersöks, varpå behandlingen genomförs planmässigt. Såsom beskrivs i motiveringen till 1 mom. gäller tidsgränsen sju dygn emellertid mottagningar till vilka patienter söker sig direkt på grund av symtom som rör den psykiska hälsan eller nedsättning av den psykiska funktionsförmågan för att deras psykiska hälsa ska stödjas och för att de ska få riktad förebyggande vård.

Tidsgränsen gäller inte tillgång till en sådan inom primärvården arbetande specialistläkare eller läkare med specialkompetens till vilken patienter hänvisas endast genom en remiss som en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har utfärdat eller på grundval av en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan i syftet att patienten ska undersökas eller få vård eller anvisningar av en representant för ett annat medicinskt specialområde eller en läkare med specialkompetens. Detta behandlas också i motiveringen till 1 mom.

Inte heller gäller tidsgränsen sådana vårdhändelser, ofta läkarbesök, som företas enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården och som avses i 22 § i hälso- och sjukvårdslagen eller i övrigt. Enligt nämnda 22 § ska en kommun, i fortsättningen ett välfärdsområde, se till att en invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral

får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd, när ett sådant behövs enligt lag eller är nödvändigt med tanke på invånarens eller patientens vård, försörjning eller studier eller av någon annan jämförbar orsak. Olika lagstadgade intyg är förknippade med exempelvis körförmågan. Besök som företas endast för att erhålla ett sådant intyg ska enligt förslaget inte omfattas av den sju dygn långa tidsgränsen för att få vård. Det finns emellertid situationer där det i samband med behandlingen av ett i 1 mom. avsett hälsoproblem eller redan när vårdbehovet bedöms framkommer ett behov av att få också ett intyg som hänför sig till hälsoproblemet. Tidsgränsen omfattar sådana besök. Oberoende av om ett besök omfattas av tidsgränsen sju dygn eller inte gäller tidsgränsen inte själva utarbetandet av intyget och sändande av det till patienten.

Enligt 1 mom. gäller tidsgränsen för att få vård situationer där orsaken till att vård söks är en sjukdom, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan. Regleringen utesluter ur den sju dygn långa tidsgränsen, även utan uttrycklig specialreglering, tjänster som ges inom primärvården. Detta gäller i synnerhet tjänster som anges i 13 § i hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga hälsorådgivning, hälsoundersökningar och preventivmedelsrådgivning samt service som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan. Hälsoundersökningar kan vara individuella, men det är också möjligt att en viss kundgrupp blir kallad till hälsoundersökning. Sådana undersökningar som riktas till en viss kundgrupp är till exempel hälsoundersökningar av arbetslösa eller sådana undersökningar som välfärdsområdet ordnar för en viss åldersgrupp.

I 4 mom. föreskrivs om en tidsgräns för givande av tjänster som inte omfattas av den sju dygn långa tidsgränsen. Den första vårdhändelsen i fråga om annat än icke-brådsakande vård inom primärvården, rehabilitering samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. Sådana tjänster är huvudsakligen tjänster som enligt 3 mom. inte omfattas av tidsgränsen sju dygn samt tjänster som avses i 13 § i hälso- och sjukvårdslagen. Med tre månader avses i detta sammanhang 90 dygn, alltså inte tre kalendermånader. Också i Institutet för hälsa och välfärds Avohilmo-rapporter anges separat besök som har genomförts mer än 90 dygn efter att vårdbehovet har bedömts.

Uttrycket ”ska [---] ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 §” är inte avsett att tolkas så att de lagstadgade förutsättningarna automatiskt är uppfyllda i och med att vården ordnas inom tre månader. I bestämmelsen förutsätts uttryckligen att tidpunkten för erhållande av tjänsten ställs i proportion till patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans förlopp, och tre månader är den längsta väntetiden. Det finns också andra situationer där en tjänst ska tillhandahållas betydligt snabbare än inom tre månader, även om den inte uttryckligen omfattas av den sju dygn långa tidsgränsen för tillgång till vård. En sådan situation förekommer till exempel när en patient söker för avbrytande av havandeskap, eftersom lagstiftningen om avbrytande av havandeskap förutsätter att ett läkarutlåtande fås snabbt för att de lagstadgade övre tidsgränserna för avbrytande av havandeskap inte ska överskridas.

Den gällande regleringens ordalydelse ”Vård ska [...] ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes” medför oklarhet kring i vilken utsträckning vården eller rehabiliteringen ska genomföras inom tidsgränsen och huruvida den exempelvis i fråga om rehabiliteringstjänster gäller slutförande av hela vård- eller rehabiliteringsperioden inom tids-

gränsen. Av tydlighetsskäl föreslås i momentet bli föreskrivet att tidsgränsen ska gälla ordnandet av den första vård- eller rehabiliteringshändelsen. Beroende på hälsoproblemet kan vården och rehabiliteringen kräva ett eller flera vårdtillfällen.

Regleringen om att en tjänst kan ordnas i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan ger inte rätt att passa in vårdbesök så att intervallen mellan dem strider med god vårdpraxis. Den fortsatta vården och vårdhelheten ska genomföras i överensstämmelse med lagstiftningen samt med nationella hälso- och sjukvårdsrekommendationer och medicinska rekommendationer. Sådana är till exempel Enhetliga grunder för icke-brådskande vård, God medicinsk praxis-rekommendationerna och de rekommendationer som Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården ger. Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt 15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning.

Dessutom förekommer andra situationer där tillgången till vård och rehabilitering grundar sig på klientplaner, till exempel en multiprofessionell sysselsättningsplan, varvid tjänsten ska tillhandahållas snabbare än inom tre månader. En bedömning av arbets- och funktionsförmågan samt behovet av tjänster till stöd för dem kan igångsättas på initiativ av arbets- och närings-tjänsterna, social- och hälsovården eller någon annan aktör, eller så kan kunden själv uppsöka tjänster. Kunden kan höra till arbetskraften och vara arbetslös eller en sysselsatt person som står utanför företagshälsovården. En annan möjlighet är att kunden är en person som inte hör till arbetskraften.

Arbets- och närings-tjänsterna inför en nordisk modell för arbetskraftsservice den 2 maj 2022. De viktigaste ändringarna infördes i lagen om offentlig arbetskrafts- och företagsservice (916/2012). Serviceprocessens inledande skede är avgjort intensivare än förr; en intervju med arbetssökanden ska äga rum inom fem vardagar från det att jobbsökningen inleddes. I modellen bedöms varje arbetssökandes servicebehov, kompetens och möjligheter att söka jobb mer individuellt än nu. Utifrån detta ska det komma överens om tjänster som stöder jobbsökningen och antalet arbetsmöjligheter som ska sökas, och personen hänvisas vid behov till social- och hälsovårdstjänster för bedömning av arbets- och funktionsförmågan. Arbets- och närings-tjänsterna behöver responsen för att kunna genomföra sysselsättningsfrämjande tjänster.

Enligt 8 kap. 5 a § och 12 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004) utreds i fortsättningen arbetstagarens återstående arbetsförmåga och möjligheter att fortsätta i arbetet innan sjukdagpenning har betalats ut för 90 vardagar samt vid behov innan sjukdagpenning har betalats ut för 150 eller 230 vardagar. Lagstiftningsreformens målsättning förutsätter att vård och rehabilitering inleds snabbare än inom tre månader.

Dessutom bör rehabilitering påbörjas snabbare än inom tre månader i situationer där dess betydelse för att upprätthålla och främja arbets- och funktionsförmågan är stor, till exempel vid störningar i hjärnans blodcirkulation eller störningar i barns tal- och språkutveckling.

Den i 4 mom. föreskrivna skyldigheten att ordna de i momentet angivna tjänsterna inom tre månader kan i någon mån bredda dessa tjänster i förhållande till de tjänster som enligt nuvarande tolkning omfattas av tre månaders vårdgaranti. När det år 2004 föreskrevs om vårdgaranti inom primärvården konstaterades i motiveringen i regeringens proposition att ”genom maximitider inom vilka vård ges skulle vården av sjukdomar tryggas. Möjligheten att få olika intyg ingår däremot inte i de tjänster som skall ges inom de längsta väntetiderna” (RP 77/2004 rd, s. 41), och därigenom har tolkningen varit att till exempel besök som görs för att få intyg som anknyter

till körhälsan inte omfattas av den nuvarande vårdgarantin där tidsgränsen är tre månader. Det föreslås att tidsgränsen i fortsättningen ska vara tre månader även för sådana tjänster, eftersom reformen syftar till att förbättra tillgången till vård inom primärvården och reformens målsättning, fungerande primärvårdstjänster, inte gagnas om tidsgränsen för att få olika tjänster divergerar mycket kraftigt.

Ordnandet av fortsatt vård för patienter, vårdens kontinuitet och den helhet som vården utgör bör ägnas uppmärksamhet både vad gäller tjänsterna inom primärvården och när patienten överflyttas från den specialiserade sjukvården till primärvården och vice versa. Om patienten till exempel behöver terapi för att funktionsförmågan ska återställas efter en kirurgisk operation, bör vården grunda sig på en vård- och rehabiliteringsplan, och vården och rehabiliteringen inom primärvården bör genomföras i enlighet med vad som föreskrivs i 4 mom.

Inte heller omfattas alla tjänster som det föreskrivs om i hälso- och sjukvårdslagen av tidsgränsregleringen i 4 mom. I författningar som utfärdats med stöd av 14–17 § och 23 § i hälso- och sjukvårdslagen, alltså i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) samt statsrådets förordning om screening (339/2011) föreskrivs det om förebyggande hälso- och sjukvårdsåtgärder på befolkningsnivå, alltså om screening som riktar sig till vissa befolkningsgrupper och som ingår i det nationella screeningprogrammet eller ordnas av välfärdsområdena samt om periodiska undersökningar av vissa patientgrupper. I de nämnda författningarna föreskrivs det om vissa åldersgrupper eller andra befolkningsgrupper för vilka screening eller periodisk undersökning ska ordnas, vilket innebär att logiken i regleringen om tidsgränser för att få vård inte lämpar sig för åtgärder av det slaget. Dessutom handlar ordnandet av dessa tjänster inte om i 1 mom. avsedd vård som grundar sig på en bedömning av det individuella behovet av vård för hälsoproblem. Regleringen om tidsgränser för att få vård omfattar alltså inte dessa tjänster, utan de ordnas enligt lagstiftning som gäller dem. Det är brukligt att skicka en kallelse till screeningen. Om tidpunkten i kallelsen inte passar patienten, kommer man överens om en annan tid som passar.

I lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer (149/2017), som utfärdats med stöd av den, föreskrivs det om vaccinationer som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet och om riktade vaccinationer. Med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar är det dessutom möjligt att genom förordning av statsrådet föreskriva om andra frivilliga vaccinationer (45 §), om obligatoriska vaccinationer (47 §) samt om åläggande av verksamhetsenheter inom den offentliga hälso- och sjukvården och inom socialvården att ordna vaccination för sina patienter och klienter och de anställda som sköter eller vårdar dem (49 § 2 mom.). Bland vaccinationerna i vaccinationsprogrammet ingår också de vaccinationer som anställda och studerande som deltar i praktik inom hälso- och sjukvården och inom socialvården behöver enligt 48 § i lagen om smittsamma sjukdomar.

Om det föreskrivs särskilt om vaccinationsordningen eller om särskilda arrangemang som anknyter till vaccinationer ska den regleringen iakttas, och regleringen om tidsgränser för att få vård tillämpas inte på givandet av sådana vaccinationer. För att nämna ett exempel är covid-19-vaccinationer sådana vaccinationer som avses i 45 § i lagen om smittsamma sjukdomar, och bestämmelser om vaccinationsordningen i fråga om dem finns i statsrådets förordning om frivilliga covid-19-vaccinationer (1105/2020). I en sådan situation har en patient inte rätt att kräva att en vaccinationstid ges inom tidsgränserna för att få vård. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer 149/2017, där det föreskrivs om det nationella vaccinationsprogrammet, föreskrivs i fråga om barn och unga den ålder då vaccinet kan ges. I typiska fall sköts sådana vaccinationer av barn som ingår i vaccinationsprogrammet i samband med besök på

rådgivningsbyrån. Om vaccinationer genomförs planmässigt i samband med rådgivningsbyrå-tjänster eller annars inom primärvården, har föräldrar inte rätt att för sina barns räkning kräva en separat vaccinationstid inom den tre månader långa tidsgräns som anges i 4 mom. Vaccindoserna ges i enlighet med nämnda förordning 338/2011 samt vårdplanen.

Det finns också vaccinationer som den i 4 mom. föreskrivna tidsgränsen samt regleringen om vård som ska ges enligt en vårdplan är tillämpliga på. Vid vaccinationer gäller det att beakta regleringen i 4 mom. om att vårdhändelser, i detta fall vaccinationer, ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av behovet av tjänster, varvid den längsta väntetiden tre månader kan vara för lång för erhållande av tjänsten. Exempelvis ska vaccinationer som hänför sig till arbete och studier och sådan screening av smittsamma sjukdomar som avses i 55 och 56 § i lagen om smittsamma sjukdomar, ges enligt en tidtabell som möjliggör arbete och studier, och de i vaccinationsprogrammet ingående vaccinationerna mot fästingburen hjärninflammation i vissa områden ska ordnas så att vaccinet hinner ge skydd före den period då fästingarna är aktiva. Patienten kan söka vård därför att hen behöver en revaccination (boosterdos) som avses i förordning 149/2017. Vaccinationer kan också ges som ett inslag i icke-brådskande sjukvård inom primärvården. Exempelvis ges vissa vaccinationer efter att mjälten har opererats bort. Också vaccinationer som resenärer behöver och som inte hänför sig till vård omfattas av den i 4 mom. föreskrivna tidsgränsen. Vissa vacciner förutsätter att doserna av dem ges med vissa intervall, som kan vara mycket exakt angivna (ett visst antal dagar), och det bör då ses till att doserna ges enligt den rytmen, som anges i en vårdplan. Också patienten har ett ansvar för att boka vaccinationer i tid. Som brådskande vård vid jourmottagning ges vacciner som hänför sig till olika exponeringssituationer, såsom rabies.

Den föreslagna regleringen i 51 § och i 1–4 mom. i denna paragraf har skrivits med utgångspunkt i att patienten själv kontaktar hälsovårdscentralen eller någon annan enhet inom primärvården på grund av ett nytt hälsoproblem eller för att en kronisk sjukdom har förvärrats, och detta ger upphov till en bedömning av vårdbehovet och till genomförande av vård. Det förekommer emellertid att behovet av undersökning, vård eller rehabilitering upptäcks medan patienten får vård eller tjänster på grund av något annat. Till exempel kan det i samband med en allmänna hälsoundersökning som är riktad till en viss befolkningsgrupp upptäckas ett födelsemärke eller en knöl som det finns skäl att undersöka ytterligare. Dessutom kan behov av fortsatta undersökningar framkomma till exempel som följd av screening. Hälso- och sjukvård kan också ges i samband med socialvårdstjänster; till exempel har hälso- och sjukvårdstjänster kunnat organiseras i anslutning till boendeservice som ges inom ramen för socialvården. I dessa situationer tar patienten inte nödvändigtvis själv kontakt med primärvårdsenheten på det sätt som avses i 51 §. I sådana situationer lämpar sig bestämmelserna i 1–4 mom. om tidsgränser för att få vård och, beroende på fallet, fortsatt vård i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Av tydlighetsskäl föreskrivs det om saken i 5 mom.

51 b §. *Att få mun- och tandvård inom primärvården.* Det föreslås att tidsgränsen för att få vård inom mun- och tandvården inom primärvården skärps från nuvarande sex månader till tre månader. I 1 mom. föreskrivs att undersökning eller vård som i samband med en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från att undersöknings- eller vårdbehovet har bedömts. Som det förts fram i motiveringen till 51 a § avses med tre månader 90 dygn, och denna tidsgräns beräknas från den dag som följer på bedömningen.

Mun- och tandvården inom primärvården omfattas av bestämmelserna i 51 § 1 mom. om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvår-

den och en individuell bedömning av undersöknings- eller vårdbehovet. I 51 § 2 mom. föreskrivs det om vem som ska göra bedömningen. Huvudregeln är att bedömningen inom primärvården görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Med avvikelse från detta kan bedömningen inom mun- och tandvården göras av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning, till exempel en tandskötare, vilket är allmän praxis för närvarande. Tandskötarnas bedömningar av vårdbehovet har i stor utsträckning motsvarat tandläkarnas bedömningar, och därför finns det med avseende på patientsäkerheten inte behov av att ändra den nuvarande arbetsfördelningen. För denna linjedragning talar också ekonomiska aspekter: det är rationellt att den arbetsinsats som de legitimerade yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården såsom munhygienisterna utför inriktas på arbete som motsvarar deras utbildning.

I 2 mom. föreskrivs om en situation där en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare. I regel hänvisas patienten först till en tandläkare, men det förekommer situationer där en kontroll som utförs eller vård som ges av en munhygienist eller tandskötare motsvarar patientens behov bättre än en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare. Om en munhygienist eller tandskötare emellertid konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades av munhygienisten eller tandskötaren, alternativt inom tre månader från den i 51 § 1 mom. avsedda bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet, ordnas. Tidsgränserna säkerställer att den med patientens behov förenliga undersökningen eller vården inte fördröjs oskäligt mycket i förhållande till den tidsgräns för att få vård, tre månader, som föreskrivs i 1 mom.

Ofta går det snabbare att få tid till en munhygienist eller en tandskötare än till en tandläkare. Om ett välfärdsområde bedömer att det inte har möjlighet att ge tandläkartider inom fyra veckor från besöket hos en munhygienist eller tandskötare, ges det eventuellt för säkerhets skull inte tid till en munhygienist eller tandskötare så snabbt som välfärdsområdet i och för sig skulle kunna ge den tjänsten. Syftet med den i momentet angivna alternativa tidsgränsen för att få vård, inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen, är att möjliggöra att patienten snabbt hänvisas till en munhygienist eller tandskötare också i situationer av detta slag. Välfärdsområdet har rätt att avgöra vilkendera av de alternativa tidsgränserna det tillämpar.

Om det redan vid en i 51 § 1 mom. avsedd bedömning av undersöknings- eller vårdbehovet bedöms att patienten behöver bli undersökt eller få vård av en tandläkare, ska patienten hänvisas till en tandläkare inom tre månader från bedömningen, och denna tidsgräns bör inte förlängas genom att patienten först hänvisas till en munhygienist eller tandskötare.

I 3 mom. föreskrivs om en situation där det vid ett tandläkarbesök upptäcks behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare. Om specialisttandläkaren ger vård inom primärvården, och kriterierna för specialiserad sjukvård och nivåstruktureringen av vården inte ger anledning att översända patienten till den specialiserade sjukvården för att få vård, bör patienten få tillgång till en specialisttandläkare inom skälig tid, dock inom tre månader från tandläkarbesöket. Syftet med bestämmelsen är att fastställa en tidsgräns för genomförande av ett sådant besök, eftersom det har förekommit fall där tillgången till en specialisttandläkare har dröjt oskäligt länge. Vid behov bedömer specialisttandläkaren huruvida det finns behov av undersökningar som utförs och vård som ges av en specialisttandläkare, och kan också hänvisa patienten tillbaka till en tandläkare till exempel efter att ha gett tandläkaren konsultationshjälp.

Enligt 4 mom. ska vårdperioden slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras. Denna

precisering behövs, eftersom det förekommit fall där intervallen mellan de olika besöken i en vårdperiod varit oskäligt långa och patientens munsjukdomar förvärras i och med att ändamålsenlig vård fördröjs. Tillgången till undersökning eller vård inom den tidsgräns som föreskrivs i 1 mom. bör inte genomföras på bekostnad av att vårdperioderna drar ut på tiden. Det är inte ändamålsenligt att patienten inledningsvis får vård inom tidsgränsen men att vården inte framskrider och inte slutförs inom en skälig tid. Tillräckligt frekventa vårdbesök bör särskilt uppmärksammas när patienten behöver omfattande vård, för att vårdperioden inte ska bli flera månader lång. Intervallen mellan vårdbesöken i vårdperioden bör motsvara god vårdpraxis. Att iaktta god vårdpraxis är viktigt inte bara för patienten utan också för den vårdgivande personalens arbetstrivsel och därmed en betydande faktor för arbetets dragnings- och hållkraft.

I 5 mom. föreskrivs om en avgränsning som gäller situationer där den i 1 mom. angivna tre månader långa tidsgränsen för tillgång till vård inte ska tillämpas. I mun- och tandvården är det brukligt att individuella undersökningsintervall fastställs för patienterna, till exempel undersökning med två års mellanrum. För patienten kan också fastställas tidpunkten för följande vårdtillfälle, till exempel för behandling av sjukdomar i tandköttet eller efterkontroll av rotbehandling. Undersökningen eller vården ska i princip ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen angivna undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet enligt 51 § 1 mom. har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare eller kan ordnas senare. För att patienten ska kunna få en tid som överensstämmer med undersöknings- eller vårdintervallet ska hen instrueras att boka tiden tillräckligt tidigt före den tidpunkt som anges i vårdplanen.

Om det till exempel på grund av symptom som patienten har eller därför att patientens allmänna hälsotillstånd är försvagat bedöms att patientens munhälsa har försvagats ska undersökningen eller vården ordnas tidigare än vad som angetts i vårdplanen. Undersökningen eller vården kan ordnas senare än vad som angetts i vårdplanen, om odontologiska grunder för detta finns. Så kan det förhålla sig till exempel i en situation där patientens undersöknings- eller vårdintervall har planerats så att det är kortare än enligt god vårdpraxis. Saken behöver preciseras, eftersom det har framkommit situationer där det exempelvis för en frisk patient har planerats in en tandläkarundersökning varje år, trots att patientens risk för munsjukdomar är mycket liten. Syftet med denna skrivning är att bidra till att de begränsade resurserna inriktas på effektivt arbete.

Det finns också situationer där en patients följande undersökningstidpunkt har fastställts redan i början av vårdperioden, men den omfattande vården blir klar först strax före den fastställda undersökningstidpunkten, och behov av en ny undersökning ännu inte finns. Då kan en ny undersökningstidpunkt fastställas utgående från patientens aktuella situation, och tillgången till undersökning eller vård bestäms i fortsättningen utgående från detta.

Regleringen om att tjänsten kan ordnas i överensstämmelse med undersöknings- eller vårdintervallet ger inte rätt att tidsmässigt passa in undersöknings- och vårdbesök så att intervallen mellan dem strider mot god vårdpraxis. Undersökningarna och vårdhelheten ska genomföras i överensstämmelse med lagstiftningen samt nationella hälso- och sjukvårdsrekommendationer och odontologiska rekommendationer. Sådana är till exempel Enhetliga grunder för icke-brådsakande vård, God medicinsk praxis-rekommendationerna och de rekommendationer som Tjänstutbudsrådet för hälso- och sjukvården ger. Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt 15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning.

I 15 och 16 § i hälso- och sjukvårdslagen samt i 8 och 10 § i förordning 338/2011 finns bestämmelser om ordnande av periodiska kontroller av munhälsan. Kommunen, i fortsättningen välfärdsområdet, ska för en familj som väntar sitt första barn ordna minst en bedömning av munhälsan och behovet av vård, för barn under skolåldern ordna en kontroll av munhälsan när barnet är 1 eller 2 år, när barnet är 3 eller 4 år och när barnet är 5 eller 6 år, för elever ordna en kontroll av munhälsan i årskurs ett, i årskurs fem och i årskurs åtta, och för studerande minst en gång under studietiden ordna en kontroll av munhälsan, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster utreds. I 9 § i förordningen sägs dessutom att kommunen, i fortsättningen välfärdsområdet, för ett barn i åldern 1–6 år ska ordna minst sex hälsoundersökningar, i vilka det ingår två omfattande hälsoundersökningar, den ena vid 18 månaders och den andra vid 4 års ålder; en av hälsoundersökningarna ska omfatta en hälsovårdares bedömning av munhälsan. Sådana periodiska kontroller och bedömningar av munhälsan samt bedömningar av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster utförs vid vissa tidpunkter på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem. Patienten har alltså inte rätt att kräva att de ordnas inom tre månader från en viss tidpunkt eller annars vid en viss tidpunkt.

I 6 mom. föreskrivs dock om en situation som har att göra med till rådgivningsbyråtjänsterna och skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan. Om kontrollen utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades ordnas. Momentet skiljer sig från 2 mom. i paragrafen på så sätt att det inte är ett alternativ att ordna tillgång till en tandläkare inom tre månader från den i 51 § 1 mom. avsedda bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet, eftersom ingen sådan bedömning görs i samband med periodiska kontroller. Att få tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades är motiverat på grund av att dröjsmål som gäller ställande av diagnos och erhållande av vård för barns och ungas del kan leda till att vården försvåras, till och med snabbt.

I 6 mom. föreskrivs dessutom att 3 och 4 mom. gäller också vård som anknyter till ovan beskrivna periodiska kontroller. Med andra ord ska, om en tandläkare vid ett besök som anknyter till en periodisk kontroll konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten. En vårdperiod som eventuellt inleds i och med en periodisk kontroll ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken.

51 c §. *Att få specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård.* I paragrafen föreskrivs det om specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, och regleringens innehåll motsvarar den nuvarande lagstiftningen. Bestämmelser om saken finns nu i 51 §, och av tydlighetsskäl föreslås att de helheter som nu regleras i 51 § delas upp på flera paragrafer.

54 §. *Skyldighet för ett välfärdsområde att köpa tjänster.* Om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de föreskrivna längsta väntetiderna, ska det enligt 1 mom. ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Om servicesedlar föreskrivs särskilt i lagen om servicedelar inom social- och hälsovården. Till denna del motsvarar regleringens principer den nuvarande regleringen. Syftet med paragrafen är att säkerställa att patienten får vård till exempel i en situation där lediga tider inom ramen för hälsostationens öppettider inte står till buds inom den tid som förutsätts i lag.

I praktiken har bestämmelsen verkställts i varierande grad. Därför föreslås att det nya 2 mom. ska bestå av en preciserande bestämmelse enligt vilken det i samband med en i 51 §:n avsedd bedömning av vårdbehovet ska bedömas också huruvida välfärdsområdet klarar av att inom föreskrivna tidsgränser genomföra den vård som patienten behöver. I samband med den individuella bedömningen enligt 51 § bedöms undersöknings- och vårdbehovet samt hur brådskande det är och vilken yrkesutbildad person som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. Bestämmelser om bedömning av vårdbehovet på grundval av en remiss som gäller specialiserad sjukvård finns i 51 c, 52 och 53 §. Om vård som konstaterats vara nödvändig inte kan genomföras, ska den ordnas genom att köpa den av någon annan vårdgivare. Detta har varit bestämmelsens syfte redan tidigare, men preciseringen avser att betona att skyldigheten ska fullgöras.

När det inom primärvården som följd av att patienten tagit kontakt har konstaterats behov av en mottagning hos en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan utredningen av ett för patienten lämpligt sätt att producera tjänster förutsätta ytterligare arrangemang. Det strider inte mot regleringen att patienten kontaktas för erbjudande av en vårdtid och vårdplats eller för givande av en servicesedel också vid en senare tidpunkt än den första dagen för tagande av kontakt, så länge som behovet av vård bedöms under samma dag och vården genomförs inom den tidsgräns som anges i 51 a eller 51 b §. En bedömning av om välfärdsområdet kan producera tjänsten själv eller köper tjänsterna genom andra arrangemang kan göras också av någon annan person än den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som bedömer vårdbehovet.

Paragrafens bestämmelser om olika sätt att producera tjänster är informativa, eftersom bestämmelser om olika sätt på vilka ett välfärdsområde kan producera tjänster finns i lagen om välfärdsområden. De andra tjänsteproducenter som avses i paragrafen är sådana producenter av hälso- och sjukvårdstjänster som är privata eller verksamma inom den tredje sektorn. Lagstiftningen om välfärdsområdenas användning av köpta tjänster presenteras i avsnitt 2.2.1. I lagstiftningen om välfärdsområden avgränsas välfärdsområdenas möjligheter att ordna och producera tjänster inom ett annat välfärdsområde. Ett välfärdsområde kan ordna och producera tjänster i samarbete med ett annat välfärdsområde.

Ett sätt att producera tjänster är att patienten ges en servicesedel. Att ta emot servicesedeln är frivilligt för patienten. När servicesedlar används kan klientens självriskandel enligt lagen om servicesedlar vara större än klientavgiften för den tjänst som välfärdsområdet ordnar. Erbjudandet av en sådan servicesedel fullgör inte skyldigheten enligt 54 § att köpa tjänsten av en annan vårdgivare, utan välfärdsområdet fullgör sin skyldighet endast när den självriskandel som kunden ska betala är lika stor som eller mindre än den med klientavgiftslagen förenliga avgiften. Enligt lagstiftningen om servicesedlar kan patienten förvisso erbjudas också en servicesedel med större självriskandel, men även då ska man redogöra för att patienten har rätt att inom tidsgränsen få tjänsten i form av välfärdsområdets egen produktion eller producerad av välfärdsområdets samarbetspartner som en köpt tjänst. Bestämmelser om klientens rättigheter finns i 6 § i lagen om servicesedlar. Är det fråga om en tjänst som med stöd av klientavgiftslagen är avgiftsfri, ska servicesedelns värde bestämmas så att det för klienten inte återstår att betala någon självriskandel. Bestämmelser om detta finns i 7 § 2 mom. i lagen om servicesedlar.

55 §. Offentliggörande av uppgifter. I paragrafen föreslås bli föreskrivet, alldeles som nu, om offentliggörande i det allmänna datanätet av uppgifter om erhållande av vård. Uppgifter för den föregående månaden om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom välfärdsområdet ska enligt förslaget offentliggöras månadsvis för primärvårdens del. Enligt den gällande 55 § ska uppgifterna offentliggöras med fyra månaders mellanrum. Offentliggörandet av uppgifter kalendermånadsvis ger patienten bättre information än nu om tillgången till vård inom olika verksamhetsenheter. Patienten kan använda informationen om tillgång till vård exempelvis vid valet

av den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som ska ansvara för patientens vård (47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen). Offentliggörandet av uppgifter ger också insyn i verksamheten och utgör ett stöd för tillsynen. Valfärdsområdet använder för sin del uppgifterna när det utvärderar och utvecklar sin verksamhet.

Terminologin i paragrafen preciseras så att termen ”det allmänna datanätet” används i stället för termen ”internet”. Det förstnämnda uttrycket används bland annat i förvaltningslagen (434/2003). Enligt förslaget stryks i paragrafen som onödig regleringen att uppgifterna förutom på internet kan offentliggöras på något annat sätt som kommunen eller samkommunen (valfärdsområdet) bestämmer. Valfärdsområdet kan givetvis offentliggöra uppgifterna förutom på internet också på något annat sätt utan att det föreskrivs om saken. De uppgifter som offentliggörs innehåller inte personuppgifter.

Ett valfärdsområde ska enligt 1 mom. månadsvis i det allmänna datanätet (det vill säga på internet) offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna tidsgränserna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd ska producera uppgifterna utifrån uppgiftsinsamling som institutet med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd utför. Enligt 5 § i den lagen har Institutet för hälsa och välfärd rätt att för skötseln av sina lagstadgade uppgifter (bland annat uppgiften att följa och utvärdera verksamheten inom social- och hälsovården) av bland annat myndigheter som ordnar social- och hälsovård samt av privata aktörer som producerar social- och hälsovårdstjänster få uppgifter som gäller institutionsvård och öppenvård inom social- och hälsovården, däribland uppgifter om tidpunkt för inledande och avslutande av servicen, grunden för tillhandahållande av servicen och tillgången till den samt behovet, arten och omfattningen av servicen. Uppgifterna om erhållande av vård registreras bland anmälningarna om öppen primärvård (Avohilmo), som är en del av det nationella vårdanmälningssystemet för social- och hälsovården (Hilmo). Enligt 5 a § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd får uppgifter som erhållits med stöd av 5 § och som beskrivs ovan lämnas tillbaka till den myndighet eller den tjänstetillhandahållare som har lämnat datamaterialet till institutet. Bestämmelsen i fråga möjliggör att uppgifter lämnas till valfärdsområdet, men förpliktar inte institutet att lämna ut uppgifter. Därför föreslås det i 1 mom. att institutet ska ge behövliga uppgifter till valfärdsområdet för offentliggörande. Det är meningen att institutet till områdena ska lämna ut de av institutet producerade uppgifter om att få vård som är väsentliga när uppgifterna offentliggörs, och avsikten är alltså inte att alla Avohilmo-registerdata ska sändas tillbaka till tjänstetillhandahållaren.

I praktiken innebär regleringen att valfärdsområdet på internet inte offentliggör sådana uppgifter om att få vård som det självt har samlat in, i stället offentliggör det på sin webbplats uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd har producerat. I den gällande lagstiftningen föreskrivs det inte om vem som ska producera de data på basis av vilka uppgifter offentliggörs. Orsaken till den föreslagna bestämmelsen är att uppgifternas jämförbarhet mellan områdena har varit ett problem, och genom förslaget främjas en nationellt enhetlig uppgiftsrapportering. Valfärdsområdet ska med stöd av lagen om Institutet för hälsa och välfärd i vilket fall som helst lämna uppgifterna i fråga till institutet, och den föreslagna regleringen minskar utförandet av överlappande arbete.

De föreslagna ändringarna av tidsgränserna för att få vård förutsätter vissa klassificeringsändringar för uppgiftsinsamlingarnas del, men uppgiftsinsamlingen kan bygga på de nuvarande uppgiftsinsamlingarna. Därmed är uppgifterna nationellt tillgängliga med enhetliga informationsstrukturer i fråga om de olika valfärdsområdena, och uppgifterna om valfärdsområdena är sinsemellan jämförbara.

I 1 mom. föreskrivs också om en skyldighet att med fyra månaders mellanrum offentliggöra nyckeltal om erhållande av vård inom den specialiserade sjukvården (52 och 53 § i hälso- och sjukvårdslagen). Detsamma gäller den nya 51 c §, där det i fortsättningen föreskrivs om specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård. Regleringen om offentliggörande av nyckeltal om erhållandet av specialiserad sjukvård motsvarar den nuvarande regleringen så till vida att rapporteringsintervallet föreslås vara fyra månader, i likhet med nu.

Enligt 2 mom. ska välfärdsområdet offentliggöra uppgifter separat för varje sjukhus och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om hälsostationer eller flera verksamhetsenheter inom mun- och tandvården (tandkliniker) lyder under en hälsovårdscentral, eller om det inom välfärdsområdet finns andra fristående enheter, ska uppgifterna offentliggöras separat för varje sådan enhets vidkommande, om det är möjligt.

I 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd föreskrivs det om en personuppgiftsansvarigs skyldighet att till institutet lämna de uppgifter som avses i 5 §. Institutet beslutar enligt paragrafen vilka nya insamlingar av uppgifter som ska genomföras på basis av uppgiftsskyldigheten samt om utvidgning av insamlingar av uppgifter, vilka tidsfrister och förfaranden som ska iakttagas när uppgifterna lämnas samt om återrapportering till uppgiftslämnarna. Eftersom det kan förväntas att utvecklingen av rapporteringen av uppgifter om hur de i 51, 51 a–51 c § samt 52 och 53 § föreskrivna tidsgränserna för att få vård har hållits kan ta sin tid, är det genom beslut av Institutet för hälsa och välfärd möjligt att öka detaljgraden hos de uppgifter som rapporteras, när detta är genomförbart och ändamålsenligt. I 3 mom. ingår dock ett bemyndigande att utfärda förordning, om behov av mer detaljerade bestämmelser om de nyckeltal för att få vård som ska offentliggöras uppstår.

Närmare bestämmelser om de i 1 mom. avsedda nyckeltal som ska offentliggöras får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, enligt det föreslagna 3 mom. Institutet för hälsa och välfärd kan med anledning av ministerieförordningen bli tvunget att fatta ett i 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd avsett beslut om utvidgning av insamlingen av uppgifter. Regleringen har ett samband med regleringen i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt nämnda paragraf ska välfärdsområdet bland annat följa behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången på vården. Informationen ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas bestämmelser om minimiinformationsinnehållet i uppföljningen. Nämnda 29 § samt denna paragraf reglerar vardera uppföljningen av tillgången till vård och offentliggörandet av uppgifter om den, så det är motiverat att författningsnivån är densamma och att det vid behov är möjligt att genom en och samma förordning utfärda bestämmelser om dessa uppgifter. Det är orsaken till att förordningens författningsnivå i denna paragraf i hälso- och sjukvårdslagen föreslås vara en förordning av social- och hälsovårdsministeriet, medan det i den gällande regleringen sågs att närmare bestämmelser får utfärdas genom förordning av statsrådet.

När bestämmelserna i paragrafen följs gäller det att iaktta också krav som följer av annan lagstiftning. Regleringen har ett samband med det som föreskrivs i 20 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999). Enligt nämnda paragraf ska en myndighet främja öppenhet i sin verksamhet och i detta syfte vid behov sammanställa bland annat statistik och datamaterial om sina tjänster och om utvecklingen av dem inom sitt verksamhetsområde. Regleringen genomför också den i förvaltningslagen föreskrivna serviceprincipen (7 §) och rådgivningsskyldigheten (8 §). Den information som offentliggörs ska uppfylla kravet på gott språkbruk (9 §), och de skyldigheter som följer av språklagstiftningen ska fullgöras. Vid genomförandet ska hänsyn också tas till att informationen är tillgänglig; härvid ska lagstiftningen om

tillgänglighet beaktas. I 22 § i lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019) föreskrivs det om informationsöverföring mellan myndigheter via tekniska gränssnitt. I regeringens proposition RP 159/2017 rd skärskådas informationsbehandlingen, inklusive behandlingen av personuppgifter, vid Institutet för hälsa och välbefinnande utgående från lagen om Institutet för hälsa och välbefinnande.

Paragrafen gäller myndighetens skyldighet att offentliggöra uppgifter på internet, men eftersom inte alla kunder har möjlighet att använda internet ska vid behov information om hur tidsgränserna för att få vård har hållits ges till exempel per telefon till kunder som begär informationen.

Paragrafrubriken föreslås bli ändrad. I den gällande lagen lyder paragrafrubriken ”offentliggörande av uppgifter och bemyndigande att utfärda förordning”. Hänvisningen till bemyndigande att utfärda förordning stryks som onödig, eftersom det i hälso- och sjukvårdslagen även finns andra paragrafer som innehåller bemyndiganden att utfärda förordning utan att detta framgår av rubriken.

69 §. Skyldigheter enligt barnskyddslagen. I 2 mom. hänvisas det till vad som i 51–53 § föreskrivs om att få vård. Som en lagteknisk ändring ändras hänvisningen så att i den nämns 51, 51 a–51 c, 52 och 53 §.

7.2 Lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

51 a §. Att få vård inom primärvården. Paragrafen motsvarar i övrigt den föreslagna 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen som avses träda i kraft den 1 november 2024, men enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådsakande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen. Det är meningen att paragrafen ska gälla temporärt från den 1 september 2023 till den 31 oktober 2024. Efter att paragrafen har upphört att gälla träder alltså den sju dygn långa tidsgränsen för att få vård i kraft.

Paragrafen avviker inte från den paragraf som föreslås träda i kraft den 1 november 2024 och gälla tills vidare vad beträffar tidsgränsen i 2 mom. I nämnda moment föreskrivs att om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningen hos den yrkesutbildade personen ordnas. Denna tidsgräns är alltså densamma, även om tidsgränsen 14 dygn gäller den första vårdhändelsen enligt 1 mom. I 4 mom. i både den paragraf som avses gälla tills vidare och den paragraf som avses gälla temporärt föreskrivs det om en maximal väntetid på tre månader för att få vård i fråga om tjänster som den i 1 och 2 mom. föreskrivna tidsgränsen inte gäller.

I fråga om motiveringen till paragrafen hänvisas det i övrigt till motiveringen till den 51 a § som föreslås gälla tills vidare.

51 b §. Att få mun- och tandvård inom primärvården. Paragrafen motsvarar i övrigt den föreslagna 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen som avses träda i kraft den 1 november 2024 och gälla tills vidare, men enligt 1 mom. ska undersökning eller vård som i samband med en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom fyra månader från bedömningen. På motsvarande sätt skulle i 2 mom. den alternativa tidsfristen för att få vård vara fyra månader. Det är meningen att paragrafen ska gälla temporärt från den 1 september 2023

till den 31 oktober 2024. Efter att paragrafen har upphört att gälla träder alltså den tre månader långa tidsgränsen för att få vård i kraft.

Paragrafen avviker inte från den paragraf som föreslås träda i kraft den 1 november 2024 och gälla tills vidare vad beträffar de övriga tidsgränserna i paragrafen.

I fråga om motiveringen till paragrafen hänvisas det i övrigt till motiveringen till den 51 b § som föreslås gälla tills vidare.

7.3 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

10 §. Att få kontakt samt bedömning av vårdbehovet. I den gällande 10 § finns en bestämmelse om att vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om rätten att få vård inom primärvården tillämpas på den studerandehälsovård som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse. I stället för en sådan bestämmelse som hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen föreslås det att lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande i fortsättningen upptar uttryckliga bestämmelser om tillgång till vård. Detta förmodas tydliggöra regleringen, eftersom hälso- och sjukvårdslagens reglering om tillgång till vård i fortsättningen är uppdelad på flera paragrafer, och vissa bestämmelser om tillgång till vård behöver modifieras i någon mån med tanke på studerandehälsovården för högskolestuderande. Huvudregeln är ändå att bestämmelserna i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande och i hälso- och sjukvårdslagen är så enhetliga som möjligt i fortsättningen.

I paragrafen föreskrivs i fortsättningen om en individuell bedömning av vårdbehovet, och i huvudsak motsvarar paragrafen 51 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 1 mom. ska Studenternas hälsovårdsstiftelse producera studerandehälsovårdstjänster så att en studerande vardagar under öppettiderna under samma dag kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och få en individuell bedömning av sitt vårdbehov. I momentet används inte uttrycket ”under tjänstetid”, vilket ingår i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen, utan ”under öppettiderna”, eftersom Studenternas hälsovårdsstiftelse är en aktör inom tredje sektorn, vilket gör att en hänvisning till tjänstetid skulle vara i någon mån vilseledande. I specialmotiveringen till 51 § i hälso- och sjukvårdslagen anges att med tjänstetid avses tiden mellan cirka klockan 8 och klockan 16. Studenternas hälsovårdsstiftelses verksamhetsställen är vanligen öppna klockan 8–16, och per telefon kan verksamhetsställena kontaktas klockan 8–15. Dagar före allmänna helgdagar är verksamhetsställena i allmänhet öppna till mitt på dagen. Trots att öppettidernas längd inte fastställs i momentet får Studenternas hälsovårdsstiftelse inte fritt snäva in öppettiderna i strid med patienternas behov, utan patienterna ska även i fortsättningen ha möjlighet att få kontakt med verksamhetsställena under tider som allmänt betraktas som öppettider för hälsotjänster, alltså från klockan 8 till sen eftermiddag. Öppettiderna får vara kortare dagarna före helgdagar och i andra särskilda situationer.

Enligt nuvarande praxis sker tidsbeställningen till alla tjänster som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller och till de betjäningssällena som drivs av samarbetspartner som stiftelsen köper tjänster av via vårdbedömning som Studenternas hälsovårdsstiftelse har hand om. Bedömningen görs inom ramen för den elektroniska tjänsten SelfChat eller per telefon. Vid bedömningen kartlägger en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården patientens situation, bedömer vårdbehovet och hur brådskande vården är samt ger råd om egenvården. Studenternas hälsovårdsstiftelse använder ett återuppringningssystem, om ett verksamhetsställe inte kan besvara telefonsamtal omedelbart. Kontakt med Studenternas hälsovårdsstiftelse ska fås under samma dag. Det är godtagbart att en del patienter rings upp först efter öppettidens slut samma dag, om inte alla kontakter hinner åtgärdas under öppettiden.

Enligt den nuvarande verksamhetsmodellen fortsätter patientens vård, efter att vårdbehovet har bedömts, inom ramen för de tjänster som ges vid Studenternas hälsovårdsstiftelse i ett multi-professionellt ansvarsteam, i form av digitala tjänster eller inom mun- och tandvårdstjänsterna. Beroende på behovet av tjänster kontaktar ansvarsteamet patienten, som får en mottagningstid eller tillstånd att beställa tid. När patienten har fått tillstånd att beställa tid eller när patienten beställer en tid för ytterligare besök kan patienten självständigt boka tid i nättjänsten Self.

Givetvis är också något annat verksamhetssätt som möjliggör omedelbar kontakt och en annan modell för bedömning av vårdbehovet möjliga, om Studenternas hälsovårdsstiftelse senare när verksamheten utvecklas går in för andra verksamhetsmodeller som är av annat slag eller används parallellt med dessa. Också i de tjänster som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller gäller det att dra försorg om tjänsternas tillgänglighet.

Bestämmelsen i 2 mom. handlar om vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som får bedöma vårdbehovet. För motiveringsens del hänvisas till specialmotiveringen till 51 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Studerandehälsovården för högskolestuderande omfattar bara de tjänster som anges i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen och i förordning 338/2011. I 3 mom. föreslås bli föreskrivet om de skyldigheter som Studenternas hälsovårdsstiftelse har, om det utgående från en kontakt framkommer att tjänsten inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande. Studenternas hälsovårdsstiftelse ska ge den studerande råd om anordnare av sådana tjänster och om de tjänster som de tillhandahåller. I praktiken betyder detta att den studerande åtminstone ska ges rådet att kontakta det välfärdsområde som ansvarar för att ordna den studerandes övriga hälso- och sjukvård. Bestämmelsen medför ingen skyldighet för Studenternas hälsovårdsstiftelse att redogöra i detalj för eller förutse hurdana tjänster patienten har rätt till enligt hälso- och sjukvårdslagen, utan det är välfärdsområdet som svarar för den mer ingående rådgivningen i anslutning till tjänsterna. Om det i samband med bedömningen av vårdbehovet bedöms föreligga behov av brådskande vård, ska patienten hänvisas till välfärdsområdets akutmottagning eller uppmanas att ringa till nödcentralen för att få brådskande vård. I praktiken hänvisar Studenternas hälsovårdsstiftelse redan nu de studerande till andra tjänster, om ärendet inte hör till studerandehälsovården.

I samband med bedömningen av vårdbehovet bedöms enligt den föreslagna 10 c § också huruvida Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att ge vården inom de föreskrivna tidsgränserna. Om vården inte kan genomföras inom utsatt tid, ska Studenternas hälsovårdsstiftelse köpa tjänsten av en underleverantör i enlighet med 8 § 2 mom.

10 a §. *Att få icke-brådskande vård.* I paragrafen föreskrivs om att få vård i fråga om tjänster som studerandehälsovården tillhandahåller. Paragrafen motsvarar i huvudsak 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelser om att få vård inom mun- och tandvården finns i den föreslagna 10 b §.

Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en individuell bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Momentet motsvarar i övrigt det föreslagna 51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, men i det hänvisas till tjänster inom studerandehälsovården i stället för ”primärvården”. Tjänster som hör till primärvården ges inom ramen för studerandehälsovården för högskolestuderande.

Till studerandehälsovården för högskolestuderande hör de tjänster som fastställs i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt nämnda 17 § hör till studerandehälsovården hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, inklusive mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete, samt främjande av den sexuella hälsan. Till studerandehälsovården hör också att i ett tidigt stadium identifiera den studerandes behov av särskilt stöd och undersökningar och att stödja de studerande och vid behov hänvisa dem till fortsatta undersökningar eller fortsatt vård samt att ge vård och utlåtanden som krävs för hänvisning till psykoterapi. Dessa tjänster preciseras i 17 § i förordning 338/2011. Hälso- och sjukvårdstjänster som studerandehälsovården omfattar är tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid eventuella mentala störningar och missbruksproblem. Dessutom omfattar studerandehälsovården tjänster som främjar sexuell hälsa, som omfattar rådgivning i frågor som gäller sexualitet och parrelationer, förebyggande av infertilitet, stöd för sexuell och könslig läggning, förebyggande av könssjukdomar och förebyggande av sexuellt våld samt annan rådgivning som gäller den sexuella hälsan och vid behov hänvisning till fortsatt vård. I 16 § i förordningen föreskrivs att också preventivmedelsrådgivning ingår i rådgivningen. I 17 § i förordningen finns dessutom en allmän bestämmelse enligt vilken studerandehälsovården omfattar andra hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården samt hänvisning till fortsatt vård.

I publikationen Guide för studerandehälsovården 2021, som social- och hälsovårdsministeriet gett ut (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2021:15) ges anvisningar om studerandehälsovårdens uppgifter och om det praktiska genomförandet av dem samt ges rekommendationer om bästa praxis. I guiden preciseras bland annat studerandehälsovårdstjänsternas innehåll och beskrivs de tjänster som inte hör till studerandehälsovården. Tjänster som inte hör till studerandehälsovården är enligt guiden bland annat särskilda diagnostiska sjukdomsundersökningar, uppföljande besök och undersökningar som ordinerats av den specialiserade sjukvården i samband med kroniska sjukdomar och där den specialiserade sjukvården har vårdansvar, medicinsk rehabilitering enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen och hjälpmedelstjänster inom medicinsk rehabilitering.

I förordning 338/2011 föreskrivs också närmare om återkommande hälsoundersökningar (se motiveringen till 4 mom.). Bestämmelserna om mun- och tandvård presenteras i motiveringen till 10 b §.

Den sju dygn långa tidsgränsen för att få vård avses gälla vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård som hör till den i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen och 17 § i förordning 338/2011 avsedda studerandehälsovården och som anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan, alltså inte alla tjänster som hör till studerandehälsovården. Icke-brådskande sjukvård inom primärvården, alltså också inom studerandehälsovården, gäller undersökning och konstaterande av symtom, funktionsförmågan och sjukdomar samt vård, handledning och utarbetande av vårdplaner utgående från det.

Vid Studenternas hälsovårdsstiftelse tillämpas en multiprofessionell modell för bedömning av vårdbehovet där ett ansvarsteam beroende på behovet av tjänster kontakter patienten och patienten får en mottagningstid eller tillstånd att beställa tid. Inom sju dygn ska det genomföras en sådan första vårdhändelse där vårdåtgärder redan genomförs. Att ansvarsteamet sinsemellan har bedömt patientens situation och kontaktat patienten för att en tidsbeställning ska göras räcker alltså inte för att fullgöra skyldigheterna i momentet. Dessa vårdhändelser kan emellertid ge-

nomföras på olika sätt, alltså i praktiken på en mottagning, per telefon eller via distansförbindelse, så också vården kan påbörjas redan när patienten kontaktas. Sättet att ge vård överenskomms i samförstånd med patienten. Tidsgränserna för tillgång till vård är längsta väntetider och vid den individuella bedömningen av vårdbehovet bedöms det också huruvida patienten behöver få vård snabbare än inom den lagstadgade längsta väntetiden.

Vad motiveringarna till momentet beträffar hänvisas det också till den motivering som gäller 51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. I den nämns möjligheten att göra hembesök. Studenternas hälsovårdsstiftelse gör inte hembesök.

I 2 mom. föreskrivs om en situation där en studerande först har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, men den yrkesutbildade personen i samband med undersöknings- eller vårdhändelsen konstaterar att den studerande i själva verket behöver en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare. I denna situation ska tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den andra legitimerade yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården ordnas, om det behov som konstaterats inte kan avhjälpas i samband med samma vårdhändelse. Om den studerandes hälsoproblem inte blir avhjälpst under vårdbesöket, ska det utarbetas en undersöknings- eller vårdplan över behovet av undersökningar och vård, eller om en sådan plan redan existerar till exempel på grund av en kronisk sjukdom ska den uppdateras efter behov. I 4 a § i patientlagen föreskrivs det om skyldigheten att utarbeta en plan.

Syftet med regleringen i 2 mom. är att säkerställa att patienterna i överensstämmelse med reformens målsättning hänvisas till vård som är förenlig med deras behov. När 10 och 10 a § tolkas gäller det att beakta regleringen i 3 § i patientlagen om patienternas rätt till sådan vård som deras hälsotillstånd förutsätter samt rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det gäller dessutom att vid tolkningen beakta regleringen i 9 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, enligt vilken Studenternas hälsovårdsstiftelse vid produktionen av tjänster med avseende på servicenätet ska svara för funktionalitet, resursallokering, verksamhetsutveckling, tillräcklig och kompetent yrkeskunnig personal och tillgången och tillgängligheten till tjänster samt ett yrkesmässigt ledarskap och egenkontroll. Det är därmed oförenligt med de skyldigheter som följer av lagstiftningen att kringgå regleringen om tillgång till vård exempelvis på så sätt att patienterna medvetet, i strid med deras hälsotillstånd och behov, hänvisas till skötarmottagningar, om patienterna har behov av besök hos läkare.

När vården ges kan det visa sig att patienten behöver sådan fortsatt vård eller sådana andra tjänster som inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande. Enligt 17 § i hälso- och sjukvårdslagen och 17 § i förordning 338/2011 ingår hänvisning till fortsatt vård i Studenternas hälsovårdsstiftelses uppgifter.

I 3 mom. föreskrivs om situationer där de sju dygn långa tidsgränser för att få vård som anges i 1 och 2 mom. inte gäller.

Enligt 3 mom. hör till icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska ordnas inom tidsgränsen sju dygn inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan och planeras äga rum efter en viss tid. I praktiken sänds en patient till exempel på grundval av en bedömning enligt 10 § inte raka vägen till en terapeut när det gäller psykoterapitjänster, utan en läkare bedömer behovet av terapitjänster. En vårdplan som gäller den fortsatta vården utarbetas, och vården genomförs i enlighet med den.

Vid Studenternas hälsovårdsstiftelse arbetar främst läkare och specialistläkare i allmänmedicin. Andra specialistläkare vid Studenternas hälsovårdsstiftelse är psykiatrer och dermatologer. Deras roll går ut på att ge konsultationshjälp till andra läkare. I vissa situationer tar psykiatrerna också emot patienter. För närvarande diskuteras det om dermatologernas konsultationstjänster i fortsättningen ska ingå i Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänsteutbud. I vilket fall som helst omfattas specialistläkartjänsterna inte av tidsgränsen sju dygn. Tillgång till en psykiatermottagning förutsätter enligt Studenternas hälsovårdsstiftelses nuvarande kutym att en allmänläkare hänvisar den studerande till en specialistläkare. Tidsgränsen sju dygn gäller inte heller tillgång till psykologmottagningar. En psykiater eller allmänläkare hänvisar den studerande till en psykolog. Vårdkedjorna är i och för sig sådana att besök hos en specialistläkare eller psykolog alltså följer en vårdplan, det är med andra ord fråga om en situation som beskrivs i det föregående stycket. Tidsgränsen gäller inte heller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården. Denna avgränsning behandlas i motiveringen till 51 a § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 1 mom. gäller tidsgränsen för att få vård situationer där vård söks på grund av en sjukdom, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan. Denna reglering utesluter ur den sju dygn långa tidsgränsen, även utan uttrycklig specialreglering, tjänster som ges inom studerandehälsovården. Den sju dygn långa tidsgränsen för att få vård omfattar inte heller vissa tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande. Tidsgränsen gäller inte hälsoundersökningar som utgår från ett individuellt behov, hälsorådgivning eller andra tjänster som främjar sexuell hälsa än sjukvårdstjänster. Uttrycket ”andra tjänster som främjar sexuell hälsa än sjukvårdstjänster” refererar till att tidsgränsen sju dygn gäller till exempel behandling av könssjukdomar men inte sådan rådgivning om den sexuella hälsan som utgör en tjänst för sig. Ett vårdbesök som anknyter till behandling av könssjukdomar kan förvisso samtidigt inkludera sådan rådgivning.

I 4 mom. föreskrivs om att få vård i fråga om tjänster som tidsgränsen sju dygn inte gäller. I regleringen avses alltså huvudsakligen de tjänster som avses i 3 mom. och ovan i motiveringen till nämnda moment. I fråga om dessa tjänster ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan.

Uttrycket ”ska [...] ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, behov av tjänster, studie-, arbets- och funktionsförmåga och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 §” är inte avsett att tolkas så att de lagstadgade förutsättningarna automatiskt är uppfyllda i och med att vården ordnas inom högst tre månader. I bestämmelsen förutsätts uttryckligen att tidpunkten för erhållande av tjänsten ställs i proportion till patientens hälsotillstånd, behov av tjänster, funktionsförmåga och sjukdomens eller skadans förlopp, och tre månader är den längsta väntetiden.

Det finns också andra situationer där en tjänst ska tillhandahållas betydligt snabbare än inom tre månader, även om den inte omfattas av den sju dygn långa tidsgränsen för tillgång till vård. Exempelvis kan tjänster som anknyter till att användningen av preventivmedel inleds kräva att en mottagningstid ordnas snabbt.

Regleringen om att ordna tjänsten i enlighet med en vårdplan ger förstås inte rätt att tidsmässigt passa in vårdbesök så att intervallen mellan dem strider mot god vårdpraxis.

I motiveringen till 51 a § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen beskrivs det att det i fråga om vaccinationer är beroende på situationen huruvida den i 4 mom. angivna tidsgränsen för att få

vård är tillämplig eller inte. Också inom studerandehälsovården är det möjligt att ge vaccinationer som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet. Inom studerandehälsovården är regleringen i 4 mom. huvudsakligen tillämplig på givandet av vaccinationer, om det inte i någon författning som utfärdas med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar eller i någon annan författning särskilt föreskrivs om vaccinationsordningen eller om något annat specialarrangemang som gäller givande av vaccinationer och Studenternas hälsovårdsstiftelse deltar i givandet av sådana vaccinationer. Enligt 48 § 3 mom. i lagen om smittsamma sjukdomar ska studerandehälsovården se till att studerande som deltar i praktik vid verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården har ett vaccinationsskydd som avses i 2 mom. i paragrafen, det vill säga skydd mot mässling, vattkoppor, influensa och kikhosta. När dessa vaccinationer ges är regleringen i 4 mom. om att få vård tillämplig. Vaccinationerna ska ges enligt en sådan tidtabell att studerande de facto kan delta i praktik. Vacciner som anknyter till resor skaffar den studerande själv, men de ges inom studerandehälsovården. Det är skäligt att vid givandet av en vårdtid enligt 4 mom. säkerställa att en vaccination som behövs inför en resa ges så att resan kan genomföras, i synnerhet när det är fråga om vaccination som hänför sig till utbytesstudier. Givetvis har också den studerande ett ansvar för att vara ute i god tid. Studerande som är 25 år ges en boostervaccination mot difteri och stelkramp.

Vid Studenternas hälsovårdsstiftelse ordnas givandet av vaccinationer mot säsongsinfluensa nu antingen enligt tidsbeställning eller under massvaccinationsdagar. Vaccinationerna mot säsongsinfluensa ges i vanliga fall under senhösten och i början av året, vilket givetvis medför att Studenternas hälsovårdsstiftelse inte har någon skyldighet att ge vaccinationen annat än när influensavaccinationer ges i Finland.

Enligt 9 § i förordning 338/2011 ska det inom studerandehälsovården för högskolestuderande under det första studieåret ordnas en hälsoenkät, som vid behov leder till en hälsoundersökning. Eftersom det är fråga om en hälsoundersökning som baserar sig på en kallelse och inte om att den studerande själv sökt vård och att en bedömning av vårdbehovet görs utifrån det, tillämpas regleringen om tidsgränser för att få vård inte på sådana hälsoundersökningar, och därmed inte heller regleringen i 4 mom.

Regleringen i den föreslagna 10 § och i de ovan beskrivna 1–4 mom. har skrivits med utgångspunkt i att den studerande själv kontaktar Studenternas hälsovårdsstiftelse på grund av ett hälsoproblem och detta är upprinnelsen till en bedömning av vårdbehovet och till ordnande av vård. Det finns emellertid situationer där behovet av undersökning eller vård upptäcks vid Studerandenas hälsovårdsstiftelse medan den studerande får vård eller tjänster av någon annan orsak. Också i samband med en hälsoundersökning som utförs inom studenthälsovården kan det framkomma något som anknyter till studieförmågan och som kräver fortsatta undersökningar eller vård, eller så kan det vid hälsoundersökningen i övrigt framkomma något annat hälsoproblem som hälsoundersökningen inte direkt kartlagt. I sådana situationer lämpar sig bestämmelserna i de ovan beskrivna 1–4 mom. om tidsgränser för att få vård och, beroende på fallet, om fortsatt vård i enlighet med en vårdplan. Av tydlighetsskäl föreskrivs det om saken i 5 mom.

10 b §. *Att få vård inom mun- och tandvården.* Paragrafen motsvarar till stor del 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen. I 1, 2 och 5 mom. hänvisas i fråga om bedömning av undersöknings- eller vårdbehovet till 10 § i lagen om studenternas hälsovårdsstiftelse i stället för till 51 § i hälso- och sjukvårdslagen, som har samma innehåll, och uttrycket ”den studerande” används i stället för ordet ”patient”. I 6 mom. hänvisas enbart till studerandehälsovården i stället för till rådgivningsbyråttjänster och skol- och studerandehälsovården. I övrigt är paragrafen identisk med 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen, och vad paragrafmotiveringen beträffar hänvisas det till motiveringen till 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 17 § i hälso- och sjukvårdslagen samt 10 § 4 punkten i förordning 338/2011 ska för studerande minst en gång under studietiden ordnas en kontroll av munhälsan, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster utreds. Nuvarande praxis vid Studenternas hälsovårdsstiftelse är att den studerande hänvisas till en tandläkare för denna kontroll. Tandläkaren ställer diagnoser och utarbetar för den studerande en individuell vårdplan där en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan olika yrkesutbildade personer inom mun- och tandvård beaktas.

Eftersom det inte är lagstadgat att kontrollen utförs av en tandläkare föreslås det i 6 mom. i motsvarighet till 51 b § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen bli föreskrivet att om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades ordnas. På så sätt säkerställs det att den studerande får tillgång till en tandläkare inom skälig tid.

10 c §. Bedömning av möjligheten att producera tjänsterna inom utsatt tid. I paragrafen föreskrivs om en skyldighet att i samband med en bedömning enligt 10 § bedöma om Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att producera vården inom de tidsgränser som anges i 10 a och 10 b §. Vidare innehåller paragrafen en informativ hänvisning till 8 § 2 mom. Enligt det momentet ska Studenternas hälsovårdsstiftelse i huvudsak producera studerandehälsovårdstjänsterna som egen verksamhet. Om produktionsskyldigheten enligt denna lag inte kan genomföras på annat sätt, kan Studenternas hälsovårdsstiftelse skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent med iakttagande av lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016). Studenternas hälsovårdsstiftelse svarar för underleverantörens tjänster till en enskild studerande och har det övergripande ansvaret för de studerandehälsovårdstjänster varje enskild studerande får. I praktiken innebär regleringen att om Studenternas hälsovårdsstiftelse inte själv klarar av att producera tjänster inom de tidsgränser som föreskrivs i lag, ska den köpa dem.

10 d §. Offentliggörande av uppgifter. I paragrafen föreskrivs om en skyldighet för Studenternas hälsovårdsstiftelse att i det allmänna datanätet, alltså på internet, offentliggöra nyckeltal, det vill säga uppgifter om hur tidsgränserna för att få vård har hållits. Uppgifter ska offentliggöras för vart och ett av Studenternas hälsovårdsstiftelses verksamhetsställen. Uppgifterna ska offentliggöras månadsvis för den föregående kalendermånaden.

Paragrafen motsvarar förslaget till ändring av 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. Också Studenternas hälsovårdsstiftelse ska på sin webbplats i fortsättningen offentliggöra av Institutet för hälsa och välfärd producerade uppgifter om att få vård, och alltså inte offentliggöra uppgifter bara utgående från sin egen uppgiftsinsamling. Även för Studenternas hälsovårdsstiftelses vidkommande grundar sig Institutet för hälsa och välfärds rätt att få uppgifter om erhållandet av vård på 5 § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd, enligt vilken institutet har rätt att för skötseln av sina lagstadgade uppgifter (bland annat uppgiften att följa och utvärdera verksamheten inom social- och hälsovården) av bland annat aktörer som producerar tjänster få uppgifter som gäller öppenvård inom social- och hälsovården, däribland uppgifter om tidpunkt för inledande och avslutande av servicen, grunden för tillhandahållande av servicen och tillgången till den samt behovet, arten och omfattningen av servicen. Också i 5 c § i nämnda lag föreskrivs det om insamlingar av uppgifter. Beträffande motiveringen till paragrafen hänvisas det till motiveringen till 55 § i hälso- och sjukvårdslagen.

7.4 Lagen om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

10 a §. *Att få icke-brådskande vård.* I fråga om paragrafmotiveringen hänvisas det till motiveringen till 51 a § i lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen.

10 b §. *Att få vård inom mun- och tandvården.* I fråga om paragrafmotiveringen hänvisas det till motiveringen till 51 b § i lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

7.5 Lagen om elev- och studerandevård

17 §. *Möjlighet att nå hälsovårdare och läkare inom skol- och studerandehälsovården.* I 2 mom. finns en paragrafhänvisning till att bedömning av vårdbehovet och vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med 51 § i hälso- och sjukvårdslagen. Paragrafhänvisningen uppdateras så att den motsvarar den nya regleringen i hälso- och sjukvårdslagen. I fortsättningen hänvisas det i paragrafen alltså till 51, 51 a och 51 b §. Dessutom ändras i överensstämmelse med den reglering som föreslås i 51 § ordalydelsen så att verksamheten ska ordnas så att de studerande har möjlighet att få kontakt med studerandehälsovården ”under samma dag” i stället för ”omedelbart”, vilket anges i den nuvarande skrivningen.

7.6 Fängelselagen

10 kap. Social- och hälsovård

1 §. *Hälso- och sjukvård för fångar.* Till 10 kap. 1 § föreslås bli fogade bestämmelser om att regleringen i hälso- och sjukvårdslagen om tillgång till vård ska iakttas när hälso- och sjukvård för fångar ordnas. I det nya 3 mom. föreskrivs att vid hälso- och sjukvårdstjänster för fångar samt medicinsk rehabilitering som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ordnar iakttas bestämmelserna i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen om att få vård. Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar när fängelselagen tillämpas.

I momentet finns dessutom en preciserande bestämmelse om tillämpning av 51 § i hälso- och sjukvårdslagen till den del det är fråga om att få kontakt i fråga om tjänster inom primärvården, för att fången ska få en individuell bedömning av vårdbehovet. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska ordna verksamheten så att fången kan få kontakt med fängelsets poliklinik eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. För närvarande kontakter fången fängelsets poliklinik genom att fylla i en kontaktblankett i pappersform som en hos Brottsföljdsmyndigheten anställd väktare vidarebefordrar till polikliniken. En särskild hänvisning också till en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar föreslås bli tillagd därför att om verksamheten utvecklas till exempel så att sådana bedömningar av vårdbehovet i framtiden görs åtminstone delvis elektroniskt och centraliserat vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar hindrar formuleringen inte en sådan verksamhetsmodell.

Denna regeringsproposition går i huvudsak ut på att skärpa tidsgränserna för tillgång till vård inom primärvården. Eftersom det beträffande hälso- och sjukvården för fångar för närvarande inte alls föreskrivs om iakttagande av tidsgränser för tillgång till vård, hänvisas det i 3 mom. också till 52 och 53 § i hälso- och sjukvårdslagen, vilka gäller erhållande av vård inom den specialiserade sjukvården. I paragrafen hänvisas det däremot inte till 51 c § i hälso- och sjuk-

vårdslagen, där det föreskrivs om tillgång till vård inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård. En sådan verksamhetsmodell är inte i bruk inom hälso- och sjukvården för fångar.

I 4 mom. föreskrivs om en skyldighet för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar att offentliggöra nyckeltal om hur tidsgränserna för att få vård har hållits beträffande hälso- och sjukvården för fångar. Paragrafen motsvarar för de viktigaste förslagets del de föreslagna ändringarna av 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. Också Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska på sin webbplats i fortsättningen offentliggöra av Institutet för hälsa och välfärd producerade uppgifter om att få vård, och alltså inte offentliggöra uppgifter bara utgående från sin egen uppgiftsinsamling. Även vad Enheten för hälso- och sjukvård för fångar beträffar grundar sig uppgiftsinsamlingen på 5 § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd, enligt vilken institutet för skötseln av sina lagstadgade uppgifter (bland annat uppgiften att följa och utvärdera verksamheten inom social- och hälsovården) hos bland annat myndigheter som ordnar social- och hälsovård samlar in uppgifter som gäller institutionsvård och öppenvård inom social- och hälsovården, däribland uppgifter om tidpunkt för inledande och avslutande av servicen, grunden för tillhandahållande av servicen och tillgången till den samt behovet, arten och omfattningen av servicen. Bestämmelser om uppgiftsinsamlingar finns också i 5 c § i nämnda lag. Beträffande motiveringen till paragrafen hänvisas det till motiveringen till 55 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus och fängelsepoliklinik. I avsnitt 2.3.10 i propositionen beskrivs det att Enheten för hälso- och sjukvård för fångar i praktiken köper alla tjänster inom den somatiska specialiserade sjukvården av sjukvårdsdistrikten, i fortsättningen alltså av välfärdsområdena. Eftersom det i en sådan situation inte är möjligt att på ett meningsfullt sätt koppla uppgifter om att få vård till ett visst verksamhetsställe inom hälso- och sjukvården, ska nyckeltalen för hur tidsgränserna för att få vård har hållits i fråga om köpta tjänster inom den specialiserade sjukvården offentliggöras så att de omfattar hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

I momentet finns dessutom en specialbestämmelse om sättet att offentliggöra nyckeltal för hälso- och sjukvården för fångar. För att även fångarna ska ha möjlighet att se dessa uppgifter ska de offentliggöras förutom på internet också i fängelserna så att de är tillgängliga för fångarna. Uppgifterna kan offentliggöras till exempel på en anslagstavla.

I 4 mom. föreslås dessutom ett motsvarande bemyndigande att utfärda förordning som i 55 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Det gällande 3 mom. blir ett nytt 5 mom. med oförändrat innehåll.

7.7 Häktningsslagen

6 kap. Social- och hälsovård

1 §. Hälso- och sjukvård för häktade. Till paragrafen föreslås bli fogade nya 3 och 4 mom. som gäller tillgång till vård inom hälso- och sjukvård som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ordnar. I momenten hänvisas till de paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen där det föreskrivs om tillgång till vård. Momenten motsvarar de föreslagna nya 3 och 4 mom. i 10 kap. 1 § i fängelselagen, så beträffande motiveringen till dem hänvisas det till motiveringen i fängelselagen.

Det gällande 3 mom. blir 5 mom. I det gällande 3 mom. föreskrivs att utöver vad som i 1 mom. föreskrivs (om ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster) ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon

annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning. Till momentet föreslås bli fogad en hänvisning också till det nya 3 mom., eftersom också 3 mom. i fortsättningen är reglering som är väsentlig för ordnandet av tjänster. Bestämmelsen i 5 mom. om ordnande av hälsoundersökning är en specialbestämmelse i förhållande till regleringen i hälso- och sjukvårdslagen om tidsgränser för tillgång till vård. I den svenska språkversionen görs en stilistisk ändring.

Eftersom nya moment fogas till paragrafen och ett gällande moment ändras föreslås det att hela paragrafen upptas i lagförslaget. De gällande 1 och 2 mom. förblir oförändrade. Det gällande 4 mom. blir 6 mom. med oförändrat innehåll.

För fängelselagens och häktningsslagen vidkommande föreslås ingen temporär lag för successiv skärpning av tidsgränserna för att få vård, något som föreslås beträffande hälso- och sjukvårdslagen och lagen om Studenternas hälsovårdsstiftelse. Orsaken är att det i fängelselagen och häktningsslagen hänvisas till paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen, varvid gällande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen tillämpas direkt. Också hälso- och sjukvården för fångar omfattas alltså emellertid av samma successiva skärpning av tidsgränserna för att få vård inom primärvården.

7.8 Lagen om patientens ställning och rättigheter

4 §. Att få vård. Enligt 1 mom. ska patienten meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. Dessutom är sista meningen i momentet en informativ bestämmelse enligt vilken det i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om att få vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.

Bestämmelser om tidsgränser för att få vård finns i fortsättningen förutom i hälso- och sjukvårdslagen också i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, och bestämmelserna avses bli tillämpade också inom hälso- och sjukvården för fångar. Dessutom är uttrycket ”att få och ordna vård” mer vidsträckt än bara reglering om tidsgränser för att få vård. Bestämmelser om att få och ordna vård finns också i till exempel lagen om hälsovården inom försvarsmakten. Patientlagens tillämpningsområde sträcker sig inte bara till den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena ordnar, så hänvisningen är onödigt snäv också i övrigt. Eftersom det inte är ändamålsenligt att i paragrafen räkna upp de olika lagar där det föreskrivs om att få och ordna vård föreslås det att sista meningen i 1 mom. ändras till ”I fråga om att få och ordna vård gäller vad som föreskrivs särskilt”.

Paragrafrubriken föreslås bli ändrad i den svenska språkversionen.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

I 55 § i hälso- och sjukvårdslagen, 10 d § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, 10 kap. 1 § 4 mom. i fängelselagen och 6 kap. 1 § 4 mom. i häktningsslagen ska det föreskrivas om en skyldighet för välfärdsområdena, Studenternas hälsovårdsstiftelse och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar att offentliggöra uppgifter som beskriver hurdana väntetiderna till vård har varit. Närmare bestämmelser om de nyckeltal som ska offentliggöras om möjligheten att få vård får utfärdas genom förordning.

Författningsnivån föreslås vara en förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Enligt gällande lag får närmare bestämmelser utfärdas genom förordning av statsrådet. Att föreskriva närmare om tidsgränserna för att få vård bedöms vara en helhet som anknyter till det praktiska

genomförandet, om vilken det kan föreskrivas genom förordning av ministeriet. Författningsnivån stämmer överens med 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, enligt vilken bestämmelser om minimiinformationsinnehåll i uppgifterna om möjligheten att få vård får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

9 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 september 2023, dock så att 51 a och 51 b § i lagförslag 1 och 10 a och 10 b § i lagförslag 3 träder i kraft den 1 november 2024. Lagförslagen 2 och 4 föreslås gälla temporärt, från den 1 september 2023 till den 31 oktober 2024. Genom dessa ikraftträdandetider skärps tidsgränserna för att få vård etappvis, så att det från den 1 september 2023 till den 31 oktober 2024 föreskrivs att tidsgränsen för att få vård inom primärvårdens icke-brådskande sjukvård är 14 dygn och tidsgränsen för att få vård inom mun- och tandvården inom primärvården är fyra månader, och den 1 november 2024 träder i kraft en tidsgräns på sju dygn för att få vård inom primärvårdens icke-brådskande sjukvård och tre månader för att få vård inom primärvårdens mun- och tandvård.

10 Verkställighet och uppföljning

Genomförandet av propositionen stöds av programmet Framtidens social- och hälsocentral²⁸. Programmet presenteras i avsnitt 2.2.1.

Förbättring av kunskapsbasen för tillgång till vård sker inom ramen för olika utvecklingsprojekt med statlig finansiering. Detta stöder en framtida tillgång till en enhetlig och jämförbar kunskapsbas för olika syften där information utnyttjas.

Som etablerad verksamhet och också på längre sikt är uppföljningen och utvärderingen av propositionen kopplade till den årliga utvärdering av social- och hälsovården som görs av Institutet för hälsa och välfärd. I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets resultatavtal gör Institutet för hälsa och välfärd utvärderingar av social- och hälsovårdstjänsterna inom olika områden. Utvärderingen gäller bland annat lika tillgång och kostnadseffektivt genomförande. Hur genomförandet av tjänsterna har lyckats inom olika områden studeras separat för varje uppgiftshelhet (inklusive tjänsterna inom primärvården) och servicesystemet utvärderas genom övergripande dimensioner.

Tillsynsmyndigheterna, det vill säga regionförvaltningsverken och Valvira, följer regelmässigt tillgången till primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvård som ett led i det ordinarie tillsynsprogrammet.

De förmodade konsekvenser för andra verksamheter som beskrivs i propositionen går att bedöma med utgångspunkt i flera källor. Via FPA:s kunskapsbas är det möjligt att analysera konsekvenserna för den privata hälso- och sjukvården och företagshälsovården. Välfärdsområdena kan analysera konsekvenserna för akutverksamheten, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården som ett inslag i sin informationsledning via bland annat antalet remisser, de genomförda besöken, vårdperioderna och vård dagarna.

²⁸ <https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral>

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Samband med andra propositioner

I regeringens proposition RP 56/2021 rd ingår en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen där det föreslås tekniska ändringar, till exempel att hänvisningarna till kommuner och sjukvårdsdistrikt ändras så att de gäller välfärdsområden (lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2023). I samband med riksdagens behandling av denna proposition ska hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser (51–55 § i RP 56/2021 rd och 51, 51 a–c, 54, 55 § och 69 § 2 mom. i denna proposition) sammanjämkas, i synnerhet när det gäller ingressen till lagförslag 1, om riksdagen antar de lagändringar som föreslås i RP 56/2021 rd och de ändringar i lag 1 som föreslås denna regeringsproposition.

Riksdagen godkände den 29 april 2022 lagarna i regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om elev- och studerandevård och till vissa lagar som har samband med den (RP 19/2022 rd), och godkände ändringen av 8 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande. I denna proposition föreslås i 10 c § i den lagen en hänvisning till 8 § 2 mom. Denna momenthänvisning ändras i och med att riksdagen godkände lagändringen till en hänvisning till 8 § 3 mom. Den nämnda lagen har ännu inte stadfästs. Momenthänvisningen kan ändras i riksdagen i samband med behandlingen av denna regeringsproposition, om riksdagen godkänner ändringen av 8 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande som ingår i denna proposition.

11.2 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till budgeten för 2023. I underavsnittet ”Konsekvenser för statens ekonomi” till avsnitt 4.2.1 (Ekonomiska konsekvenser) redogörs för konsekvenserna för statens ekonomi, dvs. för de tilläggsresurser som välfärdsområdena, Studenternas hälsovårdsstiftelse, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottsförhållandenmyndigheten, regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kommer att behöva för verkställandet av propositionen. I samma avsnitt redogörs för konsekvenserna 2024–2026.

I planen för de offentliga finanserna 2023–2026 har regeringen kommit överens att reservera 95 miljoner euro för skärpningen av vårdgarantin till sju dagar 2023. Det reserverade anslaget ökar till 130 miljoner under planperioden. Detaljerna preciseras i samband med beredningen av regeringens proposition.

Propositionens konsekvenser för statens ekonomi 2023 (72,7 miljoner euro i 2023 års nivå) underskrider sammanlagt de 95 miljoner euro som överenskommit i planen för de offentliga finanserna.

I planen för de offentliga finanserna har tilläggsresurserna för genomförandet av vårdgarantin noterats som statens allmänna medel under finansministeriets moment. 2024 beräknas finansieringen i planen uppgå till 110 miljoner euro. Detta överskrider med 6,8 miljoner euro. Finansieringen 2025 överskrider den avtalade finansieringen på 130 miljoner euro med 0,2 miljoner euro. I samband med behandlingen av regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen och av lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre och till vissa lagar som har samband med dem (RP 231/2021 rd) uppmanade grundlagsutskottet social- och hälsovårdsutskottet att stryka propositionen eller att i betydande grad precisera lagförslaget om den s.k. skyddshjälpstjänsten (19 b § i lagförslag 1). Om riksdagen beslutar att slopa förslaget, kan den finansiering som föreslagits för den (6,7 miljoner euro/år på nettobasis, ändringen av ansvaret

för att ordna skyddshjälp till välfärdsområdena samt uppställandet av behörighetskriterier för skyddshjälpstjänsterna) riktas till kompensering av överskridningen. Dessa ändringar ska göras i planen för de offentliga finanserna i samband med beredningen av planen för 2024–2027 och även de kostnader som orsakas olika myndigheter och Studenternas hälsovårdsstiftelse riktas till deras egna moment. Fördelningen genomförs i samband med 2023 års budgetproposition.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

De internationella människorättskonventioner om social- och hälsovården som är särskilt viktiga med avseende på denna proposition och som Finland som avtalspart har förbundit sig att iakttä är FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, *ESK-konventionen*), den reviderade europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002), FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016, *funktionsrättskonventionen*) och FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 60/1991, *barnkonventionen*).

Enligt artikel 12 i ESK-konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt punkt 2 d ska de åtgärder som konventionsstaterna ska vidta för att till fullo tillgodose denna rätt innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Vid tolkningen av konventionsbestämmelserna måste skyldigheterna enligt artikel 2.1 beaktas, enligt den punkten åtar sig varje konventionsstat att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i konventionen gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning.

I artikel 2.2 i konventionen föreskrivs det att konventionsstaterna åtar sig att garantera att rättigheterna i denna konvention utövas utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt.

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) ger i sin allmänna kommentar nr 14²⁹ sin tolkning av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa som främjar ett människovärdigt liv. Kommittén slår fast att tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), godtagbarhet (acceptability) och kvalitet (quality) är väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa. Det beror på de rådande förhållandena i konventionsstaten hur dessa tillämpas och vilket innehåll varje beståndsdel får. Med tillgång avses bland annat att det i en konventionsstat ska finnas tillräcklig tillgång till en fungerande offentlig hälso- och sjukvård och till vårdenheter, produkter, tjänster och program inom hälso- och sjukvården.

Enligt ESK-kommittén innebär rätten till hälsa, liksom alla mänskliga rättigheter, också tre allmänna skyldigheter för konventionsstaterna: skyldighet att skydda, respektera och tillgodose rätten till hälsa. Skyldigheten att tillgodose rätten till hälsa inbegriper en skyldighet att underlätta, möjliggöra och främja tillgodoseendet av de hälsorelaterade rättigheterna. Det förutsätter också att staterna vidtar lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder, budgetrelaterade åtgärder, rättsliga åtgärder, främjande åtgärder och andra åtgärder för att till fullo tillgodose rätten till hälsa.

²⁹ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.

ESK-kommittén konstaterar att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själva bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodoser rätten till hälsa under de särskilda förhållandena i den staten. Konventionen kräver dock tydligt att varje stat vidtar alla nödvändiga åtgärder för att se till att alla har tillgång till vårdenheter, hälsovårdsprodukter och hälso- och sjukvårdstjänster, så att varje människa så snart som möjligt kan åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt ESK-kommittén innebär det gradvisa förverkligandet av rätten till hälsa att konventionsstaterna har en särskild och kontinuerlig skyldighet att så snabbt och effektivt som möjligt gå i riktning mot att artikel 12 genomförs fullt ut.

Den reviderade europeiska sociala stadgan innehåller flera bestämmelser som gäller hälsorelaterade rättigheter. Enligt artikel 11.1 åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt kommittén för sociala rättigheter innebär denna punkt ur ett *access to health care*-perspektiv bland annat att avtalsparterna ska garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen. Det ska inte kosta alltför mycket för patienterna. Dessutom bör man enligt kommittén i villkoren för tillgång till vård beakta rekommendation 1626 (2003) från Europarådets parlamentariska församling. Där uppmanas medlemsstaterna att som en mått på hur framgångsrikt deras hälso- och sjukvårdssystem är beakta om alla har effektiv och jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, som är en grundläggande mänsklig rättighet. Tillgången till vård ska bygga på överskådliga nationellt överenskomna kriterier, och de ska ta hänsyn till risken för att patientens kliniska tillstånd eller livskvalitet försämras. Det ska finnas tillräckligt med personal och utrustning inom hälso- och sjukvården.³⁰ Viktiga avtalsbestämmelser med avseende på hälsorelaterade rättigheter är också rätten till social och medicinsk hjälp (artikel 13), funktionshindrade personers rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet (artikel 15), minderårigas rätt till socialt, rättsligt och ekonomiskt skydd (artikel 17) och de äldres rätt till socialt skydd (artikel 23).

I FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anges det att personer med funktionsnedsättning bland annat innefattar personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra. Syftet med funktionsrättskonventionen är att i så stor utsträckning som möjligt täcka begreppet funktionsnedsättning. Utgångspunkten för hur en funktionsnedsättning beskrivs ska vara personens förhållande till det omgivande samhället och inte en definition som baserar sig på en medicinsk diagnos. De ledande principerna i konventionen är inkludering, diskrimineringsförbud, tillgänglighet och tillgång.

Enligt artikel 25.1 i konventionen erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Enligt samma artikel ska konventionsstaterna bland annat särskilt erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram, och även erbjuda sådana hälso- och sjuk-

³⁰ Digest of the case law of the European Committee of Social Rights 2018, inklusive hänvisningar.

vårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av sin funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och tjänster som är avsedda att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, även för barn och äldre samt erbjuda dessa hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden. Vidare innehåller artikeln förbud mot olika former av diskriminering. Artikel 25 nämner rätten till rehabilitering.

FN-konventionen om barnets rättigheter gäller alla som är under 18 år. Syftet med konventionen är att trygga de grundläggande förutsättningarna för ett gott liv och en bra uppväxt för barnen. Konventionen innehåller fyra centrala allmänna principer: barnets bästa (artikel 3.1), barnets rätt att få sina åsikter beaktade (artikel 12), förbud mot diskriminering (artikel 2) och barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6). Dessa allmänna principer ska beaktas också vid tolkningen av andra rättigheter som garanteras i konventionen, och förpliktelserna i konventionen ska tolkas som en helhet. Ordandet av social- och hälsovårdstjänster har en väsentlig betydelse för fullgörandet av förpliktelserna i barnkonventionen. Enligt artikel 3 ska vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, barnets bästa komma i främsta rummet.

Enligt artikel 24.1 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. I artikel 24.2 anges de åtgärder som särskilt ska vidtas. Enligt led b ska konventionsstaterna vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården. Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar till artikeln konstaterat att barn har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet, däribland hälsofrämjande, förebyggande och behandling av sjukdomar samt rehabiliterande och palliativa tjänster. På basnivå ska dessa tjänster ordnas så att deras kvantitet, kvalitet och funktion är tillräckliga och att de är tillgängliga för hela barnbefolkningen både fysiskt och ekonomiskt och är godtagbara för alla. Staterna bör i första hand sträva efter att garantera barn allmän tillgång till primärvårdstjänster som tillhandahålls så nära barnens och deras föräldrars bostadsort som möjligt, särskilt lokalt. Staterna är bland annat skyldiga att erbjuda adekvat vård, behandling och rehabilitering för barn med psykiska och psykosociala störningar.³¹

Konventionen fäster också särskild uppmärksamhet vid barn som är i utsatt ställning av olika orsaker, exempelvis i artikel 23 som gäller rättigheter för barn med funktionsnedsättning och i artikel 30 som gäller rättigheter för barn som hör till en minoritet.

Bestämmelser om hälsa finns också bland annat i FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 68/1986). I den konventionen och flera av de nämnda konventionerna finns det särskilda bestämmelser som framhäver att tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster för gravida kvinnor ska tryggas.

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen gäller social- och hälso- och sjukvårdstjänster. 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.

³¹ General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17.4.2013.

Den bestämmelsen syftar å ena sidan på social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet och å andra sidan på utvecklingen av förhållandena i samhället inom olika delar av den offentliga sektorn på ett sätt som på ett allmänt plan främjar befolkningens hälsa. Det handlar framför allt om att trygga tillgången till tjänsterna. Men också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (GrUU 17/2021 rd, stycke 69, GrUU 63/2016 rd, s. 2, och GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se även RP 309/1993 rd, s. 75).

Det har för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Enligt dem kan en bedömning av om servicen är tillräcklig eller inte utgå från en nivå som ger ”alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället” (RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter i sista hand ”en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte” (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 17/2021 rd, stycke 71, och GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, 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 (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, 1/II). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33, och GrUB 25/1994, s. 33/I).

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses här staten, kommunerna och större självstyrande förvaltningsområden än kommunerna, dvs. i fortsättningen i allt väsentligt välfärdsområdena. Välfärdsområdena ska enligt lag ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i där och även andra. 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 genom att ordna verksamheten garantera tillräckliga social- och hälsovårdstjänster.

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse ingår i 121 § i grundlagen. Enligt dess 1 mom. ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 2 mom. utfärdas bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna genom lag. I 4 mom. står det att bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner utfärdas genom lag. Grundlagsutskottet har som nödvändiga baselement i landskapssjälvstyrelsen framhållit att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets uppgifter och förvaltning (GrUU 17/2021 rd, stycke 9 och 17, och GrUU 26/2017 rd, s. 19–31).

Bestämmelserna om striktare tidsgränser för att få vård inom primärvården avses gälla hälso- och sjukvård som ordnas av självstyrande områden som är större än kommunerna, dvs. välfärdsområdena. Enligt förslaget ska reformen träda i kraft så att den skärpta regleringen inte hinner gälla kommuner som ordnar hälso- och sjukvård med stöd av den nu gällande lagstiftningen, utan således är förpliktande för välfärdsområdena. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande RP

241/2020 rd – GrUU 17/2021 rd ingående behandlat inrättandet av välfärdsområdena och överföringen av uppgiften att ordna social- och hälsovård och organisera räddningsväsendet till välfärdsområdena. Den skärpning av tidsgränserna för att få vård inom primärvården som nu föreslås avses träda i kraft i april 2023 och innebär då en ändring av en uppgift som välfärdsområdena har, dock förutsatt att riksdagen godkänner de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som ingår i regeringens proposition RP 56/2021 rd. Där föreslås det att de gällande bestämmelserna om tidsgränserna för att få vård i hälso- och sjukvårdslagen ändras för att i stället gälla välfärdsområdena.

Välfärdsområdena ska när de ordnar hälso- och sjukvård iakttä bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om välfärdsområden och andra lagar som gäller ordnande och produktion av hälso- och sjukvårdstjänster. Den reglering som nu föreslås innehåller inga undantag från de bestämmelser om exempelvis välfärdsområdets egen tjänsteproduktion eller upphandling från andra vårdgivare som grundlagsutskottet och riksdagen har godkänt. Det föreslås dock att hälso- och sjukvårdslagen även i fortsättningen ska innehålla en bestämmelse som motsvarar 54 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen om serviceanordnarens skyldighet att skaffa tjänster av andra vårdgivare, om den inte kan ge vård eller behandling inom de längsta väntetider som anges i lagen. Bestämmelsen preciseras också genom en särskild skyldighet att bedöma om vården eller behandlingen kan ordnas inom den föreskrivna längsta väntetiden. Tolkningsmässigt kan skyldigheten att skaffa sådana tjänster anses följa redan av att välfärdsområdet har en lagstadgad skyldighet att iakttä tidsgränserna för att få vård, och lagstiftningen om ordnande av vård och behandling innehåller bestämmelser om olika och kompletterande sätt att producera tjänster. Skyldigheterna enligt nämnda 54 § uttrycks ändå på ett sätt som understryker att organiseringsansvaret ska fyllas och bidra till att garantera att kundernas rättigheter tillgodoses.

En skärpt tidsfrist för rätten till vård inom primärvården på föreslaget sätt till sju dygn och inom mun- och tandvården till tre månader kommer att förbättra patientens möjligheter att få adekvat service avsevärt. Också för de primärvårdstjänster som inte omfattas av den föreslagna tidsfristen på sju dygn kommer den nuvarande tidsfristen för rätt till vård på tre månader att fortsätta gälla. Regleringen uppfyller skyldigheten enligt flera människorättskonventioner att göra det möjligt för patienter att få vård och behandling inom hälso- och sjukvården på lika villkor.

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Bestämmelsen uttrycker vid sidan av kravet på juridisk likabehandling även idén om faktisk jämlikhet. Den inrymmer ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall (RP 309/1993 rd, s. 46). Jämlikhetskravet är förpliktande också för lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag särbehandlas vare sig positivt eller negativt. Jämlikhetsbestämmelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Jämlikhetsaspekter spelar en viss roll såväl när människor ges förmåner eller rättigheter genom lag som när de påförs skyldigheter. Å andra sidan är det utmärkande för lagstiftningen att den på grund av ett visst godtagbart samhälleligt intresse behandlar människor olika bland annat för att främja faktisk jämlikhet (RP 309/1993 rd, s. 46, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3/I).

Den allmänna principen om likabehandling kompletteras genom diskrimineringsförbudet i 6 § 2 mom. i grundlagen. Enligt det får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. De grunder för åtskillnad som nämns i bestämmelsen kan betraktas som kärnområdet i förbudet mot diskriminering. Avsikten är inte att förteckningen ska vara uttömmande, utan särbehandling ska vara förbjuden också på grund av

någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Exempel på sådana omständigheter är samhällelig ställning, egendom, deltagande i föreningsverksamhet, familjeförhållanden, graviditet, äktenskaplig börd, sexuell läggning och boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3). Bestämmelser om jämlikhet och icke-diskriminering finns också i flera konventioner om mänskliga rättigheter.

Ändringen ökar jämlikheten mellan människor, eftersom det i dagsläget förekommer betydande regionala skillnader i hur tillgången till vård tillgodoses. De gällande tidsgränserna på tre och sex månader inom primärvården respektive mun- och tandvården möjliggör betydande regionala skillnader. I dagsläget får de som får sjukvårdstjänster inom företagshälsovården betydligt snabbare tillgång till vård än de patienter som anlitar den offentliga sektorn. Också i detta avseende ökar jämlikheten när den offentliga sektorn kan erbjuda vård betydligt snabbare.

Lagändringen gäller också studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar i fråga om tjänster som staten ordnar. Grundlagsutskottet har bedömt bestämmelserna om studerandehälsovården för högskolestuderande när SHVS-lagen stiftades (GrUU 33/2018 rd). Då ansåg utskottet att propositionen innehåller den typen av särdrag som, med avseende på grundlagens 6 § om jämlikhet, gör det godtagbart att ordna och producera studerandehälsovård för högskolestuderande på ett annat sätt än för befolkningen i stort. Det är också av relevans att högskolestuderande även i fortsättningen kan anlita den allmänna hälso- och sjukvården (GrUU 33/2018 rd, s. 2). Bestämmelserna i denna proposition om tidsgränserna för att få vård inom den primärvård som ordnas av välfärdsområdena och inom den studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten motsvarar till centrala delar varandra. Redan i den gällande lagstiftningen finns det bestämmelser om skyldigheten att inom den studerandehälsovård som avses i SHVS-lagen iakttä bestämmelserna om tillgång till primärvård i hälso- och sjukvårdslagen.

Utöver de tidigare nämnda människorättskonventionerna finns det förpliktande internationella bestämmelser om hälso- och sjukvård för fångar i Europakonventionen (FördrS 19/1990). Enligt dess artikel 3 får ingen utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Enligt Europadomstolen är ett element i konventionsbestämmelsen att staten är skyldig att sörja för de frihetsberövades hälsa och välfärd. Fångar ska erbjudas den sjukvård som de behöver i fängelset (bl.a. Kudła mot Polen, 26.10.2000).

Med tanke på jämlikhet och normalitetsprincipen för fångvården (se avsnitt 2.1.5) är det också av betydelse att det i lagen uttryckligen föreskrivs att bestämmelserna om tidsgränser för att få vård såväl inom primärvården som inom den specialiserade sjukvården också gäller hälso- och sjukvården för fångar. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, anser dock redan nu att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om tidsgränser för att få vård i praktiken måste iakttas.

Enligt 17 § i grundlagen är finska och svenska nationalspråken i vårt land. Enligt 17 § 2 mom. ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. I 3 mom. föreskrivs det om de språkliga rättigheterna för samerna, romerna och andra grupper samt för dem som använder teckenspråk och dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp. Dessa rättigheter tryggas i flera lagar. De föreslagna bestämmelserna om tidsgränserna för att få vård ändrar inte bestämmelserna om de språkliga rättigheterna. Omständigheter i anslutning till tillgången på personal som talar svenska, tillgången på finskspråkig personal i svenskspråkiga områden samt tillgången på personal i vården av personer som tillhör andra språkgrupper kan dock vara av betydelse när det gäller det faktiska tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

De strängare tidsgränserna för att få primärvård på det föreslagna sättet innebär en betydande reformering av systemet för hälsovårdstjänster. I och med reformen behöver välfärdsområdena personalresurser och andra tilläggsresurser och de måste utveckla sina vård- och servicekedjor och andra verksamhetsmodeller. I lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården kan det uppstå ett konstitutionellt problem i förhållande till 19 § 3 mom. i grundlagen om den föreslagna lagstiftningen inkluderar strukturella problem som med stor sannolikhet leder till att genomförandet av rättigheterna faktiskt äventyras (GrUU 17/2021 rd, stycke 74, och GrUU 26/2017 rd, s. 38). När grundlagsutskottet behandlade omstruktureringen av hur social- och hälsovården ska ordnas underströk det att statsrådet noggrant måste följa hur reformen påverkar tillgodoseendet av rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och utan dröjsmål ingripa i eventuella missförhållanden. Vid genomförandet av reformen är det dessutom av skäl som följer av 6 § och 19 § 3 mom. i grundlagen nödvändigt att se till att tillgången till tjänster är tillräcklig och jämlik både på riksomfattande nivå och inom olika välfärdsområden (GrUU 17/2021 rd, stycke 74).

Med avseende på förslaget genomförbarhet bedömdes de omständigheter som har att göra med tillgången på personal utgöra den största risken. Grundlagsutskottet har i fråga om bestämmelser om personaldimensioneringen fäst uppmärksamhet vid bestämmelsernas genomförbarhet. Utskottet har i samband med två andra lagprojekt konstaterat att den föreslagna personaldimensioneringen kan vara svår att genomföra i synnerhet eftersom tillgången på personalresurser är dålig. Utskottet har ansett det vara viktigt att andra tjänster inte försämras därför att personal flyttas till uppgifter som omfattas av personaldimensioneringen. Utskottet har konstaterat att social- och hälsovårdsutskottet bör fästa särskild uppmärksamhet vid tillgången på yrkeskunnic och kompetent personal (GrUU 15/2020 rd, s. 6–7, GrUU 45/2021 rd). I denna proposition föreslås ingen personaldimensionering eller motsvarande reglering, men med avseende på genomförandet av förslaget är tillgången på personal av betydelse.

De striktare tidsgränserna för att få primärvård sammanfaller tidsmässigt med de första tiderna för välfärdsområdenas verksamhet. Dessutom går det i dagsläget inte att med säkerhet bedöma i vilken utsträckning Covid 19-pandemin och den serviceskuld som följer av den fortfarande belastar servicesystemet när lagen träder i kraft.

De ovan nämnda omständigheterna medför tillsammans risker för att servicesystemet inte ska fungera. För att reformen ska kunna genomföras är regeringens betydande satsningar på programmet Framtidens social- och hälsocentral och de tillhörande utvecklingsprojekten för bättre tillgång till vård av avgörande betydelse (se avsnitt 2.2.1). Regeringen har också anvisat medel för den vårdskuld som pandemin medfört. Regeringen har inlett åtgärder som ska förbättra tillgången på personal, men de kommer sannolikt inte att i större grad inverka på tillgången på kort sikt (se avsnitt 2.3.5).

När grundlagsutskottet granskade hur välfärdsområdena ska finansieras ansåg det (GrUU 17/2021 rd, stycke 93 och 94) att det till skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i 22 § i grundlagen hör statens ansvar för att se till att områden enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter (GrUU 26/2017 rd, s. 23, se även GrUU 10/2015 rd och GrUU 37/2009 rd). Finansieringsprincipen ingår också i artikel 9.2 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse, där det sägs att de lokala myndigheternas ekonomiska resurser ska motsvara de uppgifter som tilldelats dem i grundlag och annan lag. Grundlagsutskottet har dessutom ansett att tillgången till lagstadgade tjänster inte kan begränsas genom budgeten (GrUU 26/2017 rd, s. 24, se även GrUU 20/2004 rd, GrUU 63/2014 rd och GrUU 19/2016 rd). Finansieringsprincipens betydelse i fråga om social- och hälsotjänsterna framhävs av de skyldigheter som avses i 19 § 3 mom. respektive 22 § i grundlagen. Grundlagsutskottet anser att finansieringen av de områden som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen i tillämpliga

delar ska bedömas i ljuset av grundlagsutskottets praxis i fråga om finansieringsprincipen (GrUU 15/2018 rd). Finansieringsprincipens betydelse vid den konstitutionella bedömningen av bestämmelserna om förvaltningsområden som är större än kommuner avviker dock bland annat på grund av att beskattningsrätten saknas (GrUU 15/2018 rd, s. 21). Det är uttryckligen den statliga finansieringen och fördelningen av den som intar en avgörande ställning när det gäller att se till att välfärdsområdena klarar av att sköta sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (se GrUU 15/2018 rd, s. 21).

Grundlagsutskottet konstaterade också i samband med behandlingen av reformen av organisationen av social- och hälsovården att det anser det vara möjligt att den finansiering som staten anvisar välfärdsområdena så småningom avviker från de faktiska kostnaderna för ordnandet av tjänsterna, särskilt i områden med hög kostnadsnivå. De bestämmelser i 10 § i finansieringslagen om beaktande av faktiska kostnader och i 11 § om välfärdsområdenas tilläggsfinansiering är relevanta enligt utskottet (GrUU 17/2021 rd, stycke 99–102).

Den nya typen av finansieringsmodell och grundlagsutskottets praxis förutsätter en noggrann bedömning av propositionens ekonomiska och andra konsekvenser. Det finns osäkerhetsfaktorer kopplade till propositionen och dess konsekvenser, vilket framgår av den allmänna motiveringen och det som sägs i detta avsnitt. Strävan har dock varit att göra en täckande konsekvensbedömning utifrån det kunskapsunderlag som finns tillgängligt. I fråga om godtagbarhet i konstitutionellt hänseende anses det vara av betydelse att skärpningen av tidsgränserna för tillgången till vård ska ske stegvis så att det först införs en tidsgräns som är kortare än enligt gällande lag, men längre än den nya tidsgränsen för tillgång till vård som ska gälla tills vidare, dvs. 14 dygn inom primärvårdens öppna sjukvård och fyra månader inom mun- och tandhälsovården. Dessa tidsgränser ska träda i kraft först den 1 september 2023, dvs. att välfärdsområdena har nästan ett år för förberedelser inför ändringen från den tidpunkt då lagen förväntas antas (hösten 2022). Efter det har de 14 månader för att förbereda sig för tidsgränserna sju dygn för tillgång till vård och tre månader för mun- och tandvård. I fråga om finansieringen tryggas välfärdsområdenas möjligheter att klara av sina uppgifter av de nämnda bestämmelserna i finansieringslagen. Trots osäkerhetsfaktorerna som gäller propositionens konsekvenser anser regeringen att det i förslaget inte finns sådana problem som kan bli konstitutionellt problematiska på det sätt som grundlagsutskottet avser.

Grundlagsutskottet ansåg också vid behandlingen av lagförslaget om hälso- och sjukvård för högskolestuderande att garantier för adekvat finansiering också spelar en viktig roll i bedömningen av hur rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen tillgodoses. (GrUU 33/2018 rd, s. 2–3). SHVS-lagen innehåller bestämmelser om tryggnad av finansieringen (2 kap., särskilt 16 och 18 §).

Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen kan republikens president, statsrådet och ministerierna utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska det dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag. I lagarna föreslås grundläggande bestämmelser om information om tillgång till vård som offentliggörs på webben. Insamlingen av uppgifter grundar sig på 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (553/2019, RP 157/2017 rd) som har utfärdats med grundlagsutskottets medverkan. De föreslagna bestämmelserna innehåller ett bemyndigande att utfärda förordning enligt vilket social- och hälsovårdsministeriet får utfärda närmare bestämmelser genom förordning. Det föreslagna bemyndigandet är tillräckligt noggrant avgränsat på det sätt som grundlagen förutsätter, och det föreslås inte att det genom förordning ska föreskrivas om omständigheter som ska regleras i lag.

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. Regeringen anser att lagförslagen kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning. Regeringen anser det dock önskvärt att grundlagsutskottet ger ett utlåtande om propositionen.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 51, 54 och 55 § samt 69 § 2 mom. sådant det
lyder i lag 1303/2014 och
fogas till lagen nya 51 a–51 c § som följer:

51 §

Att få kontakt med en enhet inom primärvården samt bedömning av vårdbehovet

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

Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I fråga om mun- och tandvård kan bedömningen göras också av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesöket hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller

rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska undersökning eller vård som vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

51 c §

Att få specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård

Bedömningen av behovet av specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska inledas inom tre veckor från det att en remiss har anlänt till verksamhetsenheten.

I specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska vård som i samband med en bedömning av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Den längsta väntetiden får överskridas med högst tre månader, om vården av medicinska, odontologiska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

54 §

Skyldighet för ett välfärdsområde att köpa tjänster

Om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs i 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ska välfärdsområdet ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden (611/2021) genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Bestämmelser om användning av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009).

I samband med en bedömning enligt 51 § och en bedömning av behovet av specialiserad sjukvård ska det bedömas huruvida välfärdsområdet klarar av att producera undersökningarna, vården och rehabiliteringen inom de tidsgränser som anges i 51 a–51 c, 52 och 53 §.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna tidsgränserna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna tidsgränserna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Välfärdsområdet ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet ska nyckeltalen offentliggöras separat för varje sådan enhet, om det är möjligt.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de i 1 mom. avsedda nyckeltal som ska offentliggöras.

69 §

Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Om barnskyddsbehovet beror på otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster, ska de hälso- och sjukvårdstjänster som med tanke på barnets hälsa och utveckling är nödvändiga utan dröjsmål ordnas för barnet och hans eller hennes familj, trots vad som föreskrivs om att få vård i 51, 51 a–51 c, 52 och 53 §.

RP 74/2022 rd

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 51 a och 51 b § träder dock i kraft den 1 november 2024.

2.

Lag

om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
fogas temporärt till hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) nya 51 a och 51 b § som följer:

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesöket hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska undersökning eller vård som vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2023 och gäller till och med den 31 oktober 2024.

3.

Lag

om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 10 § och
fogas till lagen nya 10 a–10 d § som följer:

10 §

Att få kontakt samt bedömning av vårdbehovet

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänster så att en studerande vardagar under öppettiderna under samma dag kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som den studerande behöver.

Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I fråga om mun- och tandvård kan bedömningen göras också av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

Om det utgående från kontakten bedöms att den studerande behöver brådskande vård eller andra sådana tjänster som inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande, ska den studerande ges råd om tjänsterna och deras anordnare.

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom studerandehälsovården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster för icke-brådskande vård och för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skäligen med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-,

arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster samt sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan som uppgjorts för den studerande.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska undersökning eller vård som vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

10 c §

Bedömning av möjligheten att producera tjänsterna inom utsatt tid

I samband med en bedömning enligt 10 § ska det bedömas huruvida Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att producera vården inom de tidsgränser som anges i 10 a och 10 b §. Bestämmelser om att skaffa tjänster av andra tjänsteproducenter finns i 8 § 2 mom.

10 d §

Offentliggörande av uppgifter

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska för varje verksamhetsställe månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 10, 10 a och 10 b § föreskrivna tidsgränserna hölls. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till stiftelsen för offentliggörande.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de i 1 mom. avsedda nyckeltal som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 10 a och 10 b § träder dock i kraft den 1 november 2024.

4.

Lag

om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
fogas temporärt till lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) nya 10 a och 10 b § som följer:

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom studerandehälsovården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster för icke-brådskande vård och för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster samt sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan som uppgjorts för den studerande.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska undersökning eller vård som vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2023 och gäller till och med den 31 oktober 2024.

5.

Lag

om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) 17 § 2 mom. som följer:

17 §

Möjlighet att nå hälsovårdare och läkare inom skol- och studerandehälsovården

De studerande ska ges möjlighet att vardagar under tjänstetid under samma dag få kontakt med studerandehälsovården. Bedömning av vårdbehovet och erhållande av vård som i samband med bedömningen har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med vad som föreskrivs i 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

6.

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till 10 kap. 1 § i fängelselagen (767/2005), sådan den lyder i lagarna 1640/2015 och 1236/2016, nya 3 och 4 mom., varvid det nuvarande 3 mom. blir 5 mom., som följer:

10 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

På tidsgränserna för att få vård tjänster som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 .

7.

Lag

om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i häktningsslagen (768/2005) 6 kap. 1 §, sådan den lyder i lagarna 1641/2015, 1238/2016 och 326/2019, som följer:

6 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för häktade

Den i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) avsedda Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar de häktades medicinska behov. Brottsförvaltningsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till sådan vård och rehabilitering.

En häktad har rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få medicinering, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset, om det inte äventyrar syftet med häktningen.

På tidsgränserna för att få vård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Utöver vad som föreskrivs i 1 och 3 mom. ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning.

RP 74/2022 rd

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

Denna lag träder i kraft den 20 .

8.

Lag

om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) den svenska språkdräkten i rubriken för 4 § och 4 § 1 mom., sådana de lyder i lag 1335/2010, som följer:

4 §

Att få vård

Patienten ska meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. I fråga om att få och ordna vård gäller vad som föreskrivs särskilt.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 12 maj 2022

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Aki Lindén

1.

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 51, 54 och 55 § samt 69 § 2 mom. sådant det
lyder i lag 1303/2014 och
fogas till lagen nya 51 a–51 c § som följer:

Gällande lydelse

51 §

Att få vård inom primärvården

En kommun ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Föreslagen lydelse

51 §

Att få kontakt med en enhet inom primärvården samt bedömning av vårdbehovet

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

Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I fråga om mun- och tandvård kan bedömningen göras också av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

Gällande lydelse

(ny)

Föreslagen lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesöket hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verk-samma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

(ny)

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska undersökning eller vård som vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

(ny)

51 c §

Att få specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård

Bedömningen av behovet av specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska inledas inom tre veckor från det att en remiss har anlänt till verksamhetsenheten.

I specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska vård som i samband med en bedömning av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Den längsta väntetiden får överskridas med högst tre månader, om vården av medicinska, odontologiska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Gällande lydelse

54 §

Skyldighet för en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt att köpa tjänster

Om en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inte själv kan ge vård eller behandling inom de längsta väntetider som anges i 51–53 §, ska den ordna vården genom att köpa den av någon annan vårdgivare.

55 §

Offentliggörande av väntetider och bemyndigande att utfärda förordning

En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska på Internet offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 51–53 § med fyra månaders mellanrum. Om det i kommunen eller sjukvårdsdistriktet finns flera verksamhetsenheter ska uppgifterna offentliggöras separat för varje verksamhetsenhet. Förutom på Internet kan uppgifterna offentliggöras på något annat sätt som kommunen eller samkommunen bestämmer.

Föreslagen lydelse

54 §

Skyldighet för ett välfärdsområde att köpa tjänster

Om ett välfärdsområde inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs i 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ska välfärdsområdet ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden (611/2021) genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Bestämmelser om användning av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009).

I samband med en bedömning enligt 51 § och en bedömning av behovet av specialiserad sjukvård ska det bedömas huruvida välfärdsområdet klarar av att producera undersökningarna, vården och rehabiliteringen inom de tidsgränser som anges i 51 a–51 c, 52 och 53 §.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna tidsgränserna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna tidsgränserna har hållits. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till välfärdsområdet för offentliggörande.

Välfärdsområdet ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet ska

Gällande lydelse

För att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna får det genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om när patienten ska bli undersökt och få vård och om offentliggörandet av väntetider.

69 §

Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Om barnskyddsbehovet beror på otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster, ska de hälso- och sjukvårdstjänster som med tanke på barnets hälsa och utveckling är nödvändiga utan dröjsmål ordnas för barnet och hans eller hennes familj, trots vad som föreskrivs om att få vård i 51–53 §.

Föreslagen lydelse

nyckeltalen offentliggörs separat för varje sådan enhet, om det är möjligt.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de i 1 mom. avsedda nyckeltal som ska offentliggöras.

69 §

Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Om barnskyddsbehovet beror på otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster, ska de hälso- och sjukvårdstjänster som med tanke på barnets hälsa och utveckling är nödvändiga utan dröjsmål ordnas för barnet och hans eller hennes familj, trots vad som föreskrivs om att få vård i 51, 51 a–51 c, 52 och 53 §.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 51 a och 51 b § träder dock i kraft den 1 november 2024.

2.

Lag

om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
fögas temporärt till hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) nya 51 a och 51 b § som följer:

Gällande lydelse

(ny)

Föreslagen lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådsakande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesöket hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådslande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådslande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådslande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

(ny)

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska undersökning eller vård som vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2023 och gäller till och med den 31 oktober 2024.

3.

Lag

om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 10 § och
fogas till lagen nya 10 a–10 d § som följer:

Gällande lydelse

10 §

Tillgång till icke-brådiskande vård

På den studerandehälsovård som ordnas av Folkpensionsanstalten och produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse tillämpas vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om rätten att få vård inom primärvården.

Föreslagen lydelse

10 §

Att få kontakt samt bedömning av vårdbehovet

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänster så att en studerande vardagar under öppettiderna under samma dag kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådiskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som den studerande behöver.

Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I fråga om mun- och tandvård kan bedömningen göras också av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

Om det utgående från kontakten bedöms att den studerande behöver brådiskande vård eller andra sådana tjänster som inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande, ska den studerande ges råd om tjänsterna och deras anordnare.

(ny)

10 a §

Att få icke-brådiskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådiskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom studerandehälsovården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster för icke-brådskande vård och för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälso-tillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster samt sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan som uppgjorts för den studerande.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

(ny)

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska undersökning eller vård som vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

(ny)

10 c §

Bedömning av möjligheten att producera tjänsterna inom utsatt tid

I samband med en bedömning enligt 10 § ska det bedömas huruvida Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att producera vården inom de tidsgränser som anges i 10 a och 10 b §. Bestämmelser om att skaffa tjänster av andra tjänsteproducenter finns i 8 § 2 mom.

(ny)

10 d §

Offentliggörande av uppgifter

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska för varje verksamhetsställe månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 10, 10 a och 10 b § föreskrivna tidsgränserna hölls. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska ge behövliga uppgifter till stiftelsen för offentliggörande.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de i 1 mom. avsedda nyckeltal som ska offentliggöras.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 10 a och 10 b § träder dock i kraft den 1 november 2024.

4.

Lag

om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
föreslås temporärt till lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) nya 10 a och 10 b § som följer:

Gällande lydelse

(ny)

Föreslagen lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De tidsgränser som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom studerandehälsovården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster för icke-brådskande vård och

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster samt sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan som uppgjorts för den studerande.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska den genomföras inom de tidsgränser som anges i 1–4 mom.

(ny)

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska undersökning eller vård som vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

Denna lag träder i kraft den 1 september 2023 och gäller till och med den 31 oktober 2024.

5.

Lag

om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) 17 § 2 mom. som följer:

Gällande lydelse

17 §

*Möjlighet att nå hälsovårdare och läkare
inom skol- och studerandehälsovården*

De studerande ska ges möjlighet att vardagar under tjänstetid omedelbart få kontakt med studerandehälsovården. Bedömning av vårdbehovet och vård som i samband med bedömningen har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med 51 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Föreslagen lydelse

17 §

*Möjlighet att nå hälsovårdare och läkare
inom skol- och studerandehälsovården*

De studerande ska ges möjlighet att vardagar under tjänstetid *under samma dag* få kontakt med studerandehälsovården. Bedömning av vårdbehovet och erhållande av vård som i samband med bedömningen har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med *vad som föreskrivs i 51 a och 51 b §* i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

6.

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut
fögas till 10 kap. 1 § i fängelselagen (767/2005), sådan den lyder i lagarna 1640/2015 och 1236/2016, nya 3 och 4 mom., varvid det nuvarande 3 mom. blir 5 mom., som följer:

Gällande lydelse

10 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har sjukhus och polikliniker som har verksamhetsställen vid olika enheter inom Brottsförhållningsmyndigheten.

På fångar som är patienter vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas denna lag. För straffverkställighet vid enheten svarar Brottsförhållningsmyndigheten. Brottsförhållningsmyndigheten ska se till att fångarna har tillgång till vård och rehabilitering enligt 1 mom.

Föreslagen lydelse

10 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

— — — — —
På tidsgränserna för att få vård tjänster som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Gällande lydelse

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

Föreslagen lydelse

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

—————

—————
Denna lag träder i kraft den 20 .
—————

7.

Lag

om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i häktningsslagen (768/2005) 6 kap. 1 §, sådan den lyder i lagarna 1641/2015, 1238/2016 och 326/2019, som följer:

Gällande lydelse

6 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för häktade

Den i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) avsedda Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar de häktades medicinska behov. Brottsförhållningsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till sådan vård och rehabilitering.

En häktad har rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få medicinering, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset, om det inte äventyrar syftet med häktningen.

Föreslagen lydelse

6 kap.

Social- och hälsovård

1 §

Hälso- och sjukvård för häktade

Den i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) avsedda Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar de häktades medicinska behov. Brottsförhållningsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till sådan vård och rehabilitering.

En häktad har rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få medicinering, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset, om det inte äventyrar syftet med häktningen.

På tidsgränserna för att få vård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Gällande lydelse

Utöver vad som föreskrivs i 1 mom. ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårds-lagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

Föreslagen lydelse

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur tidsgränserna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Utöver vad som föreskrivs i 1 och 3 mom. ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning.

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

Denna lag träder i kraft den 20 .

8.

Lag

om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) den svenska språkdräkten i rubriken för 4 § och 4 § 1 mom., sådana de lyder i lag 1335/2010, som följer:

Gällande lydelse

4 §

Intagning för vård

Patienten ska meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det särskilt om intagning för vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.

Föreslagen lydelse

4 §

Att få vård

Patienten ska meddelas en tidpunkt när han eller hon får vård. Om tidpunkten ändras, ska patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. *I fråga om att få och ordna vård gäller vad som föreskrivs särskilt.*

Denna lag träder i kraft den 20 .
