

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och vissa andra lagar

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, lagen om elev- och studerandevård, fängelselagen, häktningsslagen och lagen om patientens ställning och rättigheter ändras.

I propositionen föreslås det att tidsgränserna för att ge icke-brådskande vård inom primärvården skärps. Det föreslås att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart ska kunna få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av vårdbehovet. Vid icke-brådskande sjukvård inom primärvården ska den första vårdhändelsen ordnas inom sju dygn, om vårdhändelsen anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av kronisk sjukdom, uppkomst av nya symtom eller försämring 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 med tanke på 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 inom primärvården ska enligt förslaget inte gälla vårdhändelser i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan, primärvårdsmottagningar hos specialistläkare inom andra medicinska specialiteter än allmänmedicin, kundgruppsrelaterade uppföljnings- och kontrollbesök eller tjänster som främjar hälsa och välbefinnande, såsom hälsorådgivning, hälsokontroller, resevaccinationer eller intyg som hänför sig till tjänsterna. Tjänster som inte omfattas av tidsgränsen på sju dygn 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 kontakten och 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 undersökningsintervall för patienten, om det inte uppstår behov av att snabbare få undersökning eller vård.

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. I bestämmelserna om vilka uppgifter som ska offentliggöras föreslås preciseringar.

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 träda i kraft den 1 april 2023.

UTKAST

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..... | 8 |
| 2.1.3 Kundavgifter inom primärvården..... | 11 |
| 2.1.4 Studerandehälsovård | 13 |
| 2.1.5 Hälso- och sjukvård för fångar..... | 15 |
| 2.1.6 Hälso- och sjukvård som ordnas av Försvarsmakten | 17 |
| 2.1.7 Tillsynen över tillgången till vård | 19 |
| 2.2 Verksamhetsmiljön och ändringar i den | 20 |
| 2.2.1 Reformen av ordnandet av social- och hälsovården..... | 20 |
| 2.2.2 Covid -19- pandemin och dess konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.... | 29 |
| 2.2.3 Modeller för organisering av arbetet..... | 32 |
| 2.3 Hälsovården, sjukvården och mun- och tandvårdens verksamhet och ekonomi..... | 34 |
| 2.3.1 Inledning | 34 |
| 2.3.2 Statistik över icke-brådskande vård | 35 |
| 2.3.3 Bedömning av vårdbehov, tillgången till vård och orsaker till vården | 38 |
| 2.3.4 Befolkningens upplevelse av hur behovet av vård tillgodoses och tillgången till vård. | 40 |
| 2.3.5 Hälso- och sjukvårdspersonal | 43 |
| 2.3.6 Kostnader för öppenvård inom primärvården | 47 |
| 2.3.7 Specialiserad sjukvård..... | 49 |
| 2.3.8 Företagshälsovård | 50 |
| 2.3.9 Studenthälsovård för högskolestuderande..... | 51 |
| 2.3.10 Hälso- och sjukvård för fångar..... | 52 |
| 2.4 Sammanfattning av bedömningen av nuläget | 54 |
| 3 Målsättning | 58 |
| 4 Förslagen och deras konsekvenser..... | 59 |
| 4.1 De viktigaste förslagen..... | 59 |
| 4.2 De huvudsakliga konsekvenserna | 61 |
| 4.2.1 Ekonomiska konsekvenser..... | 61 |
| 4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet..... | 67 |
| 4.2.3 Andra samhällsliga konsekvenser..... | 76 |
| 5 Alternativa handlingsvägar | 81 |
| 5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser..... | 81 |
| 5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet | 84 |
| 6 Remissvar | 87 |
| 7 Specialmotivering | 87 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.1 Hälsa- och sjukvårdslagen | 87 |
| 7.2 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande..... | 102 |
| 7.3 Lagen om elev- och studerandevård | 108 |
| 7.4 Fängelselagen..... | 108 |
| 7.5 Häktningsslagen..... | 110 |
| 7.6 Lagen om patientens ställning och rättigheter..... | 110 |
| 8 Bestämmelser på lägre nivå än lag | 110 |
| 9 Ikraftträdande..... | 111 |
| 10 Verkställighet och uppföljning | 111 |
| 11 Förhållande till andra propositioner..... | 111 |
| 11.1 Samband med andra propositioner..... | 111 |
| 11.2 Förhållande till budgetpropositionen | 112 |
| 12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning | 112 |
| LAGFÖRSLAG | 120 |
| om ändring av hälsa- och sjukvårdslagen | 120 |
| om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande..... | 124 |
| om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård..... | 127 |
| om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen..... | 128 |
| om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen..... | 129 |
| om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter..... | 130 |
| PARALLELLTEXTER | 131 |
| om ändring av hälsa- och sjukvårdslagen | 131 |
| om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande..... | 137 |
| om ändring av 17 § i lagen om elev- och studerandevård..... | 142 |
| om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen..... | 143 |
| om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen..... | 144 |
| om ändring av 4 § i lagen om patientens ställning och rättigheter..... | 147 |

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 tidsfrister 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 *Tidsfrister 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. Tidsfrister 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. I tillägg har social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med finansministeriet behandlat propositionsutkastets ekonomiska konsekvensbedömningar i början av hösten 2021.

Utlåtanden om utkastet till propositionen...*(kompletteras senare)*

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 HUS-sammanslutningen. 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 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 samarbetskyldighet. 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.

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, företagshälsövård 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 slutenvård 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 tidsfrister för tillgången till 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 tidsfristerna för tillgång till 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 tidsfristerna för tillgång till vård innehållsmässigt oförändrade.

I den gällande 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det att vård ska ordnas inom skäligen tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Då och då framkommer det frågor om hurudan vård omfattas av tidsfristerna för tillgång till vård. På grund av den tämligen långa tidsfristen för tillgång till vård har uttrycket "ska ordnas ...inom tre månader" inte lett till ett behov att noggrant specificera de vårdhändelser som omfattas av tidsfristerna. 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, lag XXX/2021). 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, hälsovårdares 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 terapijänster (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 bildiagnostik 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 41,20 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 20,60 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 28,30 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 11,40 euro per vårdtillfälle.

För undersökning och vård av mun och tänder vid en hälsovårdscentral kan tas ut en grundavgift på högst 10,20 euro per besök när vården ges av en munhygienist. För tandläkarvård kan en grundavgift på högst 13,10 euro tas ut och för specialisttandvård högst 19,20 euro per besök. Utöver dessa grundavgifter kan det för olika åtgärder tas ut en avgift som varierar mellan 8,40 och 222,70 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. Avgiftstaket för 2020 och 2021 är 683 euro. Avgiftstaket justeras vartannat år i enlighet med folkpensionsindex, vilket innebär att avgiftstaket för 2022 kommer att vara högre. Vid beräkningen av det sammanlagda beloppet av de avgifter som tagits ut av kunden beaktas de avgifter som i lag fastställts för kalenderåret.

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 drogärbete, 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 tidsfrister 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 understödande verksamheter inom läroanstalten. Verksamheten inom elevhälsan genomförs i form av generellt 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. Välfärdsområdet är 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 tidsfrister 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 fångelser 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 fråntagits 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 fångelser 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 iakttagas när hälso- och sjukvården ordnas. I bestämmelsen nämns alltså inte hälso- och sjukvårdslagen. I fängelselagen, häktninglagen 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 iakttagas tidsfrister i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen eller andra tidsfrister för tillgång till 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 tidsfrister som anges i hälso- och sjukvårdslagen då den ordnar hälso- och sjukvårdstjänster. På grund av jämlikhetsprincipen, normalitetsprincipen för fångvården och rättssäkerheten är det motiverat att genom lag uttryckligen föreskriva om iakttagande av tidsfrister 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 häktninglagen 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.

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 trätt i tjänst, men som inte hindrat att han 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 Försvarmakten 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 gruppvís i form av lektioner.

Enligt 8 § i lagen om hälsovården inom försvarmakten 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. Försvarmakten har partnerskapsöverenskommelser med sjukvårdsdistrikten om anskaffning av sjukvårdstjänster på specialiserad sjukvårdsnivå. Försvarmakten 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 Försvarmakten ingått avtal om köpta tjänster med privata serviceproducenter för att anskaffa dessa tjänster.

Ordnanandet och tillhandahållandet av hälsovårdstjänster vid Försvarmakten 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 Försvarmakten.

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 Försvarmakten ordnar är att bedöma tjänstedugligheten och stöda dem som fullgör tjänsten så att de är tjänstedugliga under hela tjänstgöringen.

I lagstiftningen om Försvarmaktens hälsovård föreskrivs det inte om tidsfrister 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 Försvarmakten 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 Försvarmakten 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 tidsfrister för tillgång till vård anges för den hälsovård som Försvarsmakten ordnar, ska det för konsekvens föreskrivas om tidsfrister för tillgång till 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 tidsfrister för tillgång till 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 tidsfrister för tillgång till 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 tidsfrister 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 från början av 2023. Verksamheten för sjukvårdsdistriktets samkommuner och för specialomsorgsdistriktet 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 behovsrelaterade och verkningfulla 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 verkningfullhet 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 HUS-sammanslutningen, 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 HUS-sammanslutningen. 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 offentligtgrättsliga samfund som har självstyre inom sitt område och en välfärdsområdesfullmäktige som väljs genom välfärdsområdesval. Välfärdsområdena inrättas 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. Det temporära beredningsorganet leder beredningsarbetet inriktat på att inleda välfärdsområdets verksamhet och förvaltning tills den första välfärdsområdesfullmäktige har valts och den välfärdsområdesstyrelse som tillsatts av välfärdsområdesfullmäktige har inlett sin verksamhet. Det första välfärdsområdesvalet förrättas den 23 januari 2022. HUS-sammanslutningen inrättas år 2022 genom ett grundavtal som godkänts av Nylands välfärdsområde och fullmäktige i Helsingfors stad. För HUS-sammanslutningens förvaltning och inledandet av verksamheten svarar en

temporär HUS-beredningsgrupp, som är en del av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt och ansvarar för verksamheten tills styrelsen för HUS-sammanslutningen har valts.

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 myndigheternas 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 specialkunnande 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 jämlikt 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 anlitas 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 iakttä 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 hälsotjänsterna. 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, servicesedels 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 servicesedels 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.

Välståndsrådets möjligheter att tillhandahålla tjänster inom ett annat välståndsråde begränsas i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i lagen om välståndsråden. Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får välståndsrådet ordna och själv producera social- och hälsovårdstjänster inom ett annat välståndsrådes område endast i samarbete eller samverka med detta välståndsråde på det sätt som föreskrivs i 6 eller 9 § eller 8 kap. i lagen om välståndsråden eller i 9 § eller 5 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om rättigheterna för andra än välståndsrådets invånare att få välståndsrådets social- och hälsovårdstjänster gäller särskilda bestämmelser.

I lagen om ordnande av social- och hälsovård finns dessutom bestämmelser bland annat om trygghet av de språkliga rättigheterna, samarbete mellan välståndsråden, registerföring av klient- och patientuppgifter, fortbildning för personalen, beredskap och förberedelser samt styrning och 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.

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.

Finansieringen av välståndsrådena

I lagen om finansiering av välståndsråden (617/2021, *finansieringslagen*) föreskrivs det om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välståndsrådena enligt lagen om välståndsråden (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 välståndsrådena baserar sig på täckande statlig finansiering och avgifts- och försäljningsintäkter. Välståndsrådena har ingen beskattningsrätt. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpost för välståndsrådet och därmed är det välståndsrådet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet.

Bestämmelser om bestämmande av nivå på statsfinansieringen i hela landet vid utgångsläget 2023 finns i 34 § i finansieringslagen. Nivån på den statliga finansieringen till välståndsrådena 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 välståndsrådena. 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 välståndsrådena

dena beaktas dessutom som övergångsutjämning 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 övergångsutjämning. 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 övergångsutjämning.

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 socialutgifter¹. 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 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. 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

¹ 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.

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-, 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 verkningfullhet, kvalitet, mängd eller organiserings 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 tvärssektoriella 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 2021:29²)

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,
- 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

² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163349>

till vård följs upp och rapporteras under projekttiden 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)³

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 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 ibruktagning av 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 tidsfristerna för icke-brådskande hälso- och sjukvård, rätt att avvika från anställningsvillkoren och begränsa uppsägningstiden. Ibruktagningsförordningarna 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 tidsfristerna för icke-brådskande hälso- och sjukvård togs åter i bruk 1.3–27.4.2021. Våren 2021 gällde möjligheten att avvika från tidsfristerna 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 smittoppar 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. Hösten 2021 belastar de som behöver sjukhusvård till följd av sjukdomen covid-19 fortfarande servicesystemet och antalet patienter har igen börjat öka jämfört med situationen under sommaren, men belastningen har dock minskat betydligt från rekordperioderna våren 2021. Vecka 42 fick totalt 120 covid-patienter specialiserad sjukvård och av dem vårdades 89 på vanliga vårdavdelningar och 31 på intensivvårdsavdelningar.

I Finland inleddes vaccinationerna mot Covid-19 den 27 december 2020 med början från äldre och andra riskgrupper för allvarlig coronavirussjukdom. Vaccination av 12–15-åringar inleddes den 9 augusti 2021. Vaccinationerna ger ett gott skydd mot allvarlig sjukdom och den ökade vaccinationstäckningen har ändrat epidemins förlopp. För närvarande rapporteras det smittor och behov av sjukhusvård framför allt bland ovaccinerade. I Finland hade 79,9 procent av målbefolkningen för vaccinationerna, det vill säga personer över 12 år, fått två vaccindoser fram till den 9 november 2021. Epidemin och att den drar ut på tiden samt restriktionerna och rekommendationerna har varit en utmaning för servicesystemet.

³ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140996>

mendationerna 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-epidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen raportti 3/2021⁴, raportti 14/2020⁵). (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 besökstider 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 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 epidemiläget 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. 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. De psykiatriska specialiteterna har betydande svårigheter att klara av den ökade efterfrågan på tjänster.

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. Även inom mun- och tandvården genomfördes mer än en miljon färre besök 2020 än året innan. Verksamhetsförutsättningarna för primärvårdstjänster för barn och unga har försämrats inom rådgivningen, skolhälsovården och studerandehälsovården, eftersom det under coronaepidemin har gjorts mängder av personalöverföringar inom dessa tjänster och hälsoundersökningarna har minskats. Behovet av stöd för barn, unga och barnfamiljer har dock ökat under epidemin. Familjernas levnadssätt har försämrats och stress, ensamhet, psykiska problem samt problem relaterade till föräldraskapet och parförhållandet har ökat. Dessutom har flera tjänster som upprätthåller funktionsförmågan haft uppehåll under epidemin. Konsekvenserna av detta framhävs i synnerhet bland personer med funktionshinder, handikappade och äldre.

⁴ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142536>

⁵ <https://www.julkari.fi/handle/10024/140661>

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 kostnader. Å andra sidan stöder ett avhjälpanne av situationen på ett betydande sätt samhällets återhämtning från coronaepidemin. Hela fenomenet är komplicerat och komplext. Orsakssambanden är mångsidiga och skiljer sig delvis från varandra i olika delar av servicesystemet. Kunskapsunderlaget är otillräckligt och i synnerhet om den ännu dolda efterfrågan finns det inte tillgång till tillförlitlig information. Det finns många förväxlingsfaktorer. En del av konsekvenserna för hälsotillståndet och välfärden framgår först på längre sikt.

I servicesystemets praktiska verksamhet har det skett förändringar särskilt i och med det påtagligt 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 överfört 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, möjliggöra en snabbare tillgång till 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.

Genomförandeplanen för programmet är i beredningsskedet hösten 2021. Storleken på det slutliga finansieringsbelopp som Finland får ur återhämtningsinstrumentet är ännu öppen i november 2021. Planen är uppbyggd så att det för pelare fyra anvisas 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. Finansieringsbeloppet och fördelning preciseras i och med beredningen. Utvecklingen av servicesystemet som hänför sig till Finlands program för hållbar tillväxt genomförs genom att dela ut statsunderstöd för utvecklingsåtgärder till områdena. Den helhet statsunderstöd utgör grundar sig på statsunderstödslagen och för den utfärdas en social- och hälsovårdsministeriets förordning hösten 2021. Den styr projektens målsättning och verkställande, uppföljning och rapportering gällande projekten.

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 verkningfullhet, flexibla tjänster och kostnadskontroll.

Enligt den enkätundersökning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2019 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 multisyjuka, 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 utnämningsspraxisen 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.

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.⁶

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.

⁶ 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>

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 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* (2020:39⁷) 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).

⁷ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162061>

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.

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, skötarläkarkonsultationer, 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 registreringssätt. Statistikuppgifterna för tjänsten Jourhjälp 116117 och delvis för köpta tjänster som tillhandahålls av privata tjänstproducenter 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 besökprestationer 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-statsunderstödet 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 till situationen hösten 2021 och ta 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 cirka 23,7 miljoner). Av dessa var antalet läkarbesök 5,9 miljoner (2020 cirka 7,0 miljoner) och antalet besök hos yrkesutbildad personal inom mun- och tandvården 16,9 miljoner (2020 cirka 16,8 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). Av alla besök på hälsocentralen var besöken inom primärvårdens öppna sjukvård relativt flest (44 procent, 2020 cirka 42 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 2019 gjordes i genomsnitt 3,8 besök per kund inom primärvårdens öppna sjukvård (2020 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 uppgick kunderna inom den öppna sjukvården till 2,9 miljoner (53 procent av befolkningen).

Det finns landskapsvisa skillnader i andelen kunder som använt läkartjänster inom hälsocentralernas öppenvård. I Nyland var 46 procent av invånarna kunder hos en läkare inom primärvårdens öppenvård 2019 medan andelen i Södra Österbotten var 65 procent.

År 2019 gjordes 5,3 miljoner besök vid mun- och tandvården (2020 cirka 4,3 miljoner besök). 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).

År 2019 hade primärvårdens mentalvårdsarbete 117 436 kunder (116 229 personer 2020) och antalet besök uppgick till 827 468 (726 693 år 2020). Inom primärvårdens alkohol- och drogarbete var antalet kunder år 2019 sammanlagt 34 996 (33 191 personer år 2020) och antalet besök uppgick till 437 655 (373 504 år 2020). 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. 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 2019⁸ görs cirka 80 procent av bedömningarna av vårdbehov i icke-brådskande tidsbokningssituationer 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.

Inom bedömningen av vårdbehov utvecklas det snabbt elektroniska verktyg, till exempel olika teleförelbindelser, 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 nå-

⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/138981>

gon form av mottagning utanför tjänstetid minst en gång per vecka. Två tredjedelar av organisationerna tillhandahöll mottagning utanför tjänstetid, men många organisationer 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.

I mars 2021 fick kunden i 64 procent av besöken komma till icke-brådskande mottagning hos en läkare inom den öppna sjukvården inom en vecka från att vårdbehovet hade bedömts. Välfärdsområdesvis sett finns det dock även stora skillnader i tillgången till vård. Andelen personer som väntat i mer än 7 dygn var i mars 2021 mer än hälften av alla genomförda icke-brådskande mottagningsbesök hos läkare i Egentliga Tavastlands (50,8 procent), Egentliga Finlands (52,8 procent) och Södra Karelens (54,2 procent) blivande välfärdsområden. Den minsta andelen personer som väntat i mer än 7 dygn hade Kajanalands (10 procent), Norra Karelens (11,1 procent) och Mellersta Nylands välfärdsområde.

Vid en granskning av regionförvaltningsverken per verksamhetsområde fanns det här skillnader på mellan 70 procent i Östra Finland till 52 procent i Västra Finland och Norra Finland. I mer än tre månader väntade man på att få besöka läkarmottagningen i fyra procent av besöken inom regionförvaltningsverket i Norra Finlands område och i en procent av besöken inom regionförvaltningsverket i Lapplands område.

Patienterna får i allmänhet komma snabbare till sjukskötarens mottagning än till läkarens mottagning. På våren 2021 gjordes cirka 80 procent av besöken på sjukskötarens/hälsovårdarens mottagning inom den icke-brådskande vården, i de fall där man känner hur lång tid det tog innan man fick tillgång till vård, inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet.

I september 2021 genomfördes inom mun- och tandvården 87 procent av de icke-brådskande mottagningsbesöken inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet (2 procent inom mer än sex månader). Procentandelarna per regionförvaltningsverk var: Södra Finland 91 (1), Västra Finland 78 (3), Östra Finland 85 (1), Västra och Inre Finland 78 (4), Norra Finland 95 (1), Lappland 88 (1). Av besöken hos tandläkare genomfördes 86 procent inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet (2 procent inom mer än sex månader). Andelarna specifikt för varje regionförvaltningsverk varierade mellan 74 procent i Västra Finland till 95 procent i Norra Finland. Av besöken hos munhygienist genomfördes 80 procent inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet (2 procent inom mer än sex månader). Andelarna specifikt för varje regionförvaltningsverk varierade mellan 80 procent i Västra och Inre Finland till 91 procent i Östra Finland.

Distanskontakterna som påskyndats av covid-19-epidemin och olika nya verksamhetsmodeller har ökat på 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 registratorn 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 sjukskötarnas 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 besöksorsakerna), 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, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar (5,6 procent av besöksorsakerna) 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 den 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 under januari–september 2021. Största delen (76 procent 2019) 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 jourcen är äldre multipelsjuka personer. För dem är jourcen ofta en oändamålsenlig vårdplats, eftersom det vid jourcen 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 jourcen 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 kundresponsenkät⁹ 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 responserna 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 responserna 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-epidemin har påverkat nöjdheten för dem som besökt hälsostationerna, utan resultaten var likartade som 2018.

Inom mun- och tandvården genomfördes en motsvarande kundnöjdhetsenkät för tandläkarnas och munhygienisternas mottagning senast 2018¹⁰. 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 avhjälpats 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 betyget mellan 4,4 och 4,8. Enkäten genomförs igen i november 2021.

I Finsote-undersökningen 2020¹¹ 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 skötarmottagningen. 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 skötarmottagningen 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 skötarmottagning 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

⁹ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/terveysasemien-asiakaspalaute> , läst 18.10.2021

¹⁰ <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalaute/hammashoitolojen-asiakaspalaute> , läst 18.10.2021

¹¹ <https://www.julkari.fi/handle/10024/142634>

(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 av en långsam tillgång till vård¹². 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-brådskande tid redan samma dag eller nästa dag, medan ett icke-brådskande besök inom den offentliga sektorn vanligtvis realiserar efter tre månader.

Enligt årets (2021) skolhälsovårdsenkät fick 4,7 procent av de studerande vid yrkesläroanstalter som haft behov att besöka läroanstaltens hälsovårdare i annat fall än vid en hälsoundersökning, inte komma till hälsovårdarens mottagning trots att de försökt under läsåret. 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 haft behov att besöka läroanstaltens läkare i annat fall än vid en hälsoundersökning, inte komma till läkarens mottagning trots att de försökt under läsåret. 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 brådskande servicebehov, men de icke-brådskande 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-brådskande 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-brådskande 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 genomförde¹³ 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 ökade oron något under epidemin, och i den senaste enkäten den 22 september 2021 rapporterade 29 procent av dem som svarade 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

¹² 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>

¹³ <https://www.stat.fi/tup/htpalvelut/tutkimukset/kansalaispulssi.html> , läst 18.10.2021

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 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 2021–2070¹⁴ 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 procent 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

I oktober 2020 sysselsatte den kommunala sektorn 425 000 personer. Utbildning inom social- och hälsovård har varit det vanligaste utbildningsområdet bland kommunalt anställda redan länge. Enligt Kommunala arbetsmarknadsverket KT hade 47,1 procent av de kommunalt anställda utbildning inom hälso- och välfärdssektorn.

Största delen av de anställda inom social- och hälsovården är närvårdare (75 513 sysselsatta) och nästan lika många är sjukskötare (71 514 sysselsatta). Den största personalgruppen i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppna sjukvård utgör sjukskötare och hälsovårdare.

¹⁴ https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_fi.pdf

De utgör 47 procent av personalen vid hälsostationerna och läkarna utgör cirka 37 procent. 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.

Enligt Finlands Läkarförbunds årsstatistik fanns det den 31 januari 2018 i Finland sammanlagt 21 148 legitimerade läkare i arbetsför ålder. I Finland finns det 3,8 läkare per 1 000 invånare. Cirka hälften av läkarna arbetar heltid på sjukhusen och cirka en fjärdedel vid hälsocentralerna. På privata läkarstationer arbetar 16 procent.

Finlands Läkarförbund har årligen genom en enkätundersökning bland de ledande läkarna på hälsocentralerna klarlagt läkarsituationen på hälsocentralerna. Enligt enkäten som kartlade situationen den 7 oktober 2020 hade hälsocentralerna sammanlagt 4 028,5 tjänster och av dem var 294,5 otillsatta. Av dem som svarade bedömde 66 procent att läkarsituationen i sin helhet är mycket bra eller ganska bra och 19 procent att den är mycket dålig eller ganska dålig. Varken en bra eller dålig situation bedömde 16 procent av dem som svarade (n=139). Läkarbristen bedömdes vara störst i Kajanaland (31,4 procent), Norra Karelen (19,6 procent) och i Södra Savolax (19,2 procent). Minst var läkarbristen i Norra Österbotten, Egentliga Tavastland och i Birkaland (1,4 procent i varje). I enkäten frågades det också efter en bedömning av behovet av fler befattningar om målet med en vårdgaranti på 7 dagar eftersträvas. I genomsnitt bedömde de som svarade att det behövs 18 procent fler befattningar i förhållande till det totala antalet vakanser på hälsocentralerna, vilket innebär cirka 725 befattningar i hela landet. Cirka var sjätte av hälsocentralerna som svarade uppgav att det inte behövs fler befattningar.

Enligt Tillstånds- och tillsynsverket för social och hälsovården Valvira statistik fanns det i januari 2021 i Finland 5 367 legitimerade tandläkare under 65 år och 3 163 munhygienister. 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 universitet, 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 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 7 oktober 2020 var 104 tandläkarbefattningar vid hälsocentralerna obesatta, tandläkarbristen varierade betydligt mellan sjukvårdsdistrikten. I Länsi-Pohja och Södra Savolax var tandläkarbefattningarna besatta. Bland de sjukvårdsdistrikt som uppgett ett underskott på tandläkare var antalet obesatta befattningar minst i HUS (1,0 procent), Norra Karelen (1,7 procent) och Norra Savolax (1,8 procent). Störst var underskottet i Vasa (18,5 procent), Södra Karelen (15,0 procent) och i Satakunda (12,4 procent). I Södra Karelen användes relativt sett mest inhyrd arbetskraft, där 15,6 procent av tandläkarna var inhyrda arbetstagare. I kommuner där det inte fanns obesatta tandläkarbefattningar vid hälsocentralerna fanns det sammanlagt cirka 2,5 miljoner invånare, i kommuner med ett underskott på tandläkare på 1–9 procent fanns det cirka 1,7 miljoner invånare och i kommuner med ett underskott på tandläkarbrist på mer än 9 procent fanns det 1,1 miljoner invånare. Av hälsocentralerna köpte 72 procent specialisttandläkartjänster i form av köpta tjänster, 37 procent jourtjänster utanför regelbunden arbetstid och 32 procent vanliga tandläkartjänster. I enkäten begärdes också en bedömning av tillgången på arbetskraft när det gäller munhygienister och tandskötare. Nästan 40 procent av hälsovårdscentralerna bedömde att tillgången på munhygienister var dålig eller mycket dålig

och motsvarande bedömning av tillgången på tandskötare gav nästan 60 procent 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 befattningar hade kommunerna och samkommunerna sammanlagt ett underskott på 2 800 vakanser. 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 befattningarna 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 som baserar sig på arbets- och näringsbyråernas bedömningar av framtidsutsikterna för centrala yrken inom den närmaste framtiden. Enligt bedömningen i den senaste yrkesbarometern (09/2021) fanns det bland de 15 vanligaste yrkena med arbetskraftsbrist nio yrken inom social- och hälsovård. Inom den närmaste framtiden är det bland annat brist på sjukskötare och hälsovårdare, närvårdare, talterapeuter, allmänläkare och specialistläkare samt tandläkare. På motsvarande sätt finns det inte bland de yrken med det största överutbudet på sökande ett enda yrke inom social- och hälsovårdssektorn.

Rekryteringsproblem är vanligare inom social- och hälsovården än inom sektorerna i genomsnitt. Enligt arbets- och näringsministeriets branschrapport (2021:2) saknades nästan 25 000 arbetstagare inom social- och hälsovårdssektorn 2019. 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 utbildningstadiet. 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 effektiviserad 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 hänförs till social- och hälsovårdssektorn. Den största ökningen hänförs 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 fortsatta åtgärder som bland annat hänförs 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 examensstrukturernas 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.

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 kundernas 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 fastställande 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 2020 omfattades då 4,0 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 juren 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 sjukvårdsdistrikt 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 i regel på grund av covid-19-epidemin. Under januari–september 2021 var antalet remisser 653 522 det vill säga ökningen jämfört med den föregående epidemivåren var 11,7 procent.

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, assisterade 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 betvudelsefulla 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 riktlinjerna 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 årsverken uppgick den 30 september 2021 till totalt 548, och av dessa fanns 220 inom allmänmedicin, 113 inom psykiatri, 187 inom mun- och tandvård och 28 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- och distanstjänster i hela landet oberoende av ort.

Antalet besök hos stiftelsen under tiden den 1 januari–30 september 2021 var sammanlagt 520 762, när alla tjänster beaktas. Av dessa gällde 398 482 allmänmedicin och psykiatri och 122 280 mun- och tandvård. Under samma tidsperiod anlidade 80 868 studerande service inom allmänmedicin och mentalvård och 50 996 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 tidsfrister 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 tidsfristerna 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 Kylmäkoski, 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, och i Vanda, där Finlands största häkte är beläget, finns en läkare på plats varje vardag och på mindre polikliniker, såsom i S:t Michel eller Kylmäkoski, finns en läkare på plats två–tre dagar i veckan. De minsta fängelserna besöker en sjukskötare en gång i veckan och en läkare 1–2 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. Antalet utomstående poliklinikbesök har minskat sedan 2017 och låg 2019 på 3 746. Antalet vårddygn vid utomstående sjukhus var 380 år 2019. Inom mun- och tandvården behandlades 2 785 patienter 2019 och antalet patientbesök inom tandvården var 7 793. Dessutom gjordes 308 utomstående tandvårdsbesök. I fråga om mun- och tandvården specificeras det inte om det rör sig om brådskande och inplanerade behandlingar. Besöksstaten inbegriper dels akuta besök, dels 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 rådgivningsbyrå 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. Ett verksamhetsställe erbjuder mun- och tandvård för fångarna i flera fängelser. Hösten 2021 är den genomsnittliga väntetiden för en undersökning 40 dagar. Väntetiden beror inte enbart på antalet anställda inom hälso- och sjukvården för fångar, utan är också beroende av Brottsförmyndighetens 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 tidsfristerna för tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården är långa. Tidsfristerna 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 kundnöjdhetenkäter 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 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 tidsfristen för tillgång till 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 tidsfrister för tillgång till 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 tidsfristerna ska kunna hållas. Behovet av denna tilläggsresurs kan minskas när nya verksamhetsätt 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 styrts 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 mångsidigt sätt utifrån den regionala situationen och behovet. Det finns mest erfarenhet av och belägg för 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 viktiga 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, vilket understryker vikten av regional granskning.

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 hälso- och sjukvården för fångar är motiverat att uttryckligen föreskriva om tidsfrister 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 tidsfrister 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. 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. Fördehlen 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 fastställda 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 häktninglagen. Eftersom det finns bestämmelser om "intagning för vård och ordnande av vård" också i andra lagar (om än inte om tidsfristerna 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 till mentalvårstjänster. 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 tidsfristen för tillgång till vård förkortas till tre månader.

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 tidsfrister för tillgången till vård som gäller hälso- och sjukvården för fångar är att trygga normalitetsprincipen för fångvården och förverkligandet av jämlikhet.

Enligt nuvarande lagstiftning ska den icke-brådskande vård som vid bedömning av vårdbehovet konstaterats behövt inom primärvårdens öppna sjukvård ordnas inom tre månader och inom mun- och tandvården inom sex månader från det att vårdbehovet har bedömts. Till följd av dessa långa tidsfrister är det tämligen stora regionala variationer i tillgången till vård. Syftet med de skärpta tidsfristerna 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 hälsoskillnaderna 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 studerandehälsovård 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 omedelbart kan få kontakt med en verksamhetsenhet inom primärvården och 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 det ordnas den första vårdhändelse som inom primärvårdens icke-brådskande vård anknyter till insjuknande, skada, förvärrad kronisk sjukdom, uppkomst av nya symtom eller försämring av funktionsförmågan. 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 har 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 vårdtider så att patienterna har faktisk

möjlighet att få vård inom de föreskrivna tidsgränserna. Vid bedömningen ska det också bedömas huruvida patienten behöver vård snabbare än inom sju dygn eller mun- och tandvård snabbare än inom tre månader. Detsamma gäller studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar.

Dessutom föreslås det att om en patient på basis av bedömningen av vårdbehovet har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare och det vid denna första vårdhändelse konstateras att det finns behov av undersökning, behandling eller rehabilitering hos en läkare eller tandläkare, ska tillgång till läkare ordnas inom de följande sju dygnen inom primärvårdens sjukvård eller till tandläkare inom de följande fyra veckorna. Syftet med bestämmelsen 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, kundgruppsrelaterade uppföljnings- och kontrollbesök eller tjänster som främjar hälsa och välbefinnande, såsom hälsorådgivning, hälsokontroller, resevaccinationer eller intyg som hänför sig till tjänsterna. Tidsgränsen på sju dagar ska inte heller gälla mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin.

Sådan icke-brådskande vård inom primärvården som inte omfattas av tidsgränsen på sju dygn samt sådana tjänster som hänför sig till vård och rehabilitering eller främjar hälsa och välbefinnande och inte omfattas av tidsgränsen på sju dygn ska ordnas inom en tid som är skäligen 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.

Inom mun- och tandvården ska tidsgränsen på tre månader inte gälla situationer där det i vårdplanen har skrivits in ett individuellt undersökningsintervall för patienten, om det inte vid bedömningen av vårdbehovet visar sig att patienten behöver undersökning eller vård tidigare än den tidpunkt som följer av undersökningsintervallet. Bestämmelserna om att få vård föreslås också bli preciserade så att en vårdperiod ska slutföras inom skäligen tid utan onödiga fördröjningar mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska det anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

I lagen ska det för tydlighetens skull föreskrivas att den ovan beskrivna regleringen om tidsgränser för tillgång till vård inte ska tillämpas på screeningundersökningar eller på periodiska undersökningar som hör till rådgivningsbyråverksamheten eller skol- eller studerandehälsovården. Bestämmelserna ska inte heller tillämpas på andra vaccinationer än sådana som hör till den icke-brådskande sjukvården. Dem föreskrivs det särskilt om genom förordning och i lagen om smittsamma sjukdomar. Där föreskrivs det om tidsperioder under vilka screening, periodiska undersökningar eller vaccinationer ska ordnas samt i vilken ordningsföljd de ska ordnas och för vilka åldersgrupper eller andra befolkningsgrupper de ska ordnas. Därför lämpar sig logiken i bestämmelserna om väntetiderna till vård inte för sådana åtgärder. Sådana tjänster ska tillhandahållas på det sätt som förutsätts enligt lagstiftningen om dem och enligt god vårdpraxis. Om

det i samband med en sådan tjänst dock observeras ett behov av fortsatta undersökningar eller vård, eller om det annars i samband med hälso- och sjukvårdstjänster observeras behov av annan vård eller undersökningar, ska bestämmelserna om tillgång till vård tillämpas.

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 ändras inte. I fortsättningen föreskrivs 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 publicera uppgifter om tillgången till vård på internet, och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska göra dessa uppgifter tillgängliga även i fängelset. Bestämmelsen om vilka uppgifter som ska offentliggöras föreslås bli preciserad, så att man bättre än i nuläget ska kunna jämföra tillgången till vård. I fråga om verksamhetsenheter inom primärvårdens öppenvård och mun- och tandvården ska bestämmelsen ändras så att uppgifterna om kontakt till hälsovårdscentralen och om väntetider till icke-brådskande vård inom primärvården 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.

Propositionens inverkan på användningen av tjänsterna inom primärvårdens öppna sjukvård blir sannolikt störst under det första året efter att lagen har trätt i kraft. Det är sannolikt att användningen av tjänsterna jämnas ut efter det, men i vilket fall som helst bedöms det att kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård bestående bör höjas till en högre nivå än den nuvarande. Tjänsterna inom välfärdsområdenas mun- och tandvård bedöms inte behöva tilläggskapacitet annars än vid förkortning av köerna, eftersom den föreslagna väntetiden på tre månader till icke-brådskande mun- och tandvård fortsatt är lång.

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 sådana perioder på vårdavdelning inom primärvårdens slutenvård som går att undvika kommer att minska. Propositionen bedöms också 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. Samtliga ekonomiska bedömningar innehåller betydlig osäkerhet, och de fortsätter att preciseras innan propositionen lämnas till riksdagen. Vid preciseringen används uppgifter som fås under remissbehandlingen.

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. 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 har också bedömts att kapaciteten måste höjas under det första året efter att de föreslagna lagarna trätt i kraft för att svara på den så kallade uppdämda efterfrågan. Utöver att utveckla verksamhetsrutinerna kan kapaciteten ökas genom att utöka både vårdpersonal och stödpersonal i verksamheten i fråga, använda mera teknik som utnyttjar digitaliseringen, köpa primärvårdstjänster från andra tjänsteproducenter och använda sig av servicesedlar.

Det bedöms att behovet av kapacitet inom primärvårdens öppna sjukvård ökar, så att den nuvarande verksamheten när lagen träder i kraft bör utvidgas med 8 procent i förhållande till de nuvarande kostnaderna. Dessutom bedöms det att den uppdämda efterfrågan, förkortandet av köerna, inklusive det förkortande av köerna till mun- och tandvården som beskrivs närmare nedan, och övriga omställningskostnader medför ett behov av att utvidga verksamheten det första året efter ikraftträdandet med 3 procent i förhållande till de nuvarande kostnaderna för

primärvårdens öppna sjukvård. Kostnadstrycket på grund av efterfrågan som förskjuts från de sjukvårdstjänster inom företagshälsovården som motsvarar hälsovårdscentralernas öppna sjukvård bedöms bli 3 procent av kostnaderna för företagshälsovårdens sjukvårdstjänster 2023, 6 procent 2024 och 10 procent från och med 2025. Kostnadstrycket på grund av efterfrågan som förskjuts från tjänster som motsvarar hälsovårdscentralernas öppna sjukvård och som ersätts från sjukförsäkringen bedöms bli 5 procent av de tjänster som ersätts från sjukförsäkringen 2023 och 10 procent från och med 2024. När det gäller förskjutningen av efterfrågan har det dock bedömts att endast en tredjedel av de undersökningar som hör till företagshälsovårdens sjukvårdstjänster och tjänster som ersätts från sjukförsäkringen i fortsättningen kommer att utföras vid hälsovårdscentralerna.

Sammantaget bedöms det att kostnadstrycket på välfärdsområdenas hälsovårdscentraler i hela Fastlandsfinland i jämförelse med nuläget blir cirka 156 miljoner euro 2023, 184 miljoner euro 2024 och 180 miljoner euro från och med 2025. I förhållande till de nuvarande kostnaderna för verksamheten innebär det en ökning på 8,9 procent 2023, 10,5 procent 2024 och 10,3 procent 2025. I fråga om de personalresurser som ekonomiskt är mest signifikanta beräknas detta kostnadstryck innebära 495 läkares och 420 sjukskötares årsverken 2023, 605 läkares och 455 sjukskötares årsverken 2024 samt 620 läkares och 425 sjukskötares årsverken 2025. Denna bedömning baserar sig på yrkesgruppspecifika kostnadsuppgifter ur 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 2025 innebär det ovannämnda kalkylmässigt en ökning på cirka 950 000 läkarbesök och 935 000 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 kan man uppskatta att antalet personer som har väntat på vård i över tre månader som mest kan uppgå till sammanlagt cirka 10 000 personer 2023 vid en tvärsnittstidpunkt före vårdgarantiändringen, om köerna inte förkortas före det.

År 2019 var bruttokostnaderna för mun- och tandvården 326 euro/kund och nettokostnaderna (intäkterna av kundavgifterna beaktade) 283 euro/kund. Bruttokostnaderna för att förkorta den ovannämnda kön på cirka 10 000 personer blir således cirka 3,3 miljoner euro och nettokostnaderna cirka 2,8 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 kundavgifter beräknas öka med 0,5 miljoner euro till följd av denna förkortning av köerna.

Efter att köerna till mun- och tandvården förkortats kommer det enligt bedömningen att vara kostnadsneutralt att hålla väntetiderna till icke-brådskande vård inom tre månader, eftersom tre

månader fortsatt är en lång tid att vänta på undersökning eller behandling jämfört med verksamheten inom den privata sektorn. Det att kostnaderna för att hantera köerna bortfaller, att förebyggande och tidig behandling ges vid rätt tidpunkt samt att antalet jourbesök minskar kommer sannolikt att sänka de totala vårdkostnaderna. Upprätthållandet av en verksamhet med kortare väntetider stöds av en fortgående förbättring av verksamhetsrutinerna, såsom utveckling av en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper och utnyttjande av digitaliseringen.

Propositionen har ekonomiska återverkningar på andra tjänster som välfärdsområdena har ansvar att ordna. En ökad användning av primärvårdens tjänster bedöms 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. Samtidigt bedöms efterfrågan på jourtjänster dygnet runt på primärvårdsnivå vid primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens samjour 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 2023, 10 procent 2024 och 15 procent från och med 2025. En ökad användning av primärvårdens tjänster och kortare väntetider till vård bedöms också ersätta användning av den specialiserade sjukvårdens tjänster och förhindra att besvär och behov blir värre, så att 1 procent av sjukhusperioderna inom den specialiserade sjukvården kan undvikas och 15 procent av de i jämförelse med nuläget nya läkarbesöken vid hälsovårdscentralerna ersätter ett besök inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård. Sammantaget bedöms det att kostnadstrycket på den specialiserade sjukvårdens tjänster i jämförelse med nuläget (läget år 2019) minskar 32 miljoner euro 2023, 50 miljoner euro 2024 och 58 miljoner euro från och med 2025. 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. Även perioderna på vårdavdelning inom primärvården bedöms minska med 2 procent i och med en ökad användning av primärvårdens öppna sjukvård och kortare väntetider, vilket minskar kostnadstrycket på välfärdsområdena med 15 miljoner euro 2023 och 20 miljoner euro från och med 2024 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 109 miljoner euro 2023 (beaktat att ikraftträdandet är vid ingången av april), 114 miljoner euro 2024 och 103 miljoner euro från och med 2025. Förändringarna i verksamhetens volym bedöms i sin helhet leda till att inkomsterna av kundavgifter ökar med ett belopp av cirka 3 miljoner euro 2023 och 2024 och 2 miljoner euro från och med 2025. Statlig finansiering anvisas till välfärdsområdena i enlighet med lagen om välfärdsområdenas finansiering.

Konsekvenser för övriga myndigheters ekonomi

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 de kostnader som stiftelsen orsakas i detta avsnitt. Propositionen bedöms orsaka SHVS omställningskostnader samt behov av att bestående öka kapaciteten inom de allmänmedicinska tjänsterna och mentalvårdstjänsterna. I fråga om SHVS innehåller bedömningen av kostnadstrycket till och med ännu mer osäkerhet än de övriga bedömningarna, eftersom stiftelsens verksamhet under coronaviruspandemin har börjat omfatta även studerande vid yrkeshögskola. SHVS:s kostnader bedöms öka med cirka 1,3 miljoner 2023 och 1 miljon euro från och med 2024. 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.

Inom hälso- och sjukvården för fångar bedöms propositionen orsaka behov av att höja kapaciteten hos Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Enligt bedömningen kommer antalet kontakter att till följd av propositionen öka med 20 procent jämfört med 2019, vilket motsvarar 16,9 sjukskötares och 3,2 läkares årsverken vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. I fråga om mun- och tandvården har propositionen inga betydande konsekvenser inom hälso- och sjukvården för fångar. Utöver utökad kapacitet vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar bedöms propositionen förutsätta utökade resurser för Brottspåföljdsmyndigheten. På årsnivå ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården för fångar med uppskattningsvis 1,2–2 miljoner euro.

Det bedöms att propositionen orsakar social- och hälsovårdens tillsynsmyndigheter kostnader på sammanlagt 0,5–1 miljon euro på årsnivå.

Konsekvenser för statens ekonomi

I enlighet med lagen om välfärdsområdenas finansiering ska nivån på den statliga finansieringen ändras för att beakta utvidgningen av uppgiften. Den kalkylmässiga ökningen av kundavgifterna beaktas vid höjningen av finansieringens nivå. Höjningen av nivån på finansieringen till välfärdsområdena ökar således statens utgifter i jämförelse med nuläget med 105 miljoner euro 2023, 111 miljoner euro 2024 och 100 miljoner euro från och med 2025.

På den statliga ekonomin inverkar dessutom 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 107–108 miljoner euro 2023, 112–114 miljoner euro 2024 och 102–103 miljoner euro 2025. 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 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Välfärdsområdena (kostnadstryck med beaktande av ökade kundavgifter), varav | 105,4 | 111,0 | 100,4 |
| primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvård | 155,6 | 183,6 | 180,5 |
| primärvårdens slutenvård | -14,9 | -19,9 | -19,9 |
| specialiserade sjukvården | -32,0 | -50,2 | -57,8 |
| ökade inkomster av kundavgifter | -3,2 | -2,6 | -2,4 |
| Studenternas hälsovårdsstiftelse | 1,0 | 0,7 | 0,7 |
| Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottspåföljdsmyndigheten | 0,9–1,5 | 1,2–2 | 1,2–2 |
| Tillsynsmyndigheterna | 0,3–0,8 | 0,5–1 | 0,5–1 |
| Sjukvårdsförsäkringen | -0,38 | -1,02 | -1,02 |

| Faktor som inverkar på statens ekonomi, miljoner euro på 2019 års nivå | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Totalt | 107–108 | 112–114 | 102–103 |

Konsekvenser för företagen

Propositionens konsekvenser för de företag som producerar hälso- och sjukvårdstjänster och de företag som tillhandahåller stödtjänster och vissa mellanprodukter pekar i olika riktningar. 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, 2025 leda till en ökning på omkring 15 miljoner euro i fråga om köp av slutprodukter av andra än välfärdsområdena. Samtidigt beräknas den tjänsteproduktion som ersätts av sjukförsäkringen minska med cirka 14 miljoner euro och den omsättning som uppstår via de sjukvårdsrelaterade tjänsterna inom företagshälsovården att krympa med cirka 22 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 4 miljoner euro. Det bortfall av inkomster som nämns nedan framhäver 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 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 anlitaandet av välfärdsområdenas primärvårdstjänster i och med propositionen. 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.

Snabbare tillgång till vård kan ha en positiv inverkan på befolkningens arbetsförmåga och behovet av sjukledning. 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 ökning 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 överförts till välfärdsområdena. I välfärdsområdena 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 öppna sjukvård 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.

Som en del av samtliga välfärdsområdens 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 invant 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 inom de nya skärpta tidsgränserna. I dessa områden förutsätter skärpningen av tidsgränserna i praktiken inga 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.

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 2023, 10 procent 2024 och 15 procent 2025 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 servicesiggar. 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, närstående vårdare 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 minskar med 2 procent 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 den elektiva efterfrågan på specialiserad sjukvård. 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 vara sådana som ersätter ett besök hos den specialiserade sjukvården. Välfärdsområde-

nas 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 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 kundavgifternas 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 5 procent av de besök hos allmänläkare som nu sker inom den privata hälso- och sjukvården i stället kommer att ske inom den offentliga primärvården 2023, för att 2024 öka till 10 procent, varefter läget bedöms jämnas ut sig. 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 3 procent av de besök som nu sker hos företagshälsovårdens sjukvård i stället kommer att ske hos välfärdsområdenas primärvård 2023, för att 2024 öka till 6 procent. År 2025 bedöms det att 10 procent av besöken har förts över, varefter läget jämnas ut sig.

Konsekvenser för personalen

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 det ökade antalet mottagningsbesök inom primärvårdens öppna sjukvård orsakar ett behov av ökade personalresurser som per yrkesgrupp motsvarar en insats på ca 495 årsverken av läkare och en insats på ca 420 årsverken av sjukskötare eller hälsovårdare under det första verkställighetsåret, dvs. 2023. Det följande året är behovet något större, dvs. en insats på 605 årsverken av läkare och 455 årsverken av sjukskötare. År 2025 behövs en insats på 620 årsverken av läkare och 425 årsverken av sjukskötare.

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 2020 nästan 295 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. 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 examen¹⁵. 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 2022¹⁶. Enligt Läkarförbundet kommer det ca 300–400 fler läkare in på arbetsmarknaden per år under de närmaste åren om man beaktar pensionsavgången¹⁷. Inom avtalsområdet för läkare har också deltidsarbete varit vanligt, och 2020 var andelen deltidsanställda nästan 23 procent¹⁸. 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 i de flesta regionerna är bristen mycket stor. Även utbildningsvolymen för dessa yrkesutbildade personer har emellertid 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.

Säkran det 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

¹⁵ Antalet personer som studerar medicin utomlands ökade åter. Lääkärilehti 35/2019. (på finska) <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ulkomailla-laaketiedetta-opiskelevien-maara-kasvoitaas/>

¹⁶Högskolorna får drygt 10 200 fler nybörjarplatser åren 2020–2022. https://okm.fi/-/runsaat-10-200-aloituspaikka-lisaa-korkeakouluihin-vuosina-2020-2022?languageId=sv_SE

¹⁷ Läkarförbundet: En ökning av antalet nybörjarplatser inom medicin äventyrar undervisningens kvalitet. (på finska) <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakariliitto-laaketieteen-aloituspaikkojen-lisaaminen-vaarantaa-opetuksen-laadun/>

¹⁸ Allt fler läkare arbetar deltid. Kuntatyöntaja. <https://www.kuntatyöntajalehti.fi/sv/2021/3/allt-fler-lakare-arbetar-deltid>

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 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 alltså kan vara en attraktionsfaktor och en faktor som håller kvar de anställda i arbetet på hälsovårdscentralerna.

På grund av utmaningarna med tillgången på yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är det osannolikt att de personalökningar som ingår i bedömningen ovan skulle kunna genomföras fullt ut 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.

En förkortning av väntetiden till vård inom mun- och tandvården till tre månader ökar knappt alls behovet av personal, eftersom det närmast 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.

Som helhet betraktat bedöms den största risken med tanke på genomförandet av propositionen vara de omständigheter som hänför sig till tillgången på personal.

Konsekvenser för informationssystemen

Genomförandet av lagförslaget och rapporteringen och uppföljningen av att tillgången till vård tillgodoses förutsätter stöd i form av välfungerande informationssystem. För närvarande varierar de uppgifter som är tillgängliga för styrningen av ändringen i olika regioner bland annat på grund av de olika patientdatasystemen och registreringsätten, och detta föranleder ett behov av att utveckla informationssystemen. I utvecklingsarbetet ska man beakta möjligheterna att rapportera uppgifter om tillgången till vård även i fråga om nya verksamhetsmodeller, tjänsten Jourhjälp 116 117 och köpta tjänster.

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). Målet på längre sikt är att via så kallad sekundär användning få uppgifter för uppföljningen av vårdtillgängligheten ur de klientuppgifter som registrerats i de riksomfattande informationssystemtjänsterna, dvs. Kanta-tjänsterna. Den strukturella klient- och patientinformation som lagras i Avohilmo och Kanta-tjänsterna och som uppkommer vid den primära användningen av uppgifterna bör utvecklas så att den svarar mot de nya informationsbehov som gäller sekundär användning. Den rapportering om primärvårdens tillgänglighet som Institutet för hälsa och välfärd genomför bör utvecklas så att den bättre svarar mot medborgarnas och kommunernas behov och behovet av styrning och tillsyn av servicesystemet. Detta innebär bland annat nya tidsstämplar i patientdatasystemen för att de uppgifter om tillgång till vård som ska offentliggöras enligt 55 § i hälso- och sjukvårdslagen ska kunna erhållas ur dem och också överföras till de nationella registren. Inom Bra mottagning-utbildningen, som ingår i programmet Framtidens social- och hälsocentral, lär man sig 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 lönsamhet. 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 jämlikt 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 Brottspåföljdsmyndigheten

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 Brottspåföljdsmyndigheten. 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 Brottspåföljdsmyndigheten 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 omedelbart, i praktiken under samma dag, måste Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottspåföljdsmyndigheten ta fram verksamhetsformer som möjliggör omedelbar kontakt med fängelsets poliklinik och omedelbar bedömning av vårdbehovet. 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 tidsfristerna 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 tidsfrister som fastslagits. I tillsynen kan man bli tvungen att bedöma om orsakerna till att de föreskrivna tidsfristerna 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 tidsfrister leder till nya situationer inom tillsynen.

Tillsynen föreslås också omfatta tillsyn över huruvida det förekommer försök att kringgå tidsfristerna för tillgång till 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 informationsinnehållet ska fastställas noggrannare, vilket bidrar till att de uppgifter som publiceras blir allt mer enhetliga.

4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser

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

En skärpt tidsfrist 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.

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. 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. Bland dem som inte får företagshälsovård finns exempelvis de äldre, arbetslösa och en del av invandrarna och personerna med funktionsnedsättning.

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.

Språkliga rättigheter

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. Ändringen antas heller inte ha någon betydande inverkan på hur de språkliga rättigheterna tillgodoses i den praktiska verksamheten.

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 tidsfrister ska också gälla studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar. Tillgången till tjänster kommer utifrån förslagen att allt mer 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. Till dessa grupper hör bland annat äldre, arbetslösa och personer som får rehabiliteringsstöd eller pension, till exempel psykiatriska patienter och missbrukspatienter. I dessa grupper finns många personer med långtidssjukdom, där riskfaktorerna upptäckts och behandlats med fördröjning när tillgången till tjänster varit dålig. Till exempel en del arbetslösa befinner sig i en situation 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.

När tidsfristerna 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 tidsfrister 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. Tidsfristerna 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)¹⁹ 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.

¹⁹ Raivio, R: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden keskuksissa. Tampere University Press 2016. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/99564>

Konsekvenser för jämställdheten

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. Det finns inga heltäckande forskningsrön om hälsan och välbefinnandet hos transpersoner och personer med intersexvariationer.

Kvinnor har noterats använda många av social- och hälsovårdstjänsterna mer aktivt än män. Enligt uppgifterna i vårdanmälningsregistret Avohilmo var cirka 57 procent av de kunder som gick på primärvårdsmottagning 2020 kvinnor. År 2020 stod kvinnorna för cirka 58 procent av läkar- och tandläkarbesöken inom primärvården, och kvinnorna anlitar också tjänster allt mer med stigande ålder. Transpersoner och personer med intersexvariationer har varierande erfarenheter av tjänsterna. Till exempel hade 20 procent av de finländska transpersoner som besvarade den HBTI-enkät som Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde 2020 undvikit hälsovården, och 23 procent hade upplevt diskriminering inom social- och hälsovården.

Således berör propositionens könsspecifika konsekvenser könen på olika sätt när det gäller användningen av tjänster. Eftersom det är kvinnor som använder social- och hälsovårdstjänster mest kommer också bättre tillgång till tjänster att beröra kvinnor oftare. Reformen ger dock utmärkta möjligheter till ökad jämställdhet, om välfärdsområdena när de genomför reformen identifierar och beaktar de skillnader som förekommer när det gäller att anlita 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 (Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot, 16/2012) kunde man inte observera några skillnader i fråga om läkarbesök inom primärvården utifrån vilken utbildning barnets mor har. Däremot 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. Propositionen förbättrar barnens möjligheter att få vård snabbare på lika villkor. I synnerhet till följd av snabbare tillgång till vård kommer emellertid 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. 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 dessutom placeras utanför hemmet på grund av otillräckliga hälsovårdstjänster. 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 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.

Propositionen förbättrar välfärd och hälsa bland de studerandes, 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 hälsotjänster. 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 arbetsförmåga.

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 socialservice 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

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 tidsfrister för när vård ska ge, kan hänföras till det tredje alternativet.

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 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 hälso-centraler 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 Finland 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 företagshälsövården.

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 hälso-centralprogrammet 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 hälsovårds-centraler tillhandahålla mun- och tandvårdstjänster för den vuxna befolkningen. Samtidigt utvidgades ersättningsarna 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 långtidssjukdomar 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 tidsfrister 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. Skärpningen medför i någon mån ett tryck på ändringar hos serviceanordnarna, men å andra sidan kan detta tryck anses vara skäligt. 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.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Bestämmelser om tidsfrister 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 tidsfrister 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 tidsfrister 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. Tidsfristerna för tillgången till vård grundar sig på de anvisningar som utfärdats med stöd av lagen om ordnandet av primärvårdstjänsterna (Tervishoiuteenuste korraldamise 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 värdkö, 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 tidsfristerna 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

(Kompletteras efter remissbehandlingen)

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

51 §. *Att få kontakt med primärvården samt bedömning av vårdbehovet.* Enligt 1 mom. ska ett välfärdsområde ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och 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. Bestämmelsen om att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen motsvarar den nuvarande 51 § i hälso- och sjukvårdslagen.

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. Bestämmelsen om att få omedelbar kontakt tolkas i praktiken så att kontakt ska fås under samma dag.

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. 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 uppfyller den i paragrafen avsedda skyldigheten att se till att patienterna under tjänstetid kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården. De i regleringen angivna skyldigheterna fullgörs, även om återuppringning 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 kvällstid och under veckoslut. Eftersom välfärdsområdena i paragrafen åläggs att ordna verksamheten så att kontakt och en bedömning av vårdbehovet kan fås vardagar under tjänstetid, föreligger med stöd av denna paragraf ingen skyldighet att se till att omedelbar kontakt kan fås kvällstid och under veckoslut, om hälsovårdscentralen håller öppet då. I 50 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs särskilt om skyldigheten för ett välfärdsområde 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 ska fås med vårdpunkten vid en viss läroanstalt och den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som är verksam där. För eleverna vid läroanstalter som ger grundläggande utbildning ordnar kommunerna öppna sjukvårdstjänster inom primärvården som ett inslag i hälsovårdscentralernas verksamhet. De till primärvårdstjänsterna ingående öppna sjukvårdstjänsterna inom studerandehälsovården ordnas ofta delvis 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–c, 54 och 55 § föreskrivs om välfärdsområden också Helsingfors stad.

Enligt de nuvarande bestämmelserna ska, om vårdbehovet inte har kunnat bedömas första gången patienten tog 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 omedelbart 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 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 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 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 diagnostisering som grundar sig på en medicinsk eller odontologisk undersökning och som är 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.

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 kan göras antingen genom att träffa patienten personligen eller per telefon eller med hjälp av olika tekniska applikationer. Bedömningen av vårdbehovet 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, de kan inte helt och hållet ersätta en yrkesutbildad persons insats. 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.

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 antingen av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller 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.

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. Det behöver föreskrivas om undantaget för att säkerställa att personalen räcker till. Inom mun- och tandvården gör tandskötare numera i stor utsträckning bedömningar av behovet av mun- och tandvård. 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.

En förutsättning för att bedömningen ska kunna göras av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare är att den andra yrkesutbildade personen har getts enhetliga anvisningar samt möjlighet att konsultera en läkare eller tandläkare.

51 a §. Tillgång till vård inom primärvården. I paragrafen föreskrivs om att få tillgång till icke-brådskande sjukvård inom primärvården inom sju dygn från det att det vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats behov av en undersökning som en läkare utför, en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan som en läkare utarbetar eller vård som en läkare ger eller behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en annan yrkesutbildad person. Denna paragraf avses bli tillämpad oberoende av på vilket sätt den primärvård som välfärdsområdet ansvarar för att ordna 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.

Efter att en individuell bedömning har gjorts och behov av icke-brådskande vård inom primärvården har konstaterats, ska den första vårdhändelsen ordnas inom sju dygn efter bedömningen. Tidsgränsen gäller vård för såväl fysiska som psykiska hälsoproblem. Tidsgränsen sju dygn räknas från och med den dag som följer på bedömningen. Hälsovårdscentralerna är i regel öppna om vardagarna, varför de sju dyggen i praktiken betyder fem vardagar eller färre, om söckenhelger infaller under perioden.

Med vårdhändelse avses olika vårdrelaterade händelser, alltså olika undersökningsåtgärder, diagnostisering, vård eller behandling eller utarbetande av en undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsplan. 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.

Vård kan genomföras på olika sätt, i praktiken alltså på en mottagning, per telefon, via distansförbindelse eller genom hembesök. Sättet att ge vård överenskomms i samförstånd med patienten. Med distansförbindelse avses kontakt som sker via telefon, smarttelefon, video, nätanslutning, e-post eller någon annan motsvarande distansförbindelse. Med distanstjänster avses inom hälso- och sjukvården 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. När distanstjänster genomförs gäller det också att se till att tjänsten är tillgänglig. Vid behov ska vården ordnas på en mottagning eller i form av hembesök.

I 2 mom. definieras mer ingående den vård inom primärvården som ska ordnas inom de sju dygn som följer på en i 51 § avsedd bedömning. Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården avses i paragrafen icke-brådskande vård inom området allmänmedicin som ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

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, sömnlöshet, rusmedelsmissbruk och lindrigt beroende. I området allmänmedicin ingår också en av läkare gjord bedömning av huruvida patienten kan vårdas vid hälsovårdscentralen eller behöver remitteras till den specialiserade 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 utan patienter hänvisas till läkaren i denna uppgift utgående från en remiss eller på grundval av en undersöknings-, vård- och rehabiliteringsplan som en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, även en läkare, har utarbetat. Bestämmelser om tillgång till vård i det sistnämnda fallet finns i 4 mom.

Också skötare eller andra 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 vårdbesök hos en rehabiliteringsarbetare i regel en vårdplan. Tidsgränsen sju dygn gäller inte vårdbesök hos en i vårdplanen angiven rehabiliteringsarbetare. I 4 mom. föreskrivs om dessa situationer. Sådana är till exempel besök som hänför sig till näringsterapi, talterapi, ergoterapi, fotterapi eller sådan fysioterapi som ges i form av rehabilitering. Vid vissa 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 ordnas lätt- och snabbtillgängliga mottagningar inom områdena mentalvårdsarbete eller alkohol- och drogärbete hos skötare som genomgått tilläggsutbildning eller vidareutbildning i psykosociala metoder eller andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som genomgått tilläggsutbildning eller vidareutbildning; 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 psykosociala korta terapiperioder som är avsedda för psykiska symtom. Mottagningar av detta slag omfattas av tidsgränsen sju dygn. En patient som behöver en medicinsk bedömning av en psykisk störning hänvisas inom sju dygn

till en läkare. Psykoterapier och andra psykosociala interventioner som anknyter till den psykiska hälsan, berusningsmedel och beroendebeteende och som är avsedda för behandling av psykisk störning är besök som företas inom ramen för en vårdplan, och tidsgränsen sju dygn gäller därmed inte dessa tjänster.

I icke-brådskande sjukvård inom primärvården ingår nödvändiga undersökningar och konstaterande av symtom, funktionsförmåga och sjukdomar till följd av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan, samt sådan vård och handledning som ges på grund av dem och utarbetande av vård- och rehabiliteringsplaner. 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 för tillgång till 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 tillgång till vård är längsta väntetider och vid en individuell bedömning av vårdbehovet bedöms det också huruvida 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 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.

I 3 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 i samband med en under-

söknings-, vård- eller rehabiliteringshändelse konstateras att situationen för att kunna lösas förutsätter vård som ges av en läkare. I en sådan situation ska också den följande vårdhändelsen genomföras inom de sju dygn som följer på den första vårdhändelsen, 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 följande vårdhändelse där en läkare deltar genomföras inom de sju dygn som följer på detta besök.

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

Om det inte går att lösa patientens hälsoproblem under ett vårdbesök, ska det under ett vårdbesök enligt 2 eller 3 mom., beroende på situationen, 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 3 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 sörjas 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 4 mom. föreskrivs det om situationer där de sju dygn långa tidsgränser för tillgång till vård som anges i 1–3 mom. inte gäller. Huvudregeln är att tidsgränsen sju dygn i 1 och 2 mom. gäller patientens första kontakt med anledning av ett nytt hälsoproblem eller en situation där en kronisk sjukdom förvärrats eller funktionsförmågan nedsatts, och tidsgränsen i 3 mom. gäller fortsatt utredning och vård för ett sådant hälsoproblem.

Till icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska genomföras inom utsatt tid 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 1–3 mom. har tillämpats på, innan vården och rehabiliteringen börjar genomföras i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen.

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 2 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 olika terapitjänster med anknytning till den psykiska hälsan, såsom psykoterapi, korttidspsykoterapi och andra psykosociala metoder som genomförs på basis av vårdplanen, utan först hänvisas patienten till en läkarmottagning där behovet av sådana tjänster undersöks, varpå behandlingen genomförs planmässigt. Såsom beskrivs i motiveringen till 2 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.

Tidsgränsen sju dygn omfattar inte heller till exempel i en vårdplan angivna periodiska besök för uppföljning av en kronisk sjukdom eller andra besök med anknytning till uppföljning av vårdresponsen eller den medicinska behandlingen. Inte heller omfattar tidsgränsen kontrollbesök och uppföljande besök som riktar sig till en viss kundgrupp. Sådana är till exempel hälsoundersökningar av arbetslösa eller sådana undersökningar som välfärdsområdet ordnar för en viss åldersgrupp. I 13 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda hälsoundersökningar och hälsorådgivning, exempelvis undersökningar som anknyter till körhälsa, samt preventivmedelsrådgivning och tjänster som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan omfattas inte heller de av den sju dygn långa tidsgränsen för tillgång till vård. Inte heller gäller tidsgränsen vare sig vaccinationer som resenärer behöver och som hänför sig till vård eller upprättandet av intyg av olika slag.

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 2 mom.

Enligt den nuvarande lagstiftningen ska icke-brådskande vård inom primärvården ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna helhet inbegriper sådan vård och sådana tjänster inom primärvården som inte omfattas av den sju dygn långa tidsgränsen för tillgång till vård. Annan icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster som anknyter till vård och rehabilitering samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande ska enligt det föreslagna 5 mom. 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 kontakten och bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Dessa är alltså huvudsakligen tjänster som enligt det föreslagna 4 mom. inte omfattas av tidsgränsen sju dygn.

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 kontakten” 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.

Regleringen om att en tjänst kan ordnas i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan ger inte rätt att passa in en serie 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 kommer att införa en nordisk modell för arbetskraftsservice i maj 2022. Enligt modellen ska varje arbetssökandes servicebehov, kompetens och möjligheter att söka jobb bedömas mer individuellt än nu vid möten med kunden. 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.

I regeringens proposition RP 152/2021 rd föreslås det att 8 kap. 5 a § och 12 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004) ändras så att arbetstagarens återstående arbetsförmåga och möjligheter att fortsätta i arbetet i fortsättningen utreds senast när sjukdagpenning har betalats ut för 90 dagar samt vid behov när sjukdagpenning har betalats ut för 150 och 230 dagar. 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 5 mom. föreskrivna skyldigheten att ordna de i momentet angivna tjänsterna inom tre månader kan i någon mån breddas 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 5 mom.

I 6 mom. föreskrivs av tydlighetsskäl om situationer där de ovan refererade momenten inte ska tillämpas. 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), statsrådets förordning om screening (339/2011) samt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer (149/2017), som utfärdats med stöd av den sistnämnda lagen, föreskrivs det om förebyggande hälso- och sjukvårdsåtgärder på befolkningsnivå, alltså om screeningar som riktar sig till vissa befolkningsgrupper och som ingår i det nationella screeningprogrammet eller ordnas av välfärdsområdena, om periodiska undersökningar av vissa patientgrupper samt om vaccinationer som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet och om riktade vaccinationer (44 § i lagen om smittsamma sjukdomar). 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.). För att nämna ett exempel är covid-19-vaccinationer sådana vaccinationer som avses i 45 § i lagen om smittsamma sjukdomar, och bestämmelser om vaccinationsordningen finns i statsrådets förordning om frivilliga covid-19-vaccinationer (1105/2020). 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.

I de nämnda författningarna föreskrivs det om en viss period eller ordningsföljd eller om åldersgrupper eller andra befolkningsgrupper i fråga om screening, periodisk undersökning eller vaccination, vilket innebär att logiken i regleringen om tidsgränser för tillgång till vård inte lämpar sig för åtgärder av det slaget. Sådana åtgärder föreslås därför vara uteslutna ur tillämpningsområdet för 1–5 mom. I praktiken innebär detta att en patient inte har rätt att till exempel kräva att en screening utförs vid en viss tidpunkt, det räcker att välfärdsområdet fullgör sin skyldighet att ordna screening för patienten i enlighet med förordningen om screening. 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 9 § i förordning 338/2011 föreskrivs om återkommande (dvs. periodiska) hälsoundersökningar till exempel så att det för en familj som väntar barn ska ordnas minst en omfattande hälsoundersökning, och föreskrivs om antalet hälsoundersökningar vid rådgivningsbyrån av barn i vissa

åldrar, men det specificeras inte vid vilken tidpunkt respektive undersökning ska utföras. Institutet för hälsa och välfärd har meddelat anvisningar om tidpunkterna för periodiska hälsoundersökningar vid mödra- och barnrådgivningen. För flera vaccinationers del anges i den förordning som gäller det nationella vaccinationsprogrammet den ålder vid vilken vaccinationen kan ges, och vaccinationen kan förutsätta ett visst tidsintervall mellan två vaccindoser. Vaccinationer av barn inom ramen för vaccinationsprogrammet ges i vanliga fall i samband med besök på rådgivningsbyrån.

När det gäller de tjänster som avses i momentet ska välfärdsområdet givetvis iaktta bestämmelserna om dem och vidta åtgärderna på det sätt som förutsätts i god vårdpraxis. Till exempel ska vaccinationer som hänför sig till arbete och studier ges enligt en tidtabell som möjliggör arbete och studier, och givandet av vaccin mot fästingburen hjärninflammation i vissa områden ska ordnas så att vaccinet hinner ge skydd före den period då fästingarna är aktiva.

I momentet nämns emellertid som undantag från bestämmelsen om att 1–5 mom. inte tillämpas sådana situationer där vaccin ges som ett inslag i icke-brådskande sjukvård inom primärvården. Exempelvis ges vissa vaccinationer efter att mjälten har opererats bort. Vaccinationer av detta slag ges i enlighet med en vårdplan, och regleringen om tillgång till vård ska därmed tillämpas på sådana åtgärder.

Den föreslagna regleringen i 51 § och 1–5 mom. 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 allmän 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. I en sådan situation lämpar sig bestämmelserna i 1–5 mom. om tidsgränser för tillgång till vård och, beroende på fallet, fortsatt vård i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan. Av tydlighetsskäl föreskrivs det om saken i 7 mom.

51 b §. Tillgång till vård inom mun- och tandvården. Det föreslås att tidsgränsen för att få vård inom mun- och tandvården skärps från nuvarande sex månader till tre månader. I 1 mom. föreskrivs att 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 vårdbehovet har bedömts.

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 sjukvården 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 situationen för personaltillgångens del och 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 har hänvisats till en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en tandläkare. I regel hänvisas patienten först till en tandläkare, men det förekommer situationer där vård som ges av en munhygienist eller tandskötare motsvarar patientens vårdbehov bättre än en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare. Om det ändå vid en sådan första vårdhändelse på en munhygienists eller tandskötarens mottagning konstateras behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor efter besöket ordnas. Tidsgränsen fyra veckor säkerställer att den med patientens behov förenliga undersökningen eller vården inte fördröjs oskäligt mycket i förhållande till tidsgränsen tre månader som föreskrivs i 1 mom. 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 sända 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 antecknas 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 förvärrats i och med att ändamålsenlig vård fördröjts.

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 vårdbesök, till exempel för behandling av sjukdomar i tandköttet eller efterkontroll av rotbehandling. Undersökningen eller vården ska ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen antecknade undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid bedömningen av vårdbehovet har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare.

I 6 mom. föreskrivs om en annan situation där 1 mom. inte är tillämplig än de situationer som nämns i 5 mom. I 15 och 16 § i hälso- och sjukvårdslagen samt i 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 hälsovårdarens bedömning av munhälsan. Sådana periodiska kontroller och bedömningar av munhälsan samt bedömningar av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster ska på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis utföras vid vissa tidpunkter, så bestämmelser om att genomföra dem inom den i 1 mom. angivna tidsgränsen tre månader behövs inte.

Det som föreskrivs i 2–4 mom. gäller också periodiska kontroller som avses i 6 mom. Med andra ord ska i enlighet med 2 mom. tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från ett besök genomföras, om det vid en periodisk kontroll upptäcks behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare. På motsvarande sätt ska tillgång till en specialisttandläkare inom tre månader genomföras, i enlighet med 3 mom. En vårdperiod som eventuellt inleds i och med en periodisk kontroll ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken, i enlighet med vad som föreskrivs i 4 mom.

51 c §. *Tillgång till vård inom 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 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 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.

Paragrafens bestämmelser om olika produktionssätt av tjänster är informativa, eftersom bestämmelser om olika sätt på vilka ett välfärdsområde kan producera tjänster finns i lagen om välfärdsområden. De andra vårdgivare som avses i paragrafen är sådana producenter av hälsotjänster 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 1 mom. preciseras de uppgifter som ska offentliggöras när det gäller väntetiderna vid verksamhetsenheterna för öppen hälso- och sjukvård inom primärvården. Uppgifter om väntetider för den föregående månaden ska enligt förslaget offentliggöras månadsvis. Enligt den gällande 55 § ska uppgifterna offentliggöras med fyra månaders mellanrum.

Uppgifterna ska offentliggöras på internet. Till denna del motsvarar regleringen den gällande regleringen. Enligt förslaget stryks dock i paragrafen som onödig regleringen att uppgifterna förutom på internet kan offentliggöras på något annat sätt som kommunen eller samkommunen (välfärdsområdet) bestämmer. Välfärdsområdet kan givetvis offentliggöra uppgifterna förutom på internet också på något annat sätt utan att det föreskrivs om saken. Enligt 1 punkten ska för varje verksamhetsenhet offentliggöras andelen personer som omedelbart fått kontakt med hälsovårdscentralen av alla personer som tagit kontakt. Som personer som omedelbart fått kontakt betraktas personer som under samma dag har fått kontakt, återuppringts eller kontaktats på elektronisk väg.

För varje verksamhetsenhet ska enligt 2 punkten offentliggöras andelen patienter för vars del en första vårdhändelse har ägt rum inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 51 a § 1–3 och 7 mom. Dessutom ska enligt 3 punkten offentliggöras andelen patienter som fått tillgång till vård inom tre månader av alla patienter som har rätt att få vård inom tre månader. Syftet är att genom bestämmelsen förenhetliga de uppgifter som offentliggörs, så att kommunernas uppgifter om väntetider för vård är jämförbara sinsemellan. Tidigare har de uppgifter om tillgång till vård som kommunerna och samkommunerna offentliggjort varit oenhetliga till sin form, så det har varit svårt att jämföra tillgången till vård i olika kommuner.

I 51 b § 2 mom., som gäller mun- och tandvård, föreskrivs att om en patient har hänvisats till en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en tandläkare och det vid denna första vårdhändelse konstateras behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från besöket ordnas. Ett välfärdsområde ska inte vara skyldigt att särskilt rapportera om uppnåendet av denna tidsgräns, eftersom det förmodas vara svårt att få och rapportera en sådan uppgift. Ambitionen är dock att utveckla informationssystemen så, att det senare blir möjligt att följa upp denna uppgift.

Offentliggörandet av uppgifter kalendermånadsvis ger patienten bättre information än nu om tillgången till vård vid olika verksamhetsenheter. Patienten kan använda informationen om tillgång exempelvis vid valet av den hälsovårdscentral som ska ansvara för patientens vård (47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen). Offentliggörandet av uppgifter ökar också insynen i verksamheten och främjar tillsynen.

I 2 mom. föreskrivs om skyldigheten att med fyra månaders mellanrum offentliggöra uppgifter om tillgång till vård i specialiserad sjukvård (52 och 53 § i hälso- och sjukvårdslagen). Det samma gäller den nya 51 c §, där det i fortsättningen föreskrivs om specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård. Regleringen om offentliggörande av uppgifter om tillgång till specialiserad sjukvård motsvarar den nuvarande regleringen.

Välfärdsområdet ska enligt 3 mom. 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 en verksamhetsenhet använder köpta tjänster för komplettering av sin egen tjänsteproduktion, offentliggörs uppgifterna om tillgång till vård som en del av uppgifterna om den verksamhetsenheten.

I 4 mom. föreskrivs om bemyndigande att utfärda förordning. Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för de ovan avsedda uppgifterna får utfärdas genom förordning av statsrådet.

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.

74 §. Smittsamma sjukdomar. I paragrafen finns en informativ hänvisning enligt vilken bestämmelser om arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar finns i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016). Författningsnumret för lagen föreslås bli struket, eftersom det nämns redan i 51 a § 6 mom.

7.2 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 under öppettiderna på vardagar omedelbart kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och 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 betjäningstillägen 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. Bestämmelsen om omedelbar kontakt betyder att kontakt 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 multiprofessionellt 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 verksamhets sätt 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.

Bestämmelsen i 2 mom. handlar om vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som får bedöma vårdbehovet. För motiveringens 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 §. Tillgång till icke-brådskande vård. Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en individuell bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen.

Vid Studenternas hälsovårdsstiftelse tillämpas en multiprofessionell modell för bedömning av vårdbehovet där ett ansvarsteam beroende på behovet av tjänster kontaktar 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 uppfylla förutsättningarna i momentet. Dessa vårdhändelser kan emellertid genomföras 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. fastställs mer ingående vilken vård som ska ordnas inom de sju dygn som följer på en bedömning enligt 10 §.

Till studerandehälsovården för högskolestuderande hör de tjänster som fastställs i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den paragrafen 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 6 mom.). Bestämmelserna om mun- och tandvård presenteras i motiveringen till 10 b §.

Enligt 2 mom. gäller tidsgränsen sju dygn vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård som hör till den i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda studerandehälsovården och som anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan. Hänvisningen i momentet till 17 § i hälso- och sjukvårdslagen täcker också de sjukvårdstjänster som preciseras i förordning 338/2011. 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.

Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården avses i paragrafen icke-brådskande vård som ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Det är motiverat att vård som ges inom tidsgränsen genomförs på mottagningen hos den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ändamålsenligast kan svara på kundens vårdbehov. Vården kan ges av en läkare som är anställd hos Studenternas hälsovårdsstiftelse, eller så hänvisas patienten exempelvis till en sjukskötare, hälsovårdare eller fysioterapeut.

I 3 mom. föreskrivs om en situation där en studerande först har hänvisats till en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, men det vid undersökningen eller vårdhändelsen konstateras att vård som en läkare ger behövs för att hälsoproblemet ska kunna lösas. I denna situation ska också följande vårdhändelse ordnas inom de sju dygn som följer på den första vårdhändelsen, om det behov som konstaterats inte kan avhjälpas i samband med samma vårdhändelse. Om den studerandes hälsoproblem inte går att lösa under ett vårdbesök, ska det under ett vårdbesök som avses i 2 eller 3 mom., beroende på situationen, utarbetas en undersöknings- eller vårdplan över behovet av undersökningar, vård och rehabilitering, 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 3 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 4 mom. föreskrivs om situationer där de tidsgränser om sju dygn som anges i 1–3 mom. inte gäller. Huvudregeln är att tidsgränsen sju dygn som anges i 1 och 2 mom. gäller en studerandes första kontakt med anledning av ett nytt hälsoproblem eller en situation där en kronisk sjukdom förvärras eller funktionsförmågan nedsätts, och att den tidsgräns som anges i 3 mom. gäller besök som anknyter till fortsatt utredning och åtgärdande av ett sådant hälsoproblem.

Enligt 4 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 vård ges 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.

Den sju dygn långa tidsgränsen för tillgång till vård omfattar inte heller vissa tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande. I och för sig följer detta redan av regleringen i 1 och 2 mom., enligt vilken tidsgränsen sju dygn gäller specifika typer av vårdhändelser inom sjukvården. I momentet föreskrivs det ändå om saken av tydlighetsskäl. Tidsgränsen gäller inte hälsoundersökningar som utgår från ett individuellt behov, hälsorådgivning, andra tjänster som främjar sexuell hälsa än sjukvårdstjänster, vaccinationer som ges på grund av resa eller andra tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande eller intyg som hänför sig till tjänsterna. 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 5 mom. föreskrivs om tillgång till vård i fråga om tjänster som tidsgränsen sju dygn inte gäller. I regleringen avses med dem alltså huvudsakligen de tjänster som anges i 4 mom. Dessa tjänster ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, behov av tjänster, studie-, arbets- och funktionsförmåga och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från kontakten och bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vårdplan.

Uttrycket ”ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, behov av tjänster, studie-, arbets- och funktionsförmåga och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från kontakten” 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. Vacciner som anknyter till resor skaffar patienten själv, men de ges inom studerandehälsovården. Det är skäligt att 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.

Regleringen om att ordna tjänsten i enlighet med en vårdplan ger förstås inte rätt att tidsmässigt passa in en serie vårdbesök så att intervallen mellan dem strider mot god vårdpraxis.

I 6 mom. föreskrivs av tydlighetsskäl om situationer som de ovan refererade momenten inte ska tillämpas på. 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. Inom studerandehälsovården är det dessutom möjligt att ge vaccinationer som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet. 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. Vid Studenternas hälsovårdsstiftelse ordnas vaccinationer mot säsongsinfluensa nu antingen enligt tidsbeställning eller under massvaccinationsdagar. Vaccinationerna mot säsongsinfluensa infaller i vanliga fall under senhösten och i början av året. Studerande som är cirka 25 år ges en boostervaccination mot difteri och stelkramp. Eftersom ordnandet av hälsoundersökningar och vaccinationer av dessa slag åtminstone delvis följer en annan logik än regleringen om uppsökande och erhållande av vård, gäller regleringen om tidsgränser för tillgång till vård inte sådana tjänster. I momentet föreskrivs däremot att sådana undersökningar och vaccinationer ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis. Vaccinationer som avses i 48 § 2 och 3 mom. i lagen om smittsamma sjukdomar ska ges enligt en sådan tidtabell att studerande de facto kan delta i praktik.

Regleringen i den föreslagna 10 § och i de ovan beskrivna 1–5 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. 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 1–5 mom. om tidsgränser för tillgång till vård och, beroende på fallet, om fortsatt vård i enlighet med en vårdplan. Av tydlighetsskäl föreskrivs det om saken i 7 mom.

10 b §. Tillgång till vård inom mun- och tandvården. Vad paragrafmotiveringen beträffar hänvisas till motiveringen i samband med 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 10 b § 6 mom. tillämpas den tre månader långa tidsgränsen för tillgång till vård inte vid ordnandet av till studerandehälsovården hörande periodiska kontroller inom mun- och tandvården eller bedömning av munhälsan samt bedömning av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster. Sådana kontroller ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis. De bestämmelser som det hänvisas till är 17 § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 § i förordning 338/2011. Enligt 10 § 4 punkten i förordningen ska för studerande minst en

gång under studietiden ordna en kontroll av munhälsan, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster utreds.

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 huruvida Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att producera vården inom de tidsgränser som anges i 10 och 10 a–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 på internet offentliggöra uppgifter om väntetiderna. Uppgifter ska offentliggöras för vart och ett av Studenternas hälsovårdsstiftelses verksamhetsställen. Om tjänster som något av Studenternas hälsovårdsstiftelses verksamhetsställen ska tillhandahålla delvis produceras i form av underentreprenad, publiceras uppgifterna om tillgång till dessa köpta tjänster som en del av det berörda verksamhetsställets uppgifter. Uppgifterna ska offentliggöras månadsvis för den föregående kalendermånaden.

För varje verksamhetsställe ska enligt 1 mom. 1 punkten offentliggöras uppgift om andelen personer som omedelbart fått kontakt med verksamhetsstället av alla personer som tagit kontakt. Som personer som omedelbart fått kontakt betraktas personer som under samma dag fått kontakt eller återuppringts. För varje verksamhetsställe ska enligt 2 punkten offentliggöras andelen personer som fått tillgång till vård (den första vårdhändelsen) inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 10 a § 1–3 och 7 mom. Dessutom ska enligt 3 punkten offentliggöras andelen personer som fått tillgång till vård inom tre månader av alla som har rätt att få vård inom tre månader.

I 2 mom. föreskrivs om bemyndigande att utfärda förordning. Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för uppgifterna får utfärdas genom förordning av statsrådet.

7.3 Lagen om elev- och studerandevård

17 §. *Möjlighet att nå hälsovårdare och läkare inom skol- och studerandehälsovården.* I 2 mom. hänvisas det till 51 § i hälso- och sjukvårdslagen, som gäller bedömning av vårdbehovet samt vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig. 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 §.

7.4 Fängelselagen

10 kap. 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

(dvs. tillgång till vård). Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

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 annars med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. För närvarande kontaktar fången fängelsets poliklinik genom att fylla i en kontaktblankett i pappersform som en hos Brottsförklaringsmyndigheten anställd vårdare 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 sjukvårdslagen, 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 uppgifter enligt 55 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen beträffande hälso- och sjukvården för fångar. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska offentliggöra uppgifterna separat för varje sjukhus och fängelsepoliklinik som lyder under den. I avsnitt 2.3.10 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 tillgång till vård till en viss verksamhetsenhet, ska sådana uppgifter 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 uppgifter om hälso- och sjukvården för fångar. I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att uppgifterna om tillgång till vård ska offentliggöras på internet. 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. I varje fängelse ska uppgifterna offentliggöras åtminstone för fängelsets poliklinik, skilt för Sjukhuset för fångar och Psykiatriska sjukhuset för fångar samt i fråga om specialiserad sjukvård som består av köpta tjänster för hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Uppgifterna kan offentliggöras till exempel på en anslagstavla.

I 4 mom. föreslås dessutom ett motsvarande bemyndigande att utfärda förordning som i 55 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Det gällande 3 mom. blir ett nytt 5 mom. med oförändrat innehåll.

7.5 Häktninglagen

6 kap. 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 hälsotjänster) 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. 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.

7.6 Lagen om patientens ställning och rättigheter

4 §. Tillgång till 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 tillgång till och ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.

Bestämmelser om tidsgränser för tillgång till vård finns i fortsättningen förutom i hälso- och sjukvårdslagen också i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande, och bestämmelserna avses bli tillämplade också inom hälso- och sjukvården för fångar. Dessutom är uttrycket ”tillgång till och ordnande av vård” mer vidsträckt än bara reglering om tidsgränser för tillgång till vård. Bestämmelser om tillgång till och ordnande av 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 tillgång till och ordnande av vård föreslås det att sista meningen i 1 mom. ändras till ”I fråga om tillgång till och ordnande av 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 häktninglagen 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.

I paragraferna specificeras de uppgifter som ska offentliggöras. Enligt paragraferna får närmare bestämmelser om uppgifternas innehåll och form utfärdas genom förordning av statsrådet. De föreslagna bestämmelserna om offentliggörandet av uppgifterna är mer specifika än 55 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Målet är att välfärdsområdena ska offentliggöra uppgifterna på samma sätt och i samma form, så att det är möjligt att jämföra väntetiderna till vård inom ett välfärdsområde och mellan välfärdsområdena. Inom studerandehälsovården för högskolestuderande och inom hälso- och sjukvården för fångar tryggar bestämmelserna att uppgifterna är kommensurabla och jämförbara mellan olika verksamhetsställen. Enligt förslaget ska det genom förordning av statsrådet vara möjligt att ytterligare precisera hur och om vad uppgifterna offentliggörs.

Som författningsnivå föreslås en förordning av statsrådet. Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen är utgångspunkten att förordningar utfärdas av statsrådet. Med tanke på innehållet i bestämmelserna är det möjligt att en förordning av social- och hälsovårdsministeriet skulle vara en tillräcklig författningsnivå. Bestämmelserna gäller dock även lagstiftning som hör till justitieministeriets förvaltningsområde, och ämnet anknyter till tillgodoseendet av patientens rättigheter, så på motsvarande sätt som i 55 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen föreslås det att eventuella närmare bestämmelser utfärdas genom förordning av statsrådet.

9 Ikraftträdande

Det föreslås att lagarna träder i kraft den 1 april 2023.

10 Verkställighet och uppföljning

Genomförandet av propositionen stöds av programmet Framtidens social- och hälsocentral och av den förbättring av kunskapsbasen som görs under ledning av social- och hälsovårdsministeriet. Programmet presenteras i avsnitt 2.2.1.

Social- och hälsovårdsministeriet vägleder Institutet för hälsa och välfärd i att utveckla uppföljningen av primärvårdens tillgänglighet så att information om väntetiderna inom primärvården ska fås på ett mer heltäckande och tillförlitligt sätt än hittills. Utvecklandet av uppföljningen av tillgängligheten till vård gör det möjligt att styra och övervaka servicesystemet på ett effektivare sätt.

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.

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Samband med andra propositioner

Propositionen har inget samband med andra propositioner, förutsatt att riksdagen antar den lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen som ingår i regeringens proposition RP 56/2021 rd innan denna regeringsproposition lämnas till riksdagen. Om riksdagen inte har antagit den lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen som ingår i den ovannämnda propositionen innan

denna regeringsproposition behandlas i riksdagen, ska de båda propositionernas bestämmelser om tillgång till vård (51–55 § i RP 56/2021 rd och 51, 51 a–c, 54, 55 och 74 § i denna proposition) sammanjämkas i samband med riksdagsbehandlingen.

11.2 Förhållande till budgetpropositionen

(Kompletteras senare)

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 iaktta 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 14²⁰ 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

²⁰ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.

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.

ESK-kommittén konstaterar att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själva bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodose rätten till hälsa under de särskilda förhållanden 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.

I den sjunde periodiska rapporten om Finland (30.3.2021) rekommenderar ESK-kommittén 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 ojämn geografisk fördelning och ojämlig 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.²¹

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.²² 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).

²¹ Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, punkterna 42 och 43.

²² Digest of the case law of the European Committee of Social Rights 2018, inklusive hänvisningar.

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 sjukvårdstjänster 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

välfrädsområdena. Välfrädsområdena 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 landskapsjälvstyrelsen 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 strängare tidsfrister för tillgång till vård inom primärvården avses gälla hälso- och sjukvård som ordnas av självstyrande områden som är större än kommunerna, dvs. välfrädsområdena. 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 välfrädsområdena. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande RP 241/2020 rd – GrUU 17/2021 rd ingående behandlat inrättandet av välfrädsområdena och överföringen av uppgiften att ordna social- och hälsovård och organisera räddningsväsendet till välfrädsområdena. Den skärpning av tidsfristerna för tillgång till vård inom primärvården som nu föreslås avses träda i kraft i april 2023 och innebär då en ändring av en uppgift som välfrädsområdena 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 tidsfristerna för tillgång till vård i hälso- och sjukvårdslagen ändras för att i stället gälla välfrädsområdena.

Välfrädsområdena ska när de ordnar hälso- och sjukvård iaktta bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om välfrädsområden 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 välfrädsområdets 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. Tolkningssmässigt kan skyldigheten att skaffa sådana tjänster anses följa redan av att välfrädsområdet har en lagstadgad skyldighet att iaktta tidsfristerna för tillgång till vård, och lagstiftningen om ordnande av vård och behandling innehåller bestämmelser om olika och kompletterande sätt att producera tjänster. Skyldigheterna 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 förslaget 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, eftersom det i dagsläget förekommer betydande regionala skillnader i hur tillgången till vård tillgodoses. De gällande tidsfristerna 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 anlitat 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 tidsfristerna för tillgång till 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 tidsfrister för tillgång till 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 tidsfrister för tillgång till 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 tidsfristerna för tillgång till vård ändrar inte bestämmelserna om de språkliga rättigheterna.

De strängare tidsfristerna för tillgång till 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).

De striktare tidsfristerna för tillgång till 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. Dessa faktorer samverkar ger upphov till 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.

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). 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 betydelsen 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 det anser det 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 heltäckande konsekvensbedömning. (*Konsekvensbedömningarna kompletteras under remissbehandlingen och på basis av den.*) I fråga om finansieringen tryggas välfärdsområdenas möjligheter att klara av sina uppgifter av de nämnda bestämmelserna i finansieringslagen. Trots vissa osäkerhetsfaktorer som gäller propositionens konsekvenser anser regeringen att det i förslaget inte ingår i grundlagsutskottets mening konstitutionellt problematiska bestämmelser.

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 bestämmelser om information om tillgång till vård som offentliggörs på webben. De föreslagna bestämmelserna innehåller ett bemyndigande att utfärda förordning. De föreslagna bestämmelserna innehåller ett bemyndigande att utfärda förordning. Enligt det får statsrådet genom förordning utfärda närmare bestämmelser om innehållet i och utformningen av uppgifterna. Det föreslagna bemyndigandet är 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.

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, 55 och 74 § och
fogas till lagen nya 51 a–c § som följer:

51 §

Att få kontakt med primärvården samt bedömning av vårdbehovet

Ett välfärdsområde ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och 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.

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 §

Tillgång till 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.

Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska ordnas inom tidsgränsen sju dygn avses icke-brådskande vård inom området allmänmedicin som utgående från en individuell bedömning enligt 51 § ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Tidsgränsen gäller sådana vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård inom primärvården som anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan.

Om en patient på grundval av en bedömning enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av en undersökning som utförs eller vård eller rehabilitering som ges av en läkare, ska tillgång till en läkare inom de följande sju dyggen ordnas.

De sju dygn långa tidsgränserna i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, till en kundgrupp relaterade uppföljande besök och kontrollbesök, tjänster som avses i 13 §, vaccinationer som ges på grund av resa eller intyg som hänför sig till tjänsterna.

Icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster som anknyter till vård och rehabilitering samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande vilka inte omfattas av tidsgränsen sju dygn 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 kontakten och bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller behandlingsplan.

Bestämmelserna i 1–5 mom. tillämpas inte vid ordnandet av screening som ingår i det nationella screeningprogrammet eller annan screening som välfärdsområdet ordnar, vid periodiska undersökningar och hälsorådgivning som hör till rådgivningsbyråverksamheten eller skol- och studerandehälsovården eller vid vaccinationer som avses i 44, 45 eller 47 § eller 49 § 2 mom. i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016). Om vaccin dock ges som ett inslag i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, tillämpas 1–5 mom. Screening, undersökningar, rådgivning och vaccinationer av detta slag ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

Om det i samband med en vårdhändelse som rör en patient eller vid genomförandet av en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks behov av undersökning, vård eller rehabilitering i icke-brådskande sjukvård inom primärvården av ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller den andra tjänsten gäller, eller om det i samband med en tjänst enligt 6 mom. framkommer behov av undersökning, vård eller rehabilitering i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, ska tjänsterna genomföras inom tidsgränserna i 1–5 mom.

51 b §

Tillgång till vård inom mun- och tandvården

Inom mun- och tandvården ska, med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a §, undersökning eller vård som i samband med en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara odontologiskt nödvändig ordnas inom en tid som är skäligen 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 hälso- och sjukvården än en tandläkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från besöket ordnas.

Om en tandläkare konstaterar behov av undersökningar som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skäligen tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av en sådan tjänst.

Vårdperioden ska slutföras inom skäligen tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Tidsgränsen enligt 1 mom. gäller inte situationer där en individuell vårdplan har utarbetats för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen angivna undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid en bedömning enligt 51 § har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare.

Bestämmelsen i 1 mom. tillämpas inte vid ordnandet av till rådgivningsbyråverksamheten eller skol- och studerandehälsovården hörande periodiska kontroller inom mun- och tandvården eller bedömning av munhälsan samt bedömning av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster. Sådana kontroller och bedömningar ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

51 c §

Tillgång till vård inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård

I specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss anlände 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. Denna längsta väntetid på tre månader 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 anges i 51, 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ska välfärdsområdet 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 servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2007).

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, 51 a–51 c, 52 och 53 §.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis på internet offentliggöra följande uppgifter för den föregående kalendermånaden om tidsgränserna enligt 51, 51 a och 51 b §:

- 1) andelen patienter som omedelbart fått kontakt av alla patienter som tagit kontakt,
- 2) andelen patienter som fått tillgång till vård inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 51 a § 1–3 och 7 mom.,
- 3) andelen patienter som fått tillgång till vård inom tre månader när det gäller tjänster enligt 51 a § 4, 5 och 7 mom. samt 51 b §.

Välfärdsområdet ska på internet offentliggöra uppgifter om tillgång till vård i specialiserad sjukvård enligt 51 c, 52 och 53 § med fyra månaders mellanrum.

Välfärdsområdet ska offentliggöra uppgifter separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral eller annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet, ska uppgifterna offentliggöras separat för varje sådan enhet.

Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för de uppgifter som avses i 1–3 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet.

74 §

Smittsamma sjukdomar

Bestämmelser om arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar finns i lagen om smittsamma sjukdomar.

Denna lag träder i kraft den 20 .

UTKAST

2.

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– d § som följer:

10 §

Att få kontakt samt bedömning av vårdbehovet

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänster så att en studerande under öppettiderna på vardagar omedelbart kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och 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 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 förekomma behov av brådskande vård eller behov av sådana tjänster som inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande, ska den studerande ges råd om anordnare av sådana tjänster och om de tjänster som de tillhandahåller.

10 a §

Tillgång till icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen.

Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska ordnas inom tidsgränsen sju dygn avses icke-brådskande vård inom allmänmedicin som utgående från en individuell bedömning av vårdbehovet enligt 10 § ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Tidsgränsen gäller sådana vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård som hör till den i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda studerandehälsovården och vilka anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan.

Om en patient 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 vid denna första vårdhändelse konstateras behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska tillgång till en läkare inom de följande sju dyggen ordnas.

De sju dygn långa tidsgränserna i 1–3 mom. gäller inte i förväg överenskomna vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialtläkare som är verksamma inom

primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer, hälsoundersökningar som utgår från ett individuellt behov, hälsorådgivning, andra tjänster som främjar sexuell hälsa än sjukvårdstjänster, vaccinationer som ges på grund av resa eller andra tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande eller intyg som hänför sig till tjänsterna.

Icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster som anknyter till vården samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande vilka inte omfattas av tidsgränsen sju dygn 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 kontakten och bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vårdplan.

Bestämmelserna i 1–5 mom. tillämpas inte vid ordnandet av periodiska undersökningar som ingår i studerandehälsovården eller vid vaccinationer som ingår i det nationella vaccineringsprogrammet. Om vaccin dock ges som ett inslag i icke-brådskande sjukvård, tillämpas 1–5 mom. Undersökningar och vaccinationer av detta slag ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

Om det i samband med en vårdhändelse som rör en studerande eller vid genomförandet av en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård inom primärvården av ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller, eller om det i samband med en tjänst enligt 6 mom. framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, ska tjänsterna genomföras inom tidsgränserna i 1–5 mom.

10 b §

Tillgång till vård inom mun- och tandvården

Inom mun- och tandvården ska, med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a, vård som i samband med en bedömning enligt 10 § 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 hälso- och sjukvården än en tandläkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från besöket ordnas.

Om en tandläkare konstaterar behov av undersökningar 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 en sådan tjänst.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Tidsgränsen enligt 1 mom. gäller inte situationer där ett individuellt undersöknings- eller vårdintervall har fastställts för den studerande. Undersökningen och vården ska ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen antecknade undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid en bedömning enligt 10 § har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare.

Bestämmelsen i 1 mom. tillämpas inte vid ordnandet av till studerandehälsovården hörande periodiska kontroller inom mun- och tandvården eller bedömning av munhälsan samt bedömning av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster. Sådana undersökningar ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

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, 10 a och 10 b §. Bestämmelser om skyldigheten att köpa tjänster av andra tjänsteproducenter om produktions-skyldigheten enligt denna lag inte kan fullgöras på annat sätt finns i 8 § 2 mom.

10 d §

Offentliggörande av uppgifter

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska månadsvis på internet offentliggöra för varje verksamhetsställe följande uppgifter för den föregående kalendermånaden om tidsgränserna enligt 10, 10 a och 10 b §:

- 1) andelen studerande som omedelbart fått kontakt av alla patienter som tagit kontakt,
- 2) andelen studerande som fått tillgång till vård inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 10 a § 1–3 och 7 mom.,
- 3) andelen studerande som fått tillgång till vård inom tre månader när det gäller tjänster enligt 10 a § 4, 5 och 7 mom. samt 10 b §.

Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för de uppgifter som avses i 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Denna lag träder i kraft den 20 .

3.

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 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, 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

4.

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till 10 kap. 1 § i fängelselagen (767/2005) nya 3 och 4 mom., varvid det nuvarande 3 mom., sådant det lyder i lag 1236/2016, blir 5 mom., som följer:

10 kap.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRD

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

Vid tjänster som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. ordnar iakttas bestämmelserna i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) om tillgång till vård. Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller annars 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 på internet offentliggöra uppgifter som avses i 55 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i fängelset hålla uppgifterna tillgängliga för fångarna. Uppgifter ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik inom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt, i fråga om köpta tjänster inom specialiserad sjukvård, för hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Närmare bestämmelser om uppgifternas innehåll och form får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

5.

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. Brottsförklaringsmyndigheten 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.

Vid tjänster som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. ordnar iakttas bestämmelserna i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) om tillgång till vård. Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller annars 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 på internet offentliggöra uppgifter som avses i 55 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i fängelset hålla uppgifterna tillgängliga för de häktade. Uppgifter ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik inom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt, i fråga om köpta tjänster inom specialiserad sjukvård, för hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Närmare bestämmelser om uppgifternas innehåll och form får utfärdas genom förordning av statsrådet.

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 det inte 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 .

6.

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) 4 § 1 mom., sådant det lyder
i lag 1335/2010, som följer:

4 §

Tillgång till 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 tillgång till och ordnande av vård gäller vad som föreskrivs särskilt.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 20xx

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru

Lag

om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 51, 54, 55 och 74 § och fogas till lagen nya 51 a–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 primärvården samt bedömning av vårdbehovet

Ett välfärdsområde ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och 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.

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 §

Tillgång till 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.

Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska ordnas inom tidsgränsen sju dygn avses icke-brådskande vård inom området allmänmedicin som utgående från en individuell bedömning enligt 51 § ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Tidsgränsen gäller sådana vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård inom primärvården som anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan.

Om en patient på grundval av en bedömning enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av en undersökning som utförs eller vård eller rehabilitering som ges av en läkare, ska tillgång till en läkare inom de följande sju dygnen ordnas.

De sju dygn långa tidsgränserna i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialisläkare som är verksamma inom primärvården än specialisläkare inom allmänmedicin, till en kundgrupp relaterade uppföljande besök och kontrollbesök, tjänster som avses i 13 §, vaccinationer som ges på grund av resa eller intyg som hänför sig till tjänsterna.

Icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster som anknyter till vård och rehabilitering samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande vilka inte omfattas av tidsgränsen sju dygn ska ordnas inom en tid som är skäligen beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från kontakten och bedömningen enligt 51

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

§ eller i enlighet med en vård- eller behandlingsplan.

Bestämmelserna i 1–5 mom. tillämpas inte vid ordnandet av screening som ingår i det nationella screeningprogrammet eller annan screening som välfärdsområdet ordnar, vid periodiska undersökningar och hälsorådgivning som hör till rådgivningsbyråverksamheten eller skol- och studerandehälsovården eller vid vaccinationer som avses i 44, 45 eller 47 § eller 49 § 2 mom. i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016). Om vaccin dock ges som ett inslag i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, tillämpas 1–5 mom. Screening, undersökningar, rådgivning och vaccinationer av detta slag ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

Om det i samband med en vårdhändelse som rör en patient eller vid genomförandet av en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks behov av undersökning, vård eller rehabilitering i icke-brådskande sjukvård inom primärvården av ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller den andra tjänsten gäller, eller om det i samband med en tjänst enligt 6 mom. framkommer behov av undersökning, vård eller rehabilitering i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, ska tjänsterna genomföras inom tidsgränserna i 1–5 mom.

(ny)

51 b §

Tillgång till vård inom mun- och tandvården

Inom mun- och tandvården ska, med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a §, undersökning eller vård som i samband med en bedömning enligt 51 § 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 hälso- och sjukvården än en tandläkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från besöket ordnas.

Om en tandläkare konstaterar behov av undersökningar 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 en sådan tjänst.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Tidsgränsen enligt 1 mom. gäller inte situationer där en individuell vårdplan har utarbetats för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen angivna undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid en bedömning enligt 51 § har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare.

Bestämmelsen i 1 mom. tillämpas inte vid ordnandet av till rådgivningsbyråverksamheten eller skol- och studerandehälsovården hörande periodiska kontroller inom mun- och tandvården eller bedömning av munhälsan samt bedömning av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster. Sådana kontroller och bedömningar ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

(ny)

51 c §

Tillgång till vård inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård

I specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss anlände 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

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

månader från bedömningen av vårdbehovet. Denna längsta väntetid på tre månader 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 anges i 51, 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ska välfärdsområdet 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 servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2007).

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, 51 a–51 c, 52 och 53 §.

55 §

Offentliggörande av uppgifter

Ett välfärdsområde ska månadsvis på internet offentliggöra följande uppgifter för den föregående kalendermånaden om tidsgränserna enligt 51, 51 a och 51 b §:

1) andelen patienter som omedelbart fått kontakt av alla patienter som tagit kontakt,

2) andelen patienter som fått tillgång till vård inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 51 a § 1–3 och 7 mom.,

3) andelen patienter som fått tillgång till vård inom tre månader när det gäller tjänster enligt 51 a § 4, 5 och 7 mom. samt 51 b §.

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.

74 §

Smittsamma sjukdomar

Bestämmelser om arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar finns i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016).

Föreslagen lydelse

Välårsområdet ska på internet offentliggöra uppgifter om tillgång till vård i specialiserad sjukvård enligt 51 c, 52 och 53 § med fyra månaders mellanrum.

Välårsområdet ska offentliggöra uppgifter separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral eller annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet, ska uppgifterna offentliggöras separat för varje sådan enhet.

Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för de uppgifter som avses i 1–3 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet.

74 §

Smittsamma sjukdomar

Bestämmelser om arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar finns i lagen om smittsamma sjukdomar.

Denna lag träder i kraft den 20 .

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– d § som följer:

Gällande lydelse

10 §

Tillgång till icke-brådskande 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.

(ny)

Föreslagen lydelse

10 §

Att få kontakt samt bedömning av vårdbehovet

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänster så att en studerande under öppettiderna på vardagar omedelbart kan få kontakt med hälsovårdsstiftelsens verksamhetsställe och 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 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 förekomma behov av brådskande vård eller behov av sådana tjänster som inte hör till studerandehälsovården för högskolestuderande, ska den studerande ges råd om anordnare av sådana tjänster och om de tjänster som de tillhandahåller.

10 a §

Tillgång till icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Med icke-brådskande sjukvård inom primärvården som ska ordnas inom tidsgränsen sju dygn avses icke-brådskande vård inom allmänmedicin som utgående från en individuell bedömning av vårdbehovet enligt 10 § ges av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Tidsgränsen gäller sådana vårdhändelser i icke-brådskande sjukvård som hör till den i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda studerandehälsovården och vilka anknyter till insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan.

Om en patient 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 vid denna första vårdhändelse konstateras behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska tillgång till en läkare inom de följande sju dyggen ordnas.

De sju dygn långa tidsgränserna i 1–3 mom. gäller inte i förväg överenskomna vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialisläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer, hälsoundersökningar som utgår från ett individuellt behov, hälsorådgivning, andra tjänster som främjar sexuell hälsa än sjukvårdstjänster, vaccinationer som ges på grund av resa eller andra tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande eller intyg som hänför sig till tjänsterna.

Icke-brådskande vård inom primärvården, tjänster som anknyter till vården samt tjänster för främjande av hälsa och välbefinnande vilka inte omfattas av tidsgränsen sju dygn 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 kontakten och bedömningen av vårdbehovet eller i enlighet med en vårdplan.

Bestämmelserna i 1–5 mom. tillämpas inte vid ordnandet av periodiska undersökningar som ingår i studerandehälsovården eller vid vaccinationer som ingår i det nationella vaccineringsprogrammet. Om vaccin dock ges

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

som ett inslag i icke-brådskande sjukvård, tillämpas 1–5 mom. Undersökningar och vaccinationer av detta slag ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

Om det i samband med en vårdhändelse som rör en studerande eller vid genomförandet av en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård inom primärvården av ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller, eller om det i samband med en tjänst enligt 6 mom. framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård inom primärvården, ska tjänsterna genomföras inom tidsgränserna i 1–5 mom.

(ny)

10 b §

Tillgång till vård inom mun- och tandvården

Inom mun- och tandvården ska, med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a, vård som i samband med en bedömning enligt 10 § 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 hälso- och sjukvården än en tandläkare, och vid denna första vårdhändelse konstateras behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från besöket ordnas.

Om en tandläkare konstaterar behov av undersökningar 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 en sådan tjänst.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Tidsgränsen enligt 1 mom. gäller inte situationer där ett individuellt undersöknings- eller vårdintervall har fastställts för den studerande. Undersökningen och vården ska ordnas i överensstämmelse med det i vårdplanen antecknade undersöknings- eller vårdintervallet, om det inte vid en bedömning enligt 10 § har framkommit omständigheter på basis av vilka undersökningen eller vården bör ordnas redan tidigare.

Bestämmelsen i 1 mom. tillämpas inte vid ordnandet av till studerandehälsovården hörande periodiska kontroller inom mun- och tandvården eller bedömning av munhälsan samt bedömning av behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster. Sådana undersökningar ska utföras på det sätt som förutsätts i lagstiftningen om dem och i god vårdpraxis.

(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, 10 a och 10 b §. Bestämmelser om skyldigheten att köpa tjänster av andra tjänsteproducenter om produktionsskyldigheten enligt denna lag inte kan fullgöras på annat sätt finns i 8 § 2 mom.

(ny)

10 d §

Offentliggörande av uppgifter

Studenternas hälsovårdsstiftelse ska månadsvis på internet offentliggöra för varje verksamhetsställe följande uppgifter för den föregående kalendermånaden om tidsgränserna enligt 10, 10 a och 10 b §:

1) andelen studerande som omedelbart fått kontakt av alla patienter som tagit kontakt,

2) andelen studerande som fått tillgång till vård inom sju dygn när det gäller tjänster enligt 10 a § 1–3 och 7 mom.,

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

3) andelen studerande som fått tillgång till vård inom tre månader när det gäller tjänster enligt 10 a § 4, 5 och 7 mom. samt 10 b §.

Närmare bestämmelser om innehållet i och formen för de uppgifter som avses i 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Denna lag träder i kraft den 20 .

UTKAST

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 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, 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Lag

om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut fogas till 10 kap. 1 § i fängelselagen (767/2005) nya 3 och 4 mom., varvid det nuvarande 3 mom., sådant det lyder i lag 1236/2016, blir 5 mom., som följer:

Gällande lydelse

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 Brottsförmyndigheten.

Föreslagen lydelse

1 §

Hälso- och sjukvård för fångar

Vid tjänster som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. ordnar iakttas bestämmelserna i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) om tillgång till vård. Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller annars 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 på internet offentliggöra uppgifter som avses i 55 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i fängelset hålla uppgifterna tillgängliga för fångarna. Uppgifter ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik inom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt, i fråga om köpta tjänster inom specialiserad sjukvård, för hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Närmare bestämmelser om uppgifternas innehåll och form får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Gällande lydelse

På fångar som är patienter vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas denna lag. För straffverkställighet vid enheten svarar Brottspåföljdsmyndigheten. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att fångarna har tillgång till vård och rehabilitering enligt 1 mom.

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.

Föreslagen lydelse

Denna lag träder i kraft den 20 .

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 fångar

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. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till sådan vård och rehabilitering.

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. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till sådan vård och rehabilitering.

Gällande lydelse

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.

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 iaktas när hälso- och sjukvården ordnas.

Föreslagen lydelse

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.

Vid tjänster som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar med stöd av 1 mom. ordnar iakttas bestämmelserna i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) om tillgång till vård. Vad som i nämnda paragrafer föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller annars 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 på internet offentliggöra uppgifter som avses i 55 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i fängelset hålla uppgifterna tillgängliga för de häktade. Uppgifter ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik inom Enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt, i fråga om köpta tjänster inom specialiserad sjukvård, för hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Närmare bestämmelser om uppgifternas innehåll och form får utfärdas genom förordning av statsrådet.

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 det inte 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 iaktas när hälso- och sjukvården ordnas.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Denna lag träder i kraft den 20 .

UTKAST

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) 4 § 1 mom., sådant det 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 §

Tillgång till 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 tillgång till och ordnande av vård gäller vad som föreskrivs särskilt.*

Denna lag träder i kraft den 20 .