

Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lagar om ändring av 14 och 49 § folkhälsolagen, 59 § lagen om specialiserad sjukvård och 34 § mentalvårdslagen.

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås att folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen skall ändras. Avsikten med denna proposition är att utvidga den kommunala tandvården och förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Det föreslås att det i fråga om kommunens skyldighet att ordna tandvård utfärdas bestämmelser om att vård skall ordnas för åtminstone personer som är födda 1946 och senare. I syfte att förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga vill man bl.a. göra det möjligt att utfärda bestämmelser om hur lång väntetiden högst får vara inom den specialiserade sjukvården och att förbättra vårdkedjans ändamålsenlighet.

Det föreslås att bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna tandvård ändras så att omfattningen av vården inte längre skall anges genom förordning utan direkt genom lag. För att förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga föreslås i statens budgetproposition för 2001 att statsandelen till kommunerna för social- och hälsovård ökas med 25 milj. mk.

Den statsandel som kommunerna får för social- och hälsovård bestäms kalkylmässigt och det är omöjligt att på förhand bestämma vad statsandelen skall användas till. På grund härav föreslås i denna proposition att folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen ändras så att i lagarna införs ett bemyndigande att genom förordning av statsrådet utfärda närmare bestämmelser

om tillgången på och innehållet i de mentalvårdstjänster som kommunerna är skyldiga att ordna.

Enligt lagförslagen kan vid behov genom förordning av statsrådet föreskrivas även om det inom vilken tid en kommun skall ordna mentalvårdstjänster. Dessutom kunde man genom förordning utfärda bestämmelser om noggrannare utformning av innehållet i och ordnandet av de mentalvårdstjänster som ankommer på kommunerna. Det föreslås också att social- och hälsovårdsministeriet skall få rätt att meddela anvisningar om folkhälsoarbetets, den specialiserade sjukvårdens och mentalvårdsarbetets innehåll.

Propositionen hänför sig budgetpropositionen för 2001 och avses bli behandlad i samband med den. Propositionen hänför sig dessutom till den regeringsproposition gällande ändring av sjukförsäkringslagen som samtidigt skall överlämnas till riksdagen. I den sistnämnda propositionen föreslås att också rätten att från sjukförsäkringen få ersättning för tandvårdskostnader skall utvidgas att omfatta personer som är födda 1946 och senare.

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2001 med undantag av ändringen av folkhälsolagen. Ändringen, som gäller utvidgning av tandvården, avses träda i kraft den 1 april 2001. Dessutom föreslås en övergångstid för utvidgningen av tandvården så att tandvård för personer som är födda 1955—1946 skall ordnas senast före ingången av 2001.

ALLMÄN MOTIVERING

1. Nuläge

1.1. Den kommunala tandvården

Enligt 14 § 1 mom. 4 punkten folkhälsolagen (66/1972) åligger det kommunen att inom folkhälsoarbetet svara för tandvård i den omfattning som närmare anges genom förordning. Enligt 1 § folkhälsoförordningen (802/1992) skall kommunen ordna undersökning och vård av tänderna för i första hand de personer som är födda år 1956 och senare samt för patienter som fått strålbehandling av huvudet och halsen.

Dessa bestämmelser gäller närmast inriktandet av den tandvård som hälsovårdscentralen i en kommun ger kommuninvånarna när kommunen har velat begränsa tandvården. Med stöd av folkhälsoförordningen kan vården begränsas enligt ålder så att de yngsta åldersgrupperna kommer i första hand. Genom beslut av kommunen kan vården också begränsas så att den omfattar yngre åldersgrupper än vad som anges i förordningen.

Bestämmelserna om ordnande av kommunal tandvård avviker från de andra

bestämmelserna om kommunal hälso- och sjukvård uttryckligen så att grunden för tillgången till vård kan vara patientens ålder. Inom den övriga kommunala hälso- och sjukvården är grunden för tillgång till vård enligt huvudregeln behovet av vård och i vissa fall att patienten hör till en sådan användargrupp för vilken det angetts särskilda grunder, t.ex. i fråga om skolelever och studerande.

År 1997 ordnade i praktiken över hälften av hälsovårdscentralerna, för vilka en kommun eller en samkommun är huvudman, tandvårdstjänster utan åldersrelaterade begränsningar. Inom dessa hälsovårdscentralers område fanns ca 1,6 miljoner invånare. Var fjärde hälsovårdscentral ordnade tandvårdstjänster i den omfattning som begränsningen i folkhälsoförordningen anger. Inom deras område fanns allt som allt ca 1,7 miljoner invånare. Resten, dvs. en femtedel av hälsovårdscentralerna, ordnade tandvårdstjänster i ännu snävare omfattning. Dessa kommuner hade ca 1,7 miljoner invånare.

År 1999 hade den kommunala hälsovården patienter i följande utsträckning:

Åldersgrupp	åldersgruppens storlek antal	patienter inom den kommunala tandvården		
		antal	% åldersgruppen	milj. besök *
0-18-åringar	1 210 575	942 333	78	2,6
19-43-åringar	1 742 712	510 100	29	1,6
43-åringar och äldre	2 218 015	297 736	13	0,9
sammanlagt	5 171 312	1 750 169	34	5,1

*Inklusive besök på tandläkar-, tandhygienist- och tandskötarmottagningar

De totala kostnaderna för den tandvård som ges vid hälsovårdscentralerna uppgick 1998 till sammanlagt 1 316 milj. mk. De genomsnittliga kostnaderna per patient var 753 mk. Kostnaderna per besök var 258 mk. Samma år inflöt ca 270 milj. mk i klientavgifter, vilket innebär i genomsnitt 117 mk per avgiftsbelagt besök.

1.2. Sjukförsäkringsersättning inom tandvården

Enligt 5 b § sjukförsäkringslagen (364/1963) vilken paragraf gäller till utgången av 2000 tillfaller rätten till ersättning från sjukförsäkringen för tandvårdskostnader enligt huvudregeln personer som är födda 1956

och därefter, vilket 2000 innebär 44-åringar och yngre. I enlighet med sjukförsäkringslagen är ersättningen för kostnader för undersökning och förebyggande vård av mun och tänder 75 % samt för annan tandvård som ges av en tandläkare 60 % av högst beloppet enligt taxan. Den försäkrade får också ersättning för laboratorie- och röntgenundersökningar som föreskrivits av en tandläkare samt för nödvändiga läkemedel som ordinerats av en tandläkare på samma sätt som för laboratorie- och röntgenundersökningar samt läkemedel som föreskrivits respektive ordinerats av en läkare. Dessutom ersätts resekostnader som ansluter sig till tandvård i enlighet med sjukförsäkringens allmänna principer.

Den övriga vuxna befolkningen, dvs. personer födda före 1956, har med stöd av den temporära 5 b § fått ersättning för kostnader för undersökning och förebyggande vård av mun och tänder vart tredje år. Ersättningen är 75 % av högst beloppet enligt den fastställda taxan. Dessutom har de, liksom personer födda 1956 och därefter, med stöd av 5 § 2 mom. sjukförsäkringslagen rätt till ersättning från sjukförsäkringen för kostnader för tandvård, om vården är nödvändig för botande av någon annan sjukdom än en tandsjukdom eller om vården är nödvändig på grund av strålbehandling eller behandling med cytostatika. Då beror ersättningen för vården på det behov som behandlingen av en annan sjukdom än en tandsjukdom kräver. Ersättningen är 60 % av högst beloppet enligt den fastställda taxan.

År 1999 betalades ersättningar från sjukförsäkringen till allt som allt 467 200 personer, varav andelen 19—43-åringar var över 312 500. Inom den nämnda åldersgruppen var den genomsnittliga ersättningen 546 mk per ersättningstagare. Av försäkrade födda före 1956 fick 113 300 ersättning från sjukförsäkringen för kostnader för undersökning och förebyggande vård. Ersättningen var 114 mk per ersättningstagare. Sådan ersättning för tandvård på grund av någon

annan sjukdom än en tandsjukdom som föreskrivs i 5 § 2 mom. sjukförsäkringslagen betalades till 13 300 försäkrade, och ersättningen från sjukförsäkringen uppgick till i genomsnitt 510 mk per ersättningstagare.

För tandreglering samt protetiska åtgärder och tandtekniska kostnader har enligt huvudregeln inte beviljats ersättning. I enlighet med 5 § 2 mom. sjukförsäkringslagen har ersättning för tandreglering undantagsvis beviljats försäkrade, då tandregleringen varit nödvändig för botande av en annan sjukdom än en tandsjukdom, t.ex. medfödd abnormitet i käken.

Om tandvården för frontveteraner bestäms i lagen om anordnande av och ersättning för tandvården för frontveteraner (678/1992). Enligt denna lag har rätten till ersättning utvidgats så att den fr.o.m. den 1 mars 2000 också omfattar minröjare. Tandvården för frontveteraner omfattar närmare 150 000 veteraner. Ersättningarna för tandvården för frontveteraner gäller i synnerhet ersättningar för protetiskt arbete. År 1998 var antalet ersättningstagare 31 400 och den genomsnittliga ersättningen per ersättningstagare 1 396 mk.

1.3. Utvidgande av den offentligt understödda tandvården och tidigare planer

Den offentligt understödda tandvården inleddes i Finland 1956, då lagen om tandläkarväsendet vid folkskolorna (297/1956) trädde i kraft. Folkhälsolagen, som trädde i kraft 1972, utvidgade den kommunala tandvården så att den i princip omfattade hela befolkningen, men på grund av begränsade resurser skulle vården till en början inriktas på i första hand 0-17-åringar i enlighet med principerna för systematisk tandvård. Genom riksomfattande planer har den systematiska tandvården gradvis utvidgats enligt följande:

År	1972	1979	1984	1985	1986	1988	1989	1990
Åldersgrupp	0-17	0-18	0-19	0-21	1961-	1960-	1958-	1956-

Efter statsandelsreformen 1993 angavs omfattningen av tandvården inte längre genom riksomfattande planer utan, efter än ändring av folkhälsolagen, genom folkhälsoförordningen, enligt vilken vård skall ordnas på det sätt som beskrivs ovan i underavsnitt 1.1 i första hand för personer som är födda 1956 och därefter.

Sjukförsäkringslagens bestämmelser om ersättning för tandvård reviderades 1991. Avsikten med lagändringen (1714/1991) var att utsträcka ersättningen för systematisk tandvård så att hela befolkningen kan få ersättning fr.o.m. den 1 juli 1992. Ersättningen för tandvård skulle också ha gällt laboratorie- och röntgenundersökningar samt läkemedel som föreskrivs respektive ordinerar av en tandläkare samt resekostnader i anslutning till tandvård samt till en viss del också kostnader för protetik. För tandreglering skulle ersättning inte ha beviljats. Utvidgandet av ersättningen för tandvård så att den omfattar hela befolkningen har därefter uppskjutits genom temporära lagar, senast genom den lag som gavs i november 1999 (1020/1999) och som gäller under år 2000.

I sitt svar på den regeringsproposition med förslag till lag om temporär ändring av 5 och 5 b § sjukförsäkringslagen som gäller ersättning från sjukförsäkringen för tandvård (RP 82/1999 rd – RSv 43/1999 rd) förutsätter riksdagen att tillräckliga resurser avsätts för reformen av den systematiska tandvården och att kostnadsneutraliteten i reformen ses ur ett vidare perspektiv än så som enbart en ändring av de interna prioriteringarna i den kommunala tandvården eller sjukförsäkrings-systemet. Social- och hälsovårdsutskottet anser i sitt betänkande med anledning av den nämnda regeringspropositionen (ShUB 12/1999 rd – RP 82/1999 rd) att det är viktigt att det ges en tillräckligt exakt definition utgående från folkhälsosynpunkter av vad den systematiska tandvården skall innehålla. Härigenom kan vården gagna befolkningens välfärd och hälsa på lång sikt.

Målet för tandvården är enligt programmet för Paavo Lipponens andra regering att det genom kostnadsneutrala åtgärder stegvis skall bli möjligt för hela befolkningen att få tandvård som stöds av gemensamma medel.

1.4. Styrning av den kommunala hälso- och sjukvården

Om kommunernas skyldighet att ordna hälsovårdstjänster föreskrivs i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) samt i fråga om mentalvårdstjänster i mentalvårdslagen (1116/1990). Om skyldigheterna föreskrivs på en synnerligen allmän nivå och verksamhetens omfattning och innehåll kan inte definieras direkt på basis av lagstiftningen. I praktiken har detta lett till att det är stora skillnader mellan kommunerna då det gäller servicens innehåll och hur den har ordnats. I och för sig är skillnaderna godtagbara ifall den service som kommuninvånarna behöver ordnas på ett lämpligt sätt. I vissa fall har det dock visat sig att skillnaderna är stora och att den skyldighet att ordna tillräckliga social- och hälsovårdstjänster som åläggs kommunerna i 19 § grundlagen i vissa kommuner inte till alla delar uppfylls som den borde.

Styrningen av den kommunala hälso- och sjukvården genomförs för närvarande dels enligt ovan nämnda lagar och dels genom olika former av informationsstyrning. Informationsstyrningens nyaste verktyg är mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården, som för första gången gjordes upp 1999 för åren 2000-2003. Som bäst håller man på att genomföra mål- och verksamhetsprogrammet.

I fråga om de styrningssätt som står till buds kan konstateras att styrning som baserar sig på lag ofta är ett onödigt tungt sätt att påverka enskilda problemfrågor, och att en sådan här styrning inte är förenlig med den nuvarande ramlagstiftningen. Å andra sidan är en informationsstyrning som inte är bindande för kommunerna inte alltid tillräcklig. Ett tydlig exempel på detta är den minskning av den slutna vården som genomförts inom servicesystemet utan att man som motvikt i tillräcklig utsträckning har ökat den service som behövs inom den öppna vården, trots att kommunerna kontinuerligt har uppmärksammat på frågan.

Det finns mångahanda orsaker till de konstaterade bristerna. Under de gångna tio åren har den kommunala ekonomin i många fall varit en avgörande faktor. Den ekonomiska

recessionen i början av 1990-talet försämrade märkbart både statens och kommunernas möjligheter att finansiera social- och hälsovårdsservicen. Verkningarna sträckte sig ända till slutet av decenniet och i många enskilda kommuner är den ekonomiska situationen fortfarande svår.

Utöver de ekonomiska orsakerna kan kommunernas egen verksamhet vid ordnandet av servicen vara en orsak till de problem som konstaterats inom servicen. Utvecklingen av det kommunala servicesystemet kan ske på ett oändamålsenligt sätt särskilt då det gäller vissa enskilda gruppers behov, t.ex. mentalvårdspatienter eller personer med störningar i den mentala hälsan. För närvarande kan man försöka påverka en sådan verksamhet i första hand genom styrning som inte är bindande för kommunerna. Ibland, men inte alltid, har en sådan styrning effekt. Man kan inte heller med hjälp av övervakning ingripa i en verksamhet som strider mot en icke bindande styrning.

I den rådande situationen, där man dels inte kan uppnå uppsatta mål med en styrning som inte är bindande för kommunerna och dels anser att lagstiftningsåtgärder är för tunga, finns det inget annat lättare styrningssätt som skulle basera sig på förordning av statsrådet eller ministeriet.

1.5. Mentalvårdstjänster

Situationen då det gäller mentalvårdstjänsterna utreddes 1998 av nio utredningsmän som arbetade regionalt. Det viktigaste resultatet av utredningarna var att de största missförhållandena och friktionerna inom mentalvårdssystemet berodde på knappa resurser. Den grundläggande finansieringen av mentalvårdsarbetet har hela tiden minskat. Kostnaderna för den specialiserade psykiatriska sjukvården minskade räknat med penningvärdet 1997 från 3,15 mrd. mk år 1990 till 2,34 mrd. mk år 1997. Kostnaderna för den specialiserade psykiatriska sjukvården för barn och unga är ca 500 milj. mk om året. Finansieringen av mentalvårdsarbetet har dock inte ökats i motsvarighet till det ökade antalet uppgifterna inom primärvården.

Serviceurvalet och tillgången på service då

det gäller mentalvårdstjänsterna varierar mycket beroende på region och kommun. Detta gäller såväl rådgivnings-, akut-, långvårds- som rehabiliteringstjänsterna. Ur kronikernas synvinkel är bristen störst då det gäller tjänster som hjälper klienterna att klara det dagliga livet samt som stöder socialt umgänge och öppen vård. Med tanke på patienterna inom den öppna vården är hemtjänstens resurser otillräckliga. Likaså är finansieringen av rehabilitering bristfällig.

Utbudet på mentalvårdstjänster för barn och unga är ojämnt fördelat mellan regionerna. Särskilt finns det brister då det gäller diagnostisering av ungas depressionstillstånd och inlärningsproblem, som föranleds av olika orsaker. Även de problem som barn under skolåldern har tas itu med i alltför liten utsträckning och alltför långsamt. Detta utgör ett problem med tanke på förebyggande av tidig utslagning.

Trots den skyldighet som tydligt anges i lagstiftningen har inte alla sjukvårdsdistrikt ordnat mentalvård för minderåriga oberoende av deras vilja och åtskilt från vuxna på det sätt som mentalvårdslagen förutsätter. Likaså finns det brister i ordnandet av kristerapi, och främjande av den mentala hälsan har först nyligen tagits upp på dagordningen.

Den största bristen i fråga om servicesystemet för barn är att det är så splittrat. Akutvården och kristerapin inom barnpsykiatri är synnerligen bristfälligt ordnad på flera ställen. Det finns inte tillräckligt många bäddplatser för barn inom mentalvården och inte heller tillräckligt med dagsjukvård eller stödjande öppen vård. Det har visat sig att narkotika- och rusmedelsberoende samt allvarliga psykosociala problem ofta ligger bakom brott som utförs av minderåriga. Servicesystemet kan dock inte uppfylla sådana svårt störda ungdomars behov av vård.

2. Propositionens mål och föreslagna ändringar

2.1. Den kommunala tandvården

Det viktigaste målet för den kommunala tandvården är att förbättra munhälsan för hela befolkningen och att hela befolkningen skall kunna få mun- och tandvårdstjänster en-

ligt behov. Genom regelbunden tandvård och därtill anslutet stöd för egenvård kan sjukdomar i mun och tänder förebyggas och eventuella sjukdomar behandlas i ett tidigt skede. Då dessa åtgärder genomförs på ett ändamålsenligt sätt kan de också minska de skadeverkningar som mun- och tandsjukdomar medför för hela kroppen. Utgående från de erfarenheter som inhämtats under folkhälso- lagens giltighetstid kan det konstateras att mun- och tandhälsa hos de yngre åldersgrupperna har i avsevärd utsträckning kunnat förbättras genom ändamålsenligt förebyggande och ändamålsenlig behandling av mun- och tandsjukdomar. De goda resultaten baserar sig delvis på att hälsovårdscentralerna har ordnat tandvård för barn och unga i hela landet. Högre utbildning och bättre kost har också haft stor betydelse.

En del av den vuxna befolkningen har dock inte tillgång till kommunal tandvård, eftersom alla hälsovårdscentraler inte har kunnat ordna vård för alla invånare inom området på grund av otillräckliga resurser. Inte heller sjukförsäkringssystemet har på ett täckande sätt beviljat den vuxna befolkningen ersättning för kostnader för tandvård. Detta har lett till att en del av befolkningen har blivit utan regelbunden tandvård.

Eftersom ändamålsenlig tandvård också i vuxen ålder har stor betydelse för hälsan och livskvaliteten, borde hela befolkningen omfattas av den offentligt understödda tandvården genom den kommunala service- systemet och sjukförsäkringssystemet. Åldersgränserna, som verkligen begränsar möjligheten att få vård, skulle således kunna avskaffas och samtidigt skulle den ekonomiska tröskeln för att söka vård kunna sänkas. Om alla har möjlighet att få kommunal tandvård, avhjälpes samtidigt de faktiska skillnader i tillgången på tandvård som för närvarande beror på boningsorten. Om tandvården utvecklas på det föreslagna sättet, kan denna utveckling på lång sikt också antas hålla tillbaka ökningen av de kostnader inom hälso- och sjukvården som föranleds av mun- och tandsjukdomar.

I enlighet med det ovan anförda är målet inom den kommunala hälso- och sjukvården att tandvårdstjänster, liksom den övriga primärvården, skall ordnas för alla

kommuninvånare enligt behovet av vård. Då är grunden för vård inte längre patientens ålder utan den vård som munnens och tändernas hälsotillstånd förutsätter. Av stats- ekonomiska och kommunalekonomiska skäl är det emellertid inte möjligt att på en gång utvidga tandvården så att den omfattar alla åldersgrupper. Därför är avsikten att utvidga den kommunala tandvården så att kommunerna först skall ge åtminstone alla dem som är födda 1946 och därefter möjlighet att få kommunal tandvård om de så önskar. Dessutom skall kommunens skyldighet att ordna vård alltså omfatta personer som fått strål- behandling av huvudet och halsen. Avsikten är att 2002 ytterligare utvidga vården så att hela befolkningen, oberoende av ålder, vid behov kan få vård vid hälsovårdscentralerna.

Huvudansvaret för ordnande av tandvårdstjänster för befolkningen bärs enligt detta även i framtiden av kommunerna. De kommunala tandvårdstjänsterna kompletteras av de privata tandläkarnas tjänster. Kostnader för de sistnämnda ersätts enligt sjukförsäkringslagen.

2.2. Mentalvårdstjänster för barn och unga

Utgående från den utredning av situationen gällande mentalvårdstjänsterna och behovet att utveckla dem som utfördes inom ramen för programmet Ett meningsfullt liv har man utarbetat ett program med de viktigaste utvecklingsobjekten. Dessa är:

- förbättring av mentalvårdstjänsterna för barn och unga
- utvecklande av rehabiliterande stödverksamhet och av stödverksamhet som upprätthåller funktionsförmågan inom den öppna vården samt av boendeservice för alla åldersgrupper
- ordnande av sjukhustjänster och tjänster inom den öppna vården för vuxna så att de fungerar utan avbrott, är mångsidiga och smidiga
- utvecklande av förebyggande arbete
- utvecklande av kunnandet då det gäller mentalvårdsarbetet inom basservicen
- utvecklande av personalens kunnande då det gäller mentalvårdstjänsterna och

missbrukarvården samt kvalitetsledning och utvärdering.

Vid genomförandet av programmet är utvecklingen av mentalvårdstjänsterna för barn och unga mest brådskande.

Vid utvecklingen är det nödvändigt att de statliga myndigheterna utöver den ekonomiska satsningen på mentalvårdstjänsterna för barn och unga och därtill anslutna utvecklingsprojekt kan styra verksamheten på ett sätt som binder kommunerna. Avsikten med propositionen är också att skapa möjligheter för en tillräcklig styrning av kommunerna, så att man kan säkerställa en ökning av servicen som motsvarar den ökning av statsandelen för social- och hälsovården som gör det möjligt att utveckla mentalvårdstjänsterna.

Den tilläggsfinansiering av mentalvårdstjänsterna som staten beviljar kan genomföras antingen på det sätt som anges i budgetpropositionen för 2001 genom att öka statsandelen för social- och hälsovården eller genom att bevilja kommunerna ett särskilt statsbidrag som i budgeten för 2000. Genom ett statsbidrag kan man i stor utsträckning säkerställa att finansieringen går till det ändamål som bidragsbeviljaren avser. Å andra sidan leder upprepade bidrag lätt till att finansieringen av basverksamheten minskas i motsvarande grad, eftersom man på förhand vet att man kan få bidrag. Således kan det säkerställas att bidraget i princip går till rätt ändamål men inte att den totala finansieringen av den stödda verksamheten ökar.

Det finns också andra problem då det gäller ett särskilt bidrag. Administrativt sätt är det synnerligen tungt att verkställa eftersom bidragen i praktiken skall basera sig på särskilda ansökningar som måste bedömas och på basis av vilka statsbidragsmyndigheten fattar sitt beslut om beviljande av bidrag. Ett bidrag förutsätter också särskild uppföljning. Bl.a. sådana faktorer bidrar till att man övergick till det kalkylerade statsandelssystemet. Om en verksamhet finansieras med bidrag innebär det också att den faktiska styrningen av verksamheten överförs på den statliga myndighet som beslutar om villkoren för och beviljandet av bidraget.

Med stöd av vad som anförts ovan har man ansett det vara bäst att ordna behövlig tilläggsfinansiering genom att höja statsande-

len till kommunerna för social- och hälsovården. Användningen av statsandelen är dock inte i förväg bunden till någon särskild uppgift. Således leder inte en ökning av statsandelen i syfte att förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga automatiskt till att kommunerna ökar sin finansiering i motsvarande grad. Då tilläggsfinansieringen inriktas förutsätter det också att det finns en särskild styrningsmekanism för den kalkylerade finansieringen med hjälp av vilken man kan trygga att det mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga utvecklas på önskat sätt.

Erfarenheterna från 1990-talet har visat att rekommendationer och annan styrning som inte är bindande sällan har någon stor inverkan på kommunernas verksamhet. Därför måste styrningen vara juridiskt bindande för att den skall ha någon verkan.

Eftersom man inte kan garantera att de mål som uppställts för utvecklandet av det mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga uppnås genom en icke bindande styrning av kommunerna och då styrning på lagnivå samtidigt är onödigt tung bör i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen tas in bestämmelser om bemyndigande på basis av vilka statsrådet genom förordning kan precisera den skyldighet att ordna service som anges i lagstiftningen. Eftersom det för närvarande inte finns någon klar bestämmelse i lagstiftningen om att social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om verksamheten vore det ändamålsenligt att i lagarna ta in även ett allmänt bemyndigande att meddela anvisningar.

Ett avgörande problem för dem som behöver service är ofta att deras möjlighet att få vård minskas av olika begränsningar. Antingen finns inte servicen i fråga eller så blir patienten tvungen att vänta på den oskäligt länge. T.ex. inom mentalvårdstjänsterna blir barn och unga som är i behov av akut vård ofta tvungna att vänta flera månader och t.o.m. över ett år innan de får vård. Detta är möjligt då det inte finns några bestämmelser om hur fort patienterna bör få vård. Både med tanke på det sjuka barnet och dess anhöriga är den långa väntetiden oskälig.

Med de medel som för närvarande står till

buds har man inte kunnat avhjälpa missförhållandet med de långa väntetiderna. Målet borde vara ett system där den tid inom vilken en patient bör få vård vid behov kunde regleras så att kommunerna skall ordna en vårdplats och vård inom den tid som patientens situation kräver. Det här kunde genomföras så att statsrådet vid behov genom förordning kunde bestämma hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård. En sådan maximitid som baserar sig på förordning av statsrådet skulle göra det klart lättare än för närvarande att övervaka att kommunernas verksamhet är korrekt och göra det möjligt att ingripa i problem som gäller tillgången på service.

Ett stort praktiskt problem är att de instanser som utför mentalvårdsarbete inte samarbetar i tillräcklig utsträckning. Det framhävs i synnerhet i situationer där ansvaret för patientens vård flyttas från ett ställe till ett annat eller där patienten annars använder vårdtjänster vid flera enheter. I sådana situationer är samarbetet mellan olika verksamhetsenheter inte alltid tillräckligt. Därför är det nödvändigt att utfärda bestämmelser om uttryckligen samarbetet mellan olika verksamhetsenheter. Det ändamålsenligaste är att bestämmelserna om samarbetet utfärdas genom förordning av statsrådet.

3. Propositionens verkningar

3.1. Tandvården

Ekonomiska verkningar

För kommunerna är ändringens ekonomiska verkningar i väsentlig grad beroende av hur de har ordnat tandvården. Om en kommun har ordnat tandvård utan åldersrelaterade begränsningar, har ändringen inga ekonomiska verkningar. För de kommuner som har begränsat tandvården enligt den nu gällande 1 § i folkhälsoförordningen så att den omfattar personer födda 1956 och därefter eller som har begränsat tillgången till vård i ännu större utsträckning innebär reformen merkostnader. Sådana kommuner är i synnerhet flera av de största städerna. Merkostnadernas belopp beror i väsentlig

grad på hur många nya patienter som söker sig till hälsovårdscentralen.

Eftersom sjukförsäkringssystemet utvidgas samtidigt, torde ingen betydande övergång ske från privat tandvård till kommunal tandvård. Vid beredningen av reformen har det bedömts att patienterna inom den privata sektorn i regel håller fast vid de tidigare vårdrelationerna. Detta antagande grundar sig bl.a. på det faktum att skillnaden mellan kostnaderna för kommunal och privat vård enligt den nuvarande avgiftsnivån minskar betydligt ur patientens synvinkel efter att det blir möjligt att få ersättning för vårdkostnaderna från sjukförsäkringen. I en sådan situation finns det således inget märkbart ekonomiskt tryck som leder till att etablerade vårdrelationer bryts. När kostnadskalkylerna för utvidgningen av sjukförsäkringen uppgjordes räknade man också med att antalet patienter inom den privata tandvården inte ändras just alls.

Ändringarna i antalet patienter inom den kommunala tandvården baserar sig i huvudsak på att patienter som nu står helt och hållet utanför vården söker vård. Det exakta antalet sådana nya patienter går inte att klarlägga på förhand. Antalet nya användare och kostnaderna därav kan emellertid uppskattas på basis av den nuvarande användningen. Uppgifter om användningen av den kommunala tandvården finns i underavsnitt 1.1 ovan.

Eftersom avsikten med den föreslagna reformen är att trygga möjligheten till tandvård som ordnas av hälsovårdscentralerna för dem som nu inte omfattas av den kommunala tandvården, inriktas den eventuella utökningen av verksamheten på de åldersgrupper som nu inte omfattas av vården. De är i första hand personer som är födda 1946—1955, delvis också ännu yngre personer, eftersom vissa städer har begränsat t.o.m. 30-åringarnas möjlighet att få tandvård vid hälsovårdscentralerna.

År 1999 utnyttjade ca 30 % av 19—43-åringarna den tandvård som hälsovårdscentralerna ordnar. När kommunens skyldighet att ordna tandvård utvidgas, torde den andel som omfattar de nya åldersgrupperna bli något mindre än 30 %. Denna uppskattning grundar sig på det faktum att en stor del av dem som är födda 1946—1955 och som

kommer att börja omfattas av kommunernas utvidgade skyldighet att ordna vård nu använder sig av privat tandvård, och ingen märkbar övergång från den privata vården till den kommunala tandvården är att vänta. Således kan det uppskattas att i de kommuner där personer födda 1946—1955 inte fått möjlighet till regelbunden vård av mun och tänder vid hälsovårdscentralerna kommer ca 25 % av denna åldersgrupp att utnyttja hälsovårdscentralernas tandvårdstjänster när det blir möjligt. Då stiger antalet användare i denna åldersgrupp, som vid utgången av 1999 omfattade 830 000 personer, till ca 218 000, varvid det nuvarande antalet ökar med ca 110 000 patienter.

Dessutom ökar antalet patienter inom hälsovårdscentralernas tandvård i de kommuner som inte ens har ordnat tandvård enligt folkhälsoförordningen för dem som är födda 1956 eller därefter. Det finns drygt 40 sådana kommuner och i dem får i genomsnitt 20 % av dem som är födda 1956 eller därefter årligen vård. Om andelen patienter i denna åldersgrupp stiger till ca 25 %, ökar antalet patienter med ca 36 000. Totalt ökar reformen antalet patienter inom den kommunala tandvården med ca 146 000.

År 1998 var de totala kostnaderna för hälsovårdscentralernas tandvård 267 mk per besök. Då de som har fyllt 42 år stod för sammanlagt ca 800 000 besök och antalet patienter var ca 300 000, är den beräknade kostnaden för patienter i denna ålder 848 mk per patient. En ökning av antalet patienter med 146 000 innebär då årliga merkostnader om ca 124 milj. mk enligt kostnadsnivån för 1998. Enligt kostnadsnivån för 2001 är denna summa ca 133 milj. mk och kostnaden per patient ca 912 mk. Dessa merkostnader drabbar i synnerhet storstäderna, eftersom möjligheten att få tandvård vid hälsovårdscentralerna har begränsats mest i dem.

Kalkylen över merkostnaderna baserar sig på uppgifter om kostnader, besök och användare i hela landet. I kalkylen beaktas inte det faktum att vårdkostnaderna är olika för personer i olika ålder, eftersom det inte finns några uppgifter om skillnaderna i vårdkostnaderna inom olika åldersgrupper. Eftersom

den vuxna befolkningen i allmänhet har ett större behov av vård än barn och unga är kostnaderna för vården för vuxna något högre än genomsnittet. Å andra sidan beaktas i kalkylen inte det faktum att den tandvård som ordnas av hälsovårdscentralen i de flesta kommuner som har begränsat omfattningen av vården på basis av ålder efter 1998 varje år omfattar en ny åldersgrupp, eftersom möjligheten till vård är kopplad till födelseåret. Det minskar i sin tur reformens verkan på antalet patienter.

Eftersom kommunerna inte har de funktionella förutsättningarna för att genomföra den föreslagna utvidgningen fullt ut genast vid ingången av april 2001, föreslås i fråga om ikraftträdandet en övergångsperiod fram till utgången av 2001 så att fr.o.m. den 1 april 2001 skall vård ordnas för åtminstone personer som är födda 1956 och därefter. Möjlighet till kommunal tandvård skall för personer som är födda 1946—1955 ordnas före utgången av 2001. Således uppstår kostnaderna för 2001 i första hand av att möjligheten att få vård utvidgas så att den omfattar personer som är födda 1956 och därefter. Merkostnaderna för 2001 är således 75 % av de beräknade årliga kostnaderna om 56 milj. mk, dvs. 42 milj. mk.

På grund av kommunernas merkostnader måste även statsandelarna utökas. I sin helhet orsakar reformen på det ovan beskrivna sättet merkostnader om 147 milj. mk. Statsandelen utgör 24,2 % av dessa merkostnader, dvs. sammanlagt 36 milj. mk. Eftersom merkostnaderna för 2001 beräknats till 42 milj. mk, uppskattas ökningen av statsandelen för detta år till 10 milj. mk. Då statsandelen bestäms enligt ett kalkylmässigt förfarande på basis av antalet kommuninvånare och åldersstrukturen, gäller ökningen av statsandelen alla kommuner. Avsikten är ökningen skall åstadkommas genom en höjning inom det kalkylbaserade statsandelssystemet av de kalkylerade kostnaderna inom hälso- och sjukvården för 7—64-åringar med 11 mk per invånare.

År 2001 åsamkar reformen kostnader enligt följande:

År	antal nya patienter	merkostnader för kommunerna mmk	statsandel mmk	klientavgifter mmk	nettoökning av kommunernas utgifter mmk
2001	62 000	42	10	18	14

Verkningar på olika medborgargrupper ställning

Den föreslagna reformen utökar kommunens skyldighet att ordna tandvård så att den gäller tio nya åldersgrupper. Dessa åldersgrupper får samtidigt rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Eftersom det även föreslås mer bindande bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna vård än tidigare, förbättras möjligheten att få kommunal tandvård för alla som är födda 1946 och därefter. Inom denna åldersgrupp borde möjligheten att få vård i framtiden inte vara beroende av i vilken kommun den som behöver vård är bosatt. Eftersom kommunerna alltför skall kunna besluta om detaljerna i anslutning till ordnandet av vården och om omfattningen av vården, kommer skillnaderna mellan kommunerna när det gäller ordnandet av vården inte att kunna avhjälpas helt och hållet. De kommer också att finnas även senare beroende på kommunernas hälso- och sjukvårdspolitiska avgöranden.

Avsikten är att även i framtiden säkerställa en mun- och tandvård som baserar sig på främjande av hälsan och god förebyggande vård för i synnerhet barn och unga under 19 år, eftersom förutsättningarna för en god mun- och tandhälsa i vuxen ålder skapas i barna- och ungdomsåren. Avsikten är att trygga ställningen för tandvården för barn och unga i första hand med styrning av kommunerna och vid behov genom en förordning som social- och hälsovårdsministeriet utfärdar med stöd av 49 § folkhälsolagen, vilken paragraf föreslås bli ändrad. I denna förordning kan de åtgärder definieras som är nödvändiga för att i synnerhet barn och unga skall få god tandvård.

Förslaget påverkar inte kommunernas skyldighet att ordna tandvårdstjänster för personer inom den slutna vården. I den kommunala slutna vården ingår alla hälso-

och sjukvårdstjänster, inklusive tandvård, som patienten behöver. Trots den åldersgräns som nu tas in i folkhälsolagen skall kommunerna alltså ordna tandvårdstjänster för patienter inom den kommunala slutna vården.

Genom den föreslagna ändringen av folkhälsolagen utfärdas bestämmelser om i vilken omfattning kommunen skall ordna vård. Denna utvidgning av skyldigheten att ordna vård innebär dock inte att kommuninvånarna får en särskild, subjektiv rätt till kommunal tandvård. Därför skall personer som är födda 1946 och därefter inte heller i framtiden ha rätt att få kommunal tandvård om det inte finns resurser därtill i enlighet med 3 § 1 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). Reformen innebär dock att t.ex. sådana urvalsgrunder som strider mot 6 § grundlagen inte får tillämpas på de kommuninvånare som omfattas av kommunernas skyldighet att ordna vård.

Verkningar i fråga om organisation

Den kommunala tandvården kan utvidgas på olika sätt. De nuvarande resurserna kan omfördelas i viss mån. Ett ökat antal patienter förutsätter dock att hälsovårdscentralerna får tillgång till arbetsinsatser av tandläkare och övrig personal i större utsträckning. Det genomförs antingen genom att hälsovårdscentralernas egen personal utökas eller genom att tjänster köps av privata tandläkare.

Som det konstateras i underavsnitt 3.1 ovan beräknas antalet patienter inom den kommunala tandvården öka med knappt 150 000. Om hälsovårdscentralerna inte ändrar sina nuvarande arbetssätt, måste de nuvarande personalresurserna enligt en kalkyl utökas med arbetsinsatser i en utsträckning som motsvaras av ca 170 tandläkare och ca 270 andra professionella inom tandvården. Dessa siffror baserar sig dock på en kalkyl, och

t.ex. ett pågående projekt för utveckling av mun- och tandvården har visat att hälsovårdscentralernas verksamhet kan förnyas på ett sådant sätt att behovet av mer personal inte nödvändigtvis är så stort som det ovan nämnda.

Den nödvändiga ökningen av hälsovårdscentralernas resurser kan genomföras genom att den egna personalen utökas eller genom att tjänster köps av andra kommuner eller av privata serviceproducenter. I synnerhet många städer kan helt uppenbart utvidga den kommunala tandvården åtminstone till en viss del genom att köpa tjänster av privata tandläkare. På så sätt kan man i många fall också undvika nyinvesteringar i lokaler och utrustning.

3.2. Mentalvårdstjänster för barn och unga

Ekonomiska verkningar

Avsikten med propositionen är att öka finansieringen för det mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga med sammanlagt ca 100 milj. mk. Därför har det föreslagits att statsandelen till kommunerna skall utökas med 25 milj. mk i budgeten för 2001. Den finansiering som kommunerna själva står för är då 75 milj. mk.

Avsikten är att med stöd av de bestämmelser om bemyndiganden som ingår i lagförslaget utfärda förordningar som säkerställer att de tilläggsresurser som kommunerna satsar på mentalvårdsarbetet är i enlighet med det ovan nämnda 100 milj. mk totalt. Bestämmelserna om hur lång väntetiden får vara innan patientens behov av vård bedöms och patienten får vård beräknas öka kostnaderna inom den specialiserade sjukvården med högst 25 milj. mk. För de stödåtgärder som avses i förordningsutkastet för den öppna vården behövs också ca 25 milj. mk. Användningen av den återstående summan, 50 milj. mk, bestäms i första hand utgående från vad kommunerna och samkommunerna kommer överens om när det gäller utvecklingen av mentalvårdstjänster på

regional nivå. Inom vissa sjukvårdsdistrikt strävar man särskilt till att utveckla ordnandet av vård för minderåriga oberoende av deras vilja.

Verkningar på olika medborgargrupperns ställning

Det viktigaste syftet med propositionen är att förbättra mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Genom att bestämma hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård när det gäller mentalvårdstjänster för barn och unga kan man säkerställa att de vårdbehövande inte behöver vänta en oskäligt lång tid innan de får den vård som hälsotillståndet kräver. Dessutom skall ett effektivare samarbete mellan olika vårdenheter förbättra vårdhelheten då barn och unga flyttas från ett vårdställe till ett annat.

4. Beredningen av propositionen

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Vid beredningen av de ändringar som gäller tandvården har Finlands Kommunförbund, Finlands Tandläkarförbund och Folkpensionsanstalten hörts. Vid beredningen av de ändringar som gäller mentalvårdstjänsterna har Finlands Kommunförbund hörts.

5. Andra omständigheter som inverkat på propositionens innehåll

Avsikten är att samtidigt avlåta en proposition till riksdagen med förslag till ändring av sjukförsäkringslagen så att personer som är födda 1946 och därefter kan få ersättning 2001. Avsikten är att hela befolkningen skall omfattas av ersättningarna fr.o.m. ingången av oktober 2002. Sjukförsäkringssystemet utvidgas, dvs. de ersättningsgrunder som bestäms enligt ålder slopas, således enligt samma tidtabell och samma grunder som den kommunala tandvården.

DETALJMOTIVERING

1. Lagförslagen

1.1. Folkhälsolagen

14 §. I första momentet anges vilka uppgifter som inom folkhälsoarbetet åligger kommunen. Enligt 1 mom. 4 punkten skall tandvård ordnas i den omfattning som anges genom förordning. Det föreslås att bestämmelsen ändras så att tandvårdens omfattning skall regleras direkt genom lag, och därför skall möjligheten att genom förordning ange tandvårdens omfattning inte längre nämnas i lagrummet. Enligt förslaget skall kommunen ordna tandvård för åtminstone personer som är födda 1946 och senare samt personer som har fått strålbehandling av huvudet och halsen.

Kommunerna skall nu ordna vård för i första hand personer som är födda 1956 och senare. Att på det sätt som föreslås reglera kommunernas skyldighet att ordna vård förutsätter att kommunerna inte i fortsättningen kan göra åldersrelaterade prioriteringar när det gäller vården för personer som är födda 1946 och senare. Därmed skall alla som omfattas av åldersgränsen i bestämmelsen få vård på lika grunder, dvs. enligt hälsotillstånd.

I bestämmelsen ingår alltjämt ett särskilt omnämnande av upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av tänder. I synnerhet när det gäller barn och ungdom måste det även i framtiden ses till att den upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet som behövs ordnas på ett ändamålsenligt sätt, eftersom den har stor betydelse för tandhälsan i vuxen ålder. Vidare hör tandvården för personer inom den kommunala slutna vården alltjämt till kommunens ansvar som en del av den slutna vården.

Den föreslagna utvidgningen av kommunens skyldighet att ordna vård innebär inte

att kommuninvånarna får en särskild subjektiv rätt till kommunal tandvård, utan skyldigheten att ordna vård bestäms, med beaktande av den begränsning som hänför sig till födelseåret 1946, enligt samma principer som gäller den övriga vård som ges vid hälsovårdscentralerna.

49 §. Enligt paragrafen kan bestämmelser om verkställigheten av folkhälsolagen utfärdas genom förordning. Det föreslås att paragrafen ändras så att bemyndigandet skulle gälla mentalvårdsarbetets närmare innehåll och organisation samt verkställighet av lagen. Mentalvårdsarbetet täcker förutom vårdtjänsterna dessutom verksamheten för förebyggandet av psykiska problem. Utöver detta föreslås det att det, för att främja den jämlika tillgången till tjänster, kunde bestämmas genom förordning av statsrådet om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Folkhälsolagen är i sin nuvarande form till många delar mycket allmänt formulerad, vilket innebär att en kommun eller en samkommun ganska långt själv får besluta om hur verksamheten skall ordnas i praktiken. Den starka kommunala rätten att besluta om hur servicen skall ordnas är motiverad. Verksamheten vid hälsocentralerna kan dock variera så mycket, t.ex. då det gäller den tid inom vilken en patient får vård, att grundlagens jämlikhetsprincip inte uppfylls. För att man i en sådan situation skall kunna styra hälsocentralernas verksamhet bättre än för tillfället föreslås att i lagen tas in ett mera omfattande bemyndigande att utfärda förordning än för närvarande.

Det föreslagna bemyndigandet att utfärda förordning kunde användas för förbättring av mentalvårdstjänsterna för barn och unga så att den tid inom vilken en patient skall få vård bestäms genom förordning av statsrådet. På så sätt kunde man säkerställa att en patient inte behöver vänta på att få vård så länge att

sjukdomen oåterkalleligt förvärras under väntetiden.

Genom förordning av statsrådet kunde man dessutom vid behov meddela föreskrifter om verksamhetens innehåll.

Det föreslås att i paragrafen dessutom tas in en bestämmelse i vilken det konstateras att social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om folkhälsoarbetets innehåll. I många fall kunde behövlig styrningseffekt uppnås genom sådana anvisningar från ministeriet som inte skulle vara juridiskt bindande för kommunerna och samkommunerna i deras verksamhet.

1.2. Lagen om specialiserad sjukvård

59 §. Med stöd av paragrafen kan bestämmelser om verkställigheten av lagen om specialiserad sjukvård utfärdas genom förordning. Det föreslås att paragrafen ändras på samma sätt och på samma grunder som 49 § folkhälsolagen så att bemyndigandet skulle gälla det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdstjänsterna samt verkställighet av lagen. För att dessutom främja den jämlika tillgången till tjänster kunde föreskrifter ges genom förordning av statsrådet i enlighet med förslaget om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Vid sidan av det föreslås att det i paragrafen tas in en bestämmelse om att social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om den specialiserade sjukvårdens innehåll.

1.3. Mentalvårdslagen

34 §. Närmare bestämmelser. Enligt paragrafen kan genom förordning utfärdas bestämmelser om verkställigheten av mentalvårdslagen. Dessutom kan social- och hälsovårdsministeriet meddela närmare föreskrifter och anvisningar om hur vård oberoende av patientens vilja skall ordnas. Ministeriet skall också fastställa formulär för blanketter för de utlåtande och beslut som avses i lagen.

Det förslås att paragrafen ändras på samma sätt och på samma grunder som 49 § folkhälsolagen och 59 § lagen om specialiserad

sjukvård så att bemyndigandet skulle gälla det närmare innehållet och ordnandet av aktiviteterna vilka ingår i mentalvårdsarbetet samt lagens verkställighet. För att dessutom främja den jämlika tillgången till tjänster kunde föreskrifter ges genom förordning av statsrådet i enlighet med förslaget om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får tjänster i enlighet med mentalvårdslagen. Enligt förslaget kan genom förordning av statsrådet vid behov meddelas närmare föreskrifter om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård inom de serviceformer som ordnas enligt mentalvårdslagen. Dessutom kunde bestämmelser om verksamhetens innehåll och ordnandet av verksamheten utfärdas genom förordning av statsrådet.

Dessutom föreslås att i bestämmelserna om vård oberoende av patientens vilja och fastställande av formulär görs de ändringar som föranleds av den nya grundlagen, så att om detta föreskrivs i förordning av social- och hälsovårdsministeriet och inte genom social- och hälsovårdsministeriets föreskrifter och anvisningar. Vid sidan av det föreslås att det i paragrafen tas in en bestämmelse i vilken konstateras att social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om hur vård oberoende av patientens vilja skall ordnas samt om mentalvårdstjänsternas innehåll.

2. Närmare bestämmelser

Till förslaget bifogas ett utkast till statsrådets förordning om ändring av mentalvårdsförordningen. Det föreslås att mentalvårdsförordningen ändras så att den innehåller bestämmelser om tiderna för bedömning av remisser och ordnande av vård, ordnandet av vård när patienten flyttas från ett vårdställe till ett annat, stödåtgärder inom den öppna vården och regionalt samarbete.

3. Ikraftträdande

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2001 och avses bli behandlad i samband med den. Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2001 med undantag för ändringen av 14 § mentalvårdslagen. Ändringen, som gäller utvidgning av tandvården,

avses träda i kraft 1 april 2001. Dessutom föreslås en övergångstid för utvidgningen av tandvården så att tandvård för personer som är födda 1955-1946 skall ordnas senast före utgången av 2001.

4. Lagstiftningsordning

Det föreslås att i 49 § folkhälsolagen, 59 § lagen om specialiserad sjukvård och 34 § mentalvårdslagen som ingår i propositionen, ges ett bemyndigande att genom förordning av statsrådet utfärda bestämmelser om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvård samt om verksamhetens innehåll och ordnandet av verksamheten.

Avsikten är att genom förordning vid behov precisera innehållet i det folkhälsoarbete som åligger kommunerna så att jämlikhet enligt 6 § grundlagen och rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. grundlagen tryggas.

Genom de förordningar som utfärdas med stöd av de förslagna bestämmelserna om bemyndigande skall inte bestämmas om grunderna för individens rättigheter, utan om miniminivån för kommunernas lagstadgade förpliktelser i vissa fall. Därför kan bestäm-

melser om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård samt om vårdens innehåll med stöd av 80 § 1 mom. grundlagen utfärdas på det föreslagna sättet genom förordning.

I 121 § 2 mom. grundlagen föreskrivs att bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Enligt propositionen kan på basis av de bemyndiganden att utfärda förordning som tas in i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen inte föreskrivas om nya uppgifter för kommunerna, utan endast innehållet i fråga om den uppgift som ålagts dem enligt folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen preciseras så att befolkningens jämlikhet uppnås. På grund härav kan den föreslagna lagen enligt regeringens uppfattning stiftas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom den bestämmelse om kommunernas uppgifter som ingår i grundlagen inte är helt entydig bör grundlagsutskottets utlåtande om lagförslaget inhämtas.

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

1.

Lag**om ändring av 14 och 49 § folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972) 14 § 1 mom. 4 punkten och 49 §, av dessa lagrum 14 § 1 mom. 4 punkten sådan den lyder i lag 746/1992, som följer:

14 §

Inom folkhälsoarbetet åligger det kommunen

4) att svara för tandvård, till vilken hänförs upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av kommuninvånarnas tänder; undersökning och vård skall ordnas åtminstone för personer som är födda 1946 och senare samt personer som har fått strålbehandling av huvudet och halsen;

49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja

en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan föreskrifter dessutom ges genom förordning av statsrådet om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om folkhälsoarbetets innehåll och ordnandet av arbetet.

Denna lag träder i kraft den 20 .
Lagens 14 § 1 mom. 4 punkt träder dock i kraft den 1 april 2001. En kommun eller en samkommun för folkhälsoarbete kan emellertid med avvikelse från 14 § 1 mom. 4 punkten besluta att före utgången av 2001 ordna tandvård för personer som är födda 1946—1955.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

2.

Lag**om ändring av 59 § lagen om specialiserad sjukvård**

I enlighet med riksdagens beslut ändras i lagen den 1 december 1989 om specialiserad sjukvård (1062/1989) 59 § som följer:

59 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan föreskrifter dessutom ges genom förordning av statsrådet om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om den specialiserade sjukvårdens innehåll och ordnandet av sjukvården.

Denna lag träder i kraft den _____ 20 .
Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

3.

Lag**om ändring av 34 § mentalvårdslagen**

I enlighet med riksdagens beslut ändras i mentalvårdslagen av den 14 december 1990 (1116/1990) 34 §, sådan den lyder delvis ändrad i lag 1435/1991, som följer:

34 §

Närmare bestämmelser

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. Genom förordning av statsrådet kan föreskrifter dessutom ges, för att främja en mera jämlik tillgång till mentalvårdstjänsterna, om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård inom de serviceformer som ordnas enligt denna lag.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov meddelas

föreskrifter om ordnande av vård oberoende av patientens vilja. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som används i samband med de utlåtanden och beslut som avses i denna lag. Social- och hälsovårdsministeriet kan dessutom meddela anvisningar om ordnande av vård oberoende av patientens vilja samt om mentalvårdstjänsternas innehåll och om ordnandet av dem.

Denna lag träder i kraft den 20 .
Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

Helsingfors den 6 oktober 2000

Republikens President

TARJA HALONEN

Omsorgsminister *Osmo Soininvaara*

1.

Lag**om ändring av 14 och 49 § folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972) 14 § 1 mom. 4 punkten och 49 §, av dessa lagrum 14 § 1 mom. 4 punkten sådan den lyder i lag 746/1992, som följer:

Gällande lydelse

14 §

Inom folkhälsoarbetet åligger det kommunen

4) att svara för tandvård, till vilken hänförs upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av kommuninvånarnas tänder i den omfattning som närmare anges genom förordning;

49 §

Närmare bestämmelser om verkställigheten av denna lag utfärdas genom förordning.

Föreslagen lydelse

14 §

Inom folkhälsoarbetet åligger det kommunen

4) att svara för tandvård, till vilken hänförs upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av kommuninvånarnas tänder; *undersökning och vård skall ordnas åtminstone för personer som är födda 1946 och senare samt personer som har fått strålbehandling av huvudet och halsen;*

49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan föreskrifter dessutom ges genom förordning av statsrådet om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om folkhälsoarbetets innehåll och ordnandet av arbetet.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Lagens 14 § 1 mom. 4 punkt träder dock i kraft den 1 april 2001. En kommun eller en samkommun för folkhälsoarbete kan emellertid med avvikelse från 14 § 1 mom. 4 punkten besluta att före utgången av 2001 ordna tandvård för personer som är födda 1946—1955.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

2.

Lag

om ändring av 59 § lagen om specialiserad sjukvård

I enlighet med riksdagens beslut ändras i lagen den 1 december 1989 om specialiserad sjukvård (1062/1989) 59 § som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

59 §

Närmare stadganden om tillämpningen av denna lag utfärdas genom förordning.

59 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan föreskrifter dessutom ges genom förordning av statsrådet om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får mentalvårdstjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om den specialiserade sjukvårdens innehåll och ordnandet av sjukvården.

*Denna lag träder i kraft den 20 .
Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.*

3.

Lag**om ändring av 34 § mentalvårdslagen**

I enlighet med riksdagens beslut ändras i mentalvårdslagen av den 14 december 1990 (1116/1990) 34 §, sådan den lyder delvis ändrad i lag 1435/1991, som följer:

Gällande lydelse

34 §

Närmare stadganden och bestämmelser

Närmare stadganden om verkställigheten av denna lag utfärdas genom förordning.

Social- och hälsovårdsministeriet meddelar vid behov närmare föreskrifter och anvisningar om hur vård oberoende av patientens vilja skall ordnas.

Formulär för blanketter för de utlåtanden och beslut som avses i denna lag fastställs vid behov av social- och hälsovårdsministeriet.

Föreslagen lydelse

34 §

Närmare bestämmelser

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter ges om det närmare innehållet och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. Genom förordning av statsrådet kan föreskrifter dessutom ges, för att främja en mera jämlik tillgång till mentalvårdstjänsterna, om hur lång väntetiden högst får vara innan patienten får vård inom de serviceformer som ordnas enligt denna lag.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov meddelas föreskrifter om ordnande av vård oberoende av patientens vilja. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som används i samband med de utlåtanden och beslut som avses i denna lag. Social- och hälsovårdsministeriet kan dessutom meddela anvisningar om ordnande av vård oberoende av patientens vilja samt om mentalvårdstjänsternas innehåll och om ordnandet av dem.

*Denna lag träder i kraft den 20 .
Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.*

Utkast

Bilaga

Statsrådets förordning

om ändring av mentalvårdsförordningen

I enlighet med statsrådets beslut, fattat på föredragning från social- och hälsovårdsministeriet, fogas till mentalvårdsförordningen av den 21 december 1990 (1247/1990) ett nytt 2 b kap. som följer:

2 b kap.

Mentalvårdstjänster för barn och unga

6 a §

Tider för bedömning av remisser och ordnande av vård

När en läkare har gett ett barn eller en ung person med psykiska problem remiss till den specialiserade sjukvården för utredning av behovet av vård, skall bedömningen av patientens behov av vård och av hur snabbt patienten behöver vård göras, med beaktande av hur snabbt bedömningen behövs, senast inom tre veckor efter att remissen har anlänt till sjukhuset, om inget annat följer av särskilda skäl. Den vård som enligt utredningen är nödvändig skall ordnas, med beaktande av hur snabbt vården behövs, senast inom tre månader, om inte medicinska, vårdrelaterade eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

6 b §

Samarbetet mellan vårdenheterna

När ett barn eller en ung person som använder mentalvårdstjänster skall förflyttas till en ny enhet skall den behandlande enheten, med samtycke av patientens vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare eller av

patienten själv, om patienten på basis av sin ålder och utvecklingsnivå själv kan fatta beslut om sin vård, se till att den nya enheten har tillgång till all information som är nödvändig med tanke på den fortsatta vården.

6 c §

Stödåtgärder inom den öppna vården

Kommunen skall se till att det inom den del av den öppna vården som behandlar mentala störningar hos barn och unga finns tillräcklig tillgång till de stödåtgärder som behövs för att patienterna skall klara sig i hemmet.

6 d §

Regionalt samarbete

I syfte att inom det mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga bilda en sådan funktionell enhet som avses i 5 § mentalvårdslagen skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och kommunerna inom dess område komma överens om arbetsfördelningen på regional nivå och om genomförandet av arbetsfördelningen. Dessutom skall den kommun eller samkommun som är huvudman för hälsovårdscentralen åtminstone en gång om året ordna ett samarbetsmöte, till vilket den kallar representanter för de instanser som inom kommunens eller samkommunens område utför mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga. Till dem

räknas också privata sammanslutningar och serviceproducenter. Mötet kan också ordnas i samarbete av flera kommuner eller samkommuner. Kommunernas och samskommunernas representanter skall vid mötet komma överens om målen för det kommunala mentalvårdsarbete som omfattar barn och unga samt om den praktiska arbetsfördelningen på området. Vid mötet kan man dessutom komma överens om de sätt på vilka

privata instanser kan delta i samarbetet.

Länsstyrelsen skall dessutom årligen ordna regionala samarbetsmöten i syfte att utveckla arbetsfördelningen när det gäller mentalvårdstjänster för barn och unga.

Denna förordning träder i kraft den 20 .

Åtgärder som verkställigheten av denna förordning förutsätter får vidtas innan förordningen träder i kraft.