

Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I propositionen föreslås det att de bestämmelser om innehållet i verksamheten och servicen som finns i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård slås samman till en ny lag om hälso- och sjukvård. Främjandet av hälsa och välfärd, det ökade servicebehovet och hanteringen av hälso- och sjukvårdskostnaderna kräver närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården och sänkande av skiljemurarna mellan dem. Även socialvårdstjänsterna, som hänger samman med en ändamålsenligt genomförd hälso- och sjukvård, bör bättre än tidigare integreras in så att det bildas en sammanhängande servicehelhet.

För att öka klientorienteringen föreslås det att patienten i det inledande skedet ska ha möjlighet att välja hälsostation i sin kommun och verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården inom specialupptagningsområdet. Dessutom föreslås det att om en person på grund av arbete, studier, fritid, en anhörig eller annan närstående persons boende, eller av någon annan orsak, är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas utanför sin hemkommun, får personen för genomförande av vård enligt vårdplanen också anlita någon annan hälsovårdscentral eller verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården. Enligt förslaget kommer valmöjligheterna inom primärvården och den specialiserade sjukvården att utvidgas år 2014 så att de gäller hela landet. När det gäller den specialiserade sjukvården förverkligas valmöjligheten i samförstånd med en läkare. Även kommun- och servicestrukturprojektet har som mål att det ska vara möjligt att anlita tjänster över kommungränserna. Patientens eller klientens ställning stärks även av möjligheten att välja den legitimerade yrkesutbildade person inom

hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne. Förslaget innehåller också bestämmelser som förbättrar patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänsterna. I förslaget betonas främjandet av hälsa och välfärd och förebyggandet av hälsoproblem. I förslaget ingår det en skyldighet att i kommunens strategiska planering ställa upp mål i fråga om åtgärder och service för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och för att förebygga problem samt i fråga om resurser som ska reserveras för detta. Det är i regel kommunerna som bär ansvar för ordnandet och finansieringen av primärvården och den specialiserade sjukvården. Genom lagen om hälso- och sjukvård genomförs de ändringar som gäller innehållet i servicen och verksamheten på ett sådant sätt att de stöder samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialvården, och så att de även möjliggör en sänkning av skiljemurarna mellan dessa, även om man ännu genom denna proposition inte har möjlighet att ingripa i den egentliga servicestrukturen. Totalreformen av social- och hälsovården pågår fortfarande, så bestämmelser om servicestrukturen för kommunernas hälso- och sjukvård samt kommunernas ansvar att ordna service finns även i fortsättningen i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård.

Det föreslås att det i lagen om hälso- och sjukvård ska ingå en skyldighet för dem som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster att samarbeta med dem som ordnar socialvårdstjänster, till den del en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna kräver det. Samarbete mellan hälso- och sjukvården, i synnerhet primärvården, och socialvården är möjligt om kommunen så vill.

Lagen avses träda i kraft den 1 maj 2011.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	2
ALLMÄN MOTIVERING	4
1 INLEDNING.....	4
1.1 Systemet för hälso- och sjukvård	4
1.2 Reformen av hälso- och sjukvården samt framtida utmaningar	5
2 NULÄGE	7
2.1 Lagstiftning och praxis.....	7
2.1.1 Bestämmelserna i grundlagen och hälso- och sjukvården.....	7
2.1.2 Ansvar för att ordna allmän hälso- och sjukvård.....	8
2.1.3 Folkhälsoarbetets och den specialiserade sjukvårdens funktioner	10
2.1.4 Personalen inom hälso- och sjukvården	34
2.1.5 Övervakning	38
2.1.6 Hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet.....	40
2.1.7 Övrig lagstiftning	42
2.2 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen utomlands och i EU	53
2.2.1 Sverige.....	53
2.2.2 Danmark	57
2.2.3 Norge.....	60
2.2.4 Storbritannien	63
2.2.5 Nederländerna	66
2.2.6 EU-lagstiftningen	68
2.3 Bedömning av nuläget	70
2.3.1 Bedömning av nuläget inom primärvården	70
2.3.2 Bedömning av nuläget inom specialsjukvården	71
2.3.3 Ändringarna i den kommunala servicestrukturen.....	72
2.3.4 Den statliga ersättningen till hälsovårdens verksamhetsenheter för forskning och utbildning	73
2.3.5 Utvärdering av registerföringen inom hälsovården	74
2.3.6 Trenden för utläggning av verksamhet.....	74
3 MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN.....	75
3.1 Målsättning.....	75
3.1.1 Inledning.....	75
3.1.2 Förhållande till socialvården	78
3.2 De viktigaste förslagen.....	79
4 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	81
4.1 Bedömningsgrunder för hälso- och sjukvård	81
4.2 Ekonomiska konsekvenser	82
4.2.1 Konsekvenser för den kommunala ekonomin	82
4.2.2 Rådgivningstjänster för äldre	83
4.2.3 Prehospital akutsjukvård	85
4.2.4 Val av vårdplats.....	87
4.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	88
4.4 Konsekvenser för kommuninvånare, klienter och patienter.....	89
4.5 Konsekvenser för miljö- och hälsoskydd.....	90
4.6 Samhälleliga konsekvenser	90

4.7	Utveckling av styrsystemet för hälso- och sjukvården genom lagen om hälso- och sjukvård.....	92
5	BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	93
5.1	Beredningsskeden och beredningsmaterial	93
5.2	Remissyttranden och hur de har beaktats.....	94
6	SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER.....	95
	DETALJMOTIVERING	96
1	LAGFÖRSLAG	96
1.1	Lag om hälso- och sjukvård	96
	1 kap. Allmänna bestämmelser	96
	2 kap. Främjande av hälsa och välfärd	105
	3 kap. Sjukvård	121
	4 kap. Samarbete inom hälso- och sjukvården samt regional service	133
	5 kap. Specialupptagningsområden	144
	6 kap. Att få vård	149
	7 kap. Ordnanande av undervisning och forskning	160
	8 kap. Särskilda bestämmelser	166
	9 kap. Ikraftträdande	171
1.2	Lag om ändring av folkhälsolagen.....	172
1.3	Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård	173
1.4	Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården	173
2	NÄRMARE BESTÄMMELSER OCH FÖRESKRIFTER	174
3	IKRAFTTRÄDANDE	174
4	FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	174
	LAGFÖRSLAG	176
	Lag om hälso- och sjukvård	176
	Lag om ändring av folkhälsolagen	200
	Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård.....	202
	Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	205
	BILAGA	208
	PARALLELLTEXTER	208
	Lag om ändring av folkhälsolagen	208
	Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård.....	220
	Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	235

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

1.1 Systemet för hälso- och sjukvård

Samhället har genom lag ålagts förpliktelser att tillhandahålla tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. I första hand svarar kommunerna och samkommunerna för verkställighetsuppgifterna och organiserar hälso- och sjukvården. Styrningen i likhet med övervakningen av dem ankommer inom centralförvaltningen på social- och hälsovårdsministeriet och på regionnivå på regionförvaltningsmyndigheterna. Hälso- och sjukvårdstjänster är service som såväl offentligrättsliga som privata aktörer tillhandahåller. I den gällande lagstiftningen om hälso- och sjukvård kan särskiljas olika kategorier av lagar som gäller skyldigheten att anordna och producera tjänster, yrkesutbildade personers arbete inom hälso- och sjukvården samt patientens ställning och rättigheter.

Kommunernas skyldighet att organisera hälso- och sjukvårdstjänster framgår av folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) samt av mentalvårdslagen (1116/1990). Den privata hälso- och sjukvården kompletterar tjänsterna i det offentliga, kommunala servicesystemet. En privat anordnares befogenheter att producera hälso- och sjukvårdstjänster bestäms i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990). Bestämmelser om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och deras rätt att utöva sitt yrke, deras skyldigheter och tillsynen över verksamheten ingår i lagen (559/1994) och förordningen (564/1994) om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Patientens rättigheter preciseras i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och i patientskadelagen (585/1986).

Förutom lagstiftningen om hälso- och sjukvård inverkar ett stort antal bestämmelser i den allmänna lagstiftningen på hur hälsovårdstjänsterna organiseras och produceras

och på vilken ställning och vilka rättigheter de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården samt patienterna har, bland annat förvaltningslagen (434/2003), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999), personuppgiftslagen (523/1999) och lagen om offentlig upphandling (348/2007). Även lagstiftningen om socialvård inverkar på hur hälso- och sjukvårdstjänsterna organiseras och produceras, bland annat genom socialvårdslagen (710/1982), lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt lagen om barndagvård (36/1973), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), lagen angående specialomsorger om utvecklingstörda (519/1977), lagen om missbrukarvård (41/1986) och barnskyddslagen (417/2007).

Lagstiftningen om hälso- och sjukvård reformerades på 1970-talet genom ändringar av principiell natur, bland annat stiftades en folkhälsolag och vissa uppgifter överfördes från medicinalstyrelsen till länsstyrelserna. Folkhälsolagen hade som huvudsakligt mål att förlägga tyngdpunkten i hälsopolitiken till hälsovård och öppen sjukvård genom att skapa administrativa och ekonomiska förutsättningar för att planmässigt utveckla ett kommunalt system för den primära vården. Lagen innehåller bestämmelser om kommunens skyldigheter att sörja för och administrera folkhälsoarbetet. Översynen av folkhälsoarbetet var en synnerligen genomgripande reform av hälso- och sjukvården i hela landet. I och med folkhälsolagen inledde hälsovårdscentralerna sin verksamhet. Primärvårdens innehåll har kontinuerligt utvecklats och hälsovårdscentralernas tjänster utökats. Vissa hälsovårdscentraler har möjlighet att tillhandahålla också specialläkares tjänster för befolkningen.

Lagstiftningen om specialiserad sjukvård reviderades totalt 1989. Lagen om specialise-

rad sjukvård föreskrev att kommunernas specialiserade sjukvård organiseras regionvis. Den centrala utgångspunkten i lagen var att säkerställa tillräcklig tillgång till specialiserad sjukvård på enhetliga grunder i alla delar av landet. Den i första hand ansvariga enheten för att ordna tjänster i specialiserad sjukvård var kommunen. Som organisatör för tjänster i specialiserad sjukvård var en kommun dock i allmänhet med avseende på såväl invånarantal som övriga resurser en alltför svag enhet, och därför förutsattes det att kommunerna inom ett sjukvårdsdistrikt bildade kommunförbund (numera samkommuner). Synnerligen krävande sjukvård som förutsatte kvalificerad teknik koncentrerades till ansvarsområden med större befolkningsunderlag som var större än sjukvårdsdistriktet, med andra ord till de samkommuner inom vilkas område det finns ett universitetssjukhus. På så sätt kunde man sörja för att befolkningen oberoende av boningsort hade möjlighet att också få sådan högspecialiserad sjukvård som den behöver. När det gäller vissa sjukdomar är det nödvändigt att ytterligare koncentrera vården så att sjukdomarna behandlas endast vid ett eller två universitetssjukhus.

Lagstiftningen om hälso- och sjukvård reviderades på 1990-talet, bland annat reformerades organisationen i fråga om tillsynen över hälso- och sjukvård inom centralförvaltningen. I samband med reformen inrättades Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) samt Rättskyddscentralen för hälso- och sjukvården (TEO). På 1990-talet stiftades dessutom en särskild lag om patientens rättigheter. Strukturerna har ytterligare reformerats på 2000-talet genom att Folkhälsoinstitutet och Stakes 2009 slogs ihop till Institutet för hälsa och välfärd (THL), dessutom slogs TEO och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral samman till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). För omorganisering av läkemedelsförsörjningen inrättades det nya Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea som inledde verksamheten 1 november 2009. Centrets funktioner överförs successivt till Kuopio före 2014. Samtidigt indrogs Läkemedels-

verket och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling Rohto.

1.2 Reformen av hälso- och sjukvården samt framtida utmaningar

Ett brett upplagt arbete i avsikt att reformera hälso- och sjukvården inleddes hösten 2001 genom att statsrådet tillsatte det nationella hälsovårdsprojektet. Statsrådet utfärdade våren 2002 ett principbeslut om tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden. Som huvudmål för projektet satte man upp att utifrån befolkningens behov trygga tillgången till kvalitativ och tillräcklig vård i landets olika delar oberoende av invånarens betalningsförmåga. Verkställigheten av målen i principbeslutet har krävt ett omfattande och mångsidigt samarbete, i synnerhet inom den praktiska verksamheten. De viktigaste sektorerna som behövde utvecklas var det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och att säkerställa möjligheterna att få vård, utöka personaltillgången samt höja personalens kompetens, reformera funktionerna och strukturerna inom hälso- och sjukvården samt förstärka finansieringen. Det nationella hälsovårdsprojektet slutfördes vid utgången av 2007.

Enligt utvärderingen av det nationella hälsovårdsprojektet verkar vårdgarantin ha förstärkt den somatiska, specialiserade sjukvården, däremot tycks primärvården ha ändrat i mindre grad. Beträffande hälsovårdscentralernas mun- och tandvård förstärkte vårdgarantin och de föreskrivna tidsfristerna för att få tillgång till vård genomförandet av reformen av den vuxna befolkningens tandvård. En del av hälsovårdscentralerna har fortsättningsvis svårigheter med att arbeta inom de tidsgränser som vårdgarantin föreskriver. Beträffande tillgången till mentalvårdstjänster har det inte heller skett särskilt många förändringar, endast en liten del av patienterna kommer till vård som inte är akut.

Statens andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården uppvisar en konstant och massiv ökning efter det att projektet startade 2002. Kommunernas statsandelar till hälso- och sjukvården har höjts och utvecklingsprojektet har beviljats betydande finansiering, men de bestående verkningarna av projekten lik-

som tillgodogörandet av resultaten i större omfattning har varierat.

Efter regeringsskiftet våren 2007 stakade regeringen ut riktlinjer för hälsopolitiken i sitt nya program. De viktigaste linjedragningarna för hälso- och sjukvården i statsminister Matti Vanhanens II regeringsprogram talar för ett nytt samhällsengagemang och ett balanserat ansvar. Tjänsterna organiseras i samarbete med den privata och tredje sektorn. Regeringen har startat en genomgripande totalreform, som genomförs successivt på basis av förslagen från kommittén för reformen av den sociala tryggheten (Satakommittén). Regeringsprogrammet lägger fram mer konkreta förslag än tidigare till åtgärder i avsikt att åstadkomma bättre tillgång till tjänster av bättre kvalitet och trygga tjänsterna för alla.

I medlet av 2007 startade politikprogrammet för hälsofrämjande, som är gemensamt för flera förvaltningar och administreras av social- och hälsovårdsministeriet. I regeringsprogrammet intogs bland annat följande mål för politikprogrammet: att stärka strukturerna för hälsofrämjandet, ändra levnadsvanorna så att de bidrar till att förebygga folksjukdomar, utveckla sådana arbets- och levnadsförhållanden som främjar en sund livsföring, minska skillnaderna i hälsan samt stärka funktions- och arbetsförmågan. Arbetet med att genomföra politikprogrammet har bland annat innefattat att främja målsättningarna i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, i det nationella hälsoprojektet samt i handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader. I regeringsprogrammet ingår dessutom politikprogrammet för arbete, företagande och näringsliv samt under ledning av undervisningsministeriet politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd, som utgör väsentliga element i social- och hälsopolitiken.

I regeringsprogrammet sägs att för att skillnaderna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska bli mindre skarpa och för att samarbetet ska vara större slås folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård ihop till en lag om hälso- och sjukvård. I regeringsprogrammet har det ytterligare konstaterats att primärvårdens och hälsovårdscentralernas ställning stärks så att man kan säkerställa att målen kan nås när

kommun- och servicestrukturreformen genomförs. För genomförandet av servicestrukturreformen utvecklas framför allt primärvården och det sociala arbetet, prehospitala akutvården samt den psykiska hälsovården och alkohol- och drogarbetet. Även medborgarnas likställdhet garanteras genom att tjänsteanvändarnas rättigheter stärks. Dessutom främjas rätten att fritt anlita tjänster över kommungränserna. Likaså fortsätter arbetet med att utveckla datasystemen. Enligt regeringsprogrammet behöver också utvärderingen av verksamhetens och tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet samt övervakningen och styrningen av tjänster effektiviseras. I regeringsprogrammet har det konstaterats att ansvaret för att ordna service även i fortsättningen bör behållas hos kommunerna och finansieringen ska i huvudsak grunda på statsandelar och kommunernas egna skatteinkomster.

Omställningarna i kommunernas verksamhetsmiljö inverkar speciellt på social- och hälsovården. I framtiden växer efterfrågan på social- och hälsovårdsservice på grund av att befolkningsstrukturen ändras, den interna flyttningsrörelsen, samhällsstrukturen som förtätas, den tekniska utvecklingen och kravnivån. Som det ser ut just nu kommer den demografiska försörjningskvoten i Finland att vara Europeiska unionens sämsta 2020. Största delen av den svaga försörjningskvoten och avfolkningen är koncentrerad till östra och norra Finland. Inflyttningsöverskottet hopar sig i praktiken till några av de största städerna och huvudstadsregionen. Skillnaderna regionerna emellan accentueras dessutom genom problemen med tillgången på arbetskraft, i flera delar av landet råder redan nu en mycket allvarlig läkarbrist inom exempelvis primärvården.

Det är också med avseende på samhälls-ekonomi viktigt att servicekedjorna förnyas, informationsutbytet kan tryggas och patienten vårdas i rätt tid på rätt plats. Strävandena att främja hälsan och välfärden, beakta det växande servicebehovet och hålla kostnaderna för hälso- och sjukvården under kontroll förutsätter att systemet för hälsotjänster fungerar samt att samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården intensifieras ytterligare. Också de socialvårds-

tjänster som anknyter till verkställigheten av hälso- och sjukvårdsfunktionerna bör bättre än tidigare integreras i serviceutbudet. Olika slags omställningar i verksamhetsmiljön skapar möjligheter för att utvidga det interkommunala samarbetet ännu mera och leder till att kommungränserna i framtiden får allt mindre betydelse. Med hjälp av ett ökande samarbete kan tillgången till och kvaliteten på tjänster som kommunerna ansvarar för tryggas också framledes.

Hälsoservicens internationalisering, ett eventuellt ökat utbud på utländska hälsovårdstjänster i framtiden, möjligheterna att söka vård utomlands och EU-lagstiftningen i anknytning till dessa bör föregripas i möjligaste mån i samband med att den nationella lagstiftningen ses över. Likaså förutsätter de grundläggande fri- och rättigheterna samt principerna som utgjorde utgångspunkt för bestämmelserna i grundlagen en övergripande analys och revidering av lagstiftningen om hälso- och sjukvård.

Dessutom inverkar kommun- och servicestrukturen, revideringen av statsandelssystemet, den regionala utvecklingen och de minskade skillnaderna i välfärden samt lagstiftningen om upphandling på behovet av att reformera lagstiftningen. Lagstiftningen ska stöda tillgången till service oberoende av boningsort och ekonomisk ställning. Även befolkningens likställighet i fråga om tillgång till basservice bör säkerställas.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

2.1.1 Bestämmelserna i grundlagen och hälso- och sjukvården

19 § 1 mom. i grundlagen säkerställer att alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Med omsorg avses i bestämmelsen social- och hälsovårdstjänster. 19 § 3 mom. i grundlagen har förpliktat det allmänna att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och främja befolkningens hälsa. Grundlagens 19 § 3 mom. kompletteras av bestämmelserna i speciallag-

stiftningen om hälso- och sjukvård, såsom folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård, om kommunernas allmänna skyldighet att tillhandahålla tjänsterna.

22 § i grundlagen föreskriver om det allmänna skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses i praktiken. Med det allmänna avses här såväl staten som kommunerna. Genom speciallagstiftningen har kommunerna ålagts skyldighet att ordna hälso- och sjukvård för sina invånare och i vissa fall för alla som vistas i kommunen. Samhället ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna blir uppfyllda. Staten ska med hjälp av lagstiftningsåtgärder samt genom att bevilja resurser och vederbörlig finansiering organisera verksamheten och sörja för att var och en garanteras tillräckliga hälsovårdstjänster. Finansieringen och resurserna som verksamheten förutsätter realiserar huvudsakligen genom de statsandelar som staten beviljar kommunerna och kommunernas beskattningsrätt.

De övriga bestämmelserna om grundläggande fri- och rättigheter bestämmer för sin del det sätt, på vilket skyldigheten att trygga hälsovårdstjänsterna uppfylls. Vissa bestämmelser i grundlagen, som särskilt rör också hälsovårdstjänster, föreskriver om exempelvis jämlikhet och förbud mot särbehandling (6 §), rätt till liv, personlig frihet och integritet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningars offentlighet (12 §) samt frihet att påverka beslut som gäller honom eller henne själv (14 § 3 mom.).

Kommunernas självstyrelse är fastställd i grundlagens 121 §. Uppgiften att verkställa de grundläggande fri- och rättigheterna förutsätter att uppgifterna och förpliktelserna som kommunerna kan åläggas bestäms genom lagstiftning. Självstyrelsen har också till syfte att skydda kommunernas rätt att besluta om sin egen ekonomi. Beskattningsrätten som nämns i 121 § 3 mom. i grundlagen är uttryckligen nämnd som ett element i den kommunala självstyrelsen. När kommunerna åläggs nya uppgifter måste det samtidigt sörjas för att kommunerna har realistiska förutsättningar för att klara uppgifterna. Staten

deltar via statsandelssystemet i de kostnader, som kommunerna åsamkas när de organiserar tjänsterna.

2.1.2 Ansvar för att ordna allmän hälso- och sjukvård

Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård bestämmer att uppgiften att tillhandahålla allmän hälso- och sjukvård ankommer på kommunerna, de är således ansvariga enligt 22 § i grundlagen för att förpliktelsen som ålagts det allmänna verkställs i praktiken. Inom kommunförvaltningen används vid skötseln av uppgifterna allmänt begreppet ansvar för ordnandet. Med begreppet ansvar för ordnandet vill man särskilja produktionen av tjänster från ombesörjandet av tjänster. Till ansvaret för ordnandet hör att kommuninvånarna ska ha tillgång till tjänster enligt behov. Ansvar för ordnandet är delvis ett alltför generellt begrepp för att beskriva de olika former av förpliktelser samt rättigheter och skyldigheter som utvecklas mellan kommuninvånaren, kommunen och samkommunen i hälso- och sjukvården. Ansvaret för ordnandet inbegriper kommunens ansvar för att kommuninvånarna ska ha tillgång till lagfästa eller övriga tjänster och att kommuninvånarna får dessa tjänster på det sätt som tryggats i lag. Ansvaret för ordnandet omfattar dessutom ansvar för på vilket sätt tjänsterna ordnas, eftersom de kan tillhandahållas genom egen produktion, i samarbete eller som köpta tjänster. I ansvaret ingår därtill ansvar för tjänsternas finansiering och för att tillräckliga resurser reserveras så att de kan tillhandahållas.

Terminologin i lagstiftningen är emellertid inkonsekvent. I lagen används ofta begreppet "ordnande" för att beskriva endast vissa åligganden som omfattas av det ovan nämnda ansvaret för ordnandet. Likaledes kan det hända att det för att precisera nämnda förpliktelser används vissa andra begrepp än ordnande, exempelvis "ska sörja för".

Kommunens uppgifter kan med stöd av lag och avtal handhas också av en samkommun. Den privata hälso- och sjukvården kompletterar de offentliga tjänsterna. I praktiken är tjänsterna enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård uppdelade mellan

primärvård och specialiserad sjukvård. För tjänster enligt folkhälsolagen eller för uppgifter som ingår i folkhälsoarbetet och som kommunen särskilt har bestämt ska kommunen eller samkommunen ha en hälsovårdscentral. År 2009 fanns det 194 hälsovårdscentraler i Finland, vilket var 38 hälsovårdscentraler färre än 2008. Med primärvård avses den service som kommunerna tillhandahåller främst i hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralerna kan omfatta flera olika enheter, dvs. hälsostationer eller sjukhus.

Det åligger också kommunerna att sörja för att invånarna får behövlig specialiserad sjukvård. Den specialiserade sjukvården hör till kommunens skyldigheter, men den organiseras i form av interkommunalt samarbete i samkommuner. Kommunens åligganden i fråga om hälso- och sjukvård är således regionaliserade när det gäller specialiserad sjukvård. För ordnande av specialiserad sjukvård är landet indelat i sjukvårdsdistrikt (7 § i lagen om specialiserad sjukvård). Kommunen ska höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt (3 § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård) för att infria sitt ansvar för ordnande av specialiserad sjukvård. Sjukvårdsdistrikten är 20 till antalet, dessutom bildar Åland ett eget sjukvårdsdistrikt. Kommunen kan själv besluta till vilket sjukvårdsdistrikt den önskar höra. Inom den specialiserade sjukvården är kommunen förpliktad att delta i och via sjukvårdsdistriktets administration att handha de lagstadgade uppgifterna som rör specialiserad sjukvård.

Ansvaret för den specialiserade sjukvården vilar enligt bestämmelserna på sjukvårdsdistriktens samkommuner. Ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för att specialiserad sjukvård ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder. Inom sjukvårdsdistriktet har chefläkaren eller någon annan av samkommunens läkare till uppgift att leda och övervaka samt besluta om vården. År 2005, i samband med bestämmelserna om den så kallade vårdgarantin, ändrades och skapades klarhet i ansvarsförhållandena mellan kommunen och sjukvårdsdistriktet för den specialiserade sjukvården. Sjukvårdsdistriktet har ansvar för akuta situationer samt när patienter har skickats till specialiserad sjukvård, men till övriga delar har kommunen

fortsatt ansvar. När sjukvårdsdistrikten ansvarar för att specialiserad sjukvård ordnas ska tjänsterna ordnas utifrån samma principer för invånarna i sjukvårdsdistriktets samtliga medlemskommuner. När det gäller att de facto beakta att de grundläggande fri- och rättigheterna iakttas poängteras speciellt den regionala jämlikheten. Bestämmelsen om jämlikhet i grundlagens 6 § begränsar skillnaderna i kommunernas serviceutbud samt i hur de ordnas. Jämlikhetsprincipen förutsätter att den instans som ansvarar för verksamheten organiserar funktionerna så, att alla människor som omfattas av aktörens ansvarsområde ska ha möjlighet att få service på enhetliga grunder.

I varje sjukvårdsdistrikt finns ett central-sjukhus. Av dessa är fem universitetssjukhus för högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio). Ett sjukvårdsdistrikt ordnar och producerar tjänster i specialiserad sjukvård för befolkningen inom sitt område. Sjukvårdsdistriktets sjukhus ska i första hand användas för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård (30 § i lagen om specialiserad sjukvård). Undantag är den högspecialiserade sjukvården och eventuella avtalsbaserade arrangemang. För ordnandet av högspecialiserad sjukvård är landet indelat i fem specialupptagningsområden. Till varje specialupptagningsområde ska höra ett sådant sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitet som ger läkarutbildning. Statsrådet utfärdar genom förordning bestämmelser om vilka specialupptagningsområdena är och om vilka sjukvårdsdistrikt som hör till ett visst specialupptagningsområde.

Studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett sjukvårdsdistrikt ska under den tid då de på grund av sina studier vistas inom ett främmande sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller i en annan verksamhetsenhet som hör till detta sjukvårdsdistrikt. Detsamma gäller dem som på grund av sitt arbete vistas på främmande ort eller då någon annan omständighet oundgängligen kräver att sjukvård ges i ett främmande sjukvårdsdistrikt.

Staten deltar via statsandelssystemet i kostnaderna som kommunerna åsamkas när de ordnar dessa tjänster. Kommunen ska an-

visa resurser för de tjänster den ska ordna enligt lag, men den har prövningsrätt för vart resurserna allokeras, dock så att den inte bryter mot grundlagens krav på jämlikhet. Kommunen kan också besluta hur den organiserar tjänsterna. Enligt lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992) kan kommunen producera tjänsterna själv eller tillsammans med andra kommuner eller köpa dem från andra kommuner eller privata serviceproducenter. (4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården).

När lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (lagens namn har senare ändrats genom lagen 1706/2009) trädde i kraft från början av 1993 innebar den en genomgripande omstrukturering av verksamheten inom hälso- och sjukvården. Efter att lagen ändrades betalades statsandelarna till baskommunerna enligt en beräkningsformel som beskrev behovet av tjänster. Den reformerade lagstiftningen upphävde statsförvaltningens resursstyrningssystem. Därmed övergick man till en hälso- och sjukvård som var allt mera decentraliserad och där kommunerna hade befogenhet och ansvar att organisera hälso- och sjukvårdstjänsterna på det sätt som de ansåg var bäst. Bland de viktigaste orsakerna till reformen kan nämnas att det tidigare kostnadsbaserade statsandelssystemet medförde växande utgifter samt de allmänna strävandena att decentralisera den statliga centralförvaltningens uppgifter. Samtidigt önskade man stärka baskommunernas ställning i förhållande till samkommunerna. När reformen trädde i kraft växte dock farhågorna för att invånarna i olika kommuner skulle råka i olika ställning. Ekonomiska eller politiska orsaker har också lett till beslut som resulterat i att alla kommuners invånare inte längre har haft tillgång till tillräckliga hälsovårdstjänster. Lagreformen trädde i kraft när Finland var mitt inne i en djup ekonomisk recession. Det nya systemet blev genast testat under extrema förhållanden.

I och med lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården övergick man från resursstyrning till resultatansvar baserat på kommunal självstyrelse. Lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården konstaterade beträffande

det ansvar för ordnandet som kommunen ålades i speciallagarna om hälso- och sjukvård att varje kommun ska anvisa resurser för den social- och hälsovård som ligger till grund för statsandelen (3 §). Ett av de viktigaste målen med statsandelsreformen var att öka den kommunala självstyrelsen. Det betyder bland annat att kommunens invånare har rättighet och frihet att på det sätt de önskar, förutsatt att de håller sig inom lagstiftningens gränser, besluta vilka tjänster som prioriteras samt hur invånarnas behov beaktas. Samtidigt som det nya systemet har medfört flexibilitet har det också medfört att inte alla kommuner har anvisat resurser för en del tjänster som lagstiftningen föreskriver. Kommunen ska dock anvisa tillräckliga resurser för att producera eller köpa hälsovårdstjänster. Kommunen måste reservera anslag i sin budget förutom för akutvård även för annan behövlig vård på medicinska och odontologiska grunder. Patientens rätt till vård kan inte begränsas med hänvisning enbart till att anslagen som kommunen anvisat till hälso- och sjukvården är knappa utan att beakta patientens individuella behov.

Från ingången av 2010 trädde lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009) i kraft. Av de nuvarande statsandelarna inom förvaltningsområdet intogs i den nya lagen med några undantag den allmänna statsandelen, statsandelen för social- och hälsovård samt statsandelarna för förskoleundervisning och grundläggande utbildning, för allmänna bibliotek, för kommunernas kulturverksamhet och den per kommuninvånare bestämda statsandelen för grundläggande konstundervisning. Genom den nya lagen upphävdes bestämmelserna som gällde statsandelarna för social- och hälsovård i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården.

Genom reformen överfördes statsandelarna till finansministeriets förvaltningsområde och Servicecentret för statens ekonomi- och personalförvaltning, som ombesörjer att statsandelarna betalas ut. Statsunderstöden, sådana som utvecklingsbidragen, stannade inom undervisningsministeriets samt social- och hälsovårdsministeriets budgetar och förvaltning.

När det är fråga om kombinerade statsandelar tillämpas en statsandelsprocent. Genom

reformen ändrades inte de gällande grunderna för statsandelar fastställda per kommuninvånare.

Kommunallagen (365/1995) bildar ram för hur verksamheten inom olika förvaltningsområden organiseras. Med avseende på verksamheten är kommunallagen ytterst flexibel. Kommunen kan sköta tjänsterna själv, i samarbete med andra kommuner eller beställa dem av andra tjänsteproducenter (2 § i kommunallagen). De kommunala tjänsternas laglighet och slutliga resultat utvärderas på många sätt och i olika perspektiv. Från statens sida handhas laglighetsövervakningen av regionförvaltningsverken och Valvira.

2.1.3 Folkhälsoarbetets och den specialiserade sjukvårdens funktioner

Enligt folkhälsolagens 1 § 1 mom. avses med folkhälsoarbete främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen.

Med specialiserad sjukvård avses sådana hälsovårdstjänster inom medicinska och odontologiska specialområden som hänförs till förebyggande av sjukdomar, undersökning, vård, den medicinska räddningsverksamheten samt medicinsk rehabilitering (1 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård).

I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård definieras primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens funktioner samt hälsovårdscentralernas och sjukhusens skyldigheter och ansvar. Vad skyldigheten att ordna allmän hälso- och sjukvård innebär samt dess innehåll och omfattning definieras huvudsakligen i 14 § i folkhälsolagen och i 1 och 3 § i lagen om specialiserad sjukvård. Till kommunens skyldighet att ordna sjukvård för kommuninvånarna hänförs av läkare utförd undersökning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering. Skyldigheten att ordna sjukvård innefattar också skyldighet att vid behov ordna möjlighet att få sjukvård under ledning av specialläkare.

Bestämmelserna om skyldighet att ordna hälso- och sjukvård utgör i huvudsak ramlag-

stiftning, där kommunens ansvar har formulerats på ett allmänt plan så, att det inte med stöd av dem är möjligt att entydigt precisera verksamhetens omfattning eller innehåll. Bestämmelserna om den så kallade vårdgarantin preciserar dock mera detaljerat än tidigare om patientens tillgång till vård, bedömning av vårdbehovet och maximala tidsfrister inom vilka patienten ska få icke akut vård. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 mars 2005.

Folkhälsoarbetet

Folkhälsoarbetet är en uppgift som har ålagts kommunerna. För skötseln av uppgiften kan kommunerna grunda samkommuner eller komma överens med en annan kommun om att denna sköter en del av funktionerna inom folkhälsoarbetet. Verkställigheten av folkhälsoarbetet i kommunen sköts av ett eller flera kollegiala organ som har utsetts av kommunen. Organet sköter dessutom de uppgifter som enligt någon annan lag åligger hälsovårdsnämnden eller hälso- och sjukvårdsnämnden. Om folkhälsoarbetet handhas av en samkommun ska medlemskommunerna tillsätta ett för kommunerna gemensamt organ.

Sjukvården till kommuninvånarna

Enligt 14 § i folkhälsolagen åligger det kommunen att ordna sjukvård till kommuninvånarna, till vilken hänförs av läkare utförd undersökning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering. På grund av de problem som har uppkommit i hälsovårdscentralernas mottagningsverksamhet preciserades denna förpliktelse genom bestämmelserna om den så kallade vårdgarantin. Härvid intogs i 15 b § i folkhälsolagen en precisering om att hälsovårdscentralen ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. 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.

Av utredningar som Stakes har utfört framgår att läkarnas tjänster har anlitats i ökande omfattning, i synnerhet inom företagshälsovården (såväl den kommunala som privata företagshälsovården). Också besöken på poliklinik inom de specialiserade sjukvården och hos privatpraktiserande läkare uppvisar en klar ökning medan mängden besök hos hälsovårdscentralsläkare har minskat. Av Stakes utredningar framgår ytterligare att det var mest personer inom de lägsta inkomstklasserna som använde sig av hälsovårdscentralsläkarnas tjänster. Av svaren inom femtedelen med de lägsta inkomsterna framgick att cirka 75 procent hade anlitat en hälsovårdscentralsläkare under det senaste året när motsvarande andel i femtedelen med de högsta inkomsterna var drygt 40 procent.

Läkarbristen vid hälsovårdscentralerna har utgjort en broms för att förverkliga vårdgarantin. Problemet har tacklats genom att man har omorganiserat arbetsfördelningen mellan vårdare och läkare, förbättrat telefonservicen och utnyttjat köptjänster, hyrd arbetskraft och helt och hållet lagt ut tjänster.

En kartläggning av hur väl vårdgarantin fungerar vid hälsovårdscentralerna utfördes senast i oktober 2009. Enligt resultaten bor över hälften av befolkningen i sådana regioner där det tidvis är problematiskt att omedelbart få kontakt med hälsovårdscentralen. Bedömningen av vårdbehovet realiseras dock i regel inom tre dagar i hela landet. Patienten fick tid till läkarmottagningen på hälsovårdscentralen snabbare än tidigare. Ungefär en tredjedel av befolkningen fick tid till läkarmottagningen inom två veckor. En tiondedel av befolkningen måste vänta i över fyra veckor. Sämst var läget i distrikten Östra Savolax, Länsi-Pohja, Norra Karelen, Vasa och Syd-Österbotten, där över 50 procent av befolkningen måste bereda sig på fyra veckors väntetid till icke akut vård. I Centrala Tavastland och Kajanaland var läget bäst, där fick i genomsnitt alla som behövde vård tid till läkarmottagningen inom två veckor.

Tid till vårdarens mottagning kunde ordnas för över hälften av befolkningen (60 procent) inom tre dagar och för 90 procent av befolkningen inom en vecka.

Såväl med avseende på att minska skillnaderna i hälsan som på basservicen och jäm-

likheten är det av central betydelse att primärvården stärks och vårdgarantin fungerar.

Folkhälsoarbetets funktioner

Enligt 14 § i folkhälsolagen åligger det kommunen att

1) sörja för hälsorådgivning och hälsoundersökningar för kommunens invånare, vilket omfattar preventivmedelsrådgivning, rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern och deras familjer,

1 a) följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd och faktorer som inverkar på hälsotillståndet utvecklas i de olika befolkningsgrupperna, sörja för att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter samt för främjande av hälsan samarbeta med andra offentliga och privata instanser som är verksamma i kommunen,

2) ordna sjukvård till kommuninvånarna, till vilken hänförs av läkare utförd undersökning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering,

2 a) förverkliga det mentalvårdsarbete som avses i mentalvårdslagen (1116/1990) genom att ordna sådant förebyggande mentalvårdsarbete och sådana mentalvårdstjänster som kommuninvånarna behöver och som det är ändamålsenligt att ordna vid en hälsovårdscentral,

3) enligt vad som närmare bestäms genom förordning sörja för ordnandet av sjuktransport samt ordna och upprätthålla den medicinska räddningsverksamheten samt den sjuktransportberedskap som är nödvändig med beaktande av lokala förhållanden, med undantag av anskaffning och underhåll av för sjuktransport behövliga luftfartyg samt menföres- och andra motsvarande speciella fortskaffningsmedel,

4) tillhandahålla mun- och tandvård, till vilken hänförs främjande av befolkningens munhälsa samt undersökning, förebyggande och behandling av munsjukdomar hos kommunens invånare,

5) tillhandahålla skolhälsovård, till vilken hänförs att övervaka och främja hälsan och säkerheten inom skolsamfundet i de skolor och läroanstalter i kommunen som ger grundläggande utbildning, i samarbete med perso-

nalens företagshälsovård, följa och främja elevernas hälsa, inklusive mun- och tandvård, samarbeta med annan elevvårds- och undervisningspersonal samt specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet,

6) för studerande vid läroanstalter i kommunen som ordnar annan än i 5 punkten nämnd, genom förordning bestämd utbildning, oberoende av de studerandes hemort, tillhandahålla studerandehälsovård, till vilken hänförs främjande av en trygg och sund studiemiljö, främjande av de studerandes hälsa och studieförmåga samt ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive mentalvårdstjänster och mun- och tandvård, för de studerande, samt för egen del trygga välbefinnandet i hela studiesamfundet; hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård för studerande vid universitet och yrkeshögskolor kan dock med kommunens samtycke ordnas också på något annat av social- och hälsovårdsministeriet godkänt sätt,

7) för arbetstagare som arbetar på arbets- och verksamhetsplatser inom kommunen tillhandahålla sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren ska svara för enligt 12 § i lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar och enligt vad som bestäms med stöd av dem,

8) i tillämpliga delar för företagare inom kommunen och andra som för egen räkning där utför arbete ordna företagshälsovård som avses i 12 § i lagen om företagshälsovård och i bestämmelser som utfärdas med stöd av den,

9) ordna screening och andra massundersökningar så som närmare bestäms genom förordning av statsrådet,

10) oberoende av patientens boningsort ordna brådskande öppen sjukvård, inklusive brådskande mun- och tandvård,

11) se till att invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd när ett sådant behövs enligt lag eller när det finns en nödvändig grund för det med tanke på invånarens eller patientens vård, utkomst och studier eller av någon annan jämförbar orsak.

Dessutom är en kommun skyldig att ge polisen och fängvårdsmyndigheterna handräckning för utförande av rättsmedicinska under-

sökningar, exempelvis av berusade och fångar. En hälsovårdscentralsläkare ska också delta i undersökningar av värnpliktiga. De kommuner som separat bestäms genom förordning ska ordna hälso- och sjukvård för sjömän. Kommunen ska ytterligare sköta andra uppgifter som ålagts den i till exempel lagen om smittsamma sjukdomar eller lagen om missbrukarvård.

Den myndighet som svarar för kommunens folkhälsoarbete ska delta i utarbetandet av läroplanen enligt 15 § i lagen om grundläggande utbildning, 11 § i gymnasielagen och 14 § i lagen om yrkesutbildning, till den del den gäller elev- och studerandevården samt samarbetet mellan skolan eller läroanstalten och hemmet. Dessutom kan kommunen också överenskomma med övriga läroinrättningar om att den hälso- och sjukvård som hör till respektive läroinrättning ordnas inom kommunens hälsovårdscentral.

Kommunen kan avtala med en arbetsgivare som verkar på kommunens område att kommunens hälsovårdscentral ordnar för arbetsgivarens anställda sådana sjukvårds- och andra hälsovårdstjänster som avses i 14 § i lagen om företagshälsovård.

Dessutom ska från början av 2008 den kommun, där ett barn eller en ung person med stöd av barnskyddslagen är placerad genom en stödåtgärd inom öppenvården eller i vård utom hemmet eller i eftervård i samarbete med placerarkommunen ordna den service som ingår i folkhälsoarbetet och som barnet eller den unga personen behöver.

Hälso- och välfärdsfrämjande verksamhet

I fråga om hälsofrämjande verksamhet reviderades folkhälsolagen från början av 2006 på så sätt att kommunens åligganden när det gäller hälsofrämjande verksamhet preciseras i lagens 14 §. Utgångspunkten var bland annat att en målinriktad styrning och utvärdering av verksamheten förutsätter att kommunen följer hur befolkningens hälsotillstånd utvecklas i de olika befolkningsgrupperna och att hälsoaspekterna beaktas i alla kommunala verksamheter. Till folkhälsoarbetet hänförs fortsättningsvis vid sidan av hälso-

främjande och förebyggande verksamhet sjukvård för individen.

Målet för folkhälsoarbetet är att kommuninvånarna ska ha bästa möjliga hälsa och att detta mål ska vara uppnåeligt på möjligast jämlika grunder. Trots att befolkningens hälsa enligt många indikatorer kontinuerligt har förbättrats har skillnaderna mellan socialgrupperna och könen förblivit stora. I många kommuner har resurserna för det förebyggande arbetet skurits ner på 1990-talet, och alla förpliktelser enligt folkhälsolagen blir inte uppfyllda så som de bör.

Effektivaste sättet för att främja befolkningens hälsa och förbygga sjukdomar är att beslutens sociala och hälsomässiga verkningar beaktas inom samtliga förvaltningsområden. Viktiga beslut som rör välbefinnandet och hälsan fattas bland annat i planläggningen, byggandet, planeringen av och själva uppförandet av bostäder, trafikplaneringen, utbildningen, arbetspolitiken och naturligtvis i samband med organiserandet av social- och hälsovården. Det hälso- och välfärdsfrämjande arbetet kräver fungerande strukturer och praktiska tillämpningar såväl inom kommunerna som regionalt samt samarbete mellan förvaltningarna för att målen för hälsofrämjandet och välfärdsfrämjandet ska kunna nås. Nödvändiga förutsättningar är dessutom att uppgifterna om välbefinnandet är tillgängliga förutom att datasystemen och styrsystemet för den sektorsövergripande verksamheten är gemensamma liksom de överenskomna styrmetoderna.

Den kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa som 2006 färdigställdes till stöd för kommunerna tillämpas ännu inte särskilt allmänt som arbetsredskap i kommunerna. Kvalitetsrekommendationens centrala ideologi går ut på att främjande av hälsa och välbefinnande kräver ledning, samarbetsstrukturer och resurser. Endast en del kommuner har tagit in i kommunplanen eller verksamhets- och ekonomiplanen mål för hälsofrämjande arbete och välfärdsfrämjande arbete eller genomfört övriga strategier i rekommendationen.

Kommun- och servicestrukturen och verktyget för att genomföra reformen, utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), skapar möjligheter för kom-

munerna att stärka och främja både det hälsofrämjande arbete som social- och hälsovården utför och det främjande av hälsa och välbefinnande som utförs i samarbete mellan olika förvaltningsgrenar. En fara vid planering och beslutsfattande på olika nivåer syns vara att funktionerna i syfte att främja hälsa och välfärd, som samarbetsområdena i fortsättningen ska ansvara för i kommunerna, inte blir skötta som en helhet med den påföljden att social- och hälsovårdens förbindelser till kommunens övriga verksamhet bryts och förutsättningarna för ett brett uppbyggt samarbete över sektorgränserna saknas.

En särskild uppgift i hälsofrämjandet i folkhälsoarbetet är att följa befolkningens hälsotillstånd och de faktorer som påverkar hälsotillståndet samt att bedöma läget utifrån befolkningsgrupp, tjänsterna i hälso- och sjukvård (hälsorådgivning, hälsoundersökningar, rådgivningstjänster, skol- och studerandehälsovård, företagshälsovård, screeningar och hälsoskydd/miljö- och hälsoskydd), hälsofostran, att fungera som sakkunniginstans i och förespråkare för hälsofrämjande samt att på förhand bedöma effekter för hälsan.

Främjandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet i regionerna

Enligt 27 § i folkhälsolagen ska kommunen vid planeringen och utvecklingen av folkhälsoarbetet samarbeta med sjukvårdsdistriktet så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Ramlagen om en kommun- och strukturreform preciserar i sin 6 § att för att trygga den service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag indelas landet i samkommuner (sjukvårdsdistrikt) som åläggs den nya uppgiften att främja beaktandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet. Samkommunens uppgifter har tills vidare inte bestämts närmare. Dessa förpliktelser kräver precisering så att även det regionala arbetet för att främja hälsa och välfärd blir planmässigt och väl koordinerat. Inom vissa sjukvårdsdistriktsområde har kommunerna redan ett etablerat samarbete eller verksamhetsmodeller för häl-

sofrämjandet och på vissa områden saknas det så gott som helt.

Rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och för barn

Kommunen ska enligt folkhälsolagen sörja för rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och för barn. Till stöd för kommunernas arbete har det utarbetats nationella handböcker under åren 1999 - 2007 (Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården 1999, Rådgivningsbyråerna för barnavård som stöd för barnfamiljerna 2004, Handlingsprogrammet Främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa 2007).

Den information som finns tillgänglig från uppföljningen av rådgivningsbyråttjänsterna för gravida kvinnor och för barn är från åren 2004 - 2007. Av svaren från den enkät som utfördes 2007 om förebyggande tjänster för barn och unga framgick att en dryg tredjedel av hälsovårdscentralerna hade anordnat rådgivningsbyråttjänsterna för mödrar och barn som skilda funktioner, en dryg femtedel hade anordnat tjänsterna som kombinerade och hos resten hade tjänsterna anordnats såväl skilt som kombinerade inom samma hälsovårdscentral. Ledningen av rådgivningsverksamheten, personalresurserna samt verksamhetens innehåll och arbetsformerna, inklusive rutinerna vid hälsoundersökningarna och hälsorådgivningen, varierar rätt mycket i landets olika delar. Antalet ledande skötare har ökat i någon mån sedan 2004.

De regelbundna hälsokontrollerna blev inte genomförda enligt rekommendationerna 2007. Mest bristfälliga var kontrollerna av spädbarn. Metoderna för att bedöma barnets utveckling eller föräldrarnas välbefinnande som ingick som rekommendation i rådgivningsbyråernas handbok tillämpades i ökande omfattning, familjeträning verkar ha anordnats i mindre skala.

Rådgivningsbyråernas personal är mycket motiverad för sitt arbete. Inom många hälsovårdscentraler är de otillräckliga personalresurserna i fråga om hälsovårdare och i synnerhet läkare ett problem. Det råder också brist inom många andra personalgrupper. Samarbete över yrkesgränserna utförs, men det gäller oftast enstaka fall och är inte plane-

rat på förhand. Målsättningen att bygga upp nätverk för tjänsterna riktade till barnfamiljer i syfte att åstadkomma ett regelrätt familjeservice nät eller familjeserviceforum har avancerat på några år. Familjearbetarnas tjänster har klart ökat och största delen av hälsovårdscentralerna tillhandahöll sådana tjänster 2007.

På grund av de knappa resurserna klarar inte en rådgivningsbyrå att tillräckligt väl urskilja vilka barn och familjer som är i behov av särskilt stöd och ordna med behövliga stödåtgärder. Endast en fjärdedel av hälsovårdscentralerna följde upp antalet barn och familjer i behov av särskilt stöd 2007. Då upptäcks problemen inte i ett tidigt skede och några stödåtgärder går inte att ordna. Servicen borde dock i större grad än för närvarande inriktas på dem som behöver tjänsterna med tanke på att bl.a. minska skillnaderna i hälsan och främja den mentala hälsan.

Preventivmedelsrådgivning

I och med folkhälsolagen 1972 ålades kommunen att anordna preventivmedelsrådgivning i syfte att förhindra graviditet. Verksamheten reglerades genom detaljerade föreskrifter och ett riksomfattande nät av rådgivningsbyråer upprättades. År 1995 tillhandahöll ungefär en tredjedel av hälsovårdscentralerna preventivmedelsrådgivning, en tredjedel skötte rådgivningen enligt befolkningsansvaret och en tredjedel hade arrangerat tjänsterna som någon mellanform av dessa. År 2008 hade närmare hälften av hälsovårdscentralerna ordnat preventivmedelsrådgivningen på mödrarrådgivningsbyråerna och en femtedel vid en rådgivningsbyrå i anslutning till rådgivningen för gravida kvinnor och för barn. En fjärdedel av hälsovårdscentralerna hade separata byråer för preventivmedelsrådgivning.

Användningen av preventivmedel brister alldeles tydligt, för enligt statistiska uppgifter har antalet avbrutna havandeskap och könssjukdomar ökat sedan mitten av 1990-talet, speciellt bland unga och unga vuxna. Två tredjedelar av alla klamydiasmittade är personer under 25 år.

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade sitt första handlingsprogram för främ-

jande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa åren 2007 - 2011 (SHM 2007:17). Handlingsprogrammet innehåller förslag till åtgärder för att utveckla tjänsterna som gäller preventivmedel, att förebygga könssjukdomar samt att integrera sexualrådgivningen i alla hälsovårdstjänster.

Förebyggande mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete

Det förebyggande mentalvårdsarbetet liksom alkohol- och drogarbetet utförs vanligen via hälsovårdscentralens psykologer, rådgivningen, skolhälsovården och företagshälsovården. Noggranna uppgifter om dess volym finns inte tillgängliga. Bland arbetsuppgifterna för hälsovårdscentralens psykologer har det reparativa, vårdande arbetet ökat på bekostnad av det förebyggande arbetet. Förebyggande mentalvårdsarbete utförs också på mottagningarna till primärvården och skolhälsovården, bl.a. i samband med hälsokontroller. Att identifiera problemen som hör ihop med uppväxt och utveckling samt eventuella psykiska störningar i ett tidigt skede utgör också en del av det förebyggande mentalvårdsarbetet.

Lagen om nykterhetsarbete (828/1982) förpliktar staten och kommunerna att skapa allmänna förutsättningar för nykterhetsarbetet. Enligt denna ska i kommunen finnas ett särskilt organ som förordningen om nykterhetsarbete (233/1984, ändrad 807/1992) ger i uppgift att bl.a. samarbeta med kommunens skol-, social-, hälsovårds- och fritidsväsen för att förebygga och minska rusmedelsbruket samt med andra samfund som främjar sunda levnadsvanor. Lagen om missbrukarvård (41/1986) upptar dessutom en förpliktelse, som poängterar påverkandet av levnadsförhållanden och levnadssätt.

Medicinsk rehabilitering

Med hjälp av rehabilitering strävar man att förbättra och upprätthålla klientens funktions- och arbetsförmåga, delaktighet och

möjlighet självständiga förmåga att klara sig i olika situationer i det dagliga livet. Kommunens skyldighet att anordna medicinsk rehabilitering bestäms enligt ett individuellt uppskattat rehabiliteringsbehov.

Huvudprincipen i systemet med medicinsk rehabilitering är att den organiseras som ett led i offentliga tjänster och systemet för socialförsäkring, vilket betyder att den griper över flera förvaltningar och funktioner. Social- och hälsovården, undervisningsväsendet och arbetsförvaltningen anordnar rehabilitering inom ramen för sin service- och utbildningsuppgift. Det ankommer på kommunen att anordna medicinsk rehabilitering till den del det inte är bestämt att den ska vara Folkpensionsanstaltens uppgift (FolkhälsoL 14 § 1 mom. 2 punkten). Folkpensionsanstalten, arbetspensionsanstalterna som sköter den lagstadgade försäkringen samt försäkringsanstalterna anordnar rehabilitering på basis av socialförsäkringen. Planeringen och uppföljningen av rehabiliteringen hör till hälso- och sjukvårdens uppgifter, ofta också i det fall att någon annan instans ansvarar för att organisera rehabiliteringen. Samtidigt som rehabiliteringen har samordnats att utgöra en del av offentliga tjänster och socialskydd är den ett eget specialiserat område inom dessa system. Den enskilda individens rehabilitering är ofta sammansatt av tjänster och förmåner från flera olika håll.

I den gällande lagstiftningen har den medicinska rehabiliteringen intagits med samma innehåll i både folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Förordningen om medicinsk sjukvård (1015/1991, rehabiliteringsförordningen) definierar rehabiliteringen enligt följande: "Syftet med medicinsk rehabilitering är att förbättra och upprätthålla rehabiliteringsklientens fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga samt att hjälpa och stöda honom med att klara av sin livssituation och de dagliga göromålen." Förordningen definierar dessutom närmare vilka tjänster den medicinska rehabilitering vanligen innehåller.

Myndigheterna som har till uppgift att tillhandahålla och finansiera rehabiliteringstjänster kan producera tjänsterna själva eller upphandla dem hos övriga serviceproducenter. Sådana serviceproducenter är inom den

offentliga sektorn hälsovårds- och socialcentralerna, sjukhusen, socialvårdsinrättningarna, läroinrättningarna och arbetsförvaltningens verksamhetsenheter. Privata serviceproducenter är rehabiliteringsinrättningar, fysikaliska m.fl. vårdinrättningar, folkhälso- och handikapporganisationer och samt självständiga yrkesutövare. Förutom de ovan nämnda anordnar statskontoret, försäkringsanstalterna, företagshälsovården och studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) rehabilitering.

Den medicinska rehabiliteringen omfattar rådgivning och handledning, utredningar av rehabiliteringsbehovet och rehabiliteringsmöjligheterna, terapi och rehabiliteringsperioder som främjar, upprätthåller och förbättrar funktionsförmågan, rehabiliteringskurser i form av institutionsvård eller öppenvård, hjälpmedelstjänster samt anpassningsträning och rehabiliteringshandledning. Den gällande rehabiliteringsförordningen föreskriver närmare om hur medicinsk rehabilitering ska ordnas, tjänster, planering och uppföljning samt om hjälpmedel. Tjänster inom medicinsk rehabilitering är bla. fysioterapi och verksamhetsterapi, talterapi, neuropsykologisk rehabilitering, psykoterapi och andra därmed jämförbara terapier och åtgärder som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan (3 § 2 punkten i rehabiliteringsförordningen).

Ansvarsfördelningen vid medicinsk rehabilitering är följande:

1) Rehabilitering som direkt anknyter till sjukvård anordnas av den kommunala hälso- och sjukvården. Ifall det är fråga om olycksfall eller skada som uppstått i trafiken eller skada som ersätts från annat håll ska försäkringsbolaget lämna en betalningsförbindelse för vården och rehabiliteringen. Försäkringsbolaget beslutar om ersättningen för en fortsatt rehabilitering.

2) Folkpensionsanstaltens medicinska rehabilitering för gravt handikappade kan komma i fråga för en person under 65 år efter det att han har fått Folkpensionsanstaltens beslut om vård- eller handikappbidrag till förhöjt eller högsta belopp. Till ansökan om rehabilitering ska fogas en rehabiliteringsplan som upprättas vid den offentliga, dvs. den kommunala hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av klienten för 1 - 3 år.

Planen görs upp på en blankett som Folkpensionsanstalten särskilt utarbetat för ändamålet. Det totala ansvaret förblir hos den kommunala hälso- och sjukvården. Folkpensionsanstalten kan dessutom anordna annan medicinsk rehabilitering enligt prövning, exempelvis rehabiliteringskurser för grupper med olika sjukdomar. Vid rehabilitering efter akuta hjärnskador har detta dock förekommit ganska litet.

3) Ansvaret för rehabilitering av sådana personer som inte är berättigade till rehabilitering som ett försäkringsbolag eller Folkpensionsanstalten bekostar - med andra ord majoriteten av rehabiliteringsklienterna - vilar på den kommunala hälso- och sjukvården.

Till grund för rehabilitering anordnad av Folkpensionsanstalten ligger lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005), som trädde i kraft från början av oktober 2005.

Den lagfästa medicinska rehabiliteringen som Folkpensionsanstalten organiserar avser gravt handikappade personer under 65 år och deras rehabiliteringsperioder i öppen- eller institutionsvård (i praktiken således olika slags terapi och vårdperioder vid rehabiliteringsinstitut, hälso- och sjukvården ombesörjer bl.a. hjälpmedel och rehabiliteringshandledning). Sammanlagt 20 654 gravt handikappade, varav en dryg tredjedel (8 397) var under 16 år, fick medicinsk rehabilitering på Folkpensionsanstaltens försorg 2009. Folkpensionsanstaltens kostnader för allt detta uppgick till 112 miljoner euro eller 5 459 euro per rehabiliteringsklient.

Folkpensionsanstalten anordnar rehabilitering för totalt omkring 83 760 personer (lagfäst medicinsk rehabilitering för gravt handikappade och yrkesinriktad rehabilitering för funktionshindrade personer samt rehabilitering enligt prövning) medan den offentliga hälso- och sjukvården anordnar rehabilitering för i runt tal 500 000 personer.

Olycksfalls- och trafikförsäkringen ersätter offentliga eller privata serviceproducenter för kostnaderna som den medicinska rehabiliteringen har medfört. Ersättningskyldigheten har preciserats enligt olycksfalls- och trafikförsäkringsanstalternas totala kostnadsansvar

för sjukvård som trädde i kraft från början av 2005.

I den rehabilitering som primärvården anordnar poängteras i praktiken fysioterapi- och hjälpmedelstjänster, i någon mån arrangeras också tjänster i form av samtals- och verksamhetsterapi. Den privata sektorn och organisationerna producerar dessa delvis som köpta tjänster samt genom SV3f-förfarande, dvs. klienten får en remiss till rehabilitering som Folkpensionsanstalten subventionerar (uppskattningsvis 40 - 50 % med hälsovårdscentralläkarens remiss).

En viktig sektor inom rehabiliteringen är hjälpmedelstjänsterna. Behovet av hjälpmedel, deras betydelse och stödet för klienten att självständigt klara av sin livssituation och de dagliga göromålen kommer att öka kraftigt under de närmaste åren. Orsaken är den att antalet äldre personer ökar, tekniken avancerar och för med sig nya hjälpmedel. Enligt en utredning om tillgången på hjälpmedel var över hälften av dem som hade fått hjälpmedel via den medicinska rehabiliteringen över 65 år. Av alla pensionärer använder var annan något slag av hjälpmedel. Om användningen av hjälpmedel i dagens läge ställs i relation till befolkningsprognosen för 2012 finns det i Finland i det skedet 600 000 personer över 65 år som behöver något hjälpmedel. Hjälpmedelstjänsterna inbegriper en precisering av hjälpmedelsbehovet, utprovning av hjälpmedel, ändringsarbeten, överlåtelse till eget eller till låns, handledning och uppföljning av hur det används samt underhåll av hjälpmedel och vid behov transport av ett hjälpmedel i samband med att det överläts eller genomgår service.

En förutsättning för att få ett hjälpmedel är att läkare har konstaterat en sjukdom, skada eller något funktionshinder och på grund därav behovet av hjälpmedel. Också någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan konstatera behovet av hjälpmedel och fatta beslut om att överlämna ett sådant enligt den arbetsfördelning som överenskommits för respektive verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Bedömningen av behovet grundar på klientens belägenhet, där man uppskattar hans funktionsduglighet, livssituation, hur säkert hjälpmedlet är och

var det används samt vilka övriga tjänster han har fått.

Ett hjälpmedel som ingår i den medicinska rehabiliteringen är ett redskap (inklusive apparatur, förnödenheter, instrument, teknik och program), som är tillverkat för ett särskilt syfte eller allmänt tillgängligt och som främjar eller upprätthåller klientens funktionsförmåga och delaktighet i sådana fall då funktionsförmågan har försvagats på grund av funktionshinder som konstaterats på medicinska grunder eller till följd av åldrandet. Till hjälpmedlen räknas också vård- och träningstillbehör som behövs i rehabiliteringen. Hjälpmedlen kan reducera behovet av övriga tjänster och stödåtgärder, leda till ekonomiska inbesparingar, underlätta assisterande personers arbete och höja säkerheten i arbetet. Hjälpmedlen gör det möjligt för och stöder klienten att klara sig självständigt i sin egen arbets- och livsmiljö.

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har publicerat en kvalitetsrekommendation för hjälpmedel (2003) i vilken man förutsätter att sjukvårdsdistrikten avtalar om centraliserade hjälpmedelstjänster på sitt område, om arbets- och ansvarsfördelning och enhetlig praxis. Hjälpmedelstjänsterna ska utgå ifrån användarnas behov, finnas tillgängliga vid rätt tidpunkt och skötas på enahanda grunder. För att servicen ska fungera effektivt krävs en arbetsfördelning mellan organisationerna och ett enhetligt förfarande vid upphandling med de resurser som står till buds. Det är med avseende på kommuninvånarna viktigt att tillämpningspraxisen förenhetligas, eftersom den ökar betydelsen av jämlikhet mellan invånarna.

När rehabiliteringssystemet utvecklas bör särskild uppmärksamhet fästas vid att rehabiliteringen inriktas på att de som är i arbetslivet kan upprätthålla sin arbetsförmåga, på rehabiliteringsklienterna i missbrukar- och mentalvården, på att sysselsätta dem som håller på att marginaliseras från arbetsmarknaden, på dem som är i behov av social rehabilitering, på barn i behov av specialundervisning och unga som hotas av utslagning samt på den åldrande befolkningen. I synnerhet bör möjligheterna att söka till rehabilitering och få en tidig rehabiliteringsstart effek-

tiviseras. När det är ovisst vilken instans som betalar rehabiliteringen och rehabiliteringsklienten slussas från en aktör till annan är det orsak att klargöra vem som ansvarar för att rehabiliteringen anordnas och koordinera rehabiliteringsverksamheten.

Mentalvårdsarbete

Enligt mentalvårdslagen avses med mentalvårdsarbete främjande av individens psykiska välbefinnande och hans handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Mentalvårdsarbetet omfattar social- och hälsovårdstjänster för personer som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar (mentalvårdstjänster).

Psykiska problem kan kallas folksjukdom på grund av att de är så vanliga och direkt eller indirekt är av betydelse för livstillfredsställelsen, hälsan och samhällsekonomin. Antalet invalidpensioner, särskilt med diagnosen depression, har ökat stadigt allt sedan slutet av 1980-talet och ökar fortsatt. Barns och ungas behov av psykiatriska tjänster och specialundervisning har ökat kraftigt. I framtiden kommer också äldrebefolkningens anspråk på mentalvårdstjänster att öka eftersom befolkningens åldersstruktur ändras.

En ändring av lagen om specialiserad sjukvård 1991 tog in psykiatri som en specialitet parallellt med de övriga specialiteterna i sjukvårdsdistrikten. Detta har i huvudsak varit en positiv ändring, men de psykiatriska öppenvårdstjänsterna överfördes samtidigt på kommunerna utan tillräcklig samordning mellan de psykiatriska tjänsterna som den specialiserade sjukvården tillhandahåller och primärvårdens psykiatriska arbete. Detta har medfört att vårdkedjorna och vårdsystemen samt finansieringen har spjälkts upp.

Mentalvårdstjänsterna som hälsovårdscentralerna tillhandahåller kan indelas i två kategorier: den ena är normal verksamhet vid hälsovårdscentralen och den andra är verksamheten vid mentalvårdsbyråerna och mentalvårdscentralerna, som utgör en del av häl-

sovårdscentralernas funktioner och omfattas av den specialiserade sjukvården.

Ungefär 50 procent av kommunerna i vårt land har organiserat psykiatriska tjänster inom ramen för specialiserad sjukvård, åtminstone delvis som kommunens egen verksamhet i samband med primärvården. Det psykiatriska arbetet som primärvården utför som folkhälsoarbete är inriktat på att förebygga och identifiera störningar samt på tidiga insatser i vården. Som viktiga områden kan nämnas bl.a. tidig identifiering av problem hos barn och unga och ingripande i hälsovådligt beteende i skol- och studerandehälsovården, tidig identifiering av alkohol- och drogmissbruk och mentala problem hos vuxna och stöd i föräldraskapets fallgropar.

Största delen av befolkningens lindrigare psykiska problem kan behandlas på basnivån (på hälsovårdscentralerna, i studerande- och företagshälsovården) med stöd av tillräckligt samarbete, utbildning, arbetshandledning och psykiatrisk konsultation. Som exempel på fungerande tidiga vårdinsatser inom primärvården kan nämnas modellen med depressionsskötare som tillämpas i många kommuner. Också den övergripande vården av psykiatriska patienter, som inte längre behöver aktiv specialiserad sjukvård, bör lämnas på basnivån.

Den psykiatriska vården har inte realiserats i första hand som öppenvård så som mentalvårdslagen föreskriver. Genom att tjänsterna spjälktes upp inrättades delvis alltför små enheter för att möjliggöra behandling av grava psykiska sjukdomar som specialiserad, långsiktig sjukvård. Även det ambulerande arbetssättet med intensiv vård i hemmet tillämpas sparsamt. Rekommendationerna för god medicinsk praxis har inte införts fullt ut i det praktiska arbetet. Behandlingslösningarna har påverkats av såväl ekonomiska resurser som den kompetens som har stått till buds.

Den psykiatriska sjukhusvården har intensifierats i och med det reducerade antalet vårdplatser på avdelningarna och de förkortade vårdperioderna, men exempelvis åtgärder oberoende av patientens vilja vidtas fortfarande i stor omfattning. Under det senaste decenniet har i synnerhet de ungdomspsykiatriska vårdplatserna ökat. Den otillräckliga

öppenvården bidrar sannolikt till att vården på sjukhus utnyttjas i ökande grad.

Psykiska störningar är ofta långvariga. En tidigt påbörjad och adekvat behandling förebygger effektivt att störningen drar ut på tiden och funktionsförmågan försvagas. Inom primärvården är rehabiliteringen som rör den mentala hälsan relativt anspråkslös och ostrukturerad. Den handhas närmast av hemsjukvården, men primärvården medverkar i allmänhet inte i långtidspatienternas successiva träning att klara sig i vardagen och i bästa fall delta i sysselsättningsinriktad rehabilitering. Det är vanligen tredje sektorn som producerar de rehabiliterande tjänsterna i hemmet, ofta separat från övrigt mentalvårdsarbete.

Alkohol- och drogarbete

Enligt lagen om missbrukarvård (41/1986) ska kommunen sörja för att det för missbrukare ordnas tjänster som till sin omfattning motsvarar behovet i kommunen, både som allmänna tjänster inom social- och hälsovården och specialiserade tjänster inom missbrukarvården. Ansvar för att anordna tjänsterna axlas av kommunen. Hälsorådgivningen till narkomaner och sprutbytesverksamheten har i förordningen om smittsamma sjukdomar (786/1986) ålagts det kommunala organ som har till uppgift att förebygga smittsamma sjukdomar och den läkare vid hälsovårdscentralen som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Inom alkohol- och drogarbetet har primärvården tagit ansvar för att exempelvis förebygga skador i initialstadiet av missbruket (mini-intervention) och för att ordna akutvård av missbrukare, men tillgången till tjänster för missbrukare inom hälso- och sjukvården varierar mycket i olika regioner.

Med avseende på mentalvården och alkohol- och drogarbetet utgör i synnerhet depression, ångeststörningar, alkohol- och drogmissbruk samt psykosociala symptom hos minderåriga stora problem i folkhälsan och ansvaret för behandlingen av dem borde i första hand ingå i basservicen. Ansvaret för rusmedelsproblemen är fördelat på såväl primärvården som socialväsendet. Hälsovårdscentralernas förutsättningar och även

vilja att sköta vården av dessa sjukdomar har varit otillräckliga, vilket har lett till att de onödigt har belastat den psykiatriska specialiserade sjukvården. Särskilt bristfällig har vården varit beträffande minderårigas psykosociala symptom.

Missbrukarvårdens specialiserade tjänster har utnyttjats i begränsad omfattning på grund av att resurserna som kommunernas socialväsen har reserverat tar slut redan mitt i året. Under de senaste åren har de allt vanligare skötarna för klienter med depression och missbruksproblem på sina ställen hjälpt upp situationen, men fortsättningsvis har i synnerhet hälsovårdscentralsläkarna inte motsvarande beredskap för att behandla dessa sjukdomar som för att behandla somatiska folksjukdomar.

Största delen av de kommuner som har fler än 20 000 invånare tillhandahåller specialiserade tjänster i form av öppenvård inom missbrukarvården, men av kommunerna med färre än 20 000 invånare har endast ett fåtal sådana öppenvårdstjänster. I dem anordnas tjänsterna som omfattas av missbrukarvården i allmänhet som ett element i basservicen. Organisationer och privata serviceproducenter ombesörjer över hälften av de specialiserade tjänsterna i missbrukarvården.

Prehospital akutsjukvård, sjuktransporter och jour

Enligt 14 § 1 mom. 3 punkten i folkhälsolagen ska kommunen sörja för ordnandet av sjuktransport samt ordna och upprätthålla den medicinska räddningsverksamheten samt den sjuktransportberedskap som är nödvändig, med undantag av anskaffning och underhåll av för sjuktransport behövliga luftfartyg samt menföres- och andra motsvarande speciella fortskaffningsmedel. Lagen om specialiserad sjukvård föreskriver i sin 1 § 2 mom. att med specialiserad sjukvård avses sådana hälsovårdstjänster som hänförs till bl.a. den medicinska räddningsverksamheten. Enligt 7 § 2 mom. i statsrådets förordning om förverkligande av rätten att få vård och om regionalt samarbete (1019/2004) ska för samordning av hälso- och sjukvårdstjänsterna samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och kommunerna inom dess område särskilt be-

döma bl.a. den funktionella helheten av regionens jour- och akutvårdstjänster.

Närmare bestämmelser om sjuktransport ingår i förordningen om sjuktransport (565/1994). Enligt förordningen ska hälsovårdscentralen leda och övervaka sjuktransportverksamheten på basnivån och för sin del på vårdnivån. Sjukvårdsdistriktet ska åter leda och för sin del övervaka sjuktransportverksamheten på vårdnivån.

Förordningen om sjuktransport upptar definitioner på begreppen akutvård och sjuktransport. I verkligheten har sjuktransport blivit ett begrepp som numera övergriper flera led i systemet för prehospital akutsjukvård och innefattar olika aktörer som bedömer patientens kondition samt vårdar och transporterar patienten med ett fordon för sjuktransport. Begreppet medicinsk räddningsverksamhet har inte definierats i lagstiftningen. I praktiken avses med denna ett funktionellt inslag i hälso- och sjukvården som krävs för att hantera kritiska situationer, såsom första hjälpen och akutomhändertagandet på en plats utanför vårdinrättningarna, transport av patienten och vården av honom under transporten samt direkt akutsjukvård på sjukhuset. Övriga element i den medicinska räddningsverksamheten är bl.a. hälsovårdscentralernas och sjukhusens beredskaps- och utryckningsgrupper, avtalsbaserade grupper för första hjälpen samt de styr-, datatrafik-, expert- och stödsystem som behövs för att leda dessa.

Den gällande lagstiftningen upptar inte några bestämmelser om den verksamhet som omfattar första insatsen. Med enhet för första insatsen avses i praktiken annat fordon än ambulans som nödcentralen kan larma, såsom exempelvis en brandbil, som kan komma den nödställda patienten till hjälp snabbare än den närmaste ambulansen. Begreppsupsättningen för prehospital akutsjukvård och sjuktransport har blivit bristfälligt definierad när verksamheten har utvecklats.

Kommunerna kan organisera sin sjuktransport på det sätt som anges i 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården, dvs. genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner, genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten, eller genom att anskaf-

fa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent eller genom att lämna en servicesedel på det sätt som avses i lagen. På ett flertal områden sköter räddningsverken numera akutsjukvårds- och sjuktransportuppdrag utan konkurrensutsättning som kommunens interna verksamhet eller i konkurrens. Räddningsverken producerar också i största delen av landet tjänster med första insatsen. Dessa tjänster med akutomhändertagande handhas förutom av räddningsverkens heltidsanställda personal av många frivilliga brandkårer som fungerar som räddningsverkens avtalsbrandkårer samt av räddningspersonal i bisyssla.

Enligt räddningslagen (468/2003) ansvarar kommunerna i samråd för räddningsväsendet i de områden som statsrådet fastställer (det lokala räddningsväsendet). Kommunerna har i de flesta fall valt samkommun som samarbetsform eller överenskommit om att uppgiften anförtros en annan kommun att skötas på det sätt som avses i 76 § i kommunallagen eller inrättat ett kommunalt affärsverk. På två områden ombesörjer landskapsförbundet räddningsväsendets uppgifter. För att sköta räddningsväsendets uppgifter inom respektive område ska det finnas ett räddningsverk. Dessutom kan systemet för räddningsväsendet omfatta frivilliga brandkårer enligt avtal. I förordningen om räddningsväsendet (787/2003) sägs att det lokala räddningsväsendet producerar tjänster som rör sjuktransport, akutvård och första akutomhändertagande om man har kommit överens om detta med hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Avsikten är att man i den nya räddningslagen, som är under beredning, bibehåller principerna för att organisera samarbetet mellan kommuner enligt bestämmelserna i lagen om bildande av räddningsområden.

Räddningsinstitutet utbildar räddningsmanskaper, som utöver behörigheten för räddningsverksamheten får behörighet för sjuktransportuppdrag. En utredning, som räddningsverken utförde hösten 2008, visar att hos räddningsväsendet finns cirka 600 anställda med yrkesutbildning inom hälso- och sjukvård som sköter uppdrag med enbart sjuktransport och prehospital akutsjukvård samt dessutom ungefär 1 500 personer som

har avlagt manskapsexamen vid räddningsmannalinje och som kan arbeta med såväl sjuktransport som i räddningsväsendets uppgifter.

Enligt slutrapporten från inrikesministeriets projekt för att utreda räddningsverkens och räddningspersonalens funktionsförmåga finns det 90 stationer med heltidsanställd personal och jour dygnet runt och 47 stationer med heltidsanställd personal och jour under en del av dygnet. Räddningsväsendets uppgifter består av uppdrag som gäller räddning, första insatsen och akutsjukvård. Under åren 2004 - 2007 utgjorde dessa akutsjukvårds- och första insatsen -utryckningar ungefär 84 procent av samtliga uppdrag som räddningsväsendet utförde.

Sjöräddningslagen (1145/2001) tillämpas på efterspaning och räddning av samt första hjälpen för människor som är i fara till havs inom sjöräddningstjänstens ansvarsregion samt på skötseln av radiokommunikation som har samband med kritiska lägen i ett sjöområde som omfattar Finlands territorialvatten, skärgården inom detta samt den del av det internationella havsområdet i direkt anslutning till territorialvattnet om vilken avtalats särskilt med grannstaterna. Enligt sjöräddningslagen ansvarar social- och hälsovårdsmyndigheterna för att organisera akutsjukvårdstjänsterna inom sjöräddningen samt för att producera läkartjänster som förmedlas via telefon. Sjöräddningslagen föreskriver i kraven på beredskap att med en helikopter som är i jourberedskap inom sjöräddningstjänsten ska det gå att genomföra sjuktransporter på basnivå i anslutning till efterspanings- och räddningsuppdrag.

Bestämmelserna om trafiktillstånd för sjuktransport överflyttades från lagen om tillståndspliktig persontrafik på väg (343/1991) till lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) genom en lagändring som trädde i kraft den 3 december 2009. Privata serviceproducenter som utför sjuktransporter ska ha tillstånd för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om privat hälso- och sjukvård. Offentligrättsliga organisationer, såsom exempelvis kommuner, samkommuner eller räddningsverk för vilka de är huvudman, behöver inte några tillstånd. Förutsättningarna för att tillståndet beviljas är ett

adekvat fordon för sjuktransport med den erforderliga utrustningen och att personalen som deltar i verksamheten har lämplig utbildning. Verksamheten ska även iaktta god medicinsk praxis och beakta patientsäkerheten. Tillståndsmyndigheten ska bevilja tillståndet om sökanden, personalen och materieln uppfyller de förutsättningar som lagen föreskriver. Beviljandet av tillstånd baseras inte längre på behovsprövning. Tillståndet att tillhandahålla sjuktransporttjänster berättigar innehavaren att utföra sjuktransporter i hela landet med undantag för Åland. Tillståndet beviljar det regionförvaltningsverk inom vars verksamhetsområde stationsplatsen för trafiken är belägen. Om trafiken omfattar stationsplatser på två eller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden beviljar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården tillståndet.

Läkar- och räddningshelikopterverksamheten har blivit en etablerad och fungerande del av akutsjukvårds- och räddningstjänsten. Verksamheten regleras av luftfartslagen (1242/2005), serien Gemensamma luftfartsbestämmelser JAR-OPS 3 och gränsbevakningslagen (578/2005), lagstiftningen om hälso- och sjukvård innehåller däremot inga specialbestämmelser om helikopterverksamheten. I Finland verkar fem läkar- och räddningshelikoptrar: Aslak i Sodankylä, Ilmari i Varkaus, Medi-Heli 01 i Vanda, Medi-Heli 02 i Åbo och Sepe i Uleåborg. Läkar- och räddningshelikopterverksamheten finansieras med bidrag från Penningautomatföreningens avkastning som beviljas föreningarna som driver flygverksamheten. Sjukvårdsdistrikten med ett universitet svarar för kostnaderna för den medicinska verksamheten. Inrikesministeriet finansierar enligt överenskommelse på prestationsbasis räddningsverksamhetens spanings- och räddningsuppdrag som föreningarna förbinder sig att utföra via den årliga budgeten. Folkpensionsanstalten ersätter med stöd av sjukförsäkringslagen kostnaderna för sjuktransporter som utförts med helikopter.

Systemet för att finansiera den prehospitala akutsjukvården och sjuktransporterna omfattar tre kanaler. I finansieringen deltar kommunerna och samkommunerna som upprätthåller hälsovårdscentralen, Folkpensionsan-

stalten på basis av sjukförsäkringslagen och patienten med sin egen andel av kostnaderna.

Enligt 14 § 1 mom. 10 punkten i folkhälso- lagen ska kommunen oberoende av patientens boningsort ordna brådskande öppen sjukvård, inklusive brådskande mun- och tandvård. Lagen om specialiserad sjukvård föreskriver i sin 31 § att den som är i brådskande behov av sjukvård ska omedelbart ges den vård hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt svarar för att behovet av både akut och remissbaserad vård bedöms och att vården ordnas på enhetliga medicinska eller odontologiska grunder. Begreppet jourvård eller akutvård har inte definierats i lagstiftningen. I praktiken betyder jourvård i allmänhet vård som behöver ges omedelbart, i regel inom 24 timmar.

Det har skett stora förändringar inom jourverksamheten under 2000-talet. Jourverksamheten har koncentrerats till större enheter, modeller för samjour har utvecklats förutom att man har strävat att åstadkomma en planmässig styrning av patienterna regionalt. Man har också strävat att utveckla olika slags metoder och anvisningar för bedömningen av hur brådskande vårdbehovet är. Genom att de jourhavande enheterna har blivit färre och juren koncentreras till regionala samjourer har vikten av den prehospitala akutsjukvårdens struktur och placering i syfte att säkerställa invånarnas bastrygghet och regionala jämlikhet fått en framträdande roll. Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp för enhetliga grunder för jourvård lämnade sin rapport och sina rekommendationer för den framtida utvecklingen 2010. Enligt rapporten är det skäl att fortsatt reducera antalet sjukhus med beredskap på specialläkarnivå som tillhandahåller centraliserade jourtjänster.

Mun- och tandvård

Enligt 14 § 1 mom. 4 punkten i folkhälso- lagen ska kommunerna tillhandahålla mun- och tandvård, till vilken hänförs främjande av befolkningens munhälsa samt undersökning, förebyggande och behandling av munsjukdomar hos kommunens invånare. Sjukförsäkringen kompletterar den offentliga hälso- och sjukvården i och med att den ersätter

en del av den försäkrades kostnader när han har anlitat privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Andelen personer i den vuxna befolkningen som har anlitat mun- och tandvården har uppvisat en ökning i och med tandvårdsreformen på 2000-talet. Samtidigt har barns och ungas besök inom ramen för mun- och tandvård vid hälsovårdscentralerna minskat. Omkring 1,9 miljoner personer anlidade hälsovårdscentralernas tjänster för mun- och tandvård 2008. Cirka 22 procent av dem som hade fyllt 56 år utnyttjade mun- och tandvårdstjänsterna 2008. Detta var ungefär 25 procent fler än 2002. Det totala antalet besök för mun- och tandvård har hållit sig vid omkring fem miljoner besök. Kontrollen av barn har minskat hos tandläkarna eller så har de har överförs till munhygienisterna. Genom ändringar i lagstiftningen har tyngdpunkten i arbetet förlagts vid att sköta vuxna i större omfattning.

Enligt Folkpensionsanstaltens statistik över sjukvårdersättningar anlidades privata tandläkares tjänster 2,9 miljoner gånger 2008. Omkring en miljon invånare besökte privata tandläkares mottagningar. Cirka 29 procent av alla som har fyllt 56 år fick under 2008 ersättning från Folkpensionsanstalten för kostnader som besöken hos privata tandläkare medfört.

Av dem som har gått för behandling på hälsovårdscentralerna har antalet patienter vuxit allra mest i de åldersgrupper, vilka till följd av den lagstiftningsreform som genomfördes successivt under 2001 och 2002 började omfattas av tjänsterna och för vilka längre tid än i genomsnitt hade förflutit sedan föregående besök. I lagstiftningsreformen ändrades folkhälsolagen i fråga om mun- och tandvård så, att åldern inte längre utgör grund för att få tillgång till vård, utan kommunen är skyldig att organisera tjänsterna för mun- och tandvård med samma prioritet som övrig hälso- och sjukvård så, att tjänsterna organiseras och tillhandahålls patienten på basis av den vård som patientens hälsotillstånd vad gäller mun och tänder kräver. Sjukförsäkringen ersätter kostnaderna för tandvårdstjänster utan åldersgräns.

Att organisera mun- och tandvård för vuxna har också betytt att verksamhetspraxisen

och arbetsfördelningen måste läggas om inom hälsovårdscentralerna. Besöken hos munhygienisterna har ökat sedan 1994 både vad gäller sådana klienter som är under 18 år och sådana som har fyllt 18 år. Kontrollerna av barnens mun- och tandhälsa har flyttats över på munhygienisterna. Också vuxnas besök hos munhygienisterna har ökat. Antalet besök har ökat eftersom antalet munhygienister har utökats.

Det finns skillnader i hur mun- och tandvårdstjänsterna utnyttjas mellan de olika sjukvårdsdistrikten. Skillnader framgår såväl av antalet klienter under 18 år som antalet klienter som har fyllt 18 år. Skillnaderna har förblivit lika stora under 200-talet.

När det gäller att fullfölja vårdgarantin i mun- och tandvården förekommer det fortsättningsvis stora problem, speciellt i hälsovårdscentraler som lider brist på arbetskraft. I oktober 2009 hade inom mun- och tandvården antalet personer som hade väntat på att få icke akut vård i över 6 månader vuxit från antalet i mars. Enligt en utredning hade i oktober 2009 ungefär 7 600 personer väntat på att få komma till mottagningen i över ett halvt år. De flesta klienterna som hade väntat i över ett halvt år på att få tid till mun- och tandvård fanns i Egentliga Finlands, Birkalands och Vasa sjukvårdsdistrikt. I proportion till befolkningen var läget sämst i Södra Karelen, Kajanalands och Vasa sjukvårdsdistrikt. 47 procent av befolkningen bodde i ett sådant område, där man fick tid till tandläkaren i icke akuta fall inom tre månader. I mars 2009 var motsvarande procentandel 40. Till munhygienistens mottagning fick cirka 40 procent av befolkningen tid inom tre veckor. Det förekom stora regionala skillnader i väntetiderna för att komma till såväl tandläkares som munhygienistens mottagning. I fråga om mun- och tandvård tillåter lagen att den längsta väntetiden på tre månader kan överskridas med högst tre månader.

Åldersgränsen för ersättning för tandvård från sjukförsäkringen slopades från den 1 december 2002, då även personer födda före 1946 fick rätt till ersättning. Alla som i Finland omfattas av sjukförsäkringen kan få ersättning för utgifter och kostnader som uppstått i samband med undersökning av mun och tänder och behandling hos privat tandlä-

kare samt för kostnader som laboratorieundersökningar, röntgenundersökningar, läkemedel och resor i anslutning till tandvård har medfört. Kostnader som uppstått på grund av undersökning och behandling som munhygienist har utfört på ordination av privat tandläkare ersätts från början av 2010. Frontveteraner och minröjare betalas också ersättning för protetisk behandling. I mun- och tandvården har den privata sektorn alltid varit omfattande. Den privata servicen har koncentrerats till städer och tätorter, men privata tjänster finns ingalunda på alla orter.

Förutom hälsovårdscentralerna och de privata tandläkarna anordnar försvarsmakten årligen tandvård för cirka 25 000 beväringar och Studenternas hälsovårdsstiftelse (SVHS) för 54 000 högskolestuderande inom vetenskap och konst. Företagshälsovården anordnar tandvård på vissa större arbetsplatser. Dessutom har fångvårdsväsendet ordnat tandvård i mindre skala.

Skolhälsovård

Skolhälsovården ska övervaka och främja en sund och trygg miljö för skolsamfundet i skolorna och läroinrättningarna för grundläggande utbildning i kommunen, följa och måna om elevens hälsa, samarbeta med övrig elevvårds- och undervisningspersonal samt utföra särskilda undersökningar som behövs för att klarlägga hälsotillståndet.

Skolhälsovården har definierats i handboken Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården (SHM 2004/9). De saker som kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården tar upp har inte förverkligats fullt ut inom en enda lregion. Statens revisionsverk (inspektionsberättelse 136/2006) och biträdande justitiekanslern (biträdande justitiekanslerns beslut, Dnr 6/50/06) har särskilt granskat hur skolhälsovården har förverkligats. Revisionsverket konstaterar att trots att man inte har tillgång till de totala kostnaderna för skolhälsovården kan man dock utgå ifrån att skolhälsovården utgör ett viktigt element på grund av dess såväl direkta som i synnerhet indirekta statsfinansiella verkningar. Dessutom har man observerat stora skillnader mellan kommunerna med avseende på tillgången till och kvaliteten på skolhälsovårdens tjän-

ter. För att skolhälsovården ska förverkligas på ett rättvist och jämlikt sätt behövs det enligt biträdande justitiekanslern striktare styrning än för närvarande.

Institutet för hälsa och välfärd THL (fram till 1.1.2009 Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes) utför vart annat år enkäten Hälsa i skolan, som ger med hjälp av en för hela landet gemensam metod information om 14 - 18-åringarnas levnadsförhållanden, skolerfarenheter, hälsa och hälsovanor. Skolhälsoenkäten stöder arbetet i syfte att främja de ungas hälsa och välbefinnande, i synnerhet utvecklingen av elevvården och skolhälsovården. Stakes har också utrett tillgången till tjänster med hjälp av en hälsovårdscentralsenkät (2005 och 2009) samt en enkät i anknytning till förebyggande tjänster för barn och unga (2007).

Enligt Stakes utredningar har skolhälsovårdens tjänster organiserats inom hälsovårdscentralerna på mångahanda sätt. Någon enhetlig praxis finns inte och variationerna är stora huruvida personalen räcker till. Det administrativa samarbetet mellan skolhälsovården och undervisningsväsendet har förblivit relativt småskaligt. Välbefinnandet i skolsamfundet och skolmiljöns sundhet och trygghet utvärderas inte enligt rekommendationerna och inspektionerna av skolornas arbetsförhållanden har försummats. En fungerande skolhälsovård förutsätter samarbete över yrkesgränserna på såväl beslutsfattarsom arbetstagarnivå. Enligt rekommendationerna ska eleven under tiden i grundskolan genomgå tre större hälsoundersökningar, dessutom rekommenderas årliga hälsokontroller. I en större hälsoundersökning ingår lärarens bedömning av eleven i skolsamfundet, möte med eleven och hans vårdnadshavare, intervju med eleven och vårdnadshavarens beskrivning av elevens och familjens situation, hälsovårdarens och läkarens undersökningar samt ett sammandrag och svar. Regelbundna kontroller av eleverna inom ramen för skolhälsovården blir inte genomförda enligt kvalitetsrekommendationerna och varierar kommunvis.

Av de saker som skolhälsovården ansvarar för har det uppstått oklarhet i fråga om exempelvis vården av sjukdomar (diabetes, epi-

lepsi) under skoldagen. Det har också rätt klarhet i kommunerna om transporter och anknötning till tjänsterna som omfattas av mun- och tandvård ska räknas till skolhälsovården.

Studerandehälsovård

Målen för samt uppgifterna och innehållet i hälsovården för studerande har definierats i Handbok för studerandehälsovården (SHM 2006:13). Redan social- och hälsovårdsministeriets och undervisningsministeriets gemensamma promemoria (SHM 2005:6) upptog 25 rekommendationer, som gällde studerandehälsovårdens begrepp, dess mål och innehåll, tillgången till tjänster, de behövliga personalresurserna och ramarna, utvecklingen på riksnivå, styrningen, statistikföringen och uppföljningen av studerandehälsovården, organiseringen av studerandehälsovården i yrkeshögskolorna och de avgiftsfria tjänsterna. Studerandehälsovården statistikförs bristfälligt. Det finns inte några statistiska uppgifter för hela landet om kostnaderna eller personalen och det ägnas inte tillräcklig uppmärksamhet åt att styra och utveckla studerandehälsovården.

På basis av social- och hälsovårdsministeriets utredning (SHM 2002:25) känner man till att studerandehälsovården för unga som studerar vid yrkesläroinrättningar har förverkligats sämre än hälsovården för gymnasieelever. Studerandehälsovården vid yrkeshögskolorna varierar kommunerna emellan, den är i en stor del av landet bristfällig och släpar betydligt efter den studerandehälsovård som Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) tillhandahåller. Dessutom är frågorna om när studerandehälsovård som anordnas för myndiga ungdomar ska vara avgiftsfri eller avgiftsbelagd oklara för kommunerna och samkommunerna.

Stakes hälsovårdscentralsenkät (2005), Hälsa i skolan -enkät (2009) och studentorganisationernas egna uppföljningsenkäter Sairasta sakkia - Ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005 (SAKKI 2005) och Välbefinnandet hos yrkeshögskolestuderande 2004 (SHM 2004:16) har visat uppgifter som följer

upp hur hälsovårdstjänsterna har organiserats samt om studerandenas egna erfarenheter av sin hälsa och sitt hälsotillstånd.

SHVS anordnar hälsovårdstjänster för studerande vid universitet så som folkhälsolagen föreskriver i sin 14 § 1 mom. 6 punkt "...hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård för studerande vid universitet och yrkeshögskolor kan dock med kommunens samtycke ordnas också på något annat av social- och hälsovårdsministeriet godkänt sätt". Beträffande SHVS:s tjänster har det uppstått oklarhet och olika tolkningar av i hur stor omfattning överenskommelserna mellan SHVS och kommunerna täcker de studerandes behov av hälsovårdsservice.

En arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2009 har utrett kostnaderna och sätten för att organisera studerandehälsovård för studerande vid yrkeshögskolor och i yrkesutbildning på andra stadiet. Arbetsgruppen föreslog att hälsovården anordnas för studerande på andra stadiet enligt orten där läroinrättningen är belägen - modellen och för yrkeshögskolestuderandenas del enligt SHVS-modellen.

Handboken för studerandehälsovården definierar innehållet i de tjänster som studerandehälsovården innefattar i alla former av utbildning efter grundskolan. Studerandehälsovården innefattar att främja hälsan, behandla sjukdomar och sörja för en sund och trygg studiemiljö. Studerandehälsovårdens innehåll och sättet hur den organiserats varierar, övervakningen av läroinrättningarnas hälsomässiga förhållanden jämte inspektionsberättelserna förverkligas dåligt. Det råder oklarhet om vilken instans som är ansvarig för att missförhållandena tillrättaläggs. Studerandena upplever att de behöver ytterligare information om bl.a. kost, hälsa, studier och livskontroll.

Screening

Enligt 14 § 1 om. 9 punkten i folkhälsolagen ska kommunen som en uppgift inom folkhälsoarbetet ordna screening och andra massundersökningar så som närmare bestäms genom förordning.

När de är som allra bäst är screeningprogrammen ett effektivt och ekonomiskt motiverat sätt att främja befolkningens hälsa. Inom primärvården har det dock utgjort ett problem att det inte finns några enhetliga principer för screening. För närvarande har man tillgång till ett stort antal olika former av sållningar i Finland. Screeningar genomförs antingen så att de arrangeras av kommunen/kommuner som en egen funktion eller som en funktion som upphandlats av en privat producent. Antalet sjukdomar och sjukdomstillstånd som föreslås att utredas med hjälp av screening ökar liksom även metoderna för att utföra screening. Skillnaderna mellan kommunerna i fråga om att tillhandahålla screening växer.

Folkhälsoförordningen förpliktade kommunerna att ordna bröstcancerscreening baserad på mammografi för kvinnor i åldern 50 - 59 år och screening för att förebygga cancer i livmoderhalsen för kvinnor i åldern 30 - 60 år. Antalet nya fall av bröstcancer har fyrdubblats under de senaste fyrtio åren. Trots att sjukdomen har yppat sig i större omfattning har dödligheten i bröstcancer förblivit oförändrad. Detta antas dels bero på att sjukdomen på grund av screeningarna har upptäckts i ett tidigt stadium och vården, dels på de bättre behandlingsmetoderna. Kommunernas skyldighet att anordna mammografiscreeningar för kvinnor i åldern 50 - 59 år grundar på folkhälsoförordningen från 1992. Dessutom fick 2003 ungefär 24 procent av kvinnorna i åldern 60 - 69 år kallelse till bröstcancerscreening som kommunen hade anordnat på eget initiativ.

Innehållet i den information som ges dem som kallas till screeningen är bristfällig och mängden information som lämnas varierar betydligt från en screeningsenhet till en annan. Det är skäl att förbättra informationens innehåll och kvalitet och förenhetliga uppgifterna. En ny förordning, som trädde i kraft den 1 januari 2007 utvidgar bröstcancerscreeningen till kvinnor i åldern 60 - 69 år och preciserar vad screeningen ska innehålla liksom dess kvalitet.

Organiserad screening av befolkningen i syfte att förebygga cancer i livmoderhalsen inleddes i Finland redan på 1960-talet. I Finland konstateras cirka 150 - 160 nya fall av

cancer i livmoderhalsen årligen, 50 - 70 av fallen leder enligt statistiken till döden. Över 600 fall av förstadier till cancer och tidig cancer konstateras enbart inom screeningprogrammet varje år. Genom en systematisk, traditionell Papa-screening med 3 - 5 års intervaller är det möjligt att förhindra över 80 procent av all cancer i livmoderhalsen och dödsfallen som de leder till. Enligt registret för massundersökningar deltar omkring 70 procent av alla som har fått kallelse till screening i undersökningen, men under de senaste åren dock endast hälften av kvinnorna i åldern 30 - 35 år.

Kommunerna anordnar i stor skala också andra sållningar än de som föreskrivs i folkhälsoförordningen. Sådana är bl.a. screening för kromosomavvikelse och anatomiska avvikelser hos fostret. Metoderna för dess screeningar växlar betydligt mellan olika kommuner. Enligt en utredning från Stakes varierar möjligheten att känna igen exempelvis anatomiska avvikelser vid en ultraljudsundersökning beroende på apparaturen, erfarenheten hos den som utför undersökningen, tidpunkten för screeningen och avvikelstens svårighetsgrad. Stakes gav redan 1999 ut en rekommendation för screeningar och samarbete inom mödrarådgivningen, avsikten var att förenhetliga screeningarna av foster. Trots detta är praxisen fortsatt mycket brokig.

En förordning av statsrådet som trädde i kraft i januari 2007 förpliktar kommunerna att ordna för gravida kvinnor allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet, utredning av kromosomavvikelse och ultraljudsundersökning för att utreda grava anatomiska avvikelser hos fostret. Kommunerna var skyldiga att organisera screening av avvikelser hos fostret enligt kraven i förordningen före den 31 december 2009.

Ett brett upplagt projekt med sållningar för tjocktarmscancer inleddes i Finland 2004. I projektet deltar redan nu 175 kommuner. Dessutom har Finland sedan 1996 medverkat i ett omfattande europeiskt projekt med screeningar för prostatacancer. 30 000 män, huvudsakligen från Tammerfors- och Helsingforsregionen, deltar i projektet. Under de närmaste åren är en snabb ökning av möjligheterna till gentest att vänta.

Företagshälsovård

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska arbetsgivaren på sin bekostnad ordna företagshälsovård för sina anställda. Arbetsgivaren kan ordna företagshälsovårdstjänsterna genom att skaffa de tjänster han behöver från en sådan hälsovårdscentral som avses i folkhälsolagen, genom att själv eller tillsammans med andra arbetsgivare ordna de företagshälsovårdstjänster han behöver, eller genom att skaffa de tjänster han behöver från någon annan verksamhetsenhet eller person som har rätt att producera företagshälsovårdstjänster.

Kommunerna har enligt folkhälsolagen skyldighet att producera företagshälsovårdstjänster för såväl arbetsgivare som företagare. Kommunerna är dessutom skyldiga att anordna sjömanshälsovård och sådan företagshälsovård som rederierna behöver. Dessa uppgifter, som föreskrivs i 14 a § i folkhälsolagen, har i folkhälsoförordningen ålagts städerna Fredrikshamn, Helsingfors, Kemi, Kotka, Uleåborg, Jakobstad, Björneborg, Raumo, Nyslott, Åbo och Vasa.

År 2007 omfattade den kommunala företagshälsovårdens tjänster 32 procent av företagshälsovårdens enskilda klienter. Med hjälp av servicesystemet med kommunal företagshälsovård blev det möjligt att trygga tillgången till tjänster i hela landet. På i runt tal 90 orter var den kommunala enheten för företagshälsovård den enda producenten för företagshälsovårdstjänster på orten.

År 2007 utgjorde den andel av företagshälsovårdens enskilda klienter som sköttes av privata serviceproducenter 48 procent, företagens egna serviceproducenter bildade en andel på 15 procent och företagens gemensamma serviceproducenter en 5 procents andel.

Huvudparten av klienterna inom det kommunala företagshälsovårdssystemet är kommunernas personal samt små och medelstora företag. Lantbruksföretagarnas företagshälsovård i likhet med 64 procent av företagen med färre än 10 anställda omfattas till stor del av den kommunala företagshälsovården.

Avsikten har varit att skapa ett system för företagshälsovården som är så flexibelt som

möjligt för att tjänsterna ska finnas tillgängliga för alla arbetsplatser överallt i landet.

Vår kommunstruktur med många små kommuner har varit till förfång för produktionen av kommunala företagshälsovårdstjänster emedan kommunernas enheter för företagshälsovård har varit små och deras personalresurser otillräckliga för att utöva en sådan verksamhet som behövs. Under de senaste åren har kommunerna utvecklat sina företagshälsovårdstjänster regionalt enligt värdkommunsmodellen eller som ett kommunalt affärsverk. Några kommunala aktiebolag har redan grundats.

Miljö- och hälsoskydd

Miljö- och hälsoskyddet utgör ett led i den förebyggande hälsovården och myndigheternas tillsyn över människans livsmiljö. Gällande lagar med bestämmelser om miljö- och hälsoskydd är enligt 1 § i den gällande folkhälsolagen följande: hälsoskyddslagen (763/1994), livsmedelslagen (361/1995), lagen om livsmedelshygien i fråga om animaliska livsmedel (1195/1996, nedan hygienlagen), lagen om konsumtionsvarors och konsumenttjänsters säkerhet (75/2004), kemikalielagen (744/1989), lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning (693/1976) samt veterinärvårdslagen (685/1998). Från början av mars 2006 trädde en ny livsmedelslag (23/2006) i kraft och genom denna upphävdes den ovan nämnda livsmedelslagen och hygienlagen. En ny veterinärvårdslag (765/2009), genom vilken den ovan nämnda veterinärvårdslagen upphävdes, trädde i kraft den 1 november 2009.

Miljö- och hälsoskyddet har organiserats i kommunerna på så sätt att uppgifterna handhas av en enhet, antingen som en del av kommunens primärvård eller i samarbete med miljöskyddet och byggkontrollen. Detta har med avseende på hur resurserna utnyttjas varit ändamålsenligt och effektivt. Lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskydd (410/2009) trädde i kraft den 15 juni 2009 och enligt den ska kommunen antingen själv sörja för miljö- och hälsoskyddet eller bilda tillsammans med en eller flera andra kommuner ett samarbetsområde, som har tillräckliga personalresurser för att ordna miljö- och

hälsoskyddstjänster. Enligt lagen ska samarbetsområdena för miljö- och hälsoskyddet inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2013.

Läkemedelsförsörjning

Sjukhusens och hälsovårdscentralernas läkemedelsförsörjning organiseras via sjukhusapoteken och läkemedelscentralerna. De sörjer för de läkemedel som behövs för vården av patienter på sjukhusen, bäddavdelningarna samt på poliklinikerna. Läkemedlen som behövs i öppenvården inhandlas från apoteken, filialapoteken samt i glesbygden från ett medicinskåp. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet beviljar tillstånd för att hålla de apotek och läkemedelscentraler som öppenvården och sjukhusen behöver.

De viktigaste bestämmelserna om läkemedel ingår i läkemedelslagen och de författningar som utfärdats med stöd av den. Lagen föreskriver dessutom om distributionen av läkemedel till såväl verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård (sjukhus, hälsovårdscentraler, privat hälso- och sjukvård) som till patienterna inom öppenvården.

Patienterna och sjukförsäkringen finansierar läkemedlen inom öppenvården och den privata hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården står för resten. Bestämmelser om ersättning för utgifter för läkemedel ingår i sjukförsäkringslagen (1224/2004) och i bestämmelser utfärdade med stöd av lagen. Lagstiftningen nämner knappt alls de läkemedel som delas ut i samband med den kommunala hälso- och sjukvården eller i vård som kommunen anordnat som upphandlad service. Det att patienten inte debiteras på särskild avgift för läkemedel har dock konstaterats i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992).

Enligt dokumentet Läkemedelspolitiken 2010 är läkemedelsförsörjningen i Finland regionalt täckande och tillgången till läkemedel god. Förutom att läkemedelssäkerheten står på en hög nivå är den totala användningen av läkemedel måttlig. Läkemedelsförsörjningen bör utvecklas bl.a. genom att man främjar rationella sätt för att ordinera läkemedel, förhindrar att kostnaderna snabbt skjuter i höjden samt söker finna lösningar på

att läkemedlen finansieras via dubbla kanaler, eftersom detta leder till partiella optimeringar i situationer, där gränsdragningarna mellan sjukförsäkringens och den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar är oklara. Ett nytt dokument - Strategi 2020 - är under arbete i samverkan med intressentgrupper inom läkemedelsområdet. Dokumentet Strategi 2020 kommer att innehålla en utvärdering av hur målen i Läkemedelspolitiken 2010 har uppnåtts.

Service för äldre

Den kommunala social- och hälsovården axlar huvudansvaret för vården av och omsorgen om den äldre befolkningen samt för tjänster som främjar de äldres funktionsförmåga och rehabilitering. Servicen bör trygga en fungerande primärvård samt smidiga servicekedjor på axeln primärvård - specialiserad sjukvård - hemvård.

Servicen för äldre bildar inte till alla delar ett friktionsfritt led i social- och hälsovården, som skulle bestå av allt från förebyggande och rehabiliterande tjänster till omsorg och vård ända fram till vård dygnet runt. Koordinationen mellan olika tjänster är otillfredsställande. Det förekommer att man inom social- och hälsovårdens olika enheter utarbetar överlappande vård- och serviceplaner för klienterna och t.o.m. flera rehabiliteringsplaner.

Antalet personer som har fyllt 75 år och som bor ensamma är den centrala mätaren vid en uppskattning av den äldre befolkningens servicebehov. År 2008 utgjorde antalet personer som hade fyllt 75 år och som bodde ensamma 45,4 procent av befolkningen i motsvarande ålder. I slutet av 2008 omfattades var sjätte person som hade fyllt 65 år, var fjärde som hade fyllt 75 år och var annan som hade fyllt 85 år av regelbunden service. Tjänsterna bestod av regelbunden hemtjänst och hemsjukvård, serviceboende, vård på ålderdomshem och långtidsvård på hälsovårdscentralens bäddavdelning. År 2008 uppgick det totala antalet klienter som hade fyllt 75 år inom dessa serviceformer till i runt tal 114 700.

Antalet klienter som hade fyllt 75 år i institutionsvård, dvs. på ålderdomshem och på

hälsovårdscentralernas bäddavdelningar var 2008 omkring 24 600.

I långvården på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar vårdades i slutet av 2008 cirka 8 800 personer som hade fyllt 75 år.

Specialiserad sjukvård

Kommunerna ska anordna specialiserad sjukvård för sina invånare. För ordnandet av specialiserad sjukvård är landet indelat i 20 sjukvårdsdistrikt. Dessutom bildar Åland ett eget sjukvårdsdistrikt. Befolkningsunderlaget i det största sjukvårdsdistriktet är drygt 1,4 miljoner invånare och i det minsta under 70 000. Varje kommun ska höra till någon samkommun som är huvudman för ett sjukvårdsdistrikt. Kommunen kan själv bestämma till vilket sjukvårdsdistrikt den önskar höra. Antalet medlemskommuner växlar mellan sjukvårdsdistriktet, som minst är de sex och som mest 58. I varje sjukvårdsdistrikt finns ett centralsjukhus och övriga verksamhetsenheter. Fem sjukhus är universitetssjukhus för högspecialiserad sjukvård.

Sjukvårdsdistriktets uppgift är att anordna specialiserad sjukvård på sitt område. Sjukvårdsdistriktet ska tillhandahålla hälsovårdscentralerna inom sitt område sådana tjänster som hänförs till den specialiserade sjukvården och som det inte är ändamålsenligt att hälsovårdscentralerna producerar. Dessutom ska sjukvårdsdistriktet ansvara för styrningen av utvecklingsarbetet och övervakningen av kvaliteten i fråga om laboratorie- och röntgentjänster, medicinsk rehabilitering samt andra motsvarande specialtjänster som hälsovårdscentralerna tillhandahåller. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska ytterligare inom sitt område sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde. Enligt de Hilmo-rapporter som Institutet för hälsa och välfärd samlat in från sjukhusen hade dessa 654 972 patienter i somatisk, specialiserad sjukvård under 2008. Patientantalet har rört sig på samma nivå hela 2000-talet. Antalet avslutade vårdperioder 2008 uppgick till 995 177. Vårddagarna uppgick till 3 611 002, vilket innebär en minskning från 2007 med 5 procent. Vårdperiodernas längd i genomsnitt krympte ytterligare och blev 3,6 vård dagar.

År 2008 rapporterades 550 844 vårdperioder som inkluderade något ingrepp, dvs. för patienten hade under perioden registrerats minst en åtgärd enligt den nationella åtgärdsklassifikationen. Av samtliga avslutade vårdperioder motsvarade perioderna med kirurgiska åtgärder 42 procent.

Volymen av de somatiska, specialiserade sjukvårdstjänsterna som producerades vid universitets- och centralsjukhusen ökade med 7 procent och vid övriga sjukhus (kretssjukhus eller motsvarande) med 6 procent från 2003 till 2007. Under motsvarande tid ökade de reella kostnaderna för somatisk, specialiserad sjukvård vid universitetssjukhusen med 16 procent, vid centralsjukhusen med 12 procent och vid övriga sjukhus med 5 procent.

Ersättning av statsmedel till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvård för forskning och utbildning

Universitetssjukhusen, övriga sjukhus ävensom hälsovårdscentraler förorsakar kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och hälsovetenskaplig forskning. För kostnaderna har betalats ersättning av statens medel, bestämmelser om ersättningarna och betalningarna ingår i 47, 47 a och 47 b § i lagen om specialiserad sjukvård.

Klinisk grundutbildning för läkare ges vid landets fem universitetssjukhus. Utbildningen kompletteras av den utbildning som ges vid övriga sjukhus och vid hälsovårdscentraler. För att få rätt att självständigt utöva allmänläkaryrket som legitimerad yrkesutbildad person ska den som har avlagt medicine licentiatexamen dessutom avlägga sådan tilläggsutbildning inriktad på praktiskt arbete, som föreskrivs i förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården (1435/1993). Utbildningen av specialläkare försiggår vid universitetssjukhusen, vid övriga sjukhus, vid hälsovårdscentraler och vid vissa verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Utbildning av tandläkare anordnas inom institutionerna för odontologi vid Helsingfors, Uleåborgs, Åbo och Östra Finlands universitet. Från 2000 har det kliniska stadiets studier i tandläkarutbildningen med praktiska övningar ingått som ett led i systemet för offentlig hälsovårdsservice.

Kostnaderna som detta servicesystem medför har ersatts via statens ersättningar för utbildningen. För att få rätt att självständigt utöva tandläkaryrket såsom legitimerad yrkesutbildad person ska den som har avlagt odontologie licentiatexamen fullgöra sådan praktisk tjänstgöring som avses i 6 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994). Utbildning till specialtandläkare ges vid Helsingfors, Uleåborgs, Åbo och Östra Finlands universitet.

Ersättningen för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning beräknas enligt det sammanlagda medeltalet för medicine licentiatexamen och odontologie licentiatexamen och nya studerande. Ersättningen för specialläkarexamen och specialtandläkarexamen bestäms utifrån antalet avlagda examina och den ersättning som betalas per examen. Ersättning betalas inte för kostnader som föränlades av vissa specialläkar- och specialtandläkarexamina, som fastställts genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, emedan dessa utbildningsprogram huvudsakligen anordnas utanför universitetssjukhusen. Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för ersättning för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (67/2010) är de ovan nämnda examina specialläkarexamina inom idrottsmedicin, hälsovård, företagshälsovård, allmän medicin eller specialtandläkarexamen inom hälsovård. Om ett universitetssjukhus ger utbildning inom ett utbildningsprogram som leder till dessa examina betalas till den samkommun som är huvudman för sjukhuset ersättning av statens medel per utbildningsmånad enligt ett godkänt utbildningsprogram för varje läkare och tandläkare som deltagit i utbildningen.

När grundutbildning för läkare ges vid någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än vid ett universitetssjukhus betalar den samkommun som är huvudman för universitetssjukhuset ersättning för kostnaderna som utbildningen medför enligt 47 a § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård till samkommunen, kommunen eller den andra serviceproducenten i fråga. Grundutbildning vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus baserar på en överenskommelse mellan univer-

sitetssjukhuset och respektive verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården.

När ett universitet för specialiseringsutbildning för läkare eller tandläkare i stället för ett universitetssjukhus anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården med en samkommun som huvudman, en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården med en kommun som huvudman, ett statligt sinnessjukhus eller en sådan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som avses i statsrådets förordning betalas samkommunen, kommunen, statens sinnessjukhus eller övrig serviceproducent ersättning för de kostnader som utbildningen medför för serviceproducenten räknat per utbildningsmånad enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt och för varje läkare eller tandläkare som deltagit i utbildningen. Övriga verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som avses i paragrafen och som det är möjligt att betala ersättning av statens medel för utbildning har preciserats i statsrådets förordning om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1351/2009). De verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som avses i förordningen är Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, sjukhuset Orton Oy, Reumastiftelsens sjukhus, för vilket Reumasätiö är huvudman, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussätiö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Till en kommun eller samkommun som är huvudman för ett sjukvårdsdistrikt eller en hälsovårdscentral betalas på kalkylmässiga grunder enligt antalet utbildningsmånader ersättning av statsmedel för kostnader som föränlades av tjänstgöring som krävs av en medborgare i en stat utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet för erhållande av rätt att utöva yrke, för tilläggsutbildning för läkare inom primärvården och därmed jämförbar utbildning samt för kostnader som föränlades av praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare och därmed jämförbar tjänstgöring.

Ersättningen för examina och utbildningsmånader bestäms årligen efter att statsbudgeten har blivit fastställd genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Som beräkningsgrund tillämpas ett medeltal av examina och nya studerande från de tre senaste åren för vilka uppgifterna finns tillgängliga.

Ersättningen för kostnaderna för forskning baserar på antalet vetenskapliga publikationer och en poängsättning för publikationerna. Universitetssjukhuset samordnar den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå vid övriga verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i sitt specialupptagningsområde tillsammans med ifrågasvarande verksamhetsenheter. En kommun eller samkommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, statens sinnessjukhus eller annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som bestämts genom förordning betalas av statens medel ersättning för kostnader som sådan forskning medför. De verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som avses i paragrafen anges i ovan nämnda förordning av statsrådet.

Social- och hälsovårdsministeriet utfärdar årligen en förordning med närmare bestämmelser om grunderna för ersättning för hälsovetenskaplig forskning, såsom exempelvis hur publikationspoängen bestäms samt poängens värde.

Utjämningsystemet

Lagen om specialiserad sjukvård föreskriver om ett utjämningsystem sjukvårdsdistriktsvis för kostnaderna för en enskild patient. I lagens 56 a § sägs att för utjämnning av exceptionellt stora kostnader som åsamkats en medlemskommun i en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för en patient ska samkommunen ha ett utjämningsystem som täcker alla undersökningar och åtgärder samt all vård.

Bestämmelsen preciserar inte utjämningsförfarandet närmare. Ett förslag i förarbetena till lagen gick ut på att man utreder separat om bestämmelsen borde kompletteras också på så sätt att man genom förordning kan bestämma en gräns, efter vilken de överskridande kostnaderna utjämnas helt eller delvis.

Utjämningsystemet bygger på en överenskommelse mellan samkommunen och dess medlemskommuner. Kostnaderna för primärvården jämnas inte ut och staten deltar inte i finansieringen av utjämningsystemet. I verkligheten har kommunerna gått in för samma praxis i så gott som hela landet. Gränsen för utjämnning av kostsam vård är vanligtvis 30 000–50 000 euro. När kostnaderna överskrider denna gräns betalas de årliga kostnaderna per enskild patient gemensamt. I vissa sjukvårdsdistrikt ska kommunen betala som egen andel 15–30 procent av kostnaderna som överskrider utjämningsgränsen. Betalningarna till utjämningsystemet tas ut av kommunerna kalenderårsvis, i allmänhet som en avgift per invånare.

Samarbete och integrering i primärvården och den specialiserade sjukvården

Enligt verksamhetskulturen under 1970- och 1980-talen utvecklades primärvården och den specialiserade sjukvården separat. Det här framgick bl.a. av att när hälsovårdscentraler och sjukhusenheter för specialiserad sjukvård byggdes på samma tomt måste de ursprungligen utrustas med egna bas- och stödfunktioner, exempelvis laboratorier och röntgenenheter. Redan på 1980-talet började man fråga denna separation, men huvudregeln har varit att såväl verksamheten som finansieringen är fristående. När stadsjukhusen gick över till att arbeta under samma tak som primärvården medförde detta till ökad kommunikation mellan de olika servicenivåerna och verksamheten håller nu på att så småningom utvecklas till en samlad och mera mångsidig service till stöd för primärvården. I och med 1990-talets lag om specialiserad sjukvård övergick ett stort antal kretssjukhus, som hade sorterat under sjukvårdsdistrikten, till att arbeta under primärvården på respektive ort. På dessa orter ville man i allmänhet flytta över det egna sjukhuset i avsikt att skydda det mot de sparåtgärder, som sjukvårdsdistrikten tvingades vidta på grund av 1990-talets lågkonjunktur. Senare genomfördes flera liknande överflyttningar genom olika administrativa lösningar. För närvarande sorterar tio kretssjukhus under en förvaltning som är gemensam med primärvården, i

Mänttä hälso- och sjukvårdsområde under sjukvårdsdistriktets förvaltning och på andra orter under kommunernas eller samkommunernas förvaltning. På 2000-talet har det bildats eller håller man på att bilda fyra social- och hälsodistrikt som klassificeras som organisationer för samlad service. I dessa förenas såväl primärvård, specialiserad sjukvård som tjänster inom socialvården, åtminstone i en viss omfattning.

Integreringen i primärvården och den specialiserade sjukvården har ansetts vara en god och eftersträvansvärd utveckling, trots att föresatsen att trygga primärvårdens funktioner, resurser och identitet under tidigare årtionden också tog sig uttryck i en kritisk inställning till den. I de samordnade organisationerna i redogörelsen ovan ingår nya serviceformer som har blivit kända i hela landet både som stora framgångar och som exempel på funktionella helheter som råkat i svårigheter. Problemen har alltid haft samband med att man inte har lyckats skapa en tillräckligt stark bas för verksamheten vid små sjukhus för specialiserad sjukvård och inte heller med att i tillräcklig omfattning rekrytera sådana yrkesutbildade personer som innehar en nyckelposition.

De områden inom integrationen som den mest framåtsträvande utvecklingen innefattar har gällt strävandena att koncentrera jourverksamheten, de gemensamma stödtjänsterna, att utveckla konsultationsrutinerna och att på basis av samarbete framgångsrikt utveckla laboratorie- och röntgentjänsterna, hjälpmedelsservicen, rehabiliteringen samt vissa kliniska serviceformer. En samordning av datatekniken och systemen för elektroniska journaler har innehaft en nyckelroll. Att överföra laboratorieresultat och röntgenbilder är numera redan alldagligt, men området för sam användning av textsystemen för journalföringen innehåller fortfarande stora utmaningar. Alla utmaningar hänför sig ingalunda till datatekniken och svårigheterna att få samtycke, som väckt så mycken debatt, utan till stor del också till på vilket sätt uppgifterna registreras eller rapporteras vidare inom organisationerna. De olika organisationerna har ännu att lära för att utveckla sådana inskrivnings- och rapporteringsrutiner som skulle gagna båda parter.

Samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården har förhindrats eller bromsats av den separata finansieringen samt vetskapen om att då den specialiserade sjukvårdens tjänster anlitas medför de alltid egna kostnader, som man i princip skulle undgå genom att inte anlita dem - eller genom att sörja för dem själv. Mentalvårdstjänsterna i landet var emellanåt uppdelade mellan primärvården och den specialiserade sjukvården på sätt, som en utvärdering efteråt visar att inte var till fördel för servicen generellt sett. Det uppstod små enheter som saknade det nödvändiga stödet från den specialiserade sjukvårdens sida och de funktionella förbindelserna till specialiserad sjukvård.

I den kortvariga vården på hälsovårdscentralernas sjukhus och i vissa av hälsovårdscentralernas diagnostiska tjänster i öppenvården syns tecken på kapprustning och en dold överkapacitet. Genom att organisera primärvården och den specialiserade sjukvården gemensamt är det möjligt att sörja för ändamålsenliga och effektiva strukturer överlag, trots att lösningarna för att omskapa strukturerna kan bli svåra på vissa orter. I framtiden blir det dock nödvändigt att reformera strukturerna för tjänsterna inom social- och hälsovård.

Om primärvården och den specialiserade sjukvården anordnas gemensamt kunde det öppna utvägar för att organisera funktionerna som logiska element utan traditionella skrankor mellan dessa två nivåer. Exempel på sådana element kunde exempelvis vara samjour, vård inom konservativa specialiteter utan uppdelning på bäddavdelning, gemensamma och flexibelt fungerande tjänster i diagnostik, rehabilitering, prehospital akut-sjukvård och sjuktransport, konsultationsverksamhet, vissa områden för polikliniska tjänster (t.ex. diabetes-, reuma-, astma- m.fl. polikliniker). Särskilt viktigt vore det att utveckla mentalvårdsservicen i form av funktionella element. I primärvårdens perspektiv kunde snabba uppskattningar eller geriatriskt inriktade, övergripande tjänster, processerna i samband med utskrivning, vårdkedjorna och stödet till rådgivningsbyråerna som behövs i tjänsterna för äldre vara exempel på områden för det driftigaste samarbetet. I forsknings- och utvecklingsarbetet samt i påbyggnadsut-

bildning av olika slag skulle gemensamma grunder innebära betydande fördelar vid arrangemangen.

I synnerhet efter att praxisen för kommunfaktureringen ändrades 1993 har det uppstått ett onödigt motsatsförhållande mellan den specialiserade sjukvården och primärvården och misstänksamheten kan bli starkare under den lågkonjunktur som nu råder. Därför vore det viktigt att man då en gemensam organisation planeras såväl på riksnivå (lagstiftning och övriga strategier) som i det regionala strategiarbetet och i överenskommelserna säkerställer på lämpligt sätt att tjänsterna och resurserna utvecklas på båda sidor.

Ett nytt verksamhetskoncept efter översynen av arbetsfördelningen och samarbetet inom personalen för hälso- och sjukvården

De nya arbetsformerna som bygger på en översyn av arbetsfördelningen mellan personalgrupperna inom hälso- och sjukvården har utvecklats på basis av statsrådets principbeslut om det nationella hälsovårdsprojektet som genomfördes åren 2002–2007 samt inom ramen för annat utvecklingsarbete i kommunerna och samkommunerna. Hälsovårdarnas mottagningar är ett resultat av den reviderade arbetsfördelningen och utgör ett led i det multiprofessionella samarbetet inom hälsovårdscentralens och sjukhusets polikliniska vård. Vid behov får patienten alltid komma till läkarens mottagning.

Besöken hos hälsovårdarna på hälsovårdscentralen utgör som för det mesta 50–60 procent av de sammanräknade besöken på läkarens och hälsovårdarens mottagningar. Besöken på hälsovårdarens mottagning under jouren utgör en tredjedel av samtliga besök under jourtid. Det har visat sig att antalet patienter under jouren har minskat till följd av telefonrådgivningen och hälsovårdarmottagningsverksamheten. Den omlagda arbetsfördelningen uppskattas också ha bidragit till att produktiviteten i hälsovårdscentralernas mottagningsverksamhet har blivit bättre.

Primärvården har infört hälsovårdarens mottagning både enligt tidsbeställning och under jour på hälsovårdscentralen samt utvidgade uppgiftsbeskrivningar för vårdare som tjänstgör inom hemsjukvården, mödrarådgivning-

en och rådgivningen om familjeplanering. Den specialiserade sjukvården har infört hälsovårdarens mottagning i uppföljningen och vården av cirka 20 patientkategorier på poliklinikerna för olika medicinska specialiteter. Sjukskötare, röntgenskötare och barnmorskor som har avlagt en påbyggnadsutbildning för ultraljud kan utföra screeningar och övriga ultraljudsundersökningar. Närvårdarnas och primärskötarens arbetsuppgifter har utvidgats till att fungera som mottagningsskötare, i telefonrådgivningen samt i uppgifter som anknyter till sjukvård, laboratorieremiss och medicinering.

Patienterna kommer till hälsovårdarens mottagning via tidsbokningen eller juren eller så kan läkaren skriva remiss för patienten till hälsovårdarens mottagning. Sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning kan organiseras så att den hålls parallellt med läkarmottagningen, som arbete i arbetspar skötare-läkare eller med stöd av distanskonsultation till läkare.

Inom mun- och tandvården har arbetsfördelningen reviderats genom utvidgade uppgiftsbeskrivningar för munhygienist och tandskötare, teamarbete mellan tandläkare, munhygienist och tandskötare samt teamarbete i fråga om hem- och institutionsvård för äldre. Munhygienistens mottagningsverksamhet på hälsovårdscentralen kan bestå av exempelvis regelbundna kontroller av mun och tänder hos barn under 18 år, uppskattning av vårdbehovet hos personer i arbetsför ålder samt hos äldre, åtgärder för att förbättra munhälsan samt effektiviserad hälsovård till specialgrupper. Enklare vårdåtgärder har också överförts på munhygienister som genomgått påbyggnadsutbildning. Fysioterapeuternas mottagningsverksamhet inom hälsovårdscentralerna har utvecklats i vården av rörelseorganens sjukdomar samt i arbetet att stöda personer som löper risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes att ändra sin livsföring. Inom den specialiserade sjukvården har fysioterapeutens uppgiftsbeskrivningar breddats att omfatta uppskattning av funktionsförmågan hos neurologiska patienter och nervmuskelsystemets sätt att fungera, att utföra undersökningar av och vårdåtgärder som gäller bäckenbotten samt följa upp patienter

med prostatacancer. Inom organisationer gemensamma för social- och hälsovård har man som praxis för att samordna hemvård och utskrivning utvecklat Palko-modellen, som koordinerar den specialiserade sjukvårdens, primärvårdens, socialvårdens samt den privata och tredje sektorns tjänster på ett sätt som patientens vård och samlade service förutsätter. Särskild uppmärksamhet bör ägnas smidiga rutiner och informationsöverföringen i kontaktytorna mellan tjänsterna.

2.1.4 Personalen inom hälso- och sjukvården

Personalstyrkans utveckling inom hälso- och sjukvården

År 2008 arbetade inom den kommunala hälso- och sjukvården 141 200 personer, vilket är 12 procent mera än året 2000. Den kraftigaste ökningen har skett inom den specialiserade sjukvården, vars personal ökade med 20 procent. Motsvarande förändring inom primärvården var 4 procent. En del av ökningen under 2000-talet har sin förklaring i att personalstyrkan har vuxit till samma nivå som den var före den ekonomiska krisen i början av 1990-talet. Antalet anställda inom hälso- och sjukvården i proportion till folkmängden har stigit under 2000-talet inom 15 sjukvårdsdistrikts område och förblivit oförändrade inom fem distrikt.

Trots att personalstyrkan överlag har ökat rätt måttligt har många kategorier bland vårdpersonalen vuxit mer än genomsnittet. De bakomliggande orsakerna är utvecklingen inom medicin och teknologi samt ändringarna i vårdrutinerna, personalstrukturen och de lagstadgade förpliktelserna för den kommunala hälso- och sjukvården.

Inom kommunernas social- och hälsovård arbetade 45 210 sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor samt 39 950 närvårdare och primärskötare 2008. Antalet sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor har vuxit under 2000-talet mer inom den specialiserade sjukvården än inom primärvården. Inom den specialiserade sjukvården växte volymen med 41 procent och inom primärvården med 14 procent. Antalet sjukskötare har också vuxit inom den kommunala socialservicen, där så

gott som var tionde av kommunsektorns sjukskötare arbetade 2008. Antalet närvårdare och personer med motsvarande tidigare utbildning växte med 21 procent inom den kommunala primärvården från året 2000 fram till 2005. Inom den specialiserade sjukvården har rekryteringen av närvårdare ökat, i synnerhet under de fem senaste åren.

Personalstrukturen inom den specialiserade sjukvården är mera läkarbetonad än inom primärvården. År 2000 arbetade inom den specialiserade sjukvården 2,8 och 2008 3,3 sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor per varje läkare. Motsvarande tal inom primärvården var 2000 3,2 och 2008 4,1.

Omkring hälften av landets alla tandläkare arbetar i kommunernas eller kommunförbundens tjänst. Antalet legitimerade tandläkare i arbetsför ålder 2008 var 4 110, munhygienisterna 1 754 och specialtandläkarna 650. Antalet tandläkare som arbetar inom kommunsektorn har sjunkit tydligt under de senaste åren och särskilt efter 2005. Samtidigt har antalet tandläkare som deltidsarbetar ökat. Även en granskning distriktsvis ger vid handen att antalet tandläkare inom den kommunala primärvården har minskat i största delen av sjukvårdsdistrikten under 2000-talet. Detta har inneburit att en del kommuner har haft svårigheter med att iakttä de fastställda tidsfristerna för att klienten ska få tid till mottagningen. År 2008 arbetade 2 250 tandläkare inom kommunsektorn, av dessa arbetade närmare 600 på deltid. År 2009 arbetade inom den specialiserade sjukvården 170 tandläkare. Inom kommunsektorn har antalet munhygienister vuxit årligen och fördubblades nästan från året 2000 till 2008. Målsättningen med att utöka antalet munhygienister har varit en effektiv arbetsfördelning inom mun- och tandvården. År 2008 arbetade närmare 840 munhygienister inom kommunsektorn. Antalet tandskötare som arbetar inom kommunsektorn har sedan 2005 förblivit så gott som oförändrat, 2008 var de 2 980.

Även övriga grupper bland vårdpersonalen har vuxit, men tillväxten har varit blygsammare än i de ovan nämnda kategorierna.

År 2009 arbetade drygt 11 500 läkare inom kommunsektorn, vars andel 1996 var 74 procent. Till numerären har ökningen inom kommunsektorn omfattat 1 631 läkare fram

till året 2009, tillväxtprocenten var 16. Inom den privata sektorn arbetade 2 205 läkare 1996 (16 procent) och 3 967 läkare 2009 (24 procent). Deltidsarbete har blivit allt vanligare. Av de kvinnliga läkarna arbetade en femtedel och av de manliga en sjättedel på deltid. Speciellt vanligt är deltidarbete inom den privata sektorn och företagshälsovården, ungefär en tredjedel. Det ökande antalet läkare har gällt den specialiserade sjukvården, där 6 210 läkare arbetade 1996 och 7 876 under 2009. Motsvarande tal i hälsovårdscentralerna var 3 323 året 1996 och 3 503 under 2009. Antalet nya studerande som antogs till utbildningen höjdes rejält vid millennieskiftet och från och med 2002 har antalet nya medicinestuderande uppgått till drygt 600 per år. Det har blivit allt vanligare att rekrytera läkararbetskraft som köptjänster, i synnerhet inom primärvården, i oktober 2009 hade 262 tjänster utkontrakterats.

Personalbristen

Samtidigt som personalstyrkan inom social- och hälsovården har vuxit har också bristen på personal ökat. Det förekommer också stora regionvisa skillnader i tillgången på personal. I oktober 2009 var 6,8 procent av hälsovårdscentralernas tjänster obesatta, vilket visade en tydlig, 11 procent minskning jämfört med föregående år. Hälften av hälsovårdscentralerna hade ingen som helst brist på personal. Läkarsituationen har blivit bättre i var tredje hälsovårdscentral, som producerar hälsovårdsservice för 3,4 miljoner finländare. I var femte, dvs. i 38 hälsovårdscentraler är fortfarande över 20 procent av läkaruppgifterna helt oskötta. I oktober 2009 var 515 tjänster inom den kommunala specialiserade sjukvården obesatta, läkarbristen uppgick med andra ord till 7,3 procent, när den ett år tidigare var 9,4 procent. År 2008 uppgick personalbristen i andra yrkeskategorier än läkare och tandläkare inom den kommunala social- och hälsovården till i genomsnitt 5,0 procent när motsvarande andel 2004 var 2,1 procent.

År 2008 rädde den till antalet största bristen på yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i kategorierna närvårdare och primärskötare (n = 1 540) samt sjukskötare

(n = 970) och den proportionellt största bristen i kategorierna psykologer och talterapeuter. Bristen på närvårdare och primärskötare var störst i Uleåborgs och Södra Finlands län och på sjukskötare i Södra Finlands län. Bristen på psykologer var störst i Lapplands, Uleåborgs och Södra Finlands län och på talterapeuter i Lapplands, Östra Finlands och Västra Finlands län.

Kommunsektorns verksamhet inom mun- och tandvården har länge försvårats av bristen på tandläkare. Antalet tandläkare vid hälsovårdscentralerna har gått ner under 2000-talet, trots att den kommunala mun- och tandvården har utvidgats och tidsfristerna för att få tid till mottagningen har trätt i kraft. Även inom den privata sektorn har antalet tandläkare sjunkit. Bristen på tandläkare vid hälsovårdscentralerna har under de senaste åren uppgått till cirka 12 procent. Över hälften av hälsovårdscentralerna anmälde i oktober 2009 att tandläkarbristen utgör en broms för att realisera tidsfristerna inom vilka klienten ska få vård. År 2009 fanns det sammanlagt 243 tjänster som helt saknade en fast tandläkare, vikarie eller tandläkare i egenkap av inhyrd arbetskraft. Skillnaderna mellan sjukvårdsdistriken är synnerligen stora. I fråga om användningen av hyrd arbetskraft och övriga köptjänster har det inte skett några större förändringar. 4,0 procent av tjänsterna och uppgifterna sköttes med hjälp av hyrd arbetskraft, därutöver anlätades tjänster som upphandlades från den privata sektorn. År 2009 hade den privata sektorns fria kapacitet minskat med en tredjedel från året innan och motsvarade arbetsinsatsen från drygt 50 heltidsarbetande privata tandläkare. Det råder brist på specialtandläkarservice synnerligen i hälsovårdscentralerna. Situationen förvärras ytterligare på grund av ökande pensioneringar bland specialtandläkarna. Specialläkare går i pension i allt större omfattning. Enligt en utredning från Finlands Läkarförbund förslår inte nuvarande examina inom samtliga specialiteter för att ersätta pensionsavgången. Sårbara grenspecialiteter är bl.a. foniatri, hudsjukdomar och allergologi, klinisk kemi, barnkirurgi, barnsjukdomar, patologi och allmän kirurgi. Ett beslut om att utöka tandläkarutbildningen resulterade i att Kuopio universitet startade tandläkarutbildning 2009

samt att ett större antal nya studerande tas in till Helsingfors, Uleåborgs och Åbo universitet. Den utökade tandläkarutbildningen kommer med en liten fördröjning att förbättra rekryteringsläget och tillgången till vårdtjänster såväl vid hälsovårdscentralerna som på de privata mottagningarna.

Migrationen bland personalen inom hälso- och sjukvården

År 2006 var 2,6 procent av personalen inom hälso- och sjukvården utlänningar. I början av millenniet var motsvarande andel 2,0 procent. Under samma tid har utländska läkares, tandläkares, sjukskötares och närvårdares arbetslöshetsgrad förblivit högre än inom dessa yrkesgrupper i genomsnitt eller än arbetslöshetsgraden i genomsnitt. Vid årsskiftet 2009 arbetade i Finland 569 läkare, som inte hade finskt medborgarskap och 913 med annat modersmål än finska eller svenska. I motsvarande mån arbetade 651 finländska läkare i andra länder, huvudsakligen (268) i Sverige.

Av finländska yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård som är i arbetsför ålder har 4–5 procent vistats utomlands under de senaste åren. Omkring 3 770 finländska sjukskötare eller personer som hade genomgått motsvarande yrkesutbildning inom hälsoområdet och var i arbetsför ålder befann sig utomlands 2008. De flesta vistades i Sverige, Norge, Storbritannien och Schweiz. Antalet har minskat med omkring 400 från 2000-talets första år. Inom denna kategori började den årliga utvandringen sjunka vid övergången till 2000-talet. Återflyttningen växte fram till 2002, därefter har den varit högre eller lika stor som utvandringen. Återflyttningen har också blivit snabbare.

Arbetskraftsreserver inom hälso- och sjukvården

En del av den arbetskraft som har genomgått utbildning inom hälsoområdet är även i andra branscher och utanför arbetslivet. År 2007 arbetade 83 procent av de sjukskötare i arbetsför ålder som befann sig i Finland i arbetsuppgifter inom social- och hälsovård, offentlig förvaltning eller utbildning. 8 procent

fanns i övriga branscher, 2 procent var arbetslösa och 6 procent var utanför arbetskraften av andra orsaker.

I kategorin närvårdare kan den eventuella arbetskraftsreserven antas vara större än i kategorin sjukskötare, trots att merparten av närvårdarna arbetar inom social- och hälsovården. Av de närvårdare eller personer som hade genomgått tidigare motsvarande utbildning, var i arbetsför ålder och befann sig i Finland 2007, arbetade tre av fyra i uppgifter inom sektorerna för social- och hälsovård, offentlig förvaltning eller utbildning. 14 procent fanns i övriga branscher, 6 procent var arbetslösa och 8 procent var utanför arbetskraften av andra orsaker.

Arbetskrafts- och utbildningsbehoven

Pensionsavgången inom hälso- och sjukvården kommer att växa till mitten av 2010-talet och förblir därefter hög i närmare 10 år. Pensionsavgången kommer att vara högre än i genomsnitt inom den kommunala hälso- och sjukvården i fråga om personer i ledande ställning, tandläkare samt närvårdare och primärskötare. Också bland den forskningspersonal som har genomgått sin universitetsutbildning inom det naturvetenskapliga området är pensionsavgången högre än medeltalet.

Arbetsministeriets projekt Arbetskraft 2025 prognostiserar antalet platser som blir lediga inom social- och hälsovården under åren 2005–2020 och kalkylerar enligt basscenariot med 184 600 och enligt målscenariot med 210 100 platser, vilket innebär 11 600 och 13 100 på årsnivå. 60–70 procent av de platser som blir lediga gäller att ersätta avgången. Av alla platser som blir lediga utgör anställningarna inom social- och hälsovårdssektorn 19 - 20 procent.

Undervisningsministeriets projekt Utbildningsutbudet 2012 har preciserat målen för antalet nybörjarplatser på basis av ovan nämnda prognoser för bransch- och yrkesstrukturen. Statsrådet har godkänt nybörjarmålen som ett led i utvecklingsplanen för utbildning och forskning 2007 - 2012. Enligt utvecklingsplanen kommer behovet av nybörjarplatser inom hälso- och idrottsområdet 2012 att uppgå till 18 000. Jämfört med anta-

let tidigare nybörjarplatser utökas utbildningen på området med cirka 20 procent. Samtidigt blir social-, hälso- och idrottsområdet den andra största sektorn efter utbildningsområdet för teknik och kommunikation. För att trygga en tillräcklig arbetskraft förutsätter detta att man dessutom när befolkningen åldras och servicebehovet växer sörjer för ett tillräckligt utbud av vuxenutbildning inom social- och hälsovårdssektorn samt rekryterar invandrare till utbildning och arbetsuppgifter i branschen.

Ansvar och ledarskap inom hälso- och sjukvården

De yrkesetiska skyldigheterna för en enskild yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård har definierats i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (bygger på kompetens och etiska skyldigheter). I folkhälsolagen sägs att ansvarig läkare vid hälsovårdscentral beslutar huruvida patients sjukvård ordnas i form av öppen sjukvård, hemsjukvård medräknad, eller genom att patienten intas för vård på vårdplats i hälsovårdscentralen. Läkaren fattar även beslut angående överflyttning av patient till annan sjukvårdsinrättning. Ansvar etableras enligt allmän praxis att bl.a. ansvara för ändamålsenliga, kvalitativa och trygga hälso- och sjukvårdstjänster samt i anknytning till dem för allokeringen av resurser, för anvisningar och rutiner.

År 2008 arbetade 2 500 läkare som överläkare eller med motsvarande titel och 700 som biträdande överläkare. Ett år tidigare anmälde 14 procent av specialläkarna att de hade förvärvat administrativ kompetens, 12 procent av specialläkarna hade genomgått annan ledarutbildning.

År 2008 arbetade inom kommunsektorn 200 personer med titeln ledande tandläkare eller ansvarig tandläkare i den strategiska ledningen, mellanledningen och som förmän.

Personalen är social- och hälsovårdens strategiska resurs och avgörande framgångsfaktor. Över hälften av all personal inom hälso- och sjukvården är vårdpersonal som för sin del genomför hälso- och sjukvårdens fundamentala uppgift. Ledarskapets kärnuppgifter liksom utvecklingsstrategin definieras i ett

nationellt handlingsprogram för vårdarbetet. Att leda vårdarbetet innebär att skapa förutsättningar för ett tryggt, effektivt, kvalitativt och verkningsfullt vårdarbete.

Cheferna i vårdarbetet arbetar vid enheter inom social- och hälsovården inom den strategiska ledningen, som mellanchefer och i förmansuppgifter. År 2008 arbetade 510 personer som överskötare eller med motsvarande titel. Under de senaste åren har dock antalet chefer inom vårdarbetet reducerats och ansvaret begränsats. Inom kommunsektorn har antalet överskötare minskat med 19 procent och antalet avdelningsskötare med 15 procent under åren 2000–2008. Procentuellt minskade avdelningsskötarna och biträdande avdelningsskötarna lika mycket. År 2007 hade 14 procent av hälsovårdscentralerna ingen som helst vakans för ledande skötare eller motsvarande chef för vårdarbetet eller så hade tjänsten indragits.

Prognostisering av arbetskraftsbehoven inom hälso- och sjukvården

Systemet med riksomfattande och regional prognostisering har till syfte att producera en samlad översikt av centralförvaltningens och regionernas synpunkter på arbetskraftsbehovet och utbildningsutbudet. Prognoserna över arbetskraftsbehovet inom olika branscher utarbetas under ledning av arbets- och näringsministeriet. På basis av dessa prognoser dimensioneras utbildningsbehovet inom olika utbildningsområden under ledning av undervisningsministeriet. Statsrådet godkänner vart fjärde år nybörjarmålen i utbildningen som ett led i utvecklingsplanen för utbildningen och forskningen vid universiteten inom undervisningsministeriets förvaltningsområde.

Prognostiseringen av utvecklingen inom sysselsättningen och olika branscher styrs av ett beställarkonsortium som leds av arbets- och näringsministeriet och där också finansministeriet, undervisningsministeriet och social- och hälsovårdsministeriet är företrädare. Som stöd för prognostiseringen av utbildningsbehoven arbetar ett brett förankrat nätverk av sakkunniga, där de viktigaste ministerierna och intresseorganisationerna liksom även social- och hälsovårdsministeriet med-

verkar. För prognostisering av kompetensbehoven i yrkeslivet utarbetas under ledning av undervisningsministeriet dessutom en modell på riksnivå, med vars hjälp man ska kunna prognostisera kompetensbehoven i yrkeslivet på alla utbildningsnivåer och inom alla yrkesgrenar. Social- och hälsovårdsministeriet medverkar i detta projekt, som fortsätter fram till utgången av maj 2011.

Systemet med regional prognostisering reformerades från början av 2010. Närings-, trafik- och miljöcentralerna ansvarar för den regionala prognostiseringen på kort sikt. Landskapsförbunden bildar samarbetsområden som ansvarar för den regionala prognostiseringen av arbetskrafts- och utbildningsbehoven på medellång och lång sikt.

Prognoserna utarbetas i respektive landskap, men den dialog som krävs om det regionala utbildningsutbudet i utvecklingsplanen för utbildningen och forskningen ska föras i ett bredare forum, inom samarbetsområdena. Tanken är att det bildas färre än tio samarbetsområden. Avsikten är också att den övriga statsförvaltningen, utbildningsenheterna, näringslivet samt social- och hälsovården ska vara företrädare när prognoserna görs upp. De nya samarbetsområdena lämnar in sina första framställningar till undervisningsministeriet under våren 2011 som ett led i beredningen av utvecklingsplanen för utbildningen och forskningen 2011 - 2016. Det är meningen att samarbetsområdena i fortsättningen bildar en permanent organisation för att prognostisera och följa upp utbildningsbehoven och att denna organisation samlas minst en gång varje år även utanför arbetet med utvecklingsplanen.

Hittills har de regionala prognostiseringsgrupperna inte alltid haft sakkunskap i social- och hälsovård och verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården har inte haft tillgång till resultaten från den regionala prognostiseringen. Det har också funnits brister i samarbetet mellan utbildningsenheterna inom hälsovård och det sociala området och verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården vid den regionala samordningen av utbildningsutbudet och efterfrågan på arbetskraft samt vid att utveckla utbildningen utifrån arbetslivets behov.

2.1.5 Övervakning

Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av folkhälsoarbetet ankommer på social- och hälsovårdsministeriet. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, styr regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att för enhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen och övervakningen av folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården. Dessutom styr och övervakar Valvira folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, ärenden som har samband med övervakningsärenden som behandlas vid Valvira och som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Valvira och regionförvaltningsverket kan inspektera en kommuns och en samkommuns verksamhet enligt folkhälsolagen eller lagen om specialiserad sjukvård samt de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av verksamheten när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Upptäcks brister eller andra missförhållanden som äventyrar patientsäkerheten i ordnandet eller genomförandet av folkhälsoarbetet eller den specialiserade sjukvården eller strider verksamheten i övrigt mot lag, kan Valvira eller regionförvaltningsverket meddela föreskrifter om hur de ska avhjälpas. När föreskrifter meddelas ska utsättas en tid inom vilken de behövliga åtgärderna ska vidtas. Om patientsäkerheten så kräver kan det bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas eller användningen av en verksamhetsenhet eller en del därav eller av en anordning förbjudas omedelbart.

Valvira eller regionförvaltningsverket kan vid vite eller vid äventyr att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del därav eller av en anordning förbjuds, förplikta kommunen eller samkommunen att iakttäta den föreskrift som avses ovan.

Det ovan nämnda gäller inte sådan verksamhet som avses i läkemedelslagen (395/1987) och som övervakas av Fimea. Har Valvira eller regionförvaltningsverket i sin övervakning upptäckt brister eller andra missförhållanden i läkemedelsförsörjningen ska Fimea underrättas om dessa.

Om en kommun eller samkommun har förfarit felaktigt eller underlåtit att fullgöra sin skyldighet, kan Valvira och regionförvaltningsverket ge kommunen eller samkommunen eller den tjänsteman som ansvarar för den felaktiga verksamheten en anmärkning. Övervakningsmyndigheten kan, om ärendet inte föranleder en anmärkning eller regelrätta sanktioner, uppmärksamgöra den övervakade på att verksamheten ska ordnas på behörigt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas. En anmärkning eller ett uppmärksamgörande är inte någon egentlig sanktion, utan närmast ett ställningstagande som styr myndighetens eller tjänstemannens verksamhet och i dessa får ändring inte sökas genom besvär.

Övervakningsmyndigheterna undersöker i regel inte sådana klagomål som gäller ärenden äldre än fem år, om det inte finns särskilda skäl att undersöka klagomålet.

Klienten i fokus

Med klient avses med klient sådan klient som avses i klientlagen och patientlagen (lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 159/2007).

Klienten i fokus innebär att all service är inriktad på den enskilda klienten så att tjänsterna och funktionerna organiseras utifrån hans individuella behov. Klienten bör känna till hela vård- och servicekedjan och han ska ha faktiska möjligheter att delta och påverka i fråga om sin egen vårdkedja. Ett viktigt element i det klientcentrerade arbetet är möjligheten att välja den enhet som ansvarar för vården och den yrkesutbildade person som vårdar samt att delta i valet mellan olika vårdalternativ.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestäm-

melser i grundlagen som särskilt återspeglar klientens centrala roll föreskriver t.ex. om jämlikhet och förbud mot särbehandling (6 §), rätt till liv, personlig frihet och integritet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §) samt möjlighet att påverka beslut som gäller honom själv (14 § 3 mom.) Lagen om patientens ställning och rättigheter upptar bestämmelser om de viktigaste principerna för patientens vård och bemötande. Lagen betonar patientens aktiva medverkan, patientens självbestämmanderätt samt hans rätt till vård och information.

Patientlagen har sin utgångspunkt i det klientcentrerade arbetet, för patientlagen definierar som hälso- och sjukvård sådana åtgärder som behövs för fastställande av patientens hälsotillstånd eller för återställande eller upprätthållande av hälsan. Patientlagens 3 § konstaterar att patienten har utan diskriminering rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans hälsotillstånd förutsätter. 6 § i patientlagen föreskriver att vården och behandlingen ska ges i samförstånd med patienten.

Patientlagen styrde verksamheten inom hälso- och sjukvården mot klientcentrerat arbete och inverkar i synnerhet på vårdens kvalitet. Lagen förutsätter att bedömningen av vårdbehovet samt patientens vård och bemötande ska vara av god kvalitet och i övrigt uppfylla de i lagen definierade kriterierna för god vård och gott bemötande. Begreppet god vård innebär bl.a. att mänskliga rättigheter samt grundläggande fri- och rättigheter beaktas i vårdrelationen. Patientens rätt till en kvalitativ hälso- och sjukvård. Vården ska 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 ska i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Bestämmelser om patientens rätt att använda finska eller svenska språket, bli hörd och få sina expeditioner på finska eller svenska samt hans rätt till tolkning när han använder dessa språk hos myndigheterna ingår i språklagens (423/2003) 10, 18 och 20 §. I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård sägs att kommuner och samkommuner är skyldiga att tillhandahålla hälso-

och sjukvårdstjänster på finska och svenska språket.

Även bestämmelserna om den så kallade vårdgarantin i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård reflekterar ett klientcentrerat arbete. Lagen om specialiserad sjukvård upptar också en viss möjlighet att välja läkare och plats för vården. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994, nedan lagen om yrkesutbildade personer) konstaterar att i samband med yrkesutövningen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten (15 §). En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är skyldig att beakta bestämmelserna om patientens rättigheter och förväntas förfara så som är bäst för patienten. Enligt patientlagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården träffa sina avgöranden i samförstånd med patienten.

Också 1 § om lagens syfte i lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007) innehåller ett konstaterande att när arrangemangen enligt lagen planeras och genomförs ska de grundläggande fri- och rättigheterna samt jämlikhet i fråga om erhållandet av service och kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka beaktas. Lagens mål är att i hela landet säkerställa service av hög kvalitet som är tillgänglig för invånarna.

När man önskar utöka klientens och patientens möjligheter att välja platsen för vården eller mellan alternativa vårdformer blir asymmetrin vid hanteringen av informationen om hälso- och sjukvårdstjänsterna en stor utmaning ur patientens synvinkel. För patienten och klienten är det verkliga problemet informationens kvalitet. Patienten har ingen möjlighet att bedöma varken informationens tillförlitlighet eller betydelse för hans egen situation och inte heller det som inte har berättats. Det här är orsaken till att patienten ofta behöver någon yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården till hjälp för att välja det bästa möjliga alternativet.

En patient har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningskraft samt om andra

omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslutet fattas om hur patienten ska vårdas. Upplysningar ska dock inte ges mot patientens vilja eller om det är uppenbart att de skulle medföra allvarlig fara för patientens liv eller hälsa. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, ska tolk anlitas i mån av möjlighet.

I fråga om patientens rätt att kontrollera de uppgifter i journalhandlingarna som gäller honom själv tillämpas 26 - 28 § i personuppgiftslagen (523/1999). Dessutom gäller beträffande patientens rätt att ta del av uppgifterna vad som sägs i 11 och 12 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999).

Hälso- och sjukvården förutsätter att det vid behov görs upp en plan för undersökning, vård, medicinsk rehabilitering eller motsvarande. Av planen ska framgå hur vården organiseras och en tidsplan. Planen ska utarbetas i samråd med patienten, hans anhöriga eller någon närstående eller hans lagliga företrädare.

2.1.6 Hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdens kvalitet kan betraktas från olika perspektiv. I patientens och klientens kvalitetsperspektiv framhävs vad patienten förväntar sig och vill och hans eller hennes erfarenhet av den vård han eller hon fått. För yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är det viktigt vad patienten behöver på medicinska grunder och att använda evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården. Från ledningens och förvaltningens perspektiv är målet att nå de bästa möjliga resultaten utan att slösa på resurserna, felfritt och utan dröjsmål samt i enlighet med författningar och interna anvisningar.

Patientsäkerhet utgör en viktig delfaktor i högklassig och effektiv vård. Trots detta har man under det senaste årtiondet fått starka

bevis på att det hos 5–10 procent av de patienter som intas för sjukhusvård uppstår en skada till följd av behandlingen och att skadan hos 1 procent är svårartad, vilket innebär invalidisering eller död. Det konstaterades i rapporten "To err is human: Building a safer health system", som det amerikanska Institute of Medicine publicerade år 1999, att det i USA årligen dör 44 000 – 98 000 personer i skador som orsakats av vårdfel och att ungefär hälften av dessa kunde förebyggas med hjälp av kvalitetsledning. Kostnaderna för dessa skador uppgick till 22 miljarder euro. I finländska förhållanden skulle detta innebära ungefär 750 – 1 500 dödsfall om året, och de motsvarande kostnaderna skulle vara ungefär 440 miljoner euro. De ersättningar för patientskador som Patientförsäkringscentralen betalade i Finland under åren 2005–2009 varierade mellan 22,7 och 31,0 miljoner euro. Flest behandlingsskador som ledde till ersättning skedde i samband med operationer och anestesiatåtgärder, dvs. 1 200 år 2009. Antalet ersatta behandlingsskador med anknytning till kliniska undersökningar var också högt, över 650, och antalet ersatta skador med anknytning till tandvård var över 200. Vid sidan av dessa betalades ersättning för mer än 200 andra ingrepp.

Det finns inte någon bindande lagstiftning om hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet. Grunder för att definiera tjänsternas kvalitet finns dock i flera lagar eller förordningar som givits med stöd av dem. Främst har kvaliteten dock styrts med rekommendationer, men deras betydelse har förblivit liten då ekonomiska omständigheter och sparmål varit de huvudsakliga faktorer som styrt verksamheten. Kvalitetsrekommendationerna är inte rättsligt bindande, men de kan anses vara en måttstock för ändamålsenliga tjänster. Det att bindande regler saknats har möjliggjort att aktörer har kunnat förbigå kvalitetssynpunkter vid ordnandet av verksamhet. I praktiken fäster man uppmärksamhet vid kvalitet först till följd av medborgares klagomål och därmed förknippade åtgärder av tillsynsmyndigheter, såsom viten.

Kvalitetsrekommendationerna omfattar bland annat kvalitetspolitik för hälso- och sjukvården från år 1994, riktlinjer för fortsatt utveckling av kvaliteten i Finland, kvalitets-

rekommendationer som syftar till klientcentering och utveckling av god kvalitet från år 1995 och den riksomfattande rekommendationen om kvalitetsledningen inom social- och hälsovården under 2000-talet från år 2000.

Kvaliteten på tjänster som produceras kommunalt har i allmänhet inte definierats i detalj. Riksomfattande kvalitetsrekommendationer har givits för mentalvårdsservice, skolhälsovård och främjande av hälsan.

Köpta tjänster som anskaffas av privata aktörer ska svara mot den nivå som förutsätts av motsvarande kommunala tjänster. På detta sätt har man velat säkerställa att samtliga offentligt finansierade tjänster uppfyller samma kvalitativa minimikrav. Bestämmelser om ordnande av och tillsyn över privata tjänster ingår i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) och förordningen som anknyter till den (744/1990) samt lagen om tillsyn över privat socialservice (603/1996). Bestämmelserna gäller också tjänster som kommunen köper av privata serviceproducenter.

De fyra kvalitetsarbetsgrupper under Nordiska ministerrådet som tillsattes under Finlands ordförandeskap år 2007 har ansett det viktigt att utveckla bland annat kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården och kvaliteten på patientsäkerhet samt att förbättra patienternas uppfattningar om hälso- och sjukvårdens kvalitet och utveckling av kvalitets-kriterier för munhälsovård. Ett projekt kring kvalitetsindikatorer har också pågått i OECD:s regi, i syfte att utveckla kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården. Finland deltar i dessa projekt.

Servicesystemets funktionalitet och prestationsförmåga i organisationer inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde har i och för sig utvärderats tämligen mycket, men utvärderingsarbetet är splittrat och dess täckning är anmärkningsvärt ojämn. Det nya Institutet för hälsa och välfärd inledde sin verksamhet vid ingången av 2009. Målet är att effektivera verksamheten och samarbetet, förbättra produktiviteten och garantera tjänsternas kvalitet och enhetlig praxis i hela landet.

Att förbättra patientsäkerhet har fått en central och synlig roll i Vårdshälsoorganisa-

tionens (WHO) projekt World Alliance for Patient Safety, Europeiska unionens projekt Patient Safety Network (EUNetPaS), som ett led i OECD:s projekt om kvalitetsindikatorer samt i arbetsgruppen för utveckling av kvalitet på patientsäkerhet under Nordiska ministerrådet. Finland har bland annat förbundit sig till att delta i WHO:s kampanj för att förbättra handhygien i syfte att minska sjukhusinfektioner. Inom Europeiska unionens område leder Finland en del av ett delprojekt för att främja säker läkemedelsbehandling (EUNetPaS-projektet).

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i början av november 2006 en styrgrupp med tre års mandat för främjande av patientsäkerhet med uppgift att formulera de viktigaste riksomfattande målen för främjandet av patientsäkerheten. Den nationella patientsäkerhetsstrategin publicerades år 2009. Arbetsutskottet under styrgruppen har utvärderat sådana verksamhetsätt, rapporterings- och responsförfaranden som lämpar sig för Finland för att man ska kunna lära sig av olika händelser samt metoder att öka ledningens, de anställdas och även andra patienters förmåga och möjligheter att främja patientsäkerhet. Man har också dryftat metoder att utveckla verksamhetskulturen så att den ska främja patientsäkerheten.

Handboken Säker läkemedelsbehandling som social- och hälsovårdsministeriet publicerat, har väsentligt bidragit till att initiera arbetet för patientsäkerhet och på webbplatsen för Institutet för hälsa och välfärd finns en ordlista över patientsäkerhet.

2.1.7 Övrig lagstiftning

Lagen om en kommun- och servicestrukturreform

Syftet med lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007, nedan ramlagen) är att skapa förutsättningar för en kommun- och servicestrukturreform. Lagen är temporärt i kraft till utgången av år 2012.

Kommun- och servicestrukturreformerna avser att stärka kommun- och servicestrukturen, utveckla sätten att producera och organisera

servicen, revidera kommunernas finansierings- och statsandelssystem samt se över uppgiftsfördelningen mellan kommunerna och staten. Avsikten är att likvärdigt oberoende av boningsort trygga förverkligandet av de grundläggande rättigheterna i fråga om tillgången till och kvaliteten på tjänster, förbättra servicesystemets produktivitet, stävja en ökning av kommunernas utgifter och trygga finansiering av tjänsterna. Ett ytterligare mål är att skapa förutsättningar för att utveckla tjänster som kommunen ordnar och att utveckla styrningen. Kommun- och servicestrukturreformerna syftar också till att öka välfärd och befolkningens verksamhetsförmåga och därigenom minska behovet av vård och tjänster i framtiden samt att minska skillnaderna i hälsa och välfärd mellan de olika befolkningsgrupperna. Målet är att säkerställa tjänster av god kvalitet som är tillgängliga för hela befolkningen överallt i landet.

Enligt 5 § i ramlagen ska en kommun bestå av en pendlingsregion eller någon annan sådan funktionell helhet som har ekonomiska förutsättningar och på personella resurser grundade förutsättningar att ansvara för ordnandet och finansieringen av servicen.

I en kommun eller ett samarbetsområde som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården ska det finnas åtminstone ungefär 20 000 invånare. Kommunerna kan bilda ett samarbetsområde antingen genom att anförtro en kommun enligt 76 § 2 mom. i kommunallagen (vårdkommunmodell) att sköta samarbetsområdets uppgifter eller genom att bilda en gemensam samkommun.

Man kan avvika från de krav som gäller befolkningsunderlaget om det på grund av skärgård eller långa avstånd inte är möjligt att bilda en funktionell helhet eller om det är nödvändigt för att trygga de finsk- eller svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter eller för att trygga de rättigheter som gäller samernas språk och kultur.

För att trygga den service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag indelas landet enligt 6 § i ramlagen i samkommuner och varje kommun ska höra till en samkommun. Reformen baserar sig på de samkommuner som uppräknas i 7 § i lagen om specialiserad

sjukvård, men enligt 3 § i ramlagen kan kommunerna bilda samkommuner så att de avviker från indelningen i sjukvårdsdistrikt enligt lagen om specialiserad sjukvård och den indelning i specialomsorgsdistrikt som statsrådet beslutat om med stöd av 6 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977).

Beträffande röstetalet i samkommunen gäller vad som bestäms i 17 § i lagen om specialiserad sjukvård, om inte kommunerna kommer överens om något annat.

En samkommun har till uppgift att i den omfattning som kommunen anger ansvara för den service som föreskrivs i lagen om specialiserad sjukvård och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Därtill ska en samkommun inom sitt område främja beaktandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet samt sköta de andra uppgifter som åläggs den genom lag. Kommunen kan också ge samkommunen andra än i lagen föreskrivna uppgifter.

Tvåspråkiga och enspråkigt svenskspråkiga kommuner är dessutom medlemmar i en samkommun som har till uppgift att trygga ordnandet av svenskspråkig service för medlemskommunerna i enlighet med den arbetsfördelning som särskilt ska beslutas.

En del av de åtgärder och den vård som hör till den högspecialiserade sjukvården centraliseras till något specialupptagningsområde på riksnivå. En proposition med förslag till ändring av lagen om specialiserad sjukvård bereds och föreläggs riksdagen så att genom förordning av statsrådet bestäms vilka undersökningar och åtgärder samt vilken vård som hör till den högspecialiserade sjukvården samt vilka av dessa som centraliseras på riksnivå. I detta nu föreskrivs vilka undersökningar, åtgärder och behandlingar som hör till den högspecialiserade sjukvården och om centralisering av den högspecialiserade sjukvården på riksnivå och regional nivå genom social- och hälsovårdsministeriets förordning. I framtiden ges dessa bestämmelser genom statsrådsförordning. Bestämmelsen i 6 § 4 mom. i ramlagen inkluderar ett mandat att ändra bemyndigandet att utfärda förordning i lagen om specialiserad sjukvård.

Statsrådet överlämnade till riksdagen en redogörelse för kommun- och servicestruk-

turen i november 2009. Det förefaller att i och med Paras-projektet kommer ansvaret för att ordna primärvård att överföras på ungefär 60 / 60 enskilda kommuner / samarbetsområden. Bland samarbetsområdena finns ett tiotal samarbetsområden som baserar sig på fungerande som en värdkommun för en större stad.

Primärvården ska fortfarande i ungefär 25 kommuner (efter att grunderna för undantag tillämpats) ordnas på ett befolkningsunderlag av under 20 000 invånare, men i dessa kommuner bor endast 2,5 procent av landets befolkning.

När det gäller socialservice ska man enligt ramlagen ordna de tjänster som är nära anslutna till primärvården tillsammans med primärvården. Det har rekommenderats kraftigt (social- och hälsovårdsministeriet och Kommunförbundet) att hela social- och hälsovårdsväsendet ska ordnas gemensamt i riket. Fram till år 2013 kommer det att finnas, till följd av en kontinuerlig process, cirka 120 kommuner där ordnandet av socialservicen fördelas mellan samarbetsområdena och baskommunerna. I dessa kommuner bor drygt 20 procent av landets befolkning. En helt separat förvaltning finns för närvarande och sannolikt även år 2012 i två städer, i vilka det dock bor närmare 600 000 invånare (en av dessa är Helsingfors). En sammanslagen förvaltning, eller sammanslagen förvaltning med undantag av barndagvård skulle finnas i ungefär 60 procent av landets kommuner, och i dessa bor 2/3 av befolkningen.

Bilden av den struktur som håller på att utvecklas är brokig. Bland samarbetsområdena finns områden som är motiverade att sköta sina uppgifter och som redan nu fungerar bra och är innovativa och engagerade. Bland kommunerna finns dock också sådana som bildats under problematiska tecken; processen har varit invecklad eller har rentav framskridit tvångsmässigt. Hösten 2009 hade ett tjugotal kommuner inte alls fattat beslut om strukturen.

Det håller på att uppstå strukturellt problematiska samarbetsområden – både geografiskt och med tanke på servicesammansättningarna. Inom några samarbetsområden delas ansvaret för viktiga serviceprocesser på olika arrangörer. En del av samarbetsområ-

dena är geografiskt spridda eller annars sådana som avviker från naturliga regionala helheter.

Ett stort problem i konstellationen är vad som händer omkring de stora städerna. Hälften av de 20 städer i landet där det finns ett centralsjukhus är inte med i bildandet av samarbetsområden inom sin omgivning, medan en del fungerar som värdkommun för 1-2 små grannkommuner. Endast några få städer (Villmanstrand, Kajana, Björneborg, Jyväskylä) är med i bildandet av samarbetsområden av betydande storlek.

Brokigheten av förvaltningen, finansieringen och de andra spelreglerna inom samarbetsområdena visar att det inte har uppstått eller håller på att uppstå ett klart nytt sätt att övergå till en ekonomiskt och funktionellt starkare modell. Majoriteten av samarbetsområdena är beredda att fortsätta längs de utvecklingslinjer som de kommunalförbund/samkommuner som bildades på 1970–1980-talen stakat ut.

PARAS-reformen främjar inte särskilt bra en funktionell integration av primärvården och den specialiserade sjukvården. Tjugofem kommuner eller samarbetsområden har ett sjukhus för specialiserad sjukvård (kretssjukhus, lokalt sjukhus) utanför sjukvårdsdistriktsförvaltningen i kommunal eller en samkommunal regi. Endast en del av dessa (färre än 10) har för närvarande en lämplig grundval för verksamhet som en tämligen omfattande enhet inom den specialiserade sjukvården på basnivå.

Förvaltningslagen

Förvaltningslagen (434/2003) är en allmän lag som reglerar förvaltningsverksamhet och föreskriver om grunderna för god förvaltning och om förfarandet i förvaltningsärenden. Därtill har lagen bestämmelser om grunder för god förvaltning som allmänt ska tillämpas på myndigheternas verksamhet och understryker kundsynpunkten och skötsel av tjänsteuppdrag enligt serviceprincipen. Förvaltningslagen tillämpas hos alla myndigheter och utgångspunkten är att lagen ska omfatta samtliga verksamhetsformer inom förvaltningen, dels också produktion av offentlig service. Förvaltningslagen tillämpas också i

statens affärsverk, offentligrättsliga föreningar samt hos privata aktörer när de handhar offentliga förvaltningsuppgifter. Som handhavande av förvaltningsärende anses alltså även offentlig service och förmåner samt myndigheters beslutsfattande som gäller sociala rättigheter. Faktisk förvaltning är bland annat hälsojänster för en patient.

I 6 § i förvaltningslagen bestäms om förvaltningens rättsskyddsprinciper. Med stöd av paragrafen ska myndigheterna bemöta dem som uträttar ärenden hos förvaltningen jämlikt och använda sina befogenheter enbart för syften som är godtagbara enligt lag. Åtgärderna ska vara konsekventa så att de fakta som är föremål för övervägande i likartade fall bedöms på samma grunder. Myndigheternas åtgärder ska också stå i rätt proportion till sitt syfte.

Myndigheternas åtgärder ska vara opartiska och stå i rätt proportion till sitt syfte. Åtgärderna ska skydda förväntningar som är berättigade enligt rättsordningen. Bestämmelsen innebär att principen om tillitsskydd fastställs på lagnivå. Principen innebär framför allt skydd för individen gentemot det allmänna. Tillämpning av principen handlar om under vilka förutsättningar ett enskilt rättssubjekt kan lita på att beslut som fattats med utövande av offentlig makt är bestående och hurudant skydd rättssubjektet har gentemot oförutsedda förändringar i myndigheternas verksamhet.

I 7 § i förvaltningslagen föreskrivs om serviceprincipen och adekvat service. Betoning av kundperspektivet och bättre resultat inom myndigheternas verksamhet har varit centrala tyngdpunktsområden för utvecklingen av förvaltningen. Enligt beredningshandlingarna för förvaltningslagen (RP 72/2002 rd) bör man vid ordnandet av offentlig service fästa särskild uppmärksamhet vid att servicen är tillräcklig och tillgänglig, samt att den som uträttar ärenden hos förvaltningen ska ha valfrihet. Den offentliga sektorn ska se till att den viktiga servicen är tillgänglig i hela landet och att de nödvändiga uppgifterna sköts effektivt. Till exempel sådan verksamhet som ansluter sig till den offentliga hälso- och sjukvården bör i mån av möjlighet ordnas så att tillgången på service kan tryggas också under undantagsförhållanden och så att män-

niskornas regionala jämlikhet tillgodoses. Tillhandahållandet av offentlig service, till exempel sjukvård, är i huvudsak faktisk förvaltningsverksamhet, men det kan också inkludera beslutsfattande.

Statsandelslagstiftningen

Den nya lagen om statsandel för kommunal basservice trädde i kraft vid ingången av 2010. I samband med statsandelsreformen har statsandelarna, som tidigare var sektorsvisa, koncentrerats till finansministeriet. Sammanslagningen av statsandelarna gällde kommunernas allmänna statsandel och utjämning av de statsandelar som baserar sig på skatteinkomster samt statsandelar som beviljas till exempel för förskoleundervisning och grundläggande utbildning, social- och hälsovården, bibliotek, kommunernas allmänna kulturverksamhet samt grundläggande konstundervisning som finansieras per invånare. Dessa uppgiftsbaserade statsandelar kompletteras eller minskas av ett utjämningstillägg eller utjämningsavdrag som beviljas på basis av kommunens skatteinkomster. Dessutom kan en kommun på grund av ekonomiska svårigheter beviljas förhöjd statsandel enligt prövning.

En kommuns statsandel beräknas så att av den kalkylerade statsandelsgrund som beräknats för varje kommun minskas kommunens självfinansieringsandel, som är lika stor per invånare i alla kommuner. I de statsandelar som sammanslås finns en enhetlig fast statsandelsprocent som beskriver kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna. År 2010 är statsandelen för kommunal basservice 34,04 procent.

Som grunder för beräkning av statsandelen för kommunal basservice används grunderna för bestämmande av den allmänna delen, de kalkylerade kostnaderna för social- och hälsovården, de kalkylerade kostnaderna för förskoleundervisning och grundläggande utbildning samt allmänna bibliotek, bestämningsgrunderna för grundläggande konstundervisning och allmän kulturverksamhet, samt grunderna för bestämmande av tilläggsdelar på basis av särskilt gles bosättning samt för skärgårdskommuner och kommuner inom samernas hembygdsområde.

De kalkylerade kostnaderna för social- och hälsovården i kommunen fås genom att de kalkylerade kostnaderna för socialvården i kommunen och de kalkylerade kostnaderna för hälsovården i kommunen beräknas var för sig och adderas, varefter summan multipliceras med kommunens fjärrortskoefficient, om en sådan har fastställts. De kalkylerade kostnaderna för socialvården i kommunen fås genom addition av de produkter som fås när grundpriserna för socialvården, angivna enligt åldersklass, multipliceras med antalet invånare i kommunen i respektive åldersklass. I fråga om 0—6-åringarna i kommunen multipliceras produkten med kommunens dagvårdskoefficient. Till den på så sätt erhållna summan läggs kommunens kalkylerade kostnader som fastställts på grundval av arbetslöshet, funktionsnedsättning och barnskyddet. De kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården i kommunen fås genom att de på åldersklasser baserade kalkylerade kostnaderna adderas till de kalkylerade kostnader som beräknats på grundval av sjukfrekvensen.

Utgångspunkten för en revidering av finansierings- och statsandelssystemet för kommunerna har varit lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007, ramlagen). Enligt 11 § i ramlagen revideras kommunernas finansierings- och statsandelssystem med ett enkelt och genomskådligt system som mål. Målet för lagen om statsandel för kommunal basservice är att stärka helheten av finansieringen av kommunal basservice genom att sammanslå statsandelarna för kommunal basservice till en helhet under finansministeriets förvaltningsområde. Avsikten är också att beredningen av statsbudgeten för statsandelars del ska bli mer sektorsövergripande och stödja basserviceprogrammet och dess mål. Ett mål är också att trygga finansieringen vid ordnandet av basservice i kommuner med särskilt gles bosättning, skärgårdskommuner och kommuner inom samernas hembygdsområde samt minska kommunernas beroende av finansieringsunderstöd enligt prövning. Ett ytterligare mål är att minska överlappande insamling av uppgifter och förbättra kommunernas möjligheter att få information om beloppet av statsandel för följande år i ett så tidigt skede som möjligt.

Hälso- och sjukvård och förande av register

Enligt 3 § 4 punkten i personuppgiftslagen (523/1999) är registeransvarig en eller flera personer, sammanslutningar, inrättningar eller stiftelser för vilkas bruk ett personregister inrättas och vilka har rätt att förfoga över registret eller vilka enligt lag ålagts skyldighet att föra register. Inom hälso- och sjukvården är registeransvarig en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt övar sitt yrke.

Enligt 2 § 4 punkten i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) avses med en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård bl.a. hälsovårdscentral enligt folkhälsolagen (66/1972) och sjukhus och separata verksamhetsenheter för sjukvård samt andra helheter med ansvar för vården som samkommunen för sjukvårdsdistriktet bestämmer enligt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989).

Enligt 12 § i lagen om specialiserad sjukvård ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för ordnandet av specialiserad sjukvård ha sjukhus samt enligt behov separata verksamhetsenheter för sjukvård. Samkommunen fattar beslut om inrättande och indragning av sjukhus och andra verksamhetsenheter. En samkommun kan besluta att en verksamhetsenhet omfattar fler än ett sjukhus eller en separat verksamhetsenhet eller delar av sådana, förutsatt att de tillsammans bildar en helhet som bär ansvaret för vården på det sätt som avses i 32 §.

Enligt lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), som trädde i kraft den 1 juli 2007, skapas i Finland centraliserade riksomfattande informationssystemtjänster för arkivering av journalhandlingar och hantering av överlämnandet av patientuppgifter mellan tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster. Arkiveringstjänsten enligt lagen ordnas som patientarkiv enligt registeransvarig. Överlämnandet av uppgifter mellan registeransvariga ska ske antingen med patientens samtycke eller med stöd av en bestämmelse i lag som ger rätt till överlämnande.

Tillhandahållare av offentliga hälso- och sjukvårdstjänster ska enligt 15 § 1 mom. i lagen ansluta sig som användare av de riksomfattande informationssystemtjänsterna. Tillhandahållare av privata hälso- och sjukvårdstjänster ska ansluta sig som användare av dessa informationssystemtjänster, om långtidsförvaringen av deras journalhandlingar genomförs elektroniskt. I lagen ingår en bestämmelse om en övergångsperiod för inrättande av de riksomfattande informationssystemtjänsterna så att systemet ska vara infört den 1 april 2011.

Offentlig upphandling och samarbete mellan kommuner

De statliga och kommunala myndigheterna samt övriga upphandlande enheter ska konkurransutsätta sin upphandling så som föreskrivs i lagen om offentlig upphandling (348/2007, nedan upphandlingslagen). Genom denna lag har genomförts Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster, nedan upphandlingsdirektivet, och rådets direktiv 89/665/EEG om samordning av lagar och andra författningar för prövning av offentlig upphandling av varor och bygg- och anläggningsarbeten. I lagen har beaktats EG-domstolens rättspraxis om offentlig upphandling.

Syftet med upphandlingslagen är att effektivisera användningen av allmänna medel, främja upphandling av hög kvalitet och garantera jämlika möjligheter för företag och andra sammanslutningar att erbjuda varor, tjänster och byggtreprenader vid anbuds-förfaranden för offentlig upphandling. I upphandlingslagen har de förfaranden som tillämpas vid upphandling och upphandlingar indelats i tre steg enligt upphandlingens värde. Upphandlingslagen tillämpas inte vid upphandling som understiger nationella tröskelvärden. De bestämmelser som tillämpas vid upphandling bestäms enligt huruvida det är fråga om nationell upphandling eller upphandling som understiger EU-tröskelvärdet.

Upphandlingslagen tillämpas inte på tjänsteupphandling hos en annan upphandlande enhet på grundval av en ensamrätt för pro-

duktion av tjänster som denna beviljats genom en lag, förordning eller administrativ bestämmelse i enlighet med fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen. Enligt regeringens proposition om upphandlingslagen (RP 50/2006) ska innehavaren av ensamrätten enligt bestämmelsen vara en upphandlande enhet, dvs. en statlig eller kommunal myndighet, ett statligt affärsverk eller en offentligrättslig inrättning eller sammanslutningar av dessa. Tjänsteproduktion som grundar sig på en ensamrätt som tilldelats någon annan instans berättigar alltså inte till avvikelser från bestämmelserna om konkurrensutsättning i lagen. Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag enligt de förutsättningar som nämns i lagpunkten. I grundlagens 18 § bestäms om näringsfrihet som kan anses begränsas av ensamrätt. Ensamrätt som gäller tjänsteproduktion torde i Finland kunna därmed ges endast genom lag eller med stöd av lag.

Enligt 10 § tillämpas inte upphandlingslagen på upphandling som den upphandlande enheten företar hos enheter som är formellt fristående från den och självständiga med tanke på beslutsfattandet, om den upphandlande enheten ensam eller tillsammans med andra upphandlande enheter övervakar enheten på samma sätt som den övervakar egna verksamhetsställen och om enheten bedriver huvuddelen av sin verksamhet tillsammans med de upphandlande enheter som utövar ett bestämmande inflytande över den. Bestämmelsen grundar sig på EG-domstolens rättspraxis.

EG-domstolen har behandlat frågan som gäller upphandling som en anknuten enhet företar bland annat i sina domar i målen C-107/98 Teckal, C-26/03 Stadt Halle samt C-84/03 kommissionen vs. Spanien.

Innehållet i förhållandet som anknuten enhet har behandlats i EG-domstolens dom i mål C-107/98 så att gemenskapens direktiv om offentlig upphandling är tillämpligt när en regional eller lokal myndighet avser att sluta ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor om leverans av produkter med en i formellt hänseende fristående enhet vilken kan fatta egna beslut oberoende av denna

myndighet. Det saknar därmed betydelse om denna enhet själv är en upphandlande myndighet. Detta är dock inte fallet om myndigheten, samtidigt, utövar en kontroll över den ifrågavarande juridiska personen motsvarande den som den utövar över sin egen förvaltning, och denna juridiska person bedriver huvuddelen av sin verksamhet tillsammans med den eller de myndigheter som innehar den, skulle något annat kunna gälla. Vid bedömningen av förhållandet mellan en upphandlande enhet och en anknuten enhet måste avgörande betydelse ges åt huruvida enheterna är juridiskt fristående och självständiga i fråga om beslutsfattandet. Om upphandlingen görs hos en formellt fristående enhet ska anknytningen bedömas utgående från omfattningen på den upphandlande enhetens kontrollbehörighet eller behörighet att fatta beslut och hur den anknutna enhetens verksamhet är riktad. Huruvida villkoren uppfylls ska bedömas från fall till fall. Vid tolkningen av om villkoren för formellt fristående och självständighet med tanke på beslutsfattandet föreligger kan man t.ex. beakta om kännetecknen för en juridisk person uppfylls. Uppdrag mellan enheter som hör till samma juridiska person betraktas inte som kontrakt mellan två formellt fristående och med tanke på beslutsfattande självständiga juridiska personer, och de omfattas alltså inte av lagens tillämpningsområde. Enligt Teckal-domen ska den verksamhet som den anknutna enheten bedriver i huvudsak vara riktad mot de upphandlande enheter i vars ägo den anknutna enheten är. I rättspraxis har man ansett att företas upphandling utan konkurrensutsättning är möjlig när den anknutna enhetens verksamhet i huvudsak är riktad mot den upphandlande enhet som äger denna.

Högsta förvaltningsdomstolen har tagit upp upphandlingslagens tillämpningsområde och definitionen på ett förhållande som en anknuten enhet. I fallet HFD 30.11.2004 liggare 3048 var det fråga om att konkurrensutsätta ett avtal om sjuktransporttjänster mellan Hangö stad och Västra Nylands räddningsverk. Räddningsverkets verksamhet baserade sig på räddningslagen, lagen om bildande av räddningsområden samt Västra Nylands räddningsverks samarbetsavtal mellan flera olika kommuner. Nämnda författningar eller

samarbetsavtalet förpliktade dock inte kommuner inom räddningsområdet till samarbete uttryckligen när det gäller ordnande av sjuktransporttjänster. I samarbetsavtalet om sjuktransporttjänster avtalades inte separat om att inrätta ett organ eller annat ordnande av förvaltning för sjuktransporttjänster. Förvaltningen för den regionala räddningsverksamheten byggde på Esbo stads interna förvaltning. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg, med hänvisning till Tectal-domen, att trots vissa särdrag i avtalet var räddningsverket i fråga om sjuktransporterna formellt en separat, från Hangö stad åtskild enhet med självständig beslutanderätt, av vilken kommunen mot penningvederlag köpte tjänster. Därmed gällde avtalet sådan upphandling som avses i upphandlingslagen.

I utslaget HFD 30.8.2006 liggare 2207 hade Borgå stad slutit ett avtal om prehospital akutsjukvård med ett lokalt räddningsverk, som hade inrättats med stöd av en samarbetsöverenskommelse mellan kommunerna i nejden, och vars huvudman kommunen var enligt samma överenskommelse. Kommunerna har ingått en överenskommelse om samarbete med Östra Nylands regionala räddningsväsende, med vilket man kommit överens om att inrätta ett område för räddningsväsendet. Enligt samarbetsöverenskommelsen ansvarade Borgå stad för räddningsväsendets förvaltning och dess statsfullmäktige tillsatte under sin mandatperiod en regional räddningsnämnd för regionen, vilken är underställd stadsstyrelsen. HFD ansåg med beaktande av ställningen för Östra Nylands regionala räddningsverk under Borgå stad och dess tillsyn att det dock inte var fråga om upphandling av tjänster mellan två formellt separata enheter som självständigt fattade sina beslut, utan om tjänster som tillhandahölls inom ramen för Borgå kommuns egen organisation.

Upphandlingslagens tillämpningsområde i förhållande till samarbetet mellan de upphandlande enheterna är till viss grad otydlig. Enligt definitionen i upphandlingslagens 5 § avses med upphandlingskontrakt ett skriftligt kontrakt som slutits mellan en upphandlande enhet och en leverantör och som avser utförande av byggentreprenad, upphandling av varor eller utförande av tjänster mot ekono-

misk ersättning. Enheter som är formellt fristående och självständiga med tanke på beslutsfattandet och mellan vilka det inte råder ett förhållande som en anknuten enhet som avses i upphandlingslagens 10 §, kan inte företa ömsesidig upphandling utan konkurrensutsättning. Därmed ska normalt upphandling mellan två separata upphandlande enheter konkurrensutsättas. Eftersom upphandlingslagstiftningen endast gäller upprättande av upphandlingsavtal, omfattas inga andra än upphandlande enheters samarbetsarrangemang med anknytning till upphandlingsavtal av upphandlingsavtalet.

I kommunallagen (365/1995) bestäms om samarbete mellan kommuner och kommunala affärsverk. Enligt 3 § i kommunallagen ska i den kommunala förvaltningen kommunallagen iaktas, om inte något annat bestäms genom lag. Utan hinder av vad någon annan lag stadgar om formerna för samarbete mellan kommuner kan en samkommun som bildats av kommunerna i fråga sköta uppgifter som enligt lag ska skötas av en kommun eller flera kommuner tillsammans. Likaså kan det överenskommas om att dessa uppgifter ska skötas av en annan kommun eller en samkommun som bildats av andra kommuner.

Enligt 76 § i kommunallagen kan kommuner med stöd av avtal sköta sina uppgifter tillsammans. Kommunerna kan komma överens om att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning eller att uppgiften ska skötas av en samkommun. Kommunerna kan också komma överens om att en uppgift som i lag stadgas för kommunen eller dess myndighet och som kan delegeras en tjänsteinnehavare, anförtros en annan kommuns tjänsteinnehavare som sköter den under tjänstemannaansvar. Om en kommuns skyldighet att höra till en samkommun inom något verksamhetsområde eller på ett visst område stadgas särskilt. Enligt lagens 77 § kan kommunerna komma överens om att en del av ledamöterna i det organ i denna kommun som sköter uppgiften ska utses av de andra kommunerna när en kommun med stöd av ett avtal sköter en uppgift för en eller flera andra kommuners räkning. Ledamöter i organet kan vara personer som är valbara till motsvarande organ i de kommuner som saken gäller.

Enligt 87 a § i kommunallagen kan en kommun eller samkommun grunda ett kommunalt affärsverk för affärsverksamhet eller för en uppgift som ska skötas enligt företags-ekonomiska principer.

I ekonomiutskottets betänkande om upphandlingslagen (EkUB 26/2006 rd - RP 50/2006 rd) konstateras att samarbetsavtal ofta avser långfristiga avtal som innebär att en kommun tillhandahåller de avtalade tjänsterna för de övriga avtalsparterna. Samarbetet syftar till att kommunerna tillsammans dels ska utföra en viss uppgift, dels förbättra verksamheten. Vanligen täcker avtalen in uppgifterna inom ett visst förvaltningsområde eller inom ett delområde, till exempel en serviceenhet eller en myndighetsenhet. De faktiska kostnaderna fördelas solidariskt mellan alla avtalsparter utifrån användningsfrekvensen eller enligt andra kriterier utan att parterna eftersträvar ekonomisk nytta eller vinning. Med avseende på upphandlingslagen är det av relevans bland annat om verksamheten ordnas gemensamt och grundar sig på ett offentlighetsrättsligt avtal eller om tjänsterna upphandlas genom privaträttsliga avtal. Myndighetsverksamhet betraktas inte som upphandling och lagen hindrar till exempel inte att kommunerna samarbetar om verksamheter under tjänsteansvar. I 76 § 3 mom. i kommunallagen bestäms att kommunerna kan komma överens om att en uppgift som i lag är stadgad för kommunerna eller deras myndigheter och kan delegeras till en tjänsteinnehavare, anförtros en tjänsteinnehavare i en annan kommun som sköter uppgifter under tjänstemannaansvar. Utöver myndighetsuppgifterna kan kommunerna samverka också på annat sätt utan att det av tradition har betraktats som upphandling. En särskiljande faktor har bland annat varit att avtalen vid samarbete har bedömts ur ett samverkansperspektiv och inte ur ett kommersiellt perspektiv. Samverkansformer som betraktas som samarbete karakteriseras av långfristiga avtal, inbördes fördelning av kostnaderna och solidariskt ansvar mellan de tjänsteutnyttjande kommunerna utan egen vinning.

Enligt ekonomiutskottets betänkande kan däremot varken enstaka upphandlingar eller avtal där priset på tjänsterna anges marknadsmässigt betraktas som samarbete. Vid

upphandling eftersträvar säljaren ekonomisk lönsamhet. Upphandlingskontrakten är vanligen kortare och priset exakt angett på marknadsmässiga villkor. Avtal mellan kommunerna kan också vara kommersiella och betraktas då som upphandlingar.

Vid samarbetsavtal kan verksamheten övervakas av ett gemensamt organ. Ett annat alternativ är att en tjänst planeras och genomförs och kostnaderna följs upp under friare samverkansformer. I 77 § i kommunallagen bestäms att de samarbetande kommunerna kan komma överens om att en del av ledamöterna i det organ i den kommun som sköter uppgiften utses av de andra kommunerna. Det gemensamma organet kan vara en nämnd, en direktion eller en kommitté. Det gemensamma organet är underställt fullmäktige eller styrelsen i en av avtalskommunerna.

Marknadsdomstolen meddelade den 14 januari 2009 dom i målen MD:10/09, MD:11/09, MD:12/09, MD 13/09 och MD:14/09 om ett samarbetsavtal om sjuktransporter som städerna Träskända, Kervo och Hyvinge samt Mäntsälä, Nurmijärvi, Tusby och Borgnäs kommun ingått. Domarna har inte vunnit laga kraft. Om domarna står fast, ändrar de på de riktlinjer för tolkningspraxis som Högsta förvaltningsdomstolen dragit upp.

Mellersta Nylands räddningsverk hade inrättats med stöd av ett samarbetsavtal mellan kommuner för räddningsväsendet i Mellersta Nyland. Även om Mellersta Nylands räddningsverk formellt var Vanda stads affärsverk, hade det inrättats på uppdrag av samtliga avtalskommuner och verkade under kommunernas gemensamma beslutsfattande. Samma kommuner hade upprättat en samarbetsöverenskommelse om ordnande av sjuktransport som ett samarbete mellan kommunerna. Förvaltning och verkställande av samarbetsavtalet om sjuktransporter övervakades i enlighet med avtalsvillkoret av ett gemensamt organ för kommunerna, direktionen för Mellersta Nylands räddningsverk. Marknadsdomstolen ansåg att de kommuner som var avtalsparter i själva verket gemensamt deltog i beslutsfattandet om sjuktransport genom ett gemensamt organ, och Mellersta Nylands räddningsverk fungerade inte själv-

ständigt i förhållande till de kommuner som anslutit sig till avtalet.

Mellersta Nylands räddningsverk verkade inte som tillhandahållare av tjänster inom det ifrågavarande verksamhetsområde som avses i samarbetsavtalet och ordnade inte heller servicen för parterna mot marknadsmässigt vederlag och inte heller bar den ekonomiska risk som är typiskt för affärsverksamhet. Någon ekonomisk vinning eftersträvades inte heller med verksamheten, utan avtalskommunerna svarade genom de avtalade betalningsgrunderna för genomförandet av samarbetet till självkostnadspris. Direktionen för Mellersta Nylands räddningsverk, i vilken kommunerna har sina egna representanter, fastställer årligen kommunernas betalningsandelar på basis av avtalet. De kommuner som är avtalsparter deltar därmed tillsammans i övervakningen av samt beslutsfattandet om betalningsandelarna.

Marknadsdomstolen ansåg att Mellersta Nylands räddningsverk i sin verksamhet enligt samarbetsavtalet som gäller sjuktransport lyder under kommunernas gemensamma bestämmanderätt. Räddningsverkets formella ställning som en del av Vanda stads förvaltning ska inte anses innebära att beslutsfattandet i fråga om de aktuella tjänsterna inte skulle ske på det sätt som de kommuner som är parter i samarbetsavtalet gemensamt godkänt. Marknadsdomstolen ansåg att i det samarbetsavtal som tagits upp har det varit fråga om sjuktransport som kommunerna förvaltningsmässigt gemensamt ordnat och inte om köp av sjuktransporttjänster.

EG-domstolen meddelade den 9 juni 2009 sin dom om samarbete mellan aktörer inom offentlig sektor och upphandlingsskyldighet (C-480/06). Detta ledde till en ändring av tidigare rättspraxis. Fyra Landkreise i Niedersachsen hade slutit ett avtal om renhållningstjänster med Hamburgs stads renhållningstjänst avseende omhändertagande av deras avfall vid den nya avfallsanläggning som var under uppförande.

Domstolen konstaterade att det av domstolens rättspraxis emellertid följer att anbudsinfordran inte är obligatorisk om den offentliga myndigheten, som är en upphandlande myndighet, utövar en kontroll över den fristående enheten i fråga som motsvarar den som den

utövar över sin egen verksamhet och denna enhet utför huvuddelen av sin verksamhet för den eller de regionala eller lokala upphandlande myndigheter som äger enheten. I förevarande fall är det emellertid utrett att de fyra berörda Landkreise inte utövar någon kontroll som kan anses motsvara den kontroll som de utövar över de egna förvaltningarna.

Det ska dock framhållas att det genom det omtvistade avtalet inrättats ett samarbete mellan lokala myndigheter som syftar till att säkerställa att ett allmännyttigt uppdrag som är gemensamt för dessa lokala myndigheter, det vill säga återvinning av avfall, fullgörs. Avtalet ska anses utgöra det avslutande ledet i ett mellankommunalt samarbete mellan avtalsparterna och att det i avtalet i fråga uppstälts krav som är ägnade att säkerställa att uppdraget att bortskaffa avfall fullgörs. Domstolen har emellertid erinrat om att en offentlig myndighet har möjlighet att med egna medel utföra de uppgifter av allmänintresse som åligger den, utan att behöva vända sig till enheter utanför sin organisation, och att denna möjlighet även kan utövas i samarbete med andra offentliga myndigheter.

Kommissionen har under förhandlingen preciserat att om det ifrågavarande samarbetet hade tagit sig uttryck i bildandet av ett organ som lyder under offentlig rätt, som av de olika berörda myndigheterna hade getts i uppgift att fullgöra det allmännyttiga uppdraget att bortskaffa avfall, skulle ett sådant samarbete ha inneburit att de berörda Landkreises användning av anläggningen inte omfattades av bestämmelserna om offentlig upphandling. Kommissionen anser emellertid att det tjänsteavtal som ingåtts mellan Hamburgs stads renhållningstjänst och de berörda Landkreise, i avsaknad av en sådan kooperativ mellankommunal sammanslutning, borde ha varit föremål för en anbudsinfordran.

Å ena sidan ska man beakta att det i gemenskapsbestämmelserna inte föreskrivs någon skyldighet för offentliga myndigheter att använda sig av en särskild rättslig form för att gemensamt kunna säkerställa att en allmännyttig uppgift fullgörs. Å andra sidan innebär ett sådant samarbete mellan offentliga myndigheter inte att det huvudsakliga syftet med gemenskapsbestämmelserna på området för offentlig upphandling, nämligen fri rör-

lighet för tjänster och icke-snedvriden konkurrens i samtliga medlemsstater ifrågasätts, om genomförandet av samarbetet uteslutande styrs av överväganden och krav som är ägnade att uppnå mål av allmänintresse och om principen om likabehandling av intresserade personer som föreskrivs i direktiv 92/50 säkerställs, så att inget privat företag ges någon fördel i förhållande till sina konkurrenter. Det framgår inte av någon av de handlingar som ingetts till domstolen att myndigheterna i fråga, i förevarande mål, skulle ha gjort ett konstlat upplägg i syfte att kringgå bestämmelserna om offentlig upphandling.

Genom ovan nämnda dom ändrade EG-domstolen tidigare rättspraxis så att avtalet kunde tolkas som ett samarbete mellan myndigheter även om parterna inte inrättade en gemensam administrativ konstruktion för att bedriva samarbetet. Med stöd av domen torde man kunna anse att samarbete, där samtliga aktörer som deltar i samarbetet är offentliga enheter och avsikten med samarbetet är att tillsammans säkerställa handhavandet av de offentliga uppgifterna, kan anses vara samarbete mellan offentliga aktörer. Samtliga samarbetspartner behöver inte delta på samma sätt i uppgiften, utan samarbetet kan basera sig på en fördelning av uppgifterna. Detta förutsätter dock att det inte är enbart fråga om ett avtal om köp av tjänst. Ersättning för kostnader i samband med tillhandahållandet av en tjänst kan endast betalas på ett på förhand avtalat sätt mellan samarbetspartner, och verksamheten kan inte basera sig på strävan efter ekonomisk vinning.

Specialomsorger om utvecklingsstörda

Specialomsorger om utvecklingsstörda hör till socialvårdstjänster, men har nära beröringspunkter med hälso- och sjukvården i fråga om både tjänsternas innehåll och organisationer som ansvarar för ordnandet av dessa. Tjänster enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977, nedan lagen om utvecklingsstörda) är bland annat undersökning, hälsovård, rehabilitering, funktionell träning, ordnande av hjälpmedel

och hjälpmaterial för personligt bruk samt individuell vård och annan omvårdnad.

För ordnandet av specialomsorger om utvecklingsstörda är landet indelat i 16 specialomsorgsdistrikt. Specialomsorgsdistriktets kommuner är medlemmar i samkommunen för specialomsorgsdistriktet, som ska ordna de specialomsorger som enligt bestämmelserna ankommer på kommunerna. Kommunerna kan även själva ordna specialomsorger.

Cirka 27 000 personer använder tjänster inom specialomsorgerna för utvecklingsstörda. De erbjuds i första hand allmänna hälso- och sjukvårdstjänster som kommuner och sjukvårdsdistrikt ordnar. Dessutom har specialomsorgsdistrikt hälso- och sjukvårdspersonal och rehabiliteringsverksamhet särskilt i frågor med anknytning till utvecklingsstörda.

Ett specialomsorgsprogram ska godkännas för varje person som är i behov av specialomsorger. Programmet är ett överklagbart förvaltningsbeslut. Enligt ramlagen ska kommunen höra till en samkommun som ordnar specialomsorger och specialiserad sjukvård. Numera har fyra specialomsorgsdistrikt en redan gemensam förvaltning med sjukvårdsdistriktet. Övriga samkommuner för specialomsorger har utrett en sammanslagning med sjukvårdsdistriktet eller en fortsättning som en frivillig samkommun för kommunerna.

Barnskyddslagen

Den nya barnskyddslagen förutsätter en vidsträckt och systematisk verksamhet som förebygger barns och familjers problem vid sidan av barnskyddet inom kommunens övriga verksamhetsområden, till exempel hälso- och sjukvården. Syftet med förebyggande arbete som överskrider kommunens förvaltningsområden är att observera i ett tidigare skede barnens och familjernas problem och med ett tidigare stöd förebygga behovet av individuellt barnskydd.

Förebyggande barnskyddsarbete bedrivs förutom inom barnskyddet även inom ramen för kommunens andra tjänster, till exempel rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård, övrig hälso- och sjukvård, dagvård, undervisning och ungdomsarbete.

Kommunen förväntas antingen ensam eller i samarbete med flera kommuner göra upp en plan för att ordna och utveckla barnskyddet. Planen ska överskrida förvaltningsnämndernas gränser och omfattande täcka tjänster med anknytning till välfärd för barn och unga och deras familjer. Av planen ska framgå hur den genomförs och uppföljs. Planen godkänns av kommunfullmäktige. Den ska ses över minst vart fjärde år. Planen ska beaktas i kommunens årliga ekonomi- och budgetplan.

Enligt barnskyddslagen ska en socialarbetare ha tillgång till olika yrkesgruppers sakkunskap (14 §) och särskilt vid beredning av omhändertaganden även juridisk expertis (41 §). Lagen förpliktar kommunen att ensam eller tillsammans med andra kommuner tillsätta en multiprofessionell expertgrupp till stöd för barnskyddsarbetet (14 § 2 mom.). I expertgruppen ska ingå bland annat representanter för social- och hälsovården, experter i fråga om barns uppväxt och utveckling och andra experter inom barnskyddet. Expertgruppens uppgift är bland annat att biträda i beredningen av ärenden som gäller omhändertagande av barn samt vård utom hemmet och vid genomförandet av barnskyddet i övrigt.

Beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna

I barnskyddslagen föreskrivs om skyldigheten att beakta barnet i service som riktar sig till vuxna. När en vuxen person ges social- och hälsovårdstjänster, i synnerhet missbrukarvårds- eller mentalvårdstjänster, och när hans eller hennes förmåga att under denna tid fullt ut svara för barnets vård och fostran anses försvagad, eller den vuxna avtjänar ett fängelsestraff, ska behovet av vård och stöd hos barnet för vars vård och fostran han eller hon svarar utredas och barnet ska garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd.

Social- och hälsovårdsmyndigheterna ska vid behov ordna tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor och deras ofödda barn ska ges särskilt skydd.

Enligt 15 § i barnskyddslagen ska hälsocentralen och sjukvårdsdistriktet ge experthjälp inom det barn- och familjeinriktade

barnskyddet och vid behov ordna undersökning av barn samt vård- och terapitjänster för barn. Tjänster som barn behöver i anslutning till utredande av misstankar om sexuellt utnyttjande eller misshandel ska ordnas i brådskande ordning.

Socialarbetaren ska enligt barnskyddslagen (27 §) göra en utredning om barnets behov av barnskydd. I utredningen bedöms barnets uppväxtförhållanden, vilka möjligheter vårdnadshavarna eller andra personer som svarar för barnets vård och fostran har att sörja för barnets vård och fostran, samt behovet av barnskyddsåtgärder. Förvaltningsdomstolen kan ge tillstånd till att ett barn undersöks av en läkare eller någon annan expert, om undersökningen är nödvändig för att utreda behovet av barnskydd men vårdnadshavaren förbjuder undersökningen (28 §).

Utredningen ska göras utan obefogat dröjsmål. Den ska färdigställas senast inom tre månader från det att barnskyddsärendet anhängiggjordes. Sålunda ska också eventuella undersökningar som utförs av en läkare eller annan expert kunna ske inom tre månaders tid.

För ett barn som är klient inom barnskyddet ska göras upp en klientplan (30 §), om inte klientrelationen upphör efter att utredningen om behovet av barnskydd gjorts eller om det inte är fråga om tillfällig rådgivning och vägledning. I klientplanen antecknas de omständigheter som man avser att påverka, barnets och familjens behov av stöd, tjänster och övriga stödåtgärder genom vilka behovet av stöd ska tillgodoses samt den tid inom vilken man uppskattar att målen kan uppnås.

I klientplanen för ett omhändertaget barn ska dessutom antecknas målet och syftet med vården utom hemmet, ordnandet av särskilt stöd och särskild hjälp för barnet, dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som svarar för barnets vård och fostran. För föräldrarna till ett omhändertaget barn ska göras upp en separat klientplan som stöd i föräldraskapet, om detta inte ska anses vara onödigt. Planen ska vid behov göras upp i samråd med den övriga social- och hälsovården såsom missbrukarvården och mentalvårdsarbetet.

I barnskyddslagen föreskrivs dessutom om undersökning av barnets hälsotillstånd i sam-

band med en placering i vård utom hemmet (51 §), läkarundersökning före isolering (70 §) och i samband med ordnande av särskild omsorg (72–73 §).

I samband med stiftandet av barnskyddslagen fogades till 14 b § i folkhälsolagen och 30 a § i lagen om specialiserad sjukvård bestämmelser om kommunens skyldighet att på bekostnad av placeringskommunen ordna tjänster för ett barn eller en ung person som är placerad med stöd av barnskyddslagen som en stödåtgärd inom öppenvården eller i vård utom hemmet eller i eftervård.

Rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor

Enligt socialvårdslagen (710/1982) ska kommunen sörja för att rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor (nedan också familjerådgivning) ordnas som en del av socialservicen. Med rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor avses tillhandahållande av sakkunnighjälp i uppfostrings- och familjeangelägenheter samt social, psykologisk och medicinsk forskning och vård som främjar barnets positiva utveckling. Enligt socialvårdsförordningen (607/1983) ska rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor stöda och främja barnens och de ungas positiva utveckling genom att anordna handledning, rådgivning och annan sakkunnighjälp i frågor som rör mänskliga relationer, familjeliv och barnuppfostran samt forskning i problem som gäller barnuppfostran och familjeliv samt vård i sådana fall.

Rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor har anknytningar till barnskyddslagen och mentalvårdslagen. Flera familjerådgivningsbyråer erbjuder också tjänster som hänför sig till familje- och individriktad barnskydd och psykiatri. Det finns också beröringspunkter mellan familjerådgivningen och mentalvårdsarbetet. Till exempel individriktad terapi och familjeterapi kan ges i båda enheter. Familjerådgivningen är dock avsedd för alla familjer som i uppfostrings- eller familjekriser behöver stöd, i synnerhet barnfamiljer, oberoende av om medlemmarna i familjen har psykiska problem eller inte.

2.2 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen utomlands och i EU

2.2.1 Sverige

I Sverige är ansvaret för att ordna hälso- och sjukvården fördelat mellan stat, landsting och kommuner. Den offentliga hälsovården är i huvudsak finansierad med skattemedel och dessutom tas det ut klientavgifter. Staten ansvarar för den allmänna hälso- och sjukvårdspolitiken, den allmänna styrningen av hälso- och sjukvården och för lagberedningen. Kommunsystemet i Sverige består av landsting och kommuner, bägge med beskattningsrätt. Landstingens och kommunernas ansvar för att ordna hälso- och sjukvården är fastställt i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Lagen ålägger dem att ordna hälso- och sjukvård av god kvalitet, men landstingen och kommunerna kan självständigt besluta om nivån på servicen och hur den ska ordnas.

De 21 svenska landstingen står för ett stort geografiskt område och för mycket resurskrävande uppgifter. Landstingen ansvarar för sjukhusen och för merparten av primärvården. De ska organisera vården så att alla får tillgång till god vård. Serviceproduktionen kan också skötas som köptjänster. Landet är uppdelat på sex hälso- och sjukvårdsdistrikt för att det ska vara lättare att samarbeta kring specialsjukvården som kräver hög specialisering.

Hälsofrämjande

Målet för hälso- och sjukvården enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med hälso- och sjukvård avses medicinsk omvårdnad för att förebygga, undersöka och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa och i det syftet, när det är lämpligt, ge dem som vänder sig till vården upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Varje landsting ska tillhandahålla en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Det är upp till landstingen att besluta på vilket sätt

den hälsofrämjande servicen ordnas. I praktiken tillhandahålls den förebyggande servicen oftast i hälsovårdscentralerna.

Enligt förordningen om Statens folkhälsoinstitut har det svenska institutet till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Särskild vikt ska institutet fästa vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. I den svenska skollagen finns det rätt noggranna föreskrifter om skolhälsovården, dess uppgifter och innehåll.

Primärvården

Landstingen ansvarar för primärvården. Primärvården tillhandahålls i Sverige i de över 1000 hälsovårdscentralerna och den omfattar medicinsk vård, förebyggande vård och rehabilitering som öppenvård. Landstingen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Läkare inom primärvården ska enligt lag ha specialistkompetens i allmänmedicin, men eftersom det finns så få specialister i allmänmedicin motsvarar detta inte det faktiska läget. Flera yrkesgrupper är företrädade i primärvården, bland annat läkare, sjukskötare, barnskötare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer.

Landstingen ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och för sjuktransporterna. De kan antingen sköta tjänsterna själva eller avtala om dem med räddningstjänsten i kommunen eller med privata företagare. Särskilt i de större städerna är det privata företagare som har hand om verksamheten. Landstinget beslutar om servicenivån inom sitt område och fastställer vid behov mål för hur snabbt patienterna ska nås. De flesta landsting har ingått avtal om den prehospitala akutsjukvården med den kommunala räddningstjänsten.

Specialsjukvården

Landstinget ansvarar för specialsjukvården. Specialsjukvård tillhandahålls vid länssjukhusen och regionsjukhusen. Det finns åtta regionsjukhus och 70 länssjukhus i Sverige. Länssjukhusen tillhandahåller specialiserad vård både som öppen och som slutenvård,

medan regionsjukhusen sköter sällsyntare och svårare sjukdomar och skador. Regionsjukhusen är ofta universitetssjukhus med både forskning och undervisning. Om en landstingskommun inte har ett eget regionsjukhus, kan den sluta avtal med en annan landstingskommun om vården till sina invånare. Under Socialstyrelsen har det inrättats en nämnd för samordning av krävande vård till enheter med hela landet som upptagningsområde.

Mentalvården

I Sverige har det utarbetats en nationell strategi för vården av psykiska störningar "Ambition och Ansvar: Nationell strategi av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder", Socialstyrelsen 2007. Strategin beskriver ett splittat vårdssystem, ojämna behandlingsmetoder, ojämn tillgång till tjänster och förslag till förbättring.

Socialvården

I Sverige ansvarar de ca 290 kommunerna för socialvården och dess finansiering. Kommunerna har i uppgift att ordna vården för äldre och för personer med funktionshinder, vård och stöd patienter behöver som skrivs ut från sjukhus, hemtjänst, boende och annan service inom mentalvårdsrehabiliteringen samt barnomsorg. Kommunerna upprätthåller också offentliga vårdhem.

Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvården för äldre och personer med funktionshinder i särskilt boende. Ungefär hälften av kommunerna i Sverige har slutit avtal med landstinget om att kommunen även ska ansvara för vården av hemmaboende äldre och personer med funktionshinder. Landstingskommunen ansvarar dock alltid för läkarvården.

Rehabiliteringen

Landstinget och hälsovårdssystemet ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Socialförvaltningen i kommunerna sköter den sociala rehabiliteringen, medan primärrehabiliteringen på arbetsplatserna är på arbetsgi-

varnas ansvar. Arbetskraftsförvaltningen ansvarar för arbetsmarknadsrehabilitering i vidare omfattning.

Munhälsovården

Landstinget ansvarar för befolkningens offentliga munhälsovård som det finns närmare föreskrifter om i tandvårdslagen (1985:125).

Tandvård produceras både inom den offentliga sektorn (folktandvård) och av privata serviceproducenter. Den offentliga sektorn sköter största delen av tandvården för barn och unga, medan den privata sektorn svarar för merparten av tandvården för vuxna.

Munhälsovården för barn och personer under 20 år är avgiftsfri. Sjukförsäkringen bidrar till kostnaderna för vuxnas munhälsovård. Ersättningen gäller både den offentliga sektorns tjänster och tjänster av privata serviceproducenter som godkänts av Försäkringskassan. Personer över 65 år har rätt till en specialersättning för dyra utgifter avseende vissa åtgärder.

Sverige genomförde en tandvårdsreform för den vuxna befolkningen från början av juli 2008. Reformen innehåller två bidragsformer för tandvården. Den ena är ett tandvårdsbidrag riktat till alla vuxna som betalas ut vartannat år på samma sätt som service-sedlar. Detta bidrag till alla är värt 300 kronor, och beloppet är det dubbla för 20–29-åringar och för personer som fyllt 75 år. Det andra bidraget är ett högkostnadsskydd som inom tandvården är uppdelat så att patienten själv betalar kostnader upp till 3000 kronor och om de överstiger 3000 kronor, men är under 15 000 kronor, betalar patienten 50 procent. När kostnaderna går över 15 000 kronor betalar patienten 15 procent. Reformen fördubblade statens kostnader för tandvården från tre miljarder kronor till 6 miljarder kronor.

Företagshälsovård

Sverige har ingen lag som förpliktar till företagshälsovård. Företagshälsovården hänför sig så gott som enbart till uppgifter som rör arbetsmiljö, ergonomi, förebyggande verksamhet och rådgivning. Bedömning av arbetsförmågan och sjukskrivning åligger

främst läkarna på hälsovårdscentralerna. Hösten 2007 publicerades en rapport över företagshälsovården (Ny företagshälsovård – ny kunskapsförsörjning SOU 2007:91), där det finns många hänvisningar till företagshälsovården i Finland. Enligt rapporten borde staten, landstingen och arbetsgivarna ansvara för företagshälsovården, vars viktigaste uppgift ska vara förebyggande av hälsoolägenheter och belastning. Svenska regeringen har för åren 2008–2010 reserverat 380 miljoner euro bland annat för att utveckla företagshälsovården.

Klientavgifter

Hälsovårdsavgifterna är lika för alla, oberoende av inkomster och överlag rätt låga. Klientavgifternas andel av hälsovårdens kostnader är ca 15 procent. Landstinget har rätt att inom lagens ramar besluta om avgifterna och därför varierar de något i regionerna. I hela landet är maxbeloppet inom den öppna hälsovården ca 97 euro om året, maxbeloppet för receptmediciner ca 193 euro och de högsta kostnaderna för sjukhusvård ca 8,6 euro per vård dag. Sverige har också flera regionala maxbelopp.

Privata tjänster

Utöver de offentliga hälsovårdscentralerna, hälsostationerna och sjukhusen finns det också olika slag av privata organisationer som tillhandahåller service. De flesta privata serviceproducenter producerar tjänster för den offentliga sektorn utifrån avtal. I regel kan läkare inte samtidigt vara anställda inom den offentliga sektorn och privat. Andelen företagare som producerar tjänster för den privata sektorn är rätt liten och den privata serviceproduktionen är mest koncentrerad till de större städerna.

År 2005 uppgick landstingens upphandling inom hälso- och sjukvården från privata bolag och allmännyttiga föreningar eller stiftelser till 14,7 (1,58 €) miljarder kronor, vilket motsvarade nästan tio procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård, tandvården undantagen. Användningen av köptjänster varierar stort mellan olika landstingskommuner. En del landstingskommuner

har överfört stora delar av primärvårdens uppgifter på privata aktörer, i många fall hela offentliga hälsovårdscentraler.

Begränsningarna som tidigare gällde privat sjukhusverksamhet har avvecklats sedan juli 2007. Landstingskommuner får nu överföra sjukhusverksamheten på företag och vården får finansieras också på annat sätt än via offentlig finansiering eller klientavgifter.

Inom kommunernas äldreomsorg har marknadsbaserade verksamhetsmodeller, såsom olika beställar-utförare-modeller, ökat betydligt sedan 1990-talet. Kommunerna svarar också framöver för tjänsternas tillgänglighet och kvantitet, men ansvaret för själva produktionen har genom avtal förts över på privata organisationer.

Patientens valfrihet

Inom primärvården har patienten rätt att välja läkare också utanför sin egen landstingskommun. Valfriheten gör det lättare för vårdsökande, särskilt för personer som tillfälligt bor inom en annan landstingskommun. Valfriheten utvidgades år 2003 och sedan dess har patienter kunnat söka vård på samma villkor i hela landet som i sin egen landstingskommun. Om den egna landstingskommunen har beslutat ge patienten en viss vård, får patienten själv välja sjukhus. I det fallet svarar patienten för tilläggskostnader som vården i en annan landstingskommun orsakar, exempelvis för resekostnaderna. Valfriheten gäller inte vården på universitetssjukhus.

År 2008 publicerade regeringen i Sverige en utredning om patientens rättigheter och frihet att välja (Vårdval i Sverige, SOU 2008:37). Efter utredningen företogs det ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 5 §) och det stiftades en ny lag om patientens valfrihet (Lagen om valfrihetssystem, 2008:962, prop. 2008/09:74, Vårdval i primärvården). Det var meningen att rätten att välja skulle vara möjlig i hela landet från ingången av 2010. Reformen har det oaktat inte kunnat genomföras enligt tidtabell i hela landet. Efter ändringarna i lagstiftningen ansvarar landstinget alltså för primärvården.

Alla som är bosatta inom landstinget får välja en egen fast läkarkontakt. Landstingen ska organisera systemet så att alla tjänsteproducenter behandlas lika. Ändringarna som vidtogs sågs som ett alternativ till konkurrensut-sättning. Det huvudsakliga syftet med reformerna var att öka patientens valfrihet och möjligheter till inflytande och att underlätta för olika producenter att verka inom den offentligt finansierade primärvården. Ytterligare skulle tjänsternas tillgänglighet och kvalitet förbättras och EU-lagstiftningen beaktas. Patienten får välja sin fasta läkarkontakt från en privat eller en offentlig producent och ersättningen från landstinget följer med patienten. Ersättningsgrunderna varierar mellan landstingen. Principen är att patienten ska göra ett aktivt val av utförare genom att registrera sig på en lista. Gör man inte det, anvisas man en utförare (icke-valsalternativ).

Det åligger landstingen att informera befolkningen om valalternativen.

Vårdens tillgänglighet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska varje patient som vänder sig till vården snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. En patient ska ges möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Rätten är begränsad till patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Patienten ska ges den vård den förnyade bedömningen kan föranleda.

Patienten får söka vård antingen hos en hälsovårdscentral eller hos öppenvårdsenheten vid ett sjukhus. I första hand styrs patienterna till hälsovårdscentralerna genom lägre klientavgifter än i sjukhusens öppenvårdsenheter. Specialsjukvården inom den offentliga sektorn är tillgänglig endast med remiss från öppenvårdsenheten på sjukhus. Landstingen kan inom sitt respektive område besluta om praxis för remittering till specialsjukvården och till specialistläkare.

År 2005 trädde en vårdgaranti i kraft som utgår från ett avtal mellan staten och kom-

munförbundet i Sverige (Sveriges Kommuner och Landsting). Vårdgarantin säger att en patient ska få kontakt med primärvården per telefon eller på plats samma dag, tid till allmänläkare inom sju dagar, tid till specialsjukvård inom 90 dagar från remiss och inom specialsjukvården ska behandlingen inledas inom 90 dagar från vårdbeslutet. Om landstinget inte kan tillhandahålla vård inom utsatt tid, ska det anvisa patienten en vårdplats någon annanstans, utan extra kostnader för patienten. Alla landsting har inte kunnat fullgöra vårdgarantin och det förekommer stora skillnader mellan vårdtillgängligheten i olika landstingskommuner. Svenska regeringen har därför reserverat en miljard kronor att användas till en bättre fungerande vårdgaranti under år 2010.

Reformer

År 2003 tillsattes det en parlamentarisk kommitté i Sverige (Ansvarskommittén) för att utreda statens, landstingens och kommunernas möjligheter att framöver klara av välfärdstjänsterna. Om nödvändigt, skulle kommittén komma med förslag till ändringar i förvaltningsstrukturen och uppgiftsfördelningen. I februari 2007 överlämnade kommittén sitt slutbetänkande till regeringen (SOU 2007:10). Kommittén föreslog att det skulle inrättas 6–9 regionkommuner som skulle ersätta de nuvarande landstingen. Samtidigt skulle en ny statlig organisation inrättas: 6–9 län, vilkas områden skulle vara desamma som regionkommunernas. I december 2009 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, med syftet att stärka patientens ställning. Regeringen föreslår att den nationella vårdgarantin regleras i lag och att patientens rätt att få en förnyad medicinsk bedömning utökas till att gälla alla patienter. Det föreslås också att skyldigheten att ge patienter individuellt anpassad information om valmöjligheterna och om vårdgarantin ska bli mera specifik. Om propositionen godkänns, är det meningen att ändringarna ska träda i kraft från början av juli 2010.

Finansiering

I Sverige uppgick hälsovårdens totalutgifter år 2007 till 9,1 procent i förhållande till BNP. Hälsovårdsutgifterna per invånare uppgick köpkraftskorrigerade till 3323 USD (PPP). Den offentliga finansieringens andel av hälsovårdskostnaderna uppgick till 81,7 procent och hushållens andel till 15,9 procent. År 2005 hänförde sig 16 procent av kostnaderna för hälsovården till primärvården, 52 procent till somatisk specialsjukvård, 9 procent till psykiatrisk specialsjukvård, 3 procent till munhälsovård, 11 procent till kostnader för medicin och 9 procent till övrig hälso- och sjukvård.

2.2.2 Danmark

Vid ingången av 2007 genomfördes en strukturreform av den danska offentliga sektorn. Genom reformen ändrades kommun- och distriktsindelningen, men också förhållandet mellan kommun och stat, beskattningssystemet, styrningen av serviceproduktionen samt strukturer och rutiner i statens lokala och regionala förvaltning. Reformen utgick från en politisk överenskommelse. Det stiftades ingen separat reformlag, utan reformerna genomfördes genom ändringar i speciallagstiftningen i linje med den politiska överenskommelsen. Sammanlagt krävdes det 50 ändringar i lag.

Staten ansvarar för samordningen av de mest specialiserade tjänsterna, för att sammanföra specialområden och för att se till att servicen är av jämn och god kvalitet. Staten ska sköta hälsovårdens specialplanering, specialtjänster bland annat för personer med funktionshinder och utbildningen på andra stadiet, ska upprätthålla yrkeshögskolor, utarbeta skattevärderingar samt sköta planerings-, miljö- och naturskyddsutgifter av samhällelig betydelse.

Genom strukturreformen inrättades fem regioner i stället för de tidigare 15 amten. Till regionernas huvudsakliga uppgifter hör hälsovården, regionutvecklingen och institutioner inom socialvården. Efter reformen finns det 98 kommuner i Danmark mot tidigare 271. De fick nu nya uppgifter och nya ansvarsområden. Kommunerna ansvarar bland

annat för socialtjänsterna, äldreomsorgen, folkhälsoarbetet inklusive hälsofrämjande, förebyggande insatser och skydd av hälsa. Reformen följde principen att finansieringen följer med uppgifterna. Kommunerna och staten har beskattningsrätt, men inte regionerna. Regionernas hälsovårdsutgifter täcks genom statliga anslag och en statlig aktivitetsfond, vartill också kommunerna bidrar till finansieringen. Tjugo procent av hälsovården finansieras av kommunerna.

Den nya hälsovårdslagen i Danmark (Sundhedsloven, lov nr. 546, 24.6.2005) trädde i kraft vid ingången av 2007. I lagen föreskrivs bland annat om organiseringen av hälso- och sjukvårdstjänsterna, om patientens rättigheter och om tidsfrister för vårdens tillgänglighet.

Hälsofrämjande

Enligt hälsovårdslagen ligger huvudansvaret för främjande av hälsa och för förebyggande hälsovård hos kommunerna. Lagen har också specialbestämmelser om förebyggande hälsovård riktad till barn och unga. Kommunerna ordnar allmänna hälsofrämjande och förebyggande tjänster, individuellt anpassade tjänster för alla barn samt specialtjänster för barn med särskilda behov. För barn i skolåldern ordnar kommunerna hälsorådgivning, stöd och hälsogranskningar. Den förebyggande vården och hälsofrämjandet ska ske i närsamhället, i daghem, skolor och institutioner för äldre. Även om den förebyggande verksamheten i Danmark redan länge har sorterat under kommunerna, överfördes hälsofrämjandet först från början av 2007 från amten till kommunerna.

Hälsostyrelsen (Sundhedsstyrelsen), tillsammans med Centret för hälsofrämjande som hör dit, administrerar all förebyggande verksamhet och allt hälsofrämjande i landet. Till en del finansieras den förebyggande verksamheten på lokalplanet nationellt, bland annat genom bidrag till olika projekt och experiment.

Regionerna ska för varje valperiod tillsammans med kommunerna bereda regionala hälsoplaner med en översikt över hälsotillståndet i befolkningen samt en plan över hur

servicen ska ordnas, däribland hälsofrämjandet. Planerna omfattar såväl regionernas och familjeläkarnas som kommunernas verksamhet och ska godkännas av Sundhetstyrelsen.

Primärvården

Kommunerna ansvarar för all rehabilitering utanför sjukhusen, missbrukarvården, hemsjukvården, äldreomsorgen, handikapptjänster, tjänster för förebyggande av missbruk samt tandvård.

Regionerna ansvarar för allmänläkar- och specialistläkartjänster som hör till sjukförsäkringssystemet. Allmänläkarna inom primärvården är självständiga yrkesutövare som sluter avtal med regionen. I det danska familjeläkarsystemet får patienten välja allmänläkare och registrera sig som patient hos önskad läkare. Det allmänna reglerar antalet läkare. Allmänläkaren fungerar som portvakt och remitterar vid behov patienten till specialsjukvården eller till en specialist.

Specialsjukvården

I Danmark ansvarar regionerna för sjukhusväsendet, specialsjukvården och den kliniska psykiatrin. Med inrättandet av regionerna ville man nå en bättre kvalitet genom att föra vården på olika håll närmare varandra, utnyttja fördelarna med specialisering och genom att säkerställa en så effektiv resursanvändning som möjligt. Regionerna fungerar som beställarorganisationer och för de allmänna sjukhusens del samtidigt som utförare. Regionerna ingår därtill avtal med privata sjukhus och med sjukhus utomlands om produktion av tjänster.

Regionerna ansvarar också för den prehospitala akutsjukvården och för sjuktransporterna, som kan utföras av privata eller offentliga tjänsteproducenter.

Regionerna och kommunerna ska i särskilda samarbetsdelegationer se till att vården, rehabiliteringen och den förebyggande verksamheten är sammankopplade. De ska komma överens om rutinerna vid hemskrivning av svaga äldre patienter från sjukhus och utarbeta avtal om förebyggande verksamhet och om rehabiliteringstjänster.

Mentalvården

Finansieringen och organisationen av servicesystemet inom psykiatrin förnyades i samband med hälsovårdsreformen som trädde i kraft vid ingången av 2007. Utvecklingen av den psykiatriska öppenvården startades utifrån regionspsykiatrimodellen och ansvaret för den psykiatriska vården överfördes till de fem regionerna. Finansieringen kommer till 80 procent från staten, till 10 procent från kommunerna och till 10 procent från vårdavgifter. Hälsostyrelsen spelar en central roll i den centraliserade styrningen av psykiatrin, bland annat när det gäller vilka tjänster som kan godkännas på olika centraliseringsnivåer. På det sättet har man kunnat utveckla mycket specialiserade enheter. För en bättre kvalitetssäkring förs det ett nationellt register.

Socialvården

Sedan början av 2007 ansvarar kommunerna för finansiering, upprätthållande och myndighetsåtgärder av socialvårdens alla öppna tjänster, i syftet att trygga en klar ansvarsfördelning och att sköta det sociala ansvaret nära invånarna. Principen är att kommunerna själva beslutar om de sociala tjänster de tillhandahåller för invånarna.

Regionerna ansvarar för den slutna vården inom socialvården, om det inte särskilt har avtalats om att ansvaret överförs på kommunen. Kommunerna kan avtala om att ta hand om uppgifter som regionen ska ordna. Socialvårdens institutioner för barn och unga som lider av sociala problem är dock i princip på etableringskommunens ansvar.

Kommunernas möjligheter att inrätta servicecenter främjas för att åstadkomma ett enda ställe för kommuninvånarna att vända sig till, oavsett vilken myndighet som i slutändan har ansvaret i det enskilda fallet.

Munhälsovården

Kommunerna ansvarar för den allmänna tandvården. Tjänsterna utförs antingen som egna tjänster inom den offentliga sektorn eller som privata tandläkartjänster genom avtal

med kommunen. Barn, unga och vissa specialgrupper har rätt till avgiftsfri kommunal tandvård, medan sjukförsäkringen täcker en del av tandvården för vuxna. Patienten betalar själv ca 40–60 procent av kostnaderna.

Klientavgifter

Sjukförsäkringssystemet omfattar alla invånare. Invånaren kan välja mellan två olika sjukförsäkringsgrupper. I grupp 1 är all hälsovård avgiftsfri och utförs av det allmänna. Patienterna ska registrera sig hos önskad allmänläkare. Läkaren beslutar om nödvändig behandling och remitterar vid behov patienten vidare till en specialistmottagning eller till sjukhus. Allmänläkarens tjänster och specialsjukvård med remiss från allmänläkaren är avgiftsfria för patienten. Merparten av invånarna (97,6 procent år 2001) väljer grupp 1.

Invånare som väljer grupp 2 behöver inte registrera till någon allmänläkare och kan vända sig direkt till specialistläkare utan remiss från allmänläkare. Patienten betalar själv den andel av vården som överskrider taxan för försäkringsgrupp 1.

Vårdens tillgänglighet och friheten att välja

Patienten får själv välja allmänläkare. Efter att ha fått remiss till ett sjukhus får patienten välja ett allmänt sjukhus också utanför sin egen region.

Om regionen där patienten bor inte kan ordna sjukhusvård inom en månad från det remissen har nått regionens sjukhus, kan patienten få vård på ett privat sjukhus eller på ett sjukhus utomlands som har ingått ett vårdavtal med regionen. Regionerna ska senast inom åtta arbetsdagar från det att remissen inkommit till sjukhuset meddela patienten när undersökningen eller behandlingen ska ske, kan regionen ge vård inom den utsatta tidsfristen på en månad och om möjligheten att välja sjukhus samt om väntetiden för intagning vid den egna regionens och vid andra regioners sjukhus.

Finansieringen

År 2007 uppgick hälsovårdens utgifter i Danmark till 9,8 procent i förhållande till BNP och de köpkraftskorrigerade hälsovårdsutgifterna per invånare till 3512 USD (PPP). Den offentliga finansieringens andel av hälsovårdsutgifterna var 84,5 procent och de privata utgifternas andel 15,5 procent. Hushållens finansieringsandel av hälsovårdens utgifter var 13,8 procent.

2.2.3 Norge

Hälsovården i Norge är skattefinansierad och omfattar hela befolkningen. Förutom skattefinansieringen täcker sjukförsäkrings-systemet 14 procent av hälsovårdens kostnader. Ansvaret för de allmänna hälsovårdstjänsterna har fördelats så att staten sköter specialistsjukvården via fyra regionala hälsoföretag, kommunerna ansvarar för primärvården och de regionala fylkena för munhälsovården. Kommunerna har beskattningsrätt, men de regionala hälsoföretagen får sin finansiering från den statliga centralförvaltningen.

Den offentliga hälsovården sorterar under det norska hälso- och socialministeriet, Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet ansvarar för den nationella hälsopolitiken och för övervakningen av den. På det nationella planet har departementet också helhetsansvaret för att systemet fungerar effektivt och fullgör de grundläggande målsättningarna.

Hälsofrämjande

Enligt den norska lagen om kommunala hälsotjänster (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982-11-19-66) ska kommunen främja folkhälsan, välbefinnande och goda sociala och miljömässiga förhållanden samt förebygga och behandla sjukdom och skador. På kommunens ansvar är också det förebyggande arbete som görs inom skolhälsovården, på hälsostationerna och inom barnhälsovården. Kommunen ska sprida information om och öka intresset för vad den enskilde själv och allmänheten kan göra för att främja sitt eget välbefinnande, sin hälsa och folkhälsan.

De kommunala hälsotjänsterna ska ha en överblick över hälsotillståndet i kommunen och de faktorer som kan inverka på det, samt föreslå hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i kommunen.

Primärvården

Föreskrifter om primärvården i kommunerna finns i lagen om kommunala hälsotjänster. I den kommunala primärvården ingår bland annat hälsostationsverksamhet, skolhälsovård, diagnos och behandling av sjukdom, skador och olyckor, rehabilitering och förebyggande hälsovård samt förebyggande alkohol- och drogarbete. Kommunerna ansvarar också för allmänläkartjänsterna, jouten inom öppenvården, hemsjukvården och den slutna äldreomsorgen samt för sjukskötare och barnmorsketjänster. Kommunerna ska samordna primärvårdens rehabiliteringstjänster och se till att nödvändig rehabilitering är tillgänglig. De regionala hälsoföretagen ansvarar för rehabiliteringen inom specialistsjukvården.

I Norge är huvudprincipen i primärvården att invånarna kan registrera sig som patient hos en allmänpraktiserande läkare. Så gott som alla normmän har velat ansluta sig till systemet och 98 procent av befolkningen har registrerat sig som patient hos någon allmänläkare. Valet av läkare är inte bundet vare sig till hemkommun eller till någon annan geografisk omständighet och patienten kan byta läkare två gånger om året. Allmänläkaren fungerar som portvakt i relation till specialistsjukvården och bedömer patientens behov av sådana tjänster. Patienten har rätt att få en förnyad medicinsk bedömning av sitt behov av specialistsjukvård av en annan allmänläkare. Allmänläkarna är självständiga yrkesutövare som står i avtalsförhållande till kommunen. Till deras uppgifter hör också förebyggande hälsovård och upprätthållande av patientuppgifterna för sina patienter.

Målet med övergången till detta system år 2001 var att underlätta tillgången till läkartjänster och att förbättra tjänsternas kvalitet genom ett starkare förhållande mellan läkare och patient. Departementet, patienterna och läkarna anser att allmänläkarsystemet fungerar bra. Läkarna bedömer att vårdkvaliteten

har blivit bättre till följd av kontinuiteten i vårdrelationerna. Allmänläkarens roll som portvakt har emellertid inte befästs på önskat sätt. Antalet patienter som remitterats till specialsjukvården och antalet utskrivna medicinrecept har ökat efter reformen. Efter reformen inom primärvården och sjukhusreformen åren 2001 och 2002 har hälsovårdsutgifterna i Norge ökat betydligt. Samtidigt har antalet patientkontakter ökat, vilket har tolkats så att tjänsterna har blivit mera tillgängliga. Reformen lockade flera läkare till primärsjukvården, vilket också förbättrade tjänsternas tillgänglighet. Också efter reformen har emellertid mindre kommuner svårigheter med att rekrytera läkare.

Kommunerna har stor valfrihet kring hur de organiserar sina lagstadgade uppgifter. Kommunerna i Norge kan upphandla social- och hälsovårdstjänster av privata aktörer, sköta dem själva eller avtala om att sköta dem tillsammans med andra kommuner. Särskilt de större kommunerna har tagit i bruk beställar-utförarmodeller.

Patienterna har lagstadgad rätt till nödvändig hälsovård i kommunal regi. Kommunen ska säkerställa hälso-tjänster åtminstone på miniminivå och i vissa lägen ska tjänsterna tillhandahållas inom en viss tid. En kommun som är skyldig att ordna en tjänst kan inte vägra att ordna nödvändiga hälso-tjänster med hänvisning till ekonomiska faktorer. Enligt patienträttslagen har alla patienter dessutom rätt till nödvändig brådskande sjukhusvård inom primärvården och specialsjukvården. Utöver nödvändiga hälso-tjänster kan kommunen inom ramen för sina ekonomiska resurser också ordna andra tjänster.

Specialsjukvården

Specialsjukvården i Norge omorganiserades 2002 genom en reform som överförde sjukhusen i statlig ägo. Via de fyra regionala hälsoföretagen ansvarar staten för sjukhusvården och för de högst specialiserade hälso-tjänsterna. De regionala hälsoföretagen ansvarar också för den prehospitala akutsjukvården och för sjuktransporterna på land, till sjöss och med luftfarkost. Regionerna kan sköta verksamheten själva eller upphandla tjänsterna från privata företag.

De regionala hälsoföretagen äger sjukhusen som också de är bolagiserade hälsoföretag. Det finns ca 30 hälsoföretag i Norge. De är självständiga juridiska personer med en styrelse och en ledning som ansvarar för den dagliga verksamheten. Företagens verksamhet och organisation är reglerade i lagen om hälsoföretag.

Modellen med hälsoföretag inom specialsjukvården utgår delvis från ett åtskiljande av beställare och utförare från varandra, så att det regionala hälsoföretaget köper tjänster medan de andra hälsoföretagen producerar specialsjukvården. Trots det ägs de andra hälsoföretagen av de regionala hälsoföretagen som således också ansvarar för den statliga utförarfunktionen. De regionala hälsoföretagen ingår avtal med enheter som producerar radiologi och laboratorietjänster, med privata specialistläkare och med rehabiliteringsenheter. Man har försökt förtydliga förhållandet mellan det regionala hälsoföretaget och de andra hälsoföretagen genom att i företagsförvaltningen särskilja ägarrollen och beställarrollen från varandra. I största delen av landet går det inte att åstadkomma en äkta konkurrens mellan producenter av specialsjukvård.

Med sjukhusreformen ville man åtgärda de regionala nivåskillnaderna i hälso-tjänsterna, de allt längre köerna och högre kostnaderna. Statsfinansieringen främjar å sin sida jämlik tillgång till tjänster för invånarna, oavsett boningsort. Specialsjukvårdens nya organisation har gett nöjdare patienter och effektivare sjukhus, kortare väntetider till vård och bättre kvalitetsfokusering. I detsamma har kostnaderna för hälsovården inom den offentliga sektorn ökat betydligt, vilket har lett till att kostnaderna för hälsovården per invånare i Norge är tredje högst inom OECD.

Patienter som har remitterats till specialsjukvård har rätt att välja sjukhus eller hälsovårdsenhet, men inte behandlingsnivå. Patienten kan välja mellan allmänna sjukhus eller privata hälsovårdsenheter som har ingått avtal med ett hälsoföretag. Patienten kan utöva sin rätt att välja sjukhus också under vårdtiden. På patientens begäran kan till exempel bedömning av hälsotillståndet, operation och rehabilitering ske på olika sjukhus. Det regionala hälsoföretaget ansvarar för vård- och

resekostnaderna när vården sker utanför patientens eget område. Väljer patienten vård utanför sin egen region är självriskan för resekostnaderna större än om patienten vårdas på ett sjukhus inom sitt eget boningsområde. Det finns ett undantag när det gäller sjukhusens plikt att ta emot en patient som utövat sin valfrihet. Det handlar då antingen om en bedömning av patientens vårdbehov inom utsett tid eller om brådskande vård som patienten behöver (2–4 §, Rett til valge sykehus, Lov om pasientrettigheter nr 63, 2 juli 1999).

När det gäller invånare i behov av hälso-tjänster över en längre tid ska det göras upp en vårdplan i samarbete med klienten. Ansvar för vårdplanen ligger hos den kommun eller det sjukhus där patienten vårdas.

Mentalvården

År 1997 fattades det ett politiskt beslut i Norge om att bättre mentalvårdstjänster ska tas upp på den nationella agendan. Det inrättades regionala psykiatricentrer i hela landet, med ett befolkningsunderlag på 30 000–60 000 var, beroende på befolkningstäthet och avstånd. Psykiatricentren ska tillhandahålla öppenvård, vård på dagenheter, krisinterventioner, korttidsintagning på sjukhus, långtidsvård på avdelning, rehabilitering och mobila team. De psykiatriska öppenvårdsenheterna anslöts till centren, endast den öppenvård som kräver specialkompetens blev kvar vid de större psykiatriska sjukhusen. En viktig uppgift för centren är att tillhandahålla konsultation, arbetshandledning och stöd för primärvården och socialarbetet. Där det varit möjligt har centren sammanförts med lokala sjukhus som självständiga enheter.

Det fastställdes att den psykiatriska sjukhusvårdens uppgift är att göra en övergripande psykiatrisk bedömning av patienten, att utarbeta en långtidsplan för vården så att den kan utföras i de regionala psykiatriska centren eller inom primärvården. Tjänsterna för barn och unga sköts med betoning på öppenvård.

Hälsodepartementet förpliktade varje kommun att för personer med psykiska störningar utarbeta en vårdplan utifrån det uppskattade behovet av tjänster. Vårdplanen är ett villkor för tilläggsfinansiering. Det utar-

betades också nationella anvisningar över de psykiatriska centrens organisation och uppgifter. I anvisningarna fokuseras på socialpsykiatri och betoning på öppenvård, på principerna för hur tjänsterna ska ordnas, på värden och därtill anges den standard som krävs. Staten övertog specialistsjukvårdens tjänster i sin ägo. Det bildades fem regionala utförarenheter för hälso-tjänster. Dessa enheter rapporterar direkt via hälsodepartementet till statsförvaltningen.

Munhälsovården

Fylkeskommunerna på det regionala planet ansvarar för den offentliga munhälsovården. Rätt till offentlig munhälsovård har barn, unga och vissa specialgrupper, exempelvis långtidssjuka och personer som bor på institutioner. Merparten av den vuxna befolkningens munhälsovård sker på den privata sektorn på patientens egen bekostnad. För vissa åtgärder ersätts kostnaderna från sjukförsäkringen. Ungefär tre fjärdedelar av de norska tandläkarna arbetar inom den privata sektorn. Fylkeskommunerna kan upphandla tjänster för den offentliga munhälsovården från privata serviceproducenter.

Socialtjänster

Kommunerna ansvarar för långtidsvården för äldre och för personer med funktionshinder. Långtidsvården ordnas på vårdhem, i serviceboende och som hemtjänster. Bestämmelser om vårdhem finns i lagen om kommunala hälso-tjänster och om serviceboende och hemtjänster i lagen om socialtjänster (Sosialtjenesteloven 1991-12-13 nr 81). Äldreomsorgen och vården för personer med funktionshinder sköts så länge som möjligt i klientens eget hem.

Inom primärvården ansvarar kommunerna enligt lagen om socialtjänster för det förebyggande alkohol- och drogarbetet. Kommunerna kan också samarbeta med olika organisationer. De regionala hälsoföretagen ansvarar för missbrukarvården inom den specialiserade sjukvården. De kan också upphandla tjänster från privata serviceproducenter.

Klientavgifter

Klientavgifternas andel av hälsovårdskostnaderna uppgår till 15,6 procent. Avgifterna är prissatta bland annat enligt tjänst och besökstid, men är desamma i hela landet. Patienten betalar klientavgiften direkt till läkaren. Vård på sjukhus är däremot avgiftsfri för alla som har sjukförsäkring.

I Norge finns det två olika maxbelopp. Maxbeloppet för vanlig hälsovård, ca 207 euro om året, täcker läkar-, röntgen- och laboratoriekostnader, obligatoriska mediciner och resekostnader. I det andra maxbeloppet, som uppgår till ca 312 euro om året, ingår utöver dessa områden även kostnader för tandvård, fysioterapi och rehabilitering. När en patient uppnår maxbeloppet för hälsovården är den avgiftsfri för resten av året.

I maxbeloppets kostnader ingår inte hemvården i kommunal regi för äldre eller för personer med funktionshinder eller den slutna vården för äldre på vårdhem. Självriskandelen för socialtjänster av det här slaget är ofta hög, exempelvis betalar de som bor på vårdhem 75–85 procent av sina inkomster till kommunen i klientavgifter.

Tandvården för vuxna och glasögon står utanför den offentliga hälsovården.

Den privata sektorn

Tjänsteproducenter inom den privata sektorn som inte eftersträvar vinst, exempelvis stiftelser ägda av kyrkan, har integrerats i den offentliga hälsovården. Företag inom hälsovården som strävar efter vinst kompletterar det offentliga utbudet genom att tillhandahålla till exempel plastikkirurgi.

Den privata sektorns tjänster är av större betydelse jämfört med den offentliga sektorn endast när det gäller missbrukarvård, rehabilitering och tandvård. Vissa stödtjänster, såsom radiologi och laboratorietjänster sköts huvudsakligen privat.

Vårdens tillgänglighet

Enligt patientlagen har en patient som har anvisats till ett allmänt sjukhus för specialsjukvård rätt att få en bedömning av sitt hälsotillstånd inom 30 vardagar från det att re-

missen anlät till sjukhuset. Bedömningen ska innehålla en uppskattning av vårdbehovet och tidpunkten för vården.

Utifrån den medicinska bedömningen har de patienter som mest behöver specialsjukvård förtur. De ges en individuell tidsfrist för sin vård. Bedömningen görs på medicinsk grund, dessutom ska man kunna förvänta sig en viss nytta av behandlingen och kostnaderna ska stå i rimlig proportion till nyttan. Om det regionala hälsoföretaget inte kan ordna med vården inom utsatt tid, ska den ordnas någon annanstans på det regionala hälsoföretagets bekostnad. Vården kan ske på ett allmänt eller ett privat sjukhus i Norge eller, om nödvändigt, utomlands.

Reformer

Norge har inlett ett projekt för att förnya hälsovårdssystemet med syfte att förbättra samarbetet mellan primärvården och specialsjukvården och att bemöta utmaningarna i anknytning till befolkningens stigande ålder och de stigande hälsovårdskostnaderna. Det är meningen att reformen ska stärka kommunernas ställning och öka satsningen på förebyggande hälsotjänster.

Finansieringen

År 2007 uppgick hälsovårdens utgifter i Norge till 8,9 procent i förhållande till BNP och de köpkraftskorrigerade hälsovårdsutgifterna per invånare till 4763 USD (PPP). Den offentliga finansieringens andel av hälsovårdsutgifterna var 84,1 procent och de privata utgifternas andel 15,9 procent. Hushållens finansieringsandel var för sin del 15,1 procent. Den privata finansieringen hänför sig i huvudsak till tandvård och mediciner.

2.2.4 Storbritannien

Den offentliga hälsovårdsservicen i Storbritannien (National Health Service, NHS) förser alla som är bosatta där med allmänna tjänster utifrån behovet av vård och oavsett betalningsförmåga. NHS tillhandahåller hälsotjänster inom primärvården och öppenvården, sjukhusvård samt information och stöd med individuell orientering som hänför sig

till hälsofrämjande, förebyggande av sjukdom, egenvård, rehabilitering och eftervård. NHS finansieras i huvudsak med statliga skattemedel. Tjänsterna är i regel avgiftsfria för klienterna.

År 2000 inleddes ett tioårigt reformprogram för hälsovården i Storbritannien med syfte att åstadkomma ett patientorienterat offentligt hälsovårdssystem som använder de disponibla medlen så effektivt och rättvist som möjligt för att främja hälsan, minska ojämlikheten i hälsa och för att säkerställa bästa möjliga hälsovård. Målet med reformen är att öka patienternas möjligheter att välja och att påverka sin vård och behandling.

Landet är uppdelat i tio regioner med hälsomyndigheter (Strategic Health Authorities) som inom sin region ansvarar för utvecklingen av hälsotjänsterna, för kvalitet och effektivitet, för tillräcklig tillgång till tjänster och för de nationella tyngdpunktsprogrammen.

Primärvården

Primärvården utförs i första hand av allmänläkare, tandläkare, optiker, apotekare, det offentliga hälsovårdssystemets hälsovårdscentraler (walk-in-clinics), av rådgivningen (NHS Direct) och av vårdstiftelser. Patienterna kan välja sin allmänläkare bland läkarna på boningsorten och registrera sig som patient hos önskad läkare. De flesta allmänläkare är privata yrkesutövare som har slutit kontrakt med den primärvårdsstiftelse som upphandlar tjänsterna. Allmänläkarna tillhandahåller utöver vården även hälsorådgivning och vaccinationer och de utför också enklare kirurgiska ingrepp. Mottagningen är avgiftsfri för patienten. För den offentliga sektorns specialistsjukvård krävs remiss från den allmänläkaren.

Den offentliga hälsoservicen omfattar ca 90 hälsostationer inom (NHS walk-in-centres) med snabb tillgänglighet till hälsorådgivning och vård. Hälsostationerna har flexibel öppethållningstid och är belägna nära klienterna. Det krävs vare sig tidsbeställning eller registrering för att få service. I hälsostationernas tjänster ingår behandling av smärre sjukdomar och skador, en hälsovårdarens bedömning av vårdbehovet samt rådgivning om hälsofrämjande och lokala hälsotjänster.

Primärvårdsstiftelserna (Primary Care Trusts) ansvarar för 80 procent av hela det offentliga hälsovårdssystemets ekonomi. Stiftelserna ska besluta om den lokala befolkningens hälsotjänster, säkerställa utbudet och se till att tillgängligheten är så bra som möjligt. I tjänsterna ingår sjukhusvård, mentalvårdstjänster, allmänläkarmottagning, screeningprogram, patienttransport samt tandläkare, apotekare och optiker som hör till det offentliga hälsovårdssystemet. Till stiftelsernas uppgifter hör också personalens kompetensutveckling och samarbetet mellan social- och hälsovården. Primärvårdsstiftelserna samarbetar med andra organisationer inom social- och hälsovården och med de lokala myndigheterna. Stiftelserna fungerar som beställarorganisationer och kan själva utföra en del av tjänsterna.

Vårdstiftelser (Care Trusts) finns både inom hälsovårdsektorn och inom socialektorn. De utför bland annat socialtjänster, mentalvårdstjänster, och primärvårdstjänster. Vårdstiftelser inrättas genom samarbetsavtal mellan NHS och de lokala myndigheterna i områden där det finns ett behov av närmare samarbete mellan hälso- och socialtjänsterna eller där det skulle gynna den lokala servicen.

Specialsjukvården

Den offentliga hälsovårdens stiftelser (NHS Trusts) sköter specialistsjukvårdstjänsterna. Fondstiftelserna (Foundation Trusts) är sjukhus som är organiserade enligt ett helt nytt koncept och som leds av företrädare av lokala ledare, personalen och invånarna, och de är skraddarsyddade efter den lokala befolkningens behov. Fondstiftelserna har större ekonomiskt och funktionellt rörelseutrymme än de andra stiftelserna inom den offentliga hälsovården. Den offentliga hälsovårdens akutstiftelser (Acute Trusts) leder sjukhusen. De sysselsätter största delen NHS-personalen. En del av akutstiftelserna är regionala eller nationella centrum för specialistsjukvård. Andra verkar i anknytning till universiteten och utbildar fackfolk för hälsovården. Akutstiftelserna utför också tjänster på lokal nivå, till exempel i vårdcenter, läkarstationer eller hemma hos patienter.

Den prehospitala sjukvården och brådskan- de sjuktransporter sköts av ambulansstiftel- serna. Primärvårdens stiftelser ansvarar för att det finns tillräckligt med prehospitala sjukvårds- och sjuktransporttjänster i områ- det i förhållande till behoven. Ambulansstif- telserna kan också sköta icke-brådskan- de patienttransporter. Enligt lokala avtal kan pati- enttransporterna skötas av offentliga, privata eller tredje sektorns tjänsteleverantörer.

Mentalvårdstjänster produceras på olika plan, från primärvården till specialistsjukvår- den. De utförs av allmänläkare, i krisarbete och vid andra tjänster som tillhandahålls hemma och via specialistsjukvården.

Socialvårdstjänsterna hör till kommunernas uppdrag.

Klientavgifter

Den offentliga hälsovårdens hälsotjänster är i regel avgiftsfria för klienterna. För de kommunala socialtjänsterna tas det ut in- komstrelaterade klientavgifter.

Klientens självrisk för medicinkostnaderna är ca nio euro per recept, vilket motsvarar ungefär 63 procent av medicinernas genom- snittspris. Många specialgrupper får rabatt på avgifterna. Klienten kan också lösa ut ett fri- kort som ska betalas på förhand och som täcker alla receptmediciner. Frikortet kostar 130 euro om året eller 46 euro per fyra må- nader.

Den offentliga tandvården är organiserad via självständiga tandläkare som ingår kon- trakt med de lokala hälsomyndigheterna. Alla åtgärder har ett fast pris. Vuxna betalar själva 80 procent av vårdkostnaderna, för barn är vården gratis. Maxbeloppet är ca 544 euro om året.

Privata tjänster

Det finns ett litet antal privata allmänlä- karmottagningar. Mycket få allmänläkare är verksamma på den privata marknaden. De får arbeta också på den privata sektorn vid sidan om den offentliga sektorn, men de får inte privat sköta patienter som har registrerat sig som deras patienter inom den offentliga häl- sovården. Den offentliga specialistsjukvårdens

läkare får tillhandahålla patienterna sina tjänster också privat. På den privata sektorn kan en patient söka sig till en specialistmot- tagning utan remiss, men betalar i det fallet kostnaderna själv. De största bolagen som beviljar privata sjukförsäkringar kräver i alla fall remiss av en allmänläkare innan man får vända sig till en specialist.

Det finns ca 240 privata sjukhus och de har under fem procent av landets sjukhusplatser.

Vårdens tillgänglighet

I lagstiftningen anges inga bindande tids- frister för vårdens tillgänglighet, men reger- ingen har ställt upp eftersträlvade tider för vårdtillgängligheten. Målet är att patienten tas emot av yrkesutbildad hälsovårdspersonal inom 24 timmar och av allmänläkare inom 48 timmar från första kontakten. Enligt en undersökning från 2005 meddelade 75 procent av patienterna att den eftersträlvade tids- fristen på två dygn för deras del hade upp- nåtts.

Sedan december 2008 ska man få sjukhus- vård inom 18 veckor från remiss. Denna ef- tersträlvade tid ersätter dock inte de gällande kortare tiderna som fastställts för vissa sjuk- domar, såsom cancer och hjärtsjukdomar.

Patientens valfrihet

Sedan 2004 har alla patienter som har vän- tat längre än sex månader på operation kun- nat söka vård på ett annat sjukhus eller hos en annan tjänsteproducent, om nödvändigt också inom den privata sektorn eller utom- lands. Sedan 2006 har patienter med remiss för icke-brådskan- de sjukhusvård tillhand- hållits en möjlighet att välja vårdplats mellan åtminstone fyra tjänsteleverantörer. Primär- vårdsstiftelserna utarbetar en lista på tjänste- producenter, bland vilka klienterna får välja. Listan har stegvis utvidgats.

Sedan början av april 2009 berättigar en allmänläkares remiss för de flesta icke- brådskan- de vårdformer patienten att välja önskat sjukhus eller önskad läkarstation som tillhandahåller vården till den offentliga häl- sovårdens pris och enligt de offentliga häl- sovårdsnormerna.

Finansieringen

År 2007 uppgick hälsovårdens utgifter i Storbritannien till 8,4 procent i förhållande till BNP och de köpkraftskorrigerade hälsovårdsutgifterna per invånare till 2992 USD (PPP). Den offentliga finansieringens andel av hälsovårdsutgifterna var 81,7 procent och de privata utgifternas andel analogt 18,3 procent. Därmed blev hushållens finansieringsandel 11,4 procent.

2.2.5 Nederländerna

I Nederländerna grundar sig hälsovårdssystemets finansiering på sjukförsäkringen. Staten medverkar inte i själva tjänsteproduktionen, som i första hand är en uppgift för privata tjänsteproducenter, alltså för privata yrkesutövare och vårdinrättningar. Försäkringsgivarna betalar hälso- och sjukvårdstjänsterna för de tjänster de försäkrade använder. De hälsofrämjande och förebyggande tjänsterna är lokalt organiserade i kommunerna.

Vid ingången av 2006 trädde en reform av sjukförsäkringssystemet i kraft. Det tidigare systemet, där majoriteten av befolkningen omfattades av den allmänna sjukförsäkringen och minoriteten av privat sjukförsäkring, ersattes av ett enda system som omfattar hela befolkningen. Målet med reformen var ett förenklat sjukförsäkringssystem, möjligheter för försäkringsbolagen att effektivisera hälsovårdssystemet, bättre kvalitet inom hälsovården, större kundorientering och allmän tillgänglighet till tjänsterna också framöver.

Reformen av sjukvårdssystemet gällde endast försäkringssystemet för primärvården, tandvården och specialistsjukvården. Försäkringen för mentalvårdstjänsterna inom primärvården lades till systemet från ingången av 2008. Meningen är att också andra reformer av försäkringssystemet ska genomföras de närmaste åren, ett exempel är försäkringssystemet för vårdhem. Avsikten är också att lagstiftningen kring produktionen av hälsovårdstjänster ska förnyas.

Alla invånare är skyldiga att skaffa sig en sjukförsäkring. Det finns ungefär 30 privata vinstinriktade försäkringsgivare på marknaden. Kunden får fritt välja försäkringsgivare och kan byta försäkringsbolag en gång om

året. Alla invånare måste ta en grundläggande sjukförsäkring, vars innehåll är fastställt i lag. Den innehåller så gott som all hälso- och sjukvård, bland annat allmänläkartjänster, sjukhusvård och mediciner. Försäkringstagar betalar en fast försäkringsavgift för denna grundförsäkring. Försäkringsgivaren beslutar försäkringsavgiftens belopp, men är skyldig att tillhandahålla de lagstadgade tjänsterna till alla för samma pris. Försäkringsgivaren måste också godta alla invånare på lika villkor som kunder för grundförsäkringspaketet, oavsett kundens personliga egenskaper.

Invånaren kan ta en frivillig tilläggsförsäkring som också täcker andra hälso- och sjukvårdstjänster, såsom en del fysioterapeutiska tjänster, tandvård för vuxna, psykoterapi och alternativa vårdformer. I praktiken konkurrerar försäkringsbolagen sinsemellan med priset för tilläggstjänsterna. Grundförsäkringen täcker 95 procent av hälsovården, medan de frivilliga tilläggstjänsterna täcker 5 procent, om man ser till kostnaderna.

Försäkringsgivarna inom hälsovården ska fylla lagens krav, men de får vara vinstinriktade. Försäkringsgivarna förhandlar med tjänsteproducenterna om pris, innehåll och utförande av tjänsterna. De behöver inte ingå avtal med varje tjänsteproducent, utan kan välja sina samarbetspartner.

Nästan hälften av finansieringen för hälsovårdssystemet täcks av sjukförsäkringens fasta försäkringsavgift. Varje försäkringsbolag fastställer själv den fasta försäkringsavgiftens belopp och därtill övriga försäkringsvillkor som inverkar på detta belopp. Den fasta försäkringsavgiften var 2007 i snitt 1 135 euro om året per försäkrad person. Den försäkrade betalar det fasta beloppet direkt till försäkringsbolaget. Staten finansierar försäkringsavgifterna för personer under 18 år. Låginkomsttagare som inte kan betala den fasta försäkringsavgiften kan beviljas ekonomiskt stöd.

Den andra sidan av hälsovårdssystemet finansieras med inkomstrelaterade avgifter av skattekaraktär. Utöver den fasta försäkringsavgiften tas det enligt sjukförsäkringslagen ut en avgift på 6,5 procent av löntagarnas inkomster, kostnader som arbetsgivarna deltar i. Avgiftens maxbelopp är ca 2 000 euro om året. Självständiga yrkesutövare och pensio-

närer betalar 4,4 procent av sina inkomster. Denna avgift och den andel av den fasta försäkringsavgiften som staten betalar för personer under 18 år placeras i en sjukförsäkringsfond. Fonden fördelar medel till försäkringsbolagen enligt ett särskilt riskutjämningsystem.

En del av den fasta avgiften kan betalas tillbaka om försäkringstagaren har använt hälsovårdstjänster för högst 255 euro under året. Detta system togs i bruk år 2005 för att undvika att tjänsterna utnyttjas i onödan. Besök hos allmänläkare ingår inte i systemet. Från ingången av 2008 ersattes systemet med en obligatorisk självriskandel på 150 euro om året som försäkringsgivaren tar ut av försäkringstagaren.

Primärvården

Primärvårdens tjänster utförs av allmänläkare som är privata yrkesutövare. Patienten har rätt att välja allmänläkare och kan registrera sig som patient hos önskad läkare. På allmänläkarmottagningarna finns det ofta också mottagningssköterskor eller -assistenter som självständigt kan utföra enkla behandlingsåtgärder eller uppgifter inom långtidsvården. Under de senaste åren har det blivit mera allmänt med grupp-mottagningar för allmänläkare, där det också finns annan yrkesutbildad personal, såsom fysioterapeuter och socialarbetare.

Allmänläkarna, socialarbetarna och psykologerna inom primärvården sköter tillsammans primärvårdens mentalvårdstjänster. Allmänläkaren kan remittera patienten till en psykolog inom det allmänna socialarbetet eller inom primärvården. Allmänläkaren fastställer också om patienten kan skötas inom ramen för primärvårdens mentalvårdstjänster eller om det behövs specialsjukvård.

Hälsofrämjande och förebyggande tjänster

I Holland är det kommunerna som ansvarar för hälsofrämjande och för preventiva tjänster, såsom skolhälsovård, vaccineringar och sexualrådgivning. Samarbetet med socialsektorn är intensivt bland annat i förebyggande av utslagning och i verksamheten för att integrera invandrarna.

Kommunerna ska vart fjärde år utarbeta planer för främjande av hälsa utifrån nationella riktlinjer.

Specialsjukvården

För att komma i åtnjutande av specialsjukvården som omfattas av sjukförsäkringssystemet eller av vissa andra tjänster som ges av yrkesutbildade inom hälsovården, såsom fysioterapeuter eller verksamheterapeuter, krävs remiss av allmänläkare. I remissen fastställs vårdbehovet, men inte behandlande specialläkare eller hälsovårdsenhet.

Sjukhusens specialläkare inom den öppna och den slutna vården utför största delen av specialsjukvårdstjänsterna. Över 90 procent av sjukhusen är privata och inte vinstinriktade och därtill finns det också offentliga universitetssjukhus. Sjukhusen kan indelas i allmänna sjukhus (93 stycken), universitetssjukhus, som också sköter medicinsk utbildning och forskning (8 stycken) och högspecialiserade vårdinrättningar inriktade på vården av specifika sjukdomar eller patientgrupper (63 stycken). Universitetssjukhusen har inbördes avtal om centralisering av krävande vård.

Begreppet 'Transmural care' togs i bruk i början av 1990-talet. Med det avses arbete som underlättar vid organisatoriska och ekonomiska trösklar mellan primärvården och specialsjukvården. Aktörerna inom den öppna och den slutna vården samarbetar för att få god kvalitet på vården och högre produktivitet. Transmural care-projekten är ofta inriktade på specifika patientgrupper. De största problemen med att etablera verksamheten i systemet är relaterade med finansieringen.

Munhälsovård

De privata tandläkarna sköter alla tjänster inom munhälsovården. Den ingår i grundförsäkringen för barn och unga, men alla personer över 21 år finansierar sin munhälsovård själva eller via en frivillig försäkring.

Socialvård

Lagen om socialtjänster förnyades i början av 2007. Genom den överfördes ansvaret för

hälsovårdens socialtjänster till kommunerna, exempelvis hemtjänsten. I lagen betonas klientens medverkan och eget ansvar. Kommunerna fick också friare händer att besluta om utbudet av tjänster för personer med funktionshinder eller med långvariga och geriatriska sjukdomar. De kommunala tjänsterna behöver inte vara lokala, utan till exempel specialtjänster kan upphandlas på annat håll. I stället för sociala tjänster kan kommuninvånarna välja en så kallad personlig budget som är ämnad att aktivera individen och att tillhandahålla möjligheter till delaktighet för den personliga näromgivningen.

Klientavgifter

Det tas inte ut klientavgifter för de tjänster som ingår i grundförsäkringen. Klienten betalar sin försäkringsavgift till försäkringsbolaget som i sin tur betalar hälsovårdsproducenten för de tjänster den försäkrade använder.

Patienterna kan välja en försäkring med självrisk eller ingå ett avtal, enligt vilket försäkringsavgiften betalas tillbaka om de inte använder hälsovårdstjänster.

Vårdens tillgänglighet

Medborgarens rätt att få nödvändig vård garanteras i lag, men där ingår inga bindande tidsfrister för vården. Staten har beviljat tilläggsfinansiering och på det sättet har man kunnat förkorta vårdköerna. Försäkringsbolagen konkurrerar med varandra om kunder bland annat genom att garantera de försäkrade vård inom en bestämd tid.

Utgiftsnivån

År 2007 uppgick utgifterna för hälsovården i Nederländerna till 9,8 procent i förhållande till BNP och de köpkraftskorrigerade hälsovårdsutgifterna per invånare till 3837 USD.

2.2.6 EU-lagstiftningen

Samordningslagstiftningen för social trygghet

Rätten till social trygghet för personer som flyttar inom Europeiska unionen regleras av

en förordning som samordnar de nationella systemen för social trygghet (Rådets förordning (EEG) nr 883/2004 senare förordning 883/2004, samt tillämpningsförordningen (EEG) nr 987/2009). I Finland gäller förordningens bestämmelser om sjukförmåner offentliga hälsovårdstjänster, sjukförsäkring och rehabilitering. Den nya förordningen gäller alla medborgare som hör till området för social trygghet i EU:s medlemsstater, också dem som befinner sig utanför arbetslivet. Oavsett land man bor i, gäller i allmänhet lagstiftningen i det land, där man arbetar. En person som inte har arbete, hör till området för social trygghet i sitt hemvistland. Förordningens bestämmelser omfattar alla hälsovårdstjänster enligt finsk lagstiftning, såsom den öppna sjukvården, tandvården och sjukhus-tjänsterna.

I artikel 20 i förordningen regleras om sökande av vård i en annan medlemsstat på det offentliga servicesystemets bekostnad. Artikel 20 innehåller bestämmelser om omständigheter, vid vilka den behöriga nationella myndigheten ska bevilja ett tillstånd att söka vård. Tillstånd ska beviljas om den behandling det gäller finns bland de förmåner som tillhandahålls enligt lagstiftningen i den medlemsstat där den berörda personen är bosatt och denna behandling inte kan ges inom den tid som är medicinskt försvarbar, med hänsyn till personens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp. I enlighet med domstolens rättspraxis skall villkoret för en godtagbar tidsfrist bedömas med hänsyn till alla omständigheter i varje konkret fall, med vederbörlig hänsyn inte bara till patientens medicinska situation vid den tidpunkt då tillståndet söks, utan också tidigare omständigheter och sjukdomens troliga utveckling.

En patient bosatt i Finland kan söka vård utanför Finland och det är likaså möjligt att från andra länder söka vård i Finland också utan förhandstillstånd. Med stöd av EG-domstolens förhandsavgöranden ska systemet i patientens hemland ersätta vård som ordnats utan förhandstillstånd. I Finland är det möjligt att få ersättning för vård som skett utan förhandstillstånd med stöd av sjukförsäkringslagen och nationella taxor.

Patientrörlighetsdirektivet

Kommissionen antog i juli 2008 ett förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet) (KOM(2008) 414 slutlig). Avsikten med förslaget är att klargöra patienternas rättigheter när de söker vård i en annan medlemsstat. Förslaget ska också trygga att hälsovårdssystemet i varje medlemsstat innehåller vissa grundelement. I förslaget ingår flera bestämmelser om medlemsstaternas samarbete kring gränsöverskridande hälsovård.

Förslaget till direktiv grundar sig på artikel 95 i grundfördraget (efter Lissabonfördraget artikel 114 i fördraget om EU:s funktionssätt) och syftar ytterst till att upprätta den inre marknaden och få den att fungera. Förslaget ska godkännas i s.k. vanlig lagstiftningsordning med kvalificerad majoritet. Behandlingen av direktivförslaget är ännu inte klar. Under det svenska ordförandeskapet försökte man nå politiskt samförstånd vid ministerrådets möte i december 2009, men utan framgång. Under det spanska ordförandeskapet våren 2010 har direktivet inte behandlats.

Idag regleras sökande av vård i 31 a § i lagen om specialiserad sjukvård, enligt vilken sjukvårdsdistriktet på patientens begäran ska ge denne förhandstillstånd att på bekostnad av samkommunen söka vård i EU/EES-staterna eller Schweiz, om patientens vård inte kan ordnas i Finland inom föreskrivna längsta väntetider. Vid beviljandet av förhandstillstånd ska patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas. Bestämmelsens lydelse motsvarar i stort sett vad som bestäms i förordningen om samordning av den sociala tryggheten. I 2 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen bestäms om ersättningen för sjukvård som getts utomlands. Sjukvård som ges i andra EU/EES-stater eller Schweiz ersätts på vissa villkor på samma grunder som vården i Finland och högst till det belopp som skulle ha ersatts om vården getts i Finland. Sedan ändringen i sjukförsäkringslagen trädde i kraft i början av 2008 kan sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna i kommunerna eller samkommunerna få ersättning för sådana sjukvårdstjän-

ter som de har ordnat och betalat kostnaderna för och som getts med stöd av EU-lagstiftning eller andra överenskommelser. Finland har ingått om social trygghet eller sjukvård (SFL 15 kap. 16 a §). Rätten till ersättning uppkommer när vården ges till en person som inte är försäkrad i Finland. Med stöd av EU-lagstiftning betalas inte statlig ersättning för dem som lyder under den sociala tryggheten i Finland.

Det är tänkbart att direktivet kommer att öka sökandet av vård i andra medlemsstater. Förslaget utgår från att patienten får samma ersättning för vården i ett annat EU-land som patienten skulle ha fått hemma. Direktivet skulle alltså inte nödvändigtvis öka det finska hälsovårdssystemets kostnader, men de kan eventuellt fördelas på ett annat sätt inom systemet än nu (stat vs kommun). Kostnaderna kan öka om vården i en annan medlemsstat är dyrare än i Finland och tolkas så, att vården utomlands inte får orsaka patienten mera kostnader än den kommunala vården i hemlandet. Kostnaderna påverkas också av hur ersättningarna för mediciner och resekostnader kommer att avgöras i direktivet. Om direktivet genomförs nationellt i föreslagen form, kommer det att orsaka administrativa tilläggskostnader. Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna är möjlig först när direktivets innehåll under behandlingens gång blir klarare.

Direktivet ska enligt förslaget tillämpas på all hälsovård, oavsett hur den är organiserad, hur den tillhandahålls eller finansieras, är den offentlig eller privat. Detta gäller, förutom den vård patienten har skaffat sig och ersättningen för den, också de krav som ställs på hälsovårdssystemen och samarbetet mellan medlemsstaterna. Patienten får likafullt ersättning från det lagstadgade, alltså det "offentliga" systemet för social trygghet. Det kan leda till flera tolkningsproblem att olika länder uppfattar offentlig och privat hälsovård på olika sätt. Gränsdragningen mellan offentligt och privat är förknippad med en fråga som i Finland måste lösas nationellt, dvs. vilken myndighet som i enlighet med direktivet ska ersätta vård som skaffats i ett annat EU-land (staten eller patientens hemkommun). För närvarande ansvarar patientens hemkommun för vårdsökandekostnader

enligt samordningsförfordningen för social trygghet. Om en patient söker vård utanför Finland, svarar staten för kostnaderna. Med stöd av rättspraxis ersätter folkpensionsanstalten i sin tur från sjukförsäkringen för sökande av vård utan förhandstillstånd. Trenden i EU-domstolens rättspraxis betonar patientens rättigheter. Med det som utgångspunkt verkar det som om den nationella lösningen borde utgå från vad som är förmånligast för patienten. I praktiken torde detta innebära en ersättningsnivå som motsvarar den kommunala hälsovården.

2.3 Bedömning av nuläget

2.3.1 Bedömning av nuläget inom primärvården

I OECD:s länderjämförelse 2009 utvärderades den förebyggande verksamheten genom täckningen inom screening och vaccinering och Finland placerade sig högt i jämförelsen. Befolkningen i Finland lider dock i högre grad än jämförelseländernas befolkning i genomsnitt av hjärt- och kärlsjukdomar och av diabetes och exempelvis i behandlingen av förhöjt blodtryck förekommer det betydligt flera vårdperioder på sjukhus än i OECD-länderna i snitt. Vi har inte lyckats som önskat med förebyggandet och behandlingen av dessa kroniska sjukdomar. Det förebyggande arbetet har inte utvecklats tillräckligt målmedvetet och därför måste man lägga ner rikligt med resurser på korrigerande åtgärder inom specialistsjukvården och den högspecialiserade sjukvården. Hälsovårdscentralerna har börjat fungera bättre när man har centraliserat jousen, inlett telefonservice och satsat på arbetsfördelningen.

Ett problem som särskilt träder fram i OECD:s bedömning är den relativa ojämlikheten mellan olika inkomstgrupper i tillgängligheten till allmänläkare, personalbristen i vissa regioner och de långa väntetiderna på hälsovårdscentralerna.

Kritiken mot vårdgarantin inom primärvården riktar sig mot att tyngdpunkten i service-systemet i högre grad fokuseras enligt efterfrågan (halvakuta besvär) än efter behov (kroniska sjukdomar) och det finns misstankar om att det förebyggande arbetet får mind-

re utrymme. Vidare blir inte mentalvårds- och missbrukarpatienternas vårdbehov registrerade eller synliga på grund av det splittade servicesystemet, likaså är informationsgången och hanteringen av tjänstekoncepten problematisk. När nätverket av hälsovårdscentral- och sjukhusjourer centraliseras har man inte i motsvarande mån lyckats öka den prehospitala akutsjukvårdens resurser. Antalet uppdrag har ökat och patienttransporternas sträckor har blivit längre, vilket binder mycket transportkapacitet. Det har visat sig att området och befolkningsunderlaget i enskilda kommuner är för litet för att den prehospitala akutsjukvården och sjuktransporterna ska kunna organiseras ändamålsenligt, och det har inte heller funnits tillräcklig kompetens eller resurser för en övergripande planering av verksamheten. Antalet aktörer i den prehospitala akutsjukvården och sjuktransporterna är just nu alldeles för stort för att tjänsterna ska kunna styras ändamålsenligt. Det är svårt att använda avtalen med tjänsteproducenterna om sjuktransport och prehospital akutsjukvård som styrverktyg. De centrala begreppen som används i systemet för prehospital akutsjukvård och sjuktransport har inte definierats i lagstiftningen. Det finns också regionala skillnader i tillgången på prehospital akutsjukvård och sjuktransport.

Till de största problemen i vårdens tillgänglighet hör svårigheten att få kontakt med hälsovårdscentralen. Enligt utredningen som gjordes hösten 2009 om vårdtillgängligheten på hälsovårdscentralerna bodde 57 procent av befolkningen på ett sådant hälsovårdscentralområde, där det tidvis förekommer problem med att få direkt kontakt med centralen. Bedömningen av vårdbehovet skedde ändå utan undantag inom 3 vardagar.

De regionala skillnaderna i munhälsovården är fortfarande stora och i proportion till befolkningen var antalet tandvårdsbesök år 2006 i hälsovårdscentralerna i det sjukvårdsdistrikt som producerade mest tjänster 1,4 gånger större än antalet vid hälsovårdscentralerna i det sjukvårdsdistrikt som producerat det minsta antalet besök. Skillnaderna har hållits oförändrade. Inom munhälsovården finns det problem med vårdgarantin särskilt i de större städerna och i hälsovårdscentraler

som lider av personalbrist. Antalet personer som i över sex månader hade köat för vård på hälsovårdscentralerna uppgick i oktober 2009 till 7600.

Särskilt i östra och norra Finland har hälsovårdscentralerna svårigheter med att rekrytera läkare, tandläkare och specialpersonal (talterapeuter, psykologer). Vårdgaranti problemen är störst inom munhälsovården. Personalbristen syns också i att tillgången till läkartjänster har försämrats.

Till följd av att man minskat antalet överköterskor och andra chefer för motsvarande vårduppgifter har ansvaret för det professionella vårdarbetet splittrats upp och lett till försämrad samordning för vårdarbetet som helhet, särskilt inom primärvården. Bristen på ett övergripande ansvar i vårdarbetet försvårar ett planmässigt och långsiktigt utvecklingsarbete, utveckling och spridning av enhetliga rutiner i vårdarbetet i samverkan mellan specialistsjukvården och primärvården, den handledning och övervakning av vårdpersonalen som patientsäkerheten kräver samt främjandet av vårdpersonalens arbetshälsa och yrkesmässiga engagemang. Undersökningar visar att påverkningsmöjligheterna inom social- och hälsovården eller i vårdarbetet i allmänhet inte anses vara särskilt goda. En ledning som upplevs vara rättvis och inflytande över det egna arbetet är däremot viktiga element med tanke på hur man lyckas hantera sitt arbete och hur belastande det upplevs och dessa element stöder också arbetstagarens engagemang i organisationen och i fackområdet. Av dessa orsaker måste det på olika plan i ledningssystemen i hälsovårdens verksamhetsenheter inom primärvården och specialistsjukvården finnas chefer för vårdarbetet, som leder och utvecklar arbetet i linje med verksamhetsenhetens övergripande strategi och grunduppdrag.

Det finns stora skillnader i den hälsofrämjande verksamheten mellan olika kommuner och olika hälsovårdscentraler. I de större hälsovårdscentralerna är verksamheten oftare än i de små och medelstora planmässigt organiserad och ledd, men också här förekommer skillnader. I merparten av hälsovårdscentralerna sker det dock slumpmässigt och med tyngdpunkt på enskilda delområden. I kommunerna som verkar i samarbetsområden är

frågorna kring främjande av välmående och hälsa mycket oftare oklara än i självständiga kommuner, det finns inga beslut om ansvarsfrågor och organisering eller några överenskommelser med baskommunen om hur det tväradministrativa samarbetet ska ordnas. Då är social- och hälsovården inte förbunden med den övriga verksamheten i kommunen, vilket leder till att det inte finns förutsättningar för ett omfattande samarbete över sektorsgränserna.

Ur patientens och klientens perspektiv skapar gränssnitten mellan organisationerna problem. Motsatsförhållandet mellan primärvården och specialistsjukvården märks till exempel i att sjukvårdsdistrikten skriver ut bötesdagar till baskommunerna när överföringen av patienter från specialistsjukvården till hälsovårdscentralernas bäddavdelningar drar ut på tiden. Samma gränssnittsproblem uppkommer när hälsovårdscentralernas akutavdelningar söker fortsatt vård, boendeservice eller hemtjänst för äldre eller för missbrukarklienter. Det har gjorts försök att främja funktionell, regional integration genom planer för hur tjänsterna ska ordnas regionalt. Dessa planer har nu för första gången utarbetats i samarbete mellan sjukvårdsdistrikten och kommunerna. Sådan funktionell integration som man ville nå med planerna har man dock inte uppnått.

2.3.2 Bedömning av nuläget inom specialistsjukvården

Enligt OECD:s länderjämförelse 2009 har Finland lyckats åstadkomma verkkningsfull sjukvård till rimlig kostnad. Exempelvis är behandlingen av hjärninfarkter i toppklass av jämförelseländerna, och även beträffande hjärtinfarkter och de granskade cancersjukdomarna stod Finland på högre nivå än genomsnittet. Antalet bäddplatser i proportion till befolkningen rör sig kring medeltalet i OECD, men är avsevärt större än i de andra nordiska länderna. I proportion till befolkningen är vårdperioderna på sjukhus betydligt flera än i OECD i snitt. Det finns skäl att se betoningen på sjukhusvård som ett problem.

År 2007 publicerade Stakes en forskningsrapport om sjukhusens produktivitet i Nor-

den. Det viktigaste utfallet var att de finländska sjukhusen är de mest produktiva. Till och med de finländska sjukhus som hade den lägsta produktiviteten var ungefär lika bra som till exempel de mest produktiva norska sjukhusen. Löneskillnaderna hade eliminerats i undersökningen.

I de två utvärderingar som OECD har gjort av hälsovården i Finland (åren 1998 och 2005) uppmärksammades specialsjukvårdens decentralisering. I Finland produceras det krävande specialsjukvård med relativt litet befolkningsunderlag. De minsta sjukvårdsdistriktens befolkningsunderlag är under 70 000 invånare, medan det genomsnittliga underlaget är ca 180 000 invånare.

Den mest krävande sjukvården har i Finland genom förordning centraliserats till färre än fem universitetssjukhus. Den vårdens totalvolym av det totala antalet behandlade patienter är i promilleklassen och kostnaderna under fem procent av specialsjukvårdens totala kostnader. Utöver den mest krävande sjukvården hör det till det finländska sjukhusystemet att vården eller undersökningarna också centraliseras regionalt. I juni 2007 utarbetades de första planerna i enlighet med statsrådets förordning om sådan regionalt centraliserad sjukvård. En preliminär analys ger vid handen att de än så länge är bristfälliga eller halvfärdiga.

Utöver decentraliseringen i specialsjukvården kritiserar OECD i sina utvärderingar patientens bristande valmöjligheter i det finländska hälsovårdssystemet. Sjukvårdsdistriktet har dock under de senaste åren avtalat sinsemellan om att patienter fritt ska kunna söka vård i granndistriktets enheter. Denna praxis har tillämpats redan i över tio års tid mellan Vasas och Sydösterbottens sjukvårdsdistrikt. Hösten 2007 ingick också de andra sjukvårdsdistriktet inom Birkalands specialupptagningsområde sådana avtal, med undantag av Egentliga Tavastland.

Även om det i lagen om specialiserad sjukvård explicit fastställs att patienten ska beredas möjlighet att välja behandlande läkare, förutsatt att det är möjligt utifrån arbetsarrangemangen på enheten, är de faktiska möjligheterna att välja vårdplats och behandlande läkare inom specialsjukvården obetydliga. Förutom decentralisering och bristande val-

möjligheter har de centrala problemen inom specialsjukvården enligt OECD-utvärderingarna handlat om bristande styrning, så gott som total brist på incitament i verksamheten och bristfällig samverkan mellan specialsjukvården och primärvården i vissa regioner i Finland.

OECD-utvärderingen pekade också på den långa väntetiden särskilt inom den elektiva operationsverksamheten. Vårdens tillgänglighet inom den icke-brådskande vården har icke desto mindre förbättrats avsevärt sedan ändringarna i lagen om specialsjukvård och i folkhälsolagen trädde i kraft i mars 2005. Även om inte tillnärmelsevis alla sjukvårdsdistrikt ännu till dags dato har lyckats förkorta köerna för den elektiva vården till under sex månader, så som lagändringarna förutsätter, går utvecklingen åt rätt håll. När de som köat i över sex månader i oktober 2002 uppgick till 66 000 personer, var motsvarande siffra 3750 i slutet av december 2009. Förutom problemen med operationsvårdens tillgänglighet har det ställvis förekommit en del problem också med tillgängligheten till sjukhusens polikliniker, där de längsta köerna till det första besöket rentav kan räcka i månader. Enligt en utredning av Institutet för hälsa och välfärd hade i slutet av december 2009 tre procent av de patienter som remitterats till specialsjukvård med en elektiv remiss fått vänta i över tre månader på det första läkarbesöket.

Rätten för personer som lider av psykiska problem att få psykiatrisk vård enligt vårdgarantireglerna är problematisk, eftersom psykiska störningar rätt ofta kräver brådskande behandling. Patienterna ställs inte i kö, men de tillhandahålls specialiserad vård i lägre grad än vad som vore optimalt, med andra ord är vården inte förenlig med vårdrekommendationerna. Man talar om så kallade dolda köer. Beträffande barn registrerar rådgivningsbyråerna för uppfostringsfrågor eller familjerådgivningarna inte köuppgifter, eftersom det inte handlar om specialsjukvård.

2.3.3 Ändringarna i den kommunala servicestrukturen

Till följd av de samhälleliga förändringarna har administrativa, exempelvis kommungrän-

ser, börjat förlora i betydelse. Samarbetet mellan kommunerna har ökat på frivillig basis, men å andra sidan kräver många uppgifter också samarbete. Genom kommun- och servicestrukturreformen (Paras-projektet) övergår många kommunala uppgifter på inbördes samarbetsområden. Hemkommunens betydelse har å andra sidan också i övrigt minskat. Människors boende, arbete och fritid sprids över allt flera kommuner.

Kommungränserna utgör den grundläggande administrativa indelningen i Finland. Även om kommungränserna lätt kan överskridas i funktionellt hänseende och gränsernas betydelse har blivit diffus, så har de inte förlorat sin rättsliga betydelse för de viktigaste kommunala uppgifterna. De visar på omfattningen av det kommunala ansvaret och på invånarnas rätt att använda tjänster och att påverka dem. Med tanke på kommunens politiska uppgift bildar kommunerna samfund med eget ansvar, vilkas verksamhet ska ledas av fullmäktige som dess medlemmar väljer. Denna grund för det kommunala självbestämmandet har försvagats i och med att makten har förflyttats över kommungränserna till kommunernas samarbetsorgan. Kommunerna ska fungera lokalt, ändå är de allt mera beroende av andra kommuner och aktörer. Trots det ökade samarbetet är det endast kommunmedlemmarna som kan påverka verksamhet och beslut som gäller aktiviteterna i kommunen, dem själva och deras näromgivning. Möjlighet att påverka demokratiskt finns endast i hemkommunen, även om invånarens faktiska livssfär sträcker sig utöver kommungränserna.

Också de viktigaste välfärdstjänsterna bestäms av kommungränserna. Kommunen är skyldig att ordna offentliga tjänster endast för sina invånare och enligt behovet inom kommunen. I princip är andra kommuners tjänster inte tillgängliga för invånarna, även om de är bättre belägna och av bättre kvalitet. De grundläggande rättigheterna och kommungränserna står alltså i konflikt med varandra. Genom de administrativa servicereformerna, såsom Paras-projektet och systemet med servicesedlar, kommer tjänsterna att vara mindre bundna till kommungränserna än tidigare. Det leder emellertid också till att besluten som gäller servicen fattas allt längre bort från

kommuninvånarna och deras direkta inflytande. I lagstiftningen är det ont om kriterier för hur en kommuns område ska bildas och de som finns fokuserar endast på kriterierna för ändring av kommunindelningen. De centrala elementen i kommunen är dess område som är utmärkt med gränser och befolkningen som bor på detta område. Meningen är att kommunen ska fungera som ett samfund med eget ansvar i första hand för att främja invånarnas och områdets välfärd. Ser man till kommunernas nuvarande uppgifter borde kommungränserna anpassas till den utveckling som redan skett och utgöra faktiska invånarsamfund. Möjligheterna till inflytande blir då större, överlappande administrativa system kunde avskaffas och det kommunala ansvaret skulle kunna fastställas klart. Ett annat alternativ är att man skapar ett högre självstyrelsesystem på basis av regioner eller landskap och utvecklar möjligheterna att påverka social- och hälsovårdstjänsterna och livsmiljön.

2.3.4 Den statliga ersättningen till hälsovårdens verksamhetsenheter för forskning och utbildning

Grunderna för fördelningen av utbildningsersättningen upplevs generellt fungera, men ersättningsnivån anses otillräcklig. Både inom tandläkar- och inom läkarutbildningen har antalet studieplatser ökat betydligt på 2000-talet. Även om den statliga ersättningen som riktas till undervisning har stigit och även framöver kommer att stiga med fem miljoner euro om året till år 2011, kommer ersättningen för utbildningsverksamheten på grund av den ökade utbildningsmängden alltså att kvarstå på en lägre nivå än de kostnader utbildningen orsakar hälsovårdssystemet. Stakes har senast utrett kostnaderna som undervisning och forskning orsakar hälsovårdens enheter i sin rapport från 2008. Resultaten grundar sig på uppgifter från 2004-2006. Enligt utredningen var ersättningarna för utbildning och forskning år 2006 sammanlagt 91 miljoner euro lägre än de kostnader de orsakade hälsovårdens enheter. Statens ersättning för undervisning uppgick år 2010 till 104,1 miljoner euro och för forskning till 40 miljoner euro. Den statliga ersätt-

ningen för hälsovetenskaplig forskning till hälsovårdens verksamhetsenheter har från 1997 till 2010 minskat från ca 60 miljoner euro till ca 40 miljoner euro. Under samma tid har den kliniska forskningen ökat betydligt.

Många arbetsgrupper och utredare har på 2000-talet utvärderat den hälsovetenskapliga forskningen och kommit med förslag till hur systemet kunde utvecklas.

Statens revisionsverk utredde år 2005 grunderna för användning och fördelning av specialstatsandelarna för hälsovetenskaplig forskning (Revisionsberättelse 108/2005). Rapporten riktade främst kritik mot bristen på eller den totala frånvaron av styrning av forskningsmedlen, på obefintlig transparens i användningen av penningmedlen och på avsaknaden av en enhetlig forskningsstrategi.

De som mottagit finansiering ser en otillräcklig nivå som forskningsfinansieringens största brist. Merparten av dem som får finansiering anser att penningfördelningssystemet som grundar sig på publikationspoäng fortfarande är aktuellt, även om systemet också får kritik. Forskningen på olika områden kommer i helt olika position beroende på hurdana poäng den forskning renderar som publiceras i de bästa tidningarna på området.

Arbetsgruppen som har dryftat hur kriterierna för fördelningen av EVO-finansieringen för forskning kunde förnyas föreslog i sin rapport som lämnades 2006 (SHM, utredningar 2006:34) bland annat inrättandet av en nationell delegation för hälsovetenskaplig forskning. Delegationens uppgift skulle vara att utarbeta en nationell strategi för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå och att ingå resultatavtal med specialupptagningsområdenas forskningscentraler. Enligt arbetsgruppens förslag skulle den disponibla statliga ersättningen fördelas enligt forskningsarbetets resultat. Arbetsgruppen föreslog att man stegvis skulle frångå systemet med publikationspoäng och i stället ta i bruk nya mätare som bättre ger uttryck för forskningens resultat. Specialupptagningsområdenas forskningscentraler skulle dela på forskningsfinansieringen helt och hållet utifrån ansökningar. En tredjedel av den erhållna finansieringen skulle betalas för att upprätthåll-

la och utveckla förutsättningarna för forskningen till den enhet där den primärt utförs.

2.3.5 *Utvärdering av registerföringen inom hälsovården*

Den offentliga hälsovården är i lagstiftningen uppdelad mellan två funktioner, folkhälsoarbetet som avses i folkhälsolagen och specialistsjukvården som avses i lagen om specialiserad sjukvård. Enligt 5 § i folkhälsolagen ska kommunen sörja för folkhälsoarbetet. För denna uppgift ska kommunen enligt § 15 i samma lag ha en hälsovårdscentral. Enligt 10 § i lagen om specialiserad sjukvård ansvarar samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område för att den specialiserade sjukvården ordnas på enhetliga medicinska grunder.

Beträffande hanteringen av patientuppgifter syns tudelningen mellan folkhälsoarbete och specialistsjukvård i att dokumentationen om patientens vård fördelas på minst två olika patientregister. Mellan dessa register får information lämnas ut endast med patientens samtycke. I regel ska samtycket ges skriftligt. Primärvården och specialistsjukvården upplever att förfarandet i praktiken är komplicerat, försenar den faktiska vården av patienten och rentav kan äventyra patientsäkerheten när uppgifter som är nödvändiga för patientens vård inte är tillgängliga. I och med att vården av en patients sjukdom inom den offentliga sektorn är fördelad på två olika organisationer behövs de för vården nödvändiga uppgifterna i bägge organisationer.

En landsomfattande elektronisk arkiveringstjänst för patientuppgifter ska underlätta och försnabba utlämnandet av patientuppgifter mellan hälsovårdens tjänsteproducenter. Mellan primärvården och specialistsjukvården kommer patientens samtycke för utlämnande av uppgifter att behövs även när systemet är klart, såvida inte utlämnandet sker med stöd av en uttrycklig lagbestämmelse.

2.3.6 *Trenden för utläggning av verksamhet*

Inom social- och hälsovården i Finland har det uppkommit en omfattande arbetskraftsförmedlings- och bemanningsverksamhet

som styrs av privata bolag. Serviceproduktionen inom hälsovården läggs också allt oftare ut. Motiveringen såväl för hyrd personal som för utläggning av hälso- och sjukvårdstjänster har i praktiken varit de offentliga tjänsteproducenternas svårigheter att rekrytera oundgänglig personal, i synnerhet läkare. Åtminstone i offentligheten har det ytterst sällan använts argument som effektivisering och utveckling av tjänsterna eller ekonomiska inbesparningar för att motivera utläggningen.

Exempel på utlagda tjänster under den senaste tiden är bl.a. konkurrensutsättningen av läkarjouren i huvudstadsregionen och av produktionen på hälsostationerna i vissa större städer. De flesta utläggningarna av tjänster görs ändå i små och avlägset belägna hälsovårdscentraler. Upphandlingen av tjänsteheter i kommunerna ökar för närvarande inom omsorgen och munhälsovården. Det är områden som sannolikt kommer att växa också framöver.

Inom specialistsjukvården har upphandlingen skötts genom konkurrensutsättning av köptjänsterna produktvis. Vanliga köptjänster är bl.a. starroperationer och operationer av konstgjorda leder. Även diagnostiska undersökningar såsom tithålsundersökningar av magtarmkanalen upphandlas på sina håll.

Kommunerna har omvandlat sin egen tjänsteproduktion till kommunala affärsverk bl.a. när det gäller företagshälsovårdstjänster och diagnostiska tjänster. Det har även grundats en del samföretag för företagshälsovården eller för primärvårdens sjukvårdstjänster. Än så länge är inga utvärderingar av verksamheten eller ekonomin i dessa företag tillgängliga.

Kommunsektorn har försökt lösa utmaningen med personalrekryteringen bl.a. med kammungemensamma lösningar för upphandling av kortvariga vikariat. Man har också försökt påverka situationen genom ökat antal utbildningar och effekten av den kännbara ökningen inom läkarutbildningen kan redan skönjas på sjukhusen i att det är lättare att få läkare som specialiserar sig. Under de närmaste åren förväntas ökningen i läkarutbildningen också ge återverkan i hälsovårdscentralerna. Utläggningen av verksamheten i hela hälsovårdscentraler eller enskilda hälsostationer i till bemanningsföretag torde

dock fortgå de närmaste åren, om inte den offentliga sektorns konkurrenskraft när det gäller arbetskraft blir bättre.

Marknadsutvecklingen leder till att den samhälleliga styrningens betydelse ökar. Förutsättningarna för upphandlingskompetens måste stärkas och å andra sidan måste den offentliga sektorn kunna bemöta utmaningen med arbetskraftsrekrytering. Det är nödvändigt att det uppkommer tillräckligt stora bärare av ordnandeansvaret och tillräckligt stora arbetsgivare.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

3.1.1 Inledning

Hälso- och sjukvården har i uppgift att skapa hälsa och den etiska grundsyn som verksamheten utgår från är hjälpandets princip. Kraven på servicesystemet inom hälso- och sjukvården kommer att öka kraftigt under de närmaste åren. Den ökande och åldrande befolkningen ökar efterfrågan på service och nya vårdmetoder möjliggör effektiv vård av svårare sjukdomar än tidigare. Den tillgängliga arbetskraften minskar dock redan inom den närmaste framtiden. Samhällets ekonomiska möjligheter att tillhandahålla service påverkar också ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster.

Målet med propositionen är att förena de bestämmelser om innehållet i tjänsterna och serviceverksamheten som finns i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård, så att en klientorienterad hälso- och sjukvård kan befästas. Målet är att minska skilljemurarna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården och att främja det regionala samarbetet mellan olika branscher inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna om hälso- och sjukvårdens servicestrukturer och ansvar för ordnande av service gäller tills vidare i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och andra lagar som gäller hälso- och sjukvård. I den tidsbundna ramlagen finns det dessutom bestämmelser om samarbetsområden, som också påverkar servicestrukturerna inom hälso- och sjukvården.

Det är dock nödvändigt att lagen om hälso- och sjukvård stiftas som en självständig ändring av såväl lagstiftning som verksamhet, så att det blir möjligt att främja välfärd och hälsa och utveckla servicen. Även klientorienteringen stärks genom en reform av innehållet och funktionerna i servicen. En reform av servicestrukturen inom social- och hälsovården är dock nödvändig i framtiden, eftersom både verksamhetsmiljön och verksamhetssätten för hälso- och sjukvården har förändrats betydligt sedan folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård trädde i kraft. Servicestrukturen ska vara täckande och ekonomisk och den ska möjliggöra effektiv användning av resurserna. Kommunernas samarbete bör intensifieras inom ordnandet och tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster. Målet med lagen om hälso- och sjukvård är dock att stärka samarbetet mellan olika aktörer, även om den egentliga servicestrukturen ännu i detta skede inte ändras. Genom samarbete är det möjligt att förbättra produktiviteten i verksamheten, få fram en servicehelhet som är mera klientorienterad än nu och möjliggöra ett effektivt utnyttjande av data-tekniken.

Ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster hör till kommunernas primära uppgifter. Staten ansvarar för styrningen av hälsopolitiken och de allmänna verksamhetsbetingelserna. Staten reglerar genom lagstiftning kommunernas och samkommunernas uppgifter och deltar genom statsandelar även i finansieringen av verksamheten.

En av de centrala frågorna inom hälso- och sjukvården är hur hälsa och välfärd kan främjas och hur verksamhetsbetingelserna inom primärvården kan förbättras. Ju mera hälsa och välfärd kan främjas och ju bättre primärvården fungerar, desto mindre resurser behöver investeras i den specialiserade sjukvården. Genom det hälsofrämjande arbetet påverkar man människors levnadsvanor och ansvar för sin egen hälsa. Målet med hälso- och sjukvården är också att säkerställa att service av hög kvalitet är tillgänglig för invånarna i hela landet.

Det är ändamålsenligt att låta primärvården och den specialiserade sjukvården på basnivå samt socialvården närma sig varandra. Detta kunde ske t.ex. genom tillräckligt starka häl-

sovårdscentraler eller små sjukhusenheter. Det har ansetts att bl.a. ett ännu närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården, t.ex. genom att en del av den specialiserade sjukvården på basnivå förs över till den primära nivån, är ett sätt att stärka primärvårdens verksamhetsbetingelser.

Till exempel konsultationstjänster för olika specialiteter kunde vara specialsjukvård. Dessa tjänster bör finnas tillräckligt nära befolkningen i alla delar av landet. Däremot bör funktioner som kräver specialkompetens koncentreras till färre verksamhetsenheter än nu. Detta innebär också att den mest krävande specialiserade sjukvården ännu mera behöver koncentreras inom specialupptagningsområdena.

Den föreslagna lagen om hälso- och sjukvård innehåller ändringar som gäller innehållet i servicen och verksamheten och som görs med utgångspunkt i regeringsprogrammet, bedömningar av OECD och missförhållanden som annars visat sig finnas i verksamheten. I framtiden bör det finnas ännu närmare samarbete och arbetsfördelning mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Det är skäl att koncentrera de mest krävande tjänsterna mera än nu, vilket skulle innebära klart intensivare samarbete mellan specialupptagningsområdena. Det utvecklingsarbete som görs i samband med kommun- och servicestrukturprojektet (Paras-projektet) och resultaten av det nationella hälsovårdsprojektet och socialprojektet har utnyttjats i samband med beredningen av lagen om hälso- och sjukvård.

Främjandet av hälsa och välfärd bör ingå i allt beslutsfattande i kommunen och även i alla vårdprocesser. Genom lagen om hälso- och sjukvård skapas redskap för att följa befolkningens hälsa i kommuner och samkommuner samt stärks kommunernas och sjukvårdsdistriktens samarbete och stödet av sjukvårdsdistrikten i den regionala planeringen.

Hälso- och sjukvården finansieras i Finland i huvudsak med skattemedel. Om man ser till andelen av bruttonationalprodukten, har kostnaderna vant för hälso- och sjukvården låga hos oss – två till tre procentenheter lägre än hos våra nordiska grannar. Trots detta till-

handahåller vår hälso- och sjukvård ganska många tjänster. Detta gäller i synnerhet den specialiserade sjukvården. Antalet läkare som arbetar inom hälso- och sjukvården motsvarar i Finland medelnivån för OECD länderna, men antalet sjukskötare är klart högre än medelnivån för OECD länderna.

De hälsovårdscentraler och sjukhus som ägs av kommunerna och samkommunerna tillhandahåller den största delen av de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls i Finland. Den privata sektorn kompletterar det kommunala servicesystemet genom att tillhandahålla tjänster inom företagshälsovård, primärvård och specialiserad sjukvård.

Befolkningsstrukturen genomgår en kraftig förändring. Den äldre befolkningens relativa andel växer snabbt. Detta innebär en ökning i antalet kroniskt sjuka och en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt är dock en större andel av befolkningen friskare än tidigare. Den förväntade livslängden ökar och många sjukdomar blir sällsyntare. En allt större del av finländarna är dock överviktig. Detta i kombination med de senaste årens snabba ökning av användningen av berusningsmedel kommer under de närmaste åren att öka behovet på hälso- och sjukvårdstjänster. Genom främjande av hälsa, förebyggande åtgärder och hälsofostran kan man stävja den ökning av behovet på hälso- och sjukvårdstjänster som är att vänta. Det långsiktiga och i europeisk jämförelse mycket lyckade arbetet mot rökning är ett gott exempel på detta.

Kommunerna är enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård skyldiga att ordna med service inom primärvård och specialiserad sjukvård. Även om det i bägge fallen är kommunerna som ansvarar för ordnandet av service, har separat lagstiftning i praktiken lett till att dessa två sektorer fungerar på avstånd från varandra och utan fast koppling till varandra. Trots att det har bildats vårdkedjor för att få till stånd sammanhängande service finns det fortfarande överlappningar, och när patienten flyttas över från en sektor till en annan hamnar han eller hon ofta i kläm. Samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården har även störts av att datasystemen inte har varit kompatibla och av att det har varit skilda registerförare.

Enligt de färskaste undersökningsresultaten riktar närmare en tredjedel av verksamheten vid hälsovårdscentralerna in sig på förebyggande arbete. När det gäller den specialiserade sjukvården har det förebyggande arbetet närmast koncentrerats till sekundärprevention. Trots detta behövs det ännu mera systematisk verksamhet för att främja hälsan, inte bara inom hälso- och sjukvården, utan också vid planeringen av andra välfärdstjänster.

En grundtanke i lagen om hälso- och sjukvård är klientorientering. Avsikten är att befolkningens valmöjligheter när det gäller hälso- och sjukvård ska öka. Klienten eller patienten ska vara i centrum för servicen, så att tjänsterna och funktionerna i anslutning till dem organiseras på ett sätt som innebär att klientens eller patientens medicinska och odontologiska behov är utgångspunkten. Klienten eller patienten bör vara informerad om de vård- eller servicekedjor som gäller honom eller henne och bör ha en faktisk möjlighet att delta i och påverka sin egen servicekedja. Jämfört med nuvarande praxis kräver lagen om hälso- och sjukvård betydligt större möjligheter till val av vårdplats, elektronisk kommunikation och smidigare vård.

En annan grundtanke i regeringens proposition är att primärvården och den specialiserade sjukvården ska integreras så att socialväsendet, som bedriver nära samarbete med primärvården, beaktas i denna utveckling. När primärvården och den specialiserade sjukvården på basnivå förs ihop i samma enheter förbättras befolkningens möjligheter att få service i närheten av sin boningsort. Det leder även till mångsidigare verksamhet vid hälsovårdscentralerna och gör dem till mera lockande arbetsplatser.

Även den krävande verksamheten inom hälso- och sjukvården utvecklas så att det blir möjligt att ordna vård i hemmet, utan vårdperioder på bäddavdelning. Syftet med integrationen av primärvården och den specialiserade sjukvården är att stödja denna utveckling, så att patienten får den vård han eller hon behöver i rätt tid på den vårdplats som är mest ändamålsenlig, vilket också kan vara i hemmet.

I modellen med sjukvårdsdistrikt och hälsovårdscentraler sker integrationen på två ni-

våer. I sjukvårdsdistrikten verkar enheterna inom primärvården, som i första hand har i uppgift att samordna servicen inom primärvård och specialiserad sjukvård. Förutom detta placeras verksamheten inom den specialiserade sjukvården i anslutning till den nuvarande primärvården genom tillhandahållande av specialläkarkonsultationer (t.ex. geriatri, psykiatri och kardiologi).

Integreringen av primärvården och socialväsendet, som funktionellt sett ansluter sig till primärvården, och den specialiserade sjukvården på basnivå beräknas ge sådana rationaliseringsvinster att de kan användas till att stävja trycket på en ökning av de kostnader inom hälso- och sjukvården som bl.a. beror på ökad efterfrågan på service. En större koncentring av den mest krävande specialiserade sjukvården i specialupptagningsområdena beräknas ge vinster i form av förbättrad kvalitet och mera finslipade processer.

Målet är att skapa ett täckande, jämlikt och ändamålsenligt system för prehospitalet akut-sjukvård i hela landet, så att den prehospitala akutsjukvården bildar en regionalt funktionell helhet och en sammanhängande servicekedja tillsammans med sjukhusens jourverksamhet. Ett större befolkningsunderlag och geografiskt område än nu skulle möjliggöra en ändamålsenlig styrning samt övergripande planering av verksamheten. Samtidigt har man för avsikt att förtydliga ansvaret och uppgifterna för den som ordnar service och att gallra bort överlappande uppgifter.

Ett annat mål är att definiera vilka uppgifter som hör till den medicinska rehabiliteringen och ansvarsfördelningen med andra aktörer inom rehabiliteringssystemet. Målet är dessutom att förtydliga grunderna för rätten till medicinsk rehabilitering, så att servicekedjan från specialiserad sjukvård till primärvård fungerar effektivare när det gäller rehabilitering.

Avsikten är att ersättningsprinciperna i fråga om den statliga finansiering som beviljas för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå ska ändras så att systemet styrs på ett mera målinriktat och systematiskt sätt än nu. Avsikten är att statens ersättning för utbildning ska förbli oförändrad.

En grundläggande utgångspunkt i förslaget är att primärvården ska stärkas. Inom pri-

märvården behövs det en utveckling av den service som gäller förebyggande hälso- och sjukvård i enlighet med de nationella riktlinjerna och anvisningarna. När tyngdpunkten inom verksamheten ska flyttas över från en kurativ till en mera förebyggande verksamhet och främjande av hälsa, krävs det en klarare normstyrning av det förebyggande arbetet inom primärvården.

Verksamheten inom primärvården försvåras även av brist på arbetskraft och i synnerhet brist på läkare och tandläkare. Läkare- och tandläkarutbildningen har utökats kraftigt under de senaste åren. Detta underlättar sannolikt bristen på läkare och tandläkare vid hälsocentralerna under de närmaste åren. Arbetsätten bör förnyas och hälsovårdscentralernas arbetsförhållanden och ledning utvecklas. Exempel på hur detta kan uppnås är att läkare och vårdare eller tandläkare och tandhygienister arbetar i par, att befolkningsansvaret begränsas till mindre befolkningsgrupper än nu och att utbildningen av specialister inom allmän medicin effektiviseras. En integrering av primärvården och den specialiserade sjukvården på det sätt som föreslås i propositionen bör stärka verksamheten inom primärvården. För att primärvården ska kunna stärkas krävs det även en ökning av personalen inom denna sektor.

Skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper är större i Finland än i genomsnitt i OECD länderna. Trots att hälso- och sjukvårdens medel för att påverka befolkningens hälsa är begränsade, har det dock kunnat påvisas att en smidig tillgång till vård framför allt när det gäller primärvården påverkar befolkningens hälsa. Därför är det av central betydelse att primärvården fungerar när man strävar efter att minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Det är också en fråga om rättvisa och jämlikhet. Den högsta sjukfrekvensen hänger samman med lägre utbildningsnivå, inkomstnivå och utslagning samt åldrande. Dessa befolkningsgrupper har ingen möjlighet att anlita företagshälsovården eller privata tjänster.

3.1.2 Förhållande till socialvården

Den kommunala sociala servicen och primärvården har på grund av sin respektive ut-

vecklingshistoria byggts upp på var sin grund – den sociala servicen utifrån den service som primärkommunernas socialväsande har ordnat och tillhandahållit med stöd av socialvårdslagen och primärvården utifrån den service som antingen primärkommunerna eller samkommunerna har ordnat och tillhandahållit.

Förutom att stärka primärvården har förslaget även som mål att stärka samarbetet mellan socialvården och hälso- och sjukvården. Målet är att skapa sammanhängande vård- och servicehelheter genom att effektivare än nu samordna social- och hälsovårdstjänsterna och genom att avlägsna eller minska de skiljemurar som finns. Målet är också att så långt som möjligt förenhetliga förfarandena vid organiseringen av service och verksamhets-sätt.

Enligt ramlagen kan kommunerna för att stärka sitt samarbete inrätta ett samarbetsområde som består av en funktionell helhet. Ett av målen med ramlagen är att föra över ansvaret för ordnande av primärvård och den service inom socialväsandet som har nära anknytning till primärvården från kommunerna till samarbetsområden, om kommunerna inte uppfyller ramlagens krav om ett visst befolkningsunderlag. Vid bildandet av samarbetsområden har det dock kunnat observeras att i synnerhet socialvårdens servicesystem är splittrat. Ansvaret för en del av socialvårdstjänsterna har lämnats åt kommunerna, medan en del har förts över till samarbetsområdena. Om en kommun för över endast en del av socialvårdstjänsterna till samarbetsområdet, fjärras socialvårdens och hälso- och sjukvårdens uppgifter från varandra och socialvården splittras. Administrativa gränser medför problem när det gäller ordnande av smidig service för klienterna, hantering av kostnadsökningar och höjning av produktiviteten. Dessutom medför en splittring av socialvårdstjänsterna överlappande förvaltning. Målet är dock att socialvården och primärvården ska bilda en sammanhängande helhet i kommunerna eller samarbetsområdena. Avsikten är att den tidsbundna ramlagstiftningen ska ändras så att det uppstår enhetlighet och samverkan inom social- och hälsovården.

Ett smidigt samarbete mellan primärvården och socialväsandet är särskilt viktigt när det gäller service för den äldre befolkningen, mentalvårdsarbete och missbrukarvård. Behovet av samarbete accentueras dock även när det gäller tryggheten av barnskydd och även i vidare bemärkelse tryggheten av hälsa och välfärd för barn, unga och familjer, bl.a. genom effektivare service inom rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor samt vid rådgivningsbyråerna för barnavård. Ur klientens perspektiv är fungerande servicesystem, tillgänglig service vid behov och kravet på sammanhängande servicekedjor inom social- och hälsovården centrala aspekter även när servicen för handikappade, vare sig det gäller basservice eller särskild service, ska utvecklas och ordnas. Målet med lagförslaget är att samarbetet mellan primärvården och socialväsandet ska genomföras så att det uppstår en servicekedja som är sammanhängande för klienten och så att det inte uppstår administrativa skiljemurar mellan olika serviceformer. Sammanhängande service, patientens eller klientens rättigheter och en likvärdig behandling bör tryggas inom allt från den förebyggande servicen till anstaltsvården. Ett centralt villkor för sammanhängande service är att man inom social- och hälsovården har så många gemensamma datasystem som möjligt, i synnerhet när det gäller gemensamma klienter. Förutsättningar för samarbete skapas även av de regionala strukturerna för forskning och utveckling som till behövliga delar är gemensamma för social- och hälsovården och som omfattar olika regionala försök som social- och hälsovårdsministeriet har finansierat i projektförhållande. Även på nationell nivå har det gjorts utredningar till grund för utarbetandet av gemensamma regionala utvecklingsstrukturer.

3.2 De viktigaste förslagen

För att öka klientcentreringen föreslås det att patienten ska ha möjlighet att välja vårdplats. Det föreslås att patientens möjlighet att välja sin egen vårdplats utvidgas stegvis. I den första fasen föreslås det att patienten ska

ha möjlighet att välja hälsostation inom sin kommuns område och verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården inom specialupptagningsområdet i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Det föreslås dessutom att en person i vissa livssituationer ska kunna söka sig till en hälsovårdscentral eller till kommunal specialiserad sjukvård även någon annanstans i Finland för vård i enlighet med sin vårdplan. Patienten föreslås även ha möjlighet att inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten vid en verksamhetsenhet tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne. Det föreslås att fortsatt vård ska förverkligas så att patienten alltid då det är möjligt med tanke på ett ändamålsenligt ordnande av vården hänvisas till vård av den läkare eller tandläkare som tidigare har skött honom eller henne. I nästa fas, som inleds 2014, föreslås det att patientens valmöjligheter utvidgas så att de gäller hela landet i fråga om valet av såväl hälsovårdscentral som verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården. Förslaget innehåller även bestämmelser som stärker patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänsterna.

I förslaget betonas främjandet av hälsa och välfärd och förebyggandet av hälsoproblem. I förslaget ingår det en skyldighet att i kommunens strategiska planering uppställa mål i fråga om åtgärder och service för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och för att förebygga problem samt i fråga om resurser som ska reserveras för detta. Avsikten är att man så bra som möjligt ska kunna möta invånarnas behov i fråga om hälsa och välfärd och att kommunens beslut ska stödja en sund livsmiljö och invånarnas möjligheter att främja sin egen hälsa.

När en patient förs över från primärvården till den specialiserade sjukvården eller tvärtom, och även när han eller hon flyttar, eller av andra skäl börjar anlita de tjänster som en annan verksamhetsenhet inom primärvården tillhandahåller, är det nödvändigt med tanke på god vård och patientsäkerheten att den aktör som ansvarar för vården har goda uppgifter om patientens tidigare undersökningar,

sjukdomar och vårdåtgärder. För att detta ska vara möjligt föreslås det att det inom sjukvårdsdistriktets område bildas ett gemensamt register över patientuppgifter, i vilket inte bara sjukvårdsdistriktet deltar, utan även alla enheter inom primärvården i området i fråga. Mellan de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som ingår i ett gemensamt register kan patientuppgifter lämnas ut på ett flexiblere sätt än nu, samtidigt som patienten även i fortsättningen kan förhindra utlämnande av uppgifter.

Bestämmelser om servicestrukturen och ansvaret att ordna service inom primärvården och den specialiserade sjukvården kommer även i fortsättningen att finnas i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Genom lagen om hälso- och sjukvård genomförs de ändringar som gäller innehållet i servicen och verksamheten på ett sådant sätt att de stöder samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialvården, och så att de även möjliggör en minskning av skiljemurarna mellan dessa, även om man ännu genom denna proposition inte har möjlighet att ingripa i den egentliga servicestrukturen.

Samarbete mellan hälso- och sjukvården, i synnerhet primärvården, och socialvården är möjligt om kommunen så vill. Det föreslås att det i lagen om hälso- och sjukvård ska ingå en skyldighet för dem som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster att samarbeta med dem som ordnar socialvårdstjänster, till den del en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna kräver det.

Den prehospitla akutsjukvården föreslås i fortsättningen höra till sjukvårdsdistriktets uppgifter. Begreppet prehospital akutsjukvård definieras så att det inbegriper begreppen sjuktransport och medicinsk räddningsverksamhet, som används i de gällande bestämmelserna. Första insatsen blir en del av den prehospitla akutsjukvården. Sjukvårdsdistriktet föreslås planera och styra systemen för prehospital akutsjukvård inom sitt område så att de bildar fungerade helheter tillsammans med dels kommunerna i området och dels andra sjukvårdsdistrikt som hör till specialupptagningsområdet. Servicenivån för den prehospitla akutsjukvården i området fastställs genom det beslut om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården som fat-

tas av sjukvårdsdistriktet. I sjukvårdsdistriktet skapas ett fältledningssystem för hälso- och sjukvården. Det föreslås att det upprättas centraler för prehospita akutsjukvård i specialupptagningsområdena, vilka har i uppgift att ansvara för den prehospitala akutsjukvården med tjänstgörande läkare, den praktiska patientstyrningen, verksamheten med regionala administratörer för myndighetsradionätet inom social- och hälsovårdsväsendet och för en del av uppdateringen av myndigheternas fältdatasystem i specialupptagningsområdena, samt att samordna de larmanvisningar av social- och hälsovårdsväsendet som ges till nödcentralerna inom områdena. Centralerna för prehospita akutsjukvård planerar och beslutar även om läkarhelikopterverksamheten i områdena.

I lagförslaget preciseras ordnandet av och uppgifterna för samt ansvarsfördelningen i fråga om den medicinska rehabiliteringen.

Det föreslås att grunderna för den finansiering som betalas för vetenskaplig forskning på universitetsnivå ändras. Det föreslås att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer fastställer prioriteringsområdena och målen för universitetens hälsovetenskapliga forskning för fyra år framåt, vilket har som syfte att förbättra ministeriets möjligheter att styra inriktningen av forskningen och systemets transparens. Social- och hälsovårdsministeriet beviljar statlig finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå till specialupptagningsområdena, och de forskningskommittéer som tillsatts för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå delar ut finansieringen till forskningsprojekten inom områdena. Ministeriet beslutar om hur finansieringen ska fördelas på specialupptagningsområdena genom ett beslut som gäller för fyra år i sänder och som baserar sig på genomförandet av prioriteringsområdena och målen för forskningen i specialupptagningsområdena samt på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den tidigare fyraårsperioden. Specialupptagningsområdets forskningskommitté beslutar inom sitt område om beviljande av forskningsfinansiering för forskningsprojekt på basis av ansökan.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Bedömningsgrunder för hälso- och sjukvård

Vid bedömningen av lagförslaget är följande mål och centrala principer för hälso- och sjukvården centrala allmänna bedömningsgrunder: förbättrandet av tillgången till och smidigheten när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster samt utvecklandet av den prehospitala akutsjukvården, ökandet av invånarnas valmöjligheter när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster, skapandet av möjligheter till att använda hälso- och sjukvårdens resurser på ett rationellt sätt, förbättrandet av hanteringen av och förutsebarheten när det gäller utgiftsutvecklingen, främjandet av ekonomin och produktiviteten inom serviceproduktionen, ökandet av primärvårdens attraktionskraft för såväl befolkningen som vårdpersonalen och utvecklandet av kommunernas, samkommunernas och samarbetsområdenas kunnande i fråga om att köpa och beställa tjänster.

Ändringarna i sig för inte nödvändigtvis automatiskt med sig så stora förändringar i den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården. Hur betydande konsekvenserna blir beror i avgörande grad på hur ändringsförslagen omsätts i praktiken och i synnerhet i hur stor utsträckning de åtgärder som föreslås blir genomförda. Om sättet på vilket tjänsterna produceras och verksamhetssätten i allmänhet förblir oförändrade, kan konsekvenserna vara obetydliga.

Följande frågekomplex kan nämnas som exempel på utmaningar som det finländska hälso- och sjukvårdssystemet står inför: den snabbt åldrande befolkningen och pensionsavgången, säkerställandet av tillgången till arbetskraft, ordnandet av specialiserad sjukvård på ett produktivare sätt, förbättrad förutsebarhet i fråga om utgiftsutvecklingen inom hälso- och sjukvården, klarare finansiering, beslutsfattandet i fråga om vård och kriterier för vård, befolkningsgrupper som kräver särskild uppmärksamhet (handikappade, kroniskt sjuka, osv.), de utmaningar som uppstår p.g.a. datateknik och bioteknik och ökandet av befolkningens eget ansvar för sin hälsa.

4.2 Ekonomiska konsekvenser

4.2.1 Konsekvenser för den kommunala ekonomin

Enligt förslaget förblir ansvaret för finansieringen av hälso- och sjukvården hos kommunerna. Kommunerna har beskattningsrätt och förutom det deltar staten i kostnaderna för hälso- och sjukvården genom en statsandel och statsunderstöd för utvecklingsprojekt.

Lagen om statsandel för kommunal basservice trädde i kraft den 1 januari 2010. Även i det nya systemet räknas kommunens statsandel så att kommunens självfinansieringsandel, som är av samma storlek per invånare i alla kommuner, dras av från beräkningsgrunden för den statsandel som beräknats skilt för varje kommun. I de sammanslagna statsandelarna finns det en enhetlig fast statsandelsprocent, som beskriver kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna. År 2010 är statsandelprocenten 34,08 procent.

Den statliga finansiering som grundar sig på statsandelssystemet är övergripande och icke öronmärkta pengar för kommunerna, som kommunerna själva får bestämma hur de vill fördela inom kommunerna.

När beräkningsgrunden för statsandelen ska fastställas för social- och hälsovården är bestämningsgrunderna kommunens invånarantal, åldersstrukturen, arbetslösheten, invånarnas sjukfrekvens, antalet gravt handikappade, behovet av barnskydd, andelen personer som är anställda inom service- och förädlingsbranschen av den sysselsatta arbetskraften och perifert läge.

En allt större andel av kommunernas utgifter utgörs av utgifter inom social- och hälsovårdsväsendet. Deras andel av kommunernas utgifter var 54 procent år 2008.

Kommunernas och samkommunernas driftskostnader för social- och hälsovården ökade nominellt med i genomsnitt 6,7 procent per år under åren 2005–2008. Den största ökningen skedde i fråga om anstalts- och familjevård inom barnskyddet (i genomsnitt 13,5 procent per år), annan service för äldre och handikappade än anstaltsvård och hemservice (i genomsnitt 12,2 procent per år) och tandvård (i genomsnitt 7,8 procent per år).

De sammanlagda statsandelarna för basservicen som budgeterats för finansministeriets förvaltningsområde är 7 877 miljoner euro för 2011. Under ramperioden ökar statsandelarna för basservicen med sammanlagt 342 miljoner euro jämfört med år 2010, alltså med i genomsnitt 1,1 procent om året.

Variationen från år till år i utgifterna för den specialiserade sjukvården minskar väsentligt när befolkningen överstiger 20 000 invånare. Större organisationer inom social- och hälsovården gör det möjligt att ordna flexibel och effektiv service och att dra nytta av skalfördelar. Till exempel inom primärvården har det uppskattats att hälsovårdscentraler med cirka tio läkare är tillräckligt stora med tanke på effektiv produktion av primärvårdstjänster och samtidigt tillräckligt stora för att trygga fungerande dagtida jour- och vikariearrangemang samt utbildning av personalen. Tillgången till personal och tryggheten av kompetensen är bland de viktigaste skälen för större enheter inom servicesystemet.

Det ökande behovet av service och hanteringen av hälso- och sjukvårdskostnaderna kräver ett fungerande system för hälso- och sjukvårdstjänster, främjande av hälsa och välfärd samt ännu närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Reformen genomförs inom ramen för rambesluten för statsfinanserna och den årliga budgetpropositionen. Förslaget innehåller vissa faktorer som kan ge upphov till kostnadsökningar, men på motsvarande sätt även ett flertal punkter som antingen tyglar kostnadsökningar eller direkt möjliggör kostnadsinbesparingar.

Enskilda ändringar i lagen om hälso- och sjukvård kan ha sådana drag som ökar kostnaderna eller som hänger samman med ersättningen av kostnader kommunerna emellan. En sådan ändring är t.ex. möjligheten att själv välja vårdplats. Såväl internationella som nationella erfarenheter visar att rätten att välja en annan vårdplats än den som är närmast boningsstället används ganska sällan. I så fall är de kostnadseffekter som beror på anpassningen av servicesystemet till förändringarna i efterfrågan lika stora som de slumpmässiga fluktuationerna i kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader. Ordnan-

det av en jour för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare inom specialupptagningsområdena befäster nuvarande praxis och ger inte upphov till utgifter någon annanstans än i Birkalands specialupptagningsområde, där man inte har ordnat denna verksamhet.

Flera punkter i förslaget gör det möjligt att hantera kostnadsutvecklingen. Till exempel betonas ett förbättrande av primärvården på många sätt. En fungerande primärvård är i nyckelposition när kostnadsutvecklingen ska hållas under kontroll. Också genom att stärka främjandet av hälsa kan man tygla de kostnader som uppstår på grund av hälso- och sjukvårdstjänster, sjukfrånvaro och förtida pensionering.

Lagen om hälso- och sjukvård möjliggör även kostnadsinbesparingar. De förväntas uppstå för det första tack vare möjligheten att effektivare än nu kunna utnyttja resurserna och att bättre kunna tillhandahålla olika tjänster i form av sammanhängande helheter. Även de planer för ordnande av hälso- och sjukvård och de avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som ingår i förslaget stöder sådant mera systematiskt och övergripande ordnande av service. På samma sätt syftar skyldigheten att göra upp en plan för kvalitetskontroll och patientsäkerhet till effektivare användning av resurserna. Problem i anslutning till vårdkvaliteten har betydande ekonomiska och hälsomässiga konsekvenser i form av onödigt provtagning, vårdfel, felmedicinering och förlorad arbetstid. Genom genomförandeplanen strävar man uttryckligen efter att minska de onödiga utgifter som dessa ger upphov till för kommunerna och sjukförsäkringssystemet. Dessutom förbättrar de uppgifter som gäller samordning av den prehospitala akutsjukvården i specialuppsamlingsområdet styrningen av verksamheten och medför på så sätt kostnadsinbesparingar.

Förslaget till lag om hälso- och sjukvård gäller hela hälso- och sjukvården med sina många olika serviceformer och sitt stora klient- och patientantal. Därför kan eventuella kostnadsökningar och kostnadsinbesparingar inte uppskattas eller slås fast med samma precision som i allmänhet när det gäller för-

slag till ändring av en serviceform där ändringen gäller ett snävt delområde inom social- och hälsovårdssektorn eller ett lättbestämt antal användare av en viss serviceform. Den sammanlagda effekten av de faktorer i lagen om hälso- och sjukvård som ökar och minskar utgifterna ökar inte utgifterna för den kommunala ekonomin. När det gäller statskonomin uppskattas den sammanlagda effekten öka statens utgifter med ca 10 miljoner euro om året, vilket kan passas in i de nuvarande ramarna för social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde.

Lagreformen om hälso- och sjukvården genomförs inom ramarna för det rambeslut för statsfinanserna som fattades den 30 mars 2010. Det uppskattas att den sammanlagda effekten av de faktorer i lagen om hälso- och sjukvård som ökar och minskar utgifterna, endast år 2011 ökar utgifterna för den kommunala ekonomin. Ökningen är 10 miljoner euro, vilket innebär en ökning på 5 miljoner för statsandelen för basservicen (mom. 28.90.30). Denna ökning genomförs inom ramen för den 21,25 miljoner euro stora ökningen av den statsandel för basservicen som enligt regeringsprogrammet är avsedd för att förbättra social- och hälsovårdstjänsterna. Dessutom har det i det tidigare nämnda rambeslutet för statsfinanserna reserverats 11,8 miljoner euro i statlig finansiering för läkarhelikopterverksamheten (mom. 33.0.26) och 9,25 miljoner euro för genomförandet av statsrådets förordning om rådgivningsbyråverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga.

4.2.2 Rådgivningstjänster för äldre

Hälsa och funktionsförmåga har en avgörande betydelse för äldre personers behov av social- och hälsovårdstjänster. Genom att främja äldre personers hälsa och välfärd och förebygga sjukdomar och olycksfall kan man tygla kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster. Utvecklingen i fråga om den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga påverkar kostnadstrycket på utgifterna inom

social- och hälsovården mera än utvecklingen i fråga om antalet äldre personer i sig. Genom att utveckla rådgivningstjänsterna samt hälso- och sjukvårdstjänsterna kan man främja en förbättring av hälsan och funktionsförmågan hos äldre personer, vilket hjälper dem att klara sig på egen hand, ha högre livskvalitet och ha möjlighet att vara aktiva samhällsmedlemmar. Med hjälp av sådan rådgivning och handledning som främjar hälsa och funktionsförmåga kan man minska kroniska sjukdomar och skjuta fram behovet av vård och omsorg till ett senare skede i livet, vilket stävjar ökningen av utgifterna för social- och hälsovården. Genom förebyggande åtgärder och tidiga ingripanden när äldre personer får försvagad funktionsförmåga och hälsoproblem kan man i betydande grad påverka t.o.m. behovet av långtidsvård. Det finns forskningsresultat som visar att riskhantering, såsom förebyggande av fallolyckor samt kostrådgivning och i synnerhet mera motion, har effekt och att det lönar sig att göra tidiga ingripanden när äldre personers funktionsförmåga försvagas.

Finansieringen för rådgivningstjänster och hembesök som främjar välfärden för de äldre kan delvis grunda sig på en omorganisering av kommunernas verksamhet och service, en ändring av uppgiftsbeskrivningarna för dem som arbetar med äldreservice och utnyttjande av teknik. Om rådgivningstjänsterna för de äldre samlas så att det är lätt för kommuninvånarna att hitta dem utan att behöva ta kontakt många gånger med olika personer som arbetar för kommunen, skulle det även skapa möjligheter att rationalisera de anställdas tidsanvändning. Den äldre befolkningen ökar dock i antal kontinuerligt, vilket betyder att skapandet av ett nätverk för rådgivningstjänster för äldre ökar behovet av arbetskraft i övergångsskedet och därmed även kommunernas utgifter. På längre sikt kan man dock vänta sig att rådgivningstjänsterna hjälper till att förbättra äldre personers funktionsförmåga och då kan kommunerna föra över resurser från de tjänster som orsakar de största utgifterna till rådgivningstjänsterna för de äldre.

Konsekvenserna för kommunens utgifter av hembesök som främjar välfärden varierar i enlighet med om det är fråga om verksamhet

som inleds eller som redan är etablerad i kommunen. Utgifterna påverkas även av i vilken omfattning och på vilket sätt besöken görs i kommunen för närvarande och hur kommunen beslutar att de ska inriktas och göras i fortsättningen. Enligt en undersökning från Stakes gjordes det förebyggande hembesök i 188 kommuner år 2007 och i 65 kommuner höll man på att inleda eller planerade man sådan verksamhet. Verksamhetens omfattning varierade från kommun till kommun.

Arbetstiden för det första besöket som görs i form av hembesök som främjar välfärden är enligt en uppskattning från arbetsgruppen Ikäneuvo i genomsnitt tre timmar, vilket förutom det direkta klientarbetet även inbegriper förberedelser i förväg samt den dokumentation som behövs, resor och multiprofessionellt samarbete. På så sätt är produktionskostnaderna för ett hembesök som främjar välfärden i genomsnitt ca 120 euro för kommunen. Om avstånden i kommunen är korta uppskattar arbetsgruppen att arbetstiden för det första besöket kan vara i genomsnitt 2-2,5 timmar. Kostnaderna för uppföljningsbesök eller uppföljning som genomförs på annat sätt kan i genomsnitt uppskattas vara klart lägre än kostnaderna för det första besöket.

En heltidsanställd arbetstagare kan rent kalkylmässigt årligen göra uppskattningsvis ca 370 första besök i form av hembesök som främjar klientens välfärd.

Rådgivningstjänster och hembesök som främjar välfärden bör vara avgiftsfria för klienten. Om dessa tjänster är avgiftsfria följer det de allmänna riktlinjer som finns i den gällande lagstiftningen om att förebyggande social- och hälsovårdstjänster som ordnas av kommunerna ska vara avgiftsfria. Avgiftsfri service är viktig för att säkra en låg tröskel för verksamheten, för att nå personer i svag ekonomisk ställning och för att minska skillnaderna i välfärd och hälsa bland befolkningen.

För att rådgivningstjänsterna och hembesöken som främjar välfärden ska kunna utökas, innehållet utvecklas och effekten förbättras krävs det utbildning av personalen. Denna utbildning kan i huvudsak vara sådan utbildning som hör till inskolningen och den nuva-

rande lagstadgade fortbildningen inom social- och hälsovården.

4.2.3 Prehospital akutsjukvård

Om ansvaret för ordnande av prehospital akutsjukvård förs över till sjukvårdsdistrikten blir det möjligt att planera verksamheten på ett mera ekonomiskt sätt. Om patientförflyttningar som inte är brådskande skiljs från den prehospitala akutsjukvården och om centraler för prehospital akutsjukvård tas i bruk och läkar- och experttjänsterna inom den prehospitala akutsjukvården koncentreras till sjukvårdsdistrikten, minskar kostnaderna, eftersom det blir möjligt att planera och styra verksamheten bättre än nu.

Finansieringssystemet för den prehospitala akutsjukvården och sjuktransporterna har tre kanaler. De som deltar i finansieringen är de kommuner och samkommuner som upprätthåller hälsovårdscentralerna, Folkpensionsanstalten med stöd av sjukförsäkringslagen och patienten genom sin självriskandel. Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts resor som gjorts med ett sjuktransportfordon utifrån den försäkrade och resan. Ersättning betalas endast för de kostnader som resan gett upphov till och inte för prehospital akutsjukvård som getts före eller under transporten, och i regel inte heller för uppgifter som gör att transport inte behövs. Ersättning betalas bara för en enhet, även om flera enheter har deltagit i vården av patienten.

År 2008 betalade Folkpensionsanstalten ut sammanlagt 77 miljoner euro i ersättningar för sjuktransporter. Ersättning betalades för ca 490 000 ambulansresor till en vårdplats och hemresor och ca 61 000 transporter av öppenvårdspatienter från en vårdplats till en annan.

Det finns ingen riksomfattande statistik över hur arrangemangen är ordnade eller hur många ambulanserna är, eftersom kommunerna och samkommunerna självständigt ansvarar för ordnandet av sjuktransporter. För närvarande finns det avtal om tjänsteproduktion mellan privata tjänsteproducenter och drygt 200 kommuner och samkommuner. Räddningsväsendet är tjänsteproducent i ca 60 kommuner och samkommuner, och i andra kommuner och samkommuner sköts

sjuktransporterna som kommunens eller samkommunens egen verksamhet. Inkomsterna för den sjuktransportföretagare eller det räddningsverk som är tjänsteproducent består av den sjukförsäkringsersättning som betalas för transporten av patienten och den beredskapsersättning som kommunen betalar. Nödcentralen fattar på basis av den riskbedömning som görs per telefon beslut om huruvida ambulans ska tillkallas. Hos patienten gör ambulanspersonalen en bedömning av vårdbehovet och om patienten anses vara i behov av transport, förs han eller hon till en vårdinrättning. Tjänsteproducenten fakturerar därefter genom ett fullmaktsförfarande Folkpensionsanstalten för en ersättning som baserar sig på kilometersträckan. Om patienten inte är i behov av transport, betalas ingen sjukförsäkringsersättning. I ett flertal kommuner har man med tanke på denna situation kommit överens om att kommunen betalar en separat ersättning till tjänsteproducenten ifall det visar sig att transport inte behövdes.

Det är omöjligt att göra några exakta bedömningar av de nuvarande kostnaderna för sjuktransporterna. Eftersom det inte finns några bestämmelser i lagstiftningen om innehållet i eller målen för verksamheten med sjuktransporter, har kommunerna själva kunna bestämma om hurudana lokala avtal om nivån på servicen man har. En ambulans som står i omedelbar (60 sekunder) beredskap att rycka ut dygnet runt och som är bemannad med två förstavårdare kostar ca 450 000–550 000 euro per år. Summan inbegriper fordon och utrustning samt lönekostnaderna för personalen inklusive bikostnader enligt löneklasserna i det kommunala tjänstekollektivavtalet. Om kravet på utryckningsberedskapen sänks, sjunker lönekostnaderna i motsvarande grad. I synnerhet i glesbygdsområden är det ganska vanligt att utryckningsberedskapen är 15 minuter åtminstone under en del av dygnet. Dessutom kan en privatföretagare prissätta sina tjänster självständigt. Privata tjänsteproducenter har utöver detta även avtalat om uppgifter som gäller transport vid patientförflyttningar med enheter inom hälso- och sjukvården, inrättningar inom socialväsendet och larmtelefonföretag. Samma enheter och personal sköter såväl kommunens brådskande sjuktransportuppgifter som såda-

na uppgifter för andra avtalsparter som gäller patientförflyttningar som inte är brådskande, och det går inte att urskilja någon klar bild ur företagets kassaflöde av den andel som gäller skötseln av brådskande sjuktransporter.

När ansvaret för att ordna prehospita akut-sjukvård förs över till sjukvårdsdistrikten, förbättras styrningen av den prehospita akutsjukvården och blir det möjligt att koncentrera kompetensen till en läkare som är heltidsansvarig för den prehospita akutsjukvården inom sjukvårdsdistriktet. För närvarande har såväl hälsovårdscentralerna som sjukvårdsdistrikten ordnat verksamheten med läkare som ansvarar för den prehospita akutsjukvården och verksamheten har varit delvis överlappande. Enligt en rapport av en utredare som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:26; svenskt sammandrag) har det vid 91 procent av hälsovårdscentralerna utnämnts en ansvarig läkare, men endast 31 procent av dem har tillräckligt mycket arbetstid att avsätta för uppgiften. Av hälsovårdscentralerna meddelade 58 procent att den ansvarande läkaren har tillräcklig kompetens för att kunna sköta uppgifterna. Avsikten är att arbetsinsatserna av de läkare som på deltid har skött de uppgifter som hör till den läkare som ansvarar för den prehospita akutsjukvården vid hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten ska koncentreras så att det blir möjligt att inrätta tjänster som heltidsansvarig läkare för den prehospita akutsjukvården inom sjukvårdsdistrikten. Till denna del medför ändringen inga tilläggsutgifter. Den läkare som ansvarar för den prehospita akutsjukvården kan då bättre än nu samordna verksamheten inom områdets system för prehospita akutsjukvård, vara medicinsk chef för fältcheferna inom den prehospita akutsjukvården och för områdets förstavårdare samt tillsammans med företrädare för den specialiserade sjukvården planera patienternas vårdhänvisningar. En välplanerad vårdhänvisning minskar utgifterna, eftersom den innebär att patienten kan föras direkt till en ändamålsenlig vårdplats.

Personalen vid räddningsverken utgörs av personer som har avlagt räddningsmannaxamen och, när räddningsverket tillhandahåller kommunen sjuktransporttjänster, ofta

även yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för sjuktransportuppgifterna. Enligt en utredning som gjordes av räddningsverket i Satakunta år 2008 är ca 20 procent av räddningsväsendets heltidsanställda personal på ca 5 200 personer även yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården. Eftersom räddningspersonalen sköter både brand- och räddningsuppgifter och en del av tiden sjuktransportuppgifter, är det svårt att urskilja finansieringsandelarna för sjuktransporterna från brand- och räddningsverksamheten i verkens utgiftsstruktur.

År 2005 förutsatte Penningautomatföreningen att för att understöd från RAY ska kunna betalas ut för läkar- och räddningshelikopterverksamhet, ska sjukvårdsdistrikten stå för de medicinska kostnaderna som läkarhelikopterverksamheten ger upphov till. I enlighet med detta har sjukvårdsdistrikten stått för de medicinska kostnaderna för de läkarhelikoptrar som används inom Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands, Norra Savolax och Norra Österbottens specialupptagningsområden. Endast i Birkalands specialupptagningsområde har det saknats sådan verksamhet. Enligt lagförslaget ska ett specialupptagningsområde upprätthålla en jour för prehospita akutsjukvård med tjänstgörande läkare inom sitt område. Förslaget befäster till denna del redan nu rådande praxis och orsakar med undantag för Birkalands specialupptagningsområde inga tilläggskostnader.

Vid många räddningsverk finns det tjänster som medicinsk chef för ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten. De medicinska cheferna är fältchefer för den prehospita akutsjukvården och sjuktransporterna i akuta vård-situationer som inbegriper flera myndigheter och flera patienter, och deltar dessutom i vården av patienter i mera krävande fall. Om ett riksomfattande fältledningssystem för den prehospita akutsjukvården tas i bruk, ökar det kommunernas utgifter i vissa delar av landet, eftersom det nuvarande systemet inte täcker hela landet. Enligt en utredning om räddningsväsendet (SM075:00/2006) fanns det 8 lediga tjänster inom räddningsväsendet 2006 och samma antal inom hälso- och sjukvården. För att ett täckande fältledningssystem för den prehospita akutsjukvården ska kunna byggas upp, krävs det att

ca 20–30 nya tjänster inrättas, vilket ökar utgifterna med sammanlagt ca 7 100 000 euro, av vilket statsandelen utgör ca 3 550 000 euro. Avsikten är att ändringen av lednings-systemet för den prehospitala akutsjukvården ska genomföras stegvis genom att man tar med utgifterna i ramberedningen för åren 2012–2015 och i de årliga budgetförslagen.

Det föreslås att samordningen av planerade patientförflyttningar mellan vårdinrättningarna i ett specialupptagningsområde ska skötas av centralen för prehospital akutsjukvård i specialupptagningsområdet. Det är här fråga om en ny uppgift, som ger upphov till personalkostnader. För närvarande beställer enheterna inom hälso- och sjukvården självständigt förflyttningar mellan olika vårdinrättningar och verksamheten planeras inte ur ett helhetsperspektiv, vilket leder till att användningen av utrustning är oändamålsenlig. Genom bättre planering av förflyttningarna mellan olika vårdinrättningar inom hela specialupptagningsområdet uppnås betydande inbesparingar när utrustningen kan användas på ett effektivare sätt.

I övrigt är det svårt att uppskatta kostnaderna för en utveckling av den prehospitala akutsjukvården, eftersom det är svårt att utreda de nuvarande kostnaderna. I det beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården som fattas inom sjukvårdsdistriktet fastställs det riktgivande tider för hur snabbt befolkningen ska nås i olika områden inom sjukvårdsdistriktet, bl.a. utifrån befolkningstätheten och det uppskattade antalet arbetsuppgifter. Vid planeringen av verksamheten utgår man från att hela befolkningen ska betjänas jämligt, och man planerar inte längre utifrån kommuner och kommungränser. Det är svårt att på förhand uppskatta vilken nivå sjukvårdsdistriktet kommer att fastslå i sina beslut i fråga om den tid på vilken patienter ska nås. Ju snabbare man försöker nå en patient, desto fler ambulanser behöver vara till förfogande, och desto oftare, och kostnaderna för detta avspeglar sig direkt på kostnaderna för den prehospitala akutsjukvården.

Social- och hälsovårdsministeriet har i sitt ramförslag för 2011–2014 föreslagit att den förvaltningsenhet som ska inrättas när man övergår till en ny organisationsmodell för lä-

karhelikopterverksamheten från 2011 ska beviljas 11 800 000 euro för att täcka kostnaderna för förvaltningen av enheten och för flygverksamheten från anslag under ett särskilt moment 33.01.26 under social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Avsikten är att finansieringen för läkarhelikopterverksamheten ska tryggas genom en höjning av den lotteriskatt som tas ut för penningautomater och kasinospel till 10 procent av avkastningen från ingången av 2011, vilket kräver en ändring av 4 § i lotteriskattelagen (552/1992).

4.2.4 Val av vårdplats

Utifrån internationella erfarenheter kan det förmodas att en relativt liten del av patienterna under de första åren kommer att utnyttja sin rätt att själv välja vårdplats. På landsomfattande nivå torde de ekonomiska konsekvenserna av patienternas val sannolikt bli små under de första åren. När serviceproducentens prissättningsgrunder inte påverkas av huruvida en patient kommer från det egna området eller utifrån, förväntas reformen inte heller ha några betydande konsekvenser för de totala kostnaderna för servicesystemet. På längre sikt påverkas frågan av bl.a. vilka incitament ändringen för med sig när det gäller serviceproducenternas beteende och situationen i fråga om tillgången på personal.

Invánarna i Syd-Österbottens, Birkalands och Vasa sjukvårdsdistrikt samt i koncernen för Päijät-Häme social- och hälsovård har sedan den 1 oktober 2007 fritt kunnat välja bland sjukhusen inom dessa sjukvårdsdistrikt den vårdplats där de vill få sådan kirurgisk vård som inte är brådskande. Förfarandet har endast gällt sjukhus inom den offentliga sektorn. Allmänt taget har erfarenheterna av valet av vårdplats i regel varit positiva. Antalet rörliga patienter har varit mycket litet. Sjukhusen har kunnat vårda alla patienter som har varit intresserade av att söka sig till ett annat sjukvårdsdistrikt.

Det verkar som om i synnerhet sjukhusets rykte, tillgången till service och kvalitetsfaktorer samt patienternas erfarenheter påverkar patienterna att söka sig till ett annat sjukvårdsdistrikt.

Valet av vårdplats kan eventuellt försvåra sjukhusens beredskap och resursfördelning om patientantalet ökar.

Ur hemkommunens ekonomiska perspektiv förändras inte nödvändigtvis kostnaderna speciellt mycket om faktureringen av servicen har samma nivå i det andra sjukvårdsdistriktet som i det egna och om servicevolymen inte förändras. Den enda mera tydliga tilläggskostnaden utifrån dessa premisser är en ökning av transaktionsutgifterna, även om den ur ett helhetsperspektiv är marginell. Utgifterna för hemkommunen ökar dock om servicevolymen (antalet klienter och tjänster per klient) förändras eller om räkningen för servicen överstiger det egna sjukvårdsdistriktets fakturering. Det är också i princip möjligt att servicevolymen minskar eller att faktureringen understiger det egna distriktets fakturering.

I fall där patienten anlitar primärvårdstjänster utanför sin hemkommun motsvarar kostnadseffekterna för hemkommunen vad som tidigare konstaterades i fråga om sjukhus-tjänster.

Om valfriheten kraftigt riktas mot en viss kommun, t.ex. en kommun där det finns många sommarstugor, kan detta ha ekonomiska konsekvenser för denna kommun: kommunens hälsovårdscentral blir möjligen tvungen att höja sin serviceberedskap och eventuellt omorganisera tillgången till personal under semestertider. Sådana lösningar ökar utgifterna för kommunen i fråga, så att den med största sannolikhet fakturerar patienternas hemkommuner för utgifterna. Om man på flera orter blir tvungna att höja serviceberedskapen, ökar kostnaderna även i hela landet.

De mest betydande konsekvenserna av möjligheten att själv kunna välja vårdplats kan vara lokala eller områdesspecifika. Inom vissa pendlingsområden kan anlitaandet av tjänster över kommungränserna vara klart allmännare än i resten av landet. I så fall kan konsekvenserna för den lokala eller regionala servicestrukturen och serviceberedskapen vara betydande. Det kan t.ex. leda till att servicen på landsorterna försämras om man exempelvis på grund av sin arbetsplats vill anlita en betydande del av sina tjänster i stadscentrumen. De relativt sett största föränd-

ringarna kan ske i små kommuner där det finns många fritidsbostäder.

Den utvidgade friheten att välja vårdplats kan påskynda utvecklingen inom vissa specialområden så att det blir ett klart mindre antal enheter än nu som tillhandahåller vård, och på så sätt främjas även arbetsfördelningen mellan sjukvårdsdistrikten.

En utvidgad frihet att välja vårdplats innebär sannolikt att medborgarna och patienterna upplever att kvaliteten på servicen ökar i och med att tillgången till service är flexibla-re.

4.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Enligt propositionen utvecklas servicesystemet genom en reform av lagstiftningen om hälso- och sjukvård så att ett täckande servicesystem för främjande av hälsa och primärvård ligger till grund för systemet. Bestämmelserna om främjande av hälsa och välfärd stärker samarbetet mellan de olika aktörerna i kommunen och verksamheten blir mera systematisk än nu. Även den regionala utvecklingen av hälso- och sjukvården i samarbete med socialvården möjliggör långsiktig planering. I det regionala samarbetet kan man komma överens om utvecklandet av, den regionala arbetsfördelningen inom och genomförandet av servicesystemet för social- och hälsovården. Samarbetet främjar uppkomsten av sammanhängande servicekedjor och sammanslagningar av olika tjänster till en klientorienterad och flexibel helhet. Klienten eller patienten tillhandahålls tjänster vid rätt tid och på rätt plats. Även specialkunnandet inom den finländska hälso- och sjukvården utvecklas genom regionalt samarbete och regional arbetsfördelning. När t.ex. hälsovårdscentraler och sjukhus specialiserar sig på att sköta vissa åtgärder, blir de goda kompetenscentrum och då kan även rekryteringen av personal underlättas.

De ändringar som förslås i fråga om prehospital akutsjukvård och sjuktransporter innebär en betydande utveckling av servicesystemet. Om den prehospitala akutsjukvården definieras som en av sjukvårdsdistriktets uppgifter, patientförflyttningarna separeras från den prehospitala akutsjukvården och

centraler för prehospital akutsjukvård tas i bruk ökar effektiviteten. Förslaget har som mål att förbättra kvaliteten på servicen, skapa klarhet i serviceorganisationen, utveckla styrningen av servicen och förbättra produktiviteten.

Målet är även att skapa starkare strukturer för samarbete mellan de aktörer som ansvarar för det riksomfattande utvecklingsarbetet och kommunerna.

4.4 Konsekvenser för kommuninvånare, klienter och patienter

Patientens rätt att välja vilken verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården han eller hon vill anlita inom hela ökar klientorienteringen. Patientens eller klientens ställning stärks dessutom av rätten att välja behandlande läkare eller vårdare när detta är möjligt att ordna med tanke på hälsovårdscentralens eller sjukhusets verksamhet. Befolkningen får således större rätt att välja platsen för primärvården över kommungränserna, i den riktning som är naturlig med tanke på deras ärenden (t.ex. arbetsplatsen). De olägenheter som uppstår för patienten på grund av sjukdom kan mildras genom integrerade vårdkedjor där det råder ett nära och effektivt samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Patienten ska stå i centrum för servicen, så att tjänsterna och funktionerna organiseras utifrån de medicinska eller odontologiska behov som finns i fråga om hans eller hennes hälsotillstånd. Systemet för hälso- och sjukvårdstjänster bör vara transparent så att patienten får tillförlitlig information om hur hans eller hennes egen service fungerar. Om främjandet av hälsa och välfärd stärks får även kommuninvånarna bättre förutsättningar för en hälsosammare miljö och för att göra hälsosamma val.

I de koncentrerade modellerna, där delar av den specialiserade sjukvården och primärvården har integrerats, kan man förvänta sig att väntetider och köer minskar tack vare den samordnade vården. I synnerhet om sådana konsultationer och sådan vård som hör till den specialiserade sjukvården blir en del av primärvården ger det möjlighet till effektiva

re vård på basnivå och minskar det sannolikt antalet remisser. Bestämmelserna om tillgängligheten till vård har preciserats så att väntetiderna för patienter som sänts till specialiserad sjukvård är enhetliga. De undersökningar av patienter som sänts till specialiserad sjukvård som ska utföras före vårdbeslutet ska enligt de nya bestämmelserna slutföras inom tre månader efter det att remissen har kommit in. De längsta väntetiderna för att få primärvård har inte ändrats.

Ett närmare samarbete mellan social- och hälsovården skulle också föra med sig praktiska fördelar för vårdprocessen. Detta har betonats genom de skyldigheter för såväl primärvården som den specialiserade sjukvården att bedriva sådant samarbete med socialvården som är nödvändigt för att ordna service för befolkningen. Dessutom bör även de behov och möjligheter som är gemensamma med socialvården beaktas inom arbetet med forskning och utveckling. I synnerhet har det betonats att barnen ska uppmärksammas så som det föreskrivs i barnskyddslagen i fall där föräldrarna vårdas för sådana sjukdomar som eventuellt kan påverka deras förmåga att ta hand om sina barn.

Ett flertal bestämmelser om samarbetet mellan hälsovårdscentraler och sjukvårdsdistrikt och samarbetet inom primärvården i kommunerna, vilka stärker primärvården, har tagits med i propositionen. Syftet med dem är att ordna primärvården så att det bedrivs gott samarbete mellan kommunerna i en region och med sjukvårdsdistriktet. Genom samarbetet eftersträvas flexiblare och effektivare forsknings- och vårdhelheter, oberoende av gränserna för de enskilda organisationerna.

Även kompatibla patientregister och data-system samt förbättrad informationsgång mellan primärvården och den specialiserade sjukvården främjar en fungerande vård- och servicekedja för patienten. Avsikten är att detta ska genomföras så att journalhandlingarna vid alla verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården i sjukvårdsdistriktet bildar ett gemensamt register för patientuppgifter. När det blir möjligt att enklare än nu få tillgång till de uppgifter som finns i journalhandlingarna genom ett gemensamt register för patientuppgifter, är det samtidigt nödvändigt att säkerställa att

patientuppgifterna används på rätt sätt och att patienten har rätt att ta ställning till om de uppgifter som gäller honom eller henne själv får lämnas ut mellan olika registeransvariga. Enligt den gällande patientlagen får uppgifter om en patient lämnas ut mellan registeransvariga i enlighet med patientens muntliga samtycke eller sådant samtycke som framgår av sammanhanget när uppgifterna behövs för ordnande av undersökning och vård av patienten. Avsikten är att denna grundprincip ska följas även när sådana uppgifter som hör till det gemensamma registret för patientuppgifter lämnas ut mellan registeransvariga. Med avvikelse från bestämmelserna i patientlagen är avsikten dock att patientens rätt att bestämma över användningen av uppgifter som gäller honom eller henne själv ska genomföras så att patienten har rätt att förbjuda att uppgifter lämnas ut mellan registeransvariga. För att förbudsrätten ska kunna förverkligas ska patienten även ges en sådan förklaring av denna rätt som behövs. För att en tillräckligt hög nivå på dataskyddet ska säkerställas, kräver den nya bestämmelse som föreslås även att det säkerställs att det finns en vårdrelation samt en aktiv uppföljning av användningen av patientuppgifter med hjälp av logguppgifter.

Som helhet betraktat kan det anses att det gemensamma registret för patientuppgifter på ett betydande sätt förbättrar tillgången till sådana uppgifter som är väsentliga för vården av patienten, samtidigt som patienten även i fortsättningen behåller möjligheten att förhindra att uppgifter som han eller hon upplever som känsliga lämnas ut mellan registeransvariga.

När ansvaret för att ordna prehospital akut-sjukvård förs över från kommunerna till sjukvårdsdistrikten förbättras kommuninvånarnas jämlikhet, eftersom verksamheten planeras så att den är enhetlig inom sjukvårdsdistriktet och skillnaderna mellan kommunerna när det gäller tillgången till service och kvaliteten på servicen minskar. De ändringar som föreslås i fråga om systemet för prehospital akutsjukvård förbättrar kvaliteten på den service som klienten eller patienten får. Målet är att förenhetliga den hjälp befolkningen får i brådskande situationer.

4.5 Konsekvenser för miljö- och hälsoskydd

Samarbetsområdet för miljö- och hälsoskyddet består av en organisation som bildats av kommunernas och samkommunernas nuvarande tillsynsenheter. Det miljö- och hälsoskydd som kommunerna ansvarar för bör i sin helhet lyda under samma tillsynsenhet.

För att en ändamålsenlig arbetsfördelning och specialisering ska vara möjlig, är ministörleken när det gäller tillsynsenheter inom miljö- och hälsoskyddet 10 årsverken, dock med beaktande av lokala specialfaktorer. Det är inte nödvändigt att hela personalen är placerad på tillsynsenhetens centralort.

Enligt lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) ska sådana samarbetsområden som har tillräckliga personalresurser inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2013.

Eftersom miljö- och hälsoskyddet är en del av den förebyggande hälsovården, är det viktigt att denna koppling stärks genom lagen om hälso- och sjukvård och att man ser miljö- och hälsoskyddet som en del av grundhälsovården. Lagen om hälso- och sjukvård för inte i sig med sig någon ändring av rådande praxis när det gäller servicen och den branschövergripande tillsynen inom miljö- och hälsoskyddet, eftersom det finns särskilda bestämmelser om ordnandet av miljö- och hälsoskyddstjänster.

4.6 Samhälleliga konsekvenser

Propositionen har konsekvenser för människors ställning och verksamhet i samhället. Möjligheten att själv välja vårdplats förbättrar människornas möjligheter att påverka vården av deras hälsa och sjukdomar. Konsekvenserna blir betydande och omedelbara efter det att bestämmelserna utfärdats, trots att avsikten är att omfattningen av valmöjligheterna när det gäller primärvård först senare ska utökas så att de motsvarar valmöjligheterna när det gäller service inom den specialiserade sjukvården. Internationella erfarenheter visar att människor sannolikt inte i någon betydande utsträckning kommer att välja tjänster som tillhandahålls utanför deras

hemkommun eller närmaste sjukhus, men möjligheten att välja en egen hälsovårdscentral eller hälsostation gör att människorna bättre än tidigare åtar sig att delta i de hälsoval och vårdbeslut som gäller dem själva. Om utnyttjandet av valmöjligheten skulle överträffa förväntningarna och människor i betydande utsträckning skulle överge vissa hälsovårdscentraler eller hälsostationer, skulle det till en början orsaka oförutsebara förändringar i personalkostnaderna, vilka skulle kunna jämnas ut inom cirka ett år. Valmöjligheten förväntas stärka människors positiva inställning till den offentliga hälso- och sjukvårdsservicen och i framtiden stödja utvecklingen av tjänster som riktar sig till hela befolkningen.

En del av befolkningen kan inte på grund av omständigheterna eller sin hälsa aktivt använda sig av möjligheten att välja vårdplats. Valmöjligheten fritar inte hemkommunen från ansvaret att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för kommuninvånarna. På så sätt har varje människa oberoende av om han eller hon aktivt använder sig av valmöjligheten eller inte tillgång till en hälsovårdscentral inom primärvården som ansvarar för hälsa och sjukvård. På samma sätt behöver människor, när de hänvisas till den specialiserade sjukvården för bedömning av vårdbehovet eller för vård, inte kunna använda sig av valmöjligheten, utan den remitterande läkaren kan alltid instruera hemkommunen att i första hand anlita en vårdinrättning inom den specialiserade sjukvården för undersökningar och vård. På så sätt hamnar olika befolkningsgrupper inte i ojämlig ställning på grund av kunskapen om hur man använder sig av valmöjligheten.

En sjukhuspatient inom långvården har för närvarande inte rätt att välja en sjukvårdsinrättning utanför hemkommunen för sin vård. Inte heller i lagen om hälso- och sjukvård föreslås det en sådan rätt, utan rätten för en människa under långvarig anstaltsvård att välja sin hemkommun bör fastställas i lagen om hemkommun. I så fall blir den nya hemkommun som valts även den kommun som ansvarar för anstaltsvården och ska inom ramen för sin egen praxis ordna med en ny vårdplats. I fråga om hemvårdstjänsterna är en betydande del socialtjänster och de regle-

ras inte genom lagen om hälso- och sjukvård. Att ordna hemvård utanför hälsovårdscentralens verksamhetsområde är även av praktiska skäl oändamålsenligt och medför tilläggs-kostnader. Enligt denna proposition omfattar valmöjligheten således inte hemvård.

Genom detta lagförslag strävar man efter att påverka människors hälsa och välfärd samt hur välfärden fördelar sig mellan olika befolkningsgrupper. I förslaget preciseras den uppgift som gäller främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom. Genom denna uppgift strävar man efter att i fråga om hela befolkningen effektivare påverka och minska de faktorer som innebär risk för hälsan, och att på så sätt förbättra folkhälsan. Man riktar i synnerhet in sig på att minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och på en jämnare fördelning av välfärden bland befolkningen.

I lagförslaget ingår preciseringar av uppgifterna för skol- och studerandehälsovården. Genom dessa strävar man efter att stärka en förbättrad tillgång till sådana hälso- och sjukvårdstjänster som barn behöver när de växer och utvecklas samt att stärka stödet från hälso- och sjukvården tillsammans med andra aktörer inom elevvården för en god hälsoutveckling hos barnet. Barnens och ungdomarnas intressen stärks även genom att man i propositionen betonar barnens rätt att tas i beaktande i samband med vården av föräldrarnas sjukdom. Genom detta strävar man efter att säkerställa att föräldrarnas sjukdom eller missbruk inte orsakar barnen svårigheter att klara sig i vardagen eller att genomgå en trygg utveckling.

Genom det som föreslås strävar man efter att förbättra människornas allmänna trygghet genom att koncentrera ansvaret för den prehospitala akutsjukvården till sjukvårdsdistriktet och genom att inrätta enheter för prehospital akutsjukvård i varje specialupptagningsområde, vilka ska sköta läkarjouren inom den prehospitala akutsjukvården samt bl.a. ordnandet av ambulanshelikopterverksamheten. Det bestäms klart att den prehospitala akutsjukvården är en del av hälso- och sjukvården, och den bedömning av vårdbehovet som görs inom den prehospitala akutsjukvården fastställs på så sätt vara en del av vårdkedjan. Till den prehospitala akutsjuk-

vårdens uppgifter hör även att medan man är hos patienten stabilisera hans eller hennes hälsotillstånd genom vårdåtgärder, för att på så sätt förbättra säkerheten när patienten ska transporteras till den egentliga vårdplatsen. Genom koncentring av den prehospitala akutsjukvården uppnår man bättre samordning av den prehospitala akutsjukvården och sjuktransportkapaciteten i sjukvårdsdistriktet, och på så sätt kan man bättre trygga alarmberedskapen inom den prehospitala akutsjukvården och sjuktransporten när det gäller brådskande uppdrag i området.

I propositionen föreslås det att ett patientregister ska upprättas i samarbete mellan sjukvårdsdistriktet och de hälsovårdscentraler som hör till dess ansvarsområde. På så sätt förbättras tillgången till sådana hälso-uppgifter som behövs för vården av patienten, oberoende av vilken organisation som står för vården, ökar patientsäkerheten och minskar de olägenheter och det besvär som patienten utsätts för genom onödiga undersökningar. Lösningen har inga konsekvenser för patientens integritetsskydd eller säkerhet. Det ska alltid vara möjligt att kontrollera vem som använder uppgifterna och användarnas rätt att använda uppgifterna ska basera sig på vården av patienten. Patienterna ska även i fortsättningen ha möjlighet att förbjuda att deras uppgifter används vid de vårdenheter de själva bestämmer, om de så önskar. I så fall måste de för patientsäkerhetens skull själva se till att de uppgifter som behövs för vården ges till den läkare eller yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ansvarar för vården. Samordningen av register ger inte upphov till något beroende av data-teknik eller dataförbindelser. De flesta patientuppgifterna finns redan nu i elektroniska arkiv inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården.

Den möjlighet att själv välja vårdplats som ingår i förslaget skapar behov av att utveckla informationssamhällets tjänster. Det blir nödvändigt för enheterna inom hälso- och sjukvården att publicera relativt färskare uppgifter om tillgången till service och säkerhet samt andra uppgifter som gäller kvalitet, så att människorna och de remitterande läkare inom primärvården som vårdar dem kan använda dessa uppgifter för att välja ut den

lämpligaste vårdplatsen på sakliga grunder. De uppgifter som publiceras på Internet och som uppdateras aktivt och ofta bör vara i en sådan form att alla kan använda och förstå dem. Det föreslås också att vården ska vara systematisk och att sådana vårdplaner som behövs som stöd för egenvården ska användas. I anslutning till dessa planer för egen-vård utgör sätten för hur människorna själva direkt ska kunna få fram sina egna patient-uppgifter på Internet en framtida utmaning, i fråga om vilken detta lagförslag inte ålägger några skyldigheter.

Genom förslaget strävar man efter att påverka tillgången till service till det bättre. I förslaget finns det bestämmelser som preciserar bestämmelserna om vårdgaranti. Inom den specialiserade sjukvården ska de undersökningar som krävs för ett vårdbeslut utföras inom tre månader efter det att remissen har kommit in. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor efter det att remissen har kommit in. Dessutom kan man förvänta sig att tillgången till vård förbättras när möjligheten att välja vårdplats i viss mån jämnar ut eller styr patienternas val att söka sig till olika vårdplatser även på basis av väntetider. Genom denna valmöjlighet strävar man efter att mera än tidigare jämnar ut i synnerhet utnyttjandet av den servicekapacitet som finns inom den specialiserade sjukvården samt användningen av enhetliga kriterier för tillgången till vård. På så sätt strävar man även efter att beakta människors behov och förväntningar bättre än tidigare.

4.7 Utveckling av styrsystemet för hälso- och sjukvården genom lagen om hälso- och sjukvård

Genom förslaget stöds en utveckling av servicesystemet inom hälso- och sjukvården genom förbättrad styrning på olika nivåer. Statens styrning preciseras genom en specificering av vissa uppgifter inom servicesystemet. Vissa uppgifter har förts över från gällande förordningar till lagen. Exempel på detta är definitionen av uppgifter som ingår i rådgivningstjänsterna, skolhälsovården och studerandehälsovården. Förslaget innehåller också nya bemyndiganden att utfärda förordning, förutom de bemyndiganden som getts

tidigare i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Sådana bemyndiganden ges i fråga om kvalitet och patientsäkerhet (8 §), planer för ordnande av hälso- och sjukvård (34 §), avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (43 §), uppgifterna vid centralerna för prehospitalet akutsjukvård (45 §), grunderna för brådskanande vård och villkoren i fråga om olika specialområden när det gäller att ordna jour (49 §), grunderna för ersättning för tjänster och faktureringsförfarandet mellan kommunerna (57 §), läkemedelsbehandlingar (67 §) och grunderna för utjämningsgränsen i fråga om stora kostnader (74 §).

Styrningen av sjukvårdsdistriktet utvecklas genom bestämmelser om att det är sjukvårdsdistriktets uppgift att föra patientregister och genom att föra över ansvaret för den prehospitala akutsjukvården till sjukvårdsdistriktet. I förslaget preciseras specialupptagningsområdenas uppgifter och föreslås det bestämmelser om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård mellan sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde. Målet med dessa nya bestämmelser är att förbättra den regionala samordningen av den specialiserade sjukvården och det samarbete som utvecklas mellan sjukvårdsdistriktet.

Styrningen av primärvården inom hälso- och sjukvården som helhet stärks genom bestämmelser om att primärvården är den som ska bestämma behovet av specialiserade sjukvårdstjänster när det gäller vilka tjänster det är ändamålsenligt att ordna på ett sådant sätt att de kan tillhandahållas i samband med primärvården i sjukvårdsdistriktet. Dessutom utvecklas det regionala samarbetet inom primärvården genom bestämmelser om att kommunerna ansvarar för utarbetandet av en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. Utgångspunkten vid arbetet med planen är då den helhet som primärvården bildar i regionen och närservicen. Primärvården som helhet stärks även genom bestämmelser om att enheterna inom primärvården i sjukvårdsdistriktet har i uppgift att koordinera samarbetet och stödja utvecklingsarbetet vid hälsovårdscentralerna. Även den vetenskapliga forskning som bedrivs vid hälsovårdscentralerna kan i fortsättningen stödjas med hjälp

av forskningsplaner som utarbetats i förväg, när systemet för specialstatsandelar för forskning utvecklas så att det blir mera ändamålsenligt.

Styrningen av kommunerna stärks genom att kommunerna åläggs en skyldighet att utarbeta en plan för ordnandet av hälso- och sjukvården. För denna uppgift använder kommunerna sig av den sakkunskap som finns hos de aktörer som ansvarar för primärvården och den specialiserade sjukvården, så att de kan planera en fungerande helhet. Kommunernas hälsovårdscentraler och sjukvårdsdistriktet deltar i planeringen.

I förslaget får även klienten eller patienten en roll som utvecklare av hälso- och sjukvårdssystemet. Genom möjligheten att själv välja sin vårdplats inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården vill man införa bestämmelser som fungerar som ett incitament för verksamhetsenheter att förbättra sin service på ett klientorienterat sätt. Enbart denna valmöjlighet räcker dock inte för att sporra till utveckling av systemet. När det gäller förfarandena för att ersätta vårdkostnader kommunerna emellan behövs det också en modell som stöder en utveckling av systemet, och för detta ingår det ett bemyndigande att utfärda förordning i förslaget.

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering slås folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård ihop till en lag om hälso- och sjukvård för att skiljelinjerna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska bli mindre skarpa och för att samarbetet ska vara större. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i juni 2007 en arbetsgrupp för att utreda hur folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård kan slås ihop till en ny lag om hälso- och sjukvård, så att det på bästa möjliga sätt stöder även andra mål för utvecklingen av hälso- och sjukvården som ingår i regeringsprogrammet och så att det stärker primärvården. Arbetsgruppens tidsfrist gick ut den 31 maj 2008.

Arbetsgruppen hörde ett flertal sakkunniga och ordnade den 8 maj 2008 tillsammans med riksdagens social- och hälsovårdsutskott ett seminarium för inbjudna deltagare om beredningen av lagen om hälso- och sjukvård.

Statsrådet fastställde i januari 2008 det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård (Kaste 2008–2011). Programmet huvudsakliga mål är att öka bl.a. befolkningens välfärd och hälsa och att minska skillnaderna i hälsa. Dessutom strävar man efter att förbättra tjänsternas kvalitet, tillgänglighet och effekt och att minska de regionala skillnaderna. Målen har delats upp i omfattande delmål, som man strävar efter att uppnå genom konkreta lokala åtgärder. Staten stöder verksamheten bl.a. genom revidering av lagstiftning, rekommendationer och statsbidrag.

I överensstämmelse med 8 § i kommunallagen (365/1995) har propositionen behandlats i delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning. Förslagets 19 §, där det föreslås bestämmelser om hälso- och sjukvård för sjöfolk, har behandlats på trepartsbasis i delegationen för sjömansärenden. Ålands landskapsregering har gett ett utlåtande om förslagets 60 och 63 § om ersättning för kostnader som förorsakats av utbildning för läkare och tandläkare som ska tillämpas också i landskapet Åland. Ålands landskapsregering välkomnar förändringen.

5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats

Social- och hälsovårdsministeriet begärde utlåtande av sammanlagt 136 instanser om den promemoria om den nya hälso- och sjukvårdslagen och de förslag som ingick i den som utarbetades av arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdslagen (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28; svenskt presentationsblad). Sammanlagt 312 instanser gav sitt utlåtande. Även de olika avdelningarna vid social- och hälsovårdsministeriet och 28 privatpersoner lämnade in sina kommentarer om förslagen.

De flesta som gav sitt utlåtande ansåg att arbetsgruppens förslag i stora drag kunde understödjas och att de utgjorde en god grund för fortsatta beredningar. I utlåtandena kon-

staterades det att förslaget om en sammanslagning av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård var bra. En skarp gräns mellan primärvården och den specialiserade sjukvården är onödig och orsakar onödig friktion och utgifter vid vården av patienter och ordnandet av service.

Ett flertal av dem som gav sitt utlåtande ansåg att arbetsgruppens förslag var ett steg i rätt riktning för att avlägsna skiljemurarna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården, för att säkerställa samarbete och för att främja patientens valfrihet. I synnerhet den ökade valfriheten för patienterna, det stärkta främjandet av hälsan och överföringen av den prehospitala akutsjukvården till regionala aktörer ansågs vara positiva konsekvenser av den föreslagna reformen. Även möjligheten att ordna specialiserad sjukvård som närservice vid hälsovårdscentralerna ansågs vara bra.

Den kritik som framfördes i utlåtandena gällde bl.a. förslagen om servicestrukturerna och i synnerhet att arbetsgruppens förslag, dock helt i enlighet med uppdraget, endast behandlade servicestrukturerna inom hälso- och sjukvården och inte servicestrukturerna inom social- och hälsovården tillsammans. I det förslag som gavs av arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdslagen ingick det även två modeller för servicestrukturen inom hälso- och sjukvården: en modell med sjukvårdsdistrikt och en med hälsodistrikt. Ett flertal av dem som gav sitt utlåtande var kritiska, eftersom servicestrukturerna i enlighet med arbetsgruppens uppdrag endast gällde en förnyelse av strukturerna inom hälso- och sjukvården. I många utlåtanden betonades det att servicestrukturerna inom social- och hälsovården borde förnyas på ett sådant sätt att man beaktar social- och hälsovården som en funktionell helhet och enhetligheten i servicesystemet. Efter det att utlåtandena om arbetsgruppens förslag hade kommit in påbörjades det vid social- och hälsovårdsministeriet beredning av lagstiftning om ordnande och utveckling av samt tillsyn över social- och hälsovården. Eftersom kommun- och servicestrukturen fortfarande pågår och det

finns en tidsbegränsad lag om den som gäller fram till utgången av 2012, beslöt dock regeringen att lagen om ordnande av social- och hälsovården inte ska utfärdas under denna regeringsperiod. Lagen om hälso- och sjukvård utfärdas som en reform av innehållet i tjänster och verksamhet.

6 Samband med andra propositioner

Under åren 2008–2012 genomförs kommun- och servicestrukturreformen, som har som centralt mål att trygga befolkningens social- och hälsovårdstjänster i framtiden. Re-

formen förändrar verksamhetsmiljön för hela social- och hälsovården och kräver också att nya arbetsmetoder och ett nytt kunskapsunderlag utvecklas, gott ledarskap och åtgärder för att trygga personalstrukturen och personalens ork under förändringen. Det behövs en omvärdering av strukturer, verksamhets-sätt och kunnande samt utvecklingsarbete.

Den offentliga hälso- och sjukvården kompletteras av den privata, och just nu pågår det beredning av en reform av lagstiftningen om den senare vid social- och hälsovårdsministeriet.

Riksdagen

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

1.1 Lag om hälso- och sjukvård

1 kap. Allmänna bestämmelser

1 §. Tillämpningsområde. Enligt 1 mom. gäller lagen den hälso- och sjukvård som kommunerna har skyldighet att ordna. Totalreformen inom social- och hälsovården pågår fortfarande, så bestämmelser om servicesystemet för kommunernas hälso- och sjukvård samt ansvar att ordna service finns även i fortsättningen i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. I Finland har ansvaret för att ordna och finansiera hälso- och sjukvården, dvs. primärvården och den specialiserade sjukvården, traditionellt varit kommunernas. Ansvaret inbegriper bl.a. ett ansvar inför kommuninvånarna att den service som garanteras i lag eller annan service är tillgänglig och av hög kvalitet för kommuninvånarna. Kommunerna ansvarar även för sätet på vilket servicen ordnas. Kommunerna ansvarar för finansieringen av servicen och för att tillräckliga resurser reserveras för ordnandet av service. Ansvaret omfattar även tillsyn över att servicen verkligen tillhandahålls. Lagen omfattar den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna kan bilda samarbetsområden eller samkommuner för ordnandet av hälso- och sjukvård, och då avses med kommunal hälso- och sjukvård även den verksamhet som dessa bedriver. Den kommunala hälso- och sjukvården kompletteras av den privata, som det föreskrivs om särskilt i lagen om privat hälso- och sjukvård.

Paragrafens 2 mom. Syftet med den tidsbundna lagen om en kommun- och servicestrukturereform, den s.k. Paras-ramlagen, är att skapa starkare ekonomiska resurser för ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster överförs till samarbetsområden enligt ramlagen. Förvaltningsutskottet betonade i sitt betänkande (FvUB 31/2006 rd) att det att samarbetsområdet får bära ansvaret för att tjänsterna ordnas beror på att utgångspunkten har varit att ett enda

organ eller en juridisk person ska ansvara för att olika serviceenheter bildas. Förvaltningsutskottet ansåg att kommunspezifika överenskommelser om ansvaret inte garanterar detta. Innehållet i samarbetsområdenas ansvar preciserades också i regeringens aftonskola i november 2007.

Paragrafens 3 mom. Lagen föreslås inte gälla landskapet Åland. I 18 § i självstyrelselagen för Åland (1144/1991) föreskrivs det om landskapets lagstiftningsbehörighet. I 18 § 12 punkten föreskrivs det att landskapet Åland har lagstiftningsbehörighet i fråga om hälso- och sjukvård, med de undantag som anges i självstyrelselagens 27 § 24, 29 och 30 punkt. Enligt 27 § i självstyrelselagen har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om administrativa ingrepp i den personliga friheten enligt 24 punkten, smittsamma sjukdomar hos människor, kastrering och sterilisering, avbrytande av havandeskap, konstbefrukning och rättsmedicinska undersökningar enligt 29 punkten och behörigheten att vara verksam inom hälso- och sjukvården, apoteksväsendet, mediciner och produkter av läkemedelstyp, narkotiska ämnen samt framställning av gifter och fastställande av deras användningsändamål enligt 30 punkten. Åland omfattas dock av 60 och 63 § i kapitlet om ordnande av undervisning och forskning i lagen om hälso- och sjukvård.

2 §. Lagens syfte. Paragrafens 1 punkt. Syftet med hälso- och sjukvården är att främja hälsa och upprätthålla befolkningens hälsa, till vilken hänförs förebyggande och behandling av sjukdomar och lindrande av lidande. Målen för hälsopolitiken är att beakta hälsoaspekterna inom olika samhällspolitiska områden och att utveckla hälso- och sjukvårdstjänsterna på ett ändamålsenligt sätt så att de som bor i Finland, oberoende av boningsort och ekonomisk ställning, har möjlighet att få de hälso- och sjukvårdstjänster de behöver. Främjandet av hälsosamma levnadsvanor, förebyggandet av hälsoproblem och tidigt konstaterande av risker spelar en nyckelroll.

Paragrafens 2 punkt. Målet är att det allmänna hälsotillståndet ska förbättras och att ojämlikheten när det gäller hälsa ska minska.

Befolkningens livslängd har ökat i Finland och hälsotillståndet har även på basis av många andra indikatorer förbättrats, men skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska befolkningsgrupper är till största delen oförändrade eller har t.o.m. ökat. Det finns stora skillnader i fråga om förväntad livslängd, sjukfrekvens och riskfaktorer för sjukdomar mellan olika socioekonomiska grupper. I de grupper som har lägst utbildning och social status är långtidssjukdomar ca 50 procent allmänna än i de grupper som har högst utbildning och social status. Dessa skillnader har minskat en aning bland dem som är i arbetsför ålder, men ökat bland dem som är i pensionsålder. Orsakerna till skillnaderna i hälsa hänger samman med omfattande samhällsliga faktorer och allmänna förutsättningar för välfärd. Dessutom ökar de skillnader mellan olika befolkningsgrupper som framkommer i fråga om levnadsvanor och riskfaktorer för olika folksjukdomar skillnaderna i hälsa. För att minska skillnaderna i hälsa krävs det alltså mångsidiga åtgärder för att säkerställa förutsättningarna för välfärd och hälsa, där det är nödvändigt med samarbete mellan olika förvaltningsområden och aktörer på olika nivåer. Även strukturen på och inriktningen av hälso- och sjukvårdstjänsterna verkar ha sådana drag som ger upphov till ojämlikhet.

Ett av målen med folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, som godkändes 2001, är att minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Ett sätt att uppnå detta är enligt programmet bl.a. att förbättra välfärden och den relativa ställningen för de befolkningsgrupper som är minst gynnade. Målet att minska skillnaderna i hälsa är klart uttryckt i regeringsprogrammet för såväl år 2003 som år 2007. Även social- och hälsovårdsberättelsen för 2006 lyfte fram minskandet av skillnaderna i hälsa och förebyggandet av utslagning som centrala framtida utmaningar. I publikationen Strategier för social- och hälsovårdspolitik 2015 fastställde social- och hälsovårdsministeriet 2006 att minskandet av skillnaderna i hälsa är ett centralt mål vid främjandet av befolkningens hälsa och funktionsförmåga.

Ett mål för det politikprogram för främjande av hälsa som ingår i programmet för

statsminister Vanhanens andra regering är en minskning av skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. I nära anknytning till politikprogrammet har det beretts ett nationellt åtgärdsprogram för minskning av skillnaderna i hälsa, vilket godkändes vid den socialpolitiska ministerarbetsgruppens möte den 29 maj 2008. Främjandet av hälsa, och i synnerhet utvecklandet av strukturer, handlingsmodeller och uppföljning i anslutning till detta, är ett av målen även i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård (Kaste).

Enligt paragrafens 3 punkt avsikten är att främja en jämlik tillgång till service för olika befolkningsgrupper och geografiska områden. Främjandet av patientsäkerheten är en central del av den dagliga kvalitetsledningen vid verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården för att människorna ska kunna lita på att vården är säker. Säker vård är verkningfull och utförs rätt och vid rätt tidpunkt. Personalen inom hälso- och sjukvården ansvarar för patientsäkerheten. Även patienterna och deras anhöriga bör ha en central roll vid främjandet av patientsäkerheten.

Enligt paragrafens 4 punkt det är också nödvändigt att systemet utvecklas målmedvetet mot klientorientering. Parallellt med begreppet kundnära service används begreppet klientorienterad. Detta innebär att patienten ska stå i centrum för servicen, så att tjänsterna och funktionerna organiseras utifrån de medicinska eller odontologiska behov som finns i fråga om hans eller hennes hälsotillstånd. Klienten bör vara informerad om vård- och servicekedjorna i sin helhet och ha en faktisk möjlighet att kunna delta i och påverka sin egen servicekedja. I sina observationer gällande den finländska hälso- och sjukvården har OECD fäst särskild uppmärksamhet vid systemets stelhet, bl.a. i fråga om att patienterna inom den offentliga hälso- och sjukvården inte har haft rätt att välja vårdplats och vårdande läkare. Servicen bör ordnas i enlighet med befolkningens hälsobehov och inte i enlighet med efterfrågan.

Paragrafens 5 punkt. Lagen om hälso- och sjukvård bör främja uppkomsten av fungerande servicehelheter och stärka primärvården. Tanken om fungerande servicehelheter utkristalliserar sig i sammanhängande servi-

ckedjor, där all den service som patienten eller klienten behöver förenas i en flexibel servicekedja. Informationssystemen är viktiga redskap vid förverkligandet av sammanhängande servicekedjor. Sammanhängande servicekedjor kan t.o.m. minska vårdkostnaderna. Primärvårdens verksamhetsbetingelser stärks på flera ställen i lagen genom bestämmelser om kommunernas ansvar och samarbete. Dessutom innehåller lagen ett förslag om en funktion i sjukvårdsdistriktet som stöder utbildning, utveckling och forskning inom primärvården samt utveckling av samarbetet mellan hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistriktet. Genom en ändring av systemet för specialstatsandelar för forskning stöder lagen även möjligheten att bedriva forskning på universitetsnivå vid hälsovårdscentralerna.

Det föreslås att primärvården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet, även när det gäller främjande av hälsa och förebyggande tjänster. På så sätt kan man ingripa i de nuvarande överlappningarna, ineffektiviteterna och bristerna. Arbetsfördelningen mellan hälsovårdscentralerna och sjukhusen bör ses över och den arbetskraft som specialisterna utgör bör utnyttjas på ett ändamålsenligt sätt vid hälsovårdscentralerna.

I framtiden bör servicen ordnas utifrån ett bredare befolkningsunderlag än nu, oberoende av hur man löser frågan om kommunstrukturen. I synnerhet inom social- och hälsovårdsväsendet behövs det samarbete mellan flera kommuner, även om kommunstorleken skulle vara t.o.m. större än nu. Det är också viktigt att social- och hälsovårdsväsendet som helhet bevaras, dvs. att servicekedjorna hålls intakta. Samarbetet och data-systemens kompatibilitet bör förbättras i synnerhet inom åldringsvården, mentalvården, missbrukarvården och rehabiliteringen.

3 §. Definitioner. Enligt paragrafens 1 punkt målet för främjandet av hälsan är att upprätthålla och förbättra befolkningens hälsa och funktionsförmåga, minska riskfaktorerna och förebygga uppkomsten av sjukdomar och riskfaktorer och minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Främjandet av hälsan genomförs inom folkhälsoarbetet med de medel som hälso- och

sjukvården har till sitt förfogande: hälsoråd-givning, hälsoundersökningar, medicinska förebyggande åtgärder, identifiering och avlägsnande av riskfaktorer i livsmiljön, eller minimering av deras effekter, och förbättrad säkerhet i livsmiljön. Eftersom många bakgrunds-faktorer som påverkar hälsan inte omfattas av hälso- och sjukvårdens direkta besluts-makt, genomförs hälsofrämjande arbete även på andra håll i samhället. Detta underlättas genom samarbete där hälso- och sjukvården kan ha rollen av förespråkare och sakkunnig i fråga om hälsa. Främjandet av hälsa omfattar även förebyggande av sjukdomar och olyckor, vilket för tydlighetens skull nämns skilt.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt motiveringen till bestämmelsen hänvisar bestämmelsen om det allmännas skyldighet å ena sidan till förebyggande arbete inom social- och hälsovården och å andra sidan till utvecklandet av samhällsförhållandena i hälsofrämjande riktning inom det allmännas olika verksamhetssektorer. Bestämmelsen har en nära anknytning till de grundläggande fri- och rättigheterna som tryggar rätten till liv, skydd för arbetskraften och rätt till en sund miljö.

Ordet ”planmässig” har fogats till definitionen för att betona att det är ändamålsenligt att ordna servicen så att den bildar en funktionell och långsiktig helhet som grundar sig på planering och som motsvarar de hälsobehov som befolkningen i området har.

Enligt paragrafens 2 punkt primärvården är folkhälsoarbetet. Primärvårdstjänsterna tillhandahålls i regel vid hälsovårdscentralerna och inom företagshälsovården. Primärvården är allmänt tillgänglig för alla och utgör grunden för landets hälso- och sjukvårdssystem. Primärvårdstjänsterna tillhandahålls som när-service.

Sjukvård som ordnats i samband med företagshälsovård är öppenvård på allmänläkarnivå samt verksamhet på specialläkarnivå till den del den grundar sig på en bedömning som gjorts av arbetsplatsens företagshälso-

vårdsläkare vid utredning av en arbetstagares arbetsförmåga och möjligheter att få vård.

Definitionen av primärvården motsvarar definitionen av folkhälsa och är innehållsmässigt i huvudsak lika som i den gällande folkhälsolagen. Folkhälsoarbete blev ett av de viktigaste begreppen i den finländska hälsopolitiken i samband med beredningen av folkhälsolagen på 1960-talet. Målen med och innehållet i folkhälsoarbetet har inte definierats mera teoretiskt, och det finns inte heller någon klar internationell motsvarighet till det. Innehållet i folkhälsoarbetet är definierat administrativt i folkhälsolagen, som trädde i kraft 1972, och i tolkningarna av den. Folkhälsolagens funktionella mål är ett främjande av hälsan som riktar in sig på individen, befolkningen och livsmiljön och att förena primärvården, rehabiliteringen och deras stöd-tjänster till hälsovårdscentralverksamhet. Folkhälsoarbetet inbegriper primärvården, företagshälsovården och miljö- och hälso-skyddet.

Enligt paragrafens 3 punkt den specialiserade sjukvården är verksamhet inom medicinska och odontologiska specialområden. Specialiserad sjukvården indelas i specialiserad sjukvård på basnivå, krävande specialiserad sjukvård och högspecialiserad sjukvård. Med specialiserad sjukvård på basnivå avses sådana undersökningar som görs och sådan vård som ges vid polikliniker samt sådan dagkirurgi inom den specialiserade sjukvården där patienterna i regel inte tas in för vård på sjukhusets bäddavdelning. Med krävande specialiserad sjukvård avses sådan specialiserad sjukvård som omfattar jour, vård på bäddavdelning och intensivvård inom de medicinska och odontologiska specialområdena. Krävande specialiserad sjukvård innebär sådan jour och sådan vård på bäddavdelning som förekommer på sjukhus, inklusive undersökningar i direkt anslutning till detta, inom de medicinska och odontologiska specialområdena.

Till den specialiserade sjukvården hör undersökning, diagnostisering och vård av yrkessjukdomar och arbetsrelaterade sjukdomar.

Enligt paragrafens 4 punkt social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat en förordning om ordnande och centralisering av den hög-

specialiserade sjukvården (767/2006). I statsrådets redogörelse om kommun- och service-strukturreformen har det avtalats att i fortsättningen utfärdas en förordning av statsrådet om de tjänster som ska centraliseras.

Enligt paragrafens 5 punkt föreskrivs det 13 § 1 mom. i socialvårdslagen föreskrivs det om de uppgifter som hör till socialvården. Enligt paragrafen ska kommunen sörja för bl.a. att socialservice anordnas för kommunens invånare, utkomststöd ges personer som vistas i kommunen, sociala understöd betalas till kommunens invånare, handledning och rådgivning anordnas beträffande förmånerna inom socialvården och det övriga socialskyddet och utnyttjandet av dessa och att invånarna beviljas sociala krediter. Kommunen är dessutom skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för utvecklande av de sociala förhållandena och avhjälpande av sociala missförhållanden.

Enligt paragrafens 6 punkt för ordnande av högspecialiserad sjukvård är landet enligt 9 § i lagen om specialiserad sjukvård förutom i sjukvårdsdistrikt även indelat i fem specialupptagningsområden. I en förordning av statsrådet (279/2002) bestäms det vilka specialupptagningsområdena är och vilka sjukvårdsdistrikt som hör till ett visst specialupptagningsområde.

4 §. Hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser. Paragrafens 1 mom. Kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för hälso- och sjukvårdstjänster (primärvård och specialiserad sjukvård) samt för främjandet av hälsa och välfärd. Det bör finnas en tillräckligt stor personal som är yrkesutbildad inom hälso- och sjukvården för hälso- och sjukvårdsuppgifterna. Personalstorleken påverkas bl.a. av antalet patienter och vårdbehovet, t.ex. hur krävande vården av olika sjukdomar är.

Enligt paragrafens 2 mom. bör ledningen av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården stödja en högkvalitativ och trygg vårdhelhet för patienten, som i enlighet med patientens behov inbegriper vård, vårdarbete och socialt arbete av medicinsk, odontologisk, vårdvetenskaplig eller annan hälsovetenskaplig art. Detta kräver utveckling och spridning av evidensbaserade enhetliga förfaranden i regionerna samt sådan styrning av personalen och sådant säkerställande av kun-

landet som patientsäkerheten kräver. När vård- och verksamhetsprocesserna utvecklas över gränserna för de enskilda branscherna och verksamhetsenheterna bör de olika yrkesgruppernas andel beaktas.

Enligt paragrafens 3 mom. för att säkerställa kvaliteten på servicen och patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården och ordna dem på ett ändamålsenligt sätt föreslås det att i synnerhet personalstrukturen och personalstorleken inom hälso- och sjukvården bör vara sådan att det är möjligt att ordna servicen så att den motsvarar det behov av hälso- och sjukvårdstjänster som finns i kommunen, samarbetsområdet eller samkommunen.

Enligt paragrafens 4 mom. för att hälso- och sjukvårdstjänsterna ska kunna tillhandahållas krävs det att kommunen, samarbetsområdet eller samkommunen förfogar över ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning. I planen för ordnande av hälso- och sjukvård enligt 34 § i förslaget eller i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård enligt 43 § i förslaget kan man komma överens bl.a. om lokalernas placering, användning samt om arbetsfördelningen.

5 §. Skyldighet som gäller kompletterande utbildning. Bestämmelsen i 1 mom. motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i den gällande folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Från ingången av 2004 trädde de ändringar av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som gällde fortbildning samt social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003, fortbildningsförordningen) i kraft. När kommunen köper tjänster av någon annan, bör den även se till att också den personal som är anställd av en privat serviceproducent i tillräckligt utsträckning deltar i den fortbildning som ordnas för dem. Till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens behov av grundläggande och kompletterande utbildning i fråga om kunnande om terminalvård ska tryggas i olika delar av landet. Enligt förslaget kan specialiseringsutbildning inom palliativ vård och terminalvård inledas för sjukskötare och närvårdare. Till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens behov av grundläggande och kompletterande utbildning i fråga om kunnande om terminalvård ska tryggas i olika delar av landet. En-

ligt förslaget kan specialiseringsutbildning inom palliativ vård och terminalvård inledas för sjukskötare och närvårdare.

Kommunen och samkommunen ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen, i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för dem. Syftet med den kompletterande utbildningen är att upprätthålla, uppdatera och öka arbetstagarens yrkesskicklighet och kunnande. Det är arbetsgivaren som har finansieringsansvaret för den kompletterande utbildningen. När personalen är anställd av en privat serviceproducent är den som har finansieringsansvaret för utbildningen.

Enligt paragrafens 2 mom. bestäms i fortbildningsförfattningen om frågor som ingår i den kompletterande utbildningen så om utbildningens innehåll, art och omfattning samt hur utbildningen ska ordnas, följas upp och utvärderas. Social- och hälsovårdsministeriet har dessutom gett ut nationella rekommendationer om fortbildning för verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:3; svenskt sammandrag). Rekommendationerna kan också tillämpas inom den privata hälso- och sjukvården.

6 §. Språket i samband med hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelsen i 1 mom. följer till sitt innehåll 28 § 1–2 mom. i den gällande folkhälsolagen och 33 a § 1–2 mom. i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

I 2 mom. föreskrivs det om de språk som nordiska medborgare kan använda när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelsen följer till sitt innehåll 28 § 3 mom. i den gällande folkhälsolagen och 33 a § 3 mom. i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

I 3 mom. föreskrivs det om samernas språkliga rättigheter när det gäller hälso- och sjukvård. Hänvisningsbestämmelsen bör anses vara nödvändig, eftersom det har konstaterats att de språkliga rättigheterna för de samiskspråkiga tillgodoses på ett bristfälligt sätt inom social- och hälsovården. Även Europarådets ministerkommitté, som övervakar genomförandet av minoritetsspråkskonven-

tionen, som Finland har ratificerat, har fäst uppmärksamhet vid detta. Rätten att använda samiska i klientsituationer i social- och hälsovården är redan tryggad genom 4 och 12 § i samiska språklagen (1086/2003). Med stöd av 4 § i samiska språklagen har en same rätt att i egen sak eller i ett ärende där han eller hon hörs använda samiska hos de myndigheter som avses i samiska språklagen. En myndighet får inte begränsa eller vägra beakta språkliga rättigheter på den grund att en same även kan något annat språk, såsom finska eller svenska. Inom samernas hembygdsområde tillämpas de närmare bestämmelser som finns i 3 kap. i samiska språklagen. I 4 kap. i samiska språklagen föreskrivs det om rätten till tolkning.

7 §. Enhetliga grunder för vård. I paragrafen föreslås det bestämmelser om att social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för den allmänna styrningen av genomförandet av de enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Uppgörandet av grunderna sker i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd. Det föreslås också att Institutet för hälsa och välfärd ska följa upp och utvärdera hur grunderna för vård tillämpas. Likaså föreslås det att kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska övervaka och utvärdera hur grunderna för vård fungerar.

Det har funnits stora variationer i vårdpraxis i olika delar av landet och besluten om icke-brådskande vård har fattats på varierande grunder. I anslutning till maximitiderna för ordnande av vård, dvs. bestämmelserna om den s.k. vårdgarantin, fogades det en bestämmelse till 10 § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård om att specialiserad sjukvård ska ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder. Uppgörandet av grunderna för vård skedde enligt specialområde i specialupptagningsområdena. Ursprungligen uppgjordes grunderna för vård för vården av 193 sjukdomar. Målet har varit att göra upp grunder för vård för ca 80 procent av den icke-brådskande vården. Grunderna för vård revideras och utvecklas kontinuerligt utifrån de erfarenheter man får. Läkarna stöder sig på dessa rekommendationer när de beslutar om vården av patienterna. Förutom rekommendationerna beaktar läkaren också alltid patientens individuella vård-

behov och livssituation när vårdbeslutet ska fattas. Läkaren beslutar om vården av patienten i samförstånd med patienten själv. Patienten har dock inte rätt att få vilken vård som helst som han eller hon önskar. När en enskild läkare eller tandläkare beslutar om vården får han eller hon av motiverade skäl även avvika från de enhetliga grunderna för vård.

De enhetliga grunderna för icke-brådskande vård har senast publicerats i Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:6. De färskaste grunderna finns på svenska och finska under adresserna www.stm.fi och www.terveysportti.fi.

8 §. Kvalitet och patientsäkerhet. Patientsäkerheten kan förbättras genom riskanalys, förbättrade vårdprocesser och strukturer för verksamheten samt genom att man tar lärdom av avvikelser.

För att patientsäkerheten ska förbättras har det utvecklats olika säkerhetsverktyg och säkerhetssystem, såsom planen för läkemedelsbehandling, modellen för trygga vårdenheter, helhetsbedömningen av läkemedelsbehandlingar, och vårdanmälningsregistret (HILMO).

Enligt paragrafens 1 mom. verksamheten inom hälso- och sjukvården bör vara högklassig och trygg och fullgöras på behörigt sätt. Förbättrandet av patientsäkerheten har under 2000 talet blivit en världsomfattande rörelse för patientsäkerheten. Aktörerna är hälsopolitiska beslutsfattare och opinionsbildare, yrkesfolk inom hälso- och sjukvården, forskare och patientorganisationer. Patientsäkerheten är också ett ämne som har behandlats av EU kommissionen och Europarådet. Världshälsoorganisationen WHO har bildat en världssallians för patientsäkerheten: World Alliance for Patient Safety. Dessutom utvecklar kvalitetsgrupper inom OECD och Nordiska ministerrådet uppföljningsindikatorer för patientsäkerheten.

Vårdpraxis styrs genom nationella vårdrekommendationer – de s.k. Käypä hoito-riktlinjerna för god medicinsk praxis – som grundar sig på uppskattade forskningsuppgifter. Det finns inte tillgång till och är inte heller alltid ens möjligt att få fram vetenskapliga bevis i fråga om många metoder inom hälso- och sjukvården, vilket i princip inte får förhindra t.ex. vården av sällsynta sjukdomar. I

det kliniska beslutsfattandet, vare sig det gäller diagnostik, vård eller rehabilitering, används den bästa tillgängliga bevisningen i varje enskilt fall.

Det har även skapats konkreta verktyg för förebyggande av farliga situationer för verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården. Exempel på sådana är planen för läkemedelsbehandling (social- och hälsovårdsministeriet 2006), anvisningarna för blodtransfusioner (Finlands Kommunförbund 2006) och modellen för vårdenheternas riskhantering.

Enligt 2 mom. ska den kommunala primärvården ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalas. Enligt förslaget ska till exempel primärvården inom sitt område och den anstalt som genomför terminalvården ansvara för genomförandet av god terminalvård och för dess kvalitet. I praktiken kan det även uppkomma situationer där det med tanke på vården av patienten är ändamålsenligare att något specialområde inom den specialiserade sjukvården ansvarar för samordningen av den samlade vården, och då ska primärvården och den specialiserade sjukvården komma överens om detta särskilt. Primärvården i patientens hemkommun har samordningsansvaret, om inte något annat avtalas. Valfriheten ger upphov till nya utmaningar för den kommunala primärvården i dess roll som den aktör som ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient. Vid alla verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården uppstår det avvikelser och misstag och till följd av dem ofta problem för patienterna. Den bakomliggande orsaken till avvikelserna och misstagen är ofta svagheter i systemet och verksamhetsprocesserna.

I 3 mom. föreslås det bestämmelser om en patientsäkerhetsplan. Av de olägenheter som uppstår för patienten bör de flesta kunna förhindras. Därför bör ledningen och personalen vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården engagera sig i förbättrandet av patientsäkerheten genom att utveckla säkerheten i verksamheten och säkerställa personalens kunskaper. Patientsäkerheten bör ingå i systemen för kvalitetsledning och uppföljning. Det föreslås att ett program för patientsäkerheten ska ingå i kvalitetssystemet. I det

kan ansvarsfördelningen och organiseringen i fråga om patientsäkerheten fastställas på ett tydligt sätt. I programmet för patientsäkerhet bör det ha gjorts en förhandsbedömning av förebyggandet av farliga situationer. Utifrån den kan verksamhetsenheterna utarbeta praktiska anvisningar för hur kvaliteten och patientsäkerheten kan garanteras.

Enligt 4 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet närmare bestämmelser om frågor som ska avtalas i planen, såsom innehållet i kvalitetssystemet och planen för patientsäkerheten och genomförandet och uppföljningen av dem.

9 §. Registret över patientuppgifter och behandling av patientuppgifter. Den kommunala hälso- och sjukvården bildar generellt sett en funktionell helhet, som består av primärvården och den specialiserade sjukvården. Vården av en patient börjar ofta med ett besök inom primärvården, där det konstateras att patienten lider av en sjukdom, och i ett visst skede av vården behövs det ofta specialkunnande. Inom den specialiserade sjukvården är man i fråga om såväl utbildning och erfarenhet som ordnandet och genomförandet av verksamheten utrustad med sådant specialkunnande. När specialkunnande behövs konsulterar primärvården den specialiserade sjukvården, eller så sänds patienten över till ett sjukhus för fortsatta undersökningar eller vård. Efter undersökningarna och vården på sjukhus återgår i allmänhet ansvaret för patientens fortsatta vård till primärvården. Vården av patienten kan dock även inledas direkt inom den specialiserade sjukvården, t.ex. vid en jourmottagning, och då är det ofta nödvändigt att få de uppgifter om patientens sjukdomar och behandlingar som finns i primärvårdens journalhandlingar.

I de fall som nämnts är det, oberoende av administrativa gränser, nödvändigt att från både primärvården och den specialiserade sjukvården få tillgång till uppgifter om patientens sjukdomshistora när han eller hon undersöks eller vårdas. Man håller på att bygga upp ett nationellt hälso- och sjukvårdsarkiv i vårt land, och efter att det är klart är det möjligt att oberoende av vårdplatsen få tillgång till de patientuppgifter som behövs för vården av patienten. Det dröjer dock ännu flera

år innan det nationella hälso- och sjukvårdsarkivet kan förverkligas.

Av denna anledning föreslås det i 1 mom. att journalhandlingarna inom primärvården och den specialiserade vården för de klienter som bor inom området för ett sjukvårdsdistrikt bildar ett gemensamt register över patientuppgifter inom hälso- och sjukvården. Detta gemensamma register över patientuppgifter föreslås innehålla alla handlingar från de kommunala verksamhetsenheterna, oberoende av när de har gjorts upp eller hur de har sparats. Det gemensamma registret kan därmed inte omfatta privata verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården – inte ens fast de helt skulle ägas av kommunen eller samkommunen. Med stöd av bestämmelsen är det möjligt att se till att sådana patientuppgifter som är nödvändiga för god vård är lättare tillgängliga än nu inom sjukvårdsdistriktets område.

Enligt 3 § 4 punkten i personuppgiftslagen (523/1999) avses med registeransvarig en eller flera personer, sammanslutningar, inrättningar eller stiftelser för vilkas bruk ett personregister inrättas och vilka har rätt att förfoga över registret eller vilka enligt lag ålagts skyldighet att föra register. Personuppgiftslagen tillåter således personregister som har flera än en registeransvariga. Ett exempel på ett sådant är utlänningsregistret. Det väsentliga i fråga om registerföringen är registrets användningssyfte. När det gäller det gemensamma register som föreslås för hälso- och sjukvården, skiljer sig inte de olika registeransvarigas syften för användningen av patientuppgifterna från varandra. Alla registeransvariga har ett gemensamt syfte för användningen av de uppgifter som finns i registret, nämligen vården av patienten. Det föreslås således att det med stöd av den föreslagna bestämmelsen bildas ett gemensamt register som består av uppgifterna i de patientregister som finns inom primärvården i de kommuner som hör till sjukvårdsdistriktets område och inom den specialiserade sjukvården i sjukvårdsdistriktet.

Enligt den tidigare nämnda punkten i personuppgiftslagen kan särskilda bestämmelser om registerföringen utfärdas genom lag. I enlighet med detta är de kommunala producenterna av hälso- och sjukvårdstjänster som har

ansvaret att ordna den primärvård och specialiserade sjukvård som hör till hälso- och sjukvården för invånarna i de kommuner som hör till sjukvårdsdistriktet registeransvariga för registret över journalhandlingar inom hälso- och sjukvården. Registeransvariga för det gemensamma register som bildas föreslås således vara sjukvårdsdistriktet och kommunerna inom distriktet tillsammans. Varje registeransvarig ansvarar även i fortsättningen för sin egen registrering, förvaring och behandling av patientuppgifter. De patientuppgifter som hör till varje registeransvarig som ingår i det gemensamma registret bildar ett logiskt patientregister i den riksomfattande arkiveringstjänsten.

Patientuppgifter är sådana känsliga uppgifter som föreskrivs som sekretessbelagda. Bestämmelser om sekretess finns i 13 § i patientlagen. Enligt bestämmelsen kräver utlämnande av patientuppgifter mellan verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i regel patientens eller dennes lagliga företrädarens samtycke. Det finns vissa undantag från detta i lagen, bl.a. i fråga om situationer då samtycke inte kan fås på grund av att en patient som är i behov av brådskande vård är medvetlös. Det föreslås att principerna för användningen av uppgifterna i det gemensamma registret över patientuppgifter ändras jämfört med vad som föreskrivs i patientlagen, så att man inte särskilt behöver begära patientens samtycke för att få använda journalhandlingar som gjorts upp vid en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Patienten har enligt förslaget dock möjlighet att särskilt förbjuda användningen av patientuppgifter vid en annan enhet. Det finns inga hinder för att ett förbud bara skulle gälla en del av uppgifterna vid en annan verksamhetsenhet, t.ex. endast en patientjournal om psykiatrisk vård. Om ett partiellt förbud inte är möjligt av t.ex. tekniska orsaker, har patienten rätt att kräva att alla uppgifter ska omfattas av förbudet. Ett förbud föreslås gälla tills vidare.

Med ovanstående motivering föreslås det att det i 2 mom. förskrivs om de villkor som ska uppfyllas för att en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska få använda patientuppgifter som registrerats vid en annan verksamhetsenhet. I bestämmelsen kon-

stateras det att patientens samtycke inte krävs för att uppgifter ska få användas av olika verksamhetsenheter. Däremot har patienten som tidigare nämnts rätt att förbjuda att uppgifter lämnas ut.

För att patienten ska vara medveten om det gemensamma patientregistret, vilken betydelse registret har för användningen av uppgifter som gäller honom eller henne och att han eller hon har rätt att förbjuda att uppgifter används, ska patienten enligt 3 mom. informeras om det gemensamma registret innan uppgifter för första gången lämnas ut mellan olika verksamhetsenheter. Med tanke på detta ska den tekniska utformningen av det gemensamma patientdatasystemet vara sådan att användning av uppgifter inte är möjlig om patienten inte har fått den information som behövs och det har gjorts en anteckning om detta i journalhandlingarna. Dessutom ska systemet automatiskt beakta de förbud som patienten har meddelat. När det gäller journalhandlingar i pappersformat är det inte möjligt att koppla samman dem med samma automatiska hinder för användningen av uppgifter som när det gäller elektroniska handlingar. Trots det bör det även när journalhandlingar i pappersformat lämnas ut mellan olika verksamhetsenheter säkerställas att patienten har fått den information som behövs och att han eller hon inte har förbjudit användningen av sina patientuppgifter vid en annan verksamhetsenhet. Om en patient har förbjudit att uppgifter används, har han eller hon rätt att när som helst återta förbudet.

Journalhandlingar görs numera upp nästan enbart i elektroniskt format och sparas i patientdatasystem. Huvudparten av alla handlingar är dock fortfarande i pappersformat. Det gemensamma registret över patientuppgifter omfattar alla uppgifter i journalhandlingarna, oberoende av i vilket format de är sparade. Bestämmelserna om patientens samtycke i fråga om användning av patientuppgifter gäller på samma sätt oberoende av hur handlingarna har sparats. När handlingar är i elektroniskt format och används i det formatet av olika verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, är det nödvändigt för att säkerställa att uppgifterna om patienten används på ett korrekt sätt att kontrollera att användningen av uppgifterna grundar sig på

en vårdrelation. Annars är det risk för att t.ex. patientuppgifter som gäller offentliga personer kontrolleras grundlöst. Lättast är det att kontrollera att det finns en vårdrelation om det i det elektroniska patientdatasystemet finns en funktion som automatiskt kontrollerar vårdrelationen i samband med användning av uppgifterna. Därför förutsätts det i 3 mom. att systemet ska ha en sådan egenskap. Eftersom ett datatekniskt säkerställande av vårdrelationen kan innebära betydande ändringar i många patientdatasystem, föreslås det i lagens ikraftträdandebestämmelse att säkerställandet fram till utgången av 2013 kan göras på något annat tillförlitligt sätt. Förutom detta säkerställande av vårdrelationen förutsätts det i bestämmelsen att användningen av patientuppgifter med hjälp av informationssystem ska följas upp på det sätt som förutsätts i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter. På så sätt kan man vid behov även i efterskott kontrollera att patientuppgifterna har använts på behörigt sätt.

I 4 mom. konstateras det att sjukvårdsdistriktet inom sitt område ansvarar för den samordning som genomförandet och användningen av registret över patientuppgifter kräver. Inom sjukvårdsdistriktens områden använder olika kommuner och sjukvårdsdistrikt för närvarande flera olika patientdatasystem, vars funktioner och tekniska egenskaper i viss mån skiljer sig från varandra. Av denna anledning behövs det samordning inom området för det gemensamma registret när det gäller vissa funktioner inom den elektroniska informationshanteringen, såsom t.ex. hanteringen av bemyndiganden för användning, så att det kan säkerställas att det gemensamma registret kan användas på ett lagenligt och så smidigt sätt som möjligt.

När antalet registrerade och antalet användare av registret ökar, får övervakningen av användningen på grund av datasäkerhetsriskerna en central roll. Varje organisation som använder det gemensamma registret bär även i fortsättningen ansvar för de journalhandlingar som uppkommer genom deras verksamhet och skyldigheterna i anslutning till dem, bl.a. på det sätt som föreskrivs i personuppgiftslagen. I enlighet med detta ansvarar varje verksamhetsenhet i fråga om sin egen personal för övervakningen av hur pati-

entuppgifterna används. När det gemensamma registret används över de administrativa gränserna för olika organisationer inom området, bör användningen av registret även övervakas på ett sådant sätt att åtkomsträttigheterna och användningen av patientuppgifter kontrolleras över gränserna för de olika organisationerna. Sjukvårdsdistriktet har således även i uppgift att ansvara för samordningen av övervakningen av hur det gemensamma registret används. De registeransvariga i fråga om det gemensamma registret bör under ledning av sjukvårdsdistriktet sköta kontrollen över bemyndigandena för användning av registret och övervakningen av användningen, så att det verkligen finns övervakning och så att den är tillräckligt effektiv.

10 §. Tjänsternas tillgänglighet och lika tillgång till tjänster. Enligt 1 mom. ska man i samband med bedömningen av innehållet i och omfattningen av hälso- och sjukvårdstjänsterna beakta välfärden, patientsäkerheten, den sociala tryggheten och hälsotillståndet för dem som bor i kommunen eller sjukvårdsdistriktet. Behovet i fråga om tjänsternas innehåll och omfattning kan följas t.ex. med hjälp av den skyldighet för kommunerna att följa med kommuninvånarnas hälsa och välfärd som föreskrivs i 12 § i detta lagförslag. Målet med bestämmelsen är att fullgöra den skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt att främja befolkningens hälsa som föreskrivs för det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen. När det gäller sjukvård ska behovet bedömas på medicinska och odontologiska grunder. När det gäller hälsovård kan behovet även bedömas på andra hälsovetenskapliga grunder.

Enligt 2 mom. ska kommunen eller sjukvårdsdistriktet ordna hälso- och sjukvårdstjänsterna på lika villkor inom hela sitt område. Målet med bestämmelsen är att kravet på jämlikhet i 6 § i grundlagen ska uppfyllas inom hälso- och sjukvården. Till exempel för en döende råder det ojämlikhet inom terminalvården med tanke på organiseringen av vård på olika områden. Också inom utbildningen av yrkesutbildade personer finns det brister i kunskaper om terminalvård.

Enligt 3 mom. ska kommunen eller sjukvårdsdistriktet ordna med hälso- och sjuk-

vårdstjänster tillräckligt nära sina invånare, även i glesbygdsområden. Möjligheten att ordna hälso- och sjukvårdstjänster så nära invånarna som möjligt begränsas dock av att det ibland är nödvändigt att koncentrera tjänsterna till ett visst område, i synnerhet för att trygga patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna. När det är motiverat att koncentrera tjänsterna på grund av den områdes- eller yrkesmässiga arbetsfördelningen inom hälso- och sjukvården, kan tjänsterna dock koncentreras.

2 kap. **Främjande av hälsa och välfärd**

11 §. Beaktande av hälso- och välfärdskonsekvenser. Paragrafen innehåller en skyldighet att beakta aspekter i anslutning till hälsa och välfärd i all kommunal verksamhet. Målet med bestämmelsen är att främjandet av befolkningens välfärd och hälsa, som är en av kommunens grundläggande uppgifter, ska lyftas fram som ett prioriteringsområde i kommunerna och att det ska ingå i kommunens ledningssystem.

Beslut som gäller hälsa och välfärd fattas och verkställs inte bara inom social- och hälsovården, utan inom kommunens alla sektorer, bl.a. planläggningen, byggandet, planeringen och förverkligandet av boende, trafikplaneringen, utbildningen och arbetslivet. Idrotts-, ungdoms- och kultursektorernas tjänster kan också ha stor betydelse för främjandet av hälsa och välfärd. Besluten kan ha mycket varierande resultat för olika befolkningsgrupper. Genom en förhandsbedömning av de sociala konsekvenserna och hälsokonsekvenserna kan man som en del av det normala beredningsarbetet i förväg bedöma vilka konsekvenser olika beslutsalternativ kan ha för olika befolkningsgruppers hälsa och välfärd. Som hjälpmedel kan man använda de handledningar och anvisningar som utarbetats av Institutet för hälsa och välfärd.

12 §. Främjande av hälsa och välfärd i kommunerna. Paragrafens 1 mom. Det föreslås att en allmän bestämmelse om främjande av hälsa och välfärd tas med i lagen i syfte att stärka det hälsofrämjande arbetet. I paragrafen föreskrivs det om främjandet av välfärd och hälsa som en helhet, vilket i praktiken

också redan sker i de flesta kommuner. Målet med den ändring av folkhälsolagen som gjordes 2006 var också att stödja det hälsofrämjande arbetet. I lagen preciserades kommunens roll i fråga om främjandet av hälsa. Kommunerna blev skyldiga att enligt befolkningsgrupp följa kommuninvånarnas hälsotillstånd och att beakta hälsoaspekterna i all kommunal verksamhet. Dessutom förutsattes det samarbete med alla aktörer i kommunen. Syftet var att säkerställa att främjandet av hälsa och den förebyggande verksamheten skedde i tillräcklig omfattning. För att stödja detta arbete utarbetades det 2006 kvalitetsrekommendationer för främjandet av hälsa, som strukturerar det omfattande verksamhetsfältet i fråga om främjandet av hälsa och som stöder kommunernas eget kvalitetsledningsarbete. Målet är att stödja hälsa och välfärd genom olika samhällspolitiska medel.

Ett centralt mål för social- och hälsopolitiken är att främja hälsa och social välfärd och att förebygga hälsoproblem. En stor del av sjukdomarna kan förebyggas med hjälp av hälsofrämjande och förebyggande arbete. En ökning av det tväradministrativa samarbetet mellan olika kommunala sektorer och med medborgarorganisationer och näringslivet spelar en nyckelroll. Förutom individens hälsobeteende och social- och hälsovårdstjänsterna, omfattar främjandet av hälsa och välfärd även åtgärder genom vilka man strävar efter att förändra de sociala och ekonomiska förhållandena samt förhållandena i anslutning till miljön så att de främjar hälsa och välfärd.

Det finns tunga ekonomiska skäl till varför man bör stärka det hälso- och välfärdsfrämjande arbetet i kommunerna. Om ett övergripande och långsiktigt arbete för att främja hälsa och välfärd, skapandet av förutsättningar för sådant arbete, tidiga ingripanden och förebyggande arbete försummas eller tilldelas för lite resurser, ökar kostnadsbördan på grund av ökade sjukdomar och vården av dem. Främjandet av hälsa och välfärd bör ses som en lönsam investering i kommunerna, vars nytta inte nödvändigtvis realiserar på kort sikt, men som syns efter en granskning på längre sikt.

I 1 mom. föreslås det en skyldighet att följa med och rapportera om tillståndet för kom-

muninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som inverkar på det. Det föreslås att man vid planering av kommunens verksamhet ska använda kommunspecifika indikatorer för välfärd och hälsa (de rekommendationer om uppföljningsindikatorer som utarbetats vid Institutet för hälsa och välfärd). Dessutom åläggs kommunerna en skyldighet att till stöd för planeringen och beslutsfattandet utarbeta en välfärdsberättelse en gång per fullmäktigeperiod, vilken ska vara en analys som omfattar information om invånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som inverkar på dem samt servicesystemets förmåga att möta dessa behov. Informationen samlas in skilt för varje befolkningsgrupp, vilket gör det möjligt att rikta de åtgärder som behövs. Slutsatserna av välfärdsberättelsen ligger till grund för kommunens strategiska planering.

Ju bättre kommunerna känner till läget i fråga om invånarnas hälsa och välfärd, desto effektivare kan de ingripa i problem, förhindra att problem uppstår och vidta sådana åtgärder som bäst främjar invånarnas hälsa och välfärd.

I 2 mom. finns det en skyldighet att i kommunens strategiska planering ställa upp mål i fråga om åtgärder och service för att främja kommuninvånarnas välfärd och hälsa och för att förebygga problem samt i fråga om resurser som ska reserveras för detta. Målen utgår från invånarnas hälsa och välfärd i nuläget, lokala förhållanden och de nationella hälsopolitiska riktlinjer som stöder den lokala verksamheten. Det föreslås att verkställandet ska vara en del av planeringen av och beslutsfattandet om kommunens verksamhet och ekonomi och att uppföljningen av verkställandet ska vara en del av kommunens övergripande system för utvärdering och uppföljning. Målen kan endast nås om det har anvisats tillräckliga resurser för dem, säkerställts att det kunnande som behövs finns och skapats system för uppföljning och utvärdering av verksamheten.

I 3 mom. föreslås det en skyldighet att utse ansvariga instanser, bedriva tväradministrativt samarbete och bedriva hälsofrämjande samarbete med andra offentliga och privata instanser som är verksamma i kommunen. Tväradministrativt arbete för att främja hälsa och välfärd inom kommunens lednings-

stem innebär att man mellan olika sektorer kommer överens om ansvar, arbetsfördelning, samarbetsförfaranden och resursfördelning. Ansvaret för att planera, följa upp och utvärdera verksamheten är en del av detta. I arrangemangen för främjande av hälsa och välfärd bör företagens, de allmännyttiga organisationernas och medborgarorganisationernas möjligheter att delta som aktiva aktörer i kommunens och regionens verksamhet beaktas.

Samarbetskyldigheten gäller också samarbete mellan andra sektorer i samarbetsområdena och primärkommunerna. Det föreslås att samarbetsområdena ska ge medlemskommunerna experthjälp i synnerhet när det gäller förhandsbedömningarna av de sociala konsekvenserna och hälsokonsekvenserna och delta i det tväradministrativa samarbetet i kommunerna. På så sätt strävar man efter att säkerställa social- och hälsovårdens kopplingar till den övriga verksamheten i kommunen, så att kommunens olika förvaltningsområden kan delta i planeringen och genomförandet av arbetet med att främja välfärd och hälsa. I samarbetsområdena förbättras möjligheterna till i synnerhet hälsouppföljning.

13 §. Hälsorådgivning och hälsoundersökningar. I 1 mom. föreslås det bestämmelser om att kommunen är skyldig att ordna sådan hälsorådgivning för sina invånare som främjar deras hälsa och välfärd och förebygger sjukdom. Med hälsorådgivning avses sådan verksamhet som bedrivs av yrkesutbildad personal och som stöder individens, familjers och befolkningens välfärd genom systematisk växelverkan och kommunikation som utgår från hälsan och som sker på individ-, grupp- och befolkningsnivå. Hälsorådgivning bör till tillämpliga delar ingå i alla hälso- och sjukvårdsbesök. Den hälsorådgivning som ges vid allmänläkarmottagningar och mottagningar för andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, såsom sjukskötare, hälsovårdare och fysioterapeuter, bör intensifieras i enlighet med individuella behov och de centrala innehållsområden som beskrivs senare.

I 2 mom. föreslås det bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna hälsoundersökningar för invånarna. Med hälsoundersökning avses sådan undersökning av hälso-

tillståndet och arbets- och funktionsförmågan som utförs genom kliniska undersökningar eller andra ändamålsenliga och tillförlitliga metoder och sådan utredning av hälsotillståndet som utförs för att främja hälsan. Hälsoundersökningar kan ordnas enligt åldersgrupp och riktas till vissa målgrupper i samband med annan service. Utan intensifierad rådgivning och uppföljning är det sannolikt att hälsotillståndet försämras och sjukdomsriskerna ökar för dessa grupper, vilket orsakar betydande belastning för såväl individen själv som servicesystemet.

Den åldrande befolkningen och många livsstilssjukdomar har ökat behovet av att intensifiera det hälsofrämjande arbetet. Till exempel typ 2 diabetes, för vilken övervikt är den viktigaste enskilda riskfaktorn, har ökat kraftigt. Diabetes är vår dyraste folksjukdom och de årliga utgifterna för den kan uppskattas vara 505 miljoner euro. Om utvecklingen fortsätter i samma riktning finns det dubbelt fler än i dag som insjuknat i diabetes i Finland år 2030. Finländska undersökningar där människor som hör till riskgrupperna har motiverats till att förbättra sina matvanor, öka motionen och sluta röka har visat på ett övertygande sätt att diabetes effektivt kan förebyggas. Även en betydande del av kranskärslssjukdomarna och cirkulationsrubbningarna i hjärnan kan förhindras med hjälp av samma förändringar i livsstilen. Felaktig diet, motionsbrist, rökning och alkoholkonsumtion förklarar också 60-70 procent av befolkningens sjukfrekvens och förtida dödlighet.

Med hjälp av hälsorådgivning och hälsoundersökningar och genom att möjliggöra hälsosamma livsstilsval genom åtgärder som gäller både miljö och samhälle kan man få till stånd betydande livsstilsförändringar hos dem som hör till riskgrupperna. Sjukdomsriskerna kan i många fall enligt experternas bedömning sannolikt sänkas till den högt utbildade befolkningens nivå, vilket skulle betyda att potentialen för en minskning är 20-40 procent av dagens sjukfrekvens. Kostnaderna för många ingripanden i syfte att främja hälsan vägda mot varje kvalitetsfyllt levnadsår utgör enbart en bråkdel av motsvarande kostnader för sjukdomsvård. Med tanke på de ökande kostnaderna för hälso- och sjukvården är det också betydelsefullt att man ge-

nom hälsofrämjande åtgärder kan minska det växande vårdbehovet och stävja kostnadsökningen.

När det gäller att förhindra sjukdomar hos befolkningen, stöda arbets- och funktionsförmågan och främja den mentala hälsan är näring, motion, rökning och alkoholkonsumtion samt livskompetens och sociala relationer centrala aspekter inom all hälsorådgivning och vid alla hälsoundersökningar. Vid rådgivning är det nödvändigt att inte bara fästa uppmärksamhet vid de valmöjligheter som omgivningen ger, utan även vid individens ansvar.

Livskompetens och stresshanteringsförmåga samt goda sociala relationer är faktorer som skyddar den mentala hälsan. I samband med hälsogranskningar som gäller i synnerhet riskgrupper (t.ex. de som avbrutit sin värnplikt, långtidsarbetslösa) kan man ge individuell handledning eller grupphandledning om stresshantering och livskompetens.

En femtedel av befolkningen lider av påtaglig psykisk belastning. Störningar i den mentala hälsan är den största enskilda orsaken till nya sjukpensioner. I synnerhet hos unga hinner yrkeskarriären allt oftare inte ens inledas på grund av nedsatt funktionsförmåga som beror på mental ohälsa. Långvariga störningar i den mentala hälsan har stora konsekvenser i form av försämrad livskvalitet. I synnerhet överkonsumtion av rusmedel kopplas till störningar i den mentala hälsan och långsamt tillfrisknande. Goda människorelationer främjar och skyddar människans hälsa.

Hälsosam kost är en av grundfaktorerna för välfärd. Ohälsosamma matvanor ökar betydligt risken för inte bara hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2 diabetes, utan även för ett flertal cancerformer och karies i tänderna. I synnerhet övervikt och fetma samt sjukdomar och problem i anslutning till dem utgör ett växande folkhälsoproblem. Kostrådgivning bör vara tillgänglig enligt behov i alla livsfaser. Genom kostrådgivning kan man minska kolesterolhalten i blodet och blodtrycket samt risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar. Genom kostinterventioner kan man främja viktminskning och avsevärt minska risken för att riskgrupperna insjuknar i typ 2 diabetes. En förbättring av näringstill-

ståndet för äldre som bor på anstalt skulle avsevärt förbättra deras hälsotillstånd och välfärd.

Regelbunden motion förbättrar den fysiska, psykiska och sociala välfärden, hälsan och funktionsförmågan i alla livsfaser. Den minskar förutom förtida dödlighet, kranke sjukdomar och vuxendiabetes även högt blodtryck och tjocktarmscancer. Regelbunden motion är viktig för att förhindra och behandla övervikt. Motion förbättrar också den mentala hälsan och är viktig för en frisk benstomme och friska muskler och leder. Den har en positiv inverkan på äldringars funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand, och således även på deras livskvalitet.

Inom hälso- och sjukvården främjas motionen genom hälsokommunikation som riktar till befolkningen och rådgivning för såväl individer som grupper. Systematisk motionsrådgivning är speciellt viktig för de klienter som rör sig lite och för vilka motionen är speciellt viktig för att reducera risken för att bli sjuk eller främja behandlingen av sjukdom eller rehabilitering. Hälso- och sjukvården bör bedriva nära samarbete med framför allt motionsverksamheten och organisationerna och företagarna inom denna bransch.

Rökning är den viktigaste enskilda orsaken till sjukdomar och förtida dödlighet som går att förebygga. Rökning leder till förtida död för hälften av rökarna. Rökningen bland de befolkningsgrupper som har lägre socioekonomisk status är den viktigaste faktorn som förklarar skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. I främjandet av rökfrihet ingår åtgärder för att förebygga att människor börjar röka, stöd för dem som vill sluta röka, främjande av en rökfri livsmiljö och stärkande av ett attitydsklimat som främjar rökfrihet. Kommuninvånarna bör i olika livsfaser erbjudas sådan hälsorådgivning i fråga om rökning som är begriplig och som grundar sig på vetenskapligt hållbar information samt stöd. Hälsovårdscentralerna bör även organisera individuell avvänjningsvård och avvänjningsgrupper.

Alkoholrelaterade sjukdomar eller alkoholförgiftning genom olyckshändelse är de vanligaste dödsorsakerna för män och kvinnor i arbetsför ålder. Alkohol kan orsaka sjukdo-

mar i nästan hela människokroppen och den är en viktig bakgrundsfaktor för övervikt, olyckor och våld. Hälso- och sjukvården har i uppgift att identifiera och vårda patienter vars hälsa kan vara hotad av alkoholkonsumtion. Uppgifter om mycket och hur ofta alkohol konsumeras är också till hjälp när man ska ställa den verkliga diagnosen för vad som ligger bakom patientens besvär. Målet är att det ska vara rutin inom hälso- och sjukvården att fråga patienten om alkoholvanorna. När s.k. miniintervention införs i Finland, kan man grovt uppskatta att 60 000–120 000 av ca 600 000 riskanvändare minskar sin konsumtion på ett betydelsefullt sätt med hjälp av denna metod. Förutom alkohol bör även andra rusmedel såsom alkoholliknande substanser, droger, läkemedel och blandbruk av dessa tas i beaktande i samband med hälso- rådgivningen.

Ett effektivt förebyggande av olyckor erbjuder kommunerna en betydande möjlighet att minska belastningen på hälso- och sjukvården. Till exempel de olyckor som sker i hemmet och under fritiden uppskattas orsaka utgifter på cirka fyra miljarder euro om året. Enligt undersökningar som gjorts hade fall och benbrott bland äldre kunnat minskas med 15–35 procent genom rådgivning, granskning av riskfaktorerna i hemmet och medicineringen, muskel- och balansövningar och omändringar av hemmet.

I 2 mom. föreslås det att hälso- rådgivning och hälsoundersökningar även ska ordnas för sådana unga personer och personer i arbetsför ålder som inte omfattas av studerande- eller företagshälsovården. I jämförelse med resten av befolkningen i samma ålder är dessa personer i ojämlik ställning när det gäller tillgången till service. De som har avbrutit sina studier och ungdomar som inte har en studieplats eller arbetsplats efter grundskolan faller utanför studerandehälsovården. Till denna grupp hör även dem som avbrutit sin värnplikt. Risken för utslagning är större bland dessa ungdomar än bland andra jämnåriga. Samhällets kostnader för utslagning bland unga är enligt en rapport från Statens revisionsverk (146/2007; svensk resumé) betydande.

Med personer som faller utanför företags- hälsovården avses personer som hör till ar-

betskraften, men som inte har rätt att anlita företagshälsovårdens tjänster. Arbetslösa personer mår sämre och är sjukare än de som är sysselsatta. Brister i arbetsförmågan är ofta ett hinder för sysselsättning och en risk för utslagning. I samband med den hälsorådgivning för arbetslösa som stöder arbets- och funktionsförmågan, bedömningen av arbetsförmågan och behovet av yrkesinriktad eller medicinsk rehabilitering och rehabiliteringshänvisningen behövs det specialkunnande. I samband med hälsoundersökningarna och hänvisningarna bör sådana personer tas i beaktande som blir arbetslösa eller går i pension efter att ha haft sådant arbete som innebär särskild risk för insjuknande. Deras hälsoundersökningar bör göras periodiskt och utifrån exponeringen i fråga. Förutom systematisk verksamhet inom social- och hälsovården behövs det samarbete mellan social- och hälsovården, arbets- och näringsförvaltningen och Folkpensionsanstalten. Till följd av den utveckling som sker i samband med en utslagning söker sig en del av de arbetslösa inte på eget initiativ till hälso- och sjukvårdstjänsterna, utan det krävs samarbete med arbetskraftsmyndigheterna för att nå dem.

I 2 mom. föreslås det också att kommunen ska se till att de som bor inom kommunens område har tillgång till preventiv rådgivning och annan service som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan. Enligt social- och hälsovårdministeriets handlingsprogram för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa finns det behov av att intensifiera preventivrådgivningen och förebyggandet och minskningen av sexuellt överförbara sjukdomar samt främjandet av sexuell hälsa i allmänhet, i synnerhet när det gäller ungdomar. Rådgivning om sexuell hälsa ska kopplas till alla hälso- och sjukvårdstjänster, eftersom osaklig eller otillräcklig kunskap, konsekvenserna av många folksjukdomar för den sexuella hälsan och befolkningens stigande medelålder har ökat befolkningens behov av rådgivning. Även män, invandrare och många som hör till olika särskilda grupper behöver rådgivning. Dessutom bör förebyggandet av sexuellt våld, den tidiga identifieringen och hänvisningen till fortsatt vård effektiveras.

I 3 mom. föreslås det att hälsoundersökningarna och den hälsorådgivning som planerats utifrån dem ska bilda en genomtänkt helhet under såväl enskilda besök som individens hela livstid. Detta kräver planering av övergångsskedena, servicehelheten och det samarbete som behövs, med utgångspunkt i främjandet av individens, familjen och samhällets hälsa.

14 §. Screening. Syftet med screening och massundersökningar är att hitta sjukdomar, förstadier till sjukdomar eller sjukdomsalstrare hos människor som ännu är symptomfria. Grunden för ordnandet av screening är vetenskapligt baserad kunskap om nyttan av en tidig diagnos och vård när det gäller en viss sjukdom. Till exempel dödligheten när det gäller livmoderhalscancer har kunnat minskas till en bråkdel tack vare screeningen av cancers förstadier och tidig vård. Som bäst är screeningen en väsentlig del av folkhälsoarbetet.

Genom förslaget preciseras lagstiftningsgrunden för screening. Genom förslaget utfärdas det bestämmelser om enhetliga grunder för alla screeningundersökningar som utförs inom primärvården, oberoende av om det är fråga om screening som ingår i ett riksomfattande screeningprogram eller annan screening som ingår i ett kommunalt screeningprogram. Screening är en del av det sjukdomsförebyggande arbetet. Genom förslaget eftersträvas det att genomförandet av screeningen förenhetligas så att dess hälsovinster och effektfullhet kan säkerställas. Målet med screeningen är att minska sjukfrekvensen, skador och dödlighet på grund av sjukdomar genom att upptäcka sjukdomar eller förstadier till sjukdomar i ett tidigt skede. Tidig diagnos och vård förbättrar sjukdomsprognoserna, ger inbesparingar i vårdkostnaderna och förbättrar patientens livskvalitet. Förslaget motsvarar till sitt syfte nuvarande praxis.

Förutom den screening som kommunen är skyldig att ordna, kan kommunerna även genomföra andra screeningundersökningar inom ramen för primärvården, om de uppfyller de allmänna kvalitetskrav som anges i förordning 1339/2006. Screening genomförs ofta delvis eller helt som en köptjänst. I så fall ska inte bara kraven i upphandlingslagen

iakttas, utan man ska i synnerhet se till att alla delar av screeningprocessen uppfyller de krav som ställs på verksamhet av hög kvalitet.

15 §. Rådgivningsbyråttjänster. I paragrafen föreslås det bestämmelser om det centrala innehållet i moderskaps- och barnrådgivningsarbetet. Genom bestämmelsen vill man betona vikten av att det förebyggande arbetet inleds redan medan mamman väntar barnet, eftersom graviditeten och den tidiga barndomen utgör en avgörande fas med tanke på barnets tillväxt och utveckling, de vanor barnet lägger sig till med och förebyggandet av många problem. Graviditeten är också en lämplig tid att få information om det väntade barnets munvård och faktorer i anslutning till den. Dålig munhälsa hos barnet föregås av att föräldrarna har många obehandlade munsjukdomar och att deras egenvårdsvanor är otillräckliga. Genom bestämmelsen vill man stärka ställningen för de förebyggande hälso- och sjukvårdstjänster som gäller hela åldersklasser och genomförandet av dem som en del av det förebyggande barnskyddet. Möjligheterna för förebyggande verksamhet är goda vid rådgivningarna, eftersom det i praktiken är nästan alla som väntar barn och alla familjer med barn under skolåldern som anlitar dessa tjänster. Ett tidigt konstaterande av sjukdomar och störningar i utvecklingen och en tidig vårdhänvisning förebygger bestående skador. Effektiviteten i de metoder som tillämpas vid rådgivningarna utvecklas ständigt i takt med nya forskningsrön och utvecklingsarbete. Närmare bestämmelser om innehållet i och omfattningen av den hälsorådgivning och de hälsoundersökningar som ingår i rådgivningsbyråttjänsterna och om den förebyggande mun- och tandvården finns i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga, senare statsrådets förordning 380/2009. Målen för och innehållet i barnrådgivningsarbetet beskrivs närmare i barnrådgivningshandboken (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer - handbok för personalen SHM handböcker 2005:12). Arbetet med att förnya rekommendationerna för hälsoundersökningar av gravida kvinnor inleds 2010.

De hälsoundersökningar som det föreskrivs om i 2 mom. 1–3 punkten ingår i den ovan nämnda förordningen. Hälsoundersökningarna grundar sig på medicinsk forskning och forskning inom andra närliggande områden samt på de ställningstaganden som gjorts av den stora expertgrupp som berett förordningen. Motiveringarna till hälsoundersökningarna presenteras också i den publikation av social- och hälsovårdsministeriets som gäller rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt mun- och tandvård.

Enligt 2 mom. 1 -2 punkten kräver övervakningen och främjandet av fostrets och barnets fysiska och psykiska tillväxt och utveckling systematiska och tillförlitliga redskap inom alla delområden i utvecklingen. Genom de metoder som finns för att bedöma den neurologiska utvecklingen hos barn i lekåldern kan man redan i ett tidigt skede förutse problem på lång sikt och identifiera dem som löper störst risk för inläringssvårigheter. På så sätt kan många problem åtgärdas innan barnet börjar i skolan och behovet av specialundervisning minskas. Bedömningen och uppföljningen av barnets psykosociala utveckling och hälsa intensifieras under de närmaste åren, när den metod som utvecklats för primärvården sprids till alla hälsovårdscentraler. Enligt 2 mom. 3 punkten ligger en aktiv uppföljning och förbättring av barnets munhälsa under de första levnadsåren till grund för den senare mun- och tandvården.

Enligt 2 mom. 4 punkten ska man genom rådgivningsbyråerna stödja föräldrarnas välfärd, föräldrafärdigheterna inklusive den tidiga interaktionen mellan barn och föräldrar och parrelationen, eftersom de är av central betydelse för barnets hälsa och välfärd. Den metod för tidig interaktion (Vavu) som visat sig vara effektiv och som stöder barnets mentala hälsa och föräldrarnas förmåga till positiv interaktion med barnet bör tas i bruk vid alla rådgivningsbyråer. Med hjälp av den multiprofessionellt genomförda föräldragrupsverksamheten kan man stärka föräldrarnas färdigheter och erbjuda kamratstöd.

Enligt 2 mom. 5 punkten främjar rådgivningsbyråerna hälsa och trygghet inte bara i hemmiljön utan också i andra uppväxt- och utvecklingsmiljöer, så att dessa miljöer tryg-

gar barnets möjligheter till en balanserad utveckling, välfärd och människorelationer. Med utvecklingsmiljö avses den fysiska miljö där barnet och den unga personen utvecklas och som han eller hon själv ingår i och interagerar med. Viktiga utvecklingsmiljöer är förutom hemmet de miljöer som hör till den tidiga fostran, skolan och fritidsmiljöerna, inklusive virtuella miljöer. Det kommer hela tiden in nya uppgifter om livsstilsrådgivningens inverkan på barns och familjers vanor. Genom effektivare rådgivning har man kunnat påverka olika familjevanor såsom kostvanor och viktkontroll. Undersökningar visar att det är nödvändigt att man effektivare kan identifiera föräldrarnas alkoholbruk under graviditeten och medan barnet är i småbarnsstadiet.

I 2 mom. 6 punkten föreslås det bestämmelser om tidig identifiering av barn och familjer som behöver särskilt stöd eller undersökningar samt stöd till dem och vid behov hänvisningar till fortsatta undersökningar eller vård. Genom tidig identifiering och stödåtgärder i rätt tid kan man förebygga att problem förvärras och ofta även minska behovet av barnskyddsåtgärder. Behovet av särskilt stöd bör utredas om det hos barnet, i familjen eller i miljön finns faktorer som kan äventyra barnets sunda uppväxt och utveckling. I social- och hälsovårdsministeriets tillämpningsanvisningar (SHM 2009) ges det exempel på situationer där det bör göras en bedömning av läget och behovet av stöd när det gäller ett barn, en ung person eller en familj. Arbetsmetoderna inom projektet Familj och barn i samspel, som utvecklats vid Institutet för hälsa och välfärd, är effektiva metoder för att motverka att problem förs över från en generation till nästa och för att stödja familjen om en förälder lider av problem med den mentala hälsan eller missbruk eller någon annan allvarlig sjukdom. Andra metoder som har visat sig fungera väl är familjearbete i hemmet och intensivt familjearbete i socialvårdens regi som inletts så tidigt som möjligt. En inriktning av tjänsterna behövs också för att minska skillnaderna i hälsa mellan barnfamiljer.

När man ska stödja familjerna behövs det enligt 3 mom. samarbete som är systematiskt och som ger synergifördelar mellan de in-

stanser som arbetar med barnfamiljerna inom kommunens eller samkommunens område. Viktiga aktörer är den tidiga fostran, barnskyddet och annat socialt arbete samt den tredje sektorn. Rådgivningstjänsterna och det samarbete som behövs när de ska ordnas utvecklas i hela landet som en del av Kaste programmets tjänster för barn, unga och familjer. På basnivå utvecklas och sammanförs sådana tjänster som stöder utvecklingen och som förebygger och korrigerar problem och störningar över de nuvarande sektorgränserna. Specialservicen, såsom den specialiserade sjukvården, utvecklas så att den stöder bas-servicen genom olika arbetsmetoder, och servicen förs direkt in i barnens och de ungas utvecklingsmiljöer. Inom programmet utvecklas det olika modeller för familjecenter och familjeservice och man sprider praxis som konstaterats vara god och effektiv. En utveckling av rådgivningstjänsterna kräver tillräckligt många kunniga anställda.

16 §. Skolhälsovård. Enligt 1 mom. är skolhälsovårdstjänsterna avsedda för alla elever i grundskolan. Enligt förslaget ska skolhälsovårdstjänsterna vara lätt tillgängliga för eleverna och familjerna. För att möjliggöra samarbete också med lärarna ska skolhälsovårdens lokaler finnas i skolhuset eller i dess omedelbara närhet, och tjänsterna ska i regel stå till förfogande under skoldagen. Bestämmelser om hälsorådgivning, återkommande hälsoundersökningar och deras antal samt förebyggande mun- och tandvård som skolhälsovården ska ansvara för finns i statsrådets förordning 380/2009. Skolhälsovårdens mål och innehåll beskrivs närmare i handboken Skolhälsovården (Stakes 2002) och i kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården (SHM 2004:9). Tjänsternas planmässighet och genomförande ska enligt förslaget övervakas och bedömas regelbundet. Eleverna och deras vårdnadshavare ska informeras om skolhälsovårdstjänsterna och om tillgången till sådana.

Det föreslås att skolhälsovården ska omfatta hälso- och sjukvård under den tid eleven deltar i arbetslivsorientering (prao). Elevens behov av hälsoundersökning ska kartläggas inom skolhälsovården innan praktikperioden inleds, i synnerhet när det rör sig om arbete som medför särskild fara för ohälsa. Vem

som i förekommande fall har skyldighet att verkställa undersökningarna ska skolhälsovården och företagshälsovården sinsemellan komma överens om.

Enligt 2 mom. 1 punkten tryggas i en sund, trygg och i estetiskt hänseende trivsamt läromiljö de fysiska betingelserna för studierna, nämligen en god kvalitet på inomhusluften, ett välorganiserat skolarbete samt en god stämning i skolsamfundet. Till ett hälsofrämjande skolsamfund hör också en hälsosam lunch och hälsosamma mellanmål som gör det onödigt att sälja sötsaker och läskdrycker i skolorna. För att övervaka att skolmiljön och skolsamfundet är sunda och trygga och att skolsamfundet mår bra ska skolmiljön undersökas regelbundet, åtminstone vart tredje år, i samarbete med företagshälsovården, arbetarskyddspersonalen och med andra relevanta instanser. Avsikten är att åtgärdandet av brister i skolmiljön och skolsamfundet ska följas upp varje år i samband med beredningen av skolans årsberättelse, och till årsberättelsen kunde med fördel fogas en kort beskrivning av utvecklingen av arbetsförhållandena i skolan och genomförandet av korrigerande åtgärder.

Enligt 2 mom. 2 punkten ska skolhälsovården främja och följa med elevernas uppväxt och utveckling samt deras hälsa och välfärd enligt årsklass. Tre av de årliga hälsoundersökningarna är det s.k. omfattande, grundliga undersökningar, genom vilka man samtidigt övervakar och främjar föräldrarnas och hela familjens välfärd (1:a, 5:e och 8:e klassen). Övriga kontroller under de mellanliggande åren kan vara mindre omfattande, beroende på elevens behov. Grunderna för hälsoundersökningarna läggs fram i social- och hälsovårdsministeriets tillämpningsanvisningar (SHM 2009). Det är viktigt att barns och ungas fysiska tillväxt och utveckling följs med, eftersom man på detta sätt kan få kännedom om olika allmänna sjukdomar vars behandling skulle fördröjas betydligt om sjukdomen konstaterades först på basis av andra symptom. Bedömningen av barns och ungas fysiska tillväxt förutsätter årliga longitudinella undersökningar och att man framställer tillväxtkurvor som kontinuerligt kompletteras och tolkas utifrån parametrarna för normal tillväxt. De tidiga symptomen på

psykiska störningar uppträder ofta i skol- och studieåldern. I skolan har man möjlighet att i ett tidigt skede upptäcka förändringar i en elevs beteende eller funktionsförmåga. Det att skolhälsovårdens har möjlighet att reagera på symptom som eleven själv visar eller på oro som eleven väcker i sin dagliga miljö innebär en värdefull chans att ge tidigt stöd.

Enligt 2 mom. 3 punkten är samarbete med föräldrar och vårdnadshavare särskilt viktigt i fråga om barn i grundskoleålder. Skolhälsovårdens mål bör vara att skapa så förtroendefulla relationer som möjligt med föräldrar och vårdnadshavare, för att det ska vara lätt för dem att kontakta skolhälsovården och så att de betraktar barnets deltagande i skolhälsovårdens undersökningar och andra kontakter och hembesök från skolhälsovårdens sida som en positiv sak. Till skolhälsovårdens främsta uppgifter hör att trygga barnets hälsa och välfärd, och därför ska alltid barnets och den unga människans perspektiv i första hand beaktas.

Man vet att hela familjens välbefinnande och föräldrarnas resurser har stor betydelse för barnets hälsa, välfärd och behov av vård och stöd. Därför innefattar en omfattande hälsoundersökning utöver en intervju med barnet och en bedömning av barnets hälsotillstånd och utveckling också alltid en bedömning av hela familjens välbefinnande, till den del det är nödvändigt för att bedöma behovet av vård och stöd.

Syftet med mun- och tandvård enligt 2 mom. 4 punkten är att förbättra och förenhetliga tillhandahållandet av förebyggande mun- och tandvård som en del av servicen inom skolhälsovården. Bestämmelser om förebyggande mun- och tandvård och återkommande undersökningar av munnen som skolhälsovården ska ansvara för finns i statsrådets förordning. Det centrala målet för den förebyggande mun- och tandvården är att se till att allt fler har bra rutiner för egenvård av munnen. Återkommande undersökningar som omfattar hela åldersgrupper gör det möjligt att övervaka mun- och tandhälsan hos barn och unga på befolkningsnivå och att varsebli utvecklingstrender. Utöver återkommande undersökningar enligt förordningen ordnas undersökningar av munnen, övriga kontroller som gäller mun- och tandhälsan samt vård-

tjänster som utgår från individuella behov. I fråga om förebyggande och intensifierad förebyggande mun- och tandvård inom primärvården och tidig behandling av karies hos barn och unga under 18 år har man utarbetat riksomfattande grunder för icke-brådskande vård (SHM 2009). För ett barn som löper särskild risk att insjukna i munsjuksdomar ska det ordnas intensifierad förebyggande mun- och tandvård och individuellt fastställda hälsoundersökningar.

Enligt 2 mom. 5 punkten ska behovet av särskilt stöd utredas om det hos ett barn, en ung person, i en familj i eller i miljön finns faktorer som kan äventyra barnets eller den unga personens sunda uppväxt och utveckling. I motiveringen till och tillämpningsanvisningarna (SHM 2009:20) till social- och hälsoministeriets förordning ges exempel på situationer där en lägesbedömning måste göras och behovet av stöd till ett barn, en ung person och en familj bedömas.

I fråga om ett barn med långtidssjukdom, exempelvis diabetes, ska enligt förslaget de vuxna som är verksamma inom skolsamfundet komma överens om vård och stöd som ska ges under skoldagen i det skede som barnet inleder sin skolgång eller när barnets sjukdom konstateras. Diabetesvård består i huvudsak av egenvård som barnet och barnets familj får handledning i vid en diabetesenhet inom den specialiserade sjukvården. Eftersom barnets föräldrar inte kan övervaka och tillhandahålla vården under skoldagen måste de vuxna inom skolsamhället anlitas för vården. Social- och hälsovårdsministeriet har tillsammans med undervisningsministeriet och Finlands Kommunförbund tagit fram en handlingsmodell för vården av diabetes-sjuka barn under skoldagen (SHM 2010).

De specialundersökningar inom skolhälsovården som nämns i 2 mom. 6 punkten som det enligt förslaget kan föreskrivas om genom förordning ska enligt förslaget ordnas av den kommun där skolinrättningen är belägen. Om kommunen inte har den kompetens som behövs kan tjänsterna ordnas som köpta tjänster. Barns och ungas psykiska hälsa är i betydande omfattning beroende av den omgivande miljön. En bedömning av psykiska problem förutsätter samarbete med de människor som arbetar i barnets eller den unga

personens vardagsmiljö och med familjen. Den psykiatriska undersökningen kan innebära deltagande i en multiprofessionell lägesbedömning som syftar till att ge optimalt stöd till barnet eller den unga personen.

Enligt 3 mom. behövs samarbete med den övriga elevvårds- och undervisningspersonalen för att på ett föregripande sätt säkerställa skolsamfundets och skolelevernas välbefinnande, och när man tacklar situationer med barn som mår dåligt eller andra problemsituationer. Skolhälsovården är en del av elevvården i skolan. Skolhälsovården deltar i verksamhet som syftar till att identifiera inlärningssvårigheter, känslomässiga problem och beteendestörningar hos eleverna och till att hantera dessa problem i samarbete med den övriga elevvårds- och undervisningspersonalen. Den övriga elevvårdspersonalen i skolan behövs ofta som stöd för skolhälsovården för att lösa problem i föräldraskapet, brister i växelverkan och psykiska problem. Avsikten är att skolsamfundet ska utarbeta en plan för elevvården i vilken man fastställer hur skolsamfundet ska verka för att främja hälsa och säkerhet, vilket allmänt och särskilt stöd inom elevvården som ska erbjudas eleverna samt vilka handlingsmodeller som tillämpas. Handlingsmodeller behövs för olika kris- och problemsituationer. Genom handlingsmodellerna säkerställs det att första hjälpen tillhandhålls exempelvis vid olycksfall och olyckor.

Med elevvård enligt 4 mom. avses verksamhet som främjar och upprätthåller elevens studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd samt understödande verksamheter. Elevvården omfattar elevvård enligt den läroplan som har godkänts av undervisningsanordnaren samt elevvårdstjänster som består av den skolhälsovård som avses i denna lag och av stöd vid fostran enligt barnskyddslagen (417/2007).

Enligt 5 mom. är skolhälsovården en del av elevvården, som också inbegriper skolresor. I regeringens proposition med förslag till lag om ändring av folkhälsolagen (RP 234/2006 rd), i vilken det föreslås att lagstiftningen preciseras så att mun- och tandvård ingår i skolhälsovården, finns en hänvisning till Finlands Kommunförbundets rekommendation om transporter till mun- och tandvård (2003).

Enligt rekommendationen ska hälsovårdscentralen ansvara för resekostnader som avtalade besök för kontroll, undersökning och vård i samband med mun- och tandvård föranleder, när det inte går att kombinera resorna med skolresor. Hälsovårdscentralerna och skolan ska tillsammans se till att elevens föräldrar får behövlig information om mun- och tandvårdsbesök.

Om specialundersökning enligt 2 mom. 6 punkten har anskaffats för en elev som inte är invånare i den kommun eller samkommun som är huvudman för hälsovårdscentralen, ska enligt 6 mom. den hälsocentral som upprätthålls av elevens hemkommun ersätta de skäligena kostnaderna för elevens och en eventuell behövlig ledsagares resa.

17 §. Studerandehälsovård. Enligt 1 mom. ska primärvården ordna studerandehälsovårdstjänster för eleverna vid läroanstalterna inom kommunens område, oberoende av de studerandes hemort. Avsikten är att studerandehälsovårdstjänsterna ska utgöra en fortsättning utan avbrott på skolhälsovårdstjänsterna för grundskoleelever. Studerandehälsovården tillhandahålls från och med gymnasiet och den yrkesinriktade grundutbildningen på andra stadiet, och sörjer för de ungas hälsa och välfärd ännu när de är högskolestuderande. Närmare bestämmelser om innehållet i studerandehälsovården finns i statsrådets förordning (380/2009). I publikationen Handbok för studerandehälsovården (SHM publikationer 2006:13) beskrivs studerandehälsovårdens mål, uppgifter och centrala innehåll.

Som studerande betraktas enligt 1 och 7 § i lagen om studiestöd (65/1994) en studerande som är berättigad till studiestöd och som bedriver heltidsstudier som omfattar minst åtta veckor i en följd (SHVS).

Det föreslås att hälso- och sjukvården samt mun- och tandvården för studerande vid universiteten och yrkeshögskolorna med kommunens samtycke också ska kunna ordnas på något annat sätt som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) har godkänt. Härvid krävs det emellertid att innehållet i vården överensstämmer med statsrådets förordning och övriga nationella anvisningar. För närvarande ordnas hälso- och sjukvården för unga universitetsstuderande via Studenternas hälsovårdsstiftelse.

Det föreslås att studerandehälsovården ska omfatta hälso- och sjukvård under den tid den studerande deltar i arbetspraktik. Inom studerandehälsovården bör man tillsammans med företagshälsovården kartlägga den studerandes behov av hälsoundersökningar innan arbetspraktikperioden inleds, i synnerhet när det rör sig om arbete som medför särskild fara för ohälsa.

Enligt 2 mom. 1 punkten ska studerandehälsovården upprätthålla och förbättra de studerandes välbefinnande genom att främja en sund och trygg studiemiljö och främja de studerandes hälsa och studieförmåga samt genom att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för de studerande. Dessutom ska studerandehälsovården ha som mål att för sin del säkerställa välbefinnandet i hela studiesamfundet. För att övervaka att studiemiljön och studiesamfundet mår bra ska studiemiljön undersökas regelbundet, åtminstone vart tredje år, i samarbete med läroanstalten och de studerande vid den, studerandehälsovården, hälsoinspektören, företagsvården för personalen, arbetarskyddspersonalen och vid behov med andra relevanta instanser.

En sund och trygg studie- och arbetsmiljö uppstår genom goda fysiska, psykiska och sociala betingelser som skapar förutsättningar för att hela studiesamfundet ska må bra, studieförmågan bevaras och inläringen ge goda resultat. Att man stöder och främjar en studiekultur som upprätthåller välbefinnandet under studietiden är viktigt också eftersom det är under studietiden som studerandena i egenskap av framtida arbetstagare tillägnar sig sina grundläggande attityder och färdigheter inför arbetslivet. För att detta mål ska nås bör hälso- och sjukvårdspersonalen samarbeta med tjänsteinnehavarna vid läroinrättningarna, hälsoskyddsmyndigheterna, arbetarskyddskommissionerna och arbetarskyddsmyndigheterna samt med studentorganisationerna.

Enligt 2 mom. 2 punkten är det med tanke på de studerandes hälsa och studieförmåga viktigt att man får en helhetsuppfattning om de studerandes hälsa och välfärd och att man sporrar dem till hälsofrämjande val. Av central betydelse är att kartlägga den studerandes livssituation, självkänsla, resurser, motiva-

tion och eventuella riskfaktorer samt att kartlägga viljan till eller motståndet mot förändring hos den studerande. Bestämmelser om återkommande hälsoundersökningar som riktar sig till studerande och om undersökningarnas omfattning finns i statsrådets förordning 380/2009. För studerande under 18 år föreslås det bli föreskrivet om två återkommande hälsoundersökningar. I fråga om äldre studerande på högre nivå är avsikten den att undersökningar genomförs enligt det individuella behov som konstateras på basis av hälsoenkäten. Hälsoundersökningar för studerande innefattar intervjuer med den studerande, en riskbedömning inom ramen för företagshälsovården samt handledning. I hälsoundersökningar för studerande ska den studerandes hälsotillstånd och resurser bedömas också med tanke på den studerandes möjligheter att klara av studierna. Därför ska läkare och hälsovårdare som arbetar inom studerandehälsovården vara tillräckligt insatta i specialfrågor inom studerandehälsovården. Hälsoundersökningarna för förstaårsstuderande kan betraktas som undersökningar enligt ålderskategori eller livsfas, och innehållet i undersökningarna påminner på många sätt om de hälsoundersökningar som görs inom företagshälsovården. I denna livsfas framträder många sådana psykiska problem som kan leda till utslagning och tidig pensionering. Därför är det viktigt att man varseblir eventuella tecken på alkohol- och drogproblem, ångest, depression och tillbakadragenhet samt hallucinationer och tankestörningar hos den studerande.

Enligt 2 mom. 3 punkten ska den kommun där läroinrättningen är belägen ordna hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive mun- och tandvård och mentalvårdstjänster, för de studerande som omfattas av studerandehälsovården. Avsikten är att verksamheten vid rådgivningsbyråerna för mödravård ska tas in i de hälso- och sjukvårdstjänster som studieorten ska ordna för studerandena på samma sätt som för kommuninvånarna. Rådgivningsbyråtjänster för barn till studerande ska alltså inte höra till studerandehälsovården, utan det är barnets hemkommun som ska tillhandahålla dem.

De unga bör få råd och hjälp i frågor som gäller sexualitet som basservice på ett enkelt

sätt, eftersom det är mycket viktigt för de unga att tröskeln till mottagningen är låg. Tjänster för unga som gäller den sexuella hälsan ska så långt det är möjligt ordnas som separat ungdomsservice, eftersom det krävs särskild kompetens för att arbeta med unga. Om det inte är möjligt att ordna särskild rådgivning för unga ska basservicen för unga utvecklas genom ökade insatser inom skol- och studerandehälsovården samt genom att man höjer hälsovårdarnas kompetens och utökar deras befogenheter. Tjänster som främjar den sexuella hälsan omfattar rådgivning i frågor som gäller sexualitet och parrelationer, förebyggande av barnlöshet, förhindrande av oönskade graviditeter, förebyggande av könssjukdomar, förebyggande av sexuellt våld samt annan rådgivning som gäller den sexuella hälsan.

Hjälp för de stressymptom som ofta föregår psykiska störningar ska ges inom primärvården. Samtal med de unga ska tas in i dimensioneringen av hälsovårdarens arbete. Stresshanteringsmetoder kan läras ut åt de unga i grupper, och tröskeln för att delta i grupperna ska vara låg. Stöd i samband med lindriga depressionssymptom ska likaså kunna ges i grupp inom ramen för studerandehälsovården, exempelvis under ledning av en psykolog eller hälsovårdare. Merparten psykiska störningar kan behandlas inom primärvården med stöd från den psykiatriska specialiserade sjukvården. Till studerandehälsovården hör att identifiera allvarligare psykiska problem och vid behov hänvisa personen till den specialiserade sjukvården. För att en person ska kunna hänvisas till den specialiserade sjukvården i rätt tid och på ett planmässigt sätt förutsätts det att ett fungerande ungdomspsykiatriskt eller psykiatriskt konsultationssystem finns på plats och att man på den berörda orten iakttar på förhand överenskomna verksamhetssätt. Inom mentalvårdstjänsterna krävs det multisektoriellt arbete och nätverkande samt ett arbetsledningssystem. Detta måste beaktas vid dimensioneringen av arbetet.

De studerande ska ha tillgång till rådgivning och handledning av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården samt tillgång till mun- och tandvård utifrån det individuella behovet, inom den utsatta vänteti-

den. I hälsoenkäterna till nya studerande ska det utredas huruvida en individuell vård- och uppföljningsplan har utarbetats för den studerande. Om en sådan plan saknas ska en sådan utarbetas och genomförandet av planen ska följas med. Sjukdomar hos den studerande och ogynnsamma förändringar i hans eller hennes levnadsförhållanden kan märkas i form av munsjukdomar innan några andra hälsoeffekter kan konstateras. En studerande som löper större risk än andra att få munsjukdomar ges intensifierad förebyggande vård vid mottagningen, och den individuella hälsorådgivningen till personen effektiviseras på ett sätt som ökar egenvårdens genomslagskraft.

Enligt 2 mom. 4 punkten ska behovet av särskilt stöd bedömas bl.a. i följande situationer: sjukdom hos den unga personen, psykiska problem och alkohol- och drogproblem, mobbning, neurologiska utvecklingsstörningar såsom exempelvis inlärningssvårigheter, beteendestörningar, upprepat behov av vård på grund av olycksfall, allvarliga sjukdomar hos föräldrarna, närståendevåld eller problem som anknyter till familjens eller den unga personens utkomst eller levnadsförhållanden.

Enligt 3 mom. är samarbete och arbete i gemenskap inom studerandesamfundet de viktigaste arbetsmetoder som står till förfogande för aktörerna inom studerandehälsovården i välfärdsaktörernas nätverk. Verksamheten är sådan att den kräver initiativrikedom och planmässighet, och den genomförs i samarbete med läroinrättningarna, studentorganisationerna och andra parter som har del i studiesamfundets välbefinnande. Verksamheten i studerandevårdsgrupperna är ytterst viktig på samtliga studienivåer, från gymnasiet till högskolorna.

I fråga om vissa studerande i utbildning på andra stadiet (gymnasier och yrkesinriktad utbildning) ska det i vissa situationer vara nödvändigt att ha kontakt med vårdnadshavarna. Samarbetet med vårdnadshavarna är ett viktigt stöd med tanke på den unga personens livshantering. Det är i synnerhet när det gäller alkohol- och drogproblem och psykiska problem som unga människor behöver särskilt stöd och vid behov hänvisning till fortsatt vård.

Enligt 4 mom. avses med elevvård enligt 37 a § i lagen om yrkesutbildning och 29 a § i gymnasielagen verksamhet som främjar och upprätthåller de studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödande verksamheter.

Enligt lagen om yrkesutbildning ska utbildningsanordnaren samarbeta med de myndigheter och andra instanser som ger och ordnar studerandehälsovårdstjänster och sådana skolpsykolog- och skolkuratorstjänster som avses i barnskyddslagen, och informera de studerande om förmånerna och tjänsterna. Vid behov ska en studerande handledas att söka dessa förmåner och tjänster. Enligt gymnasielagen ska utbildningsanordnaren se till att studerande som behöver särskilt stöd ges information om de hälsovårds- och socialvårdstjänster som står till buds för dem och handleda dem att söka dessa tjänster.

18 §. Företagshälsovård. För arbetstagare som arbetar på arbets- och verksamhetsplatser inom kommunens område ska kommunen ordna sådana lagbestämda företagshälsovårdstjänster och sjukvårds- och andra hälsovårdstjänster som det har bestämts att arbetsgivaren ska svara för. Företagshälsovården har till uppgift att främja och stödja arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga samt att främja deras ork och engagemang i arbetet. Företagshälsovården har en central roll när det gäller att förutse eventuella försämringar i arbetsförmågan och hänvisa arbetstagarna till vård och rehabilitering. Till särdragen i företagshälsovården hör att den förutom att den främjar arbetstagarnas hälsa och tillhandahåller vård också påverkar arbetet, arbetsförhållandena och arbetsgemenskapen.

Det kommunala servicesystemet för företagshälsovård är en central aktör i små bostättningscentra och i glesbygden, där det inte finns alternativa serviceproducenter inom företagshälsovården. Det kommunala systemet säkerställer att alla som är i arbetslivet har tillgång till servicen på lika villkor.

Ett välfungerande kommunalt företagshälsovårdssystem ger kommunerna en fördelaktig ställning beträffande placeringen av arbetsplatserna. Den kommunala företagshälsovården kan främja kommunens näringspolitik genom att erbjuda företagen och företagarna

företagshälsovårdstjänster som främjar arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga.

Enligt paragrafens 2 och 3 mom. kommunen ska vidare för företagare och andra som för egen räkning utför arbete inom kommunens område ordna företagshälsovårdstjänster samt sjukvårdstjänster och andra hälsovårdstjänster. Företagshälsovård samt sjukvårdstjänster och andra hälsovårdstjänster för företagare som ordnas i samband med företagshälsovård har sedan januari 2006 ordnats i den omfattning som bestäms i paragrafen. Bestämmelser om sjukvård för företagare och om ersättningar i samband med den togs in i lagen om företagshälsovård (1117/2005) och i sjukförsäkringslagen (1113/2005) vid ingången av 2006.

19 §. Hälso- och sjukvård för sjömän. Kommunen ska för sjömän, oberoende av deras hemort, upprätthålla hälso- och sjukvårdstjänster som också omfattar mun- och tandvård, samt för sjömän, oberoende av på vilken ort rederiet finns, ordna företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren ska svara för enligt 12 § lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar och enligt vad som bestämts med stöd av dem. Bestämmelser om detta finns i den gällande folkhälsolagens 14 a §. I 5 § i den gällande folkhälsoförordningen föreskrivs det att städerna Björneborg, Fredrikshamn, Helsingfors, Jakobstad, Kemi, Kotka, Nyslott, Raumo, Uleåborg, Vasa och Åbo ska sörja för de lagbestämda uppgifterna. Det föreslås att bestämmelsen i folkhälsoförordningen tas upp till lagnivå.

20 §. Rådgivningstjänster för äldre. I paragrafen föreslås bestämmelser om rådgivningstjänster för äldre kommuninvånare. Det föreslås att kommunen ska se till att personer som får ålderspension har tillgång till tjänster som upprätthåller och främjar deras välfärd, hälsa och funktionsförmåga. I regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering betonas åtgärder för att stärka de äldres funktionsförmåga, initiativförmåga och självständighet. Både Politikprogrammet för hälsofrämjande och Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre omfattar mål om att skapa ett täckande rådgivnings- och servicenät för äldre i hela landet och ta in förebyggande hembesök i kommunernas serviceutbud. En central linje i Kvalitetsrekommendationen

mendationen om tjänster för de äldre, som gavs år 2008 i kommunerna, är att främja de äldres välfärd och hälsa.

Rådgivningstjänsterna syftar till att förbättra de äldres förutsättningar att så länge som möjligt upprätthålla och bevara funktionsförmågan, att stödja ett självständigt boende hemma, att ge de äldre större möjligheter till ett aktivt liv och delaktighet i samhället samt att minska deras behov av omsorg dygnet runt. Ett annat mål är att minska skillnaderna i välfärd och hälsa hos de äldre och att identifiera sådana äldre personer som i genomsnitt löper större risk att slås ut och bli utanför stöd och tjänster. Rådgivningstjänsterna ska för sin del säkerställa att äldre kommuninvånare får den information, den rådgivning och det stöd vid rätt tidpunkt som de behöver samt vid behov handledning i att söka sig till social- och hälsovårdsservice som tillhandahålls av andra aktörer eller till en bedömning av servicebehovet.

Enligt 1 mom. ska de rådgivningstjänster som syftar till att främja och stödja de äldres välfärd, hälsa och funktionsförmåga och som kommunen ordnar erbjudas alla äldre kommuninvånare. Enligt förslaget ska kommunernas skyldighet att ordna rådgivningstjänster för de äldre gälla personer som får ålderspension. När en person som har omfattats av företagshälsovård går i pension uppstår det ofta ett avbrott i hälsovårdstjänsterna. Kedjan av tjänster som säkerställer välbefinnandet och hälsan bryts ofta vid pensioneringen, eftersom verksamhet som främjar välfärd och hälsa samt förebyggande verksamhet för de äldre ofta tillhandahålls endast i en del av kommunerna; det finns inget etablerat system motsvarande mödra- och barnrådgivningsbyråerna, skol- och studerandehälsovården eller företagshälsovården. Via rådgivningstjänsterna skulle enligt förslaget också anhöriga och närstående samt närståendevårdare få stöd.

Den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta arbetsgruppen Ikäneuvo överlämnade sin rapport i augusti 2009. Den centrala tanken i arbetsgruppens förslag var att de äldre, precis som den övriga befolkningen, ska ha likvärdiga möjligheter att främja sin välfärd och hälsa.

I dag behöver omkring var fjärde person som fyllt 75 år regelbundet tjänster på grund av nedsatt funktionsförmåga, exempelvis i form av hemservice, hemsjukvård eller omsorg dygnet runt. En del äldre personer är utsatta för välfärds- och hälsorisker och lever i en mångfald av problem. För de flesta blir hjälpbehovet störst först när de uppnår 85 års ålder. Det väsentliga är att välfärden, hälsan och funktionsförmågan, inklusive muskeltkraften och balansen, kan förbättras i alla skeden av livet. Rådgivningstjänster erbjuds äldre personer i färre än hundra kommuner år 2007 (Stakes utredning 2008).

Det finns i dag också en i lag bestämd grund för rådgivning och handledning för äldre personer i socialvårdslagen och i folkhälsolagen. Socialvårdslagen omfattar bestämmelser om skyldighet att ge rådgivning och handledning. Enligt 13 § i socialvårdslagen ska kommunen såsom till socialvården hörande uppgifter bl.a. sörja för att handledning och rådgivning anordnas beträffande förmånerna inom socialvården och det övriga socialskyddet och utnyttjandet av dessa, samt att information tillhandahålls beträffande socialvården och det övriga socialskyddet. Enligt 14 § i folkhälsolagen omfattar bestämmelser om skyldighet att sörja för hälsorådgivning och hälsoundersökningar för kommunens invånare samt att följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd och faktorer som inverkar på hälsotillståndet utvecklas i de olika befolkningsgrupperna. I folkhälsolagen bestäms också om skyldighet att sörja för att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter samt att för främjandet av hälsan samarbeta med andra offentliga och privata instanser som är verksamma i kommunen. Nu föreslås det i paragrafen bestämmelser om gemensamma rådgivningstjänster för äldre inom social- och hälsovården. Avsikten är att bestämmelsen om rådgivningstjänster ska genomföras i samband med revideringen av socialvårdslagen.

Till hälsofrämjande verksamhet enligt 2 mom. 1 punkten hör enligt förslaget rådgivning och handledning i fråga om hälsosamma kostvanor, munhälsa, regelbunden motion, upprätthållandet av muskelstyrka och balans, minnet och minnesstörningar samt det sociala välbefinnandet, förebyggande av olycks-

fall i hemmet och på fritiden och förebyggande av alkohol- och drogproblem samt rådgivning om och vägledning i att utnyttja hjälpmedel och sådan etiskt hållbar teknik som har utvecklats med tanke på äldre personers behov.

Verksamheten ska enligt förslaget också omfatta rådgivning och handledning beträffande de social- och hälsovårdstjänster och andra stöd som främjar välfärd och hälsa som kommunen och de andra aktörerna i området ordnar och tillhandahåller. Vidare ska verksamheten omfatta information och rådgivning om socialskyddsfrämjande åtgärder som är viktiga för äldre personer, såsom exempelvis sjukvårdssättning och vårdbidrag för pensionstagare som Folkpensionsanstalten beviljar.

Riskgrupper enligt 2 mom. 2 punkten är t.ex. änkor och änklingar, ensamma människor, personer som har kommit hem från sjukhus och personer som lider av minnesjukdom. En särskild grupp vars behov av stöd och handledning också måste beaktas i kommunernas rådgivningstjänster är krigsveteranerna, vars genomsnittliga ålder för närvarande är 86 år och som är 60 000 till antalet.

Till rådgivningstjänsterna hör också enligt 2 mom. 3 punkten rådgivning och handledning beträffande sjukvård som kommunen tillhandahåller och säker läkemedelsbehandling i samband med detta.

I 3 mom. föreslås det att kommunen också ska ordna hälsoundersökningar för äldre kommuninvånare. Dessutom ska rådgivning och handledning ges i samband med välfärdsfrämjande hembesök (tidigare: förebyggande hembesök). Målgruppen för de välfärdsfrämjande hembesöken väljs antingen enligt ålder eller både på grundval av ålder och på grund av att personen hör till en riskgrupp. Avsikten är att hembesöken primärt ska fokusera på 70–85 åringar som inte omfattas av regelbunden service eller på en viss åldersgrupp inom denna grupp. Under hembesöken ska det göras en allmän bedömning av personens funktionsförmåga och riskfaktorer i boendemiljön ska kartläggas. Vidare ska personen ges handledning i hur han eller hon på eget initiativ kan främja sin välfärd samt informeras om den service som kom-

munen erbjuder. Under hembesöken ska det göras en allmän bedömning av personens funktionsförmåga, och risker som kan försvaga dennes funktionsförmåga, livskvalitet och trygghet i det egna hemmet ska kartläggas. Under de välfärdsfrämjande hembesöken ska dessutom riskfaktorerna i boendemiljön kartläggas, och personen ska ges handledning i hur han eller hon på eget initiativ kan främja sin välfärd. Personen ska också informeras om den service och andra stöd som kommunen erbjuder. Avsikten är att man med hjälp av hembesöken också ska kunna nå personer som inte utnyttjar andra rådgivningstjänster. Personen kan vid behov hänvisas till en noggrannare bedömning av funktionsförmågan och servicebehovet och till olika verksamheter och tjänster. Genom välfärdsfrämjande hembesök kan en person som har fyllt 75 år i andra än i brådskande fall hänvisas till en bedömning av behovet av socialservice senast den sjunde vardagen efter det att personen i fråga eller hans eller hennes lagliga företrädare eller anhöriga eller någon annan person eller en myndighet, för att få service, har tagit kontakt med den myndighet i kommunen som ansvarar för socialservicen.

I 3 mom. föreslås det att rådgivningstjänsterna ska genomföras som ett samarbete mellan social- och hälsovården. När kommunen tillhandahåller rådgivningstjänster kan den enligt förslaget också samarbeta med andra aktörer, exempelvis de andra kommunala sektorerna, den privata sektorn, organisationerna och församlingarna. Avsikten är att rådgivningstjänsterna ska omfatta information om välfärd, hälsa, tjänster och socialskydd samt rådgivning och handledning för individer och grupper. Enligt förslaget är det ändamålsenligt att rådgivningstjänsterna ordnas som närservice, så att de är så lätta som möjligt för äldre kommuninvånare att nå. Tjänsterna ska tillhandahållas vid verksamhetsenheter med låg tröskel och vid sidan av rörliga tjänster som förs hem till klienten också i form av telefonrådgivning och webbtjänster samt genom att utnyttja teknologi. Det ska säkerställas att äldre personer alltid också har möjlighet att få rådgivning ansikte mot ansikte. Under de senaste åren har kommunerna ordnat rådgivningstjänster bl.a. vid

informationsställen som har inrättats i samband med köpcentra och vid seniorcentrum i stadskärnan eller i tätorterna med goda trafikförbindelser.

21 §. Miljö- och hälsoskydd. En kommun ska ordna miljö- och hälsoskydd inom sitt område. Lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet trädde i kraft den 15 juni 2009. Enligt lagen ska miljö- och hälsoskyddstjänster ordnas antingen i kommunen eller i ett samarbetsområde för miljö- och hälsoskydd, där personalresurser som motsvarar tio årsverken ska stå till miljö- och hälsoskyddets förfogande. Antalet enheter inom det kommunala miljö- och hälsoskyddet var 277 år 2003 och antalet har minskat till 124 år 2010. Vid ingången av 2013 beräknas antalet enheter som förfogar över tillräckliga personalresurser på det sätt som förutsätts i lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet vara ca 60. Enheterna enligt lagen ska inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2013. Av det ovan sagda följer att kommunerna ska ordna miljö- och hälsoskyddsservice antingen i kommunen eller i ett samarbetsområde för miljö- och hälsoskyddet som uppfyller minimikraven enligt lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet.

I paragrafens 2 mom. räknas upp de lagar i vilka det föreskrivs om verkställandet av miljö- och hälsoskydd. Miljö- och hälsoskyddet är myndighetstillsyn som gäller människans livsmiljö och är som sådan en del av den förebyggande hälso- och sjukvården. De lagar som enligt förslaget har samband med miljö- och hälsoskydd är hälsoskyddslagen (763/1994), livsmedelslagen (23/2006), lagen om konsumtionsvarors och konsumenttjänsters säkerhet (75/2004), kemikalielagen (744/1989), lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning (693/1976) samt veterinärvårdslagen (765/2009). I lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet finns en hänvisning till de speciallagar som gäller miljö- och hälsoskydd som det bestäms om i den gällande folkhälsolagens 1 § 2 mom. Därför bör bestämmelser om speciallagar som gäller miljö- och hälsoskydd också finnas i hälso- och sjukvårdslagen.

22 §. Intyg. Bestämmelsen motsvarar 14 § 1 mom. 11 punkten i folkhälsolagen, som

togs in i lagen år 2007. En kommun, ska se till att invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd, när ett sådant behövs enligt lag eller när det finns en nödvändig grund för det med tanke på invånarens eller patientens vård, utkomst och studier eller av någon annan jämförbar orsak. Intyget eller utlåtandet ges till en patient vid en hälsovårdscentral som vanligen är invånare i kommunen. Kommun- och servicestrukturreformen torde dock när den genomförs föra med sig allt fler sådana områden där hälsovårdstjänster anlitas över kommungränserna. Likaså patientens möjlighet att välja sin vårdplats ökar situationer när hälsovårdstjänster anlitas över kommungränser. Då är hälsovårdscentralens klienter inte nödvändigtvis invånare i kommunen.

Intyget eller utlåtandet ska gälla patientens hälsotillstånd. Bedömningen görs av en yrkesutbildad person som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). För upprättande av intygen eller utlåtandena ska det krävas sakkunskap av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Intyget eller utlåtandet ska grunda sig på observationer som gjorts vid en undersökning och på eventuella förhandsuppgifter. Om den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ska utfärda ett intyg eller utlåtande inte objektivt kan bedöma innehållet i det, hör intyget eller utlåtandet inte till det som kommunen har skyldighet att ordna.

Med intyg eller utlåtanden som behövs enligt lag avses i detta sammanhang sådana intyg eller utlåtanden om vilkas nödvändighet föreskrivs i lag, förordning eller i ett beslut som utfärdats med stöd av en förordning. Sådana intyg är till exempel körkortsintyg, läkarintyg enligt värnpliktslagen (1438/2007), läkarintyg för sjömän, läkarintyg över hushållsarbetsstagares hälsotillstånd, läkarintyg vid tillsättande av en tjänst som präst, kantor och diakon i den ortodoxa församlingen, läkarutlåtande enligt lagen om missbrukarvård (41/1986) som ges innan någon förordnas vård på grund av våldsamhet, utlåtande om sådan kroppsbesiktning som avses i tvångsmedelslagen (450/1987) och läkarutlåtande enligt steriliseringsförordningen (427/1985).

Förteckningen är inte uttömmande. Intyg som gäller utkomst kan till exempel vara sådana intyg som behövs för ansökan om förmåner enligt sjukförsäkringslagen. Intyg av detta slag är i allmänhet också lagbestämda. Intyg som är nödvändiga med tanke på studier kan till exempel vara sådana hälsointyg avsedda för läroanstalter som behövs för erhållande av studieplats. Också intyg som befriar en elev från skolgymnastiken hör till denna kategori.

Typiska intyg och utlåtanden som utfärdas av någon annan jämförbar orsak är till exempel T-intyg för en tjänst och E-utlåtande för försäkringsbolag. Intyg och utlåtande som hänför sig till olika fritidsaktiviteter är däremot inte sådana som kommunen har skyldighet att ordna. Personer som ber om dessa intyg kan hänvisas till den privata sektorn för att på egen bekostnad skaffa intyget.

23 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Det föreslås att det genom förordning av statsrådet kan utfärdas närmare bestämmelser om vad som ska tas in i studerandehälsovården och i den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga. Vidare kan det genom förordning utfärdas närmare bestämmelser om vad som ska tas in i den hälsorådgivning och de återkommande hälsoundersökningar som hör till rådgivningsbyråtjänsterna och skolhälsovården. Genom förordning av statsrådet kan också utfärdas närmare bestämmelser om de specialundersökningar som ingår i skolhälsovården samt om screening. Målet är att genom förordning föreskriva närmare om innehållet i tjänsterna för att säkerställa att de tillhandahålls på ett enhetligt sätt och på lika grunder i hela landet. Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes har åren 2002—2006 gett ut handböcker och kvalitetsrekommendationer för verksamheten vid barnrådgivningsbyråerna och skol- och studerandehälsovården. Mål och åtgärdsrekommendationer för mödrarådgivningen och den preventiva rådgivningen har lagts fram i Handlingsprogrammet för sexuell och reproduktiv hälsa, som färdigställdes år 2007. Utredningar visar att det trots anvisningarna finns stora skillnader kommunerna emellan när det gäller rådgivningsbyråverksamheten och tillhandahållandet av skolhälsovård och studerandehälso-

vård. Statens revisionsverk har fäst uppmärksamhet vid att kvalitetsrekommendationerna för skolhälsovården har haft ringa styrande verkan. Också biträdande justitiekanslern har undersökt tillhandahållandet av skolhälsovård och i sitt beslut förordnat att styrningen ska göras mer förpliktande än tidigare. Genom förordning av statsrådet kan enligt förslaget också utfärdas närmare bestämmelser om studerande vid läroanstalter som har rätt till studerandehälsovård som avses i 17 §. Bestämmelser om detta finns för närvarande i 3 § i statsrådets förordning 380/2009. Närmare bestämmelser om det nationella screeningprogrammet finns i statsrådets förordning 1339/2006. Det nationella screeningprogrammet omfattar enligt statsrådets förordning livmoderhalscancer, tarmcancer och bröstcancer samt screening av anatomiska avvikelser och kromosomavvikelser hos foster. Förutom detta har kommunerna även kunnat ordna sådan screening som inte omfattas av det nationella screeningprogrammet.

3 kap. Sjukvård

24 §. Sjukvård. Enligt 1 mom. 1 punkten omfattar sjukvårdstjänsterna undersökning av sjukdomar, som är evidensbaserad undersökning. Till sjukvårdstjänsterna hör också att fastställa medicinska eller odontologiska diagnoser, att ge vård samt att ge medicinsk rehabilitering. Vården åsyftar människans totala välbefinnande. Med vård avses vårdarbete inom ramen för sjukvården som främjar individens, familjens och gemenskapens hälsa och välfärd, förebygger sjukdomar och olycksfall och lindrar lidande samt vård av sjuka och döende, som ges i multiprofessionella verksamhetsmiljöer inom social- och hälsovården. Till vården hör också symptom-baserad vård vid en sköterskemottagning. Med symptom-baserad vård avses vård som en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utgående från sitt uppgiftsområde, sin utbildning och sin erfarenhet inleder utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet (RP 283/2009 rd). Den symptom-baserade vården

kan inbegripa ny läkemedelsbehandling som baserar sig på sjukskötares begränsade förskrivningsrätt, och fortsatt medicinerings då en läkare har ställt diagnosen.

Enligt 1 mom. 2 punkten hör det till sjukvården att förebygga skador som förorsakas av sjukdomar. Vården ska alltså syfta till att upprätthålla hälsan och funktionsförmågan, bota sjukdomar, lindra symptom eller förhindra att de förvärras samt att ge lindring. För behandling av sjukdomar krävs det regionalt fastställda, välfungerande vårdkedjor. Lindring av plågor ska beaktas i all behandling av sjukdom och i alla skeden av behandlingen, även i vård i livets slutskede och terminalvård. Med terminalvård anses vård och stöd i livets slutskede, före och efter döden. Det centrala inom terminalvården är att lindra symptom och lidande. Utgångspunkten för terminalvård är att patienten har ett progressiv, obotlig sjukdom för vilken det inte finns någon behandling som förbättrar prognosen eller patienten har vägrat sådan behandling och att den återstående livslängden beräknas vara kort. Terminalvården beror inte på diagnosen för patienten. Primärvården ansvarar för patientens samlade vård, och avtalar vid behov om delat ansvar med den specialiserade sjukvården när det gäller behandlingen av vissa sjukdomar, exempelvis cancer. Arbetsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården baserar sig på en gemensam vårdplan som avser patientens samlade vård och i vilken behandlingen av patientens sjukdomar som helhet beaktas. Fördelningen av vårdansvaret kan variera beroende på vad sjukdomen kräver, exempelvis när det gäller behandlingen av cancer. Att primärvården har del i vården av patienten under hela den tid vården pågår underlättar i synnerhet situationer där vårdinsatsen inom den specialiserade vården inte längre fortsätter och vårdansvaret övergår till primärvården. Psykosocialt stöd och rehabilitering för patienten är en väsentlig del av behandlingen av sjukdomen från det ögonblick vården inleds.

Enligt 1 mom. 3 punkten ska patienten i samband med behandling av sjukdomar utöver vårdåtgärderna handledas i att upprätthålla och främja sin hälsa och funktionsförmåga trots sjukdomen. Enligt förslaget ska

handledningen syfta till att uppmuntra patienten att klara sig med sin sjukdom eller sitt funktionshinder och de begränsningar de medför i olika livsskeden. Sjukvården ska därmed alltid också inbegripa hälsofrämjande rådgivning i enlighet med patientens behov. Vårdmetoderna varierar beroende på patientens hälsotillstånd, funktionsförmåga, livssituation och omgivning.

Enligt 1 mom. 4 punkten hör till sjukvårdstjänsterna också att i ett tidigt skede identifiera hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar eller särskild vård och att hänvisa patienten till vård. Om patienten får vård i tid kan detta förhindra att sjukdomar som utvecklas över en längre tid bryter ut eller fördröja sjukdomsförloppet. I praktiken kan man med hjälp av det elektroniska patientdatasystemet identifiera sådana patienter vid en hälsovårdscentral som har hög totalrisk för exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och kalla dem till mottagning. Dessutom behövs det tjänster som gör det lätt för människorna att kontakta hälsovården och söka sig till en hälsovårdscentral för vård. Sådana tjänster med låg tröskel är exempelvis de s.k. hälsokioskerna vid köpcentren, där personer som har frågor som gäller den psykiska hälsan eller somatiska åkommor har lätt att ta kontakt. Det föreslås att sådant uppsökande samarbete byggs upp också med andra sektorer, exempelvis socialvården, polisen, arbetskraftsförvaltningen och utbildningsväsendet, samt med organisationer, exempelvis föreningar för de arbetslösa.

I 2 mom. föreslås det att sjukvård ska genomföras som ett multiprofessionellt samarbete där medicinskt, odontologiskt, hälsovetenskapligt och farmakologiskt kunnande utnyttjas. Vården ska genomföras i form av öppenvård, vid en mottagning eller hemma hos klienten. När sjukvård genomförs i form av institutionsvård kan den enligt förslaget genomföras vid ett hälsocentralsjukhus, ett dagsjukhus eller vid någon annan verksamhetsenhet inom social- och hälsovården. Hänvisning till institutionsvård ska basera sig på en medicinsk bedömning. Långvarig vård vid ett hälsocentralsjukhus som inte är medicinskt motiverad ska ersättas med andra alternativ, exempelvis intensifierad hemvård

eller serviceboende. Hälsocentralsjukhusen ska koncentrera sig på akutvård och rehabilitering, som är flexibla och snabbt tillgängliga vårdformer. De som tillhandahåller hälso- och sjukvård ska samarbeta med aktörerna inom läkemedelsförsörjningen i kommunen. Läkare, sjukskötare och vårdare samt apotekspersonal ska i ett multiprofessionellt samarbete utvärdera huruvida nya handlingsmodeller inom läkemedelsförsörjningen som exempelvis dosdispensering och den bedömning av läkemedelsbehandlingen som görs i samband med den lämpar sig för patienter i hemvård.

År 2008 uppgick antalet läkarbesök inom den öppna vården till sammanlagt 8 689 808. Antalet besök har minskat med knappt 2 miljoner sedan 1998 (1 923 035 besök år 1998). Antalet besök hos någon annan än en läkare inom den öppna primärvården var sammanlagt 16 811 950 år 2008. Antalet har ökat med ca 2,5 miljoner sedan 1998 (2 428 011 besök år 1998). I antalet besök hos någon annan än en läkare ingår bl.a. besök hos sjukskötare och hälsovårdare. I siffrorna kan man se effekterna av systemet med sjuksköttarmottagning som infördes i samband med omorganiseringen av primärvårdspersonalens arbetsfördelning.

Antalet vårdperioder vid hälsovårdscentrernas vårdavdelningar uppgick år 2008 till sammanlagt 249 187, och de hade ökat med sammanlagt 13 568 vårdperioder sedan 1998. Samtidigt minskade antalet vård dagar med 428 147 under samma tioårsperiod (från 7 483 257 år 1998 till 7 055 110 år 2008).

Enligt 3 mom. ska vården basera sig på en vårdplan enligt 4 a § i patientlagen som har gjorts upp enligt medicinska, odontologiska eller hälsovetenskapliga grunder.

25 §. Hemsjukvård. I 1 mom. föreslås bestämmelser om sjukvård som ges utanför en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård som ansvarar för hemsjukvård eller hemsjukhusvård kan vårda patienten i dennes hem. Hemvården eller hemsjukhusvården stöder vården av patienten i dennes egen livs- och boendemiljö. För att en helhetsbedömning av situationen ska kunna göras är det viktigt att någon besöker patienten och bedömer dennes funktionsförmåga i det

egna hemmet. Patientens närmaste kan vara nära involverade i vården. Verksamheten syftar till att minska den tid patienten behöver tillbringa på sjukhus eller förkorta den totala vårdtiden, samt till att frigöra sjukhusplatser för dem som behöver akut eller rehabiliterande vård.

Patientens behov av vård ska bedömas i en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, där en vårdplan görs upp och där patienten får en läkarremiss för hemsjukvård eller hemsjukhus. Verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården ansvarar primärt för de undersökningar som behövs i samband med vården. Bl.a. EKG-undersökning och laboratorieundersökningar kan göras i hemmet. Patientens bör ha nära kontakt, exempelvis telefonkontakt dygnet runt, med verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården.

I ett hemsjukhus som avses i 2 mom. ska det enligt förslaget ordnas kortvarig sjukvård dygnet runt. Hemsjukhusvården föreslås vara ett alternativ till den intensifierade hemvård som kompletterar öppenvårdstjänsterna. Vård enligt den vårdplan som gjorts upp för patienten kan genomföras i hemmet när detta är möjligt med tanke på vården och när patienten själv önskar få vård hemma. Hemsjukhusvård kan också förhindra att det uppstår behov av sjukhusvård. Hemsjukhusvården svarar mot servicebehovet hos särskilda grupper och kan vara en mellanlapp när man övergår från specialiserad sjukvård till primärvård och omvänt.

Hemsjukhusverksamheten har utvecklats i Finland sedan mitten av 1990-talet enligt svensk modell. I och med att verksamheten har blivit etablerad har det visat sig att den flexibla hemsjukhusvården lämpar sig särskilt väl för behandling av infektioner och svåra sår som kräver intravenös antibiotikabehandling, för stabilisering i samband med diabetes, för blodtransfusioner och terminalvård samt för palliativ vård, d.v.s. vård som lindrar symptom. Vidare kan sådana patienter vårdas i hemmet som lämpar sig för hemvård efter frakturer, skador och kirurgiska ingrepp, patienter med djup ventrombos, obstruktiva lungsjukdomar och cancersjukdomar samt patienter som lider av sviterna av störningar i hjärnans blodcirkulation och stroke. Hemsjukhusverksamheten lämpar sig

väl för behandling av sjukdomar hos dem som bor på ålderdomshem och i serviceboende. Vårdåtgärderna kan genomföras behandligt i en bekant boendemiljö och den boende behöver inte förflytta sig. Man har också fått goda erfarenheter från vården av barnpatienter, eftersom barn med blod- och cancersjukdomar, prematurer som kommit hem från sjukhuset samt barn med infektioner och smittsamma sjukdomar lämpligen kan placeras i hemsjukhus.

I fråga om hemsjukhusverksamheten har kommunerna upplevt det som problematiskt att det saknas bestämmelser om den i synnerhet när det gäller klientavgifter, överföringen av patientuppgifter och kostnaderna för läkemedelsbehandling som är avsedd för sjukhusbruk. Det finns bestämmelser om fastställandet av vad som är öppenvård respektive institutionsvård (social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för öppenvård och institutionsvård 1507/2007), men när det gäller hemsjukhusvården borde bestämmelserna preciseras beträffande ovan nämnda frågor.

Den sjukvård som det har bestämts att kommunerna ska ordna omfattar utdelning av förbrukningsartiklar som behövs för den behandling av långtidssjukdomar som ges i hemmet. Förbrukningsartiklarna är en del av vårdbeslutet och behovet av sådana ska utredas i patientens vårdplan. Även om det inte tidigare har föreskrivits särskilt i lag om utdelningen av förbrukningsartiklar har man i folkhälsolagen och i etablerad praxis ansett att det är kommunen som ska sörja för den. Till vedertagen praxis i den sjukvård som ordnas av hälsovårdscentralerna hör, när det är fråga om behandling och uppföljning av vissa långtidssjukdomar, att förbrukningsartiklar avgiftsfritt delas ut till patienter enligt deras individuella behov. Social- och hälsovårdsministeriet skickade den 14 januari 1999 en rekommendation till kommunerna som gällde utdelningen av förbrukningsartiklar och hjälpmedel (SHM:s brev 94/59/98). Enligt brevet är utdelningen av förbrukningsartiklar och hjälpmedel en del av kommuninvånarnas sjukvård och hör i enlighet med folkhälsolagen till kommunens uppgifter. Ministeriets riktlinje var att utdelningen av förbrukningsartiklar och hjälpmedel är en del

av kommuninvånarnas sjukvård och att den därmed i enlighet med folkhälsolagen hör till kommunens uppgifter. Enligt social- och hälsovårdsministeriet är förbrukningsartiklarna är en del av vårdbeslutet och behovet av sådana ska utredas i patientens vårdplan. I etablerad praxis har det ansetts att det är kommunen som ska sörja för utdelningen av förbrukningsartiklar och hjälpmedel. Till vedertagen praxis i den sjukvård som ordnas av hälsovårdscentralerna hör, när det är fråga om behandling och uppföljning av vissa långtidssjukdomar, att förbrukningsartiklar avgiftsfritt delas ut till patienter enligt deras individuella behov.

Enligt social- och hälsovårdsministeriet förbättrar en välfungerande utdelning av hjälpmedel patientens förutsättningar för egenvård och främjar patientens engagemang i vården, vilket också ger bättre vårdresultat. Som en följd av detta förbättras patientens arbets- och funktionsförmåga och livskvalitet, och risken för komplikationer och behovet av läkarbesök minskar. Detta har betydelse också med tanke på kostnaderna för hälso- och sjukvården. Finlands Kommunförbund utfärdade i sitt cirkulär den 19 januari 1999 (3/80/99) anvisningar med samma innehåll till kommunerna. Kommunerna har också kunnat utfärda egna anvisningar för verksamheten utifrån ministeriets rekommendation.

Riksdagens justitieombudsman anser det vara problematiskt att det inte finns någon lagstiftning som gäller hälsovårdscentralernas utdelning av förbrukningsartiklar och hjälpmedel (Dnr 1860/2/07). Eftersom nuvarande utdelningspraxis baserar sig på frivillighet från kommunernas sida kan patienter som behöver förbrukningsartiklar och hjälpmedel hamna i ojämlig ställning beroende på boningsorten. Enligt JO:s uppfattning tryggar inte social- och hälsovårdsministeriets rekommendation och kommunernas egna anvisningar i tillräcklig mån medborgarnas likställdhet. JO har i sitt brev av den 20 januari 2009 framställt att lagstiftningen bör preciseras när det gäller förbrukningsartiklar och hjälpmedel. Också av länsstyrelsernas utredningar år 2008 framgår det att patienterna inte i alla situationer är jämställda, eftersom det tillämpas olika praxis beträffande bevil-

jandet av förbrukningsartiklar och hjälpmedel och organiserandet av utdelningen.

En välfungerande utdelning av hjälpmedel förbättrar patientens förutsättningar för egenvård och främjar patientens engagemang i vården, vilket också ger bättre vårdresultat. Som en följd av detta förbättras patientens arbets- och funktionsförmåga och livskvalitet, och risken för komplikationer och behovet av läkarbesök minskar. Detta har betydelse också med tanke på kostnaderna för hälso- och sjukvården.

När en hälsovårdscentral ger ut förbrukningsartiklar som behövs för vården och uppföljningen av sjukdomen till en patient ska detta alltid göras utifrån ett individuellt behov som den vårdande läkaren har fastställt. Hälsocentralläkaren beslutar också om när utdelningen ska påbörjas. Utdelningen påbörjas ifall behovet av förbrukningsartiklarna bedöms vara långvarigt, i allmänhet tre månader. Artiklarna ges i allmänhet för tre månaders behov åt gången, och då de överläts ska deras nödvändighet och ändamålsenlighet alltid bedömas. Utdelningen och användningen följs upp med utgångspunkt i det individuella behovet. Förbrukningsartiklarna fås antingen från hälsovårdscentralen eller också levereras de hem exempelvis i samband med hemsjukvårdsbesök. Artiklarna och hjälpmedlen överläts avgiftsfritt, och inga självriskandelar, leveransavgifter eller andra avgifter får heller tas ut.

Förbrukningsartiklar är exempelvis teststickor för blodsocker, teststickor för urinsocker, insulinsprutor och insulinpennor och nålar till dem, lansetter för blodprov samt blodsockermätare som lånas ut tillfälligt och som diabetiker behöver; stomiartiklar, exempelvis olika påsar som lämpar sig för patienten samt övriga hjälpmedel enligt behov; artiklar som behövs för vård av ben- och ligg-sår såsom sårvårdsförband och olika lösningar; förbrukningsartiklar för svåra och medelsvåra symptom på urin- och analinkontinens på grund av sjukdom som exempelvis blöjor, påsar, urinaler och katetrar; förbrukningsartiklar som behövs vid vissa andra långtids-sjukdomar, exempelvis nedsatt lungfunktion och trakeostoma, såsom syrgastuber, syrgas-slangar, syrgasgrimmor, kanyler, katetrar, filter osv.

26 §. Mun- och tandvård. Enligt 1 mom. ska mun- och tandvård ordnas för kommuninvånarna på ett sätt som tryggar tillgången till tillräcklig och högkvalitativ service och stärker de hälsofrämjande åtgärderna. Mun- och tandvårdstjänster ska tillhandahållas alla kommuninvånare på lika grunder och utifrån ett individuellt fastställt vårdbehov. Likställdheten förutsätter att mun- och tandvårdstjänsterna ordnas i enlighet med de enhetliga grunderna för medicinsk och odontologisk vård.

Inom ramen för mun- och tandvården ska det i samförstånd med patienten göras upp en i 4 a § i patientlagen avsedd plan för undersökning, vård, behandling eller medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan för genomförandet av vården. Av planen ska det framgå hur vården ordnas och inom vilka tidsramar. I situationer där vården genomförs i perioder med längre intervall ska det finnas odontologiskt motiverade skäl till detta och det måste vara tryggt med tanke på patientens munhälsa. Beslut om patientens samlade vård och om hur den ska periodiseras fattas av en vårdande tandläkare eller enligt dennes anvisningar av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. När det gäller mun- och tandvården vid hälsovårdscentralerna har det förekommit dröjsmål både när det gäller att få tillträde till vård och i fråga om själva behandlingen. Tillträden till vård inom vårdgaranti bör förbättras.

Enligt 1 mom. 1 punkten ska kommunen följa med hur befolkningens munhälsa utvecklas och i sin verksamhet genomföra effektfulla och synliga hälsofrämjande åtgärder. Den hälsofrämjande verksamheten är verksamhet som ökar individens möjligheter att hantera och förbättra sin hälsa. Den innebär också verksamhet som förbättrar förutsättningarna för god hälsa i olika gemenskaper och i samhället. Vid sidan av den fysiska och psykiska hälsan betonas i den hälsofrämjande verksamheten också det sociala välbefinnandet och hälsofrämjandets många olika verksamhetsmiljöer. Kommuninvånarnas munhälsa och främjandet av den samt munhälsans bestämningfaktorer följs med och bedöms på ett planmässigt sätt i kommunernas välfärdsberättelser. Genom den förebygg-

gande verksamheten vill man få till stånd en förändring i hela befolkningens beteende. På sätt får man också dem som hör till riskgrupperna att förändra sitt beteende tillsammans med alla andra. Insatserna inom mun- och tandvården behövs för att utveckla hälsofrämjande miljöer. Kommunerna ska se till att livsmiljöerna i de samhällen de upprätthåller är hälsosamma med tanke på munhälsan, och att man t.ex. undviker överdriven användning av sötsaker och söta mellanmål. Mun- och hälsovården ska för sin del utarbeta en plan där man beskriver hur gemenskaperna främjar munhälsan och där man kommer överens om samarbete med olika aktörer. Rådgivningen omfattar såväl allmän som riktad rådgivning om munhälsan och om de faktorer som påverkar den, om val som främjar munhälsan och om egenvård av munnen samt information om mun- och tandvårdstjänster.

Enligt 1 mom. 2 punkten ska kommunen säkerställa tillräcklig munhalsrådgivning som en del av de samlade vårdtjänsterna och sörja för att tillräckliga och behövliga hälsoundersökningar tillhandahålls. Genom förebyggande vård kan man minska behovet av vård i framtiden. Bestämmelser om förebyggande mun- och tandvård och återkommande undersökningar av munnen som skolhälsovården ska ansvara för finns i statsrådets förordning (380/2009). Genom återkommande undersökningar som omfattar hela åldersgruppen främjas en gynnsam utveckling av mun- och tandhälsan hos barn och unga. Hälsoundersökningarna ska vara effektfulla och evidensbaserade. Utöver hälsoundersökningar ska kommunen i enlighet med det individuella vårdbehovet ordna behövliga sjukvårdstjänster, till vilka hör bl.a. undersökning av munsjukdomar och vårdtjänster inom olika odontologiska specialområden.

Enligt 1 mom. 3 punkten omfattar mun- och tandhälsovårdstjänsterna behandling och förebyggande av munsjukdomar enligt de enhetliga grunderna för vård samt åtgärder som är nödvändiga för att stödja patientens egenvård. Tandreglering som görs av hälso-skäl är liksom vården av tändernas hårda vävnad och stödvävnad och behandlingen av sjukdomar i munnen en del av primärvården. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård

av mun- och tandsjukdomar har utarbetats för en stor del av de munsjukdomar som behandlas inom primärvården och den specialiserade vården. Grunderna är rekommendationer, och de kompletteras och uppdateras med jämna mellanrum. Vid bedömningen av servicebehovet utgår man emellertid alltid från patientens individuella vårdbehov. Grunderna för vård finns på svenska under adressen www.stm.fi under menyerna -. Publikationet-Rapporter-2009:6. Det är också viktigt att vårdtjänsterna för munsjukdomar integreras på ett smidigt sätt i servicekedjan mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. De enhetliga grunderna för vård öppnar möjligheter att öka funktionaliteten i servicekedjorna mellan primärvården och den specialiserade vården och kan vara en utgångspunkt vid planeringen av helheten av mun- och tandvårdstjänster. Genom tjänsterna i servicekedjan säkerställs det att patientens samlade vård utgör en fungerande helhet.

Enligt 1 mom. 4 punkten ska det för personer som löper särskild risk att insjukna i munsjukdomar vid behov ordnas intensifierad förebyggande vård och mun- och tandvård, och det ska säkerställas att personen i fråga hänvisas till fortsatt vård. Det finns sjukdomar och behandlingar i samband med vilka det antingen finns ett ökat behov av tandvård eller som är sådana att även lindriga munsjukdomar kan förstärka de negativa effekterna. Kostvanorna och i synnerhet förändringar i användningen av socker kan ha omedelbara konsekvenser med tanke på risken för en patient att drabbas av karies. Vid fastställandet av huruvida en patient hör till en riskkategori är det skäl att beakta hela familjens hälsotillstånd. För en diabetiker är glukoskontroll viktigt också med tanke på munhälsan, eftersom en dålig glukoskontroll kan leda till många problem med munhälsan för diabetespatienter. Många äldre personer har problem med att upprätthålla munnen hälsa och funktionsförmåga. I synnerhet sådana personer som på grund av medicinering eller sjukdom har minskad salivutsöndring löper högre risk att insjukna i munsjukdomar.

Enligt 2 mom. är det viktigt att den som ordnar mun- och tandvårdstjänster samarbetar med hälso- och sjukvårdspersonalen och

med socialvårdspersonalen samt med aktörerna utanför hälso- och sjukvården. De som arbetar inom mun- och tandvården kommer i sitt arbete regelbundet i kontakt med barn. Därför har de möjligheter att observera, identifiera och diskutera misstänkta fall av våld, allvarliga kränkningar eller försummelser vad gäller vården. Allvarliga brister i munhygien och mer omfattande försummelser av munvården kan vara tecken på större problem i familjen. Det är viktigt att mun- och tandvårdspersonalen regelbundet deltar i multiprofessionella samarbetsnätverk där frågor som gäller barnskydd behandlas. Personalen vid rådgivningsbyråerna är mun- och tandvårdens mest naturliga samarbetspartner i dessa sammanhang. Att minska hälsoskillnaderna i fråga om mun- och tandvården kommer att vara en av mun- och tandvårdens största utmaningar under de närmaste åren. Det finns stora skillnader i munhälsan mellan befolkningsgrupperna, och munhälsan är också ojämnt fördelad på grupper med olika utbildningsnivå och social tillhörighet. Enligt experterna finns det potential att minska risken för tandlöshet hos den vuxna befolkningen med 80 procent jämfört med den nuvarande incidensen, om den totala incidensen kan minskas till den nivå som nu förekommer hos den högt utbildade befolkningen. Det har visat sig att befolkningens kunskaper och egenvårdsnivå inte är tillräckliga för att upprätthålla munhälsan. Genom en förordning om förebyggande mun- och tandvård förstärks och förenhetligas den förebyggande mun- och tandvårdsservicen till familjer som väntar barn och till barn och unga och säkerställs tillhandahållandet av hälsoundersökningar inom mun- och tandvården. Också den verksamhet som riktar sig till den vuxna befolkningen och de äldre ska stärkas genom att man utvecklar den multiprofessionella verksamheten och samarbetet med socialvårdspersonalen. Genom att förändra människornas levnadsvanor kan man minska behovet av korrigerande åtgärder och sjukvårdsåtgärder inom mun- och tandvården.

Den sociala miljön har stor betydelse för individens levnadsvanor, värderingar och den situation han eller hon lever i. Om en människas livssituation försvåras kan det vara svårt

för honom eller henne att klara av vardagliga uppgifter såsom munvård.

27 §. Mentalvårdsarbete. Enligt 1 mom. syftar mentalvårdsarbetet till att främja befolkningens psykiska hälsa och den goda funktionsförmåga och trygghet som följer av god psykisk hälsa.

Enligt 2 mom. 1 punkten hör bl.a. handledning, rådgivning och stöd till de medel som hälso- och sjukvården förfogar över för att stärka de faktorer som skyddar den psykiska hälsan. Dessa medel är särskilt viktiga i samband med hälsoundersökningar, vid rådgivningsbyråerna, inom skol- och studerandehälsovården samt inom sjukvårdstjänsterna. Med hjälp av dem kan man påverka bl.a. individens stresshanteringsförmåga och kvaliteten på den tidiga växelverkan i småbarnsfamiljer. Den som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster har särskilt goda förutsättningar att identifiera sådana faktorer i individens och gemenskapernas livssituation som hotar den psykiska hälsan. Sådana är exempelvis alltför hög alkoholkonsumtion, situationer där föräldrar på grund av sjukdom eventuellt har sämre förmåga att på ett fullödigt sätt ta hand om sina barn samt exceptionella krissituationer. Den som varseblir faktorer som hotar den psykiska hälsan bör i ett så tidigt skede som möjligt erbjuda sådan rådgivning och sådant stöd som behövs, och se till att andra aktörer i synnerhet inom socialvården och den psykiatriska specialiserade vården tas med i samarbetet så att den service som tillhandahålls är ändamålsenlig.

Enligt 2 mom. 2 punkten är psykosocialt stöd som ges omedelbart och på längre sikt i samband med exceptionella krissituationer i första hand sådan multiprofessionell verksamhet som hälso- och sjukvården ska samordna, om inte något annat har överenskomits lokalt. Också socialväsendets roll är betydande och nödvändig. Det psykosociala stödet är en del av kommunens beredskapsplan.

Enligt 2 mom. 3 punkten hör till mentalvårdsarbetet också mentalvårdstjänster till personer med psykiska störningar som syftar till att undersöka och behandla den psykiska störningen, lindra dess symptom eller bidra till att upprätthålla eller återställa funktionsförmågan. Den vård och rehabilitering som

ges i form av mentalvårdstjänster ska basera sig på en medicinsk bedömning och följa god vård- och rehabiliteringspraxis. Mentalvårdstjänsterna ska vara klientorienterade och ändamålsenliga. Möjligheterna för personer med psykiska störningar att söka sig till tjänsterna ska stödas särskilt, och hänsyn ska tas till den stigmatisering som hänger samman med psykiska störningar och till att dessa personer eventuellt har försämrad förmåga att se till sina egna intressen. Det ska finnas ett tillräckligt utbud av mentalvårdstjänster, och det finns statistikuppgifter och andra liknande uppgifter som kan utnyttjas vid planeringen och bedömningen av dimensioneringen av tjänsterna. Mentalvårdstjänsterna ska samordnas med andra tjänster som behövs inom socialvården och i synnerhet inom missbrukarvården. Till den mentalvårdsservice som ges i form av bastjänst bör fogas det psykiatriska sakkunnigstöd som behövs. Störningar hos barn och unga följer inte servicesystemets indelning i psykisk hälsa, social utveckling och intellektuell utveckling, och i synnerhet när det gäller barn och unga krävs det multidisciplinärt samarbete. Sakkunnighjälp i samband med mentalvårdstjänster ska ges bl.a. till barnskyddsmyndigheterna och nödvändiga undersökningar och vårdtjänster för barnklienter inom barnskyddet bör ordnas snabbt. Servicesystemet bör också på ett flexibelt sätt producera olika tjänster, exempelvis rörliga tjänster och service som förs ut till hemmet, eftersom man på så sätt bättre kan säkerställa att vården och rehabiliteringen är effektiva.

Enligt 3 mom. ska mentalvårdsarbetet planeras och genomföras så att samarbetet med de övriga aktörerna bildar en funktionell helhet. Beslut som gäller de faktorer som skyddar eller hotar den psykiska hälsan fattas också på annat håll än inom hälso- och sjukvården. För att mentalvårdsarbetet ska var målinriktat förutsätts det att man samordnar det multidisciplinära samarbetet på ett planmässigt sätt och fastställer de ansvariga parterna tillsammans med aktörer inom olika kommunala sektorer, andra aktörer inom den offentliga sektorn samt med de privata aktörerna och med organisationerna.

I 4 mom. finns en hänvisning till mentalvårdslagen, i vilken det bestäms närmare om mentalvårdsarbete.

28 §. Alkohol- och drogarbete. Enligt 1 mom. ska kommunen ordna sådana tjänster inom missbrukarvården som det är ändamålsenligt att ordna inom ramen för primärvården. Med alkohol och droger avses här berusningsmedel, d.v.s. alkohol, substanser med alkoholliknande effekt, narkotika och andra substanser och läkemedel som används i berusande syfte. Det mest allmänt använda berusningsmedlet i Finland är alkohol. Blandbruk av olika berusningsmedel är ett särskilt problem.

Enligt 2 mom. 1 punkten syftar alkohol- och drogarbetet till att genom handledning och rådgivning främja alkohol- och drogfria levnadsvanor hos befolkningen och på så sätt öka dess välfärd, hälsa, funktionsförmåga och säkerhet. Både hos individer och hos gemenskaper är bl.a. kunskap om de problem som alkohol- och drogbruk medför samt livshanteringskompetens sådana faktorer som främjar alkohol- och drogfrihet som hälso- och sjukvården kan stärka. Faktorer som utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv och som kan minskas med åtgärder inom hälso- och sjukvård är exempelvis psykiska störningar. Faktorer i samband med alkohol- och drogbruk som äventyrar hälsan och säkerheten, exempelvis drickande i berusnings-syfte och rikligt bruk av alkohol, kan framgångsrikt minskas inom ramen för hälso- och sjukvården bl.a. genom kort rådgivning.

Enligt 2 mom. 2 punkten omfattar alkohol- och drogarbetet också missbrukartjänster. Med missbrukartjänster inom hälso- och sjukvården avses undersökningar, vård eller rehabilitering som ges på medicinska grunder till personer med riskabla alkohol- och drogvänor, missbrukare och deras anhöriga. Syftet med missbrukartjänsterna inom hälso- och sjukvården är att bota och lindra sjukdomar som förorsakats av alkohol- och drogbruk, att förhindra att sjukdomarna förvärras samt att upprätthålla eller återställa patientens funktionsförmåga. Den som tillhandahåller missbrukartjänster inom hälso- och sjukvården ska alltid också bedöma behovet av insatser från socialvården. Exempelvis i fråga om minderåriga personer ska alltid i synnerhet

behovet av barnskydd bedömas. Att anlita- det av missbrukartjänsterna är frivilligt och att tjänsterna är lätta att nå och få tillgång till är faktorer som ökar nyttan av tjänsterna. Också den missbrukarvård som tillhandahålls inom ramen för socialvården hör till missbrukartjänsterna.

Enligt 3 mom. förutsätts det ofta för att må- len för alkohol- och drogarbetet inom hälso- och sjukvården ska nås ett multidisciplinärt samarbete, där förutom yrkesutbildade per- soner inom hälso- och sjukvården också yr- kesutbildade personer inom det sociala arbe- tet och inom mentalvårdssarbetet samt andra aktörer medverkar. För att alkohol- och drogarbetet ska bilda en funktionell helhet som stöder individen, familjen och gemen- skapen behöver verksamheten samordnas på ett planmässigt sätt mellan de olika aktörerna. I detta syfte ska en samordningsansvarig utses.

I 4 mom. konstateras det att i fråga om al- kohol- och drogarbete gäller dessutom vad som föreskrivs om detta i lagen om missbru- karvård (41/1986).

29 §. Medicinsk rehabilitering. I 1 mom. föreslås det bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna den medicinska rehabi- ltering som behövs i anslutning till sjukvård av patienter. Kommunen ska ordna den me- dicinska rehabilitering som behövs i anslut- ning till sjukvården av en patient som kom- munen har vårdansvaret för. Rehabiliteringen ska ordnas utan dröjsmål i sådan form och på sådant sätt samt inom en sådan tidsfrist att rehabiliteringen är effektiv med tanke på re- habiliteringsklientens funktions- och arbets- förmåga. Rehabiliteringens effekter på reha- biliteringsklientens funktions- och arbets- förmåga ska dessutom följas upp. Den tid inom vilken patienten ska få vård som det fö- reskrivs om i denna lag gäller också medi- cinsk rehabilitering. Den medicinska rehabi- literingen är en integrerad del av hälso- och sjukvården och ska ordnas inom primärvår- den alltid när primärvården ansvarar för be- handlingen av den sjukdom patienten lider av. Den enhet som ansvarar för sjukvården ska kartlägga behovet av och möjligheterna till rehabilitering i samband med sjukdomen, och utan dröjsmål, medan behandlingen på- går eller som en fortsättning på behandling-

en, vidta förberedelser för att patienten ska kunna inleda rehabilitering. Kommunen kan också anskaffa specialkunnande inom rehabi- ltering hos sjukvårdsdistriktet eller hos nå- gon annan part som tillhandhåller rehabiliter- ingstjänster. En samkommun för ett sjuk- vårdsdistrikt ska i enlighet med principerna för arbetsfördelningen mellan den specialise- rade sjukvården och primärvården genom samarbete komma överens om hur den medi- cinska rehabiliteringen i anslutning till sjuk- vården av en patient ska ordnas.

Medicinsk rehabilitering ska alltid ordnas när man vet att patientens funktions- och ar- betsförmåga kan främjas eller återställas med hjälp av den. Den medicinska rehabilitering- en omfattar rådgivning och handledning som gäller rehabilitering som ges inom primär- vården eller den specialiserade sjukvården och som stöder rehabiliteringsprocessen, en bedömning av patientens funktions- och ar- betsförmåga och rehabiliteringsbehov samt en rehabiliteringsundersökning genom vilken rehabiliteringsmöjligheterna utreds, terapier som främjar hälsan och förbättrar och upp- rätthåller funktionsförmågan, hjälpmedels- tjänster som tillhandahålls i enlighet med de enhetliga grunderna för vård, anpassnings- träning samt rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård som består av ovan nämnda behövliga åtgärder. Den medicinska rehabiliteringen ska följa god re- habiliteringspraxis. Med god rehabiliterings- praxis avses rehabiliteringspraxis som iakttas inom den offentliga hälso- och sjukvården och som är allmänt vedertagen. Rehabiliter- ing betraktas som allmänt vedertagen när den baserar sig på vetenskaplig och evidensbase- rad information om dess effektivitet eller på etablerad rehabiliteringspraxis som baserar sig på dokumenterad erfarenhet. Patientsä- kerheten är alltid ett element i god rehabi- literingspraxis. Man ska definiera vad som är god rehabiliteringspraxis inom samkommun- ens område och komma överens om styr- ningen och uppföljningen av rehabiliterings- servicen i samarbete med rehabiliteringsen- heten inom sjukvårdsdistriktet eller med nå- gon annan, motsvarande rehabiliteringssak- kunnig.

I 2 mom. föreskrivs om planeringen av re- habiliteringen. Planeringen av rehabilitering-

en och rehabiliteringsplanen har en central roll i patientens rehabiliteringsprocess. Den medicinska rehabiliteringen ska planeras så att den bildar en funktionell helhet tillsammans med vården av patienten och eventuell annan rehabilitering. Till kommunens uppgifter hör att tillsammans med patienten göra upp en individuell rehabiliteringsplan. Planen görs upp i den enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården som ansvarar för rehabiliteringsklientens vård och i samförstånd med rehabiliteringsklienten och dennes anhöriga eller andra närstående personer. En läkare ansvarar för uppgörandet av rehabiliteringsplanen. Behovet av och möjligheterna till rehabilitering ska vid behov bedömas i en multiprofessionell grupp som lägger fram motiverade rekommendationer om de rehabiliteringsåtgärder som behövs med tanke på klientens arbets- och funktionsförmåga. I rekommendationerna ska rehabiliteringsklientens fysiska och psykosociala miljö samt livssituation beaktas. Hälso- och sjukvården har i detta samarbete en krävande roll som förutsätter långsiktig planering och uppföljning av rehabiliteringen. Sakkunskapen hos en multiprofessionell arbetsgrupp behövs t.ex. för att fastställa funktionsförmågan och rehabiliteringsbehovet hos personer med grav funktionsnedsättning eller hos personer med neurologiska sjukdomar, exempelvis strokepatienter.

I rehabiliteringsplanen fastställs patientens behov av rehabilitering samt rehabiliteringens mål, på vilket sätt rehabiliteringen ska genomföras samt vilka instanser som lämpligen kan ordna rehabiliteringen. Enligt 4 a § i patientlagen ska det av planen framgå hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ordnas. I rehabiliteringsplanen ska också anges detaljerade rehabiliteringsmål, vid vars uppställande man har beaktat eventuell tidigare rehabilitering som patienten har fått och responsen och rekommendationerna från den. Utöver denna information ska i planen antecknas tidpunkten för uppföljningen inom hälso- och sjukvården samt tidpunkten för uppgörandet av en ny rehabiliteringsplan. Om en anhörig eller annan närstående person behöver vara delaktig i rehabiliteringen ska detta motiveras i rehabiliteringsplanen. Planen ska sammanjämkas med övriga vård- och

serviceplaner som har gjorts upp för patienten.

Planeringen, styrningen och uppföljningen av rehabiliteringen är särskilt viktigt när beslutet om rehabilitering fattas av en annan organisation än den som genomför rehabiliteringen. Den skriftliga rehabiliteringsplan som hälso- och sjukvården gör upp tillsammans med rehabiliteringsklienten är den grund utifrån vilken de instanser som ansvarar för ordnandet av eller ersättningen för rehabiliteringen fattar rehabiliteringsbeslut. I rehabiliteringsplanen ska läggas fram en rekommendation om vem som ska ordna rehabiliteringen, så att det inte blir oklart vem som ordnar respektive bekostar rehabiliteringen. Den plan för medicinsk rehabilitering för personer med grav funktionsnedsättning som görs upp inom den offentliga hälso- och sjukvården utgör grunden för den medicinska rehabilitering för personer med grav funktionsnedsättning som Folkpensionsanstalten ansvarar för. En bra rehabiliteringsplan garanterar att rehabiliteringen inleds i rätt tid och att dess kontinuitet tryggas. Ur rehabiliteringsklientens synvinkel är det viktigt att den offentliga hälso- och sjukvården redan i det skede den utarbetar planen så långt detta är möjligt förbinder sig att också genomföra den planerade rehabiliteringen, i det fall att rehabiliteringen som helhet eller till vissa delar inte är sådan rehabilitering som exempelvis Folkpensionsanstalten ska ordna och betala ersättning för.

I 2 mom. föreskrivs det också om styrningen och uppföljningen av rehabiliteringsservicen. Kommunen ska vid behov tillsammans med och under ledning av sjukvårdsdistriktet planera och följa med effekterna av den medicinska rehabilitering som ges till patienter i kommunen och hur rehabiliteringen tillhandahålls, också när det inte är kommunen som ansvarar för ordnandet av rehabiliteringen. Utöver hälso- och sjukvård ska rehabiliteringen inbegripa ett omfattande och multisektoriellt samarbete, i synnerhet när det gäller rehabilitering av missbrukare, mentalvårdspatienter, barn, äldre och personer med funktionsnedsättning. Hälsovårdscentralen ska enligt förslaget vid behov utse en kontaktperson för rehabilitering av patienten, som har hand om servicehandledningen, samordnar

tjänsterna och följer med hur rehabiliteringen framskrider. Servicehandledningen inom rehabiliteringen främjar och stöder rehabiliteringsklienten så att han eller hon får den individuella servicehelhet han eller hon behöver. Servicehandledning är ett klientorienterat arbetssätt där man beaktar klientens intresse.

I 4 mom. föreslås bestämmelser om begränsningar av skyldigheten att ordna medicinsk rehabilitering. Utgångspunkten är att kommunen har det övergripande och allmänna ansvaret för rehabiliteringen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för ordnandet av medicinsk rehabilitering för dem som inte har rätt till den rehabilitering som Folkpensionsanstalten eller det lagbestämda försäkringssystemet betalar. Bestämmelser om Folkpensionsanstaltens ansvar för ordnande av medicinsk rehabilitering finns i 9 § lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) med stöd av vilken Folkpensionsanstalten, för tryggnad eller förbättring av arbets- eller funktionsförmågan, ska ordna behövlig medicinsk rehabilitering för gravt handikappade personer under 65 år. För att en person med grav funktionsnedsättning ska ha rätt till rehabilitering förutsätts det att personen i fråga med stöd av 2 kap. i lagen om handikappförmåner (570/2007) får handikappbidrag med förhöjt eller högsta belopp och att rehabiliteringen inte ordnas i omedelbar anslutning till sjukvård. Den service som Folkpensionsanstalten ordnar består av rehabiliteringsperioder i öppenvård och i institutionsvård. Folkpensionsanstalten anskaffar servicen hos privata serviceproducenter. Övriga former av medicinsk rehabilitering, såsom hjälpmedelstjänster och rehabiliteringshandledning, hör till hälso- och sjukvårdens uppgifter. Om de lagbestämda förutsättningarna för medicinsk rehabilitering av en person med grav funktionsnedsättning genom Folkpensionsanstaltens försorg inte uppfylls, ska den kommunala hälso- och sjukvården ansvara för ordnandet av rehabilitering enligt rehabiliteringsplanen.

En patient kan ha rätt till medicinsk rehabilitering också med stöd av lagen om rehabilitering som ersätts enligt lagen om olycksfallsförsäkring (625/1991), lagen om rehabi-

litering som ersätts enligt trafikförsäkringslagen (626/1991), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948) eller lagen om olycksfall i militärtjänst (1211/1990). Den rehabilitering som har samband med arbets- och funktionsförmågan som avses i dessa lagar motsvarar till sitt innehåll i huvudsak den medicinska rehabilitering som ges inom hälso- och sjukvården. Kommunen kan tillhandahålla medicinsk rehabilitering som ersätts med stöd av någon av de ovan nämnda författningarna i omedelbar anslutning till sjukvård. I detta fall ansöker patienten om en betalningsförbindelse för vården och rehabiliteringen hos försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget beslutar om ersättning för fortsatt rehabilitering.

I 4 mom. föreslås det vidare bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna den medicinska rehabilitering som fastställs i rehabiliteringsplanen, i det fall att det är oklart vem som ansvarar för ordnandet av eller kostnaderna för rehabiliteringen. Utgångspunkten är den att den enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården som har gjort upp rehabiliteringsplanen också ansvarar för genomförandet av planen, om inte någon annan part har inlett sådan rehabilitering som avses i planen. Syftet med bestämmelsen är att förbättra utsikterna för att rehabiliteringen sätts in i rätt tid och inleds utan dröjsmål samt att säkerställa att rehabiliteringen fortgår utan avbrott. Om det inom den offentliga hälso- och sjukvården är oklart vem som ansvarar för ordnandet av rehabiliteringen, ska den ansvariga parten fastställas och överenskommas exempelvis i en rehabiliteringssamarbetsgrupp (lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen 497/2003). För att inte den medicinska rehabiliteringen ska avbrytas eller inledandet av rehabiliteringen fördröjas, ska kommunen emellertid säkerställa att klienten inte i onödan blir tvungen att vänta på ett avgörande om vilket system han eller hon omfattas av. Under den tid Folkpensionsanstalten eller någon annan instans som ordnar rehabilitering behandlar ett ärende eller under den tid som en överklagan eller ett klagomål behandlas ska kommunen ordna rehabilitering. Vem som är kostnadsansvarig fastställs när beslutet har trätt i kraft.

I olycksfallsförsäkringslagen och i lagen om rehabilitering som ersätts enligt lagen om trafikförsäkring finns bestämmelser om kommunens rätt till ersättning. Däremot finns det inga bestämmelser om hur ersättningsansvaret ska fördelas mellan kommunen och Folkpensionsanstalten. Det föreslås att det görs en utvärdering av hur väl regressbestämmelserna i fråga om rehabilitering fungerar mellan de instanser som ansvarar för ordnandet av rehabilitering, och att det vid behov vidtas åtgärder för att ändra lagstiftningen.

Enligt statens revisionsverk (VTV 193/2009) bör regressbestämmelsernas funktionsduglighet utvärderas, så att man kan säkerställa att inledandet av rehabiliteringen inte fördröjs även om det är oklart vem som bär ansvaret för rehabiliteringen och vem som betalar den. Också kommittén för reformen av den sociala tryggheten har i sitt slutbetänkande konstaterat att kontinuiteten i rehabiliteringen kunde säkerställas genom en ändring av regressbestämmelserna. Delegationen för rehabiliteringsärenden bereder under våren 2010 ett ställningstagande om behovet av regressbestämmelser.

I 5 mom. stadgas att de kostnader för hjälpmedelsservice som utför en del av den medicinska rehabilitering inte hör till kommunens kostnadsansvarig om behovet av hjälpmedel har föranletts av försäkringsfall som avses i lagen om olycksfallsförsäkring (608/48), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/81), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/48), trafikförsäkringslagen (279/59) eller motsvarande, tidigare gällande lag. Momentet motsvarar 14 § 4 mom. i den gällande folkhälsolagen.

I 6 mom. föreslås bestämmelser om möjligheten att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärda närmare bestämmelser om innehållet i och omfattningen av hjälpmedelstjänsterna. Hjälpmedelstjänster ordnas i enlighet med principerna för arbets- och ansvarsfördelningen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården genom regionala överenskommelser.

30 §. Samarbete och hänvisning till annan rehabilitering. I paragrafens 1 mom. finns en bestämmelse som förpliktar till samarbete. Bestämmelsen motsvarar i sak 23 § i den gäl-

lande folkhälsolagen. I den gällande bestämmelsen sägs det att om en patient på en hälsovårdscentral behöver sådan rehabilitering som inte ankommer på hälsovårdscentralen eller som det inte är ändamålsenligt att ordna som folkhälsoarbete, ska hälsovårdscentralen se till att patienten ges information om övriga rehabiliteringsmöjligheter och efter behov hänvisas, i samarbete med de instanser som ordnar rehabilitering, till sjukvårdsdistriktet, till socialvårds-, arbetskrafts- eller undervisningsmyndigheterna, till Folkpensionsanstalten eller till någon annan som tillhandahåller tjänster. Hänvisning till annan rehabilitering sker i samarbete med de instanser som ordnar rehabilitering. Bestämmelsen syftar till att stärka klientorienteringen och säkerställa kontinuiteten i rehabiliteringen när den involverar många aktörer från olika sektorer och det är viktigt att ta hänsyn till arbetsfördelningen och samarbetet. Rehabiliteringen är framgångsrik när den ges av ett multiprofessionellt team och inbegriper samarbete mellan de aktörer som deltar i rehabiliteringen. Rehabiliteringen ger också goda resultat när den binds till rehabiliteringsklientens arbets- och verksamhetsmiljö och närsamhälle. Det bör säkerställas att aktörerna har tillgång till information om tjänsterna och om förutsättningarna för att få service och att denna information förmedlas till patienten. Ett smidigt informationsutbyte mellan de olika aktörerna är en viktig faktor i ett välfungerande rehabiliteringssystem. Till den offentliga hälso- och sjukvårdens uppgifter hör att säkerställa en obruten informationsgång mellan aktörerna och fastställa arbetsfördelningen mellan olika aktörer exempelvis med hjälp av rehabiliteringsplanen. Om rehabiliteringen inte samordnas i rehabiliteringsplanen medför detta att exempelvis vården av långtidssjuka splittras upp, vilket leder till ett ökat servicebehov och extra kostnader. För att rehabiliteringsansvaret inom hälso- och sjukvården ska hanteras på ett ändamålsenligt sätt krävs det att man i samband med all vård alltid bedömer patientens arbets- och funktionsförmåga och behov av rehabilitering. Dessutom ska den medicinska rehabilitering som behövs genomföras tillsammans med social, yrkesinriktad och fostrande rehabilitering.

Den medicinska rehabiliteringens syften tangeras också av de uppgifter inom socialväsendet genom vilka socialväsendet ansvarar för tjänster för mentalvårdspatienter, personer med grav funktionsnedsättning och äldre personer. Dessutom bekostar Folkpensionsanstalten en betydande del av den medicinska rehabiliteringen för personer med grav funktionsnedsättning. För de ovan nämnda funktionerna krävs emellertid en plan som har gjorts upp inom den offentliga hälso- och sjukvården. För att dessa tjänster ska bilda en ändamålsenlig helhet med tanke på rehabiliteringsklienten bör alla parter samarbeta. Avsikten är att de olika instanser som ordnar rehabilitering sinsemellan ska komma överens om ansvarsfördelningen i samarbete med andra instanser som producerar och finansierar rehabiliteringstjänster, som exempelvis socialvården och arbetsförvaltningen eller undervisningsmyndigheterna, eller med Folkpensionsanstalten eller andra instanser som finansierar tjänster. Hälso- och sjukvården, som har det övergripande ansvaret för vården av rehabiliteringsklienterna och planeringen av rehabiliteringen, har en nyckelroll när den hänvisar patienter i den rätta målgruppen till rehabilitering vid Folkpensionsanstalten. Av rehabiliteringsplanen bör det framgå vem som har det övergripande ansvaret för klientens rehabilitering. Varje gång rehabiliteringsklienten går vidare från en instans som ordnar eller finansierar rehabilitering till en annan, ska man komma överens om vem som är den ansvariga instansen. När man beslutar om ansvarsfördelningen ska den som just då ordnar rehabiliteringen vara den aktiva parten och kontakta de andra rehabiliteringsanordnarna och myndigheterna för att ordna den rehabilitering som behövs. I 2 mom. föreslås också en hänvisning till lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen som innehåller bestämmelser om principerna för de olika förvaltningsområdenas samarbete och klienternas ställning samt bestämmelser om samarbetet.

31 §. Handräckning. Bestämmelsen motsvarar 14 § 2 mom. i den gällande folkhälso- lagen. Bestämmelsen har senast ändrats år 2005, då den bringades i överensstämmelse med den nya fängelselagen (767/2005) och den nya häktningslagen (768/2005).

4 kap.

Samarbete inom hälso- och sjukvården samt regional service

32 §. Samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården. Paragrafen innehåller bestämmelser om kommunens och sjukvårdsdistriktets skyldighet att samarbeta med socialvården i sitt arbete för att främja hälsa och välfärd och anordna hälso- och sjukvårdstjänster. I förhållande till socialvården är syftet med propositionen förutom att stärka primärvården att i enlighet med regeringsprogrammet säkerställa att kommun- och servicestrukturreformens mål förverkligas, dvs. garantera kvalitativa tjänster som är tillgängliga för invånarna i hela landet. Samarbetet ska vara täckande och på så sätt möjliggöra en ekonomisk, effektiv och ändamålsenlig resursanvändning.

Syftet är att effektivisera kommunernas samarbete vid anordnandet och producerandet av social- och hälsovårdstjänster och därigenom förbättra verksamhetens produktivitet, få till stånd en mera klientcentrerad servicehelhet samt möjliggöra ett effektivt utnyttjande av datateknologin.

Ett mål är att skapa välfungerande vård- och servicehelheter genom att bättre än nu samordna social- och hälsovårdstjänsterna och avlägsna eller sänka skiljemurarna mellan dem. Ett mål är också att i så stor utsträckning som möjligt förenhetliga förfaringssätten vid organiseringen av tjänsterna och verksamhetssätten.

33 §. Samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. I 1 mom. konstateras sjukvårdsdistriktets ansvar vid samordningen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Samordningen ska ske i enlighet med sjukvårdsdistriktets befolknings- samt områdets kommuners behov av primärvård. Informationsgången och konsultationen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska förbättras och överlappningar avlägsnas. Dessutom ska man bygga sammanhängande vårdkedjor som når över organisationsgränserna och på så sätt skapa en fungerande helhet inom hälso- och sjukvården. Primärvården bör vara hela hälso- och sjukvårdens ryggrad och ett nätverk som jämlikt och utan dröjsmål betjänar dem som

behöver hjälp. Inom primärvården planeras en gradering av vården i samarbete med den specialiserade sjukvården och socialvården. När en patient sänds från primärvården till specialiserad sjukvård är det antingen fråga om konsultation eller hänvisning till vård. Vid konsultation ber läkaren inom primärvården om en bedömning och anvisningar så att vården kan fortsätta inom primärvården. Då en patient hänvisas till vård överförs läkaren inom primärvården ansvaret på ett specialsjukhus för vården för det problem eller den sjukdom som anges i remissen. Då perioden av specialiserad sjukvård tar slut, ansvarar primärvården för vården av patienten med stöd av de anvisningar som getts. Inom den funktionella helheten bör man beakta hur tjänster inom specialiserad sjukvård på basnivå kan tillhandahållas inom primärvården. För att sänka skiljemurarna kan sjukvårdsdistriktets personal t.ex. tillhandahålla sådana tjänster av specialiserad sjukvård inom primärvården som det är möjligt att förverkliga vid verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård som tillhandahåller basservice, t.ex. konsultation och dagkirurgiska ingrepp. Man kan avtala om dessa verksamhetsmöjligheter i den samarbetsplan för hälso- och sjukvård som avses i 34 §.

Förutom att sänka skiljemurarna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården är det i synnerhet för att skapa sammanhängande servicekedjor också nödvändigt att även social- och hälsovården samarbetar på det sätt som anges i 32 §.

Enligt 2 mom. ska sjukvårdsdistriktet inom sitt område tillhandahålla hälsovårdscentralerna sådana tjänster inom den specialiserade sjukvården som de behöver och som det är ändamålsenligt att genomföra inom större områden. Dessutom styr sjukvårdsdistriktet utvecklandet av t.ex. laboratorieservice, diagnostisk utbildningsservice och medicinsk rehabilitering samt andra motsvarande specialtjänster samt övervakar kvaliteten.

Enligt 3 mom. ska sjukvårdsdistrikten dessutom sörja för forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller distriktets uppgiftsområde samt för samordningen av informationssystem.

34 §. *Plan för ordnande av hälso- och sjukvård.* Enligt 1 mom. ska kommuner (eller

samarbetsområden) som hör till samma sjukvårdsdistrikt göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård i syfte att få kommuner och samarbetsområden inom samma sjukvårdsdistrikt att på förhand planera ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster inom sitt område. Med hjälp av planen för ordnande av hälso- och sjukvården kan man främja det regionala samarbetet och samordningen av tjänsterna. Genom samarbetet kan man eliminera överlappande tjänster och gradera de regionala funktionerna inom primärvården samt mellan områdets hälsovårdscentraler och vid behov andra verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård. I syfte att främja sammanhängande servicekedjor kan man vid behov samordna socialvårdstjänsterna med den funktionella helheten av primärvårdstjänster.

Samverkansformer som betraktas som samarbete karakteriseras av ett långvarigt samarbete, inbördes fördelning av kostnaderna och solidariskt ansvar mellan de tjänsteutnyttjande kommunerna utan egen vinning. I ekonomiutskottets betänkande (EkUB 26/2006 rd- RP 5072006 rd) som avser upphandlingslagen definieras samarbete så att ofta avser samarbetsavtal långfristiga avtal som innebär att en kommun tillhandahåller de avtalade tjänsterna för de övriga avtalspartnerna. Samarbetet syftar till att kommunerna tillsammans dels ska utföra en viss uppgift, dels förbättra verksamheten. De faktiska kostnaderna fördelas solidariskt mellan alla avtalsparter utifrån användningsfrekvensen eller enligt andra kriterier utan att parterna eftersträvar ekonomisk nytta eller vinning. Med avseende på upphandlingslagen är det av relevans bland annat om verksamheten ordnas gemensamt och grundar sig på ett offentlighetsligt avtal eller om tjänsterna upphandlas genom privaträttsliga avtal. En särskiljande faktor har bland annat varit att avtalen vid samarbete har bedömts ur ett samverkansperspektiv och inte ur ett kommersiellt perspektiv.

Kommunerna avtalar tillsammans om hur en plan för ordnande upprättas. Om planen ska det förhandlas med samkommunen för sjukvårdsdistriktet. Då är det möjligt att utnyttja sakkunskap vid sjukvårdsdistriktet i fråga om till exempel vilka funktioner inom

den specialiserade sjukvården kan genomföras inom primärvården.

Vid utarbetandet av planen kan kommunerna dra nytta av sakkunskapen inom folkhälsoarbetet vid verksamhetsenheterna för primärvård liksom av sjukvårdsdistriktets sakkunskap i fråga om specialiserad sjukvård. Då planen görs upp är det viktigt att regionalt planera också ordnandet av specialkunnandet inom primärvården på ett ändamålsenligt sätt. Sådana här särskilda experter, som det inte nödvändigtvis är ändamålsenligt att varje kommun eller hälsovårdscentral skaffar ensam, kan t.ex. vara näringsterapeuter, ergoterapeuter eller specialtandläkare. Då planen för ordnande av hälso- och sjukvård görs upp kan man utnyttja bl.a. de uppföljningsuppgifter om befolkningens hälsa och uppgifter om befolkningens servicebehov som samlats in i kommunerna. Enligt förslaget ska uppföljningsuppgifter om befolkningens hälsa kunna fås bl.a. på det sätt som anges i 12 § i denna lag.

Enligt 2 mom. kan man genom planen för ordnande av hälso- och sjukvård avtala om samarbetet och arbetsfördelningen, t.ex. om hur basservicen, jourtjänster, diagnostisk utbildningsservice och tjänster inom medicinsk rehabilitering ska ordnas. Dessutom kan man i planen komma överens om det samarbete med den specialiserade sjukvården och socialvården som behövs inom primärvården. I planen kan man också avtala om hur tjänster inom den specialiserade sjukvården på basnivå ska förverkligas inom primärvården. Planen för ordnande av hälso- och sjukvård ger en ypperlig möjlighet att utveckla gemensamma principer också för terminalvården och följa hur den förverkligas på ett rättvist sätt och regionalt på det bästa möjliga sättet. Social- och hälsovårdsministeriet har år 2010 gett en rekommendation för terminalvård.

I planen ska det beaktas att olikheterna i kommunernas serviceutbud och sätt att ordna servicen begränsas av bestämmelsen om jämlikhet i grundlagen (6 §). Hälsovårdstjänster ska tillhandahållas så att människorna inte utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av bl.a. ålder, hälsotillstånd eller handikapp. Principen om jämlikhet förutsätter att den som ansvarar för en verksamhet ordnar verk-

samheten så att alla som omfattas av ansvarsområdet har möjlighet att få tjänster på samma grunder. I synnerhet vården av terminalvårdspatienter varierar mycket i olika delar av landet och därför är det önskvärt att det i planen för ordnande av hälso- och sjukvård avtalas om enhetlig praxis inom terminalvården. Jämlikhetsprincipen innebär också att man även i fråga om tidpunkten bör handla jämlikt, dvs. att vården ska ordnas enligt samma principer oberoende av om vårdbehovet infaller i början eller i slutet av året.

I 3 mom. konstateras det att planen för ordnande av hälso- och sjukvård ska göras upp för kommunernas fullmäktigeperiod, dvs. för fyra år i taget genast i början av fullmäktigeperioden. Om inte alla är överens om planen, är en förutsättning för godkännande att minst två tredjedelar av kommunerna i samkommunen understöder den och att dessa kommuners invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i alla kommuner i samkommunen. Genomförandet av planen ska också följas och utvärderas årligen. Vid behov ska det göras ändringar i planen. Det sjukvårdsdistrikt som kommunerna representerar ska godkänna planen. Kommunerna kan i praktiken själva besluta på vilken nivå planen behandlas och godkänns i kommunerna. Kommunerna ser också till att de beslut som fattas inom sjukvårdsdistriktet ligger i linje med kommunernas egna beslut. Genom detta sätt att fatta beslut stöds samarbetet mellan enheter inom primärvården och enheter inom sjukvårdsdistriktet samt den enhet inom primärvården som fungerar inom sjukvårdsdistriktet i dess arbete för att främja samarbetet.

Paragrafens 4 mom. innehåller ett bemyndigande enligt vilket statsrådet vid behov kan utfärda närmare bestämmelser genom förordning om frågor som ska ingå i planen för ordnande av hälso- och sjukvård.

35 §. Enheter inom primärvården. Enligt 1 mom. ska ett sjukvårdsdistrikt ha en enhet inom primärvården. Enheten ska stöda kommunerna inom sjukvårdsdistriktets område vid uppgörandet av den i 34 § avsedda planen för ordnande av hälso- och sjukvård. För att enheten inom primärvården ska kunna stöda kommunerna bör den ha yrkesövergripande sakkunskap i hälso- och sjukvård.

Enligt 2 mom. är enhetens centrala uppgift att koordinera utvecklingsärendena inom primärvården. Enheten ska samla och förmedla uppgifter om detta arbete. Dessutom ska enheten utveckla verksamhetens innehåll, verksamhetspraxis och kunnande samt utvärdera verksamhetens kvalitet och effektivitet. Enheten koordinerar också den vetenskapliga forskningen inom primärvården samt utformningen av vård- och rehabiliteringskedjor och den regionala kompletterande utbildningen i samarbete med andra instanser. I planen för ordnande av hälso- och sjukvård kan man bl.a. avtala om arbetsfördelningen, uppgifter och konsultation mellan sjukvårdsdistriktet, kommunerna och samarbetsområdena samt med socialvården.

Enheten inom primärvården ska också se till att dess område är representerat i ett nationellt nätverk för utvecklande av primärvården och ansvarar för att kunskap i nätverkets gemensamma utvecklingstekniker sprids inom dess ansvarsområde. Enheten ska samarbeta och skapa en bestående samarbetspraxis tillsammans med kompetenscentrumet inom det sociala området i enhetens område (lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1230/2001)). Nätverket för utvecklande av primärvården i Finland och delegationen för kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området ska tillsammans främja uppkomsten av bestående samarbetsstrukturer på både regional och riksomfattande nivå.

36 §. Regionalt främjande av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten.

Enligt 6 § i ramlagen om en kommun- och servicestrukturreform ska samkommunen inom sitt område främja beaktandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet. Detta förverkligas dels som en del av alla vårdprocesser inom den specialiserade sjukvården, i synnerhet som sekundär och tertiär prevention, dels genom att man erbjuder områdets kommuner stöd och sakkunskap. Det är naturligt att vissa verksamheter för främjande av hälsan sköts på regional nivå, men det ska ändå fortfarande främst vara kommunernas uppgift.

Enligt 1 mom. ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt tillhandahålla kommunerna sakkunnighjälp bl.a. vid utvecklandet och in-

förandet av handlingsmodeller som hänförs till främjande av hälsan och förebyggande av sjukdomar samt följa områdets befolknings välfärd och hälsa, för vilket man inom regionerna har bättre möjligheter än i små kommuner. Sjukvårdsdistriktet kan koordinera program för att förebygga och behandla sjukdomar (t.ex. astma och diabetes) förenat med vård och rehabilitering och på så sätt bidra till att minska behovet av tjänster och belastningen. Sjukvårdsdistriktet kan producera information som kan användas gemensamt av kommunerna i regionen, bl.a. uppgifter om ändringar i befolkningens hälsotillstånd. Uppgifter på befolkningsnivå kommer bättre än nu att kunna sammanställas också ur journalhandlingar.

Enligt 2 mom. ska strategier och planer för främjandet av hälsa och välfärd, som på regional nivå koordineras av sjukvårdsdistriktet, landskapsförbundet eller någon annan regional aktör, beredas i samarbete med kommunerna i regionen genom att man samordnar de regionala målen med kommunernas mål.

Främjandet av hälsa och välfärd ska dock också i fortsättningen främst vara kommunernas uppgift. Ett gott exempel är att ingå ett välfärdsavtal med en regional ansvarsenhet, t.ex. landskapsförbundet eller sjukvårdsdistriktet och varje kommun. I avtalet förbinder sig kommunerna till gemensamma mål och får de regionala aktörernas stöd, och förverkligandet av målen följs gemensamt. Fördelar med en regional plan och regionalt utförande är bl.a. att produktionen, uppföljningen och utvärderingen av information koncentreras och att kunskapen och erfarenheterna sprids.

37 §. Utveckling, utbildning och forskning, vid hälsovårdscentraler. Enligt 1 mom. ska hälsovårdscentralerna sörja för ordnandet av multiprofessionell forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamhet. Den multiprofessionella utvecklingsverksamheten samt utbildnings- och forskningsverksamhet i anslutning till den ska vara en del av hälsovårdscentralens verksamhet och kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för den. Detta stöder ett kontinuerligt utvecklande av hälsovårdscentralens verksamhet. Hälsovårdscentralerna kan för den nämnda verksamheten få sakkunskap från enheten inom primärvården

i samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. Enheten inom primärvården kan koordinera forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten inom sjukvårdsdistriktets område på det sätt som avses i 34 §. Också hälsovårdscentralerna ska i samarbete med enheten för primärvården delta i den nationella utvecklingen av primärvården på det sätt som social- och hälsovårdsministeriet har stakat ut. På så sätt kan man garantera en enhetlig utvecklingsverksamhet vid hälsovårdscentralerna och ett systematiskt utbyte av erfarenheter samt spridning av god praxis.

I mån av möjlighet ska man med stöd från en enhet inom primärvården också ordna sådana förhållanden vid hälsovårdscentralerna som stöder forskningen på universitetsnivå. Ordandet av resurser för sådan forskning hör inte till kommunernas uppgifter.

Enligt 2 mom. kan lärare vid universitetens medicinska, odontologiska och hälsovetenskapliga utbildningsenheter och lärare i hälsovård vid yrkeshögskolorna enligt eget samtycke ha en tjänst som bisyssla vid en hälsovårdscentral. På detta sätt står högskoleundervisningen i nära samband med det hälsovårdscentralarbetet och har kontakt till servicesystemet i och med att högskolelärarna kan ha en bitjänst som hänför sig till hälso- och sjukvården eller till ledningen av den.

Enligt 3 mom. kan hälsovårdscentralen anlitas för utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal enligt överenskommelse mellan en högskola eller någon annan myndighet eller organisation med utbildningsansvar och en kommun. Genom detta garanteras att hälsovårdscentralernas utrymmen, redskap och anordningar kan användas i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal på ett sätt som överenskomms särskilt.

Enligt 4 mom. ska en tjänsteinnehavare som utför folkhälsoarbete medverka i tillhandahållandet av utbildning enligt 1 mom. på det sätt som anges närmare i ett avtal. Genom detta garanteras att andra än de lärare som nämnts i föregående moment deltar i den utbildning som ordnas vid hälsovårdscentralerna. Detta gäller läkare och vårdpersonal vid hälsovårdscentralen samt andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som innehar en tjänst och som behövs

i den praktiska utbildningen i hälsovårdscentralarbetet.

38 §. *Regional beredskap för hälso- och sjukvård och statens medverkan i upprätthållande av beredskapen.* I 1 mom. föreskrivs om den regionala beredskap och beredskapsplan som en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska utarbeta tillsammans med kommunerna inom dess område. Enligt beredskapslagen (1080/1991) ska statsmyndigheter och statens affärsverk samt kommunerna och samkommunerna göra upp beredskapsplaner. Skyldigheten enligt beredskapslagen är en allmän förpliktelse som gäller enskilda kommuner och samkommuner. Den innefattar inte bestämmelser om ledningsförhållanden eller samarbete vid planeringen. Avsikten med paragrafen är att klargöra planeringsansvaret och styra beredskapen och beredskapsplaneringen så att den sker på regional grund. Regional beredskap och beredskapsplanering i samarbete mellan den specialiserade sjukvården och primärvården effektiviserar beredskapen genom att man på så sätt främjar planeringen av hälso- och sjukvårdens kapacitet och resurser samt av sam användningen av specialtjänster och sakkunnigtjänster och styrningen av patientströmmarna. Den regionala beredskapsplanen för hälso- och sjukvården ska göras upp tillsammans med socialväsendet i områdets kommuner i ett sådant samarbete som krävs för beredskapen i området och för att planen ska kunna göras upp på ett ändamålsenligt sätt.

I 2 mom. finns bestämmelser om statens möjlighet att medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och i hanteringen av exceptionella situationer. Genom bestämmelsen tryggas ett nationellt upprätthållande av en sådan beredskap, vilket inte enligt lagstiftningen hör till kommunens eller samkommunens ansvar. Samtidigt möjliggörs ersättning till kommunerna för kostnader som orsakats av efterbehandlingen av exceptionella situationer då detta är motiverat med beaktande av händelsens karaktär och kommunens resurser.

Vid större olycksfall och exceptionella situationer i hemlandet eller utomlands räcker kommunens eller områdets resurser för hälso- och sjukvård ofta inte till för att hantera eller styra situationen. För att offren snabbt

ska kunna undersökas och vården inledas, krävs det att man får yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, produkter och utrustning för hälso- och sjukvård samt mediciner utifrån till olycksområdet. Ibland måste man också flytta patienter för vård någon annanstans och detta förutsätter ofta att det finns medicinsk evakueringsberedskap med luftfartyg. Avsikten är att Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt samt Vanda social- och krisjour ska utses och bemyndigas till riksomfattande aktörer för sådana här situationer. Erfarenheter av verksamheten och av behovet av en riksomfattande aktör har man fått bl.a. i samband med naturkatastrofen i Sydostasien och bussolyckan i Malaga samt skottdramerna i Jokela och Kauhajoki.

39 §. Prehospital akutsjukvård. Paragrafens 1 mom. innehåller bestämmelser om hur prehospital akutsjukvård ska ordnas som en del av den regionala helheten och jourverksamheten för hälso- och sjukvårdstjänster. Prehospital akutsjukvård är ett nytt begrepp i lagstiftningen och det föreslås bli definierat i lagen. Prehospital sjukvård omfattar begreppen sjuktransport, akutvård och medicinsk räddningsverksamhet som används i den gällande folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och förordningen om sjuktransport. Såsom för närvarande innefattar prehospital akutsjukvård regionalt sett ordnande av tjänsten på landområden, insjöområden och skärgårdsområden samt på fartyg som är förtöjda i en hamn. Den som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården beslutar om den utrustning som områdets prehospitala akutsjukvårdsuppdrag genomförs med, vid behov tillsammans med andra myndigheter och aktörer. I sjöräddningslagen finns bestämmelser om att nå och transportera patienter ombord på fartyg som befinner sig på havsområdet. Anslutande av prehospital akutsjukvård till vården av patienten i sådana situationer avtalar regionalt mellan sjukvårdsdistriktet och sjöräddningsmyndigheterna.

Enligt förslaget ska den prehospitala akutsjukvården i fortsättningen höra till uppgifter som samkommun för ett sjukvårdsdistrikt skall organisera. Då tjänsten genomförs på ett område som är större än en kommun, möjliggörs ordnandet av en täckande och

jämlik prehospital akutsjukvård på så sätt att den prehospitala akutsjukvården regionalt bildar en funktionell helhet och en sammanhängande servicekedja tillsammans med sjukhusen och jourverksamheten.

I 2 mom. föreskrivs om alternativa sättet att organisera prehospital akutsjukvård med avvikelse från de allmänna bestämmelserna i 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. För närvarande produceras sjuktransporttjänster och prehospital akutsjukvård av kommunerna, det lokala räddningsväsendet och privata serviceproducenter. Genom bestämmelsen blir det möjligt att utnyttja de nuvarande serviceproducenternas resurser och sakkunskap inom verksamheten även i fortsättningen. Av de alternativ som nämns i bestämmelsen kan samkommunen för sjukvårdsdistriktet välja det ändamålsenligaste sättet att ordna prehospital akutsjukvård inom hela sitt område eller en del av det. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan välja det ändamålsenligaste sättet att organisera prehospital akutsjukvård bland de alternativ som nämns i bestämmelsen. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan sköta verksamheten själv, i samarbete med det lokala räddningsväsendet eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen hos någon annan serviceproducent. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan besluta om olika sätt att ordna prehospital akutsjukvård inom olika delar av sitt område eller om att ordna de uppgiftshelheter som ingår i prehospital akutsjukvård på olika sätt med beaktande av regionala specialbehov och – förhållanden enligt vad samkommunen anser vara ändamålsenligt. Då samkommunen väljer sätt att ordna tjänsten ska den särskilt beakta den prehospitala akutsjukvårdens kvalitet och utvecklandet av verksamheten tillsammans med regionens jourpunkter.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan organisera den prehospitala akutsjukvården som en egen verksamhet. Då sköts den prehospitala akutsjukvården eller en del av den med den personal som är anställd inom sjukvårdsdistriktet och med den utrustning som är i distriktets besittning. Ordande av första insatsen ska avtalaras med tjänsteproducenten på det sätt som anges i sjukdistriktets

beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan också ordna tjänsten i samarbete med det lokala räddningsväsendet eller en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. Om det sjukvårdsdistrikt som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården anser att det är ändamålsenligt, kan den avtala om samarbete med andra sjukvårdsdistrikt för ordnande av prehospital akutsjukvård inom flera sjukvårdsdistrikt.

Enligt räddningslagen (468/2003) ansvarar kommunerna för räddningsväsendet inom de områden som statsrådet fastställer och enligt det som föreskrivs i lagen om bildande av räddningsområden (1214/2001). Enligt statsrådets förordning om räddningsväsendet (787/2003) producerar det lokala räddningsväsendet tjänster i fråga om sjuktransport, akutvård och första akutomhändertagande om man har kommit överens om detta med hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. En ändring av räddningslagen är under beredning, men enligt utkastet till lag ska det lokala räddningsväsendets strukturer bevaras oförändrade.

I kommunallagens 3 § och 10 kap. finns bestämmelser om samarbete mellan kommuner samt i 10 a kap. bestämmelser om kommunala affärsverk. Enligt 87 a § i kommunallagen kan en kommun eller samkommun grunda ett kommunalt affärsverk för affärsverksamhet eller för en uppgift som ska skötas enligt företagsekonomiska principer. Det samarbete med ett annat sjukvårdsdistrikt som avses i bestämmelsen kan genomföras t.ex. genom att man tillsammans med andra samkommuner för sjukvårdsdistrikt inrättar en sådan gemensam affärsverkssamkommun som avses i 87 a § i kommunallagen och som har till uppgift att producera tjänster inom prehospital akutsjukvård.

De situationer där kommuner eller samkommuner konkurrerar med företagen på marknaden har blivit problematiska med tanke på konkurrensneutraliteten, eftersom kommunerna och samkommunerna har konkursskydd och skatteförmåner i förhållande till privata företag.

EU-kommissionen meddelade i april 2010 med stöd av artikel 17 i rådets förordning

(EG) nr 659/1991 sin preliminära ståndpunkt i frågan huruvida det stöd som getts till Finlands kommunala affärsverk lämpar sig på den inre marknaden. Kommissionen ansåg att det att den företagsekonomiska risk som hänför sig till konkurs saknas på grund av den rättsliga ställningen kan anses vara en obegränsad statsgaranti som beviljas för kommunala affärsverk. Dessutom ansåg kommissionen att de skattefördelar som beviljas kommunerna, såsom befrielsen från bolags-, fastighets- och kapitalskatt samt systemet med återbetalning av mervärdesskatt, är selektiva stöd som strider mot EU:s bestämmelser om statligt stöd. Kommissionen uppmanade Finland att ändra den rådande situationen med kommunala affärsverk så att kommunala affärsverk som verkar under konkurrens på marknaden inte längre ska beviljas obegränsad garanti och skatteförmåner, utan de ska ha samma verksamhetsförhållanden som privata aktörer. En sådan här situation kan uppnås genom att man gör dem till vanliga företag. En privilegierad ställning både i fråga om lagstadgade garantier och skatteförmåner kan bevaras endast för sådana enheter som medverkar i kommunens interna verksamhet och inte idkar ekonomisk verksamhet.

Vid finansministeriet bereds för närvarande en ändring i kommunallagen för att lagstiftningen ska motsvara kommissionens ståndpunkt. Enligt ändringen kan kommunen sköta en uppgift i en konkurrenssituation på marknaden endast i form av ett bolag, en sammanslutning eller en stiftelse (bolagiserings-skyldighet). Bolagiserings-skyldigheten ska emellertid inte gälla sådana situationer där kommunen med stöd av lagen i form av egen verksamhet ordnar tjänster för sina invånare och andra som kommunen med stöd av lagen ska ordna tjänster för. Det är inte heller fråga om en konkurrenssituation på marknaden om kommunerna med stöd av samarbets-skyldigheten enligt lag, genom en sådan samarbetsform som avses i 76 § i kommunallagen och som egen verksamhet, ordnar tjänster för sitt områdes invånare och andra som den med stöd av lag ska ordna tjänster för. Samarbets-skyldighet som baserar sig på lagen gäller t.ex. ordnandet av specialiserad sjukvård och vård av utvecklingsstörda. Avsikten är att

den ändring som bereds ska träda i kraft vid ingången av 2011.

Den föreslagna bestämmelsen om ordnande av verksamheten i samarbete avser den samarbetskyldighet som baserar sig på lag i de situationer där sjukvårdsdistriktet avtalar om samarbete med det lokala räddningsväsendet eller andra sjukvårdsdistrikt. Denna bestämmelse om samarbete möjliggör samarbete mellan sjukvårdsdistrikt eller med räddningsväsendet inom ordnandet av prehospitalkakuttsjukvård utan bolagiseringsskyldighet. För att en verksamhet kan anses vara interkommunalt samarbete som är utanför tillämpningsområdet för upphandlingslagen ska den baseras på ett avtal om ordnande av verksamhet i samarbete med avtalsparterna utan att eftersträva vinning såsom EG-domstolen har meddelat i sin dom i mål Hamburger Stadtreinigung (C-480/06). I fall en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt och räddningsverket på området ordnar en tjänst i samarbete på basis av ett avtal, kan räddningsverket emellertid inte samtidigt vara verksam på marknaden och sälja sina tjänster till instanser utanför samarbetsavtalet. Om räddningsverket önskar sälja sina tjänster till andra instanser på konkurrensutsatta marknader ska verksamheten bolagiseras. I 10 § i lagen om offentlig upphandling finns bestämmelser om upphandling hos enheter som är anknutna till den upphandlande enheten. I regeringens proposition om lagen om offentlig upphandling (RP 50/2006 rd) konstateras det att 10 § grundar sig på Europeiska gemenskapernas domstols rättspraxis i fråga om upphandling hos anknutna enheter. Lagen tillämpas inte på upphandling som den upphandlande enheten företar hos enheter som är formellt fristående från den och självständiga med tanke på beslutsfattandet, om den upphandlande enheten ensam eller tillsammans med andra upphandlande enheter övervakar enheten på samma sätt som den övervakar egna verksamhetsställen och om enheten bedriver huvuddelen av sin verksamhet tillsammans med de upphandlande enheter som utövar ett bestämmande inflytande över den. Anknytningens innehåll har behandlats i EG-domstolens dom i mål C-107/98, Teckal (REG 1999, s. I-8121). Högsta förvaltningsdomstolen har i två avgöranden, HFD

30.11.2004 liggarnr 3048 och HFD 30.8.2006 liggarnr 2207, dragit upp linjerna för begreppet anknuten enhet enligt lagen om offentlig upphandling och kommunernas samarbetsarrangemang.

Med stöd av den rättspraxis som beskrivits ovan kan det lokala räddningsväsendet inte anses vara en enhet anknuten till sjukvårdsdistriktet på det sätt som avses i lagen om offentlig upphandling. Eftersom lagstiftningen om upphandling endast gäller ingående av upphandlingskontrakt, omfattas andra slags samarbetsarrangemang som genomförs av upphandlande enheter inte av tillämpningsområdet för lagen om offentlig upphandling. Sålunda hör t.ex. det samarbete mellan kommuner som avses i 10 kap. i kommunallagen inte till tillämpningsområdet för lagen om offentlig upphandling om det inte genomförs genom ett upphandlingskontrakt.

Gränsen mellan tillämpningen av upphandlingslagen och det kommunala samarbetet är inte entydig. I ekonomiutskottets betänkande (EkUB 26/2006 rd- RP 50/2006 rd) om upphandlingslagen har det kommunala samarbetet definierats på så sätt att samarbetsavtal i praktiken ofta avser långfristiga avtal som innebär att en kommun tillhandahåller de tjänster i avtalet som de övriga avtalskommunerna behöver. Samarbetet syftar till att kommunerna tillsammans dels ska utföra en viss uppgift, dels förbättra verksamheten. De faktiska kostnaderna fördelas solidariskt mellan alla avtalsparter utifrån användningsfrekvensen eller enligt andra kriterier utan att parterna eftersträvar ekonomisk nytta eller vinning. Med avseende på upphandlingslagen är det av relevans bland annat om verksamheten ordnas gemensamt och grundar sig på ett offentligt rättsligt avtal eller om tjänsterna upphandlas genom privaträttsliga avtal. En särskiljande faktor har bland annat varit att avtalen vid samarbete har bedömts ur ett samverkansperspektiv och inte ur ett kommersiellt perspektiv. Samverkansformer som betraktas som samarbete karakteriseras av långfristiga avtal, inbördes fördelning av kostnaderna och solidariskt ansvar mellan de tjänsteutnyttjande kommunerna utan egen vinning.

Däremot har inte enstaka upphandlingar betraktats som samarbete, liksom inte heller

avtal där priset på tjänsterna anges marknadsmässigt och där säljaren eftersträvar ekonomisk lönsamhet. Avtal mellan kommunerna kan också vara kommersiella och betraktas då som upphandlingar.

Vid samarbetsavtal kan verksamheten övervakas av ett gemensamt organ. Ett annat alternativ är att en tjänst planeras och genomförs och kostnaderna följs upp under friare samverkansformer. I 77 § i kommunallagen sägs att de samarbetande kommunerna kan komma överens om att en del av ledamöterna i det organ i en kommun som sköter uppgiften ska utses av de andra kommunerna.

Marknadsdomstolen meddelade 14.1.2009 avgörandena MAO:10/09, MAO:11/09, MAO:12/09, MAO 13/09 och MAO:14/09 som gällde samarbetsavtal om sjuktransport som ingåtts av Träskända, Kervo och Hyvinge stad samt Mäntsälä, Nurmijärvi, Tusby och Borgnäs kommun. Avgörandena har inte vunnit laga kraft. Om avgörandena blir permanenta ändrar de tidigare tolkningspraxis. Marknadsdomstolen ansåg att Mellersta Nylands räddningsverk i sin verksamhet enligt samarbetsavtalet om sjuktransporter är underordnat kommunernas gemensamma bestämmanderätt. Det att räddningsverket formellt är en del av Vanda stads förvaltning ska inte anses betyda att beslutsfattandet när det gäller genomförandet av tjänsterna i fråga inte skulle ske på ett sätt som gemensamt godkänns av de kommuner som omfattas av samarbetsavtalet. Marknadsdomstolen ansåg att det i samarbetsavtalet ifråga handlade om sjuktransporter som kommunerna administrativt ordnat tillsammans och inte om köp av sjuktransporttjänster.

Europeiska gemenskapernas domstol meddelade juni 2009 en dom i fallet *Hamburger Stadtreinigung (C-480/06)* om samarbete och skyldighet att konkurrensutsätta som innebär en ändring i tidigare rättspraxis. Fyra förvaltningsdistrikt i Niedersachsen hade slutit ett avtal med Hamburgs stads renhållningstjänst om bortskaffande av deras avfall vid en ny anläggning för termisk behandling av avfall som man håller på att bygga.

Gemenskapernas domstol har med stöd av tidigare rättspraxis slagit fast att en kommun lagligen utan anbudsinfordran kan delegera en allmännyttig tjänst till en kooperativ mel-

lankommunal sammanslutning vars ändamål är att uteslutande tillhandahålla tjänster åt anslutna kommuner.

Domstolen konstaterade att det i gemenskapsbestämmelserna inte föreskrivs någon skyldighet för offentliga myndigheter att använda sig av en särskild rättslig form för att gemensamt kunna säkerställa att en allmännyttig uppgift fullgörs. Vidare innebär ett sådant samarbete mellan offentliga myndigheter inte att det huvudsakliga syftet med gemenskapsbestämmelserna på området för offentlig upphandling, nämligen fri rörlighet för tjänster och icke-snedvriden konkurrens i samtliga medlemsstater, ifrågasätts om genomförandet av samarbetet uteslutande styrs av överväganden och krav som är ägnade att uppnå mål av allmänintresse och om principen om likabehandling av intresserade personer som föreskrivs i direktiv 92/50 säkerställs, så att inget privat företag ges någon fördel i förhållande till sina konkurrenter.

Den ovan nämnda domen ändrade rättspraxis så att samarbete mellan offentliga aktörer i syfte att sköta en offentlig uppgift är möjligt utan upphandlingsförfarande också i sådana situationer där samarbetsparterna inte inrättar en gemensam förvaltningsstruktur för att sköta den offentliga uppgiften. I 2 punkten i momentet begränsas inte formen för samarbetet mellan ett sjukvårdsdistrikt och det lokala räddningsväsendet genom lagstiftning. Det är möjligt att inrätta en sådan gemensam förvaltningsstruktur som avses i kommunallagen för skötseln av en gemensam uppgift, men det finns också möjlighet till andra former av samarbete. Det viktiga vid bedömningen av samarbetet är att alla parter är offentliga enheter och att målet med samarbetet är att tillsammans garantera skötseln av en offentlig uppgift. Alla samarbetspartner behöver dock inte delta på samma sätt i uppgiften, utan samarbetet kan grunda sig på fördelning av uppgifter. Det får emellertid inte enbart vara fråga om ett avtal om köp av tjänster. Viktigt vid bedömningen av samarbetet är också att man samarbetsparterna emellan endast får betala ersättning för de kostnader som uppkommit av verksamheten, t.ex. som kommunernas betalningsandelar som överenskommit på förhand, och att

verksamheten inte får eftersträva ekonomisk vinst.

Genom att ordna prehospital akutsjukvård i samarbete med det lokala räddningsväsendet uppnås betydande nytta bl.a. i fråga om användande av personal och utrustning. Då räddningsväsendet sköter uppgifter inom prehospital akutsjukvård och första insatsen har räddningsverket tillgång till personal som också kan sköta prehospital akutsjukvård på basnivå. Räddningsinstitutets utbildning för räddningsmän innefattar också undervisning i prehospital akutsjukvård och därigenom får de som avlagt examen som räddningsman också kompetens för prehospital akutsjukvård på basnivå. Därför har räddningsverken också personalresurser för första instansen.

Räddningsverkens resurser kan utnyttjas som en ökning av hälso- och sjukvårdsmyndigheternas resurser för akutsjukvårdsuppgifter vid skötseln av storolyckor och speciellsituationer inom hälso- och sjukvården och beredskapen för dem. I dessa situationer kan den personal som är i räddningsväsendets beredskap med kort varsel anlitas för uppgifter inom prehospital akutsjukvård. Likaså kan den utrustning inklusive reservarrangemang som räddningsväsendet upprätthåller användas kostnadseffektivt vid storolyckor och speciellsituationer.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan ordna den prehospitala akutsjukvården för sitt område eller en del av den genom att med iakttagande av lagen om offentlig upphandling anskaffa tjänster hos någon privat serviceproducent. I det beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården som samkommunen för sjukdistriktet fattar definieras målet för anskaffningen och kvalitetskriterierna. Med stöd av de ändringar i kommunallagen som EU-kommissionen kräver och som för närvarande bereds i fråga om slopande av stöd som strider mot EU-bestämmelserna om statligt stöd kan en kommun eller samkommun i fortsättningen huvudsakligen delta i ett anbudsförfarande endast i form av ett bolag.

Enligt 3 mom. i förslaget fastställs servicenivån för den prehospitala akutsjukvården i ett beslut som sjukvårdsdistriktet fattar. I beslutet om servicenivån fastställs riktgivande lokala mål för insattiden inom vilken en enhet för första insatsen eller en ambulans på

basnivå eller vårdnivå ska nå patienten. När det gäller att nå patienten är grunderna för definitionen samma för hela landet och baserar sig bl.a. på kartläggning av risker och befolkningskoncentrationer. I beslutet om servicenivån definieras dessutom utbildningskraven för personal som deltar i den prehospitala akutsjukvården i området.

Man har för avsikt att stegvis utveckla systemet för ledningen av den prehospitala akutsjukvården så att ledningen baserar sig på verksamhet som utförs av den ansvariga läkaren för den prehospitala akutsjukvården inom ett sjukvårdsdistrikt samt den jourhavande läkaren och lokala fältchefer inom den prehospitala akutsjukvården. För närvarande ansvarar den läkare som är ansvarig för prehospital akutsjukvård vid hälsovårdscentralen för sjuktransporterna och den prehospitala akutsjukvården. Enligt en rapport som gjorts upp av den utredningsman som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet (SHM, 2007) har man vid 91 procent av hälsovårdscentralerna utsett en ansvarig läkare, men endast 31 procent av dem har tillräckligt med arbetstid till förfogande för att sköta uppgiften. Av hälsovårdscentralerna meddelade 58 procent att den ansvariga läkaren har en tillräcklig kompetensnivå för att sköta uppgiften. I sjukvårdsdistrikten finns läkare som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården och den medicinska räddningsverksamheten, men endast få av dem har det som huvudsyssla. Ordlandet av prehospital akutsjukvård på regional nivå möjliggör att kunskan- det koncentreras till en enda läkare som på heltid ansvarar för den prehospitala akutsjukvården inom sjukvårdsdistriktet och detta förbättrar styrningen av den prehospitala akutsjukvården. Den ansvariga läkaren ska göra upp vårdanvisningar för den prehospitala akutsjukvården inom sjukvårdsdistriktets område och planera hänvisningen till vård av patienterna inom sjukvårdsdistriktets område. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde kommer sinsemellan överens om ordlandet av jour för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare inom specialupptagningsområdet. I praktiken verkar de ansvariga läkarna för den prehospitala akutsjukvården inom sjukvårdsdistriktet som jourhavande läkare inom prehospital akut-

sjukvård vid centralen för prehospital akut-sjukvård.

Avsikten är att skapa ett fältchefssystem inom hälso- och sjukvården för prehospital akutsjukvården inom varje sjukvårdsdistrikts område. Polisväsendet och räddningsmyndigheterna har för verksamhet på fältet skapat ett operativt chefsystem inom ramen för vilket ledningsansvaret är tydligt fördelat. Behovet är större i fråga om uppgifter som sköts av flera enheter samt i flerpatientssituationer och specialsituationer. I fråga om prehospital akutsjukvård har hälso- och sjukvården inget motsvarande system, utan lednings- och chefsbeslut fattas från fall till fall. Därför har flera räddningsverk inrättat sjukvårdschefstjänster. Då sättet att ordna prehospital akutsjukvård ändras och blir en del av de andra jourtjänsterna inom hälso- och sjukvården förutsätts det att hälso- och sjukvården själv söjer för ledningen av den preliminära akutsjukvården i alla situationer. I beslutet som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt fattar om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården fastställs behovet av fältchefer regionvis. Fältcheferna ska verka som jourhavande chefer för den prehospitala akutsjukvården. Fältcheferna för den prehospitala akutsjukvården verkar i flermyndighets- och flerpatientsuppgifter som situationschefer för hälso- och sjukvården samt som övervakare av upprätthållandet av beredskapen för prehospital akutsjukvård tillsammans med nödcentralerna.

Den prehospitala akutsjukvården bör planeras och förverkligas så, att den fungerar så effektivt och ändamålsenligt som möjligt. Som grund för beslutet för servicenivån kartlägger sjukvårdsdistriktet områdets behov, befintlig service och tillgängliga resurser. Båda basen av detta uppgörs beslutet om servicenivån, där man också beaktar befolkningens rätt till likvärdig service och olika aktörers möjligheter att producera den prehospitala akutsjukvården enligt beslutet om servicenivån.

40 §. *Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll.* Enligt 1 mom. 1 punkten i förslaget är den prehospitala akutsjukvården en helhet som ansvarar för brådskande vård av patienter primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning och vid behov för transport av pati-

enten till den mest ändamålsenliga vårdenheten. Då antalet jourhavande enheter för hälso- och sjukvård minskar i och med att jourfunktionerna koncentreras betonas betydelsen av hänvisning till vård. Korrekt hänvisning till vård minskar antalet onödiga patientöverföringar, vilket i sin tur medför att det mera sällan är brist på tillgängliga ambulanser inom ett område. Den läkare som ansvarar för den prehospitala akutsjukvården kan bättre än för närvarande koordinera områdets system för prehospital akutsjukvård, fungera som sjukvårdschef för områdets fältchefer och vårdare inom prehospital akutsjukvård och tillsammans med representanter för den specialiserade sjukvården och primärvården planera vårdhänvisningen för patienterna.

Den prehospitala akutsjukvården omfattar nödcentralens omedelbara, i huvudsak oplanerade uppgifter primärt utanför vårdinrättningarna. Icke brådskande patientflyttningar som planerats på förhand hör inte till prehospital akutsjukvård. Eftersom den prehospitala akutsjukvården inte helt kan avskiljas från överföringar mellan vårdinrättningar eller från planerade patientförflyttningstransporter, och för att hela transportkapaciteten ska kunna utnyttjas, föreslås det att det ska föreskrivas om en samordning av planerade patienttransporter som en uppgift för centralen för prehospital akutsjukvård inom ett specialupptagningsområde i samarbete med områdets sjukvårdsdistrikt. För närvarande förmedlar flera nödcentraler icke-brådskande patientförflyttningssuppgifter. Enligt utvecklingsstrategin för nödcentralverksamheten strävar man efter att minska de uppgifter som inte primärt hör till nödcentralen, såsom planerade förflyttningar mellan vårdinrättningar. Till dessa delar stöder propositionen denna utveckling.

Den prehospitala akutsjukvården ska planeras så att den möjliggör ett smidigt samarbete mellan nödcentralen, räddningsväsendet, polisen samt andra myndigheter och aktörer, som t.ex. den tredje sektorn. Ett större befolkningsunderlag och ett större geografiskt område än för närvarande möjliggör styrning och en helhetsbetonad planering av verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

2 punkten. Den prehospitala akutsjukvården hänvisar vid behov patienten, en närstå-

ende eller andra som har del i händelsen till psykosocial stödverksamhet, om personen i fråga är i behov av stöd efter en plötslig händelse. Personalen inom den prehospitaleda akutsjukvården ber då genom nödcentralen om kris- eller socialarbetstjänster till stöd för patienten eller de närstående.

3 punkten. Sjukvårdsdistriktet utarbetar sådana regionala beredskapsplaner för hälso- och sjukvård som avses i 38 §. Den prehospitaleda akutsjukvården deltar i utarbetandet. Vid storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården ansvarar den prehospitaleda akutsjukvården för hälso- och sjukvårdsverksamheten utanför vårdinrättningar och verkar i samarbete med andra myndigheter och vid behov med den frivilliga räddningstjänsten.

4 punkten. Den prehospitaleda akutsjukvården ska ge polisen, räddningsmyndigheterna och gränsbevakningsmyndigheterna handräckning för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för. Handräckning ges t.ex. i specialsituationer som leds av polisen och där det behövs beredskap för prehospital akutsjukvård på grund av situationer med omringning, gisslan, bombhot eller någon annan liknande situation. Handräckning kan såsom för närvarande ges som en del av den dagliga prehospitaleda akutsjukvården eller genom inrättande av grupper för taktisk prehospital akutsjukvård. Till grupperna för taktisk prehospital akutsjukvård tas yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som arbetar inom den prehospitaleda akutsjukvården och som har fått specialutbildning för uppgiften och gett sitt samtycke till uppdraget. Grupperna verkar som ett tillägg till den vanliga beredskapen för prehospital akutsjukvård och på så sätt behöver den dagliga beredskapen inte så ofta bindas till långvariga specialsituationer. Handräckning till räddningsmyndigheterna kan behövas t.ex. i situationer där det är fråga om en olycka med ett farligt ämne, beredskapstjänstgöring vid brand eller risk för explosion.

I 2 mom. definieras första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan aktör eller enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i fråga om en plötsligt insjuknad eller skadad patient i situationer där denna enhet når patienten snabbare än en

ambulans. Vidare avses den livräddande första hjälp som personalen i enheten ger.

I lagen föreskrivs ingen skyldighet att ordna första insatsen. Det sjukvårdsdistrikt som ordnar prehospitaleda akutsjukvård definierar i beslutet om servicenivån för den prehospitaleda akutsjukvården huruvida verksamhet med första insatsen behövs som en del av områdets prehospitaleda sjukvård och i vilken omfattning verksamheten ska ordnas. Sjukvårdsdistriktet ingår avtal med tjänsteproducenterna för första insatsen inom dess område. Verksamhet med första insatsen produceras för närvarande enligt avtal av t.ex. räddningsverken, avtalsbrandkärer, Gränsbevakningsväsendet och Finlands Röda Kors.

41 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Avsikten är att närmare bestämmelser om grunderna för beslutet om servicenivån för den prehospitaleda akutsjukvården ska utfärdas genom förordning, enligt vilka beslutet om servicenivån ska basera sig på områdets riskanalys och olika risker för sjukdomsfall och olyckor. I riskanalysen beaktas områdets befolkningstäthet, befolkningsunderlag, permanent bosättning och fritidsbosättning samt turism. För att ordna den prehospitaleda akutsjukvården i praktiken måste man i förordning definiera den prehospitaleda akutsjukvården på basnivå och vårdnivå såsom för närvarande samt utbildningskravet för dem som arbetar inom prehospitaleda akutsjukvård på basnivå och vårdnivå. Avsikten är att man genom förordning ska föreskriva om grunderna för fastställandet av uppgifterna och utbildningskraven för den personal som deltar i prehospitaleda akutsjukvård samt om första instansen. Avsikten är däremot inte att man genom förordning ska föreskriva om målet för den tid inom vilken en patient ska nås, personaldimensioneringar eller omfattningen av den prehospitaleda akutsjukvården i övrigt, utan om dem beslutar sjukvårdsdistriktet i beslutet om servicenivån.

5 kap. Specialupptagningsområden

42 §. Specialupptagningsområdets uppgifter. I enlighet med 1 mom. tryggas sjukvård på specialnivå genom arbetsfördelningen mellan specialupptagningsområdena, då det är ändamålsenligt att vården koncentreras till

endast ett eller några universitetssjukhus. I fortsättningen föreskrivs det i förordning av statsrådet om den vård som ska centraliseras, medan motsvarande bestämmelser tidigare fanns i social- och hälsovårdsministeriets förordning (767/2006).

Sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdena har i praktiken handlat på varierande sätt i de frågor som avses i lagen. Kontakten har i de flesta fall varit regelbunden. De funktioner där den allra mest krävande specialkunskapen behövs har redan före specialupptagningsområdena koncentrerats till universitetssjukhusen. Förteckningarna i social- och hälsovårdsministeriets förordning över de vårdformer som ska koncentreras regionalt har egentligen första gången konkretiserat behovet att utveckla funktionerna också regionalt.

Ett specialupptagningsområde som utför ett intensivt samarbete och fungerar enligt koncerntänkande möjliggör mindre splittring inom den specialiserade sjukvården, främjande av partnerskapstänkandet i fråga om centralsjukhusen och betydligt mera utvecklad arbetsfördelning utan att enheter inom den specialiserade sjukvården måste dras in. Sjukhusens verksamhetsprofiler kommer att ändras genom detta verksamhetssätt. Uppgifterna vid de centralsjukhus som är minst när man ser till befolkningsunderlaget blir av samma slag som vid ett stort regionsjukhus. De största specialområdena och jouten fortsätter, medan de minsta specialområdena koncentreras till större enheter.

Specialupptagningsområdena har lyckats ganska bra med att genomföra koncerntänkandet i fråga om stödtjänster för hälso- och sjukvården. Många delar av anskaffningsfunktionen fungerar redan nu för ett specialupptagningsområde. Ett omfattande samarbete finns också på rehabiliteringsservicens område. I Östra Finland har inlett ett laboratorieaffärsverk som är gemensamt för fyra sjukvårdsdistrikt. Det finns planer på samarbete mellan eller t.o.m. sammanslagning av landskapens affärsverk för laboratorieservice och diagnostisk utbildningsservice.

Enligt 2 mom. ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till

samma specialupptagningsområde behöver. Styrning och rådgivning ska t.ex. tillhandahållas i kompletterande utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal och i den vetenskapliga forsknings- och utvecklingsverksamheten.

Enligt 3 mom. ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde samarbeta och samordna produktionen av tjänster inom den specialiserade sjukvården. Samordning ska också ske i fråga om informationssystemlösningar, medicinsk rehabilitering och olika anskaffningar. För att samordna dessa ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ingå ett sådant avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som beskrivs närmare i 43 §.

Dessutom ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde samordna utbildningen och efterfrågan på arbetskraft. I anslutning till universiteten finns regionala delegationer för utbildning av specialister och specialtandläkare. Enligt det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården som godkänkts av statsrådet för 2008-2011 ska man för att garantera ett utbildningsutbud som motsvarar efterfrågan på arbetskraft intensifiera det regionala samarbetet också mellan arbetslivet och yrkeshögskoleutbildningen samt yrkesutbildningen inom social- och hälsovården. För detta ska regionala samarbetsstrukturer skapas för verksamheter inom social- och hälsovården och branschens utbildningsenheter. Dessa kan också utnyttjas vid det landskapsbaserade samarbetet för att på förhand uppskatta behoven av arbetskraft och utbildning samt vid utvecklandet av utbildningens innehåll och praktiken.

43 §. *Avtal om ordnande av specialiserad sjukvård.* Enligt 1 mom. ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde för att samordna den specialiserade sjukvården ingå avtal om ordnandet av specialiserad sjukvård. Avtalet ska upprättas för varje fullmäktigeperiod på fyra år. Avtalet ska dock årligen utvärderas och vid behov ändras. Sjukvårdsdistrikten avtalar sinsemellan om sätten att göra upp ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. Inom ett specialupptagningsområde kan t.ex. ett universitetssjukvårdsdistrikt vara sammankallare vid förhandlingar.

Inom den specialiserade sjukvården ska man avtala om den regionala arbetsfördelningen för den specialiserade sjukvården för hela specialupptagningsområdet. I avtalet om arbetsfördelningen bestäms vilka tjänster som ska ordnas och produceras på vilket sätt i vilka verksamhetsenheter. Ordlandet av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården på det sätt som avtalas för ett specialupptagningsområde är viktigt i synnerhet med tanke på samordningen av den specialiserade sjukvården. Om ordlandet av tjänsterna avtalas i ett avtal om ordnande av tjänster inom den specialiserade sjukvården. En utvidgning av planerna för ordnande av tjänster enligt statsrådets förordning från sjukvårdsdistriktet till specialupptagningsområdena främjar samarbetet och arbetsfördelningen. Detta är ett av de mest centrala problemen inom den specialiserade sjukvården i Finland, vilket OECD har konstaterat i sin utvärdering av vårt lands hälso- och sjukvård. Med stöd av den gällande lagstiftningen har man genom förordning kunnat utfärda bestämmelser om högspecialiserad sjukvård. I förordningen finns bestämmelser om vård som ska centraliseras på riksnivå och vård som ska centraliseras på regional nivå.

Enligt 2 mom. kan man med hjälp av avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård bättre än tidigare stärka det regionala samarbetet och samordningen av tjänsterna. Genom samarbetet kan man eliminera överlappande tjänster och fördela de regionala funktionerna mellan sjukhus, hälsovårdscentraler och vid behov andra verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård inom sjukvårdsdistriktets område. I syfte att främja sammanhängande servicekedjor kan man vid behov samordna socialvårdstjänsterna med den funktionella helheten av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Arbetsfördelningen bör främja hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerheten, speciellt i krävande kirurgiska ingrepp. Genom arbetsfördelningen kan man också främja den specialiserade sjukvårdens genomslagskraft, produktivitet och effektivitet. I arbetsfördelningen ska man beakta att det finns tillräckliga ekonomiska resurser och personalresurser för ordnandet av den specialiserade sjukvården.

I avtalet om ordnande av den specialiserade sjukvården ska man förutom om arbetsfördelningen för den specialiserade sjukvården också komma överens om hur nya metoder inom hälso- och sjukvården ska införas, till exempel hur nya diagnostiska utbildningsmetoder ska införas. På så sätt baseras ibruktandet av nya metoder på en mera omfattande konsensus inom området, och metoderna kan tas i bruk samtidigt inom området om inte något annat avtalas. Detta ökar också möjligheten för områdets invånare att få likvärdig service. I ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård är det också möjligt att samordna praxis inom området med avseende på terminalvård och klarlägga vård i livets slutskede och terminalvårdstid för patienter. Särskild avseende ska fästas vid ordnande av terminalvård för människor i olika ålder. Social- och hälsovårdsministeriet har år 2010 gett en rekommendation om terminalvård.

Enligt 3 mom. ska avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård godkännas av sjukvårdsdistriktet i ett specialupptagningsområde i det organ som avses i 81 § 1 mom. i kommunallagen. Om parterna inte kan enas om ordnandet av den specialiserade sjukvården eller om avtalet inte uppfyller de villkor som avses i 2 mom., kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Genom avtalet om ordnande av den specialiserade sjukvården kan man också förhindra uppkomsten av kommunvisa köer och på så sätt göra patienterna mera jämställda när det gäller möjligheterna att få service. Avtalet om ordnande av den specialiserade sjukvården förhindrar att patienterna flyttas omkring i olika köer eller hamnar i kläm mellan kommunens och samkommunens skyldighet att anordna vård.

Enligt 4 mom. kan närmare bestämmelser om innehållet i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård och om hur avtalet ska upprättas utfärdas genom förordning av statsrådet.

44 §. Samarbete mellan samkommuner för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden. Genom paragrafen blir det möjligt även för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden att ingå avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. Avtal som gäller över gränserna för

olika specialupptagningsområden kan behövas t.ex. för att trygga språkliga rättigheter. Enligt 3 § 3 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) ska patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han eller hon företräder i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Enligt 4 mom. i samma paragraf finns det bestämmelser om patientens rätt att använda finska eller svenska och att bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003). Bestämmelser om kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster på finska och svenska finns i 6 § i detta lagförslag. Genom de föreslagna 46 och 47 § är det möjligt för en person att av språkliga skäl välja en vårdplats som finns utanför det egna specialupptagningsområdet. I synnerhet när det gäller tjänster inom den specialiserade sjukvården kan det uppstå situationer där det av språkliga skäl kan vara ändamålsenligast att genomföra en patients vård någon annanstans än i det egna specialupptagningsområdet. Exempelvis Vasa sjukvårdsdistrikt har av tradition haft nära kontakt med HUCS sjukvårdsområde. Vasa sjukvårdsdistrikt är ett tvåspråkigt sjukvårdsdistrikt där majoritetsspråket är svenska. Vid sjukhuset finns det en nämnd för minoritetsspråket, som alltså är finskspråkig. Av språkliga skäl har Vasa sjukvårdsdistrikt traditionellt anlitat Helsingfors universitetssjukhus tjänster. En svenskspråkig patient som behövt undersökningar vid ett universitetssjukhus har i praktiken haft möjlighet att välja Tammerfors eller Helsingfors som vårdplats. Helsingfors universitet har ansvarat för den svenskspråkiga läkarutbildningen. Följaktligen har Vasa sjukvårdsdistrikt varit representerat i en regional delegation vid Helsingfors universitets medicinska fakultet. Samarbete har också genomförts genom att Vasa sjukvårdsdistrikt har gett Helsingfors universitet en tjänst som svenskspråkig professor i psykiatri och två tjänster som kliniska lärare. Österbotten har av tradition kulturella kontakter, delvis av språkliga skäl, till Egentliga Finland och till den

svenskspråkiga sydkusten, och sålunda till Helsingforsregionen.

Förutom av språkliga skäl kan sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden i syfte att ordna den specialiserade sjukvården även samarbeta för att genomföra en regional arbetsfördelning i fråga om hälso- och sjukvårdstjänsterna. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt kan avtala om ordnandet av de uppgifter som hör till den specialiserade sjukvården även i samarbete med ett annat sjukvårdsdistrikt som hör till ett annat specialupptagningsområde, med beaktande av regionala särskilda behov och förhållanden och i enlighet med vad som samkommunerna för sjukvårdsdistriktet anser vara ändamålsenligt med tanke på arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården. Genom god arbetsfördelning kan man bl.a. förhindra kapprustning mellan olika sjukvårdsdistrikt och fördela uppgifterna, eftersom resurserna för hälso- och sjukvården trots allt är begränsade. I vissa fall krävs det specialkunnande inom den specialiserade sjukvården, eller så är patientgrupperna små, och då är det förnuftigt med en koncentring på riksnivå och samarbete mellan olika specialupptagningsområden.

45 §. Centralisering av specialiserad sjukvård

Enligt paragrafen kan åtgärder och behandlingar inom den högspecialiserade sjukvården centraliseras på riksomfattande nivå till vissa specialupptagningsområden när det är ändamålsenligt att centralisera vård till ett enda eller några universitetssjukhus. Om behandlingar som ska centraliseras ska i fortsättningen utfärdas genom förordning av statsrådet, medan tidigare utfärdades det om behandlingar som ska centraliseras genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet (767/2006) i enlighet med 11 § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Innehållet i bestämmelsen motsvarar den bestämmelse i lagen om specialiserad sjukvård som ska upphävas.

Enligt bestämmelsen ska det genom förordning av statsrådet utfärdas vilka undersökningar, åtgärder och behandlingar som hör till den högspecialiserade sjukvården. Genom förordning av statsrådet föreskrivs också om nationell och regional centralise-

ring av högspecialiserad sjukvård och om de verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska ansvara för den högspecialiserade sjukvård som centraliseras. Om det är mest praktiskt att skaffa de tjänster inom den högspecialiserade sjukvård som ska centraliseras på riksomfattande nivå från privata serviceproducenter eller från utomlands kan det genom förordning av statsrådet fastställas kvalitetskrav för en serviceproducents verksamhet och övriga krav för att säkerställa lämpligheten av vården.

46 §. Central för prehospital akutsjukvård. Som en del av det avtal för ordnande av specialiserad sjukvård som avses i 43 § ska sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde komma överens om hur uppgifterna vid centralerna för prehospital akutsjukvård ska organiseras. Centralerna för prehospital akutsjukvård är en funktionell helhet som tillsammans med sjukvårdsdistriktet i ett specialupptagningsområde ska sörja för samordningen av den prehospitala akutsjukvården till ett fungerande system. Sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde avtalar om ordnandet av centralens funktioner, kostnadsfördelningen och ordnandet av administrationen. För närvarande administreras dessa funktioner i många regioner av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt som upprätthåller ett universitetssjukhus.

Enligt 1 mom. 1 punkten centralerna för prehospital akutsjukvård ska inom sitt område ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare. I ett specialupptagningsområde ska minst en jourhavande läkare inom den prehospitala akutsjukvården dygnet runt arbeta som högsta operativa chef för systemen med prehospital akutsjukvård. I praktiken ska jour för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare i huvudsak ordnas med arbetsinsatsen från sjukvårdsdistriktens ansvariga läkare inom prehospital akutsjukvård. Den jourhavande läkaren inom prehospital akutsjukvård sköter i praktiken om att patienterna hänvisas till vård, stöder fältchefernas arbete och ger vårdarna situationsrelaterade vårdanvisningar.

Centralerna för prehospital akutsjukvård beslutar huruvida den jourhavande läkaren

inom prehospital akutsjukvård inom centralens område deltar i fältverksamheten med landsvägstrafik eller helikopter. Sjukvårdsdistriktet har sedan år 2006 ansvarat kostnaderna för sjukvårdsverksamhet med läkarbil och helikopter för sitt område och propositionen befäster sålunda till dessa delar gällande praxis så att den stöder den prehospitala akutsjukvården. För närvarande har Finland dygnet runt jour för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare på fem orter. Universitetssjukvårdsdistriktet ansvarar för kostnaderna för jouren. Avsikten är att denna praxis ska befästas genom den föreslagna bestämmelsen.

Den jourhavande läkaren vid centralen för prehospital akutsjukvård ansvarar också för brådskande sjukvårdstjänster som ges per telefon till fartyg som befinner sig på havet på det sätt som anges i sjöräddningslagen (1145/2001). Uppgiften kan koncentreras på riksnivå till en eller två centraler för prehospital akutsjukvård.

Enligt 2 punkten centralerna för prehospital akutsjukvård ska planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet. Läkarhelikopterverksamheten ska i regel avskiljas från räddningshelikopterverksamheten på det sättet att statens luftfartyg främst används inom räddnings- och polisförvaltningens uppgifter. Man håller som bäst på att omorganisera läkarhelikopterverksamheten med utgångspunkten i att bevara den nuvarande helikopterverksamheten. Universitetssjukvårdsdistriktet ska bedöma om det inom deras område behövs en läkarhelikopter som en del av den prehospitala akutsjukvården och ansvarar i så fall fortfarande för sjukvårdsverksamheten med läkarhelikopter inom sitt område. Man har för avsikt att flytta administrationen av läkarhelikopterverksamheten från de nuvarande regionala stödföreningarna till en ny förvaltningsenhet på riksnivå som universitetssjukhusen kommer att inrätta tillsammans från början av år 2011. Målet är att förvaltningsenheten centraliserat ska konkurransutsätta de luftfartyg som används i läkarhelikopterverksamheten. På uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet har man för förvaltningsenheten utarbetat en kvalitetshand-

bok som bakgrundsmaterial för konkurrensutsättandet av flygverksamheten.

Enligt 3 punkten centralen för prehospital akutsjukvård inom ett specialupptagningsområde har till uppgift att tillsammans med samkommuner för sjukvårdsdistrikten samordna planerade patientförflyttningar mellan vårdinrättningarna inom sitt område så att den utrustning som finns till förfogande utnyttjas så effektivt som möjligt. För närvarande är problemet det att förflyttningarna mellan vårdinrättningarna inte planeras som en helhet, varför den befintliga utrustningen inte kan utnyttjas t.ex. på returfärden. Målet är att centralen för prehospital akutsjukvård och samkommunerna för sjukvårdsdistrikten områdetsinsemellan ska avtala om förmedlingen av dessa uppdrag, så att de ambulanser som finns till förfogande kan utnyttjas så bra som möjligt. Om alla uppdrag med patientförflyttning mellan vårdinrättningarna i området behandlas centraliserat, är specialupptagningsområdet tillräckligt stort för att ha verksamhet dygnet runt.

På förhand planerade patienttransporter mellan vårdinrättningar hör till hälso- och sjukvårdens uppgifter. De är inte en del av den prehospitala akutsjukvården, även om man på många orter också i fortsättningen använder delvis samma fordon. Nödcentralen bör dock känna till antalet ambulanser som rör sig inom en alarmeringskrets och var de befinner sig bl.a. med tanke på flerpatientssituationer. Den utrustning och personal som är avsedd för patientförflyttningar fungerar som reservkapacitet vid storolyckor.

Enligt 4 punkten centralerna för prehospital akutsjukvård ska ansvara för myndighetsradionätets regionala administratörsfunktioner inom social- och hälsovårdsväsendet och för en del av underhållet av myndigheternas fältledningssystem. Myndighetsradionätet VIRVE är ett skyddat kommunikationsnät som används av nödcentralen och de alarmerade myndigheterna. Varje myndighet ska administrera VIRVE-verksamheten inom sin sektor, bevilja aktörerna tillgång till nätet och övervaka verksamheten. I praktiken ansvarar VIRVEs administratör för denna verksamhet inom sektorn och stöds av regionala administratörer.

I bestämmelsen befästs social- och hälsovårdsväsendets regionala administratörsfunktioner för VIRVE som en fast del av hälso- och sjukvården genom att man placerar de regionala administratörerna i anslutning till centralerna för prehospital akutsjukvård. Tidigare verkade social- och hälsovårdens administratörer för VIRVE i anslutning till länsstyrelserna. Åren 2005-2009 har de varit anställda hos Suomen Erillisverkot Oy som lyder under inrikesministeriet, vilket administrerar nätverket VIRVE. Social- och hälsovårdsväsendets regionala administratörer har år 2010 flyttat över till de sjukvårdsdistrikt som upprätthåller ett universitetssjukhus och arbetar i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets anvisningar.

I samband med det projekt för utvecklande av nödcentralverksamheten och informationssystemet (TOTI), som nödcentralverket har tillsatt, definieras också det fältledningssystem som myndigheterna ska sammanvända. Centralen för prehospital akutsjukvård ansvarar för social- och hälsovårdens del för upprätthållandet av fältledningssystemet och samordningen av de funktioner som ska fogas till det.

Enligt 5 punkten centralerna för prehospital akutsjukvård ska samordna de alarmanvisningar av hälsovårdsväsendet som ges till Nödcentralverket. Man håller som bäst på att förnya nödcentralverksamheten och Nödcentralverkets förvaltning och struktur. Avsikten är att den gällande lagen om nödcentraler (157/2000) ska ersättas med lagen om nödcentralverksamhet (RP 262/2009 rd). Enligt regeringens proposition om nödcentralverksamhet ska Nödcentralverket ha hela landet, med undantag för Åland, som sitt verksamhetsområde. Landet ska delas in i sju nödcentralområden, varvid det regionala behovet av samordnade anvisningar blir ännu större än tidigare.

6 kap. Att få vård

47 §. Val av vårdplats. Enligt 1 mom. möjligheter att välja vårdplats kan också skapas inom den offentliga hälso- och sjukvården, även om man i Finland har erfarenheten att

sådana alternativ endast hör till den privata vården. Genom att öka valmöjligheten vill man garantera patienternas möjligheter att få de tjänster de behöver på den ort och vid den tidpunkt som passar patienten. Ökade valmöjligheter kan också fungera som drivkraft för reformen av servicesystemet. Aktivt utnyttjande av valfriheten kan i bästa fall leda till mera klientcentrerade serviceprocesser och en utveckling av tjänsternas kvalitet och säkerhet. Också systemets effektivitet och verkningsfullhet kan öka, om möjligheten till val förkortar patientköerna och medför att vårdprocessen inte splittras på onödigt många besök och vårdperioder. Valmöjligheten kan också öka klienternas förtroende för offentliga tjänster. Avsikten är att möjligheten att välja vårdplats ska ökas gradvis, så att den offentliga sektorn kan förbereda sig och förnya sin verksamhet utgående från de uppgifter som fås genom erfarenhet samt strömlinjeforma sina processer för patientens bästa. En gradvis ökning av valmöjligheten har visat sig vara en verksamhetsmodell som även använts internationellt.

För icke brådskande tjänster inom hälso- och sjukvård har patienten möjlighet att välja den hälsostation vid hälsovårdscentralen på sin hemort där han eller hon får den primärvård som behövs. I 15 § i folkhälsolagen (66/1972) finns en definition av begreppet hälsovårdscentral. I samma paragraf i folkhälsolagen konstateras det att centralens funktioner vid behov kan förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. Om en hälsovårdscentral har flera filialer har de i praktiken kallats hälsostationer. Hälsostation är ett begrepp som etablerats i praktiken och som avser olika mottagningsfilialer och verksamhetsställen som hör till en verksamhetsenhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den icke brådskande servicen inom hälso- och sjukvården består av bedömning av vårdbehovet och vård inklusive förebyggande åtgärder. Undersökningar ingår i bedömningen av vårdbehovet.

För att man inom primärvården ska kunna möta efterfrågan på tjänster och trygga patientens rättigheter, ska en person som vill använda sin valmöjlighet göra upp en skriftlig fritt formulerad ansökan om detta. Om per-

sonen vill använda sin valmöjlighet på det sättet att han eller hon byter hälsostation inom sin kommun, ska personen göra en anmälan om sitt val både till den dåvarande och den valda hälsostationen. Vårdansvaret överförs till den valda hälsostationen senast tre veckor efter att anmälan har anlänt. Valet kan endast gälla en hälsostation åt gången. Ett nytt val kan göras tidigast ett år efter det föregående valet.

En person som utnyttjar sin valmöjlighet kan välja hälsostation t.ex. av den orsaken att han eller hon skulle ha möjlighet att få hälso- och sjukvårdstjänster på sitt eget modersmål. Kommunen kan emellertid alltid ordna tjänsterna vid sina hälsostationer på ett ändamålsenligt sätt oberoende av valmöjligheten i enlighet med vad som föreskrivs någon annanstans i lag. Detta kan innebära att en patient som väljer en ny hälsostation kan få mun- och tandvård vid en annan hälsostation på det sätt som kommunen har beslutat att ordna tjänsterna i fråga inom sitt område. Hemkommunen har ansvaret för samordningen av de primärvårdstjänster som dess invånare får. Då valmöjligheten utnyttjas kan det medföra att patienterna fördelas ojämnt mellan kommunens olika hälsostationer. Av olika orsaker kan en viss hälsostation ha större dragningskraft än en annan. Patientens möjlighet att få vård i icke brådskande fall bör förverkligas på det sätt som anges i 50 §. Efter att patienten har gjort sitt val av vårdplats ska en läkare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården göra en bedömning av vårdbehovet och utgående från den göra upp en individuell vårdplan för patienten.

Enligt 2 mom. behov att söka sig till undersökning eller vård utanför hemkommunen kan också uppkomma t.ex. på grund av studier, en anhörigs eller annan närståendes boende, vård och omvårdnad eller av den ort där personen bor eller vistas på fritiden. Personen kan för vård enligt sin vårdplan utnyttja tjänster inom primärvården utanför sin egen kommun utan att den hälsovårdscentral som ansvarar för vården ändras. Personen ska göra en anmälan om sitt val på det sätt som anges i 1 mom. Momentet motsvarar delvis ändringen av 14 § 1 mom. 6 punkten i folkhälsolagen (626/2007), genom vilken de

studerandes valmöjlighet ökades på det sättet att en kommun eller samkommun som upp- rätthåller en hälsovårdscentral ska tillhand- hålla studerandehälsovård för studerande vid läroanstalter i kommunen som ordnar genom förordning bestämd utbildning, oberoende av de studerandes hemort. Studerandehälsovård gäller icke brådskande vård av studerande, men t.ex. en studerandes minderåriga barn får inte icke brådskande tjänster på föräldrarnas studieort. Företagshälsovårdens omfattning varierar också och omfattar inte alls alltid sjukvård. Om en person arbetar eller om per- sonens arbetsplats ligger i en annan kommun än hemkommunen, har personen rätt att få nödvändiga brådskande tjänster också vid den andra kommunens hälsovårdscentral under de förutsättningar som anges i momentet.

I de situationer som avses i momentet utgör den vårdplan som gjorts upp vid hälsovårds- centralen i patientens hemkommun grunden för undersökningar och vård av patienten. I enlighet med vårdplanen kan patienten t.ex. undersökas genom laboratorieprov. Om ing- en sådan här plan har utarbetats för patienten, kan planen undantagsvis utarbetas också vid en annan hälsovårdscentral så att vården kan genomföras på ett ändamålsenligt sätt. En sådan situation kan uppstå t.ex. när diabetes diagnostiseras hos en person och det för pla- nering och uppföljning av en god behandling av sjukdomen förutsätts att vårdplanen görs upp någon annanstans än vid hälsovårdscent- ralen i personens hemkommun. I vårdplanen specificeras undersökningar och vård enligt patientens behov.

Komplexa arbetslivs- och boendeförhållan- den kan innebära att en person vistas regel- bundet eller en längre tid på en annan ort än hemorten. Med regelbundet avses här att man känner till eller kan förutse tidpunkten för vistelsen och att vistelsen upprepar sig. Med vistelse en längre tid avses en oavbruten vistelse på åtminstone flera veckor. Den sist- nämnda situationen kan t.ex. vara ett fall där en person arbetar på olika håll i landet och arbetet utförs under perioder av olika längd vid de enskilda arbetsställena. I det fall som avses i 2 mom. ska personen göra anmäl- ningar enligt 1 mom. Med anhörig eller nå- gon annan närstående avses här samma per- soner som i lagen om patientens ställning och

rättigheter (785/1992), dvs. en person som är släkt med patienten i rätt upp- eller nedsti- gande led, syskon, make, maka eller sambo, en partner i ett registrerat partnerskap eller en nära vän.

Också 6 § om patientens självbestämman- derätt i lagen om patientens ställning och rät- tigheter stöder förslaget om ökad valmöjlig- het för patienten. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter ska vården och be- handlingen ges i samförstånd med patienten.

Enligt 3 mom. efter att en läkare eller en tandläkare har bedömt att en patient är i be- hov av ickebrådskande specialiserad sjuk- vård, har patienten tillsammans med läkaren möjlighet att välja en kommunal verksam- hetsenhet för hälso- och sjukvård där under- sökningen och/eller vården ska genomföras. Utnyttjande av valmöjligheten just inom spe- cialupptagningsområdet ligger i patientens eget intresse och är dessutom ändamålsenligt med tanke på de bestämmelser om ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som föreslås i 43 §. Rätten att välja kan inte gälla en sådan serviceproducent som avses i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Annanstans i lagstiftningen om hälso- och sjukvård finns bestämmelser som begränsar patientens möjlighet att välja vårdplats. Be- stämmelser om vård oberoende av patientens vilja finns t.ex. i mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) och lagen angående specialom- sorger om utvecklingsstörda (519/77). I lagen om smittsamma sjukdomar finns dessutom bestämmelser om åtgärder för att bekämpa smittsamma sjukdomar. Då en patient vårdas oberoende av hans eller hennes vilja, förbi- gås patientens egen vilja antingen helt eller delvis. I sådana fall beslutar en läkare såväl om undersökning och vård av patienten som om vårdplatsen, för att patienten ska få den vård han eller hon behöver på den vårdplats som enligt medicinsk bedömning är lämplig- gast.

Om primärvården också omfattar specia- listverksamhet, tillämpas på remissen det som i momentet bestäms om givande av re- miss. Läkaren bedömer var vården kan ges och presenterar alternativa vårdplatser för pa- tienten. När vårdplatsen väljs ska man dock

försäkra sig om att den mottagande verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård kan genomföra vården inom den lagstadgade maximitiden. Vid hänvisning till specialiserad sjukvård iaktas gemensamma kriterier för icke brådskande vård och kategorisering av brådskande i de fall där sådana finns, oberoende av vilken kommuns invånare det är fråga om. Patienten blir utskriven från det vårdande sjukhuset antingen hem, till hemkommunens hälsovårdscentral eller ett sjukhus inom patientens eget sjukvårdsdistrikt. Verksamhetsenheterna för specialiserad sjukvård följer samma praxis för alla patienter oberoende av deras hemkommun. Patienter som kommer från ett annat sjukvårdsdistrikts område ska behandlas jämlikt med patienter från det egna sjukdistriktets område. Den mottagande verksamhetsenheten kan vägra att ta emot en patient i sådana fall där enheten inte kan tillhandahålla den tjänst patientens hälsotillstånd kräver i tid enligt medicinska grunder eller om enheten inte över huvud taget producerar den tjänst som behövs. Om patienten trots att verksamhetsenheten i fråga inte kan följa tiderna för vårdgarantin ändå vill utnyttja sin möjlighet att välja enhet, börjar den nya tid som avses i 51 § i denna lag löpa.

Enligt 3 § 3 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) ska patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han eller hon företräder i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet. Enligt 4 mom. i samma paragraf finns bestämmelser om patientens rätt att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003). Bestämmelser om kommunernas och samkommunernas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster på finska och svenska finns i 6 § i denna lag. I fråga om tjänster inom den specialiserade sjukvården kan det uppstå situationer där det av språkliga skäl kan vara ändamålsenligast att genomföra en patients vård någon annanstans än i det område som avses i 4 mom. Exempelvis Vasa sjukvårdsdistrikt har traditionellt haft nära kontakt med HUCS sjukvårdsområde. Vasa sjukvårdsdistrikt är ett

tvåspråkigt sjukvårdsdistrikt där majoritetsspråket är svenska. Vid sjukhuset verkar en nämnd för minoritetsspråket, som alltså är finskspråkig. Av språkliga skäl har Vasa sjukvårdsdistrikt traditionellt anlitat Helsingfors universitetssjukhus tjänster. En svenskspråkig patient som behövt undersökningar vid ett universitetssjukhus har i praktiken haft möjlighet att välja Tammerfors eller Helsingfors som vårdplats. Helsingfors universitet har ansvarat för den svenskspråkiga läkarutbildningen. Följaktligen har Vasa sjukvårdsdistrikt varit representerat i en regional delegation vid Helsingfors universitets medicinska fakultet. Samarbete har också genomförts genom att Vasa sjukvårdsdistrikt har gett Helsingfors universitet en tjänst som svenskspråkig professor i psykiatri och två tjänster som kliniska lärare. Österbotten har traditionellt kulturella kontakter delvis av språkliga skäl till Egentliga Finland och till den svenskspråkiga sydkusten och sålunda med Helsingforsregionen.

Paragrafens 4 mom. gäller situationer när en person kan få behov att använda tjänster vid en kommunal verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i en annan kommuns sjukvårdsdistrikt för sådan specialiserad sjukvård som ingår i personens vårdplan. Ett sådant behov kan t.ex. uppstå i en situation där personen får dialysbehandling. I de situationer som nämns i momentet övergår inte helhetsansvaret för vården på den kommunala verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som tillhandahåller en enskild tjänst, utan ansvaret ligger fortfarande på patientens egen verksamhetsenhet som ansvarar för den specialiserade sjukvården. Vårdplatsen ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Detta är nödvändigt för att man vid verksamhetsenheten ska kunna genomföra en god och ändamålsenlig vård av patienten.

Paragrafens 5 mom. motsvarar 30 § 3 mom. i den gällande lagen om specialiserad sjukvård och enligt paragrafen ska studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett sjukvårdsdistrikt under den tid då de på grund av sina studier vistas inom ett främmande sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet som hör till kommunalförbun-

det för detta sjukvårdsdistrikt. Detsamma gäller dem som på grund av sitt arbete vistas på främmande ort eller då någon annan omständighet oundgängligen kräver att sjukvård ges i ett främmande sjukvårdsdistrikt. För att de ovan nämnda personernas möjlighet till ändamålsenligt specialiserad sjukvård inte ska inskränkas, kommer det även i fortsättningen att vara möjligt att tillämpa denna praxis. Ändringarna i det föreslagna momentet jämfört med 30 § 3 mom. i den gällande lagen är en ändring av formen pluralis till singularis samt sjukvårdsdistriktets ersättning inom ett specialupptagningsområde.

47 §. Utvidgat val av vårdplats för icke-brådskande vård. Enligt 1 mom. målet är att möjligheten till val av vårdplats ska utökas ytterligare från ingången av år 2014 så att den gäller hela landet. För att förbereda detta ska man samla in och utvärdera de erfarenheter som fås av utvidgningen i det första skedet. I följande skede utvidgas möjligheten att välja vårdplats på så sätt att patienten för icke-brådskande tjänster inom hälso- och sjukvården har rätt att välja hälsovårdscentral och hälsostation samt den kommunala verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård där patienten får den tjänst som han eller hon behöver. Det gradvisa genomförandet av valmöjligheten är ett tillvägagångssätt som också tillämpats internationellt. Förutom det som nämnts ovan finns det också flera andra omständigheter som talar för ett gradvist genomförande. De nya valmöjligheterna och den nytta de medför för patienterna måste kunna uppföljas och bedömas. I fråga om specialiserad sjukvård kan uppföljningen av hur valmöjligheten utnyttjas ske med hjälp av uppgifter ur vårdanmälningsystemet. I fråga om primärvården håller man vid Institutet för hälsa och välfärd på att skapa ett motsvarande system. Innan systemet blir färdigt är emellertid kommunens egen insamling av information i nyckelposition. Informationsutbyte, användning av journalhandlingar, fakturering av tjänsteanvändningen samt uppföljning och bedömning av användningen i samband med utnyttjande av valmöjligheten underlättas betydligt då de funktioner och system som hänför sig till lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) är i bruk. I den

ovan nämnda klientuppgiftslagen håller man på att utarbeta en ändring av övergångsbestämmelsen. Skyldighet att börja använda de riksomfattande informationssystemstjänsterna överförs till år 2014 i fråga om den offentliga sektorn. Avsikten är att regeringspropositionen med lagförslaget ska ges under vårsessionen 2010. Ändringen avses träda i kraft vid ingången av år 2011. Då valmöjligheten utökas år 2014 är produktifierandet av tjänsterna inom både primärvården och den specialiserade sjukvården och prissättningen i samband med det färdigt.

En omständighet som talar för ett gradvist utvidgande hänför sig till ersättning av resekostnader. Sjukförsäkringslagen (1224/2004) innehåller bestämmelser om ersättning för nödvändiga resekostnader orsakade av sjukvården. Med stöd av lagen har den försäkrade rätt till ersättning för nödvändiga kostnader för en resa som företagits på grund av sjukdom, graviditet eller förlossning. Målet med ersättning för resekostnader är att de försäkrade ska ha samma rätt att få vård eller genomgå en undersökning oberoende av var de bor. Med stöd av den gällande sjukförsäkringslagen ersätts resorna till närmaste undersöknings- och vårdplats där den försäkrade kan få nödvändig undersökning och vård utan att hans eller hennes hälsotillstånd äventyras. Med närmaste vårdplats avses i regel den egna kommunens hälsovårdscentral eller sjukvårdsdistriktets sjukhus. Enligt ersättningspraxis har resor för hälso- och sjukvård som ordnas inom den offentliga hälso- och sjukvården dock ersatts till den plats där vården getts. Hittills har inte kostnader för resor utomlands eller till utlandet ersatts med stöd av sjukförsäkringslagen, med undantag för resor i gränstrakten. Den försäkrades rätt att med tillstånd i förväg söka vård i en annan EU-stat har fastställts i den reviderade EU-förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen och förordningen EG nr 987/2009 om tillämpningsbestämmelserna till den. Den som beviljar tillståndet ska ersätta rese- och vistelsekostnaderna i situationer med tillstånd i förväg där en person ansöker om vård, om motsvarande bestämmelser finns i den lagstiftning som den behöriga institutionen tillämpar. I de situationer med tillstånd i förväg

som avses i förordningen ersätter folkpensionsanstalten från och med den 1 maj 2010 även resor som gjorts i eller till utlandet. Bedömningen av ändringsbehoven i fråga om systemet för reseersättningar pågår ännu. Vid bedömningen bör man beakta EG-domstolens rättspraxis och de krav som ställs i det patientdirektiv som är under beredning. Med stöd av EG-domstolens rättspraxis och det kommande patientdirektivet är det sannolikt att man inte i framtiden längre kan göra skillnad på resor innanför och över gränserna när det gäller ersättning av kostnaderna. En resa som gjorts på grund av behandling av sjukdom ska sålunda ersättas på likadana grunder oberoende av om vården har getts i hemlandet eller utomlands. Ändringarna i systemet med reseersättning borde inte öka i någon väsentlig grad på grund av patientens ökade valfrihet.

Det som ovan anförts talar i hög grad för att 47 § om en persons möjlighet att välja hälsovårdscentral och hälsostation samt verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården bör träda i kraft år 2014.

Om en person vill utnyttja sin valmöjlighet genom att byta ut den hälsovårdscentral som ansvarar för personens primärvård och eventuellt också byta hälsostation vid hälsovårdscentralen för att få vissa tjänster, ska personen göra en anmälan om sitt val både till hälsovårdscentralen i sin kommun och till den valda hälsovårdscentralen. Ansaret för vården överförs till den valda kommunens hälsovårdscentral senast tre veckor efter att anmälan har kommit in. Anmälan är viktig för att den mottagande hälsovårdscentralen ska kunna vidta eventuella nödvändiga åtgärder för att garantera god vård för patienten. Anmälan behövs också för att de uppgifter om patienten som finns i journalhandlingarna ska kunna överföras med patientens samtycke. I en situation där en patient utnyttjar sin möjlighet att välja och t.ex. söker sig till mun- och tandvård vid en annan kommuns hälsovårdscentral, innebär det också en övergång till den valda hälsovårdscentralen i fråga om övrig basservice. Kommunens primärvård ska i enlighet med 8 § 2 mom. i lagen ansvara för samordningen av helheten av en patients vård. Anmälningsskyldigheten gäller inte sådan ändring av hemkommun som av-

ses i lagen om hemkommun (201/1994). Möjligheten att välja gäller inte långvarig institutionsvård enligt 24 § i lagen. Kommunen ska ordna hemvård för invånarna i sitt område. Hemvården innefattar hemsjukvård och hemservice. Bestämmelser om hemservice finns i socialvårdslagen (710/1982) och socialvårdsförordningen (607/1983). Hemsjukvården är en hälso- och sjukvårdstjänst som genomförs multiprofessionellt i enlighet med en vård- och serviceplan eller tillfälligt på klientens boningsort, hemma hos klienten eller på en plats som kan jämföras med hemmet. Vården övervakas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Hemsjukhusvård är effektiviserad hemsjukvård för en viss tid och kan inte väljas. Kommunen har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § i denna lag utanför sitt eget område.

Valmöjligheten enligt förslaget gäller inte långvarig institutionsvård. I lagen om hemkommun (201/1994) och socialvårdslagen (710/1982) bereds för närvarande en ändring, genom vilken personer i långvarig institutionsvård ska få möjlighet att under vissa förutsättningar övergå till tjänster som ordnas av en annan kommun. Avsikten är att regeringens proposition med dessa lagändringar ska ges under vårsessionen 2010. Ändringarna avses träda i kraft vid ingången av år 2011.

Enligt 31 a § i lagen om grundläggande utbildning (628/1998) har en elev har rätt att avgiftsfritt få den elevvård som behövs för att han eller hon ska kunna delta i undervisningen. Elevvården avser att främja och upprätthålla elevens studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödande verksamheter. Elevvården omfattar elevvård i enlighet med en läroplan som godkänts av utbildningsanordnaren samt sådana elevvårdstjänster som i 16 § i denna lag avses med skolhälsovård och i barnskyddslagen (417/2007) avses med stöd för skolgången. Det ligger i barnens och de ungas intresse att den fysiska platsen för skolgången och elevvården bildar en helhet så att inte skolhälsovården genom möjligheten att välja åtskiljs från elevvårdshelheten.

Studerandehälsovården är enligt 17 § i detta lagförslag en helhet som är en del av den

elevvård som avses i 37 a § i lagen om yrkesutbildning (630/1998) och 29 a § i gymnasielagen (629/1998). På samma sätt som skolhälsovården är studerandehälsovården en helhet som det för studerandenas skull är ändamålsenligt att behålla som en helhet.

På motsvarande sätt gäller valet inte vård mot patientens vilja som ges med stöd av någon annan lag enligt de grunder som anges ovan.

Enligt 2 mom. möjligheten att välja när det gäller ickebrådskande specialiserad sjukvård, för vilken det redogjorts ovan i 46 § 4 mom., utökas 2014 att gälla hela landet. En läkare eller en tandläkare ska bedöma huruvida en patient är i behov av ickebrådskande specialiserad sjukvård, och om det finns behov har patienten tillsammans med läkaren möjlighet att välja den kommunala verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård där undersökningen och/eller vården ska genomföras. Rätten att välja kan inte gälla en sådan serviceproducent som avses i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

48 §. Andra valmöjligheter. Enligt 1 mom. en patient ska kunna byta läkare, sjukskötare eller andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården om vårdförhållandet inte fungerar med den person som patienten fått eller själv valt. Inom den specialiserade sjukvården har man redan genom den gällande lagen förverkligat en valmöjlighet för patienten (33 § 2 mom.). Patienten har möjlighet att välja vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som ska vårda honom eller henne, om det är möjligt inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamhetsenhetens verksamhet tillåter. Fortsatt vård av en patient ska förverkligas genom att patienten hänvisas till vård av den läkare eller tandläkare som tidigare har vårdat honom eller henne alltid då det är möjligt vid ett ändamålsenligt ordnande av vården. När en patient har sänts till specialiserad sjukvård har remissen gjorts av en viss läkare och patienten borde hänvisas till fortsatt vård hos denna läkare. I fall att patienten på grund av brådskande vårdbehov skulle ha besökt jousen inom primärvården på grund av en sjukdom som följs upp av en sjukskötare, har det skett en sådan förändring i sjukdomstillståndet att sjukskötaren inte självständigt kan ta ansvar

för den fortsatta vården. Om en patient som följs upp av en sjukskötare inom primärvården tar sig till sjukhus via en jourmottagning på grund av en annan åkomma, kan han eller hon inte hänvisas för fortsatt vård direkt till sjukskötaren på grund av sin nya sjukdom. I en situation där en patient inom den specialiserade sjukvården hänvisas direkt hem med stöd av hemsjukvården och vården inom den specialiserade sjukvården fortsätter, är det inte fråga om fortsatt vård. Om patienten har besökt en vårdarmottagning, kan han eller hon komma tillbaka till samma mottagning för ett uppföljningsbesök. I situationer där en hälsovårdare har sänt en gravid kvinna till en moderskapspoliklinik, återvänder den gravida kvinnan för uppföljning vid mödrarådgivningen. För att en god patientvård ska kunna genomföras, kan det i enlighet med organisationens egna vårdanvisningar krävas att också en sjukskötare eller hälsovårdare med patientens samtycke får tillgång till epikrisen. Propositionen överensstämmer med lagstiftningen om en reform av arbetsfördelningen och uppgiftsbeskrivningarna för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och med etablerad praxis inom hälso- och sjukvården. De vårdarmottagningar som baserar sig på reformen av arbetsfördelningen är en del av hälsovårdscentralens och sjukhusets polikliniks mångprofessionella teamarbete. Vid behov och om patienten så önskar har patienten alltid möjlighet att komma till läkarmottagning. Inom primärvården har man tagit i bruk vårdarmottagning vid hälsovårdscentralens tidsbeställnings- och jourmottagningar samt utvidgade uppgiftsbeskrivningar för sjukskötare inom hemvården och vid rådgivningsbyråer för mödravård och familjeplanering. Inom den specialiserade sjukvården har man inlett vårdarmottagning för uppföljningen och vården av cirka 20 patientgrupper på polikliniker för olika medicinska specialområden.

50 §. Brådskande vård. Enligt 1 mom. brådskande sjukvård ska ges till varje patient som behöver den, oberoende av var patienten är bosatt eller vilket lands medborgare han eller hon är. Kommunen eller sjukvårdsdistriktet ska ordna brådskande sjukvård, inklusive mun- och tandvård, psykiatrisk vård, missbrukarvård och psykosocialt stöd. En pa-

tient som intagits för brådskande vård kan överföras till en plats för fortsatt vård enligt hemkommun om patientsäkerheten är tryggad och man har försäkrat sig om att den mottagande enheten har möjlighet att ordna den vård som behövs.

Enligt 2 mom. jouren ska ordnas så att det är möjligt att ge brådskande vård. Om jourpunkterna och arbetsfördelningen vid dem ska man avtala i planen av ordnande av hälso- och sjukvård enligt 34 § i denna lag eller i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård enligt 43 §.

Enligt 3 mom. social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov utfärda en förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren i fråga om olika specialområdesvillkor när det gäller att ordna jour.

51 §. *Att få vård inom primärvården.* Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 15 b § i folkhälsolagen. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 mars 2005. För motiveringen till bestämmelsen hänvisas det till regeringspropositionen RP 77/2004 rd som gäller bestämmelser om s.k. vårdgaranti. Primärvårdsverksamheten betonar vården av kroniska sjukdomar och förebyggande primärvård. De bestämmelser genom vilka möjligheten att få vård garanteras lämpar sig också för medicinskt grundad uppföljning och vård av patienter som är långvarigt sjuka samt vårdförhållanden som garanterar fortsatt vård. Det främsta målet med tryggandet av hälso- och sjukvårdens framtid är att patienten ska få vård så snabbt som möjligt och så god vård som möjligt oberoende av förmögenhet eller boningsort. Möjlighet till vård inom maximitider gäller fortfarande i fråga om brådskande vård. Särskilda bestämmelser om brådskande vård finns i 50 §.

52 §. *Att få vård inom den specialiserade sjukvården.* Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 31 § i lagen om specialiserad sjukvård. Vid bedömningen av vårdbehovet ska man utreda det individuella behov av vård som patientens hälsotillstånd kräver. Bedömningen av det individuella behovet av vård ska inledas inom tre veckor efter att remissen har inkommit. Endast ett meddelande om att remissen har mottagits är inte en tillräcklig åtgärd för inledande av bedömningen av vårdbehovet. På basis av remissen ska man

göra upp en individuell plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering av patienten. För att man ska kunna utreda patientens hälsotillstånd och behov av vård ska planen innehålla uppgifter om vilka undersökningar patienten genomgår och när han eller hon kommer för undersökning, poliklinikbesök eller vård. Hänvisning till undersöknings- eller poliklinikköer uppfyller inte kriterierna för bedömning av patientens individuella vårdbehov. Långa väntetider för undersökningar och poliklinikbesök betyder att man inte kan utreda de köande patienternas vårdbehov inom en rimlig tid så att det är till nytta för patienten, varför inriktningen av vården enligt behovet försenas. Verksamheten bör vara i rätt proportion till det mål som eftersträvas.

Det föreslås att bestämmelsen preciseras så att om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist eller särskilda diagnostiska avbildnings- eller laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom sjukvårdsdistriktet. Det har ställvis i någon mån förekommit problem med att få komma till sjukhusens polikliniker, där de längsta kötiderna för det första besöket kan uppgå till flera månader. Enligt Stakes undersökning i slutet av 2007 hade tre procent av de patienter som sänts för specialiserad sjukvård med en icke-brådskande remiss fått vänta över tre månader på det första läkarbesöket. Om de undersökningar som behövs har utförts redan som närservice och man på basis av remissen kan göra en bedömning av vårdbehovet, ska vård ordnas inom sex månader från att remissen har inkommit och det har varit möjligt att göra en bedömning av vårdbehovet utgående från den.

53 §. *Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga.* Bestämmelsen om tillgång till mentalvårdstjänsterna för barn och unga i paragrafens 1 mom. ska till innehållet motsvara bestämmelsen i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Innehållet i bestämmelserna har flyttats till denna lag och en egen bestämmelse har utformats av dem. På samma sätt som konstate-

ras i motiveringen till lagens 52 § ska man vid bedömningen av vårdbehovet utreda det individuella behov av vård som patientens hälsotillstånd kräver. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor efter att remissen har inkommit. Endast en meddelande om att remissen har mottagits är inte en tillräcklig åtgärd för inledande av bedömningen av vårdbehovet. Man ska för patienten göra upp en individuell plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering. Också inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga har det funnits långa väntetider för poliklinikbesök och undersökning och man har inte kunnat utreda köande patienters vårdbehov inom en rimlig tid. Därför förutsätter bättre tillgång till mentalvårdstjänsterna för barn och unga att bestämmelsen preciseras så att om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist eller särskilda diagnostiska utbildnings- eller laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till verksamhetsenheten.

I paragrafens 2 mom. föreskrivs att den vård som konstaterats vara nödvändig på basis av bedömningen av vårdbehovet ska med beaktande av den brådskande vården förutsätter ordnas inom tre månader efter det att vårdbehovet har konstaterats. Överläkare som svarar för ungdomspsykiatri i inom sjukvårdsdistriktet har enhälligt rekommenderat att en person under 23 år som är i behov av vård ska inom tre månader från vårdbeslutet få tillgång till psykiatrisk specialiserad sjukvård oberoende av boningsorten (social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 308/2008). Också tillsynsmyndigheterna har observerat att åldersgränserna för mentalhälsovårdstjänster för unga varierar mellan 12 och 23 års ålder enligt region och enhet. Med tanke på tillsynen har det varit diskutabelt att definieringen av patienter inom ungdomspsykiatri på grund av ålder har berott på egna beslut av regionala serviceproducenter. Enligt förslaget gäller åldersgränsen all specialiserad sjukvård, det vill säga både vård på avdelning och öppenvård. Bristen på en nationellt enhetlig åldersgräns har ställt unga personer i olika delar av Finland som är i behov av psykiatrisk vård i ojämlik ställning.

Detta beror på att åldersgränsen för psykiatrisk specialiserad sjukvård för unga varierar enligt sjukvårdsdistrikt. I värsta fall betyder detta att det har varit lätt att konstatera att speciellt 18—22-åriga unga som håller på att bli vuxna omfattas av sådana psykiatriska tjänster för vilka tillgång till vård ska ordnas inom sex månader från vårdbeslutet. Att det i lagen fastställs en enhetlig åldersgräns möjliggör en lämplig och från patienters och serviceproducenters synvinkel jämlik praxis. Trots att unga blir myndiga vid 18 års ålder är deras psykiska utveckling fortfarande i en känslig fas. Till exempel det att man blir myndig, frigör sig från barndomshemmet, studerar, söker arbete eller går igenom andra ändringar kan göra det svårare att behålla kontrollen över livet och det kan även orsaka psykiska problem i den unga personens liv. Att få vård och service så tidigt som möjligt kan hjälpa unga personer och förebygga tillkomsten av allvarligare mentalsjukdomar.

54 §. Skyldighet för en kommun eller samkommun för ett sjukvårdsdistrikt att anskaffa tjänster från någon annan. Om kommunen eller sjukvårdsdistriktet inte själva kan ge vård inom de maximala väntetider som anges i 51-53 §, ska de anskaffa vården någon annanstans. Anskaffningen ska ske inom de lagstadgade maximitiderna och utan att klientavgiften ändras för patienten.

55 §. Offentliggörande av väntetider och bemyndigande att utfärda förordning. Hälso- och sjukvårdssystemet ska vara transparent så att en kommuninvånare får tillförlitlig information om hur hans eller hennes egen kommuns service fungerar. Sådan information ökar också serviceanordnarnas och serviceproducenternas möjlighet att i tid upptäcka eventuella problem och utveckla tjänsterna. Den allmänaste informationskanalen är internet. I april 2008 meddelade redan 73 procent att de publicerade väntetiderna på det sätt som lagen förutsätter. Resultatet ingår i Stakes utredning om hur möjligheten till vård förverkligas inom primärvården.

Enligt den föreslagna paragrafen ska uppgifterna offentliggöras på internet, men dessutom kan de också offentliggöras på annat sätt, t.ex. i dagstidningar och på anslagstavlor. Användningen av internet ökar fortfarande.

de, varför det börjar finnas bättre förutsättningar för elektronisk information om väntetiderna i hela landet. Uppgifter om väntetider ska offentliggöras separat för varje verksamhetsenhet.

56 §. *Förhandstillstånd att söka vård i EU och EES-området eller i Schweiz.* I paragrafen föreslås det bestämmelser om situationer då en patient begär förhandstillstånd för att få söka vård i en EU- eller EES-stat eller i Schweiz. Bestämmelsen motsvarar den gällande 31 a § i lagen om specialiserad sjukvård. Enligt 1 mom. ska sjukvårdsdistriktet på patientens begäran ge denne tillstånd att söka vård i en medlemsstat inom EU eller EES eller i Schweiz, om vården inte kan ordnas i Finland inom föreskrivna längsta väntetider. Tillstånd ska beviljas om det är fråga om sådan medicinskt eller odontologiskt påkallad vård som betraktas som en godkänd vårdform i Finland. Tillstånd behöver inte beviljas om vården kan ges i Finland inom föreskrivna längsta väntetider.

Europeiska unionens domstol har i sin rättspraxis fastställt att principen om fri rörlighet för varor och tjänster även gäller hälso- och sjukvårdstjänster som ersätts genom systemen för social trygghet. Domstolen har i sina avgöranden behandlat förhållandet mellan sjukhusvård och tjänster och konstaterat med hänvisning till vedertagen rättspraxis att sjukvårdstjänsterna omfattas av det fria tillhandahållandet av tjänster, och att det inte finns några skäl till att skilja mellan vård som ges vid sjukhus och vård som ges någon annanstans. Domstolen har också behandlat kravet på förhandstillstånd som villkor för vård och konstaterat att kravet inte nödvändigtvis strider mot EU-rätten. Förutsättningen för ett krav på tillstånd är dock att det finns grundade och tvingande skäl till det. Det som har antecknats som sådana skäl är att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet allvarligt rubbas, att tillräckligt mångsidiga sjukvårds- och sjukhustjänster som är tillgängliga för alla kan tryggas och att en viss vårdkapacitet eller medicinsk kompetens kan upprätthållas med tanke på folkhälsan eller den lokala befolkningens överlevnad. Skälen ska uppfylla proportionalitetskravet, dvs. bestämmelserna får inte överskrida gränsen för vad som objektivt sett

är nödvändigt för att målet ska nås. Ett tilläggsvillkor är att målet inte skulle ha kunnat nås med mindre begränsande bestämmelser.

Om beviljandet av tillstånd kräver att vården ska betraktas som sedvanlig i medicinskt avseende, kan tillstånd vägras med denna motivering endast med stöd av evidens som förts fram i internationell läkarvetenskap. Den uppfattning om huruvida en vårdform är sedvanlig eller inte som yrkeskåren i en stat har är således inte avgörande i praktiken, utan avgörandet ska grunda sig på internationell läkarvetenskap. Vidare har domstolen konstaterat att om det inte finns ett medicinskt behov för vården, kan tillstånd vägras med denna motivering endast om patienten i tid kan få identisk eller lika effektiv vård vid en sådan inrättning som har ingått avtal med den sjukförsäkringskassa som den försäkrade tillhör.

I 2 mom. finns det bestämmelser om sökande av ändring i beslut om förhandstillstånd. EU-domstolen kräver också att det ska vara möjligt att överklaga ett beslut om förhandstillstånd. Ändring kan sökas hos förvaltningsdomstolen i enlighet med bestämmelserna i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

Förutom på grundfördragen och unionens rättspraxis kan rätten att söka vård i en annan medlemsstat även grunda sig på EU:s lagstiftning om samordning av den sociala tryggheten, där det föreskrivs om rätten till social trygghet för rörliga arbetstagare och deras familjemedlemmar samt för pensionsstagare. Europaparlamentets och rådets nya förordning (EG) nr 987/2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen tillämpas från och med den 1 maj 2010. Den nya grundförordningen ersätter förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Tillämpningsområdet för förordningen utvidgas till att gälla alla medborgare i EU- och EES-staterna samt i Schweiz, inklusive personer som är utanför arbetslivet. Förordningens bestämmelser om sjukvård tillämpas i

EU-staterna och efter att de har trätt i kraft även i EES-staterna och i Schweiz.

Med stöd av förordningen avgör den behöriga stat som står för en persons hälso- och sjukvårdskostnader om han eller hon ska beviljas rätt att söka vård i en annan stat. Patienten kan söka tillstånd även i efterskott. Tillstånd bör i regel beviljas. Tillstånd kan enligt förordningen vägras endast om samma vård kan tillhandahållas i den behöriga medlemsstaten inom en tid som är medicinskt försvarbar eller om vården i fråga inte hör till de förmåner som tillhandahålls enligt lagstiftningen i den medlemsstat där den berörda personen är bosatt.

Enligt lagen om tillämpning av Europaparlamentets och rådets förordningar om samordning (352/2010), som trädde i kraft den 19 maj 2010, är det i fortsättningen Folkpensionsanstalten som ger tillstånd till vård utanför den medlemsstat där en person är bosatt när det gäller sådana situationer där vård söks som avses i förordning 883/2004. Tillstånd beviljas på basis av ett bindande yttrande av en myndighet inom den offentliga hälso- och sjukvården.

57 §. Ansvar för hälsovården och sjukvården vid verksamhetsenheterna. Enligt 1 mom. ska det finnas en ansvarig läkare vid varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i den gällande folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Den ansvariga läkaren vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska leda och övervaka verksamheten.

Vid fastställandet av ansvarig läkare är det fråga om att man inom organisationen ska sörja för samordningen av de medicinska grunderna och befolkningens olika slags sjukvårdsbehov i tjänsteproduktionen. Det handlar om att allokera resurser och ta ansvar för helheten. Den ansvariga läkaren ska t.ex. ta ansvar för att ordnandet av vård vid ögonsjukdomar och förlossningar eller kardiologi och gastrokirurgi endast baserar sig på befolkningens behov och inte på organisationsdelarnas eller individernas egna intressen. Dessutom ansvarar den ansvariga läkaren också för att grunderna för vården av varje patient som vårdas inom organisationen är ändamålsenliga och för valet av rätt nivå på

vården. En chef med utbildning inom något annat område kan inte ansvara för dessa frågor, medan en sådan chef mycket väl kan leda organisationen administrativt, vilket ofta också är fallet. Varje yrkesutbildad person ansvarar med stöd av sin yrkeskompetens för individens vård, och även då ansvarar en läkare alltid för helheten av en individs sjukvård. I sista hand ansvarar den ansvariga läkaren för de vårdbeslut som fattas i enlighet med riktlinjerna.

Enligt 2 mom. är det också den ansvariga läkaren som ska fatta beslut om inledande och avslutande av en patients sjukvård och om förflyttning av en patient till en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Den ansvariga läkaren kan också ge anvisningar, enligt vilka en annan läkare eller en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården enligt den interna arbetsfördelningen vid verksamhetsenheten kan besluta om inledande och avslutande av en patients vård eller om förflyttning av en patient.

Paragrafens 3 mom. gäller verksamhetsenheternas ansvar när tjänster läggs ut på entreprenad. Kommunen kan med stöd av 4 § 1 mom. 4 punkten i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården anskaffa service från bl.a. en privat serviceproducent. Syftet med förslaget är att trygga tillgången till service med tjänsteläkare, i synnerhet när kommunen anskaffar alla eller nästan alla hälso- och sjukvårdstjänster från en privat serviceproducent. Enligt förslaget bör kommunen i sådana fall se till att den även i fortsättningen har den personal som behövs för att utföra sådana uppgifter som innebär utövande av offentlig makt inom hälso- och sjukvården. Exempel på sådana uppgifter är den lagstadgade skyldighet för hälsovårdscentralläkare att ingripa och skriva en observationsremiss om det finns skäl att misstänka att det finns förutsättningar för att bestämma att någon som bor eller vistas inom hälsovårdscentralens verksamhetsområde ska tas in för vård oberoende av sin vilja, vilket det föreskrivs om i 29 § i mentalvårdslagen, liksom den handräckning som det föreskrivs om i 31 §. Med stöd av 17 och 18 § i lagen om smittsamma sjukdomar kan den läkare vid hälsovårdscentralen som an-

svarar för smittsamma sjukdomar i brådsakande fall fatta beslut om isolering, med stöd av 15 a § förordna i karantän, med stöd av 16 § förordna om undersökning, med stöd av 20 § 4 mom. förordna att en person ska utebli från sitt förvärvsarbete och med stöd av 16 § 3 mom. att en person ska utebli från sin dagvårdsplats eller läroanstalt. I 39 § i lagen om smittsamma sjukdomar finns det en bestämmelse om handräckning. Även de undersökningar som avses i 31 § i lagförslaget är exempel på utövande av offentlig makt. Dessutom bör det observeras att förvaltningsbeslut såsom betalningsförbindelser eller avgöranden om utlämnande av uppgifter enligt offentlighetslagen inbegriper utövande av offentlig makt. Även vissa rättsmedicinska intyg kan inbegripa utövande av offentlig makt.

I 5 § i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) förutsätts det att serviceproducenten har en föreståndare som ansvarar för hälso- och sjukvårdstjänsterna.

58 §. Patientens hemkommuns ansvar för vårdkostnaderna. 1 mom. I en sådan situation som avses i momentet ska den kommun som har ansvaret för ordnandet av vård ersätta de kostnader som vården orsakat, om det inte föreskrivs om ersättning för vårdkostnaderna någon annanstans i lag. Sådana situationer är t.ex. de som avses i 13 a § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, där den kommun eller samkommun som svarar för ordnandet av vårdtjänsten har rätt att av Statskontoret eller den försäkringsanstalt som enligt de i paragrafen nämnda lagarna är skyldig att betala ersättning få en avgift enligt de villkor som föreskrivs i lagarna vilken högst motsvarar beloppet av kostnaderna för vårdtjänsten minskat med beloppet av den klientavgift som tagits ut hos klienten. Enligt 2 mom. ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården i övrigt följer upp sin verksamhet eller när samkommunen fakturerar sina medlemskommuner. Från ersättningen avdras de klientavgifter som patienten har betalat för vården samt övriga verksamhetsintäkter som serviceproducenten har fått i samband med vården. Klientavgiften baserar sig på beslut av den

kommun som tillhandahåller tjänsterna. Bestämmelser om avgifter för social- och hälsovårdstjänster finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. De avgifter som anges i lagstiftningen är maximiavgifter som man inte får överskrida genom beslut i kommunen eller samkommunen. Kommuner och samkommuner kan endast besluta om att vissa avgifter kan tas ut hos klienter och patienter högst till maximibeloppet eller till ett sänkt belopp eller att de i vissa fall inte alls ska tas ut. Den serviceproducent som gett vården sänder faktura för vården till klientens hemkommun. Om fakturan överstiger den utjämningsgräns som används inom klientens hemkommuns sjukvårdsdistrikt, kan hemkommunen sända det överstigande beloppet för utjämningsförfarande i sitt sjukvårdsdistrikt. Olika faktureringsförfaranden kan vara i bruk i olika delar av landet. Detta kan orsaka oklarhet i på vilka grunder producenten fakturerar klientens hemkommun. Det finns inga ersättningsgrunder och faktureringsförfaranden som kommits överens på riksnivå. Därför ska bestämmelser om grunderna för ersättning av tjänsterna och om faktureringsförfarandena vid behov utfärdas genom förordning.

I 76 § i denna lag föreskrivs det om utjämningsystemet. I det gällande utjämningsystemet utjämnas exceptionellt stora kostnader för en patient. Enligt 56 a § i lagen om specialiserad sjukvård ska det för varje sjukvårdsdistrikt överenskommas om utjämnning av exceptionellt stora kostnader som förorsakats av en medlemskommun i en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för en patient. Sjukvårdsdistrikten har haft olika utjämningsystem i bruk.

7 kap. **Ordnande av undervisning och forskning**

59§. Statens utbildningsersättning till universitetssjukhus. Grunderna för fastställandet av statens utbildningsersättning motsvarar till sitt innehåll de gällande bestämmelserna i lagen om specialiserad sjukvård. Enligt 47 § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård betalas ersättning av statsmedel för kostnader

som förorsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare till samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt i vilket det finns ett universitetssjukhus. Det finns inte någon tillförlitlig utredning om vad som ingår i kostnader som förorsakas av utbildningen för läkare och tandläkare.

Stakes har utrett de kostnader som utbildnings- och forskningsverksamheten orsakat enheterna för hälso- och sjukvård. I Stakes utredning konstateras det att det är nästan omöjligt att genom kostnadsberäkning och bokföring skilja den kostnadsbelastning som undervisningen och forskningen orsakar från sjukhusets serviceproduktion. Därför samlade Stakes uppgifter från sjukhusen med en särskild enkät och använde i undersökningen statistiska analyser för bedömningen av kostnaderna. Sjukhusen har följt olika bokföringspraxis vid bokföringen av utbildningskostnaderna, vilket kan ha orsakat inexakthet i undersökningsresultaten. I den utredning som Stakes gjorde år 2008 uppskattades beloppet av de kostnader som läkar- och tandläkarutbildningen medfört för sjukhusen år 2006 uppgå till 134 miljoner euro, medan beloppet av statens utbildningsersättning var 87 miljoner euro. Enligt utredningen har skillnaden mellan kostnaderna och utbildningsersättningen ökat åren 2002-2006, även om beloppet av statlig ersättning för utbildning har höjts.

I 1 mom. föreskrivs det om huvudprinciperna för hur ersättning betalas till universitetssjukhus för grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på basis av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

I 2 mom. föreslås bestämmelser om ersättningar för vissa utbildningsprogram för specialläkare. Till samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt som har ett universitetssjukhus betalas ingen ersättning per antal examina för sådana specialläkarexamina för vilka utbildningen i huvudsak sker någon annanstans än vid universitetssjukhus. Examina ska fastställas genom förordning av social- och hälso-

vårdsministeriet såsom för närvarande. Sådana här examina är t.ex. specialläkarexamina och specialtandläkarexamina inom hälso- och sjukvården samt specialläkarexamina inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om den ovan nämnda utbildningen emellertid ges vid ett universitetssjukhus, betalas ersättning till samkommunen på basis av antalet realiserade utbildningsmånader.

Enligt 3 mom. ska varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina. Antalet studerande som inlett studier baserar sig på Utbildningsstyrelsens statistik, som publiceras på www.koulutusnetti.fi.

60 §. *Statens utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus.*

I paragrafen föreskrivs om ersättning av kostnaderna för utbildningen som betalas till någon annan enhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus. I 1 mom. föreskrivs det om grundutbildning för läkare och tandläkare, i 2 mom. om specialiseringsutbildning och i 3 mom. om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården, praktisk tjänstgöring för tandläkare samt den tjänstgöring som i vissa fall krävs av personer som avlagt grundutbildningen utomlands.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt där det finns ett universitetssjukhus ska betala ersättning för grundutbildning för läkare eller tandläkare enligt 1 mom. till den offentliga serviceproducenten eller en serviceproducent som avses i social- och hälsovårdsministeriets förordning och som upprätthåller den enhet inom hälso- och sjukvården där utbildningen har ordnats. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt med ett universitetssjukhus och den serviceproducent som tillhandahåller utbildningen ingår ett avtal om ordnandet av utbildningen och ersättningens belopp.

Enligt 2 mom. ska ersättning av statsmedel för kostnader som föranleds av specialiseringsutbildningen enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt betalas på kalkylmässiga grunder till en kommun, en samkommun, ett samarbetsområde, ett statligt sinnessjukhus eller någon serviceproducent som angetts genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, när ett universitet

för specialiseringsutbildning för läkare eller tandläkare anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus. Ersättningen baserar sig på antalet realiserade utbildningsmånader.

Genom social- och hälsovårdsministeriets förordning föreskrivs närmare om de övriga serviceproducenter som avses i 1 och 2 mom. och till vilka det är möjligt att betala utbildningsersättning. Det är fråga om verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som har idkat långvarig, etablerad och högklassig hälsovetenskaplig forskning och där det är möjligt att ordna långsiktig utbildningsverksamhet och som universiteten brukar använda för läkarutbildning. Verksamhetsenheter får en betydande del av sin verksamhet finansierad genom de tjänster som kommunerna och samkommunerna anskaffar hos dem och verksamheten har nationell betydelse i fråga om hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt statsrådets gällande förordning om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1351/2009) är följande serviceproducenter berättigade till ersättning: Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, sjukhuset Orton Oy, Reumastiftelsens sjukhus, för vilket Reumasäätö är huvudman, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Paragrafens 3 mom. motsvarar till sitt innehåll det gällande 47 a § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Den ersättning som avses i momentet baserar sig på antalet personer som utbildas och på antalet utbildningsmånader. Enligt 14 § 1 mom. i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994) krävs av en medborgare i en stat utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet som i utlandet har genomgått en utbildning som avses i 4 § eller 5 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, för erhållande av tillstånd att utöva yrket i uppgifter som avses i de nämnda bestämmelserna eller för erhållande av rätt att utöva yrket

som legitimerad yrkesutbildad person, att personen har fullgjort den tjänstgöring, genomfört de tilläggsstudier och genomgått det förhör för utredande av yrkesskickligheten som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården eventuellt föreskriver så att hans eller hennes kompetens motsvarar en motsvarande utbildning i Finland. Valvira har i praktiken i regel krävt sex månaders praktik. Praktiktiden är emellertid inte bunden till tiden för tilläggsutbildningen inom primärvården. Om Valvira kräver en längre praktikperiod, är det ändamålsenligt att ersättning betalas för hela den praktikperiod som krävs. Ofta har den som är medborgare i ett land utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet svårt att hitta en sådan praktikplats som krävs för att personen ska få tillstånd eller rätt att utöva sitt yrke, men det blir lättare att få praktikplats om staten betalar ersättning för praktiktiden.

I 6 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården föreskrivs om praktisk tjänstgöring för legitimerad tandläkare. För att ha rätt att självständigt utöva tandläkaryrket såsom legitimerad yrkesutbildad person i Finland ska en legitimerad tandläkare som avses i 4 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för fullgörande av praktisk tjänstgöring enligt 4 § 2 mom. i nämnda lag vara verksam i tandläkaruppgifter i tjänste- eller arbetsförhållande eller genom ett särskilt förordnande i minst nio månader under ledning och tillsyn av en legitimerad yrkesutbildad person som har rätt att självständigt utöva tandläkaryrket. Av den ovan nämnda tiden ska minst sex månader bestå av praktisk tjänstgöring i tandläkaruppgifter vid hälsovårdscentral.

Det som nämns ovan tillämpas också på praktisk tjänstgöring som krävs av en EU- eller EES-medborgare som inte i EU- eller EES-staten har beviljats sådan rätt att självständigt utöva tandläkaryrket som avses i 6 § 2 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Enligt 4 § i förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården varar tilläggsutbildningen för läkare inom primärvården tre år. För att genomgå utbildningen ska läkaren tjänstgöra i läkaruppgifter på hel-

tid i minst nio månader vid en hälsovårdscentral som godkänts av utbildningsenheten och tjänstgöra i läkaruppgifter på heltid i minst sex månader vid ett sjukhus som godkänts av utbildningsenheten, delta regelbundet i utbildning på arbetsplatsen vid en verksamhetsenhet som avses ovan samt genomgå minst 16 timmars utbildning i kursform, som godkänts eller ordnas av utbildningsenheten och som gör läkaren förtrogen med hälsovårdsförvaltningen och socialskyddssystemet.

Statens utbildningsersättning kan också betalas till Ålands hälso- och sjukvårdsmyndighet. Lagen om hälso- och sjukvård tillämpas inte till övriga delar i landskapet Åland med stöd av 18 § 12 punkten i självstyrelselagen för Åland. Statens utbildningsersättning för utbildning av läkare och tandläkare betalas emellertid också till offentliga serviceproducenter inom hälso- och sjukvården som finns i landskapet Åland.

Avsikten är att bestämmelsen ska förtydliga lagstiftningen, eftersom det har förekommit meningsskiljaktigheter i fråga om tolkningen av huruvida 47-47 b § i lagen om specialiserad sjukvård ska tillämpas i landskapet Åland. Enligt 6 § i lagen om specialiserad sjukvård ska lagen om specialiserad sjukvård endast tillämpas i begränsad utsträckning på landskapet Åland. I 6 § i den nämnda lagen hänvisas det till 11 § 2 mom. 15 punkten i den upphävda självstyrelselagen för Åland (670/1951), enligt vilken bekämpande av smittsamma sjukdomar, behörighet att utöva läkarkallet och tandläkaryrket, sinnessjuklagstiftningen till vissa delar, rättsmedicinska obduktioner och undersökningar, kastrering, sterilisering och avbrytande av havandeskap samt apotek och gifter hör till rikets lagstiftningsbehörighet. Enligt 18 § i den gällande självstyrelselagen för Åland har landskapet lagstiftningsbehörighet i fråga om hälso- och sjukvård, med de undantag som stadgas i 27 § 24, 29 och 30 punkten. Enligt 27 § 30 punkten i självstyrelselagen har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om behörigheten att vara verksam inom hälso- och sjukvården. Justitiekanslern har i sitt utlåtande (31.7.2008 Dnr 21/20/08) konstaterat att även om ordalydelsen i de berörda bestämmelserna i den gamla och den nya självsty-

relselagen är olika, kan den utbildning av läkare och tandläkare som avses i 47-47 b § i lagen om specialiserad sjukvård anses höra till rikets lagstiftningsbehörighet med stöd av bestämmelsen om "behörigheten att vara verksam inom hälso- och sjukvården" i 27 § 30 punkten i självstyrelselagen. Enligt den princip som tillämpas i självstyrelselagen fördelas förvaltningsmakten mellan riket och landskapet i enlighet med lagstiftningsbehörigheten, och ansvaret för kostnaderna hör också till den part som har förvaltningsmakt. Med stöd av detta bör ersättningar för läkar- och tandläkarkostnader också betalas på Åland till myndighet som ansvarar för hälso- och sjukvården.

61 §. *Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.* Det föreslås att grunderna för den finansiering som betalas för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå ändras. Avsikten är att förbättra inriktningen av den nationella forskningen och systemets transparens. Enligt 1 mom. ska social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer fastställa prioritetsområdena och målsättningen när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i taget. Forskningsverksamhetens prioritetsområden och mål bereds i samarbete med specialupptagningsområdena. Vid beredningen av forskningsverksamheten och prioriteringsområdena beaktas specialupptagningsområdenas olika prioriteringar i forskningen. Forskningen är ett långsiktigt arbete som ska beaktas då prioriteringarna och målen uppdateras med fyra års mellanrum. Enligt 2 mom. föreskrivs det om hur finansieringen för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå betalas till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer. Social- och hälsovårdsministeriet beviljar statlig finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer som ska fördela forskningsfinansieringen på forskningsprojekt inom sitt område. Ministeriet beslutar om hur finansieringen ska fördelas på specialupptagningsområdena för fyra år i sänder. Beslutet baserar sig på genomförandet av prioritetsområdena och målen för specialupptagningsområdets forsk-

ning samt på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden.

Eftersom beloppet av finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå årligen fastställs i statsbudgeten, kan fördelningen av forskningsfinansieringen inte fastställas i euro för fyra år framåt. Ministeriet ska besluta om hur forskningsfinansieringen ska fördelas på specialupptagningsområdena i procentandelar av det anslag som finns till förfogande för respektive år.

Enligt 3 mom. ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå som består av tvärvetenskapliga representanter från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar inom sitt område om beviljandet av forskningsfinansiering på basis av ansökan. Forskningsfinansiering kan sökas av en kommun eller en samkommun som upp-rätthåller en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, ett statligt mentalsjukhus eller en serviceproducent som fastställts genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. En enskild forskare eller forskningsgrupp kan inte vara sökande k, utan sökanden bör vara en organisation inom den offentliga sektorn eller en serviceproducent som anges i förordning och som minst en av forskningsgruppens medlemmar står i arbetsavtalsförhållande eller tjänsteförhållande till. Till denna del motsvarar bestämmelsen den nuvarande situationen.

De övriga verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som har rätt att ansöka om finansiering för forskningsverksamhet ska fastställas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet enligt samma principer som för närvarande. Det är fråga om verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som har idkat långvarig, etablerad och högklassig hälsovetenskaplig forskning och där det är möjligt att ordna långsiktig utbildningsverksamhet och som universiteten brukar använda för läkarutbildning. Verksamhetsenheterna får en betydande del av sin verksamhet finansierad genom de tjänster som kommunerna och samkommunerna anskaffar hos dem och verksamheten har natio-

nell betydelse i fråga om hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt statsrådets gällande förordning om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1351/2009) är följande serviceproducenter berättigade till ersättning: Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, sjukhuset Orton Oy, Reumastiftelsens sjukhus, för vilket Reumasäätiö är huvudman, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Vid beviljandet av forskningsfinansiering ska forskningskommittén beakta de prioriteringsområden och mål som fastställts för forskningen genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, men forskningskommittén kan också bevilja finansiering för forskningsprojekt som inte omfattas av prioriteringsområdena och målen.

62 §. Riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen. Gruppen består av sakkunniga. För att garantera utvärderingsgruppens opartiskhet kan gruppen också ha utländska medlemmar.

Utvärderingsgruppen ska utvärdera specialupptagningsområdenas forskningsverksamhet under den föregående fyraårsperioden. Gruppen ska i synnerhet bedöma hur prioriteringsområdena och målen för forskningen har förverkligats inom specialupptagningsområdets forskning samt den genomförda forskningens kvalitet, omfattning och resultat. Vid bedömningen kan man t.ex. använda publikationspoängen som hjälp. För att garantera utvärderingsgruppens opartiskhet ska gruppen också ha utländska medlemmar. Som grund för ministeriets beslutsfattande utarbetar gruppen ett förslag om hur forskningsfinansieringen ska fördelas på specialupptagningsområdena inom den kommande fyraårsperioden.

Gruppen inleder sitt utvärderingsarbete i början av det sista året av fyraårsperioden

och kan då bedöma de föregående årens forskningsverksamhet. Avsikten är att utvärderingsgruppen ska avsluta sitt arbete på hösten under det sista året av fyraårsperioden, så att ministeriet kan besluta om fördelningen av medlen genast i början av följande fyraårsperiod.

63§. Betalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering. I 1 mom. föreskrivs om betalning av utbildningsersättning. Enligt propositionen ska regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland betala statens utbildningsersättning. Utbildningsersättning på basis av antalet examina och antalet studerande som inlett sina studier betalas till universitetssjukhus utan särskild ansökan med stöd av ett beslut av social- och hälsovårdsministeriet, medan ersättning på basis av utbildningsmånader betalas halvårsvis på ansökan. För Ålands del betalas utbildningsersättningen av statens ämbetsverk på Åland, vilket är en allmän statlig regionförvaltningsmyndighet. Genom republikens presidents förordning 1179/2009 föreskrivs det om förvaltningen av vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland. Enligt förordningen ska Ålands landskapsregering sköta de uppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland som enligt i landskapet gällande rikslagstiftning hör till regionförvaltningsverken. Bestämmelsen gäller dock endast de uppgifter som social- och hälsovårdsministeriet och Ålands landskapsregering har avtalat om. Eftersom statens utbildningsersättning inte omfattas av avtalet, betalar statens ämbetsverk på Åland ersättningen med stöd av allmänna bestämmelser.

I bestämmelsen anges de tider inom vilka utbildningsersättning ska sökas och tiden inom vilken regionförvaltningsverket ska avgöra ansökningarna. Ansöknings- och behandlingstiderna anges för närvarande i social- och hälsovårdsministeriets årliga förordning om grunderna för ersättning för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Grunderna för ersättningarna år 2010 anges i social- och hälsovårdsministeriets förordning 67/2010. Bestämmelsen motsvarar till sitt sakinhåll den gällande regleringen.

Enligt 2 mom. regionförvaltningsverket betalar varje månad forskningsfinansiering till specialupptagningsområdets forskningskommitté, som på ansökan betalar finansieringen vidare till dem som genomför projekten.

Enligt 3 mom. i övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande i tillämpliga delar bestämmelserna i statsunderstödslagen (688/2001). De bestämmelser i statsunderstödslagen som kommer i fråga är 20 § 1 mom. om återbetalning av statsunderstöd, 21 § om återkrävande av statsunderstöd, 24 och 25 § om ränta och dröjsmålsränta, 26 § om jämkning, 28 § om tiden för återkrav, 29 § 2 mom. om när återbetalningsskyldigheten förfaller, 30 § om kvittning och 34 § om rättelseyrkande och ändringssökande.

64§. Skyldighet att lämna uppgifter. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus ska för varje år före utgången av juni följande år lämna en utredning till social- och hälsovårdsministeriet över hur utbildningsersättningen har använts under året. Bestämmelsen motsvarar 11 § i social- och hälsovårdsministeriets gällande förordning om grunderna för ersättning för läkar- och tandläkarutbildning samt hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå år 2010 (67/2010).

Specialupptagningsområdets forskningskommitté ska för varje år före utgången av juni följande år lämna en utredning till social- och hälsovårdsministeriet över hur forskningsfinansiering har anvisats för forskningsprojekt och prioriteringsområden. Forskningsfinansieringsbesluten meddelas årligen till social- och hälsovårdsministeriet även om utvärderingen av dem sker med fyra års mellanrum.

65 §. Användning av lokaler som hör till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för utbildning och forskning. I 1 och 2 mom. föreskrivs det att universitet och andra anordnare av social- och hälsovårdsutbildning har rätt att för utbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt hälsovetenskaplig forskning använda sjukhus och andra verksamhetsenheter som en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt svarar för. Med annan

anordnare av social- och hälsovårdsutbildning avses yrkeshögskolor och yrkesläroanstalter som tillhandahåller utbildning inom social- och hälsovården. Användning av utrymmena för utbildnings- och forskningsverksamhet avtalas mellan den som anordnar utbildningen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll 45 § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

Enligt 3 mom. ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt se till att universitetet eller anordnaren av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokalteter med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för studerandena som måste finnas vid en verksamhetsenhet inom samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. Om verksamheten utan svårigheter även kan anordnas någon annanstans, kan det inte anses att de i bestämmelsen beskrivna lokaliteterna måste finnas vid en verksamhetsenhet inom samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. I bestämmelsen avses sådana maskiner, anläggningar och lokalteter som har nära anknytning till sjukhusets eller verksamhetsenhetens verksamhet och som gör att det inte är ändamålsenligt att ordna utbildnings- och forskningsverksamheten någon annanstans. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll 46 § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

Yrkesutbildade personer som är anställda hos samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt är skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården på det sätt som samkommunen och universitetet eller en annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning har avtalat. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll 49 § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

66 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Bestämmelser om beloppet av den ersättning som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen och om de övriga ersättningsgrunderna vid betalning av ersättning utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Avsikten är att man genom förordning ska föreskriva om sådana specialläkarexamina som avses i 59 §

2 mom. och för vilka det inte betalas ersättning på basis av antalet examina. De ersättningar som betalas för läkar- och tandläkarutbildning fastställs enligt ersättning som betalas för examina och ersättning som betalas för utbildningsmånader. Beloppen av ersättningarna fastställs årligen genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Ersättningsbeloppet kan variera enligt det anslag som årligen reserverats för ändamålet samt antalet examina och antalet utbildningsmånader.

Bestämmelser om prioritetsområdena och målen för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelningen av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen samt om tillsättandet av en statlig utvärderingsgrupp och om gruppens sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om de serviceproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå på motsvarande sätt som i statsrådets gällande förordning 1351/2009.

8 kap. Särskilda bestämmelser

67 §. Fastställande av vad som är institutionsvård. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll 35 a § i lagen om specialiserad sjukvård.

68 §. Läkemedelsbehandling. Läkemedelsförsörjningen är en väsentlig del av vårt hälso- och sjukvårdssystem. I öppenvård har patienten rätt till ersättning enligt sjukförsäkringslagen för de kostnader för nödvändig läkemedelsbehandling som uppkommit vid behandlingen av en sjukdom. Ur sjukförsäkringen ersätts dock inte läkemedel som getts till en patient i samband med vården inom den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom läkemedlen är en del av vården och vårdenheten svarar för kostnaderna för anskaffningen av dem. Det finns dock situationer där man avviker från dessa huvudprinciper. Dessa situationer är emellertid inte helt

klara i praktiken. Man kan inte ta ut en skild avgift för läkemedlen inom institutionsvården, vilket framgår bl.a. av 5 § 1 punkten i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (vårdmaterial som hör till vården inom primärvården) och 5 § 4 punkten i samma lag (läkemedel som används för behandling av smittsamma sjukdomar). Sjukförsäkringen ersätter inte dessa läkemedel som hör till den offentliga hälso- och sjukvårdens ansvarsområde.

Med stöd av 65 § i läkemedelslagen (395/1987) kan man till en patient som skrivs ut från en bäddavdelning eller som besökt en poliklinik lämna ut läkemedel som behövs för att vården ska kunna fortgå utan avbrott tills patienten kan få läkemedlen från apotek. Läkemedelsverket har gett anvisningar om utlämnande av läkemedel (anvisning nr 1/1997, Överlåtelse av läkemedel från sjukhusapotek och läkemedelscentraler till patienter på hälso- och sjukvårdsenheter eller till andra klienter i vissa fall). För att vården ska kunna fortgå utan avbrott behövs det förutom nödvändiga läkemedel också att verket utan ersättning till en patient som skrivs ut från avdelningen kan överlåta en redan påbörjad läkemedelsförpackning som har anskaffats uttryckligen för denna patient och som på grund av sättet som läkemedlet tas inte kan användas för andra patienter (t.ex. läkemedel som inhaleras i lungorna).

I institutionsvården ingår alla läkemedel som används vid undersökning och vård. Patienterna kan inte förpliktas att använda egna läkemedel ens vid kort institutionsvård, eftersom även läkemedelsbehandling ingår i den vårdavgift som tas ut av patienten. Detta innebär att institutionen ska anskaffa alla läkemedel som behövs vid vården och inte kan be patienten skaffa några läkemedel från apotek för vårdperioden. Om de läkemedel som patienten behöver inte ingår i institutionens vanliga läkemedelsurval, ska institutionen skaffa läkemedlen eller använda någon annan medicineringsform som enligt en läkares bedömning lämpar sig för patienten.

Om patienten önskar det och på institutionens läkares ordination kan man undantagsvis vid en kort institutionsvård tillfälligt använda patientens egna läkemedel, tills institutionen kan skaffa läkemedelspreparat som

lämpar sig för patienten. Om patienten inte går med på att använda för patienten lämpliga läkemedel som hör till institutionens läkemedelsurval, och läkemedelsbehandling är nödvändig, ska den vårdande läkaren informera patienten om skillnaderna mellan synonympreparaten i fråga. Om patienten inte heller efter det vill ha det läkemedel som institutionen kan erbjuda, ska man meddela patienten att han eller hon måste bekosta läkemedelsbehandlingen i fråga helt och hållet själv, eftersom läkemedelskostnader inte ersätts ur sjukförsäkringen under tiden för institutionsvård.

För att garantera patientsäkerheten ska man vid förvaring och dosering av patientens egna läkemedel följa samma förfaranden som i fråga om andra läkemedel som används vid institutionen. Patientens egna läkemedel får emellertid inte förvaras tillsammans med institutionens läkemedel.

Läkemedel som hänförs till ett polikliniskt vårdtillfälle på ett sjukhus eller en hälsovårdscentral ingår i vården. Det är alltså den offentliga hälso- och sjukvården som svarar för dem. Andra läkemedel som används i öppenvård skaffar patienten från apotek och för dem kan sjukförsäkringsersättning betalas i enlighet med sjukförsäkringslagen.

69 §. Skyldigheter enligt barnskyddslagen. 1 mom. I samband med reformen av barnskyddslagen fogades en ny 14 b § och ett nytt 24 § 2 mom. till folkhälsolagen samt en ny 30 a § och ett nytt 42 § 3 mom. till lagen om specialiserad sjukvård. Barnskyddslagen samt ändringarna i folkhälsolagen och i lagen om specialiserad sjukvård trädde i kraft den 1 januari 2008. Den föreslagna bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i den gällande folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Åtgärder som ansluter sig till barnskydd är placering som stödåtgärd inom öppenvården enligt 37 § i barnskyddslagen, placering i vård utom hemmet enligt 49 § i barnskyddslagen samt placering i eftervård enligt 75 § i barnskyddslagen. Placeringskommunen ska anordna de tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården som ett barn eller en ung person som omfattas av barnskyddsåtgärderna behöver. Med tjänster inom primärvården och den

specialiserade sjukvården avses samma hälso- och sjukvårdstjänster som barnet eller den unga personen skulle ha tillgång till om han eller hon var invånare i placeringskommunen. Hälso- och sjukvårdstjänsterna ska ordnas i samarbete med placerarkommunens hälsovårdscentral i de fall där samarbetet är till barnets eller den ungas fördel. Syftet med bestämmelsen är att se till att det finns tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster för barnet eller den unga personen.

2 mom. I det föreslagna momentet föreskrivs det om tillgång till vård för barnskyddsklienter. Utöver det som föreskrivs om tillgång till vård i den föreslagna lagen, ska man vid tillämpningen av de föreslagna bestämmelserna om tillgång till vård beakta bestämmelserna i barnskyddslagen om klientens rätt till hälso- och sjukvårdstjänster. Barnskyddsklienter är enligt 3 § i barnskyddslagen de barn och familjer som omfattas av barn- och familjeinriktat barnskydd. Barn- och familjeinriktat barnskydd genomförs inom barnskyddet genom att man utreder behovet av barnskydd och gör upp en klientplan samt ordnar stödåtgärder inom öppenvården. Också brådskande placering och omhändertagande av barn samt därtill ansluten vård utom hemmet och eftervård är barn- och familjeinriktat barnskydd. Hälso- och sjukvårdstjänsterna kan vara sådana stödåtgärder inom öppenvård som ingår i barnets klientplan eller också vård utom hemmet eller eftervård. Också familjens vuxnas rätt till tjänster regleras i barnskyddslagen.

Enligt 34 § 1 mom. i barnskyddslagen ska det organ som ansvarar för socialvården utan dröjsmål vidta stödåtgärder inom öppenvården om uppväxtförhållandena äventyrar eller inte tryggar ett barns hälsa eller utveckling eller om ett barn genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling. Vissa stödåtgärder inom öppenvården är tryggade så som subjektiva rättigheter. Enligt 35 § 1 mom. i barnskyddslagen ska kommunen utan dröjsmål ordna tillräckligt ekonomiskt stöd och avhjälpa bristerna i boendeförhållandena, eller ordna en bostad som motsvarar behoven, när behovet av barnskydd i väsentlig mån beror på dessa omständigheter, eller när dessa omständigheter utgör ett väsentligt hinder för barnets och familjens rehabilitering. Andra

stödåtgärder inom öppenvården anges i 36 § i barnskyddslagen i en exempelförteckning över centrala stödåtgärder som ordnas i synnerhet för barn som är klienter inom barnskyddets öppenvård och deras familj samt för unga personer i eftervård. Enligt detaljmotiveringen i den regeringsproposition som ledde till att barnskyddslagen stiftades är vård- och terapitjänster som stöder barns och unga personers rehabilitering bl.a. tjänster vid rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor och familjerådgivningsbyråer, kortvarig rehabiliterande vård av barnet som placering inom öppenvården, stöd och vägledning som främjar inlärning t.ex. med hjälp av skolpsykologer och skolkuratorer, olika terapier och psykiatriskt vård samt olika slags missbrukarvård för barn och unga personer.

Beviljandet av tjänster inom öppenvården regleras av barnskyddslagens bestämmelser om att öppenvård ska prioriteras framom omhändertagande. Enligt 40 § 1 mom. 1 punkten i barnskyddslagen kan omhändertagande och vård utom hemmet tillgripas endast om stödåtgärderna inom öppenvården inte är lämpliga eller möjliga för en omsorg i enlighet med barnets bästa, eller om de har visat sig vara otillräckliga. Enligt den föreslagna lagen gör hälso- och sjukvårdspersonalen en bedömning av barnskyddsklienternas vårdbehov, men när vården ordnas ska även bestämmelserna i barnskyddslagen iaktas så att vården, om barnskyddslagen så kräver, ordnas snabbare än vad som föreskrivs i de föreslagna 51–53 §. Det föreslås att det inte ska vara möjligt att skjuta upp påbörjandet av vården om detta skulle leda till att barnet omhändertas. När beslut om påbörjande av vård fattas bör det dock göras en bedömning av huruvida de hälso- och sjukvårdsåtgärder som finns till förfogande är lämpliga, möjliga eller tillräckliga för en omsorg i enlighet med barnets bästa.

I praktiken har problemet, i synnerhet när det gäller mentalvårdstjänster, varit att hälso- och sjukvårdsmyndigheterna inte nödvändigtvis har tillgång till de vårdenheter som skulle behövas, eller att de inte har reserverat tillräckligt stora anslag för ändamålet i fråga. Detta har lett till att barn trots sjukdom har vårdats enbart genom stödåtgärder inom barnskyddets öppenvård eller via omhänder-

tagande i barnskyddsenheter. Förfarandet har varit problematiskt med tanke på barnets rättsskydd och i strid med de kriterier för omhändertagande som finns i lagstiftningen. Barnskyddsåtgärder, och i synnerhet omhändertagande, får inledas endast om vårdnadshavaren vägrar föra barnet till den vård som bedömts som nödvändig eller om barnets psykiska problem är kopplade till andra problem, t.ex. i anslutning till barnets uppväxtförhållanden, och den vård som hälso- och sjukvården tillhandahåller inte ensam kan trygga barnets hälsa och utveckling.

För att barnets rättsskydd skulle förbättras preciserades 72 § i barnskyddslagen om sådan särskild omsorg som tillhandahålls medan vård utom hemmet pågår genom en lag (88/2010) som trädde i kraft den 1 mars 2010. Efter lagändringen kan särskild omsorg ordnas för barn som fyllt 12 år endast om hälso- och sjukvårdstjänster inte lämpar sig i stället för särskild omsorg. Med särskild omsorg avses sådan särskild, multiprofessionell vård och omsorg som tillhandahålls vid barnskyddsanstalter och under vilken barnets rörelsefrihet kan begränsas i den omfattning som vården eller omsorgen kräver. Särskild omsorg ordnas för att bryta ett svårt rusmedelsmissbruk eller gravt brottsligt beteende, eller när barnets eget beteende allvarligt äventyrar barnets liv, hälsa eller utveckling på något annat sätt. Särskild omsorg är avsedd för att bryta svåra situationer, men är inte avsedd att användas när barn är i behov av psykiatrisk anstaltsvård. Behov av psykiatrisk anstaltsvård är inte heller en grund för fattande av beslut om vård utom hemmet för att genomföra särskild omsorg.

Enligt 15 § i barnskyddslagen ska tjänster som barnskyddsklienter behöver i anslutning till utredande av misstankar om sexuellt utnyttjande eller misshandel ordnas i brådskanke ordning. Dessutom ska hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten när det gäller sådant barn- och familjeinriktat barnskydd som avses i 3 § i barnskyddslagen ge expert hjälp och vid behov ordna undersökning av och vård- och terapitjänster för barnet. I samband med placering i vård utom hemmet ska barnets hälsotillstånd undersökas på det sätt som föreskrivs i 51 § i barnskyddslagen.

3 mom. Avsikten med bestämmelsen är att placeringskommunen ska få ersättning för alla hälso- och sjukvårdstjänster som den ordnar i första hand av den kommun som ansvarar för ordnandet av tjänsterna och kostnaderna för dem. Ersättningen omfattar dock inte sådana tjänster som i praktiken orsakar mindre kostnader, såsom sporadiska besök på hälsovårdscentralen. Ett hälso- eller sjukvårdsdistrikt som ordnat tjänster inom den specialiserade sjukvården har rätt att få ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört. Det hälso- eller sjukvårdsdistrikt som placerarkommunen hör till är skyldigt att betala ersättningen.

70 §. Beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna. Paragrafens 1 mom. motsvarar till sitt innehåll 10 § 2 mom. i barnskyddslagen, enligt vilken hälso- och sjukvårdsmyndigheterna vid behov ska ordna sådana tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor ska ges särskilt skydd. Enligt den regeringsproposition som ledde till att barnskyddslagen stiftades har man genom bestämmelsen strävat efter att garantera väntande mödrar nödvändig social- och hälsovårdsservice och att sålunda förebygga eventuella skador hos barnet under fostertiden. Då mödra- och barnrådgivningen främst ordnats genom hälsovårdens försorg, hör skötseln av den uppgift som avses i bestämmelsen främst till hälsovården. Avsikten är att tillräckligt tidigt erbjuda stöd t.ex. för att avhjälpa en väntande mors rusmedelsproblem och förebygga de skador problemen kan medföra. Behovet av stöd kan också uppstå till följd av bristfälligt boende eller oförmåga eller brist på möjligheter att sörja för sin egen och för det ofödda barnets hälsa. För att lösa problemet fordras då samarbete mellan myndigheterna över sektorgränserna. Vidare är det enligt motiveringen fråga om en stödåtgärd inom öppenvården som inte kan vidtas mot klientens vilja.

Enligt 2 mom. ska barnets behov av vård och stöd utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får missbrukarvårds- eller mentalvårdstjänster eller andra social- och hälsovårdstjänster, och hans eller hennes förmåga att svara för bar-

nets vård och fostran anses försvagad. Momentet motsvarar till sitt innehåll 10 § 1 mom. i barnskyddslagen. Bestämmelsen ålägger den instans som ordnar service för vuxna en skyldighet att ta upp barnets situation till diskussion och att säkerställa att barnet i tillräcklig utsträckning får vård och stöd medan vårdan av den vuxna pågår. För att klarlägga situationen och för att ordna de stödtjänster som behövs kan man enligt behov ordna förhandlingar mellan olika samarbetsparter. Om det i samband med service som tillhandahålls vuxna kommer fram att barnets behov av vård och omsorg, förhållanden som hotar barnets utveckling eller det egna beteendet kräver en utredning av behovet av barnskydd, ska den vårdande instansen göra en barnskyddsanmälan eller tillsammans med klienten en begäran enligt 25 a § i barnskyddslagen om bedömning av barnskyddsbehovet.

71 §. Hälso- och sjukvård inom försvarsmakten. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i 24 § i folkhälsolagen och 15 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Dessa bestämmelser trädde i kraft den 1 januari 2006. Försvarsmakten måste under specialförhållanden utan dröjsmål och med sakkunnighet kunna erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster för dem vars hälso- och sjukvård den ansvarar för. Samtidigt ska man beakta de möjligheter som finns till samarbete mellan den hälso- och sjukvård som försvarsmakten ordnar och samhällets övriga hälso- och sjukvård. Försvarsmaktens hälso- och sjukvårdssystem har vissa särdrag.

Försvarsmaktens ansvar att ordna hälso- och sjukvård gäller i första hand unga människor, vars grundkondition har konstaterats vara god. Beväringstjänsten är såväl fysiskt som psykiskt tidvis mycket ansträngande. Ansträngningen kan utlösa sjukdomar som annars inte skulle uppträda. Fastställandet av beväringarnas tjänsteduglighetsklass bör ske så snabbt som möjligt efter att tjänstgöringen inletts, vilket leder till årliga belastningstoppar inom såväl den primära som den specialiserade sjukvården. Det täta boendet i kaserne gör det möjligt för epidemier att sprida sig, vilket också leder till belastningstoppar. Stora epidemier ökar också antalet allvarliga komplikationer. Inom den specialiserade

sjukvården är andelen patienter som ska undersökas större och andelen patienter som ska vårdas på grund av sjukdom mindre än inom den offentliga sektorns hälso- och sjukvård i övrigt.

Nivån för patienternas vårdberoende är låg. Vid garnisonerna ligger tyngdpunkten i verksamheten på det polikliniska arbetet. Antalet hälsoundersökningar är stort. Tröskeln för sjukhusvård är dock betydligt lägre än i den offentliga sektorn i övrigt.

72 §. Ersättning från försvarsmakten. Bestämmelsen motsvarar bestämmelserna i 25 § i folkhälsolagen och 43 b § i lagen om specialiserad sjukvård.

73 §. Överflyttning av patienten. Paragrafens 1 mom. motsvarar 16 § 2 mom. i folkhälsolagen.

Paragrafens 2 mom. motsvarar 36 § i lagen om specialiserad sjukvård. Då en patients sjukdom förutsätter att han flyttas från ett sjukhus, en poliklinik eller någon annan verksamhetsenhet till ett annat sjukhus eller till en hälsovårdscentral för vård bör den sjukvårdsinrättning som skickar honom ordna transporten och stå för dess kostnader. I övriga fall bör patienten svara för transportkostnaderna då få ersättning enligt sjukförsäkringslagen.

74 §. Smittsamma sjukdomar. Bestämmelsen motsvarar den nuvarande lagstiftningen. I lagen om smittsamma sjukdomar finns det bestämmelser om hur arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar ska ordnas.

75 §. Lokaler som krävs för rättsmedicinska obduktioner samt ersättningar och arvoden för rättsmedicinska undersökningar. Institutet för hälsa och välfärd ansvarar för obduktionerna i anslutning till den rättsmedicinska utredningen av dödsorsaker. Obduktionerna har i regel utförts i lokaler som hyrts på basis av avtal av sjukvårdsdistrikten. Sjukvårdsdistrikten har dock ingen skyldighet att hyra ut sina lokaler. Av denna anledning är det i princip möjligt att tillhandahållandet av denna service, som är av stor betydelse med tanke på samhällets och befolkningens rättsskydd, kan lida stor skada om det inte träffas något avtal mellan Institutet för hälsa och välfärd och sjukvårdsdistrikten om uthyrning av lokaler för denna verksamhet. För att säkerställa ordnandet av rättsme-

dicinska obduktioner på lång sikt föreslås det att lagen innehåller en bestämmelse om att samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt vid behov ska ordna så att Institutet för hälsa och välfärd har tillgång till lokaler för sina obduktioner.

Sjukvårdsdistriktet och Institutet för hälsa och välfärd bör göra upp avtal om ordnandet av obduktionslokaler. I lagen föreslås det också att Institutet för hälsa och välfärd ska betala en ersättning som motsvarar de skäliga kostnaderna för lokalerna. Avsikten är att den ersättning som betalas ska täcka de verkliga kostnaderna för ordnandet av lokaler.

Bestämmelsen i 2 moment motsvarar bestämmelserna 1 49 § i folkhälsolagen och 59 § i lagen om specialiserad sjukvård. Med stöd av bestämmelserna har föreskrivits i statsrådets förordning om ersättningar för rättsmedicinska undersökningar (862/2004).

Avsikten är att innehållet av bestämmelsen om bemyndigande att utfärda förordning ändras inte. Om skyldigheten av den kommunala primärvården att ge till polisen handräkning för utfärdande av klinisk undersökning av levande personer och yttre besiktning av avlidna skulle stiftas i 31 §.

76 §. Utjämningsystemet. I det nuvarande utjämningsförfarandet utjämnas exceptionellt stora kostnader för en patient. Enligt 56 a § i lagen om specialiserad sjukvård ska det för varje sjukvårdsdistrikt överenskommas om utjämnning av exceptionellt stora kostnader som förorsakats en medlemskommun i en samkommun för sjukvårdsdistriktet för en patient. Det har använts olika utjämningsystem i sjukvårdsdistrikten under de senaste 15 åren. Behovet av system för utjämnning kvarstår trots att antalet kommuner och antalet kommuner med liten befolkning minskar. Även efter 2012 finns det ett flertal kommuner i vårt land som har en befolkning som understiger 50 000 invånare, vilket är en gräns som ofta anses vara rimligt tillräcklig för att tåla sporadiska stora kostnadsfluktuationer.

I sjukvårdsdistrikten följer man kommunvis faktureringen av de tjänster som anlitas även i de fall då räkningen sänds till ett samarbetsområde. Sjukvårdsdistriktet sänder inte en utgiftspost som överskrider utjämningsgränsen för betalning till ett samarbetsområde

de eller en stor kommun vare sig utjämningsförfarandet gäller utjämnning av kostnaderna för en enskild patient eller utjämnning av kostnaderna på årsnivå. Den överskridande delen kommer således att ingå i distriktets utjämningsförfarande. Ett samarbetsområde är för snävt för utjämnningen av exceptionellt stora kostnader för anlitaandet av tjänster inom ett sjukvårdsdistrikt. Ett samarbetsområde föreslås kunna avtala om egna frivilliga utjämningsystem. Med anledning av den möjlighet att välja vårdplats bör principerna för prissättningen av produkterna inom den specialiserade sjukvården i sjukvårdsdistriktet vara enhetliga. Därför bör också alla viktiga kostnadsfaktorer som inverkar på produktpriserna, såsom det system för utjämnning av stora kostnader som sjukvårdsdistriktet har beslutat om, ha beaktats på enhetliga grunder. Det kan vara nödvändigt att utfärda bestämmelser om grunderna för fastställandet av utjämningsystemet genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

77 §. Klientavgifter. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i 21 § i den gällande folkhälsolagen och 37 § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

78 §. Dröjsmålsränta. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll bestämmelserna i 28 a § i den gällande folkhälsolagen och 44 a § i den gällande lagen om specialiserad sjukvård.

9 kap. **Ikraftträdande**

79 §. Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser. På ersättningar som betalas för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå år 2011 tillämpas de gällande bestämmelserna i 47–47 b § i lagen om specialiserad sjukvård.

Avsikten är att det ska utarbetas prioriteringsområden och mål för forskningen under 2011. Arbetet kan ske under ledning av ministeriet och i samarbete med specialupptagningsområdena. Social- och hälsovårdsministeriet fastställer prioriteringsområdena och målen genom en förordning som träder i kraft i början av 2012.

Det föreslås att när man övergår till forskningsfinansiering enligt lagen om hälso- och sjukvård fördelar social- och hälsovårdsmini-

steriet den första fyraårsperioden, som är 2012–2015, forskningsfinansiering till specialupptagningsområdena i form av procentandelar som grundar sig på publikationspoängen för de tre föregående år från vilka publikationsuppgifter finns att få. När beslut ska fattas om fördelningen av finansieringen är publikationspoängen för åren 2008–2010 tillgängliga, och besluten fattas på basis av dem.

Ministeriet tillsätter en utvärderingsgrupp för den första utvärderingen i början av 2015, vilket betyder att utvärderingsgruppen kommer att utvärdera forskningen från åren 2012–2014. Utvärderingsgruppen lämnar in resultatet av sitt arbete till ministeriet hösten 2015 och ministeriet beslutar om fördelningen av forskningsfinansieringen för följande fyraårsperiod i början av 2016. Följande gång tillsätts utvärderingsgruppen under fyraårsperiodens tredje år för att utvärdera forskningen under de föregående fyra åren, och gruppen överlämnar sitt arbete på hösten under fyraårsperiodens sista år.

I 3 mom. konstateras det att det gemensamma register över patientuppgifter som avses i 9 § även innehåller sådana journalhandlingar som gjorts upp före lagens ikraftträdande. Syftet med bestämmelsen är att klargöra omfattningen av det gemensamma registret över patientuppgifter och att säkerställa att det innehåller alla journalhandlingar inom den kommunala hälso- och sjukvården inom ett sjukvårdsdistrikts område, oberoende av när de gjordes upp.

1.2 Lag om ändring av folkhälsolagen

Det föreslås att flera paragrafer i folkhälsolagen upphävs och att i vissa paragrafer görs tekniska ändringar som föranleds av den nya lagen om hälso- och sjukvård. I de bestämmelser som föreslås bli ändrade har man beaktat också ändringar som beror på ändringar i annan lagstiftning.

1 §. Paragrafens 1 mom. föreslås bli ändrad så att momentet utökas med en hänvisning till den nya lagen om hälso- och sjukvård. I lagen om hälso- och sjukvård föreskrivs om innehållet i tjänster och verksamhet inom hälso- och sjukvården, också om innehållet i folkhälsoarbete. Om folkhälsoar-

bete kan även användas benämningen primärvård.

Paragrafens 2 mom. upphävs eftersom innehållet i momentet flyttas till 21 § i lagen om hälso- och sjukvård.

4 §. I bestämmelsen har gjorts tekniska ändringar som föranleds av inrättandet av Institutet för hälsa och välfärd.

14 §. I bestämmelsen definieras om uppgifter som hör till kommunens folkhälsoarbete. Innehållet i bestämmelsen flyttas till 2 och 3 kap. i lagen om hälso- och sjukvård och därför föreslås det att bestämmelsen upphävs i sin helhet.

14 a §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 19 § i lagen om hälso- och sjukvård.

14 b §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 69 § i lagen om hälso- och sjukvård.

15 §. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att den utökas med hänvisningar till bestämmelser i lagen om hälso- och sjukvård. Det föreslås att paragrafens 4 mom. upphävs och att innehållet i momentet flyttas till 18 § i lagen om hälso- och sjukvård.

15 b §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 51 och 53 § i lagen om hälso- och sjukvård.

18 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 67 § i lagen om hälso- och sjukvård.

21 - 28 § samt 28 a §. Det föreslås att bestämmelserna upphävs och att innehållet i dem flyttas till lagen om hälso- och sjukvård.

41 §. Det föreslås att paragrafens 1 mom. upphävs och att innehållet i momentet flyttas till 5 § i lagen om hälso- och sjukvård.

47 §. Bestämmelsens 1 mom. föreslås bli ändrat så att länsrätten som besvärinstans ändras till förvaltningsdomstolen.

Bestämmelsens 2 mom. föreslås bli ändrat så att hänvisningen till kommunallagen ändras till den gällande kommunallagen.

48 §. Hänvisningen i bestämmelsen till paragrafen i kommunallagen ändras till 98 § i den gällande kommunallagen.

49 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen delvis flyttas till 55 och 73 § i lagen om hälso- och sjukvård. Bestämmelser om innehållet i men-

talvårdsarbete finns i 27 § i lagen om hälso- och sjukvård.

1.3 Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård

Det föreslås att flera paragrafer i lagen om specialiserad sjukvård upphävs och att i vissa paragrafer görs tekniska ändringar som föransleds av den nya lagen om hälso- och sjukvård. I de bestämmelser som föreslås bli ändrade har man beaktat också ändringar som beror på ändringar i annan lagstiftning.

1 §. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att om tjänsterna och verksamheten inom den specialiserade sjukvården föreskrivs i lagen om hälso- och sjukvård. I lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs om ordnandet och servicestrukturerna. Det föreslås att 1 § 2 och 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård upphävs och att innehållet i dem flyttas till 3 § 3 punkten och 29 § i lagen om hälso- och sjukvård.

2 §. Det föreslås att bestämmelserna upphävs eftersom det i lagen om hälso- och sjukvård föreskrivs om innehållet i tjänsterna och serviceverksamheten inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

3 §. Paragrafens 1 mom. föreslås bli ändrat så att momentet utökas med en hänvisning till lagen om hälso- och sjukvård där det föreskrivs om innehållet i tjänsterna och serviceverksamheten inom den specialiserade sjukvården.

4 §. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att laghänvisningen rättas i enlighet med lagens nuvarande rubrik, dvs. lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården.

9 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 3 § 4 punkten i lagen om hälso- och sjukvård.

10 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 33 § i lagen om hälso- och sjukvård.

10 a §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 30 § i lagen om hälso- och sjukvård.

10 b §. Paragrafens 1 mom. föreslås bli ändrat så att paragrafen hänvisar till 33 § 2 mom. i lagen om hälso- och sjukvård.

11 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 42 § i lagen om hälso- och sjukvård.

13 §. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att kommunalförbund ändras till samkommun i enlighet med den nuvarande kommunallagen.

14 §. Det föreslås att bestämmelsen upphävs och att innehållet i bestämmelsen flyttas till 34, 43 och 44 § i lagen om hälso- och sjukvård.

15 §. Det föreslås att paragrafens 2 mom. upphävs och att innehållet i momentet flyttas till 71 § i lagen om hälso- och sjukvård.

16 §. Paragrafens 1 mom. föreslås bli ändrat så att ordet kommunalförbund ändras till samkommun i enlighet med den nuvarande kommunallagen.

18 och 21 §. Paragrafens 3 mom. föreslås bli ändrat så att hänvisningen till kommunallagen ändras till den gällande kommunallagen.

28 §. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att ordet kommunalförbund ändras till samkommun i enlighet med den nuvarande kommunallagen.

30 §. Paragrafens 1 mom. föreslås bli ändrat så att hänvisningarna till bestämmelser som föreslås bli upphävda stryks och hänvisningar till bestämmelserna i lagen om hälso- och sjukvård tas in. Paragrafens 2—4 mom. upphävs och innehållet i dem flyttas till lagen om hälso- och sjukvård.

Det föreslås att 31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a, 36, 37, 44, 44 a, 45 -47, 47 a, 47 b, 48, 49, 56 a samt 12 kap. rubrik upphävs och innehållet i dem flyttas till lagen om hälso- och sjukvård.

1.4 Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

Det föreslås att tekniska ändringar görs i flera paragrafer i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården som föransleds av den nya lagen om hälso- och sjukvård.

I de bestämmelser som föreslås bli ändrade har man beaktat också ändringar som beror på ändringar i annan lagstiftning.

Ändras i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 5 § 1, 6 och 7 punkten, 8 §, 9 § 2 mom., 12 § 1 mom., 13 a § 2 mom., 13 b §.

2 Närmare bestämmelser och föreskrifter

Enligt förslaget utfärdas närmare bestämmelser genom förordningar av statsrådet och social- och hälsovårdsministeriet. Innehållet i en del av förordningarna motsvarar förordningar som har utfärdats med stöd av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Närmare bestämmelser om vad som ska tas in i studerandehälsovården, i den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga, den hälsorådgivning och de återkommande hälsoundersökningar som hör till rådgivningsbyråtjänsterna och skolhälsovården samt om de specialundersökningar som ingår i skolhälsovården, de studerande som har rätt till studerandehälsovård, screening (23 §) och kostnader för rättsmedicinska undersökningar (75 §) utfärdas genom förordning av statsrådet. Avsikten är att närmare bestämmelser om en nationell och regional centralisering av den specialiserade sjukvården (45 §) utfärdas genom förordning av statsrådet. Dessa förordningar ska i huvudsak motsvara de nuvarande förordningarna.

Närmare bestämmelser om kompletterande utbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen (5 §), hjälpmedel för medicinsk rehabilitering (29 §), den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, grunderna och strukturen för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna och utbildningskraven för den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, fastställande av vårdnivåerna inom den prehospitala akutsjukvården samt om första insatsen (41 §), om betalning av statens utbildningserättning och forskningsfinansiering för hälsovetenskaplig forskning, om tillsättande av en utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgif-

ter (66 §), om fastställande av vad som är institutionsvård som ges inom den kommunala hälso- och sjukvården (67 §) utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på samma sätt som enligt den gällande lagstiftningen.

Som nya bemyndiganden att utfärda förordning kan tolkas att om vad som avtalas i plan om ordnande av hälso- och sjukvård (34 §) och i avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (43 §) utfärdas genom förordning av statsrådet. Avsikten är också att närmare bestämmelser om när läkemedel ges under uppsikt av en läkare eller tandläkare (68 §) utfärdas genom förordning av statsrådet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om en plan för kvalitetsledningen och verkställigheten av patientsäkerheten (8 §), uppgifterna vid centralerna för prehospital akutsjukvård (44 §), grunderna för brådskande vård och om villkoren i fråga om olika specialiteter när det gäller att ordna jour, om grunderna för ersättning av tjänster och om faktureringsförfarandet mellan kommuner (58 §) och om grunderna för fastställandet av utjämningsgränsen för exceptionellt stora kostnader (76 §).

3 Ikraftträdande

Det föreslås att lagarna träder i kraft den 1 maj 2011, dock så att prehospitala akutsjukvård ska med stöd av 39 § ordnas senast den 1 januari 2013. De avtal avseende sjuktransport som kommunen har ingått med stöd av folkhälsolagen löper ut senast den 31 december 2012. Det föreslås att lagens 48 § tillämpas från och med den 1 september 2014. Lagens 61 och 63 § 2 mom. tillämpas från och med den 1 januari 2012.

Åtgärder som verkställigheten av lagarna förutsätter får dock vidtas innan lagarna träder i kraft.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Till den del förslagen gäller den kommunala verksamheten ska de föreslagna bestämmelsernas förhållande till den kommunala

självstyrelsen enligt 121 § i grundlagen bedömas. Enligt 121 § 2 mom. i grundlagen ska bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård innehåller redan för närvarande bestämmelser om kommunens och sjukvårdsdistriktets förpliktelser att ordna hälso- och sjukvårdstjänster till sina invånare. Enligt förslaget sammanförs i lagen om hälso- och sjukvård de bestämmelser i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som gäller innehållet i verksamheten och tjänsterna till en ny lag om hälso- och sjukvård. Därtill ingår i förslaget ändringar till folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Regeringen anser att de föreslagna lagarna inte kränker de i grundlagen föreskrivna grundläggande fri- och rättigheterna eller den i grundlagen föreskrivna kommunala självstyrelsen så att de skulle begränsa kommun-

invånarnas rätt att besluta om förvaltningen och ekonomin i den egna kommunen. Grundandet av ett patientregister som är gemensamt för sjukvårdsdistrikten och den därmed sammanhängande regleringen om patientens samtycke, val av vårdplats, en precisering av bestämmelserna om vårdgaranti och en precisering av åldersgränsen för tillgång till psykiatriska tjänster för barn och unga innefattar emellertid synpunkter som har med de grundläggande fri- och rättigheterna att göra. Därför anser regeringen att det är önskvärt att på grund av den principiella betydelsen av dessa bestämmelser grundlagsutskottet ombes yttra sig om propositionen.

Regeringen anser att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

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

1.

Lag om hälso- och sjukvård

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 kap.

Allmänna bestämmelser

1 §

Tillämpningsområde

Denna lag tillämpas på tillhandahållandet av den hälso- och sjukvård som kommunerna enligt folkhälsolagen (66/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) har skyldighet att ordna, samt på innehållet i denna hälso- och sjukvård, om inte annat bestäms särskilt i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård.

Vad som i denna lag bestäms om kommuner gäller på motsvarande sätt samarbetsområden som avses i lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007).

Denna lag tillämpas inte på landskapet Åland, med undantag för bestämmelserna i 60 och 63 § om utbildningsersättning som ska betalas till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården.

2 §

Lagens syfte

Lagens syfte är att

1) främja och upprätthålla befolkningens hälsa, välfärd, arbets- och funktionsförmåga samt sociala trygghet,

2) minska hälsoskillnaderna mellan de olika befolkningsgrupperna,

3) säkerställa lika tillgång till och hög kvalitet på den service som befolkningen behöver samt trygga patientsäkerheten,

4) öka klientorienteringen i hälso- och sjukvårdstjänsterna, samt

5) förbättra primärvårdens verksamhetsbetingelser och förbättra samarbetet mellan aktörerna inom hälso- och sjukvården och mellan de olika kommunala sektorerna samt samarbetet med andra aktörer, i frågor som gäller främjandet av hälsa och välfärd och hur social- och hälsovården ska ordnas.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

1) *hälsofrämjande verksamhet* verksamhet som är inriktad på individen, befolkningen, samhällsgrupper och livsmiljön och som syftar till att upprätthålla och förbättra hälsan och arbets- och funktionsförmågan, påverka hälsans bestämningfaktorer, förebygga sjukdomar, olyckor och andra hälsoproblem och stärka den psykiska hälsan samt till att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper; hälsofrämjande verksamhet innebär också planmässig allokering av resurser på ett hälsofrämjande sätt,

2) *primärvård* uppföljningen av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering, företagshälsovård, miljö- och hälsoskydd samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvårdsarbete och al-

kohol- och drogarbete som kommunen ordnar, till den del de inte ordnas inom socialvården eller den specialiserade sjukvården; primärvård kan också benämnas folkhälsöarbete,

3) *specialiserad sjukvård* hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska specialområden som hänför sig till förebyggande av sjukdomar, undersökning, vård, prehospital akutsjukvård, jour och medicinsk rehabilitering;

4) *högspecialiserad sjukvård* sjukvård som på grund av sjukdomarnas sällsynthet, den specialiserade sjukvårdens krävande natur eller de särskilda krav som den specialiserade sjukvården ställer har fastställts som sådan sjukvård genom förordning av statsrådet,

5) *socialvård* de uppgifter som avses i 13 § 1 mom. i socialvårdslagen (710/1982) samt främjande av social trygghet och välfärd som avses i 13 § 2 mom. i nämnda lag,

6) *specialupptagningsområde* ett område som bestäms enligt 9 § i lagen om specialiserad sjukvård och som består av två eller flera sjukvårdsdistrikt.

4 §

Hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser

Kommunerna ska anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd, som utgör grunden för statsandelen för den kommunala basservicen, och för hälso- och sjukvårdstjänster. För uppgifter i samband med verkställandet av hälso- och sjukvård ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan multiprofessionell sakkunskap som främjar en högkvalitativ och trygg vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper samt utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder.

Inom kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska den personal som ansvarar för hälso- och sjukvården ha en sådan personalstruktur och personalstyrka som svarar mot behovet av verksamhet som främ-

jar hälsa och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området.

För funktioner inom hälso- och sjukvården ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt förfoga över ändamålsenliga lokaler och ändamålsenligt utrustning.

5 §

Skyldighet som gäller kompletterande utbildning

En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive den personal som är anställd hos en privat serviceproducent, hos vilken kommunen eller samkommunen skaffar tjänster, i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för dem. Vid utformningen av den kompletterande utbildningen ska längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är samt innehållet i uppgifterna beaktas.

Bestämmelser om de vad som ingår i den kompletterande utbildningen och om uppföljningen av utbildningen kan utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

6 §

Språket i samband med hälso- och sjukvårdstjänster

Enspråkiga kommuner och samkommuner för sjukvårdsdistrikt ska ordna hälso- och sjukvårdstjänsterna på kommunens eller samkommunens språk. Tvåspråkiga kommuner och i samkommuner som omfattar tvåspråkiga eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner ska ordna hälso- och sjukvårdstjänsterna på finska och svenska så att klienten eller patienten blir betjänad på det språk han eller hon väljer. Bestämmelser om patientens och klientens rätt att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 i § språklagen (423/2003).

Kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

Bestämmelser om rätten att använda samiska finns i samiska språklagen (1086/2003).

7 §

Enhetliga grunder för vård

Social- och hälsovårdsministeriet leder förverkligandet av de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd gör ministeriet upp de enhetliga grunderna för icke-brådskande vård. Institutet för hälsa och välfärd följer upp och bedömer hur grunderna för vård tillämpas i kommuner och samkommuner för sjukvårdsdistrikt. Kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska tillsammans övervaka att de enhetliga grunderna för vården tillämpas.

8 §

Kvalitet och patientsäkerhet

Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska basera sig på evidens och på god vårdpraxis och goda rutiner. Verksamheten ska vara högklassig och trygg och fullgöras på behörigt sätt.

Den kommunala primärvården ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalar.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och verkställigheten av patientsäkerheten. I planen ska beaktas samarbetet

med serviceproducenterna inom socialvården i syfte att främja patientsäkerheten.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskrivs om de frågor som det ska överenskommas om i planen.

9 §

Registret över patientuppgifter och behandling av patientuppgifter

Journalhandlingarna inom den kommunala primärvården och specialiserade vården för dem som bor inom området för en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt bildar ett gemensamt register över patientuppgifter inom hälso- och sjukvården. Alla verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som har anslutit sig till det gemensamma registret över patientuppgifter är registeransvariga till den del som gäller deras egna journalhandlingar.

Den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som vårdar patienten får använda uppgifter i det gemensamma registret för patientuppgifter som har registrerats av en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården i den omfattning som vården förutsätter. Patientens uttryckliga samtycke krävs inte för att patientuppgifter ska få användas i verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som har anslutit sig till det gemensamma registret för patientuppgifter. Patienten har emellertid rätt att förbjuda att uppgifter som har registrerats av en annan verksamhetsenhet används. Patienten får förbjuda användningen av uppgifter och återta ett sådant förbud när som helst.

För att möjliggöra förbudsrätten ska patienten ges en redogörelse om det gemensamma registret för patientuppgifter, om behandlingen av uppgifterna och om möjligheten att förbjuda utlämnande av uppgifter mellan verksamhetsenheter. Redogörelsen ska ges innan ett första utbyte av uppgifter mellan verksamhetsenheterna sker. I journalhandlingarna ska det göras en anteckning om att patienten har fått en redogörelse och antecknas de förbud mot utlämnande av uppgifter som patienten har meddelat.

Den som med hjälp av informationssystem använder uppgifter som har registrerats

av en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska följa upp användningen av patientuppgifterna på det sätt som förutsätts i 5 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). Det ska datatekniskt säkerställas att en vårdrelation existerar mellan patienten och den som framställt begäran om utlämnande.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska ansvara för den samordning som det gemensamma registret för patientuppgifter kräver, och se till att skyldigheterna enligt 2 och 3 mom. följs vid utlämnande av uppgifter med hjälp av informationssystem. Varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ansvarar för att de journalhandlingar som görs upp i den egna verksamheten registreras i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (523/1999).

10 §

Tjänsternas tillgänglighet och lika tillgång till tjänster

En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska ordna hälso- och sjukvårdstjänster så att de till sitt innehåll och sin omfattning svarar mot det medicinskt, odontologiskt och hälsovetenskapligt motiverade behov som uppskattats på basis av en uppföljning av välfärden, patientsäkerheten, den sociala tryggheten och hälsotillståndet hos invånarna i en kommun eller samkommun för ett sjukvårdsdistrikt och de faktorer som påverkar dessa.

En kommun och samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att de invånare som den ansvarar för har tillgång till service och att servicen är tillgänglig på lika villkor inom hela kommunens eller samkommunens område.

Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdstjänsterna i kommunen tillhandahålls tillräckligt nära invånarna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen regionalt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna.

2 kap.

Främjande av hälsa och välfärd

11 §

Beaktande av hälso- och välfärdskonsekvenser

En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska i samband med beredning av beslut och avgöranden bedöma och beakta de konsekvenser besluten och avgörandena har för befolkningens hälsa och välfärd.

12 §

Främjande av hälsa och välfärd i kommunerna

En kommun ska följa med kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som inverkar på dem inom varje befolkningsgrupp, samt följa med effekterna av de åtgärder inom den kommunala servicen som sätts in för att svara mot kommuninvånarnas välfärdsbehov. En rapport om kommuninvånarnas hälsa och välfärd och om de åtgärder som har vidtagits ska varje år lämnas till kommunfullmäktige, utöver vilket en mer omfattande välfärdsberättelse ska beredas till kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod.

Kommunerna ska i sin strategiska planering ställa upp mål för främjandet av hälsa och välfärd som baserar sig på lokala förhållanden och behov fastställa de åtgärder som stöder målen och som grund för dem använda kommunspecifika indikatorer för välfärd och hälsa.

Kommunen ska utse de instanser som ansvarar för den hälso- och välfärdsfrämjande verksamheten. De olika kommunala sektorerna ska samarbeta för att främja välfärd och hälsa. Dessutom ska kommunen samarbeta med andra offentliga och privata företag och allmännyttiga samfund som är verksamma i kommunen. Om social- och hälsovård tillhandahålls i form av samarbete mellan flera kommuner ska samarbetsområdet delta som sakkunnig i samarbetet mellan de olika sek-

torerna och i bedömningen av de sociala konsekvenserna och hälsokonsekvenserna i de kommuner som hör till området.

13 §

Hälsorådgivning och hälsoundersökningar

Kommunen ska ordna hälsorådgivning som bidrar till att främja hälsan och välfärden och förebygga sjukdomar hos dem som bor inom kommunens område. Hälsorådgivning ska ingå i all service i hälso- och sjukvård.

Kommunen ska se till att sådana hälsoundersökningar genomförs som är nödvändiga för att följa och främja hälsan och välfärden hos dem som bor inom kommunens område. Hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna ska bidra till att främja arbets- och funktionsförmågan och förebygga sjukdomar samt främja psykisk hälsa och livskompetens. Hälsoundersökningar och hälsorådgivning ska också ordnas för unga personer och personer i arbetsför ålder som faller utanför studerande- eller företagshälsovården. Kommunen ska dessutom se till att de som bor inom kommunens område har tillgång till preventivrådgivning och annan service som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan.

Hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna ska bilda en funktionell helhet tillsammans med den övriga service som kommunen tillhandahåller.

14 §

Screening

En kommun ska ordna screening inom sitt område i enlighet med det nationella screeningprogrammet. Utöver detta kan kommunen ordna screening och hälsoundersökningar i syfte att konstatera en viss sjukdom eller dess förstadium eller för att upptäcka sjukdomsalstrare.

15 §

Rådgivningsbyråttjänster

En kommun ska ordna rådgivningsbyråttjänster på sitt område för gravida kvinnor

och familjer som väntar barn samt för barn under läropliktsålder och för deras familjer.

Till rådgivningsbyråttjänsterna hör

1) att regelbundet och utifrån det individuella behovet övervaka och främja fostrets sunda tillväxt, utveckling och välfärd samt främja hälsan hos gravida kvinnor och kvinnor som fött barn,

2) främja barnets sunda tillväxt, utveckling och välfärd samt följa upp dessa i genomsnitt en gång i månaden under barnets första levnadsår och därefter årligen och utifrån det individuella behovet,

3) att följa med barnets munhälsa åtminstone vart annat år,

4) att stödja föräldraskapet och familjens allmänna välfärd,

5) att främja en hälsosam hem- och annan uppväxt- och utvecklingsmiljö för barnet samt sunda levnadsvanor i familjen,

6) att i ett tidigt skede identifiera barnets och familjens behov av särskilt stöd och undersökningar och att stödja barnet och familjen och vid behov hänvisa dem till undersökningar eller vård.

När den kommunala primärvården ordnar rådgivningsbyråttjänster ska den samarbeta med instanser som svarar för förskolepedagogik, barnskydd och annan socialvård, specialiserad sjukvård samt med andra relevanta instanser.

16 §

Skolhälsovård

En kommun ska ordna skolhälsovårdstjänster för eleverna vid de läroanstalter i kommunen som ger grundläggande utbildning. Till skolhälsovården hör också hälso- och sjukvården under den tid eleven deltar i arbetslivsorientering.

Till skolhälsovårdstjänsterna hör

1) att främja en sund och trygg skolmiljö och främja välbefinnandet i skolsamfundet samt följa upp detta med tre års mellanrum,

2) att följa med och främja elevernas uppväxt och utveckling samt deras hälsa och välfärd enligt årsklass,

3) att stödja elevernas föräldrar och vårdnadshavare i fostringsarbetet,

4) att tillhandahålla mun- och tandvård för eleverna, i vilken ingår kontroll av munhälsan åtminstone tre gånger samt enligt det individuella behovet,

5) att i ett tidigt skede identifiera och stödja elevens behov av särskilt stöd eller undersökningar och att stödja egenvård av långvarigt sjuka barn i samarbete med de andra aktörerna inom elevvården samt vid behov hänvisa barnet till ytterligare undersökningar och fortsatt vård,

6) att tillhandahålla de specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av elevens hälsotillstånd.

När kommunen ordnar skolhälsovård ska den samarbeta med föräldrar och vårdnadshavare, med annan elevvårds- och undervisningspersonal samt med andra relevanta instanser.

Skolhälsovården är en del av de elevvårdstjänster som avses i 31 a § 2 mom. i lagen om grundläggande utbildning (628/1998). Den myndighet som svarar för primärvården i kommunen ska delta i utarbetandet av läroplanen enligt 15 § i lagen om grundläggande utbildning till den del den gäller elevvården och samarbetet mellan läroanstalten och hemmet.

Kommunen svarar för skäligena kostnader för elevens och en behövlig ledsagares resa i samband med skolhälsovård, om det inte går att kombinera resan med skolresan.

Om specialundersökning har anskaffats för en elev som omfattas av skolhälsovård och som inte är invånare i den kommun som är huvudman för hälsovårdscentralen, ska elevens hemkommun ersätta den hälsovårdscentral som har anskaffat specialundersökningen kostnaderna för undersökningen och de skäligena kostnaderna för elevens och en behövlig ledsagares resa.

17 §

Studerandehälsovård

Den kommunala primärvården ska ordna studerandehälsovårdstjänster för de studerande vid gymnasier, läroanstalter som ger grundläggande yrkesutbildning samt högskolor och universitet i kommunen, oberoende av de studerandes hemort. Studerandehälso-

vården för studerande vid universitet och yrkeshögskolor kan med kommunens samtycke också ordnas på något annat sätt som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har godkänt. Till studerandehälsovården hör också hälsovården under den tid den studerande deltar i arbetspraktik.

Till studerandehälsovården hör

1) att främja en sund studiemiljö och främja välbefinnandet i studiesamfundet samt att följa upp detta med tre års mellanrum,

2) att följa och främja de studerandes hälsa och välfärd samt studieförmågan, vilket omfattar två återkommande hälsoundersökningar för gymnasieelever och studerande i yrkesläroanstalt och hälsoundersökningar för alla studerande enligt det individuella behovet,

3) att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för studerande, vilka inbegriper tjänster inom mentalvårdsarbete och alkohol- och drogärbete, främjande av den sexuella hälsan och mun- och tandvård,

4) att i ett tidigt skede identifiera behovet av särskilt stöd eller undersökningar hos studerande samt att stödja de studerande och vid behov hänvisa dem till ytterligare undersökningar eller fortsatt vård.

När den kommunala primärvården ordnar tjänster inom studerandehälsovården ska den samarbeta med föräldrar och vårdnadshavare till minderåriga studerande, med annan studerandevårds- och undervisningspersonal och med andra relevanta instanser.

Studerandehälsovården är en del av elevvården enligt 37 a § i lagen om yrkesutbildning (630/1998) och 29 a § i gymnasielagen (629/1998). Den myndighet som svarar för den kommunala primärvården ska delta i utarbetandet av läroplanen enligt 11 § i gymnasielagen och 14 § i lagen om yrkesutbildning till den del den gäller studerandevården och samarbetet mellan läroanstalten och hemmet.

18 §

Företagshälsovård

För arbetstagare som arbetar på arbetsplatserna i kommunen ska kommunen ordna sådana företagshälsovårdstjänster som bestäms i 12 § i lagen om företagshälsovård (1383/2001) eller i andra författningar.

För företagare och andra som för egen räkning utför arbete inom kommunens område ska kommunen i tillämpliga delar ordna företagshälsovård som avses i 12 § i lagen om företagshälsovård och i bestämmelser som har utfärdats med stöd av den.

En kommun kan med en arbetsgivare som är verksam inom kommunens område avtala om att kommunens hälsovårdscentral ska ordna sådana sjukvårds- och övriga hälsovårdstjänster som avses i 14 § i lagen om företagshälsovård för de arbetstagare som är anställda hos arbetsgivaren. Motsvarande avtal kan också ingås med företagare och andra som för egen räkning utför arbete.

19 §

Hälso- och sjukvård för sjömän

Björneborg, Fredrikshamn, Helsingfors, Jakobstad, Kemi, Kotka, Nyslott, Raumo, Uleåborg, Vasa och Åbo ska

1) för sjömän, oberoende av deras hemort, upprätthålla hälso- och sjukvårdstjänster som omfattar mun- och tandvård,

2) för sjömän, oberoende av på vilken ort rederiet finns, anordna sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren ska svara för enligt 12 § i lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar.

20 §

Rådgivningstjänster för äldre

Kommunen ska se till att personer som får ålderspension och är bosatta inom kommunens område har tillgång till rådgivningstjänster som främjar deras välfärd, hälsa och funktionsförmåga.

Till rådgivningstjänsterna hör

1) att tillhandahålla rådgivning som syftar till att främja sunda levnadsvanor och förebygga sjukdomar och olyckor,

2) att identifiera hälsoproblem som beror på försvagad hälsa och funktionsförmåga hos äldre kommuninvånare och ge tidigt stöd i samband med hälsoproblemen,

3) att ge handledning beträffande sjukvård och säker läkemedelsbehandling.

Kommunen kan också ordna hälsokontroller som främjar de äldre kommuninvånarnas hälsa samt välfärdsfrämjande hembesök på det sätt som särskilt överenskoms i kommunen. Den kommunala primärvården ska samarbeta med socialvården när den ordnar rådgivningstjänster och välfärdsfrämjande hembesök för de äldre.

21 §

Miljö- och hälsoskydd

En kommun ska ordna miljö- och hälsoskyddstjänster inom sitt område på det sätt som bestäms i lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009).

Bestämmelser om miljö- och hälsoskydd finns i hälsoskyddslagen (763/1994), livsmedelslagen (23/2006), kemikalielagen (744/1989), lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning (693/1976), lagen om konsumtionsvarors och konsumenttjänsters säkerhet (75/2004) och veterinärvårdslagen (765/2009).

22 §

Intyg

En kommun ska se till att invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd, när ett sådant behövs enligt lag eller är nödvändigt med tanke på invånarens eller patientens vård, utkomst och studier eller av någon annan jämförbar orsak.

23 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Genom förordning av statsrådet kan vid behov utfärdas närmare bestämmelser om vad som ska tas in i studerandehälsovården och den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga samt i den hälsorådgivning och de återkommande hälsoundersökningar som hör till rådgivningsbyråttjänsterna och skolhälsovården. Närmare bestämmelser kan också utfärdas om de specialundersökningar som ingår i skolhälsovården samt om scree-

ning. Genom förordning av statsrådet utfärdas också närmare bestämmelser om vilka studerande vid läroanstalter som har rätt till studerandehälsovård.

3 kap.

Sjukvård

24 §

Sjukvård

Kommunerna ska ordna sjukvårdstjänster för dem som bor inom kommunens område. Till sjukvårdstjänsterna hör

1) att undersöka sjukdomar, fastställa medicinska och odontologiska diagnoser och ge vård samt att ge den medicinska rehabilitering som behövs,

2) att förebygga och bota sjukdomar samt att ge lindring,

3) att ge handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och patientens egenvård,

4) att i ett tidigt skede identifiera hälsoproblem hos patienter som behöver särskilt stöd, särskilda undersökningar och särskild vård, att behandla hälsoproblemen och hänvisa patienten till fortsatt vård.

Sjukvården ska genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk vård och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete. Vården genomförs i form av öppenvård när detta är möjligt med beaktande av patientsäkerheten.

För genomförandet av vården och rehabiliteringen ska det göras upp en vård- eller rehabiliteringsplan enligt 4 a § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992).

25 §

Hemsjukvård

Kommunerna ska ordna hemsjukvårdstjänster för dem som bor inom kommunens område. Hemsjukvård genomförs enligt vård- och serviceplanen eller är sådan tillfäl-

lig hälso- och sjukvårdsservice som tillhandahålls på ett multiprofessionellt sätt på patientens bostadsort, i dennes hem eller liknande. De förbrukningsartiklar enligt vårdplanen som används i hemsjukvården ingår i vården.

Hemsjukhusvård är tidsbunden, effektiviserad hemsjukvård. Den kan ordnas inom ramen för primärvården, den specialiserade sjukvården eller som ett samarbete mellan dessa. De mediciner som ges och de förbrukningsartiklar enligt vårdplanen som används i hemsjukhusvården ingår i vården.

26 §

Mun- och tandvård

Kommunen ska ordna mun- och tandvårdstjänster för kommuninvånarna. Om vården ges i perioder ska det finnas odontologiskt motiverade skäl till detta. Till mun- och tandvårdstjänsterna hör

1) att främja och följa munhälsan hos befolkningen,

2) hälsorådgivning och hälsoundersökningar,

3) att undersöka, förebygga och behandla munsjukdomar,

4) att i ett tidigt skede identifiera patientens behov av särskilt stöd och undersökningar samt att vårda patienten och vid behov hänvisa denne till ytterligare undersökningar och fortsatt vård.

När den kommunala primärvården ordnar mun- och tandvårdstjänster ska den samarbeta med den specialiserade sjukvården, med den övriga hälso- och sjukvården samt med socialvårdspersonalen.

27 §

Mentalvårdsarbete

En kommun ska ordna sådant mentalvårdsarbete som behövs för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och som syftar till att stärka de faktorer som skyddar individens och gemenskapens psykiska hälsa och till att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan.

Mentalvårdsarbete enligt denna lag omfattar

1) sådan handledning och rådgivning beträffande de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna samt, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen,

2) verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och gemenskapen i plötsliga och upprörande situationer,

3) mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning och behandling samt medicinsk rehabilitering i samband med mentala störningar.

Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en funktionell helhet tillsammans med den kommunala social- och hälsovården.

Bestämmelser om mentalvårdsarbete finns också i mentalvårdslagen (1116/1990).

28 §

Alkohol- och drogarbete

En kommun ska ordna sådan service inom alkohol- och drogarbetet som behövs för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och som syftar till att stärka de faktorer som främjar alkohol- och drogfrihet hos individen och gemenskapen och till att minska eller avlägsna sådana faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten.

Alkohol- och drogarbete enligt denna lag omfattar

1) handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv samt de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten, samt

2) undersökning, vård och rehabilitering i samband med alkohol- och drogrelaterade sjukdomar.

Det alkohol- och drogarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en

funktionell helhet tillsammans med det övriga alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet i kommunerna.

Bestämmelser om alkohol- och drogarbete finns också i lagen om missbrukarvård (41/1986).

29 §

Medicinsk rehabilitering

Kommunen ska ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård av patienter.

Medicinsk rehabilitering omfattar

1) rådgivning och handledning som gäller rehabilitering,

2) utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga samt rehabiliteringsbehov,

3) en rehabiliteringsundersökning, genom vilken patientens rehabiliteringsmöjligheter utreds,

4) terapier som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan samt andra behövliga åtgärder som främjar rehabilitering,

5) hjälpmedelstjänster,

6) anpassningsträning,

7) rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård som består av i punkten 1–6 nämnda behövliga åtgärder.

Kommunen ansvarar för planeringen av patientens medicinska rehabilitering så att rehabiliteringen bildar en funktionell helhet tillsammans med den vård som behövs. Behovet av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska fastställas i en individuell, skriftlig rehabiliteringsplan. Kommunen ansvarar dessutom för styrningen och övervakningen av rehabiliteringsservicen samt utser vid behov en kontaktperson för rehabilitering för patienten.

Kommunen är inte skyldig att ordna rehabilitering enligt 1 mom. om ordnandet av medicinsk rehabilitering med stöd av 9 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) hör till Folkpensionsanstaltens uppgifter. Kommunen ska emellertid ordna den medicinska rehabilitering som fastställs i rehabiliteringsplanen i det fall att det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för re-

habiliteringen. Om Folkpensionsanstalten ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabiliteringen ska den ersätta kommunen de kostnader som rehabiliteringen har föranlett.

Vad som i 1 mom. är stadgat om medicinsk rehabilitering tillämpas likväl inte på kostnader för anskaffning av hjälpmedel, handledning i användningen av dessa samt underhåll och förnyande av dem, om behovet av hjälpmedel grundar sig på skada eller yrkesjukdom som anges i lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/1981), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen (279/1959) eller motsvarande, tidigare gällande lag.

Social- och hälsovårdsministeriet kan genom förordning utfärda närmare bestämmelser om grunderna för utlämnande av hjälpmedel.

30 §

Samarbete och hänvisning till annan rehabilitering

Om en person behöver sådan rehabilitering som inte enligt bestämmelserna hör till kommunens uppgifter och som det inte är ändamålsenligt att ordna inom primärvården, ska kommunen se till att personen i fråga ges information om andra rehabiliteringsmöjligheter. Personen ska hänvisas efter behov till sjukvårdsdistriktet, till socialvårdsmyndigheterna, myndigheterna inom arbetsförvaltningen eller undervisningsmyndigheterna, till Folkpensionsanstalten eller till någon annan som tillhandahåller dessa tjänster i samarbete med de instanser som ordnar rehabilitering.

Samordningen av tjänsterna med andra rehabiliteringsgivare fastställs i patientens individuella rehabiliteringsplan. I lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003) finns bestämmelser om principerna för de olika förvaltningsområdenas samarbete och klienternas ställning samt om de tillvägagångssätt som ska följas vid arbetet.

31 §

Handräckning

Den kommunala primärvården ska ge polisen handräckning för utförande av klinisk undersökning av levande personer och yttre besiktning av avlidna.

Kommunen är dessutom skyldig att ge fängvårdsmyndigheterna handräckning för utförande av rättsmedicinsk undersökning när det gäller klinisk undersökning av levande personer i de fall som avses i 16 kap. 6 § i fängselagen (767/2005) och i 11 kap. 6 § i häktninglagen (768/2005). Kommunen är också skyldig att förordna en läkare inom primärvården att tjänstgöra som läkare vid undersökning av värnpliktiga då uppståndsmyndigheterna anhållit om detta hos det organ som avses i 6 § 1 mom. i folkhälsolagen.

4 kap.

Samarbete inom hälso- och sjukvården samt regional service

32 §

Samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården

När den kommunala primärvården eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ordnar verksamhet som främjar hälsa och välfärd och i denna lag avsedda hälso- och sjukvårdstjänster ska den, utöver det som bestäms någon annanstans i denna lag, samarbeta med socialvården så som förutsätts för att uppgifterna ska kunna fullgöras på behörigt sätt och så som patientens behov av vård och social- och hälsovårdstjänster förutsätter.

33 §

Samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för samordningen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens och primärvårdens behov. Samkommunen för ett

sjukvårdsdistrikt ska i samarbete med den kommun som ansvarar för primärvården planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att primärvården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. I helheten ska beaktas att tjänster inom den specialiserade sjukvården ska tillhandahållas på ett ändamålsenligt sätt i samband med primärvården och vid enheterna inom den specialiserade sjukvården.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska tillhandahålla hälsovårdscentralerna inom sitt område sådana till den specialiserade sjukvården hörande tjänster som det inte är ändamålsenligt att primärvården producerar, samt ansvara för att utvecklandet styrs och kvaliteten övervakas i fråga om den laboratoriservice och diagnostiska avbildningsservice, medicinska rehabilitering samt andra motsvarande specialtjänster som den kommunala hälso- och sjukvården tillhandahåller.

Dessutom ansvarar samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område för forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller samkommunens uppgiftsområde samt för samordningen av den kommunala hälso- och sjukvårdens informationssystem. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för att specialiserad sjukvård ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder.

34 §

Plan för ordnande av hälso- och sjukvård

Kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård som baserar sig på uppföljningsuppgifter om befolkningens hälsa och uppgifter om befolkningens servicebehov i området. Kommunerna ska förhandla om planen med samkommunen för sjukvårdsdistriktet.

I planen ska det överenskommas om samarbetet mellan kommunerna, om målen för den hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamheten och om de instanser som ansvarar för verksamheten, om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster, om jourtjänster, diagnostisk avbildningsservice och tjänster inom medicinsk rehabilitering samt om det

samarbete som behövs mellan aktörerna inom primärvården, den specialiserade vården, socialvården, läkemedelsförsörjningen och andra aktörer.

Planen ska göras upp för varje fullmäktigeperiod och godkännas i samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt. En förutsättning för godkännandet är att minst två tredjedelar av kommunerna i samkommunen understöder den och att dessa kommuners invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i alla kommuner i samkommunen. Kommunerna och samkommunen ska varje år tillsammans bedöma utfallet av planen och vid behov göra ändringar i den.

Närmare bestämmelser om frågor som det ska överenskommas om i planen för ordnande av hälso- och sjukvård kan utfärdas genom förordning av statsrådet.

35 §

Enheter inom primärvården

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska ha en enhet inom primärvården som har multiprofessionell sakkunskap på hälsoområdet och som stöder utarbetandet av en plan för ordnande av hälso- och sjukvård i enlighet med 34 §.

Enheter inom primärvården tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsverksamheten, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och den kompletterande utbildningen inom primärvården samt sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården, primärvården och, i tillämpliga delar, socialväsendet.

36 §

Regionalt främjande av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska erbjuda sakkunskap och stöd till kommunerna genom att ordna utbildning, sammanställa uppföljningsuppgifter som gäller välfärd och hälsa samt genom att se till att dokumenterat effektiva handlingsmodeller och

goda rutiner för förebyggande av sjukdomar och problem sprids till kommunerna.

Regionala strategier och planer för främjande av hälsa och välfärd ska beredas i samarbete med kommunerna, med beaktande av verksamheten i de olika kommunala sektorerna.

37 §

Utveckling, utbildning och forskning vid hälsovårdscentraler

Hälsovårdscentralen ska på behörigt sätt sörja för ordnandet av multiprofessionell forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamhet. Kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för detta. Hälsovårdscentralen ska samarbeta med enheten inom primärvård inom sjukvårdsdistriktet samt med andra hälsovårdscentraler. Hälsovårdscentralen ska tillsammans med enheten inom primärvård delta i utvecklandet av primärvården enligt nationella riktlinjer.

Lärare vid universitetens medicinska, odontologiska och hälsovetenskapliga utbildningsenheter eller lärare i hälsovård vid yrkeshögskolorna kan enligt eget samtycke ha en tjänst som bisyssla vid en hälsovårdscentral.

Hälsovårdscentralen kan anlitas för utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal enligt överenskommelse mellan en högskola eller någon annan myndighet eller organisation med utbildningsansvar och en kommun.

Tjänsteinnehavare som utför folkhälsoarbete i den kommun som är huvudman för en hälsovårdscentral ska medverka i tillhandahållandet av utbildning enligt 1 mom. så som anges närmare i avtalet mellan hälsovårdscentralen och utbildningsanordnaren.

38 §

Regional beredskap för hälso- och sjukvård och statens medverkan i upprätthållande av beredskapen

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska i samråd med kommunerna inom sitt område besluta om den regionala beredskapen för hälso- och sjukvård i hanteringen av stor-

olyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska dessutom i samråd med kommunerna inom sitt område utarbeta en regional beredskapsplan för hälso- och sjukvård.

Staten kan medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och i hanteringen av exceptionella situationer genom att finansiera sådan verksamhet som det av särskilda skäl är ändamålsenligt att finansiera med statsmedel. För verksamheten kan social- och hälsovårdsministeriet utse och bemyndiga aktörer på riksnivå.

39 §

Prehospital akutsjukvård

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

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

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospitala akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning den personal som deltar i den prehospitala akutsjukvården ska ha, målen när det gäller insatstiden samt andra omständigheter som är nödvändiga med tanke på organiserandet av denna vård i området. Den prehospitala akutsjukvården bör i beslutet om servicenivån definieras så, att den är effektiv och ändamålsenlig och att den beaktar situationer där verksamheten är utsatt för hög belastning.

40 §

Den prehospitala akutsjukvårdens innehåll

Den prehospitala akutsjukvården omfattar

1) brådskande vård av patienten som plötsligt insjuknat eller skadats primärt utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för uppdrag enligt sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienten till den enligt medicinsk bedömning mest ändamålsenliga vårdenheten,

2) vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen,

3) medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter och aktörer, och

4) handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitala akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insattiden i fråga om en plötsligt insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger sådan livräddande första hjälp som definieras i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården.

41 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Den prehospitala akutsjukvårdens uppgifter, bestämmelser om grunderna för fastställandet av servicenivån för den prehospitala akutsjukvården och beslutets form, grunderna för fastställande av arbetsuppgifterna samt utbildningskraven i fråga om den personal som medverkar i den prehospitala akutsjukvården, definieringar av bas- och vårdnivå inom den prehospitala akutsjukvården samt

om första insatsen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

5 kap.

Specialupptagningsområden

42 §

Specialupptagningsområdets uppgifter

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans ordna specialiserad sjukvård inom sitt område. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus skall ordna högspecialiserad sjukvård inom sitt i 9 § i lagen om specialiserad sjukvård nämnda område.

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och kompletterande utbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen samt organisera den vetenskapliga forsknings- och utvecklingsverksamheten.

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans planera och samordna produktionen av tjänster, informationssystemlösningar, medicinsk rehabilitering och olika anskaffningar inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten tillsammans med utbildningsmyndigheterna och arbetsförvaltningen samordna hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande utbildning, fortsatta utbildning och kompletterande utbildning samt tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet.

43 §

Avtal om ordnande av specialiserad sjukvård

För att samordna den specialiserade sjukvården ska samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ingå avtal om ordnandet av specialiserad

sjukvård. Ett avtal ska upprättas för varje fullmäktigeperiod. Fullföljandet av avtalet ska bedömas varje år i samråd med kommunerna och sjukvårdsdistrikten inom området, och vid behov ska ändringar göras i avtalet.

I avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård ska det överenskommas om arbetsfördelningen och samordningen av verksamheten mellan samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdet och om principerna för införande av nya metoder. Arbetsfördelningen ska främja hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerheten samt hälso- och sjukvårdens genomslagskraft, produktivitet och effektivitet. I arbetsfördelningen ska det också säkerställas att det vid den verksamhetsenhet som ger vård enligt avtalet finns tillräckliga ekonomiska och personella resurser och tillräcklig kompetens.

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten ska godkänna avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård i det organ som avses i 81 § 1 mom. i kommunallagen (365/1995).

Närmare bestämmelser om frågor som det ska avtalas om i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård kan utfärdas genom förordning av statsrådet. Om samkommunerna inte kan enas om hur den specialiserade sjukvården ska ordnas, eller om avtalet om ordnande av inte uppfyller villkoren enligt 2 mom., kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

44 §

Samarbete mellan samkommuner för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden

Samkommuner för sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialupptagningsområden kan ingå avtal om samarbete i fråga om den specialiserade sjukvården, om detta är nödvändigt för att trygga en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter eller för att förverkliga den arbetsfördelningen inom hälso- och sjukvårdstjänsterna.

45 §

Centralisering av specialiserad sjukvård

På riksomfattande nivå kan en del av åtgärderna och vården inom den högspecialiserade sjukvården centraliseras till vissa specialupptagningsområden. Det ska genom förordning av statsrådet utfärdas vilka undersökningar, åtgärder och behandlingar som hör till den högspecialiserade sjukvården. Genom förordning av statsrådet föreskrivs också om nationell och regional centralisering av högspecialiserad sjukvård och om de verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska ansvara för den högspecialiserade sjukvård som ska centraliseras. Om det är mest praktiskt att skaffa de tjänster inom den högspecialiserade sjukvården som ska centraliseras på riksomfattande nivå från privata serviceproducenter eller från utomlands kan det genom förordning av statsrådet fastställas kvalitetskrav för en serviceproducents verksamhet och övriga krav för att säkerställa lämpligheten av vården.

46 §

Central för prehospitalet akutsjukvård

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

Centraler för prehospital akutsjukvård ska

1) inom sitt område ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare,

2) planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet,

3) samordna planerade patientförflyttningar mellan vårdinrättningarna inom sitt område,

4) ansvara för myndighetsradionätets regionala huvudadministratörsfunktioner inom social- och hälsovårdsväsendet och för en del av underhållet av myndigheternas fältledningssystem, och

5) samordna de alarmanvisningar av hälsoväsendet som ges till Nödcentralverket.

Närmare bestämmelser om uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård utfärdas vid behov genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

6 kap.

Att få vård

47 §

Val av vårdplats för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsostation vid sin hemkommuns hälsovårdscentral han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kapitlet. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsostation både hos den hälsostation som han eller hon anlitat för närvarande och hos den valda hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsostationen senast inom tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral och hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Om en person på grund av arbete, studier, fritid, en nära anhörig eller annan närstående persons boende eller av någon annan orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas utanför sin hemkommun, får den berörda personen för genomförande av vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänster i någon annan kommun utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen ändras. Personen ska göra en anmälan om sitt val på det sätt som bestäms i 1 mom.

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, får den berörda personen välja vilken vårdgivande verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården han eller hon vill anlita inom det specialupptagningsområde där hemkommunen finns. Den vårdgivande enheten får också väljas inom ett annat specialupptagningsområde, om detta är nödvändigt för att trygga en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter. Vårdplatsen ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

I de situationer som nämns i 2 mom. kan en person, för genomförande av specialiserad sjukvård enligt den individuella vårdplanen, anlita en kommunal verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården i ett annat specialupptagningsområde än det specialupptagningsområde där personens hemkommun finns, utan att vårdansvaret överförs. Vårdplatsen ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Studier vid högskolor och andra läroanstalter inom ett specialupptagningsområde ska under den tid då de på grund av sina studier vistas inom ett annat specialupptagningsområde beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet som hör till sjukvårdsdistriktet inom detta specialupptagningsområde. Detsamma gäller dem som på grund av sitt arbete vistas på främmande ort eller då någon annan omständighet oundgängligen kräver att sjukvård ges i ett sjukvårdsdistrikt inom ett annat specialupptagningsområde.

48 §

Utvidgat val av vårdplats för icke-brådskande vård

En person får välja den hälsovårdscentral och hälsostation vid hälsovårdscentralen som ska ansvara för personens primärvård och som han eller hon vill anlita för att få de tjänster som avses i 2 och 3 kapitlet. En skriftlig anmälan om valet ska lämnas till hälsovårdscentralen i den kommun som har vårdansvaret och till hälsovårdscentralen i den valda kommunen. Vårdansvaret övergår till hälsovårdscentralen i den valda kommunen senast inom tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral och hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral och hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet. Valet gäller inte skolhälsovård enligt 16 §, studerandehälsovård enligt 17 § eller långvarig institutionsvård. Kommunen har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § i denna lag utanför sitt eget område.

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den speciali-

serade sjukvården, får den berörda personen välja vilken verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården han eller hon vill anlita för att få vård. Vårdplatsen ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

49 §

Andra valmöjligheter

Patienten har möjlighet att vid en enhet inom hälso- och sjukvården, inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten vid verksamhetsenheten tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne. Fortsatt vård av en patient ska förverkligas genom att patienten hänvisas till vård av den läkare eller tandläkare som tidigare har skött honom eller henne alltid då det är möjligt vid ett ändamålsenligt ordnande av vården.

50 §

Brådskande vård

Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. En patient som har intagits för brådskande vård får flyttas till en plats för fortsatt vård som fastställs på basis av patientens hemkommun, när patientsäkerheten och den mottagande enhetens möjligheter att ordna behövlig fortsatt vård har säkerställts.

För brådskande vård ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordna jour dygnet runt. Jourplatserna och deras arbetsfördelning ska fastställas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård och, i fråga om krävande specialiserad sjukvård, i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. I samband med beslut om jourplatser ska hänsyn tas till den prehospitla akutsjukvården i området, avstånden mellan jourplatserna samt kvaliteten och patientsäkerheten dygnet runt när det gäller brådskande vård.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov utfärdas bestämmelser om grunderna för brådskande vård och om villkoren i fråga om olika specialiteter när det gäller att ordna jour.

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.

52 §

Att få vård inom den specialiserade sjukvården

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt svarar för att behovet av både brådskande och på remiss grundad vård bedöms och vård tillhandahålls enligt enhetliga medicinska eller odontologiska grunder. För att en person ska kunna intas på ett sjukhus för icke-

brådskande sjukvård förutsätts en på läkar- eller tandläkarundersökning grundad remiss.

Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som samkommunen ansvarar för. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist eller särskilda diagnostiska utbildnings- eller laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom sjukvårdsdistriktet.

Vård och rådgivning som på basis av bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet konstaterades.

Om det är ändamålsenligast att behandlingen av en sjukdom eller ett symptom som konstaterats hos en person ges vid en hälsovårdscentral, ska patienten hänvisas till hälsovårdscentralen i fråga för vård och hälsovårdscentralen ska ges nödvändiga vårdanvisningar.

53 §

Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist eller särskilda diagnostiska utbildnings- eller laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i sjukvårdsdistriktet.

Vård som på basis av 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.

54 §

Skyldighet för en kommun eller samkommun för ett sjukvårdsdistrikt att anskaffa tjänster från någon annan

Om en kommun eller samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inte själv kan ge vård inom de längsta väntetider som anges i 51-53 §, ska den ordna vården genom att anskaffa den från någon annan serviceproducent.

55 §

Offentliggörande av väntetider och bemyndigande att utfärda förordning

En kommun och 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.

För att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna kan genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om när patienten bör bli undersökt och få vård samt om offentliggörandet av väntetider.

56 §

Förhandstillstånd att söka vård i EU och EES-området eller i Schweiz

Om samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inte inom föreskrivna längsta väntetider kan ordna sådan vård som avses i 52 och 53 § i Finland, ska den på patientens begäran ge denne förhandstillstånd att på bekostnad av

samkommunen söka vård i medlemsstaterna inom Europeiska Unionen eller Europeiska ekonomiska samarbetsområdet eller Schweiz. När förhandstillstånd beviljas ska patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas.

Ändring i beslut om förhandstillstånd som fattas av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan sökas så som bestäms i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

57 §

Ansvar för hälsovården och sjukvården vid verksamhetsenheterna

Vid varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska det finnas en ansvarig läkare. Den ansvariga läkaren ska leda och övervaka hälsovården och sjukvården vid verksamhetsenheten.

Beslut om inledande och avslutande av en patients sjukvård och om förflyttning av en patient till en annan verksamhetsenhet fattas av den ansvariga läkaren eller enligt dennes anvisningar av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

När kommunen anskaffar tjänster enligt denna lag från en privat serviceproducent som avses i 4 § 1 mom. 4 punkten i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992), ska kommunen ha den personal som behövs för att utföra sådana uppgifter vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvård som innebär utövande av offentlig makt. En person vars uppgifter omfattar utövning av offentlig makt ska stå i tjänsteförhållande till kommunen.

58 §

Patientens hemkommuns ansvar för vårdkostnaderna

Om en sådan patient vårdas vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som inte är invånare i den kommun som är huvudman för verksamhetsenheten eller i den kommun som är huvudman för samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt, ska den kommun eller samkommun som ansvarar för ordnandet av vård betala ersättning för vården,

om inte något annat bestäms om ersättning av vårdkostnader någon annanstans.

Ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården följer med sin verksamhet eller när samkommunen fakturerar sina medlemskommuner. Från ersättningen avdras de klientavgifter som patienten har betalat för vården samt övriga verksamhetsintäkter som serviceproducenten har fått i samband med vården. Klientavgiften bestäms enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och baserar sig på beslut av den kommun som tillhandahåller tjänsterna. Bestämmelser om grunderna för ersättning av tjänsterna och om faktureringsförfarandet kan utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

7 kap.

Ordnande av undervisning och forskning

59 §

Statens utbildningsersättning till universitetssjukhus

Till samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus betalas ersättning av statsmedel för kostnader som förorsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på basis av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

Utbildningsersättning som baserar sig på antalet examina betalas dock inte för vissa specialläkarexamina och specialtandläkarexamina som det föreskrivs om genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Om sådan utbildning ges vid ett universitetssjukhus betalas till den samkommun som är huvudman för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på basis av antalet realiserade utbildningsmånader.

Varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning ska kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina.

60§

Statens utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus

Om grundutbildning för läkare eller tandläkare ges vid någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än vid ett universitetssjukhus, betalar den samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus ersättning till den berörda offentliga serviceproducenten eller någon serviceproducent som angetts genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på det sätt som parterna har kommit överens om.

Om ett universitet för specialiseringsutbildning för läkare eller tandläkare anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus, betalas på kalkylmässiga grunder till en kommun, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller någon annan serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet ersättning av statsmedel för kostnader som föranleds av specialiseringsutbildningen enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt. Ersättningen baserar sig på antalet realiserade utbildningsmånader.

Till en kommun eller samkommun som är huvudman för ett sjukvårdsdistrikt eller en hälsovårdscentral samt till hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland betalas på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som föranleds av tjänstgöring som avses i 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994), utbildning enligt 4 § i förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården (1435/1993) och därmed jämförbar utbildning samt för kostnader som föranleds av praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare enligt 6 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och därmed jämförbar tjänstgö-

ring. Ersättningen baserar sig på antalet personer som utbildas och på antalet utbildningsmånader. Ersättning betalas dock inte för tjänstgöring som avses i 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården till den del tjänstgöringen överskrider sex månader, om inte Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården förutsätter en längre tjänstgöring.

61 §

Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå

Social- och hälsovårdsministeriets fastställer i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer prioriteringsområdena och målsättningen när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i taget.

För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar om hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt. Finansieringen betalas till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i taget. Ministeriets beslut baserar sig på genomförandet av prioriteringsområdena och målen för forskningen samt på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden.

Samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå som består av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar i sitt område om beviljande av forskningsfinansiering på basis av ansökan. En kommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller någon serviceproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

62 §

Riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen som består av sakkunniga. Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma den hälsovetenskapliga forskningens kvalitet, omfattning och genomslagskraft, att bedöma utfallet för prioriteringsområdena och målen för forskningen under en fyraårsperiod samt att lägga fram förslag till social- och hälsovårdsministeriet om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas på specialupptagningsområdena under den följande fyraårsperioden.

63 §

Betalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering

Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland betalar statens utbildningsersättning. Utbildningsersättning på basis av antalet examina och antalet studerande som inlett sina studier betalas utan separat ansökan till den samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus.

Ersättning på basis av antalet realiserade utbildningsmånader betalas halvårsvis på ansökan. I fråga om det första halvåret ska ersättning sökas senast den 30 september samma år och i fråga om det följande halvåret senast den 31 mars följande år. Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland ska avgöra en ansökan om ersättning som lämnats in inom utsatt tid under det kalenderår under vilket ansökan har inkommit. Regionförvaltningsverket betalar varje månad forskningsfinansiering till specialupptagningsområdets forskningskommitté, som betalar finansieringen vidare till dem som genomför projekten.

I övrigt iaktas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande i tillämpliga delar 20 § 1 mom., 21,

24–26, 28 §, 29 § 2 mom., 30 och 34 § i statsunderstödslagen (688/2001).

64 §

Skyldighet att lämna uppgifter

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitetssjukhus ska för varje år före utgången av juni följande år lämna en utredning till social- och hälsovårdsministeriet över hur utbildningsersättningen har använts under året.

Specialupptagningsområdets forskningskommitté ska för varje år före utgången av juni följande år lämna en utredning till social- och hälsovårdsministeriet över de forskningsprojekt och prioriteringsområden som har anvisats finansiering under året.

65 §

Användning av lokaler som hör till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för utbildning och forskning

Ett universitet har rätt att använda ett universitetssjukhus som avses i 24 § i lagen om specialiserad sjukvård för sin medicinska utbildningsenhets utbildnings- och forskningsbehov.

Ett universitet och någon annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning som har hand om utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och forskning inom hälso- och sjukvården har rätt att använda sjukhus och separata verksamhetsenheter som en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt svarar för även för att ordna annan utbildnings- och forskningsverksamhet inom hälso- och sjukvården än sådan som avses i 1 mom., i enlighet med vad som avtalas mellan samkommunen för sjukvårdsdistriktet och den utbildningsanordnare som bedriver utbildnings- och forskningsverksamhet.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att universitetet eller anordnaren av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokaler med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för

studerandena som måste finnas vid en verksamhetsenhet inom samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt.

Yrkesutbildade personer som är anställda hos samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt är skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården på det sätt som avtalas mellan samkommunen och universitetet eller en annan utbildningsanordnare.

66 §

Bestämmelser om beloppet av den ersättning som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen och om de övriga ersättningsgrunderna och förfarandena vid betalning av ersättning samt om specialläkar-examina och specialtandläkarexamina som det inte betalas ersättning för på basis av antalet examina, utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Bestämmelser om beloppet av den ersättning som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen och om de övriga ersättningsgrunderna och förfarandena vid betalning av ersättning samt om specialläkar-examina och specialtandläkarexamina som det inte betalas ersättning för på basis av antalet examina, utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Bestämmelser om prioritetsområdena och målen för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelningen av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen, samt om tillsättandet av en utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om de serviceproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.

8 kap.

Särskilda bestämmelser

67 §

Fastställande av vad som är institutionsvård

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om

när den vård som ges inom den kommunala hälso- och sjukvården ska betraktas som institutionsvård samt om förhandlings- och remissförfarandet mellan Folkpensionsanstalten och kommunerna i samband med fastställandet av vad som är institutionsvård.

68 §

Läkemedelsbehandling

Den enhet som ger vård ansvarar för de läkemedel som ges till patienten under tiden för institutionsvård. Verksamhetsenheten ansvarar för läkemedel som ges vid öppen mottagning på en hälsovårdscentral, ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet i sådana fall då läkemedlen ges av en läkare, tandläkare eller, under uppsikt av en läkare eller tandläkare, av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Närmare bestämmelser om när läkemedel ges under uppsikt av en läkare eller tandläkare kan utfärdas genom förordning av statsrådet.

69 §

Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Om ett barn eller en ung person med stöd av barnskyddslagen har placerats utanför sin hemkommun, ska den placeringskommun som avses i 16 b § i barnskyddslagen eller det sjukvårdsdistrikt till vilket placeringskommunen hör ordna de tjänster inom hälso- och sjukvård som barnet eller den unga personen behöver. Tjänsterna ska ordnas i samarbete med den kommun (placerarkommunen) som är ansvarig enligt 16 eller 17 § i barnskyddslagen.

När tjänster inom hälso- och sjukvården ordnas för ett barn eller en ung person som avses i 1 mom., ska barnet eller den unga personen beredas tillgång till vård i enlighet med bestämmelserna om att få vård i 51–53 §.

När en placeringskommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt har ordnat tjänster enligt 1 mom. ska placerarkommunen eller den sjukvårdsdistrikt som placerarkommunen hör till betala ersättning som

motsvarar kostnaderna för den som har tillhandahållit vården. Ersättningen får vara högst så stor att den täcker kostnaderna för producerandet av tjänsten. Från ersättningen avdras de avgifter som patienten har betalat för vården samt övriga verksamhetsintäkter.

70 §

Beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna

Hälso- och sjukvårdsmyndigheterna ska ordna sådana tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor och deras ofödda barn ska ges särskilt skydd. Tjänsterna ska ordnas i samarbete med socialvårdsmyndigheterna.

Barnets behov av vård och stöd ska utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd då barnets förälder, vårdnadshavare eller någon annan som svarar för barnets vård och fostran får missbrukarvårds- eller mentalvårdstjänster eller andra social- och hälsovårdstjänster, och hans eller hennes förmåga att svara för barnets vård och fostran anses försvagad.

71 §

Hälso- och sjukvård inom försvarsmakten

En kommun eller samkommun för ett sjukvårdsdistrikt kan med försvarsmakten avtala om tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för personer vars hälso- och sjukvård försvarsmakten ansvarar för enligt 3 § 1 mom. i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). Undersökningar och vård enligt avtalet, med undantag för brådskande öppen sjukvård, kan tillhandahållas på andra grunder och snabbare än i fråga om sådana tjänster enligt denna lag som tillhandahålls för invånarna i kommunen eller samkommunens medlemskommuner. Skötseln av kommunens eller samkommunens lagbestämda uppgifter får inte äventyras av att avtal ingås och tjänster enligt avtal tillhandahålls.

72 §

Ersättning från försvarsmakten

För kontroller, undersökningar och behandlingar av uppbådspliktiga inom primärvården samt för läkares deltagande i uppbådsförrättningar ska försvarsmakten betala ersättning till kommunen. Ersättningen är 50 procent av kostnaderna enligt det avtal som ingåtts mellan försvarsmakten och kommunen. Om ingenting har avtalats om kostnaderna är ersättningen 50 procent av kostnaderna för att producera tjänsterna.

Ersättning för tjänster som avses i 71 § bestäms på basis av ett avtal som kommunen eller samkommunen för sjukvårdsdistriktet har ingått med försvarsmakten. Om det inte har avtalats om ersättning ska försvarsmakten betala kommunen eller samkommunen för sjukvårdsdistriktet en ersättning som motsvarar produktionskostnaderna för tjänsten. Därtill ska försvarsmakten betala kommunen i fråga om brådskande öppen sjukvård eller samkommunen för sjukvårdsdistriktet i fråga om brådskande sjukvård en ersättning som motsvarar produktionskostnaderna för tjänsten även om det inte finns ett avtal om erbjudande av sådan vård.

73 §

Överflyttning av patienten

Beräknas vårdtiden för i främmande kommun bosatt patient, som intagits på vårdplats i kommunens hälsovårdscentral, överstiga genomsnittlig vårdtid, och även annars då patienten därom anhåller, skall hälsovårdscentralen vidtaga åtgärder för överflyttande av patienten till sådan hälsovårdscentral eller annan sjukvårdsanstalt som upprätthålles av patientens bonings- och hemkommun, om överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras.

Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom kräver det, sköta transporten av honom till någon annan verksamhetsenhet eller till en hälsovårdscentral för vård eller åtgärder.

74 §

Smittsamma sjukdomar

I lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) finns bestämmelser om arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar.

75 §

Lokaler som krävs för rättsmedicinska obduktioner samt ersättningar och arvode som betalas för rättsmedicinska undersökningar

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att Institutet för hälsa och välfärd vid behov förfogar över sådana lokaler med behövlig utrustning som behövs för att utföra rättsmedicinska obduktioner samt personalrum för obduktionspersonalen. Institutet för hälsa och välfärd ska betala ersättning som motsvarar de skäligena kostnaderna för användningen av lokalerna.

Genom förordning av statsrådet föreskrivs om ersättningar och arvode som betalas ur statens medel för utförande av rättsmedicinska undersökning vid en hälsovårdscentral eller en verksamhetsenhet av samkommunen för sjukvårdsdistriktet.

76 §

Utjämningsystemet

För varje samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska det överenskommas om utjämnning av exceptionellt stora kostnader som förorsakats av en medlemskommun inom sjukvårdsdistriktet av den specialiserade sjukvården för en klient eller patient. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska ha ett utjämningsystem som täcker alla undersökningar, åtgärder och behandlingar. Bestämmelser om grunderna för fastställandet av utjämningsgränsen kan utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

77 §

Klientavgifter

Bestämmelser om avgifter som tas ut för service enligt denna lag finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992).

78 §

Dröjsmålsränta

Om ersättning enligt denna lag inte har betalats på förfallodagen, får en årlig dröjsmålsränta högst enligt den räntefot som avses i 4 § 1 mom. i räntelagen (633/1982) uppbäras räknat från förfallodagen.

Förfallodagen för betalningen av dröjsmålsränta får infalla tidigast två veckor efter att patienten har fått den vård för vilken avgiften bestämts.

9 kap.

Ikraftträdande

79 §

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011, dock så att prehospital akutsjukvård i enlighet med 39 § ska ordnas senast från och med den 1 januari 2013. De avtal avseende sjuktransport som kommunen har ingått med stöd av folkhälsolagen löper ut senast den 31 december 2012.

Lagens 48 § tillämpas från och med den 1 september 2014.

Lagens 61 § och 63 § 2 mom. om forskningsfinansiering tillämpas från och med den 1 januari 2012. Social- och hälsovårdsministeriet beslutar om fördelningen av forskningsfinansieringen på specialupptagningsområdena åren 2012–2015 på basis av antalet publikationspoäng räknat som procentandelar av de tre föregående år från vilka publikationsuppgifter finns att få.

Det gemensamma register över patientuppgifter som avses i 9 § innehåller även sådana journalhandlingar som gjorts upp före lagens

ikraftträdande. Säkerställandet av vårdrelationen enligt lagens 9 § 3 mom. kan fram till 31 december 2013 göras på annat sätt än datatekniskt. Säkerställandet ska dock göras på ett tillförlitligt sätt.

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

2.

Lag**om ändring av folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i folkhälsolagen (66/1972) 14, 14 a och 14 b §, 15 b, 16, 18, 21–27 ja 28 a §, 41 § 1 mom. och 49 §,

av dem 14 § sådan den lyder i lagar 674/1983, 605/1991, 248/1997, 771/2005, 928/2005, 626/2007, 14 a § sådan den lyder i lagar 675/1979, 746/1992 och 1385/2001, 14 b § sådan den lyder i lag 418/2007, 15 b och 49 § sådana de lyder i lag 855/2004, 18 § sådan den lyder i lag 124/1995, 21 § sådan den lyder i lag 746/1992, 22 och 28 a § sådana de lyder i lag 248/1997, 23 § sådan den lyder i lag 498/2003, 24 § sådan den lyder i lagar 293/2006 och 418/2007, 25 § sådan den lyder i lagar 293/2006 och 626/2007, 27 § sådan den lyder i lag 1117/1990, 28 § sådan den lyder i lag 431/2003 och 41 § 1 mom. sådant det lyder i lag 928/2005, samt

ändras 1 §, 4 § 1 mom. samt 15, 47 och 48 §,

av dem 1 § sådan den lyder i lag 928/2005, 4 § 1 mom., sådant det lyder i lag 928/2005, 15 § sådan den lyder delvis ändrat i lagar 744/1978, 407/1988, 1117/1990 och 1385/2001, 47 § sådan den lyder delvis ändrat i lagar 592/1975, 930/1980, 746/1992 och 48 § sådan den lyder i lag 746/1992, som följer:

1 §

Med folkhälsoarbete avses främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen. Bestämmelser om innehållet i folkhälsoarbetet utfärdas genom lagen om hälso- och sjukvård (/). Folkhälsoarbete kan också benämnas primärhälsovård.

4 §

Sakkunniginrättningar för folkhälsoarbetet är Institutet för hälsa och välfärd, Arbetshälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen. Bestämmelser om Institutet för hälsa och välfärd finns i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Bestämmelser om Strålsäkerhetscentralen finns i lagen om strålsäkerhetscentralen (1069/1983) och om Arbetshälsoinstitutet i lagen om arbetshälsoinstitutets verksamhet och finansiering (159/1978).

15 §

För de i 13-22 § och 24-29 § i lagen om hälso- och sjukvård avsedda funktionerna skall kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter.

Kommun kan utöver de i 1 mom. avsedda funktionerna anförtro hälsovårdscentralen till folkhälsoarbetet hörande uppgifter, vilka enligt stadganden i andra lagar ålagts kommunen.

Kommunen kan även med andra än i 16 - 17 § i lagen om hälso- och sjukvård nämnda läroanstalter ingå överenskommelse om att den hälsovård som ankommer på läroanstalten skall skötas av kommunens hälsovårdscentral.

Kommunen kan med en arbetsgivare som är verksam inom kommunens område avtala om att kommunens hälsovårdscentral skall ordna i 14 § lagen om företagshälsovård nämnd sjukvårds- och övriga hälsovårds-

tjänster för de arbetstagare som är anställda hos arbetsgivaren.

47 §

Ändring i beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan sökas genom besvär hos förvaltningsdomstolen inom 30 dagar från delgåendet.

Vad i 1 mom. är stadgat äger ej tillämpning, såframt i lag eller förordning angående ändringssökande är annorlunda stadgat eller såframt ändringssökande är förbjudet, ej heller om beslutet enligt kommunallagen (365/1995) kan underställas kommuns styrelse eller förbundsstyrelse för prövning.

48 §

Beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan enligt 98 § kommunallagen verkställas innan det har vunnit laga kraft. Utan hinder av det nämnda stadgandet kan ett beslut verkställas trots att ändring sökts, om det till sin art är sådant att det måste verkställas utan dröjsmål eller om beslutets ikraftträdande av sanitära skäl inte kan uppskjutas och organet har bestämt att det skall verkställas omedelbart.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011.

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

3.

Lag**om ändring av lagen om specialiserad sjukvård**

I enlighet med riksdagens beslut

upphävs i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) 2 §, 9 § 1 mom., 3 kap., 14 §, 15 § 2 mom., 31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a och 36 §, 8 kap., 44, 44 a, 45–47, 47 a, 47 b, 48 och 49 §, 12 kap. samt 56 a och 59 §

av dem 15 § 2 mom. sådant det lyder i lagen 294/2006, 31 § och 31 a § sådana de lyder i lagen 856/2004, 33 § sådan den lyder i lagen 652/2000, 33 a § sådan den lyder i lagen 432/2003, 35 § sådan den lyder delvis ändrad i lagen 241/1999, 35 a § sådan den lyder i lagen 126/1995, 44 a § sådan den lyder i lagarna 908/1992 och 302/1995, 47 § sådan den lyder i lagarna 1115/1999 och 1227/2004, 47 a § sådan den lyder i lagarna 1115/1999 och 784/2009, 47 b § sådan den lyder i lagarna 1115/1999, 1227/2004 och 1548/2009, 56 a § sådan den lyder i lagen 279/2002 och 59 § sådan den lyder i lagen 856/2004,

ändras i lagen om specialiserad sjukvård 1 §, 3 § 1 mom., 4, 13 §, 16 § 1 mom., 18 § 3 mom., 21 § 3 mom., 28 § 1–3 mom. och 30 §,

av dem 1 § sådan den lyder delvis ändrad i lagar 606/1991 och 1049/1993, 3 § 1 mom. sådant det lyder i lag 1127/1998, 4 § sådan den lyder i lag 1714/2009, 28 § 1–3 mom. sådana de lyder i lag 748/1992 och 30 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 294/2006, som följer:

1 §

Om ordnande av specialiserad sjukvård och av verksamhet i anslutning därtill stadgas i denna lag. Bestämmelser om innehållet i servicen och verksamheten utfärdas genom lagen om hälso- och sjukvård (/).

planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), om inte något annat bestäms genom lag.

3 §

Den kommun som enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en persons hemkommun skall sörja för att personen får behövlig, i lagen om hälso- och sjukvård nämnd specialiserad sjukvård i enlighet med denna lag. För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse skall kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

13 §

Om det är ändamålsenligt med tanke på ett varaktigt ordnande av specialiserad sjukvård, får två eller flera samkommuner för ett sjukvårdsdistrikt komma överens om att gemensamt grunda och svara för ett sjukhus eller en del därav eller en separat verksamhetsenhet. Sjukhuset, sjukhusdelen eller den separata verksamhetsenheten är i den samkommunens besittning inom vars område sjukhuset eller enheten finns.

4 §

På den verksamhet som kommunen ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om

Nås inte överenskommelse om gemensamt grundande av sjukhus, del därav eller separat verksamhetsenhet som ordnandet av specialiserad sjukvård skall anses kräva, får statsrådet besluta om dess grundande och med

opartiskt beaktande av samkommunens intressen meddela föreskrifter om villkoren för samarbetet. Även en medlemskommun i en samkommun får till statsrådet framställa förslag om samarbete.

16 §

Till en samkommuns förbundsfullmäktige väljer medlemskommunernas fullmäktige medlemmar som följer:

Kommunens invånarantal enligt senaste mantalsskrivning	Antal medlemmar
högst 2 000	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 eller flera	6

18 §

I ett sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner skall det finnas en nämnd med uppgift att utveckla och koordinera den specialiserade sjukvården för den språkliga minoriteten i distriktet och den utbildning av hälsovårdspersonal som ges på minoritetens språk. Till medlemmar i nämnden skall väljas personer som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk samt befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner. På nämndens medlemmar tillämpas inte 81 § 4 mom. och 82 § i kommunallagen (365/1995).

21 §

Andra direktioner inom ett delansvarsområde med minoritetens språk än de som anges i 2 mom. skall ha en sektion för den språkliga minoriteten, som behandlar de ärenden som gäller specialiserad sjukvård och utbildning av hälsovårdspersonal som ordnas på minoritetens språk. I instruktionen kan bestämmas att till sektionen också skall höra extra medlemmar som utses av förbundsfullmäktige

och suppleanter för dem. Sektionsmedlemmarna skall representera sjukvårdsdistriktets språkliga minoritet.

28 §

Professorerna vid universitetets medicinska utbildningsenhet på universitetssjukhuset kan efter att ha givit samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt sitt samtycke samtidigt inneha en bitjänst eller bibefattning som överläkare vid sjukhuset. Andra lärare vid universitetet kan efter att ha givit samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt sitt samtycke samtidigt inneha en läkartjänst eller annan bitjänst eller bibefattning vid sjukhuset, i enlighet med vad samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt närmare bestämmer.

Står en professor inte till förfogande för skötseln av en överläkares uppgifter eller anser samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt att det finns särskilda skäl, kan samkommunen för högst fem år i sänder till överläkare i stället för professorn förordna en biträdande professor vid universitetet eller en tjänsteinnehavare vid sjukhuset som har minst docentkompetens.

Vid universitetssjukhus kan även finnas någon annan överläkare som valts av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt än en tjänsteman vid universitetet.

30 §

Sjukhus och andra verksamhetsenheter i samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall i första hand användas för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård, om inte något annat följer av arrangemangen enligt 11 § 1 mom., 13, 14 §, 15 § 1 mom. i denna lag eller avtalen enligt 34, 43 och 44 § i lagen om hälso- och sjukvård.

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall likväl utan hinder av 1 mom. alltid beredas sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011. Lagens 47 och 47 a § tillämpas dock fram till 31 december 2011 på kostnader som förorsakas av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.

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

4.

Lag**om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 5 § 1, 6 och 7 punkten, 8 § 1 och 2 mom., 9 § 2 mom., 12 § 1 mom., 13 a § 2 mom. och 13 b §, av dem 5 § 1 punkten sådan den lyder i lag 1408/2001, 9 § 2 mom. sådant det lyder i lag 858/2004, 12 § 1 mom. sådant det lyder i lag 1311/2003 samt 13 a § 2 mom. och 13 b § sådana de lyder i lag 1363/2004, som följer:

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster
 1) service och vårdmaterial enligt 13- 17 §, 19 § 1 punkten, 20, 24, 27, 29, 39 och 40 § i lagen om hälso- och sjukvård (/) fränsett läkarservice inom den öppna sjukvården som används av personer som fyllt 18 år, hem-sjukvård, rehabilitering i form av anstaltsvård, individuell fysioterapi, sjuktransport, uppehälle, sådana intyg och utlåtanden av läkare och tandläkare som inte ansluter sig till vården av patienten, tandundersökning och tandvård för dem som har fyllt 18 år samt laboratorieundersökningar och diagnostiska avbildningsundersökningar som utförs vid hälsovårdscentral efter remiss från privatläkare,

6) sådan rådgivning, undersökning för rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsmöjligheter, anpassningsträning och rehabiliteringshandledning som hör till den medicinska rehabiliteringen enligt 29 § i lagen om hälso- och sjukvård,

7) hjälpmedel som ansluter sig till service enligt 13-17 §, 20, 24, 27, 29, 39 och 40 § i lagen om hälso- och sjukvård samt nödvändigt förnyande och underhåll av sådana utom när behovet av hjälpmedel beror på en skada

eller yrkessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/1981), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen (279/1959) eller patientskadelagen (585/1986) eller någon tidigare lag som motsvarar dessa, samt

8 §

Avgifter inom företagshälsovården

En arbetsgivare är skyldig att för den företagshälsovård som ges av en hälsovårdscentral enligt 18 § 1 mom. och 19 § 2 punkten i lagen om hälso- och sjukvård eller för sjukvårds- eller annan service som centralen enligt i 18 § 3 mom. i lagen om hälso- och sjukvård har anordnat för arbetsgivaren till hälsovårdscentralen betala avgifter och ersättningar för olika åtgärder och verksamhetsformer inom hälsovården, enligt de grunder som anges i förordning.

Företagare och andra som utför eget arbete är skyldiga att för företagshälsovård som en hälsovårdscentral ger enligt 18 § 2 mom. i lagen om hälso- och sjukvård till centralen betala avgifter och ersättningar för olika åtgärder och verksamhetsformer inom hälso-

vården, enligt de grunder som anges i förordning.

9 §

Specialpoliklinikavgift

Användningen av specialpolikliniktjänster skall bygga på att den som använder en tjänst själv frivilligt har sökt sig till polikliniken för undersökning eller vård och på att patienten är medveten om specialpoliklinikens avgiftspraxis. Patienten skall om han eller hon så önskar ha möjlighet att på basis av lagen om hälso- och sjukvård få sådan vård som sjukvårdsdistriktet ansvarar för att anordna så att avgiften i stället för enligt denna paragraf bestäms i enlighet med andra bestämmelser i denna lag och bestämmelser som utfärdats med stöd av den.

12 §

Köpta tjänster och servicesedel

Om en kommun eller samkommun ordnar service som köpta tjänster så som avses i 4 § 1 mom. 4 punkten lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992), skall den som använder servicen betala samma avgifter och ersättningar som när motsvarande service ordnas av kommunen eller samkommunen.

13 a §

Avgift för sjukvård som ersätts enligt den lagstadgade olycksfallförsäkringen och trafikförsäkringen

Med kostnader för ordnandet av vårdtjänsten avses i 1 mom. den avgift som en kommun som inte hör till samkommunen med stöd av 58 § i lagen om hälso- och sjukvård skulle betala till samkommunen för kostnaderna för vården av en av sina invånare, om kommunen skulle betala vården. Om klienten

vårdas vid en hälsovårdscentral, ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som klientens hemkommun eller en samkommun är huvudman för, avses med kostnader för ordnandet av tjänsten den avgift som med stöd av 58 § i lagen om hälso- och sjukvård skulle tas ut hos klientens hemkommun om klienten kom från en annan kommun.

13 b §

Anmälningsskyldighet för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård eller lagen om hälso- och sjukvård ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård skall utan dröjsmål, dock senast inom tio vardagar sedan vården började, utan hinder av sekretessbestämmelserna och andra bestämmelser om erhållande av uppgifter, till en i 13 a § 1 mom. avsedd försäkringsanstalt eller Statskontoret anmäla inledandet av sådan vård och behandling som sannolikt föranleds av en skada eller sjukdom som de är skyldiga att ersätta. Anmälningsskyldigheten gäller inte sådan vård som avses i första och andra meningen i 15 § 3 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring eller i första och andra meningen i 6 a § 3 mom. i trafikförsäkringslagen. Anmälan skall innehålla de uppgifter om skadans eller sjukdomens art och om olycksfallet, yrkessjukdomen eller trafikskadan som verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården har samt den skadades personuppgifter. I fråga om olycksfall och yrkessjukdomar skall anmälan också innehålla uppgifter om den skadades arbetsgivare och den försäkringsanstalt där arbetsgivaren har försäkrat sina arbetstagare, samt i fråga om trafikskador den som bär ansvaret för trafikskadan eller de motorfordon som varit delaktiga i den och deras trafikförsäkringsanstalter. Vidare skall i anmälan antecknas uppgifter om när vården inleddes och vårdåtgärderna, vårdplanen och kostnaderna för den, samt andra för en betalningsförbindelse nödvändiga uppgifter. Om verksamhetsenheten inom hälso- och sjuk-

vården saknar uppgift om den ersättnings-skyldiga försäkringsanstalten, görs anmälan i fråga om olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar till Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund och i fråga om trafikskador till Trafikförsäkringscentralen.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård eller lagen om hälso- och sjukvård ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård skall på begäran utan dröjsmål till försäkringsanstalten för den

betalningsförbindelse som avses i 15 § i lagen om olycksfallsförsäkring och 6 a § i trafikförsäkringslagen lämna de nödvändiga uppgifterna om när vården av en patient inleds och de kostnader som vården sannolikt kommer att orsaka.

—————
Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011.

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

Helsingfors den 11 juni 2010

Republikens President

TARJA HALONEN

Omsorgsminister *Paula Risikko*

2.

Lag**om ändring av folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i folkhälsolagen (66/1972) 14, 14 a och 14 b §, 15 b, 18, 21–27 ja 28 a §, 41 § 1 mom. och 49 §,
 av dem 14 § sådan den lyder i lagar 674/1983, 605/1991, 248/1997, 771/2005, 928/2005, 626/2007, 14 a § sådan den lyder i lagar 675/1979, 746/1992 och 1385/2001, 14 b § sådan den lyder i lag 418/2007, 15 b och 49 § sådana de lyder i lag 855/2004, 18 § sådan den lyder i lag 124/1995, 21 § sådan den lyder i lag 746/1992, 22 och 28 a § sådana de lyder i lag 248/1997, 23 § sådan den lyder i lag 498/2003, 24 § sådan den lyder i lagar 293/2006 och 418/2007, 25 § sådan den lyder i lagar 293/2006 och 626/2007, 27 § sådan den lyder i lag 1117/1990, 28 § sådan den lyder i lag 431/2003 och 41 § 1 mom. sådant det lyder i lag 928/2005, samt
andras 1 §, 4 § 1 mom. samt 15, 47 och 48 §,
 av dem 1 § sådan den lyder i lag 928/2005, 4 § 1 mom. sådant det lyder i lag 928/2005, 15 § sådan den lyder delvis ändrat i lagar 744/1978, 407/1988, 1117/1990 och 1385/2001, 47 § sådan den lyder delvis ändrat i lagar 592/1975, 930/1980, 746/1992 och 48 § sådan den lyder i lag 746/1992, som följer:

Gällande lydelse

1 §

Med folkhälsoarbete avses främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen.

Angående det folkhälsoarbete som avses i 1 mom. gäller vad som föreskrivs i denna lag, om inte något annat bestäms i någon annan lag eller i bestämmelser som utfärdas med stöd av den. Bestämmelser om hälsoskydd som gäller individen och livsmiljön (miljö-

Föreslagen lydelse

1 §

Med folkhälsoarbete avses främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen. *Bestämmelser om innehållet i folkhälsoarbetet utfärdas genom lagen om hälso- och sjukvård (/). Folkhälsoarbete kan också benämnas primärhälsovård.*

(2 mom. upphävs)

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

och hälsoskydd) finns därutöver i hälso-
skyddslagen (763/1994), livsmedelslagen
(361/1995), lagen om livsmedelshygien i frå-
ga om animaliska livsmedel (1195/1996), la-
gen om konsumtionsvarors och konsument-
tjänsters säkerhet (75/2004), lagen om åtgär-
der för inskränkande av tobaksrökning
(693/1976), kemikalielagen (744/1989) och
veterinärvårdslagen (685/1990).

4 §

Sakkunniginrättningar för folkhälsoarbetet
är Forsknings- och utvecklingscentralen för
social- och hälsovården, Folkhälsoinstitutet,
Institutet för arbetshygien och Strålsäkerhets-
centralen. Bestämmelser om Forsknings- och
utvecklingscentralen för social- och hälsovår-
den finns i lagen om forsknings- och utveck-
lingscentralen för social- och hälsovården
(1073/1992) och om Folkhälsoinstitutet i la-
gen om folkhälsoinstitutet (828/1981). Be-
stämmelser om Strålsäkerhetscentralen finns i
lagen om strålsäkerhetscentralen (1069/1983)
och om Institutet för arbetshygien i lagen om
institutets för arbetshygien verksamhet och
finansiering.

4 §

Sakkunniginrättningar för folkhälsoarbetet
är *Institutet för hälsa och välfärd, Arbetshäl-
soinstitutet* och Strålsäkerhetscentralen. Be-
stämmelser om *Institutet för hälsa och väl-
färd* finns i lagen om Institutet för hälsa och
välfärd f (668/2008). Bestämmelser om
Strålsäkerhetscentralen finns i lagen om
strålsäkerhetscentralen (1069/1983) och om
Arbetshälsoinstitutet i lagen om *arbetshälso-
institutets verksamhet och finansiering*
(159/1978).

3 kap

Kommuns folkhälsoarbete.

(upphävs)

14 §

*Inom folkhälsoarbetet åligger det kommu-
nen att*

*1) sörja för hälsorådgivning och hälsoun-
dersökningar för kommunens invånare, vilket
omfattar preventivmedelsrådgivning, rådgiv-
ningsbyråttjänster för gravida kvinnor och
familjer som väntar barn och för barn under
skolåldern och deras familjer; vid behov kan
närmare bestämmelser om innehållet i och
omfattningen av rådgivningsbyråernas hälso-
rådgivning och hälsoundersökningar utfärdas
genom förordning av statsrådet,*

*1 a) följa hur kommuninvånarnas hälsotill-
stånd och faktorer som inverkar på hälsotill-
ståndet utvecklas i de olika befolkningsgrup-
perna, att sörja för att hälsoaspekter beaktas
i alla kommunala verksamheter samt att för*

främjande av hälsan samarbeta med andra offentliga och privata instanser som är verk-samma i kommunen,

2) ordna sjukvård till kommuninvånarna, till vilken hänförs av läkare utförd undersök-ning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering,

2 a) förverkliga det mentalvårdsarbete som avses i mentalvårdslagen (1116/1990) genom att ordna sådant förebyggande mentalvårds- arbete och sådana mentalvårdstjänster som kommuninvånarna behöver och som det är ändamålsenligt att ordna vid en hälsovårds- central,

3) enligt vad som närmare bestäms genom förordning sörja för ordnandet av sjuktrans- port samt ordna och upprätthålla den medi- cinska räddningsverksamheten samt den sjuk- transportberedskap som är nödvändig med beaktande av lokala förhållanden, med un- dantag av anskaffning och underhåll av för sjuktransport behövliga luftfartyg samt men- föres- och andra motsvarande speciella fort- skaffningsmedel,

4) tillhandahålla mun- och tandvård, till vilken hänförs främjande av befolkningens munhälsa samt undersökning, förebyggande och behandling av munsjukdomar hos kom- munens invånare; vid behov kan närmare be- stämmelser om förebyggande mun- och tand- vård för barn och unga utfärdas genom för- ordning av statsrådet,

5) tillhandahålla skolhälsovård, till vilken hänförs att övervaka och främja hälsan och säkerheten inom skolsamfundet i de skolor och läroanstalter i kommunen som ger grund- läggande utbildning, i samarbete med perso- nalen företagshälsovård, att följa och främja elevernas hälsa, inklusive mun- och tandvård, att samarbeta med annan elevvårds- och un- dervisningspersonal samt specialundersök- ningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet; närmare bestämmelser om innehållet i och omfattningen av den råd- givning och de undersökningar som hör till följandet och främjandet av elevernas hälsa samt om specialundersökningar som är nöd- vändiga för konstaterande av hälsotillståndet kan utfärdas genom förordning av statsrådet,

6) för studerande vid läroanstalter i kom- munen som ordnar annan än i 5 punkten nämnd, genom förordning bestämd utbild-

ning, oberoende av de studerandes hemort, tillhandahålla studerandehälsovård, till vilken hänförs främjande av en trygg och sund studiemiljö, främjande av de studerandes hälsa och studieförmåga samt ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive mentalvårdstjänster och mun- och tandvård, för de studerande, samt för egen del trygga välbefinnandet i hela studiesamfundet; hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård för studerande vid universitet och yrkeshögskolor kan dock med kommunens samtycke ordnas också på något annat av social- och hälsovårdsministeriet godkänt sätt; bestämmelser om det närmare innehållet i studerandehälsovården kan vid behov utfärdas genom förordning av statsrådet,

7) för arbetstagare som arbetar på arbets- och verksamhetsplatser inom kommunen tillhandahålla sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren skall svara för enligt 12 § i lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar och enligt vad som bestäms med stöd av dem,

8) i tillämpliga delar för företagare inom kommunen och andra som för egen räkning där utför arbete ordna företagshälsovård som avses i 12 § i lagen om företagshälsovård och i bestämmelser som utfärdas med stöd av den,

9) ordna screening och andra massundersökningar så som närmare bestäms genom förordning av statsrådet, (25.5.2007/626)

10) oberoende av patientens boningsort ordna brådskande öppen sjukvård, inklusive brådskande mun- och tandvård, samt att

11) se till att invånare i kommunen eller en patient på en hälsovårdscentral får ett intyg eller utlåtande om sitt hälsotillstånd när ett sådant behövs enligt lag eller när det finns en nödvändig grund för det med tanke på invånarens eller patientens vård, utkomst och studier eller av någon annan jämförbar orsak.

En kommun är skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att ge polisen handräckning för utförande av rättsmedicinsk undersökning när det gäller klinisk undersökning av levande personer och yttre besiktning av avlidna. Kommunen är dessutom skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att ge fängvårdsmyndigheterna handräckning för utförande av rättsmedicinsk undersökning när det gäller klinisk undersök-

ning av levande personer i de fall som avses i 16 kap. 6 § i fängeslagen (767/2005) och i 11 kap. 6 § i häktninglagen (768/2005). Kommunen är också skyldig att förordna en läkare vid en hälsovårdscentral att tjänstgöra som läkare vid undersökning av värnpliktiga då uppståndsmyndigheterna anhållit om detta hos det organ som avses i 6 § 1 mom.

Kommunen skall sörja för anordnandet av medicinsk rehabilitering som hänförs till sjukvård som avses i 1 mom. 2 punkten, till den del det inte stadgas att den ankommer på folkpensionsanstalten. Utöver rehabiliterande åtgärder hänförs till medicinsk rehabilitering rådgivning, undersökning för utredande av rehabiliteringsbehovet och rehabiliteringsmöjligheterna, hjälpmedelsservice, anpassnings- och tränings- och anpassningshandledning samt andra därmed jämförbara funktioner enligt vad som närmare stadgas genom förordning.

Vad som i 3 mom. är stadgat om medicinsk rehabilitering tillämpas likväl inte på kostnader för anskaffning av hjälpmedel, handledning i användningen av dessa samt underhåll och förnyande av dem, om behovet av hjälpmedel grundar sig på skada eller yrkessjukdom som anges i lagen om olycksfallsförsäkring (608/48), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/81), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/48), trafikförsäkringslagen (279/59) eller motsvarande, tidigare gällande lag. (5.8.1983/674)

Med invånare i kommun avses i denna lag en person vars hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/94) ifrågavarande kommun är. Med en persons bonings- och hemkommun avses den kommun där han är invånare.

Skolhälsovården är en del av de elevvårdstjänster som avses i 31 a § 2 mom. i lagen om grundläggande utbildning (628/1998). Främjande och upprätthållande av de studerandes goda fysiska och psykiska hälsa och understödjande verksamheter är en del av den studerandevård som avses i 37 a § i lagen om yrkesutbildning (630/1998) och i 29 a § i gymnasielagen (629/1998). Den myndighet som svarar för kommunens folkhälsoarbete skall delta i utarbetandet av läroplanen enligt 15 § i lagen om grundläggande utbildning, 11 § i gymnasielagen och 14 § i lagen om yrkesutbildning, till den del den gäller elev- och studerandevården samt samarbetet mellan

skolan eller läroanstalten och hemmet.

14 a §

(upphävs)

Utöver vad som stadgas i 14 § skall en kommun som därtill åläggs genom förordning inom folkhälsoarbetet (3.8.1992/746)

1) för sjömän, oberoende av deras hemort, upprätthålla sjömanshälsovård, som omfattar hälsovård och sjukvård, samt tandvård för sjömän; samt

2) för sjömän, oberoende av på vilken ort rederiet finns, anordna sådana företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren skall svara för enligt 12 § lagen om företagshälsovård eller enligt andra författningar och enligt vad som bestämts med stöd av dem. (21.12.2001/1385)

Med sjöman avses person, på vilken förordningen om läkarundersökning av sjöman (157/52) tillämpas.

14 b §

(upphävs)

Den kommun (placeringskommun) enligt 16 § 2 mom. i barnskyddslagen (417/2007), där ett barn eller en ung person är placerad som en stöddåtgärd inom öppenvården eller i vård utom hemmet eller i eftervård, skall ordna de tjänster inom folkhälsoarbetet som barnet eller den unga personen behöver. Tjänsterna skall ordnas i samarbete med den kommun som är ansvarig (placerarkommunen) enligt 16 § 1 mom. eller 17 § i barnskyddslagen.

15 §

För de i 14 § 1 mom. 1–8 punkterna avsedda funktionerna skall kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter.

Kommun kan utöver de i 1 mom. avsedda funktionerna anförtro hälsovårdscentralen till folkhälsoarbetet hörande uppgifter, vilka enligt stadganden i andra lagar ålagts kommunen.

Kommunen kan även med andra än i 14 § 1 mom. 5 punkten nämnda läroanstalter ingå överenskommelse om att den hälsovård som

15 §

För de i 13-22 § och 24-29 § i lagen om hälso- och sjukvård avsedda funktionerna skall kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. (

Kommun kan utöver de i 1 mom. avsedda funktionerna anförtro hälsovårdscentralen till folkhälsoarbetet hörande uppgifter, vilka enligt stadganden i andra lagar ålagts kommunen.

Kommunen kan även med andra än i 16 - 17 § i lagen om hälso- och sjukvård nämnda läroanstalter ingå överenskommelse om att

ankommer på läroanstalten skall skötas av kommunens hälsovårdscentral.

Kommunen kan med en arbetsgivare som är verksam inom kommunens område avtala om att kommunens hälsovårdscentral skall ordna i 14 § lagen om företagshälsovård nämnd sjukvårds- och övriga hälsovårdstjänster för de arbetstagare som är anställda hos arbetsgivaren.

15 b §

Hälsovårdscentralen skall ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall 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 skall bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten. Patienten skall dock omedelbart få brådskande vård.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall 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 kan överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård eller 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. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård skall sådan vård, som på grundval av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom mentalvårdsarbetet bland barn och unga konstaterats vara nödvändig, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Om hälsovårdscentralen inte själv kan ge vården inom de längsta väntetider som anges

den hälsovård som ankommer på läroanstalten skall skötas av kommunens hälsovårdscentral.

(4 mom. Upphävs)

(upphävs)

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

i 1 och 2 mom., skall den ordna vården genom att anskaffa den från någon annan serviceproducent i enlighet med 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992).

Verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 1 och 2 mom.

16 §

På hälsovårdscentralers vårdplats skall för vård intagas i första hand patient, som med beaktande av sjukdomens art samt behovet av undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller av konvalescensgraden mest ändamålsenligt kan vårdas där. Den som är i behov av brådskande sjukvård i anstalt skall alltid intagas på hälsovårdscentralens vårdplats för vård eller, om nödig undersökning eller vård icke kan ordnas där, hänvisas eller befordras till vederbörlig sjukvårdsanstalt.

(upphävs)

Beräknas vårdtiden för i främmande kommun bosatt patient, som intagits på vårdplats i kommunens hälsovårdscentral, överstiga genomsnittlig vårdtid, och även annars då patienten därom anhåller, skall hälsovårdscentralen vidtaga åtgärder för överflyttande av patienten till sådan hälsovårdscentral eller annan sjukvårdsanstalt som upprätthålles av patientens bonings- och hemkommun, om överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras.

18 §

Social- och hälsovårdsministeriet meddelar föreskrifter om fastställandet av vad som är anstaltsvård samt om förhandlings- och remissförfarandet mellan folkpensionsanstalten och kommunerna i samband därmed.

(upphävs)

21 §

För service enligt denna lag kan uppbäras avgifter enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/92).

(upphävs)

22 §

Vårdas på vårdplats i hälsovårdscentral en patient, som inte är invånare i den kommun som upprätthåller hälsovårdscentralen, skall den hälsovårdscentral, som upprätthålles av patientens bonings- och hemkommun ersätta

(upphävs)

patientens sjukvård, om inte något annat har överenskommit. Det samma gäller beträffande brådskande öppen sjukvård och brådskande tandvård som givits en invånare i en dylik kommun.

Den ersättning som nämns i 1 mom. får motsvara högst kostnaderna för producerandet av tjänsten. Från ersättningen avdras de patientavgifter som erlagts för vården samt övriga verksamhetsintäkter.

23 §

Om en patient på en hälsovårdscentral behöver sådan rehabilitering som inte enligt vad som bestäms ankommer på hälsovårdscentralen eller som det inte är ändamålsenligt att ordna som folkhälsoarbete, skall hälsovårdscentralen se till att patienten ges information om övriga rehabiliteringsmöjligheter och efter behov hänvisas, i samarbete med de instanser som ordnar rehabilitering, till sjukvårdsdistriktet, till socialvårds-, arbetskrafts- eller undervisningsmyndigheterna, till Folkpensionsanstalten eller till någon annan som tillhandahåller tjänster.

(upphävs)

Utöver vad som i 1 mom. föreskrivs om samarbete skall lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003) iaktas vid ordnandet av medicinsk rehabilitering.

24 §

En sådan kommun eller samkommun för folkhälsoarbetet som är huvudman för en hälsovårdscentral kan överenskomma med försvarsmakten om tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster för personer vars hälsovård försvarsmakten ansvarar för enligt 3 § 1 mom. i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). Undersökningar och vård enligt överenskommelsen, med undantag av brådskande öppen sjukvård, kan tillhandahållas på andra grunder och snabbare än i fråga om sådana tjänster enligt denna lag som tillhandhålls för invånarna i kommunen eller samkommunens medlemskommuner. Skötseln av kommunens eller samkommunens lagstadgade uppgifter får inte äventyras av att överenskommelser ingås och tjänster enligt överenskommelse tillhandahålls.

(upphävs)

När placeringskommunen har ordnat de tjänster som avses i 14 b §, skall placerarkommunen betala en ersättning som motsva-

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

rar de kostnader som åsamkats placeringskommunen. Vid beräkning av ersättningsbeloppet iakttas 22 § 2 mom. i folkhälsolagen.

25 §

För kontroller, undersökningar och behandlingar av uppbådspliktiga på en hälsovårdscentral samt för läkares deltagande i uppbådsförrättningar skall försvarsmakten betala ersättning till den kommun eller samkommun som är huvudman för hälsovårdscentralen. Ersättningen är 50 procent av kostnaderna enligt det avtal som träffats mellan försvarsmakten och hälsovårdscentralen. Om ingenting har avtalats om kostnaderna är ersättningen 50 procent av kostnaderna för att producera tjänsterna.

(upphävs)

Ersättningen för tjänsterna enligt 24 § fastställs på grundval av överenskommelse mellan kommunen eller samkommunen och försvarsmakten. Har överenskommelse om ersättning inte träffats, skall försvarsmakten till hälsovårdscentralen betala en ersättning som motsvarar kostnaderna för utförandet av tjänsterna. För brådskande öppen sjukvård enligt 14 § 1 mom. 10 punkten skall försvarsmakten dessutom till hälsovårdscentralen betala en ersättning som motsvarar kostnaderna för utförandet av tjänsten, även om någon särskild överenskommelse om sådan vård inte har träffats.

26 §

Har för ovan i 14 § 1 mom. 5 punkten avsedd elev, som icke är invånare i den kommun som upprätthåller hälsovårdscentralen, anordnats i nämnda lagrum avsedd specialundersökning, skall den hälsovårdscentral som upprätthålles av elevens bonings- och hemkommun till hälsovårdscentralen utgiva ersättning för undersökningen, inklusive av läkare eller specialläkare ordinerade laboratorie-, röntgen- och andra undersökningar, ävensom skäligen kostnader för elevens och eventuellt behövlig följeslagares resa.

(upphävs)

27 §

Kommunen skall vid planeringen och utvecklingen av folkhälsoarbetet samarbeta med sjukvårdsdistriktet så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet.

(upphävs)

28 §

I enspråkiga kommuner och samkommuner skall hälsovårdscentralen tillhandahålla hälsovårdstjänster på kommunens eller samkommunens språk. Bestämmelser om patientens rätt att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § språklagen (423/2003).

(upphävs)

I tvåspråkiga kommuner och i samkommuner som omfattar tvåspråkiga eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner skall hälsovårdscentralen tillhandahålla hälsovårdstjänster på kommunens eller samkommunens båda språk så att patienten blir betjänad på det språk han eller hon väljer, antingen finska eller svenska.

Kommunen respektive samkommunen för folkhälsoarbetet skall dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar hälsovårdstjänster. Kommunen eller samkommunen skall härvid i mån av möjlighet sörja för att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

28 a §

Om ersättning enligt detta kapitel inte har betalats på förfallodagen, får en årlig dröjningsmålsränta högst enligt den räntefot som avses i 4 § 3 mom. räntelagen uppbäras räknat från förfallodagen.

(upphävs)

Förfallodagen för betalningen av dröjningsmålsränta får infalla tidigast två veckor efter att den vård för vilken avgiften bestämts har erhållits.

41 §

Kommunen och samkommunen skall sörja för att de anställda inom folkhälsoarbetet beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för dem. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov meddelas närmare bestämmelser om den kompletterande utbildningens innehåll, art och omfattning

(1 mom. upphävs)

*Gällande lydelse**Föreslagen lydelse*

samt om ordnande, uppföljning och utvärdering av utbildningen.

47 §

Ändring i beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan sökas genom besvär hos länsrätten inom 30 dagar från delfäendet.

Vad i 1 mom. är stadgat äger ej tillämpning, såframt i lag eller förordning angående ändringssökande är annorlunda stadgat eller såframt ändringssökande är förbjudet, ej heller om beslutet enligt kommunallagen (642/48) kan underställas kommuns styrelse eller förbundsstyrelse för prövning.

48 §

Beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan enligt 146 § kommunallagen verkställas innan det har vunnit laga kraft. Utan hinder av det nämnda stadgandet kan ett beslut verkställas trots att ändring sökts, om det till sin art är sådant att det måste verkställas utan dröjsmål eller om beslutets ikraftträdande av sanitära skäl inte kan uppskjutas och organet har bestämt att det skall verkställas omedelbart.

47 §

Ändring i beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan sökas genom besvär hos *förvaltningsdomstolen* inom 30 dagar från delfäendet.

Vad i 1 mom. är stadgat äger ej tillämpning, såframt i lag eller förordning angående ändringssökande är annorlunda stadgat eller såframt ändringssökande är förbjudet, ej heller om beslutet enligt kommunallagen (365/1995) kan underställas kommuns styrelse eller förbundsstyrelse för prövning.

48 §

Beslut av det organ som avses i 6 § 1 mom. kan enligt 98 § kommunallagen verkställas innan det har vunnit laga kraft. Utan hinder av det nämnda stadgandet kan ett beslut verkställas trots att ändring sökts, om det till sin art är sådant att det måste verkställas utan dröjsmål eller om beslutets ikraftträdande av sanitära skäl inte kan uppskjutas och organet har bestämt att det skall verkställas omedelbart.

*Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011
Åtgärder som verkställigheten av lagen
förutsätter får vidtas innan lagen träder i
kraft.*

3.

Lag**om ändring av lagen om specialiserad sjukvård**

I enlighet med riksdagens beslut

upphävs i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) 2 §, 9 § 1 mom., 3 kap., 14 §, 15 § 2 mom., 31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a och 36 §, 8 kap., 44, 44 a, 45–47, 47 a, 47 b, 48 och 49 §, 12 kap. samt 56 a och 59 §

av dem 15 § 2 mom. sådant det lyder i lagen 294/2006, 31 § och 31 a § sådana de lyder i lagen 856/2004, 33 § sådan den lyder i lagen 652/2000, 33 a § sådan den lyder i lagen 432/2003, 35 § sådan den lyder delvis ändrad i lagen 241/1999, 35 a § sådan den lyder i lagen 126/1995, 44 a § sådan den lyder i lagarna 908/1992 och 302/1995, 47 § sådan den lyder i lagarna 1115/1999 och 1227/2004, 47 a § sådan den lyder i lagarna 1115/1999 och 784/2009, 47 b § sådan den lyder i lagarna 1115/1999, 1227/2004 och 1548/2009, 56 a § sådan den lyder i lagen 279/2002 och 59 § sådan den lyder i lagen 856/2004,

ändras i lagen om specialiserad sjukvård 1 §, 3 § 1 mom., 4, 13 §, 16 § 1 mom., 18 § 3 mom., 21 § 3 mom., 28 § 1–3 mom. och 30 §,

av dem 1 § sådan den lyder delvis ändrad i lagar 606/1991 och 1049/1993, 3 § 1 mom. sådant det lyder i lag 1127/1998, 4 § sådan den lyder i lag 1714/2009, 28 § 1–3 mom. sådana de lyder i lag 748/1992 och 30 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 294/2006, som följer:

Gällande lag

1 §

Om ordnande av specialiserad sjukvård och av verksamhet i anslutning därtill stadgas i denna lag.

Med specialiserad sjukvård avses i denna lag sådana hälsovårdstjänster inom medicinska och odontologiska specialområden som hänför sig till förebyggande av sjukdomar, undersökning, vård, den medicinska räddningsverksamheten samt medicinsk rehabilitering.

Till medicinsk rehabilitering hänförs enligt vad som närmare stadgas genom förordning utöver rehabiliterande vårdåtgärder, rådgivning, undersökning för utredande av rehabiliteringsbehovet och rehabiliteringsmöjligheter.

Förslagen lydelse

1 §

Om ordnande av specialiserad sjukvård och av verksamhet i anslutning därtill stadgas i denna lag. *Bestämmelser om innehållet i servicen och verksamheten utfärdas genom lagen om hälso- och sjukvård (/).*

(upphävs)

terna, hjälpmedelsservice, anpassningsträning och anpassningshandledning samt andra därmed jämförbara funktioner, till den del det inte stadgas att rehabiliteringen ankommer på folkpensionsanstalten. Genom förordning utfärdas stadganden om innehållet i den medicinska rehabiliteringen.

2 §

Denna lag gäller inte specialiserad sjukvård som ordnas i samband med kommunernas folkhälsoarbete, om inte något annat följer av 8 § 3 mom. Om sjukvård som ges av enskilda stadgas särskilt.

3 §

Den kommun som enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en persons hemkommun skall sörja för att personen får behövlig, i 1 § 2 mom. nämnd specialiserad sjukvård i enlighet med denna lag. För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse skall kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

4 §

På den verksamhet som kommunen ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), om inte något annat bestäms genom lag.

9 §

På grund av vissa sjukdomars sällsynthet, den specialiserade sjukvårdens krävande natur eller de särskilda krav som den specialiserade sjukvården ställer kan det bestämmas att en del av den specialiserade sjukvården skall vara högspecialiserad sjukvård.

10 §

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för att sådan speciali-

(upphävs)

3 §

Den kommun som enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en persons hemkommun skall sörja för att personen får behövlig, i *lagen om hälso- och sjukvård* nämnd specialiserad sjukvård i enlighet med denna lag. För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse skall kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

4 §

På den verksamhet som kommunen ordnar med stöd av denna lag tillämpas lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), om inte något annat bestäms genom lag.

(upphävs 1 mom.)

(upphävs 3 kap)

serad sjukvård som anges i denna lag ordnas på enhetliga medicinska och odontologiska grunder.

Samkommunen skall inom sitt område koordinera de specialiserade sjukvårdstjänsterna samt i samarbete med hälsovårdscentralerna planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Då samkommunen utför de uppgifter som ankommer på den skall den dessutom samarbeta med kommunernas socialsektor så som en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna förutsätter.

Samkommunen skall tillhandahålla hälsovårdscentralerna inom sitt område sådana till den specialiserade sjukvården hörande tjänster som det inte är ändamålsenligt att hälsovårdscentralerna producerar samt ansvara för att utvecklandet styrs och kvaliteten övervakas i fråga om den laboratorieservice och diagnostiska utbildningsservice, medicinska rehabilitering samt andra motsvarande specialtjänster som hälsovårdscentralerna tillhandahåller.

Dessutom skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde samt för samordningen av informationssystemen. Samkommunen skall också sörja för att hälso- och sjukvårdspersonalen beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för personalen. Social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov meddela närmare föreskrifter om den kompletterande utbildningens innehåll, art och omfattning samt om ordnande, uppföljning och utvärdering av utbildningen.

10 a §

Om en patient inom den specialiserade sjukvården behöver sådan rehabilitering som inte enligt vad som bestäms ankommer på sjukvårdsdistriktet eller som det inte är ändamålsenligt att ordna som specialiserad sjukvård, skall sjukvårdsdistriktet se till att patienten ges information om övriga rehabiliteringsmöjligheter och efter behov hänvisas, i

(upphävs)

samarbete med de instanser som ordnar rehabilitering, till hälsovårdscentralen, till socialvårds-, arbetskrafts- eller undervisningsmyndigheterna, till Folkpensionsanstalten eller till någon annan som tillhandahåller tjänster.

Utöver vad som i 1 mom. föreskrivs om samarbete skall lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003) iakttas vid ordnandet av medicinsk rehabilitering.

10 b §

Om en verksamhetsenhet inom samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt för hälsovårdscentralerna i sjukvårdsdistriktet tillhandahåller sådan laboratorie- och röntgenservice, medicinsk rehabilitering eller sådana andra motsvarande specialtjänster som avses i 10 § 3 mom., eller tillhandahåller motsvarande tjänster för andra verksamhetsenheter i samkommunen för sjukvårdsdistriktet eller för i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) avsedda verksamhetsenheter inom samkommunen för ett specialomsorgsdistrikt, kan den föra in de uppgifter som uppkommer vid denna verksamhet i sitt eget register med motsvarande uppgifter samt använda uppgifterna för att ordna och tillhandahålla vård för sina patienter.

(upphävs)

Den verksamhetsenhet som beställer tjänster har rätt att utan hinder av de bestämmelser som gäller tystnadsplikt lämna de uppgifter som behövs för tillhandahållandet av tjänsterna till den verksamhetsenhet som tillhandahåller dem. Den verksamhetsenhet som tillhandahåller tjänsterna har på motsvarande sätt, utan hinder av de bestämmelser som gäller tystnadsplikt, rätt att till den som beställer tjänsterna lämna de uppgifter som uppkommit vid tillhandahållandet av tjänsterna.

Om en verksamhetsenhet inom samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt enligt avtal tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster eller tjänster som gäller behandling av uppgifter inom hälso- och sjukvården för en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvårdens räkning, kan den inte föra in de uppgifter som uppkommit vid tillhandahållandet av tjänsterna i sitt eget register eller använda uppgifterna i sin egen verksamhet utan samtycke av patienterna i fråga.

11 §

(upphävs)

En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt inom vars område det finns ett universitets-sjukhus skall ordna högspecialiserad sjukvård inom sitt i 9 § nämnda område samt sörja för den ledning och rådgivning som andra samkommuner för sjukvårdsdistrikt som hör till samma område behöver när det gäller att ordna specialiserad sjukvård, fortbilda hälso- och sjukvårdspersonalen samt ordna forskning och utvecklingsverksamhet som hör till sjukvården.

En del av de åtgärder och den vård som hör till den högspecialiserade sjukvården kan centraliseras till något specialupptagningsområde på riksnivå. En centralisering på riksnivå kan vid behov även genomföras så att forskning, åtgärder eller vård skaffas som köpta tjänster från privata serviceproducenter eller utomlands.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan bestämmelser utfärdas om vilka undersökningar och åtgärder samt vilken vård som hör till den högspecialiserade sjukvården. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan dessutom utfärdas bestämmelser om centraliseringen av den högspecialiserade sjukvården på riks- och regionalnivå och om de verksamhetsenheter inom den kommunala hälso- och sjukvården som skall ansvara för den högspecialiserade sjukvård som centraliseras. Om det är ändamålsenligt att sådana tjänster inom den högspecialiserade sjukvården som centraliseras på riksnivå skaffas från privata serviceproducenter eller utomlands, kan det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet ställas kvalitetskrav på den verksamhet som serviceproducenten bedriver och andra krav som garanterar en ändamålsenlig vård.

13 §

Om det är ändamålsenligt med tanke på ett varaktigt ordnande av specialiserad sjukvård, får två eller flera kommunalförbund komma överens om att gemensamt grunda och svara för ett sjukhus eller en del därav eller en separat verksamhetsenhet. Sjukhuset, sjukhusde-

13 §

Om det är ändamålsenligt med tanke på ett varaktigt ordnande av specialiserad sjukvård, får två eller *flera samkommuner för ett sjukvårdsdistrikt* komma överens om att gemensamt grunda och svara för ett sjukhus eller en del därav eller en separat verksamhetsenhet.

len eller den separata verksamhetsenheten är i det kommunalförbunds besittning inom vars område sjukhuset eller enheten finns.

Nås inte överenskommelse om gemensamt grundande av sjukhus, del därav eller separat verksamhetsenhet som ordnandet av specialiserad sjukvård skall anses kräva, får statsrådet besluta om dess grundande och med opartiskt beaktande av kommunalförbundens intressen meddela föreskrifter om villkoren för samarbetet. Även en medlemskommun i ett kommunalförbund får till statsrådet framställa förslag om samarbete.

Sjukhuset, sjukhusdelen eller den separata verksamhetsenheten är i den ksamkommunens besittning inom vars område sjukhuset eller enheten finns.

Nås inte överenskommelse om gemensamt grundande av sjukhus, del därav eller separat verksamhetsenhet som ordnandet av specialiserad sjukvård skall anses kräva, får statsrådet besluta om dess grundande och med opartiskt beaktande av *samkommunens* intressen meddela föreskrifter om villkoren för samarbetet. Även en medlemskommun i *en samkommun* får till statsrådet framställa förslag om samarbete.

14 §

Ett kommunalförbund får för ordnande av annan sjukvård än den som avses i 11 § ingå avtal med ett annat kommunalförbund om användning av ett sjukhus eller en separat verksamhetsenhet som det andra kommunalförbundet svarar för.

Kommunen kan avtala om köp av tjänster av ett sådant sjukvårdsdistrikt till vilket den inte hör.

(upphävs)

15 §

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan med försvarsmakten avtala om tillhandahållandet av specialiserad sjukvård för personer vars hälsovård försvarsmakten ansvarar för enligt 3 § 1 mom. i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). Undersökningar och vård enligt avtalen, med undantag av brådskande sjukvård, kan tillhandahållas på andra grunder och snabbare än i fråga om sådana tjänster enligt denna lag som tillhandhålls för invånarna i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner. Skötseln av samkommunens lagstadgade uppgifter får inte äventyras av att avtal ingås och tjänster enligt avtal tillhandahålls.

15 §

(upphävs 2 mom.)

16 §

Till ett kommunalförbunds förbundsfullmäktige väljer medlemskommunernas fullmäktige medlemmar som följer

Kommunens invånarantal enligt senaste mantalsskrivning	Antal medlemmar
högst 2 000	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 eller flera	6

16 §

Till *en samkommun* förbundsfullmäktige väljer medlemskommunernas fullmäktige medlemmar som följer:

Kommunens invånarantal enligt senaste mantalsskrivning	Antal medlemmar
högst 2 000	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 eller flera	6

18 §

I ett sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner skall det finnas en nämnd med uppgift att utveckla och koordinera den specialiserade sjukvården för den språkliga minoriteten i distriktet och den utbildning av hälsovårdspersonal som ges på minoritetens språk. Till medlemmar i nämnden skall väljas personer som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk samt befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner. På nämndens medlemmar tillämpas inte 122 § 4 mom. och 123 § kommunallagen (953/76).

18 §

I ett sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner skall det finnas en nämnd med uppgift att utveckla och koordinera den specialiserade sjukvården för den språkliga minoriteten i distriktet och den utbildning av hälsovårdspersonal som ges på minoritetens språk. Till medlemmar i nämnden skall väljas personer som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk samt befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner. På nämndens medlemmar tillämpas inte 81 § 4 mom. och 82 § i kommunallagen (365/1995).

21 §

Andra direktioner inom ett delansvarsområde med minoritetens språk än de som anges i 2 mom. skall ha en sektion för den språkliga minoriteten, som behandlar de ärenden som gäller specialiserad sjukvård och utbildning av hälsovårdspersonal som ordnas på minoritetens språk. I instruktionen kan bestämmas att till sektionen också skall höra extra medlemmar som utses av förbundsfullmäktige och suppleanter för dem. Sektionsmedlem-

21 §

Andra direktioner inom ett delansvarsområde med minoritetens språk än de som anges i 2 mom. skall ha en sektion för den språkliga minoriteten, som behandlar de ärenden som gäller specialiserad sjukvård och utbildning av hälsovårdspersonal som ordnas på minoritetens språk. I instruktionen kan bestämmas att till sektionen också skall höra extra medlemmar som utses av förbundsfullmäktige och suppleanter för dem. Sektionsmedlem-

marna skall representera sjukvårdsdistriktets språkliga minoritet. *Sektionen för den språkliga minoriteten kan även ges i uppdrag att avgöra andra ärenden än sådana som avses i 71 § 2 mom. kommunallagen.*

marna skall representera sjukvårdsdistriktets språkliga minoritet.

28 §

Professorerna vid universitetets medicinska utbildningsenhet på universitetssjukhuset kan efter att ha givit kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet sitt samtycke samtidigt inneha en bitjänst eller bibefattning som överläkare vid sjukhuset. Andra lärare vid universitetet kan efter att ha givit kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet sitt samtycke samtidigt inneha en läkartjänst eller annan bitjänst eller bibefattning vid sjukhuset, i enlighet med vad kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet närmare bestämmer.

Står en professor inte till förfogande för skötseln av en överläkares uppgifter eller anser kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet att det finns särskilda skäl, kan kommunalförbundet för högst fem år i sänder till överläkare i stället för professorn förordna en biträdande professor vid universitetet eller en tjänsteinnehavare vid sjukhuset som har minst docentkompetens.

Vid universitetssjukhus kan även finnas någon annan överläkare som valts av kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet än en tjänsteman vid universitetet.

28 §

Professorerna vid universitetets medicinska utbildningsenhet på universitetssjukhuset kan efter att ha givit *samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt* sitt samtycke samtidigt inneha en bitjänst eller bibefattning som överläkare vid sjukhuset. Andra lärare vid universitetet kan efter att ha givit *samkommunen* för ett sjukvårdsdistrikt sitt samtycke samtidigt inneha en läkartjänst eller annan bitjänst eller bibefattning vid sjukhuset, i enlighet med vad *samkommunen* för ett sjukvårdsdistrikt närmare bestämmer.

Står en professor inte till förfogande för skötseln av en överläkares uppgifter eller anser *samkommunen* för ett sjukvårdsdistrikt att det finns särskilda skäl, kan *samkommunen* för högst fem år i sänder till överläkare i stället för professorn förordna en biträdande professor vid universitetet eller en tjänsteinnehavare vid sjukhuset som har minst docentkompetens.

Vid universitetssjukhus kan även finnas någon annan överläkare som valts av *samkommunen* för ett sjukvårdsdistrikt än en tjänsteman vid universitetet.

30 §

Sjukhus och andra verksamhetsenheter i samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall i första hand användas för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård, om inte något annat följer av arrangemangen enligt 11 § eller avtalen enligt 13–15 §.

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall likväl utan hinder av 1 mom. alltid beredas sjukvård.

Studering vid högskolor och andra läroanstalter inom ett sjukvårdsdistrikt skall un-

30 §

Sjukhus och andra verksamhetsenheter i samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall i första hand användas för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård, om inte något annat följer av arrangemangen enligt 11 § 1 mom. , 13, 14 §, 15 §, 1 och 44 § i lagen om hälso- och sjukvård eller avtalen enligt 34, 43 och 44 § i lagen om hälso- och sjukvård.

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall likväl utan hinder av 1 mom. alltid beredas sjukvård

der den tid då de på grund av sina studier vistas inom ett främmande sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller i en annan verksamhetsenhet som hör till kommunalförbundet för detta sjukvårdsdistrikt. Dessamma gäller dem som på grund av sitt arbete vistas på främmande ort eller då någon annan omständighet oundgängligen kräver att sjukvård ges i ett främmande sjukvårdsdistrikt.

Ett kommunalförbund skall vidta åtgärder för flyttning av en annan patient än en som anges i 1 eller 3 mom. till ett behörigt kommunalförbunds sjukhus, om det är ändamålsenligt med hänsyn till beredandet av sjukvård och flyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras.

31 §

För att någon skall kunna intas på ett sjukhus för sjukvård förutsätts en på läkarundersökning grundad remiss, om inte något annat stadgas genom förordning. (upphävs)

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall utan hinder av 1 mom. omedelbart beredas sjukvård.

31 a §

Om samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inte inom föreskrivna längsta väntetider kan ordna sådan vård som avses i 31 § i Finland, skall den på patientens begäran ge denne förhandstillstånd att på bekostnad av samkommunen söka vård i medlemsstaterna inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet eller Schweiz. När förhandstillstånd beviljas skall patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas. (upphävs)

Ändring i beslut om förhandstillstånd som fattas av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan sökas så som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

33 §

Om inledande och avslutande av en patients sjukvård beslutar överläkaren enligt allmänna anvisningar av chefläkaren, eller någon annan läkare vid kommunalförbundet enligt överläkarens anvisningar. (upphävs)

En patient skall inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamhetsenhetens verksamhet tillåter om möjligt beredas tillfälle att bland läkarna vid verksamhetsenheten välja den läkare som skall behandla honom eller henne. Även vid fortsatt vård av patienten skall han eller hon alltid då det med tanke på ett ändamålsenligt beredande av vård är möjligt hänvisas till samma läkare.

33 a §

I sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med endast ett språk skall sjukvård tillhandahållas på detta språk. Bestämmelser om patientens rätt att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § språklagen (423/2003). (upphävs)

I samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner skall sjukvård tillhandahållas på samkommunens båda språk så att patienten blir betjänad på det språk han eller hon väljer, antingen finska eller svenska.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall dessutom sörja för att nordiska medborgare kan använda sitt eget språk, finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar sjukvårdstjänster. Samkommunen skall då i mån av möjlighet sörja för att nordiska medborgare får den tolk- och översättningshjälp som de behöver.

34 §

När det gäller bekämpning av smittsamma sjukdomar och mentalvårdsarbete samt sinnesundersökning på sjukhus skall även iakttas vad som stadgas särskilt. (upphävs)

35 a §

Social- och hälsovårdsministeriet meddelar föreskrifter om fastställandet av vad som är anstaltsvård samt om förhandlings- och remissförfarandet mellan folkpensionsanstalten och kommunerna i samband därmed. (upphävs)

36 §

Kommunalförbundet skall, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom krä- (uppvävs)

ver det, sköta transporten av honom till någon annan verksamhetsenhet eller till en hälsovårdscentral för vård eller åtgärder.

37 §

För service enligt denna lag kan avgifter uppbäras enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/92). (upphävs)

44 §

Har inte något annat avtalats, skall den kommun eller det kommunalförbund som svarar för en hälsovårdscentral till kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet betala ersättning för tjänster som avses i 10 § 3 mom. i enlighet med förordning. (upphävs)

44 a §

Om ersättning enligt detta kapitel inte har betalats på förfallodagen, får en årlig dröjsmålsränta enligt den räntefot som avses i 4 § 3 mom. räntelagen uppbäras räknat från förfallodagen. (upphävs)

Den förfallodag som betalningen av dröjsmålsräntan grundar sig på kan infalla tidigast två veckor efter att den vård som utgör grund för avgiften har erhållits.

45 §

Ett universitet har rätt att använda ett i 24 § nämnt universitetssjukhus för sin medicinska utbildningsenhetens undervisnings- och forskningsbehov. (upphävs)

Ett universitet eller någon annan myndighet som sköter utbildning av hälsovårdspersonal och forskning inom hälsovården har rätt att använda sjukhus och separata verksamhetsenheter, som ett kommunalförbund svarar för, även för ordnande av annan utbildning och forskning inom hälsovården än sådan som avses i 1 mom., i enlighet med vad som avtalas mellan kommunalförbundet och myndigheten.

46 §

Kommunalförbundet skall sörja för att universitetet eller den andra myndigheten till sitt förfogande har sådana för undervisning och forskning behövliga lokaliteter med fasta ap- (upphävs)

parater och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen samt studerandena som måste finnas i en inrättning som ett kommunalförbund för sjukvårdsdistriktet skall hålla.

47 §

Till samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt (upphävs) i vilket det finns ett universitetssjukhus betalas ersättning av statsmedel för kostnader som förorsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare samt av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Ersättningen för utbildningskostnaderna baserar sig i fråga om specialiseringsutbildning på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examina i fråga. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på basis av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för forskningskostnaderna baserar sig på antalet vetenskapliga publikationer och på de poäng publikationerna tilldelats. (21.12.2004/1227)

Sådan ersättning för utbildningskostnaderna som bestäms enligt grunderna i 1 mom. betalas dock inte för de specialläkarexamina och specialtandläkarexamina som social- och hälsovårdsministeriet bestämt. Ges sådan utbildning vid ett universitetssjukhus, betalas till den samkommun som är huvudman för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på de grunder som anges i 47 a § 2 mom.

Universitetssjukhuset samordnar tillsammans med andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården inom sjukhusets specialansvarsområde sådan hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå som bedrivs vid dessa verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Till kommuner eller samkommuner som är huvudmän för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, till statliga sinner sjukhus och till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården om vilka bestäms i förordning betalas ersättning av statsmedel för kostnaderna för sådan forskning. Ersättningen baserar sig på antalet vetenskapliga publikationer och på de poäng publikationerna tilldelats.

Varje universitet med läkar- eller tandläkarutbildning meddelar kalenderårsvis social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina samt antalet forskningsrapporter som utarbetats och publicerats vid i 1 och 3 mom. avsedda verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården inom universitetssjukhusets specialansvarsområde.

47 a §

När grundutbildning för läkare eller tandläkare ges vid någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än vid ett universitetssjukhus, betalar den samkommun som är huvudman för universitetssjukhuset ersättning till den samkommun eller kommun eller till någon annan serviceproducent som saken gäller.

(upphävs)

När ett universitet för specialiseringsutbildning för läkare eller tandläkare anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården med en samkommun som huvudman än ett universitetssjukhus, en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården med en kommun som huvudman, ett statligt sinnessjukhus eller andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården om vilka bestäms i förordning, betalas på kalkylmässiga grunder till samkommunen, kommunen, det statliga sinnessjukhuset eller de andra serviceproducenterna ersättning av statsmedel för kostnader som föranleds av specialiseringsutbildningen enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt. Ersättningen baserar sig på antalet realiserade utbildningsmånader.

Till en kommun eller samkommun som är huvudman för ett sjukvårdsdistrikt eller en hälsovårdscentral betalas på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som föranleds av tjänstgöring som avses i 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994), utbildning enligt 4 § i förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården (1435/1993) och därmed jämförbar utbildning samt för kostnader som föranleds av praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare enligt 6 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och därmed jämförbar tjänstgöring. Ersättningen baserar sig på antalet personer som utbildas och på antalet utbildningsmånader.

Ersättning betalas dock inte för tjänstgöring som avses i 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården till den del tjänstgöringen överskrider sex månader, om inte Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården förutsätter en längre tjänstgöring.

47 b §

Bestämmelser om beloppet av ersättningen för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen, vikten av de vetenskapliga publikationerna och priset per enhet samt om de övriga grunderna för och användningen av ersättningen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

(upphävs)

Regionförvaltningsverket betalar ersättning enligt 47 § 1 och 2 mom. till samkommuner som är huvudmän för universitetssjukhus samt ersättning enligt 47 § 3 mom. till kommuner eller samkommuner som är huvudmän för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, till statliga sinnessjukhus och till andra serviceproducenter. Till en serviceproducent som avses i 47 a § 2 mom. betalar regionförvaltningsverket halvårsvis ersättning för läkarnas och tandläkarnas specialiseringsutbildning utgående från en ansökan som kommunen, samkommunen, det statliga sinnessjukhuset och någon annan serviceproducent har gjort och som baserar sig på ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt. Regionförvaltningsverket betalar halvårsvis den ersättning som avses i 47 a § 3 mom. till kommunen eller samkommunen på grundval av en ansökan som kommunen eller samkommunen har gjort. (22.12.2009/1548)
I övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande i tillämpliga delar 5 och 6 kap. lagen om statsandelar till kommunerna (1147/1996).

48 §

Tas lokaliteter som avses i 46 § varaktigt i bruk av ett kommunalförbund, skall detta till staten betala en så stor del av egendomens värde som proportionellt motsvarar den ersättning som universitetet eller myndigheten har betalt, om inte statsrådet beslutar något annat. För kommunalförbundets kostnader för detta betalas en statsandel som bestäms enligt

(upphävs)

lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården

49 §

En tjänsteinnehavare vid kommunalförbundet är skyldig att delta i undervisning och forskning inom hälsovården så som därom har överenskommits mellan kommunalförbundet och universitetet eller myndigheten.

(upphävs)

12 kap

Betalning av ersättning vid ändring av indelningen i sjukvårdsdistrikt

(upphävs)

56 a §

För utjämning av exceptionellt stora kostnader som åsamkats en medlemskommun i en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för en patient skall samkommunen ha ett utjämningsystem som täcker alla undersökningar och åtgärder samt all vård.

(upphävs)

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011. Lagens 47 och 47 a § tillämpas dock fram till 31 december 2011 på kostnader som förorsakas av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.

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

4.

Lag**om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 5 § 1, 6 och 7 punkten, 8 § 1 och 2 mom., 9 § 2 mom., 12 § 1 mom., 13 a § 2 mom. och 13 b §,

av dem 5 § 1 punkten sådan den lyder i lag 1408/2001, 9 § 2 mom. sådant det lyder i lag 858/2004, 12 § 1 mom. sådant det lyder i lag 1311/2003 samt 13 a § 2 mom. och 13 b § sådana de lyder i lag 1363/2004, som följer:

Gällande lydelse

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster
1) service och vårdmaterial enligt 14 § 1 mom. 1–6 och 9 punkten samt 14 a § 1 mom. 1 punkten folkhälsolagen (66/1972) fränsett läkarservice inom den öppna sjukvården som används av personer som fyllt 18 år, hem-sjukvård, rehabilitering i form av anstaltsvård, individuell fysioterapi, sjuktransport, uppehälle, sådana intyg och utlåtanden av läkare och tandläkare som inte ansluter sig till vården av patienten, tandundersökning och tandvård för dem som har fyllt 18 år samt laboratorieundersökningar och diagnostiska utbildningsundersökningar som utförs vid hälsovårdscentral efter remiss från privatläkare,

6) sådan rådgivning, undersökning för rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsmöjligheter, anpassningsträning och rehabiliteringshandledning som hör till den medicinska rehabiliteringen enligt 1 § 2 mom. lagen om specialiserad sjukvård,

Föreslagen lydelse

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster:
1) service och vårdmaterial enligt 13- 17 §, 19 § 1 punkten, 20, 24, 27, 29, 39 och 40 § i lagen om hälso- och sjukvård (/) fränsett läkarservice inom den öppna sjukvården som används av personer som fyllt 18 år, hem-sjukvård, rehabilitering i form av anstaltsvård, individuell fysioterapi, sjuktransport, uppehälle, sådana intyg och utlåtanden av läkare och tandläkare som inte ansluter sig till vården av patienten, tandundersökning och tandvård för dem som har fyllt 18 år samt laboratorieundersökningar och diagnostiska utbildningsundersökningar som utförs vid hälsovårdscentral efter remiss från privatläkare,

6) sådan rådgivning, undersökning för rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsmöjligheter, anpassningsträning och rehabiliteringshandledning som hör till den medicinska rehabiliteringen enligt 29 § i lagen om hälso- och sjukvård,

7) hjälpmedel som ansluter sig till service enligt 14 § 1 mom. 1-6 punkten folkhälso- lagen eller 1 § 2 mom. lagen om specialiserad sjukvård samt nödvändigt förnyande och underhåll av sådana utom när behovet av hjälp- medel beror på en skada eller yr-kessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfallsförsäkring (608/48), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (1026/81), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/48), trafik- försäkringslagen (279/59) eller patientskade- lagen (585/86) eller någon tidigare lag som motsvarar dessa, samt

7) hjälpmedel som ansluter sig till service enligt 13-17 §, 20, 24, 27, 29, 39 och 40 § i lagen om hälso- och sjukvård samt nödvän- digt förnyande och underhåll av sådana utom när behovet av hjälpmedel beror på en skada eller yrkessjukdom som ersätts enligt lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948), lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföreta- gare (1026/1981), lagen om skada, ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringsla- gen (279/1959) eller patientskadelagen (585/1986) eller någon tidigare lag som mot- svarar dessa, samt

8 §

Avgifter inom företagshälsovården

En arbetsgivare är skyldig att för den före- tagshälsovård som ges av en hälsovårdscen- tral enligt 14 § 1 mom. 7 punkten eller 14 a § 1 mom. 2 punkten folkhälsolagen eller för sjukvårds- eller annan service som centralen enligt i 15 § 4 mom. folkhälsolagen har an- ordnat för arbetsgivaren till hälsovårdscen- tralen betala avgifter och ersättningar för olika åtgärder och verksamhetsformer inom hälso- vården, enligt de grunder som anges i förord- ning.

Företagare och andra som utför eget arbete är skyldiga att för företagshälsovård som en hälsovårdscentral ger enligt 14 § 1 mom. 8 punkten folkhälsolagen till centralen betala avgifter och ersättningar för olika åtgärder och verksamhetsformer inom hälsovården, enligt de grunder som anges i förordning.

9 §

Specialpoliklinikavgift

Användningen av specialpolikliniktjänster skall bygga på att den som använder en tjänst själv frivilligt har sökt sig till polikliniken för undersökning eller vård och på att patienten är medveten om specialpoliklinikens avgifts- praxis. Patienten skall om han eller hon så

8 §

Avgifter inom företagshälsovården

En arbetsgivare är skyldig att för den före- tagshälsovård som ges av en hälsovårdscen- tral enligt 18 § 1 mom. och 19 § 2 punkten i lagen om hälso- och sjukvård eller för sjuk- vårds- eller annan service som centralen enligt i 18 § 3 mom. i lagen om hälso- och sjuk- vård har anordnat för arbetsgivaren till häl- sovårdscentralen betala avgifter och ersätt- ningar för olika åtgärder och verksamhets- former inom hälsovården, enligt de grunder som anges i förordning.

Företagare och andra som utför eget arbete är skyldiga att för företagshälsovård som en hälsovårdscentral ger enligt 18 § 2 mom. i la- gen om hälso- och sjukvård till centralen be- tala avgifter och ersättningar för olika åtgär- der och verksamhetsformer inom hälsovår- den, enligt de grunder som anges i förord- ning.

9 §

Specialpoliklinikavgift

Användningen av specialpolikliniktjänster skall bygga på att den som använder en tjänst själv frivilligt har sökt sig till polikliniken för undersökning eller vård och på att patienten är medveten om specialpoliklinikens avgifts- praxis. Patienten skall om han eller hon så

Gällande lydelse

önskar ha möjlighet att på basis av lagen om specialiserad sjukvård få sådan vård som sjukvårdsdistriktet ansvarar för att anordna så att avgiften i stället för enligt denna paragraf bestäms i enlighet med andra bestämmelser i denna lag och bestämmelser som utfärdats med stöd av den.

12 §

Köpta tjänster och servicesedel

Om en kommun eller samkommun ordnar service som köpta tjänster så som avses i 4 § 1 mom. 4 punkten lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992), skall den som använder servicen betala samma avgifter och ersättningar som när motsvarande service ordnas av kommunen eller samkommunen.

13 a §

Avgift för sjukvård som ersätts enligt den lagstadgade olycksfallförsäkringen och trafikförsäkringen

Med kostnader för ordnandet av vårdtjänsten avses i 1 mom. den avgift som en kommun som inte hör till samkommunen med stöd av 42 och 43 § i lagen om specialiserad sjukvård skulle betala till samkommunen för kostnaderna för vården av en av sina invånare, om kommunen skulle betala vården. Om klienten vårdas vid en hälsovårdscentral, ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som klientens hemkommun eller en samkommun är huvudman för, avses med kostnader för ordnandet av tjänsten den avgift som med stöd av 22 § 2 mom. i folkhälsolagen skulle tas ut hos klientens hemkommun om klienten kom från en annan kommun.

Föreslagen lydelse

önskar ha möjlighet att på basis av lagen om specialiserad sjukvård *hälso- och sjukvård* få sådan vård som sjukvårdsdistriktet ansvarar för att anordna så att avgiften i stället för enligt denna paragraf bestäms i enlighet med andra bestämmelser i denna lag och bestämmelser som utfärdats med stöd av den.

12 §

Köpta tjänster och servicesedel

Om en kommun eller samkommun ordnar service som köpta tjänster så som avses i 4 § 1 mom. 4 punkten lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992), skall den som använder servicen betala samma avgifter och ersättningar som när motsvarande service ordnas av kommunen eller samkommunen.

13 a §

Avgift för sjukvård som ersätts enligt den lagstadgade olycksfallförsäkringen och trafikförsäkringen

Med kostnader för ordnandet av vårdtjänsten avses i 1 mom. den avgift som en kommun som inte hör till samkommunen med stöd av 58 § i lagen om *hälso- och sjukvård* skulle betala till samkommunen för kostnaderna för vården av en av sina invånare, om kommunen skulle betala vården. Om klienten vårdas vid en hälsovårdscentral, ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som klientens hemkommun eller en samkommun är huvudman för, avses med kostnader för ordnandet av tjänsten den avgift som med stöd av 58 § i lagen om *hälso- och sjukvård* skulle tas ut hos klientens hemkommun om klienten kom från en annan kommun.

13 b §

Anmälningsskyldighet för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen eller lagen om specialiserad sjukvård ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård skall utan dröjsmål, dock senast inom tio vardagar sedan vården började, utan hinder av sekretessbestämmelserna och andra bestämmelser om erhållande av uppgifter, till en i 13 a § 1 mom. avsedd försäkringsanstalt eller Statskontoret anmäla inledandet av sådan vård och behandling som sannolikt föranleds av en skada eller sjukdom som de är skyldiga att ersätta. Anmälningsskyldigheten gäller inte sådan vård som avses i första och andra meningen i 15 § 3 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring eller i första och andra meningen i 6 a § 3 mom. i trafikförsäkringslagen. Anmälan skall innehålla de uppgifter om skadans eller sjukdomens art och om olycksfallet, yrkessjukdomen eller trafikskadan som verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården har samt den skadades personuppgifter. I fråga om olycksfall och yrkessjukdomar skall anmälan också innehålla uppgifter om den skadades arbetsgivare och den försäkringsanstalt där arbetsgivaren har försäkrat sina arbetstagare, samt i fråga om trafikskador den som bär ansvaret för trafikskadan eller de motorfordon som varit delaktiga i den och deras trafikförsäkringsanstalter. Vidare skall i anmälan antecknas uppgifter om när vården inleddes och vårdåtgärderna, vårdplanen och kostnaderna för den, samt andra för en betalningsförbindelse nödvändiga uppgifter. Om verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården saknar uppgift om den ersättningskyldiga försäkringsanstalten, görs anmälan i fråga om olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar till Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund och i fråga om trafikskador till Trafikförsäkringscentralen.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen eller lagen om specialiserad sjukvård ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård skall på begäran utan dröjsmål till försäkringsanstal-

13 b §

Anmälningsskyldighet för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård *eller lagen om hälso- och sjukvård* ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård utan dröjsmål, dock senast inom tio vardagar sedan vården började, utan hinder av sekretessbestämmelserna och andra bestämmelser om erhållande av uppgifter, till en i 13 a § 1 mom. avsedd försäkringsanstalt eller Statskontoret anmäla inledandet av sådan vård och behandling som sannolikt föranleds av en skada eller sjukdom som de är skyldiga att ersätta. Anmälningsskyldigheten gäller inte sådan vård som avses i första och andra meningen i 15 § 3 mom. i lagen om olycksfallsförsäkring eller i första och andra meningen i 6 a § 3 mom. i trafikförsäkringslagen. Anmälan skall innehålla de uppgifter om skadans eller sjukdomens art och om olycksfallet, yrkessjukdomen eller trafikskadan som verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården har samt den skadades personuppgifter. I fråga om olycksfall och yrkessjukdomar skall anmälan också innehålla uppgifter om den skadades arbetsgivare och den försäkringsanstalt där arbetsgivaren har försäkrat sina arbetstagare, samt i fråga om trafikskador den som bär ansvaret för trafikskadan eller de motorfordon som varit delaktiga i den och deras trafikförsäkringsanstalter. Vidare skall i anmälan antecknas uppgifter om när vården inleddes och vårdåtgärderna, vårdplanen och kostnaderna för den, samt andra för en betalningsförbindelse nödvändiga uppgifter. Om verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården saknar uppgift om den ersättningskyldiga försäkringsanstalten, görs anmälan i fråga om olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar till Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund och i fråga om trafikskador till Trafikförsäkringscentralen.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som med stöd av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård *eller lagen om hälso- och sjukvård* ger sjukvård såsom offentlig hälso- och sjukvård skall på begäran

Gällande lydelse

ten för den betalningsförbindelse som avses i 15 § i lagen om olycksfallsförsäkring och 6 a § i trafikförsäkringslagen lämna de nödvändiga uppgifterna om när vården av en patient inleds och de kostnader som vården sannolikt kommer att orsaka.

Föreslagen lydelse

utan dröjsmål till försäkringsanstalten för den betalningsförbindelse som avses i 15 § i lagen om olycksfallsförsäkring och 6 a § i trafikförsäkringslagen lämna de nödvändiga uppgifterna om när vården av en patient inleds och de kostnader som vården sannolikt kommer att orsaka.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2011.

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