

**Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar**

**PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL**

I denna proposition föreslås att hälso- och sjukvårdslagstiftningen skall preciseras i syfte att trygga tillgången till vård. Det föreslås ändringar i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om patientens ställning och rättigheter samt i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.

Enligt propositionen skall patienten omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen vardagar under tjänstetid och patienten skall få en bedömning av behovet av icke brådskande vård av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inom tre dagar efter det att patienten tagit kontakt. Vård som konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig borde ges inom skälig tid, i primärvården senast inom tre månader från det att behovet av vård konstaterats.

Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård eller vid mun- och tandvård kan denna längsta tid om tre månader överskridas med högst tre månader ifall vården av välgrundade skäl kan uppskjutas utan att patientens hälsotillstånd äventyras. Inom specialiserad sjukvård skall bedömningen av vårdbehovet påbörjas inom tre veckor efter det att remissen anlänt till verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården. Specialiserad sjukvård som på basis av bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall kunna fås senast inom sex månader efter det att vårdbehovet har bedömts.

Vård som konstaterats vara nödvändig på basis av en bedömning som gjorts inom mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar skall med beaktande av den brådskande vården förutsätta ordnas inom tre månader, såvida

inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter förutsätter något annat. Om vård inte kan ges inom de föreskrivna längsta väntetiderna, skall kommunen eller samkommunen ordna vården genom att anskaffa den från andra serviceproducenter utan att klientavgiften för patienten påverkas. Vårdbeslutet skall liksom nu fattas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, i sista hand av en läkare eller tandläkare.

Propositionen ger inte patienten subjektiv rätt att få vård. Patienterna kommer inte heller att ha obegränsad rätt att få vilken vård som helst som de önskar, utan behovet av vård beroende på hälsotillståndet skall bedömas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Patientens möjlighet att få vård skall tryggas när det är fråga om medicinskt eller odontologiskt motiverad vård som bestäms bl.a. utifrån nationella vårdrekommendationer eller på basis av vedertagen vårdpraxis. Ökad rättvisa och jämlikhet när det gäller tillgången till vård är en central värdegrund för tryggheten av möjligheten att få vård.

Det föreslås att ansvaret för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten förtydligas när det gäller ordnandet av vård för patienter som sänts till ett sjukhus i sjukvårdsdistriktet. Alla invånare i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner skall tillhandahållas tjänster enligt samma principer. Även möjligheterna att få uppgifter om vårdtidpunkten stärks genom att det föreskrivs att verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra väntetiderna.

Det föreslås att lagen om patientens ställ-

ning och rättigheter ändras så att patienten skall underrättas om tidpunkten för när han eller hon kan få vård. Om tidpunkten ändras skall patienten informeras om orsaken. I lagen föreslås dessutom en bestämmelse om en plan för undersökning eller vård, vilken stärker ställningen i synnerhet för långtidspatienter och patienter inom medicinsk rehabilitering.

Det föreslås att lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras så att

systemet med specialavgiftsklasser hos läkarna avskaffas liksom de tilläggsavgifter som enligt systemet tagits ut hos de patienter som vårdats i specialavgiftsklass. Specialavgiftsklassen ersätts med en särskild specialklinikverksamhet i samband med vilken högre avgifter än för normal poliklinikverksamhet skall kunna tas ut hos patienterna.

Lagarna avses träda i kraft den 1 mars 2005.

---

## INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL .....	1
INNEHÅLL .....	3
ALLMÄN MOTIVERING.....	5
1. Inledning.....	5
2. Nuläge .....	6
2.1. Lagstiftning och praxis.....	6
2.1.1. Bestämmelser i grundlagen .....	6
2.1.2. Ansvar för ordnande av offentlig hälso- och sjukvård .....	8
2.1.3. Gränsen mellan den offentliga hälso- och sjukvården och sjukförsäkrings-systemet .....	10
2.1.4. Lagstiftningen om yrkesutövning .....	11
2.1.5. Patientens rätt till vård .....	12
2.1.6. Rättsskyddssystemet inom hälso- och sjukvården.....	13
2.1.7. Tillsynen över hälsovårdstjänsterna.....	14
2.1.8. Klientavgifter .....	16
2.1.9. Övrig lagstiftning.....	16
<i>Förvaltningslagen.....</i>	<i>16</i>
<i>Lagen om offentlig upphandling och lagen om konkurrensbegränsningar .....</i>	<i>17</i>
<i>Lagstiftningen om samordning av social trygghet och sökande av vård utomlands</i>	<i>18</i>
<i>EU-direktivförslag om tjänster på den inre marknaden .....</i>	<i>18</i>
2.2. Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i Sverige, Norge och Danmark.....	19
2.2.1. Sverige .....	19
2.2.2. Norge .....	20
2.2.3. Danmark .....	23
2.3. Bedömning av nuläget .....	25
3. Propositionens mål och de viktigaste förslagen.....	28
3.1. Mål .....	28
3.2. Alternativa realiseringsätt.....	29
3.3. De viktigaste förslagen .....	30
4. Propositionens verkningar .....	31
4.1. Verkningar som eftersträvas .....	31
4.2. Ekonomiska verkningar .....	31
4.3. Verkningar i fråga om myndigheternas uppgifter och förfaringssätt .....	33
5. Beredningen av propositionen .....	34
5.1. Beredningskeden och beredningsmaterial.....	34
5.2. Utlåtanden och beaktande av utlåtandena .....	36

<b>DETALJMOTIVERING</b> .....	37
1. Lagförslag.....	37
1.1. Folkhälsolagen.....	37
1.2. Lagen om specialiserad sjukvård.....	41
1.3. Lag om patientens ställning och rättigheter.....	46
1.4. Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	47
2. Närmare bestämmelser.....	48
3. Ikraftträdande.....	48
4. Lagstiftningsordning.....	48
<b>LAGFÖRSLAG</b> .....	49
om ändring av folkhälsolagen.....	49
om ändring av lagen om specialiserad sjukvård.....	50
om ändring av lagen om patientens ställning och rättigheter.....	52
om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	53
<b>BILAGA</b> .....	54
<b>PARALLELLTEXTER</b> .....	54
om ändring av folkhälsolagen.....	54
om ändring av lagen om specialiserad sjukvård.....	56
om ändring av lagen om patientens ställning och rättigheter.....	60
om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	62

## ALLMÄN MOTIVERING

### 1. Inledning

Syftet med denna proposition är att trygga patientens möjlighet att få vård och att precisera det kommunala ansvaret för anordnandet. Statsrådet tillsatte i september 2001 ett nationellt projekt för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden, nedan det nationella hälsovårdsprojektet. Som mål för projektet uppställdes att trygga en från befolkningens behov utgående tillgång till vård samt dess kvalitet och kvantitet i olika delar av landet oberoende av invånarens betalningsförmåga. Det nationella hälsovårdsprojektet fortgår till 2007. Den 11 april 2002 godkände statsrådet ett principbeslut om tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden. Det centrala syftet med principbeslutet är att trygga patientens möjlighet att få vård. I denna proposition föreslås i syfte att trygga möjligheten att få vård att hälso- och sjukvårdslagstiftningen preciseras så att bestämmelser om längsta väntetider innan patienten får vård tas in i folkhälsolagen (66/1972) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989).

De viktigaste bestämmelserna som reglerar hälso- och sjukvården är bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna i grundlagen, lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994, nedan lagen om yrkesutbildade personer), folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Normer som gäller hälso- och sjukvården finns dessutom i många andra författningar.

I 19 § 3 mom. i grundlagen sägs att det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Även bestämmelserna om likabehandling och jämlikhet har traditionellt varit viktiga inom

systemet med de grundläggande fri- och rättigheterna. Bland de grundläggande fri- och rättigheterna är bestämmelserna om likabehandling och förbud mot diskriminering mycket viktiga också inom hälso- och sjukvården. I 6 § 2 mom. i grundlagen finns en särskild bestämmelse om förbud mot diskriminering. Enligt bestämmelsen får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Enligt lagstiftningen ansvarar kommunerna och samkommunerna huvudsakligen för anordnandet av tjänster. Den offentliga hälso- och sjukvården kompletteras av den privata hälso- och sjukvården. Ordning av hälsovårdstjänster hör till kommunernas primära uppgifter. Staten ansvarar för den hälsovårdspolitiska styrningen och de allmänna verksamhetsbetingelserna. Genom lagstiftning reglerar staten kommunernas och samkommunernas uppgifter och deltar också i finansieringen genom statsandelar. Bestämmelser om kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvård finns i speciallagstiftningen om hälso- och sjukvård, i synnerhet i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Bestämmelser om statsandelar och det planeringssystem som hör samman med dem samt om kommunens skyldighet att anvisa resurser för hälso- och sjukvård finns i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992, nedan planerings- och statsandelslagen).

De senaste åren har det förekommit problem i fråga om verksamhetsbetingelserna för hälso- och sjukvård och i fråga om tillgången på tjänster. Inom det nationella hälsovårdsprojektet söks lösningar på problemen. Enligt principbeslutet skall kommunerna och staten tillsammans utveckla service-

systemet inom hälso- och sjukvården med beaktande av verksamheten inom den privata och den tredje sektorn. I syfte att säkerställa ett välfungerande servicesystem beslöt statsrådet att utveckla primärvården och det förebyggande arbetet, trygga patientens möjlighet att få vård, trygga tillgången på personal och personalens kompetens, revidera verksamheten och strukturerna samt stärka finansieringen av hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriet samordnar projektet.

Möjligheten att få vård bör granskas som helhet. Hälso- och sjukvårdssystemet består av ett flertal delsystem och aktörer, vilka inte nödvändigtvis har samstämmiga mål. Mångfalden ökas av att det finns en stor grupp serviceproducenter inom hälso- och sjukvården, både offentliga (med kommuner och samkommuner som huvudman) och privata. Det finns också många finansieringskanaler inom hälso- och sjukvården. Hälsovårdstjänsterna finansieras till största delen med statsandelar, intäkter av kommunalskatt och klientavgifter. Andra finansiärer är Folkpensionsanstalten, sjukförsäkringarna, privata sjukförsäkringar, lagstadgade olycksfalls- och trafikförsäkringar, arbetsgivare och arbetstagare.

Tryggheten av patientens möjlighet att få vård gäller medicinskt eller odontologiskt motiverad vård som bestäms utifrån nationella vårdrekommendationer eller i övrigt vedertagen vårdpraxis. Enligt patientlagen skall var och en som varaktigt bor i Finland, utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande vid respektive tidpunkt, ha rätt till sådan hälso- och sjukvård av god kvalitet som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Vård av god kvalitet är rätt vård i rätt tid och på rätt plats.

De senaste åren har det förekommit problem i fråga om verksamhetsbetingelserna för hälso- och sjukvård och i fråga om tillgången på tjänster. I vissa regioner har det varit svårt att få kontakt med hälsovårdscentralerna, verksamhetsformerna i olika delar av landet avviker betydligt och i fråga om vissa sjukdomar är vårdköerna oskäligt långa. För kontinuerlig förbättring av patientens möjlighet att få vård krävs det inte bara preciserade bestämmelser utan också långsik-

tig, systematisk utveckling av producentorganisationerna och ändrade verksamhetsformer. En sådan utveckling genomförs genom olika delprojekt inom det nationella hälsovårdsprojektet.

## 2. Nuläge

### 2.1. Lagstiftning och praxis

#### 2.1.1. Bestämmelser i grundlagen

Grundlagen trädde i kraft i mars 2000. Reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna trädde dock i kraft redan i augusti 1995. De grundläggande fri- och rättigheterna togs in i 2 kap. i grundlagen, nästan utan några ändringar av innehållet. I 19 § 1 mom. tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Med omsorg avses social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Särskilt rätten till akut sjukvård samt vissa stödåtgärder för omvårdnad av barn, äldre, handikappade och utvecklingsstörda tryggar de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv (RP 309/1993 rd). Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen förpliktar det allmänna att, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen om de grundläggande fri- och rättigheterna förutsätter att det allmänna skall trygga tillgången på tjänster. När det gäller att avgöra om tjänsterna skall anses tillräckliga uppställdes i regeringspropositionen gällande reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 309/1993 rd).

Staten och kommunerna skall genom lagstiftningsåtgärder, beviljande av resurser och tillbörligt ordnad verksamhet se till att var och en tillförsäkras tillräckliga hälsovårdstjänster. Till den del nivån på t.ex. hälsovårdstjänster som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen på grundval av lagstiftning är beroende av kommunala beslut skall kommunerna för sin del bl.a. i sina budgetbeslut se till att tillräckliga tjänster som bestäms förutsätter tryggas för var och en. Bestäm-

melsen förutsätter likaså att kommunerna inte sänker den uppnådda servicenivån under det som minimalt kan anses vara tillräckligt. Bestämmelsen i 19 § 3 mom. kompletteras av bestämmelserna i speciallagstiftningen om hälso- och sjukvård, t.ex. de bestämmelser om kommunernas allmänna skyldighet att ordna service som finns i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. I budgetbeslutet är bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna prioriterade normer som skall beaktas när kommunernas disponibla resurser allokeras för olika ändamål.

Bestämmelsen i 22 § i grundlagen förpliktar det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Med det allmänna avses både staten och kommunerna. I propositionen gällande reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna underströks att skyldigheten att trygga inte bara handlar om det formella rättsskyddet, vilket anknyter till kraven på förfarandet, utan att bestämmelsen också förutsätter att de grundläggande fri- och rättigheterna tryggas materiellt (RP 309/1993 rd). För att de grundläggande fri- och rättigheterna skall tillgodoses förutsätts att det allmänna vidtar aktiva åtgärder, skapar verkliga förutsättningar för tillgodoseende. Till de viktigaste metoderna hör lagstiftning som tryggar och preciserar de grundläggande fri- och rättigheterna samt allokering av ekonomiska resurser.

De övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna bestämmer för sin del det sätt på vilket skyldigheten att trygga hälsovårdstjänster skall fullgöras. I regeringspropositionen hänvisades till jämlikhet och förbud mot diskriminering (6 §), rätten till liv, personlig integritet och trygghet (7 §), skydd för privatlivet (10 §) liksom religions- och samvetsfrihet (11 §). Social- och hälsovårdsutskottet underströk dessutom i sitt utlåtande (ShUU 5/1994 rd) betydelsen av offentliga upptagningar (12 §) samt rätten att delta i beslut som gäller en själv (14 § 3 mom.).

I samband med reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna betonades att det allmänna skall främja faktisk jämlikhet i samhället. Bestämmelsen om jämlikhet genomför därmed även den allmänna värde-

utgångspunkten enligt 1 § i grundlagen om främjande av rättvisa i samhället. Hälsovårdstjänster skall tillhandahållas så att människorna inte utan medicinskt grundad anledning särbehandlas på grund av bl.a. ålder, hälsotillstånd eller handikapp. Det anses vara särskilt viktigt att regional jämlikhet tillgodoses i samband med de grundläggande fri- och rättigheterna.

Bestämmelsen om jämlikhet inrymmer också förbud mot godtycklighet och krav på lika behandling i liknande fall. Grundlagens bestämmelse om jämlikhet begränsar därmed också olikhet i kommunernas serviceutbud och deras sätt att ordna servicen. Principen om likabehandling förutsätter att den instans som svarar för verksamheten ordnar den så att alla som omfattas av aktörens ansvar har möjlighet att få tjänsterna på lika grunder. Att sjukvårdsdistriktet ansvarar för ordnandet av specialiserad sjukvård innebär samtidigt att alla invånare i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner skall tillhandahållas tjänsterna enligt samma principer.

Rätten till liv samt personlig frihet och integritet enligt 7 § i grundlagen har karaktär av en allmän grundläggande fri- och rättighet som skyddar människans fysiska frihet samt hennes fria vilja och självbestämmanderätt. Bestämmelsen om rätten till liv hör också nära samman med 19 § 1 mom. i grundlagen, där det sägs att alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Tillsammans tryggar dessa bestämmelser rätten till grundläggande levnadsförutsättningar.

I 121 § i grundlagen fastställs självstyrelse för kommunerna. För att de grundläggande fri- och rättigheterna skall tillgodoses förutsätts i regel att bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Också i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (FördrS 66/1991) förutsätts att de lokala myndigheternas grundläggande befogenheter och åligganden skall fastställas i grundlag eller annan lag. Avsikten är att självstyrelsen också skall skydda kommunernas rätt att besluta om sin ekonomi. I 121 § 3 mom. i grundlagen nämns beskattningsrätt uttryckligen som en ingrediens i den kommunala självstyrelsen. När nya uppgifter fö-

reskrivs för kommunerna gäller det samtidigt att också se till att kommunerna har faktiska förutsättningar att klara av dem. Via statsandelssystemet tar staten del i de kostnader som kommunerna åsamkas när de ordnar tjänsterna.

Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock ges endast myndigheter.

#### 2.1.2. Ansvar för ordnande av offentlig hälso- och sjukvård

I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård har ordnandet av hälso- och sjukvård föreskrivits som en uppgift för kommunerna. De bär således ansvar för att denna skyldighet för det allmänna fullgörs i praktiken. Den privata hälso- och sjukvården kompletterar de offentliga tjänsterna. Enligt gällande lagstiftning har tjänsterna indelats i primärvård och specialiserad sjukvård. Med primärvård avses de tjänster som kommunerna ordnar i första hand vid hälsovårdscentralerna. Specialiserad sjukvård ges i regel vid större enheter och administreras av sjukvårdsdistrikten. I fråga om specialiserad sjukvård har ansvaret föreskrivits för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten. Sjukvårdsdistrikten skall således sköta den specialiserade sjukvård som förutsätts i 19 § i grundlagen.

I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård definieras uppgifterna för primärvården och den specialiserade sjukvården samt hälsovårdscentralernas och sjukhusens skyldigheter och ansvar. Innehållet i och omfattningen av skyldigheten att ordna offentlig hälso- och sjukvård definieras huvudsakligen i 14 § i folkhälsolagen och i 1 och 3 § i lagen om specialiserad sjukvård. Till kommunens skyldighet att ordna kommuninvånarnas sjukvård hänförs av läkare utförd undersökning och av läkare given eller övervakad vård och medicinsk rehabilitering. Skyldigheten att anordna service omfattar också

skyldighet att vid behov ordna specialistledd sjukhusvård.

Lagstiftningen om skyldighet att ordna hälso- och sjukvård är en ramlagstiftning där kommunens ansvar har föreskrivits på allmän nivå så att verksamhetens omfattning och innehåll inte entydigt kan definieras på grundval av den. De senaste åren har strävan visserligen också varit att mera detaljerat än tidigare definiera vilken vård lagstiftningen förutsätter och inom vilken tid vård skall ordnas. Som exempel kan nämnas mentalvårdstjänster för barn och unga, som föreskrevs genom en ändring av mentalvårdsförordningen (1282/2000) som trädde i kraft vid ingången av 2001.

I mentalvårdsförordningen definieras vissa längsta väntetider inom vilka undersökning och vård skall ordnas (6 a §). I 6 a § i förordningen anges de längsta väntetiderna för undersökning och vård när en läkare har gett ett barn eller en ung person remiss till den specialiserade psykiatriska sjukvården för bedömning av vårdbehovet eller när behov av vård har konstaterats på grundval av en sådan bedömning. Bedömningen av patientens behov av vård skall inledas senast inom tre veckor efter att remissen har anlänt till sjukhuset eller någon annan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården eller till en därmed jämförbar verksamhetsenhet. Den angivna tiden är den längsta tiden. Om ett barn eller en ung person är i brådskande behov av vård, skall remissen utredas snabbare, vid behov utan dröjsmål. Om det vid bedömningen konstateras att ett barn eller en ung person behöver vård, skall vården inledas inom tre månader efter att utredningen gjorts. Tidpunkten för vården skall dock bestämmas med beaktande av hur snabbt vården behövs, och vid behov skall vården inledas utan dröjsmål. Genom förordningen föreskrevs också om bättre utbyte av för vården nödvändig information i sådana fall då en patient förflyttas från en enhet till en annan samt om utökat regionalt samarbete.

Kommunen eller samkommunen skall ha en hälsovårdscentral för tillhandahållande av tjänster enligt folkhälsolagen eller för uppgifter inom folkhälsoarbetet vilka kommunen bestämt särskilt. År 2002 fanns det sammanlagt 270 hälsovårdscentraler i Finland. Verk-



samheten vid hälsovårdscentralerna har sedan senare hälften av 1980-talet utvecklats enligt systemet med befolkningsansvar eller systemet med husläkare. För verksamhet som baserar sig på befolkningsansvar förutsätts gott samarbete mellan läkarnas mottagningsverksamhet, vårdarbetet och socialarbetet och samordning i synnerhet inom åldringsvården och servicen för handikappade.

Om mun- och tandvård stadgas i folkhälso-lagen. Bestämmelsen i 14 § i folkhälso-lagen ändrades genom lag 1219/2000, som trädde i kraft den 1 april 2001. Enligt den ändrade bestämmelsen i 14 § 1 mom. 4 punkten åligger det kommunen att inom folkhälsoarbetet svara för tandvård, till vilken hänförs upplysningsverksamhet och förebyggande verksamhet samt undersökning och vård av kommuninvånarnas tänder. Genom ikraftträdandebestämmelsen föreskrevs att revideringen skulle träda i kraft stegvis fram till den 1 december 2002. Från den tidpunkten grundar sig möjligheten att få vård inte längre på patientens ålder, utan kommunen skall ordna tandvård på grundval av patientens behov av vård på samma sätt som i fråga om annan hälso- och sjukvård. Syftet med revideringen var att försätta mun- och tandvården i samma ställning som annan hälso- och sjukvård så att service ordnas och tillhandahålls på grundval av den vård som hälsotillståndet i fråga om mun och tänder förutsätter.

Under beredningen bedömdes att patienterna inom den privata sektorn i regel kommer att fortsätta i sina tidigare patientförhållanden. På grund av merkostnaderna för kommunerna ökades statsandelarna åren 2001 - 2003 med sammanlagt 10,25 miljoner euro. I fråga om verkningarna för olika medborgargrupper ställning konstaterades i regeringspropositionen (RP 149/2000 rd) att 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 detta i första hand med styrning av kommunerna och vid behov genom en förordning av social- och hälsovårdsministeriet i vilken de åtgärder kan definieras som är nödvändiga för

att i synnerhet barn och unga skall få god tandvård. När det gäller verkningarna i fråga om organisation konstaterades i propositionen att den kommunala tandvården kan utvidgas på olika sätt. De nuvarande resurserna kan omfördelas i viss mån. Ett ökat antal patienter förutsätter dock att hälsovårdscentralerna i större utsträckning får tillgång till arbetsinsatser av tandläkare och övrig personal. Detta genomförs antingen genom att personalen utökas eller genom att tjänster köps av andra kommuner eller av privata serviceproducenter. Det bedömdes att i synnerhet många städer kan genomföra utvidgningen åtminstone till en viss del genom att köpa tjänster av privata tandläkare. Samtidigt med ändringarna av folkhälso-lagen utvidgades sjukförsäkringsersättningarna för tandvård till att gälla alla åldersgrupper från och med december 2002 genom ett tillägg till 5 b § (1201/2000) i sjukförsäkringslagen (364/1963).

Kommunerna ansvarar för ordnandet av specialiserad sjukvård för kommuninvånarna. För ordnande av specialiserad sjukvård skall varje kommun höra till ett sjukvårdsdistrikt (3 § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård). Det finns 20 sjukvårdsdistrikt och dessutom bildar Åland ett eget sjukvårdsdistrikt. Efter en ändring av lagen om specialiserad sjukvård som trädde i kraft vid ingången av 2000 får kommunen själv besluta om vilket sjukvårdsdistrikt den vill höra till. Det finns ett centralsjukhus i varje sjukvårdsdistrikt. Av dessa är fem universitetssjukhus som ger högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio). Sjukvårdsdistriktet ordnar och producerar specialiserad sjukvård för befolkningen inom sitt område. Sjukvårdsdistriktets sjukhus används i första hand för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård (30 § i lagen om specialiserad sjukvård). Ett undantag är högspecialiserad sjukvård och eventuella andra avtalsbaserade arrangemang. För studerande vid högskolor och andra läroanstalter skall dock under den tid de på grund av sina studier vistas inom ett annat sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller i en annan verksamhetsenhet inom 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 annat sjukvårdsdistrikt.

I 27 § i folkhälsolagen förutsätts att kommunen vid planeringen och utvecklingen av folkhälsoarbetet skall samarbeta med sjukvårdsdistriktet så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. I 10 § i lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs i sin tur att samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område skall 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. Samkommunen skall dessutom samarbeta med socialnämnderna i kommunerna inom sitt område så som en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna förutsätter.

Via statsandelssystemet tar staten del i de kostnader som kommunerna åsamkas när de ordnar tjänsterna. Kommunen skall anvisa resurser för de tjänster som den enligt lag skall ordna, men den har rätt att pröva allokeringen av sina resurser, dock utan att bryta mot kravet på jämlikhet enligt grundlagen. Kommunen får också besluta hur den ordnar tjänsterna. Enligt lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården kan kommunen producera tjänsterna själv eller tillsammans med andra eller genom att köpa dem av andra kommuner eller privata serviceproducenter (4 § i planerings- och statsandelslagen).

Genom planerings- och statsandelslagen övergick man från resursstyrning till självstyrelsebaserat resultatansvar för kommunerna. I fråga om det ansvar att ordna service som föreskrivs i speciallagarna om hälso- och sjukvård konstateras i planerings- och statsandelslagen att kommunen skall anvisa resurser för den social- och hälsovård som ligger till grund för statsandelen (3 §). Ett centralt syfte med statsandelsreformen var att öka den kommunala självstyrelsen. Detta innebär bl.a. att kommuninvånarna har rätt och frihet att bestämma accentueringarna i fråga om tjänsterna och beaktandet av invånarnas behov så som de önskar, dock inom de gränser som anges i lagstiftningen. Samtidigt som

det nya systemet har fört med sig smidighet har det också lett till att alla kommuner inte har anvisat resurser för vissa tjänster som förutsätts i lagstiftningen. Kommunen skall dock reservera tillräckliga medel för produktion eller köp av hälsovårdstjänster. Kommunen skall i sin budget reservera anslag inte bara för brådskande vård utan också för annan nödvändig vård. Patientens rätt till vård kan inte begränsas enbart genom åberopan av de njudda anslag som kommunen anvisat för hälso- och sjukvård och utan hänsyn till patientens individuella behov.

Kommunallagen (365/1995) anger ramar för organisering av de olika förvaltningarna i kommunerna. Kommunallagen är rätt flexibel när det gäller verksamheten. Kommunen kan sköta tjänsterna själv, i samarbete med andra kommuner eller skaffa dem av andra tjänsteproducenter (2 § i kommunallagen). Lagenligheten och uppnådda resultat inom den kommunala basservicen utvärderas på många olika sätt och ur olika synvinklar. Från statens sida sköts laglighetsövervakningen av länsstyrelserna. Grundskyddsnämnden i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet skall i sin tur följa och bedöma om den kommunala oundgängliga basservicen motsvarar den nivå som generellt kan godtas i landet.

### 2.1.3. Gränsen mellan den offentliga hälso- och sjukvården och sjukförsäkringssystemet

Kommunerna ansvarar för ordnandet och finansieringen av hälsovårdstjänster, vilket kompletteras av den privata hälso- och sjukvården. Gränsdragningen mellan den offentliga hälso- och sjukvården och sjukförsäkringssystemet anges i 11 a § i sjukförsäkringslagen (364/1963).

Från sjukförsäkringen ersätts kostnaderna för sjukvård som getts av en privat serviceproducent och för privat finansierad sjukvård samt resekostnader som beror på sjukvård. Med stöd av SFL 11 a § betalas inte ersättning till en försäkrad för belopp som han eller hon har betalat till en hälsovårdscentral för sjukvård. Ersättning betalas inte heller för kostnaderna för sjukvård, om den kommunala hälso- och sjukvården har ordnats genom

att tjänsterna har anskaffats från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent så som föreskrivs i 4 § 1 mom. 4 punkten i planerings- och statsandelslagen eller om det i själva verket är fråga om ett motsvarande förfarande. Syftet med lagrummet är att förhindra att ersättningar enligt SFL betalas för sjukvård som en kommun eller en samkommun ordnar.

Ersättning enligt SFL har på några undantag när inte beviljats när en läkare eller tandläkare anställd hos en kommun eller en samkommun utfärdat remiss till privat hälso- och sjukvård. Ersättning enligt SFL beviljas dock för de kostnader för fysioterapi och ljusbehandling på remiss av en läkare vid hälsovårdscentral eller en sjukhusläkare som patienten betalat en privat serviceproducent. På grundval av remiss som skrivits av en tandläkare vid hälsovårdscentral beviljas även frontveteraner och minröjare ersättning enligt SFL för de kostnader patienten betalat en privat serviceproducent för helprotesbehandling utförd av specialtandtekniker.

Om en patient vårdas eller undersöks inom den kommunala hälso- och sjukvården och där beslutas om hans eller hennes fortsatta undersökningar eller vård, kvarstår den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar även om vården ges inom den privata sektorn. Om en patient som anlitat den kommunala hälso- och sjukvården på eget initiativ övergår till den privata hälso- och sjukvården utan remiss eller betalningsförbindelse från kommunen, har han eller hon rätt att få ersättning enligt SFL för de sjukvårdskostnader han eller hon betalat till den privata serviceproducenten.

Om en kommun eller samkommun till den som tillhandahåller privat hälso- och sjukvård hyr ut eller överlåter mottagningslokaler i en hälsovårdscentral eller en annan enhet inom social- och hälsovården, anses det med tanke på sjukförsäkringslagen vara fråga om ett arrangemang enligt 4 § 1 mom. 4 punkten i planerings- och statsandelslagen. Patienten har inte rätt att få ersättning enligt sjukförsäkringslagen för vård som ordnats på detta sätt. Ersättning kan dock beviljas om den privata serviceproducenten är verksam i andra lokaler än sådana lokaler som kommunen

äger eller förfogar över och som står till förfogande för social- och hälsovård.

#### 2.1.4. Lagstiftningen om yrkesutövning

Bestämmelser om yrkesutövning inom hälso- och sjukvård finns i lagen (559/1994) och förordningen (564/1994) om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (nedan lagen och förordningen om yrkesutbildade personer). I lagen om yrkesutbildade personer definieras de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som enligt lag är berättigade att utöva respektive yrke inom hälso- och sjukvården och använda yrkesbeteckningen. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är legitimerade yrkesutbildade personer eller yrkesutbildade personer som erhållit tillstånd av utöva yrke samt yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning som har rätt att använda i förordning nämnd yrkesbeteckning.

Legitimerade yrkesutbildade personer är bl.a. läkare, tandläkare, sjukskötare, barnmorskor, hälsovårdare och tandhygienister. I förordningen om yrkesutbildade personer nämnda yrkesbeteckningar inom hälso- och sjukvården är bl.a. tandskötare, närvårdare, mentalvårdare och primärvårdare.

Syftet med lagen är att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänster genom att säkerställa att de yrkesutbildade personer som avses i lagen har sådan utbildning som yrkesutövningen förutsätter, annan tillräcklig yrkeskompetens och andra sådana färdigheter som yrkesutövningen förutsätter samt genom att underlätta ett i yrkeshänseende motiverat samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och en ändamålsenlig användning av dem.

Med undantag av läkare och tandläkare anges inte de olika yrkesutbildade personernas uppgifter närmare i lagen. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården arbetar under yrkesansvar enligt sin utbildning och yrkesskicklighet. Läkares och tandläkares särskilda rättigheter och skyldigheter regleras i 22 och 23 §. Legitimerade läkare och tandläkare kan besluta om medicinska eller odontologiska undersökningar av en patient, ställa diagnos och besluta om vården och behand-

lingen i samband med det. Endast legitimerade läkare och tandläkare har rätt att ordinera läkemedel från apotek, med iakttagande av vad som därom bestäms särskilt och de anvisningar som meddelats av social- och hälsovårdsministeriet. Också för rättsmedicinska intyg och utlåtanden gäller att de får utfärdas bara av läkare eller tandläkare. Bestämmelserna i lagens 3 kap. om allmänna skyldigheter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården gäller alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Rättskyddscentralen för hälsovården styr och övervakar de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården. Länsstyrelsen har också rätt att övervaka de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är verksamma inom dess område.

#### 2.1.5. Patientens rätt till vård

I patientlagen finns bestämmelser om de viktigaste principerna för vård och bemötande av patienten. I lagen betonas patientens aktiva deltagande, patientens självbestämmanderätt och patientens rätt att få vård och information. Patientlagen gäller patientens ställning och rättigheter inom hälso- och sjukvården, om inte något annat bestäms i lag (1 §). Patientlagen är dels en allmän lag som gäller all hälso- och sjukvård, dels en speciallag och en lag som kompletterar andra lagar.

I 2 § 2 punkten patientlagen definieras hälso- och sjukvård som sådana åtgärder för fastställande av individens hälsotillstånd eller för återställande eller upprätthållande av hälsan som vidtas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller som vidtas vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård.

Enligt 3 § har patienten utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Omnämmandet av resurser i paragrafen inskränker dock inte skyldigheten att ordna hälso- och sjukvård till de resurser som står till förfogande vid respektive tidpunkt. Tillgången på tjänster skall basera sig på det behov av vård som patientens hälsotillstånd förutsätter. Genom patientlagen ingreps inte i den skyldig-

het att ordna hälso- och sjukvård som föreskrivits för kommunen i lagstiftningen om kommunal hälso- och sjukvård. När det gäller den offentliga hälso- och sjukvården bestäms tillgodoseendet av rättigheten av vad som i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård bestäms om skyldighet att ordna hälso- och sjukvård.

I 4 § i patientlagen anges de allmänna förutsättningarna för intagning för vård. Patienten skall i första hand få vård vid hälsovårdscentralen i sin hemkommun eller på ett sjukhus inom det sjukvårdsdistrikt till vilket patientens hemkommun hör. Om någon inte genast kan ges sådan vård som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anser nödvändig, skall han eller hon beroende på hälsotillståndet antingen hänvisas att vänta på vård eller hänvisas eller sändas för att få vård någon annanstans där sådan vård kan ges. Om han eller hon blir tvungen att vänta på vård skall han eller hon underrättas om orsaken till dröjsmålet och den beräknade väntetiden. En patient placeras i kö på grundval av en bedömning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Enligt 5 § har en patient rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten skall vårdas. Enligt 6 § 1 mom. skall vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, skall den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom eller henne ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Med självbestämmanderätt inom hälso- och sjukvården avses patientens rätt att själv bestämma om ingripande i sin personliga integritet, dvs. om vård och undersökningar. Patientens samtycke är ett villkor för hälso- och sjukvård.

Om en patient är i brådskande behov av vård skall det hälso- och sjukvårdssystem som kommunen är huvudman för alltid ge patienten vård oavsett hemkommun. Alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är också skyldiga att hjälpa den som är i brådskande behov av vård (14 § 1 mom.

10 punkten i folkhälsolagen, 30 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård, 15 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer). I brådskande vårdsituationer klarläggs således inte vilken kommun som i sista hand är skyldig att bekosta vården, utan vård ges enligt behov.

Patientlagen medförde inte någon innehållsmässigt sett ny rätt till vård för patienten och inte heller rätt att överklaga vårdbeslut. Enligt rättspraxis kan patientens rätt att få vård bedömas endast enligt hans eller hennes individuella behov (riksdagens justitieombudsmans beslut 488/4/00).

#### 2.1.6. Rättsskyddssystemet inom hälso- och sjukvården

Rättsskyddssystemet inom hälso- och sjukvården utvecklades i Finland på 1980- och 1990-talet. Genom patientskadelagen (585/1986) upprättades ett heltäckande försäkringssystem till skydd för patienten i händelse av vårdskador. Ett viktigt syfte med lagen var att skydda vårdförhållandet från rättegångar mellan patienterna och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Med stöd av patientskadelagen betalas ersättning för en personskada som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård. För att ersättning skall beviljas förutsätts inte att en person som hör till hälso- och sjukvårdspersonalen har handlat av oaktsamhet. Ett system för ersättning av patientskador oavsett oaktsamhet gäller i hela Norden. Patientskadelagen gäller personskador som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård i Finland. Tillämpningen av lagen har således territoriellt begränsats till att gälla inom Finlands gränser.

Utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet skall ha en försäkring för ansvarighet som avses i patientskadelagen. Försäkringsskyldigheten gäller både den offentliga och den privata sektorn. Patientens yrkande på ersättning skall framställas hos Patientförsäkringscentralen, vars beslut kan lämnas till patientskadenämnden för utlåtande. Det behöver inte påvisas att den skada som orsakats patienten är en följd av felbehandling. Vid sidan om patientskadelagen och systemet med ersättning för patientskador är en sakkunnig

och yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal ett tredje viktigt element med tanke på patientens rättsskydd.

I 1 § i lagen om yrkesutbildade personer sägs att syftet med lagen är att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänster. Yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården begränsas med system för legitimering och registrering. Syftet med lagen uppnås också genom tillsyn över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. En central bestämmelse är att endast legitimerade läkare eller tandläkare har rätt att besluta om medicinska undersökningar av en patient, ställa diagnos och besluta om vården och behandlingen i samband därmed (22 §).

Ett mångsidigt rättsskyddssystem står till patientens förfogande. Rättsskyddssystemet omfattar förutom förfarandet för ersättning för patientskador även straffrättsligt, skadeståndsrättsligt och disciplinärt ansvar för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, ett särskilt i lagen om yrkesutbildade personer föreskrivet tillsyns- och sanktionsystem samt möjlighet att anföra förvaltningsklagan gällande tjänsteverksamhet. Till denna helhet hör patientens möjlighet att i domstol yrka att kommunen eller samkommunen fullgör sin lagstadgade skyldighet att ordna vård.

I patientlagen preciserades patientens möjlighet att genom förfarandet med anmärkning få avgörande gällande vård och bemötande och andra problem inom vårdorganisationen omprövade. En patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon har fått har rätt att framställa en anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten i fråga. Anmärkningen skall avgöras inom skälig tid från det den gjordes (10 §). Eftersom anmärkningen i första hand gäller ordnande av vård, har den läkare i ledande ställning som fungerar som chef möjlighet att enligt sin behörighet bidra till att situationen ändras, om anmärkningen ger anledning till det. Ändring i ett beslut gällande en anmärkning får inte sökas genom besvär (15 §). Vid varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall det också utses en patientombudsman, som skall bistå patienten i användningen av

dessa rättsskyddsmedel (11 §).

Kärnan i rättsskyddssystemet inom hälso- och sjukvården är vårdförhållandet, inom vilket skall ges högklassig och medicinskt motiverad vård i rätt tid och där parterna har förutsättningar att beakta patientens rättställning. Syftet med patientlagen, patient-skadelagen och lagen om yrkesutbildade personer är att främja förhållandet mellan patienten och läkaren eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i syfte att vård och behandling ges i samförstånd med patienten.

Läkares vårdavgöranden har inte betraktats som överklagbara förvaltningsbeslut. Högsta förvaltningsdomstolen har i sin rättspraxis sedan 1997 konsekvent bekräftat att läkares vårdavgöranden inte är överklagbara. Utebliven vård eller alltför långa köer med hänsyn till hälsotillståndet kan dock innebära att kommunen inte har fullgjort sin offentlig-rättsliga skyldighet som sig bör. Kommunens skyldighet att ordna en viss hälsovårdstjänst eller kommunens betalningsskyldighet kan således bli föremål för juridisk prövning i form av ett förvaltningstvistemål. Förvaltningstvistemål behandlas i förvaltningsdomstolen. I förvaltningsdomstolens beslut får ändring sökas hos högsta förvaltningsdomstolen.

Den skyldighet att tillgodose de mänskliga fri- och rättigheterna som föreskrivs i 22 § i grundlagen har betydelse för preciseringen av de rättsliga verkningarna av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna inom domstolsväsendet och förvaltningen. Grundlagsutskottet betonade särskilt i ett betänkande domstolarnas skyldighet att tolka på ett sätt som gynnar de grundläggande fri- och rättigheterna och som syftar till att undvika en eventuell motstridighet mellan tillämpningsbesluten gällande bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna och en vanlig lag. Bland de tolkningsalternativ som kan motiveras skall domstolarna och förvaltningsmyndigheterna välja det alternativ som bäst främjar ett ändamålsenligt tillgodoseende av de grundläggande fri- och rättigheterna och som förebygger en motstridighet med grundlagen (GrUB 25/1994 rd, s. 4). Även om skyldigheten att tolka på ett sätt som gynnar de grundläggande fri- och rättig-

heterna betonades i grundlagsutskottets betänkande uttryckligen i samband med domstolsväsendet gäller motiven även förvaltningsmyndigheterna.

#### 2.1.7. Tillsynen över hälsovårdstjänsterna

För att hälsovårdstjänsterna skall tillhandahållas och patienternas rättsskydd tillgodoses förutsätts även tillsyn. I social- och hälsovårdslagstiftningen har tillsynen föreskrivits som en skyldighet för social- och hälsovårdsministeriet, rättsskyddscentralen för hälsovården, länsstyrelserna och kommunerna. Myndighetstillsynen kan utövas som förhandskontroll eller kontroll i efterhand.

Förhandskontroll omfattar bl.a. tillstånds- och anmälningsförfarandet. Ett villkor för beviljande av tillstånd kan vara att en myndighet på förhand har inspekterat lokaliteterna samt kontrollerat personalstrukturen och antalet anställda. Förhandskontroll ingår också i den rätt att utöva yrket och den behörighet som krävs av social- och hälsovårdspersonalen och om vilka föreskrivs i lagstiftningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Syftet med förhandskontrollen är att på förhand säkerställa tillbörliga och högklassiga tjänster som svarar mot befolkningens behov och att förebygga en otillbörlig eller i fråga om kvaliteten otillräcklig service- och vårdpraxis. Som metoder för förhandsstyrning och förhandskontroll använder länsstyrelserna bl.a. information, resursstyrning (statsunderstöd för anläggnings- och utvecklingsprojekt), informationsstyrning, styrnings- och inspektionsbesök vid verksamhetsenheter inom social- och hälsovården, rådgivning och konsultation, utbildning och deltagande i utvecklingsprojekt enligt sina resurser. Genom förfaranden inom anmälnings- och tillståndsförvaltningen försöker man säkerställa en tillbörlig verksamhet.

Efterhandskontrollen genomförs oftast så att tillsynsmyndigheten informeras om klagomål i enskilda fall eller om andra anmälningar om missförhållanden. Ärenden som behandlas som klagomål anhängiggörs oftast av den berörda personen, hans eller hennes anhöriga eller närstående, men tillsynsärenden kan också anhängiggöras av någon annan

eller t.ex. en annan myndighet. Utöver tillsyn på grundval av initiativ utifrån utövar länsstyrelserna också tillsyn på eget initiativ. Denna tillsyn är viktig i synnerhet inom övervakningen av verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården.

Vid länsstyrelserna anhängiggjordes år 2002 813 klagomål gällande hälso- och sjukvård, och länsstyrelserna avgjorde då 579 sådana klagomål. År 2003 anhängiggjordes 849 klagomål gällande hälso- och sjukvård och 788 klagomål avgjordes. Antalet nya klagomål ökade vid alla länsstyrelser jämfört med år 2001. Av de klagomål gällande hälso- och sjukvård och andra tillsynsärenden som avgjordes vid länsstyrelserna år 2002 ledde 16 procent till att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården uppmärksammades och 5 procent ledde till en anmärkning (SHM:s arbetsgruppspromemorior 2004:4).

Social- och hälsovårdsministeriet svarar för den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av verksamheten. På motsvarande sätt svarar länsstyrelsen för planeringen, styrningen och övervakningen av social- och hälsovården inom länet. Social- och hälsovårdsministeriet ingår årliga resultatavtal med länsstyrelserna. I resultatavtalen kommer man överens om bl.a. prioriteringarna inom tillsynsverksamheten. Länsstyrelserna är statliga regionala allmänna förvaltningsmyndigheter, till vilkas uppgifter hör att övervaka lagligheten i kommunernas verksamhet. Länsstyrelsernas behörighet att styra och övervaka den kommunala social- och hälsovården baserar sig på ett flertal olika lagar. I 2 § i länsstyrelselagen (22/1997) sägs att länsstyrelsen sköter, enligt vad som föreskrivs särskilt, uppgifter i anslutning till bl.a. social- och hälsovårdsförvaltningen. De viktigaste speciallagarna om hälso- och sjukvård där det finns bestämmelser om länsstyrelsernas behörighet är folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om yrkesutbildade personer och mentalvårdslagen (1116/1990).

I lagarna finns också bestämmelser om länsstyrelsernas tillsynsuppgifter. Specialbestämmelserna berättigar länsstyrelserna till att också ta initiativ i fråga om tillsyn över kommuner och samkommuner och att få den information som behövs för uppgiften. I

samband med tillsynen enligt speciallagstiftningen får länsstyrelsen dessutom vid behov tillgripa tvångsmedel enligt länsstyrelselagen som en sanktion som förpliktar kommunen eller samkommunen att uppfylla sina lagstadgade uppgifter. Med stöd av 24 § i lagen om statsandelar till kommunerna (1147/1996) får länsstyrelserna, efter att ha hört social- och hälsovårdsministeriet, vid vite ålägga en kommun eller samkommun att uppfylla en förpliktelse som den underlåtit att uppfylla vid ordnandet av statsandelsåligganden. Med stöd av 42 § i planerings- och statsandelslagen tillämpas bestämmelsen om vite även på statsandelsåligganden inom social- och hälsovården. Vite som allmän tvångsåtgärd regleras i viteslagen (1113/1990). Rätten att förelägga vite har inte utövats i praktiken inom hälso- och sjukvården.

Vite hänför sig till uppfyllandet av lagstadgade förpliktelser och kan föreläggas som sanktion i sådana situationer där en åtgärd har försummats. Vite kan också användas för tillhandahållandet av anslagsbundna tjänster i sådana fall då en lagbaserad förpliktelse har försummats. I speciallagarna om hälso- och sjukvård har kommunernas lagstadgade skyldigheter formulerats på olika sätt när det gäller deras bindande karaktär. Eventuella förutsättningar för vite måste därför prövas från fall till fall. En ringa försummelse av skyldigheten att ordna service räcker dock inte ensam till för att vite skall föreläggas. Vitesförfarandet består av två separata faser, föreläggande av vite och slutlig vitesdom, om inte en förpliktelse uppfylls inom utsatt tid.

Utöver vitessanktionen förfogar länsstyrelserna inte över några andra påföljder som de kan tillgripa inom styrningen och övervakningen av den kommunala social- och hälsovården. Verkningsfullheten hos länsstyrelsernas administrativa styrning baserar sig i praktiken på att kommunerna och samkommunerna vanligen frivilligt avhjälpes av brister eller missförhållanden som länsstyrelserna ingripit i med stöd av sin behörighet.

På kommunnivå övervakar social- och hälsovårdsorgan med många medlemmar de kommunala tjänsteinnehavarnas verksamhet inom sitt område. Vid sidan om chefernas

organisatoriska övervakning av sina underordnade utövar även de statliga myndigheterna centraliserad tillsyn över kommunala och privata serviceproducenter. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården övervakas av rättsskyddscentralen för hälsovården och regionalt av länsstyrelserna. Med stöd av 8 § 2 mom. i kommunallagen kan länsstyrelsen med anledning av klagomål undersöka om kommunen har iakttagit gällande lagar.

Rättsskyddscentralen för hälsovården och länsstyrelserna har också en viktig roll vid behandlingen av förvaltningsklagomål som gäller hälso- och sjukvård. Med förvaltningsklagan avses anmälan till myndigheten om ett lagstridigt beslut eller förfarande. Klagan är inte något ordinärt rättsmedel, även om den är ett viktigt rättsmedel inom förvaltningsområdet hälso- och sjukvård. Klagomål kan anföras hos chefen för en enskild yrkesutbildad person eller hos en myndighet på högre nivå. Laglighetsövervakare på högsta nivå är justitiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman.

Enligt 2 § 2 mom. i mentalvårdslagen skall länsstyrelsen särskilt övervaka användningen av de begränsningar av självbestämmanderätten som avses i lagens 4 a kap. Enligt 22 f § 4 mom. skall en anmälan om att patienter som tagits in för observation eller undersökning eller vård hållits isolerade eller fastspända lämnas till länsstyrelsen med två veckors intervaller.

#### 2.1.8. Klientavgifter

De avgifter som tas ut hos dem som anlitar den kommunala hälso- och sjukvården bestäms enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992, nedan lagen om klientavgifter). De avgifter som tas ut för vården bestäms enligt lagen och den förordning som utfärdats med stöd av den, förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992, nedan förordningen om klientavgifter). Avgifterna är vanligen klart lägre än kostnaderna för produktionen av tjänsterna. Av kostnaderna för kommunal specialiserad sjukvård täcks i genomsnitt ungefär 6 procent med klientavgifter.

Inom den specialiserade sjukvården tilläm-

pas ett system med specialavgiftsklass, vilket baserar sig på lagen om klientavgifter. Inom systemet kan en patient söka sig till vård hos en läkare som av länsstyrelsen beviljats rätt att vårda patienter i specialavgiftsklass. Vård i specialavgiftsklass kan ges bara på bäddavdelning, och psykiatriska sjukhus står utanför systemet. Systemet med specialavgiftsklass har använts sedan 1960-talet.

Till detta val av läkare för vård i specialavgiftsklass hör att det hos patienten kan tas ut en avgift som är högre än normalt. Läkaren har rätt att som arvode få ersättning som motsvarar den tilläggsavgift som den patient som vårdats i specialavgiftsklass betalat.

Enligt Finlands Läkarförbunds utredning från 2003 hade något mer än en tredjedel (36 procent) av de läkare som arbetade på sjukhusen rätt att vårda patienter i specialavgiftsklass, dvs. ca 1 800 läkare. Närmare hälften av läkarna utövar inte sin rätt. Enligt det kommunala personalregistret utövade knappt 900 läkare i oktober 2002 sin rätt att vårda patienter i specialavgiftsklass. Läkarna fick i genomsnitt extra inkomster till ett belopp av 1 156 euro i månaden för de patienter som de vårdade i specialavgiftsklass. De största månatliga extra inkomsterna närmade sig 10 000 euro.

Patienterna har rätt att få sjukförsäkringserättning för de tilläggsavgifter som de betalat i specialavgiftsklass. Hos Folkpensionsanstalten söktes år 2002 ersättning för tilläggsavgifter till ett belopp av ca 4,7 miljoner euro, och sjukförsäkringsersättningarna uppgick till sammanlagt 2,5 miljoner euro.

#### 2.1.9. Övrig lagstiftning

##### *Förvaltningslagen*

Förvaltningslagen (434/2003, nedan FL) trädde i kraft vid ingången av 2004. Förvaltningslagen är en allmän lag som reglerar förvaltningsverksamheten och i den finns bestämmelser om grunderna för god förvaltning och förfarandet i förvaltningsärenden. I lagen stadgas vidare om sådana grunder för god förvaltning som allmänt skall tillämpas på myndigheternas verksamhet samt betonas kundperspektivet och utförandet av tjänsteuppdrag enligt serviceprincipen inom för-



valtningen. Lagen ersätter lagen om förvaltningsförfarande (598/1982), lagen om över-sändande av handlingar (74/1954) och lagen om delgivning i förvaltningsärenden (232/1966).

Förvaltningslagen tillämpas vid alla myndigheter och utgångspunkten är att lagen täcker alla verksamhetsformer inom förvaltningen, delvis även produktion av offentliga tjänster. Förvaltningslagen tillämpas också vid statens affärsverk, offentligrättsliga föreningar samt på enskilda då de sköter offentliga förvaltningsuppgifter (FL 2 § 3 mom.). Som behandling av förvaltningsärenden betraktas således även myndighetsbeslut som gäller offentliga tjänster och förmåner samt sociala rättigheter. Tillhandahållande av offentliga tjänster eller annan verksamhet i anslutning till faktisk förvaltningsverksamhet som karakteriseras av att myndigheten inte fattar förvaltningsbeslut i enskilda fall betraktades inte tidigare, när lagen om förvaltningsförfarande gällde, som behandling av förvaltningsärenden. Faktisk förvaltning är bl.a. hälsovårdstjänster för en patient.

I FL 6 § anges rättsprinciperna inom förvaltningen. Enligt paragrafen skall myndigheterna bemöta dem som sköter ärenden hos förvaltningen jämlikt och använda sina befogenheter enbart för syften som är godtagbara enligt lag. Verksamheten skall vara konsekvent så att de fakta som prövas bedöms på samma grunder i liknande fall. Verksamheten skall också stå i rätt proportion till sitt syfte.

Myndigheternas åtgärder skall vara opartiska och stå i rätt proportion till sitt syfte. Åtgärderna skall 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 hårdant skydd det har gentemot oförutsedda förändringar i myndigheternas verksamhet.

I FL 7 § föreskrivs om serviceprincipen och adekvat service. Betoning av kundperspektivet och bättre resultat inom myndigheternas verksamhet har varit centrala insats-

områden för utvecklingen av förvaltningen. I beredningshandlingarna till FL (RP 72/2002, s. 62) sägs att när offentlig service ordnas bör det fästas särskild uppmärksamhet vid att servicen är tillräcklig och tillgänglig, samt att den som utträttar ärenden hos förvaltningen skall ha valfrihet. Den offentliga sektorn skall se till att de tjänster som är viktiga finns att tillgå överallt i landet och att nödvändiga uppgifter blir effektivt skötta. Till exempel sådan verksamhet som ansluter sig till den offentliga hälsovården bör ordnas så att tillgången på service kan tryggas också under undantagsförhållanden och så att människornas regionala jämlikhet tillgodoses. Tillhandahållandet av offentlig service är i huvudsak faktisk förvaltningsverksamhet, t.ex. sjukvård, men det kan också vara förenat med beslutsfattande.

#### *Lagen om offentlig upphandling och lagen om konkurrensbegränsningar*

Kommunerna och samkommunerna kan skaffa hälsovårdstjänster som köpta tjänster. När kommunerna och samkommunerna köper tjänster skall de iaktta lagen om offentlig upphandling (1505/1992, nedan upphandlingslagen) och lagen om konkurrensbegränsningar (480/1992). Dessa lagar förutsätter att serviceupphandlingarna utsätts för konkurrens även inom hälso- och sjukvården. De köpta tjänsterna är också förenade med skatte- och arbetsrättsliga aspekter som bör beaktas när tjänsterna skaffas.

I upphandlingslagen eftersträvas effektivare offentlig serviceverksamhet genom att det betonas att principerna om öppenhet och icke-diskriminering skall iakttas vid offentlig upphandling av varor och tjänster oavsett upphandlingens storlek. Lagen tillämpas inte när kommunen själv producerar tjänsterna. Om en kommun köper varor eller tjänster av utomstående skall den iaktta upphandlingslagen. Huvudregeln är att offentlig upphandling skall göras så förmånligt och öppet som möjligt. Valet bör baseras på det som är som helhet ekonomiskt mest förmånligt eller billigast.

Syftet med lagen om konkurrensbegränsningar är att säkerställa en sund och fungerande ekonomisk konkurrens mot skadliga

konkurrensbegränsningar. Ett särskilt syfte är att trygga intresset för dem som är i konsumentställning och å andra sidan näringsfriheten. Lagen tillämpas på inhemsk konkurrens. Kommunalt producerade hälsovårdstjänster faller utanför lagens tillämpningsområde. Lagen tillämpas när privata företag eller sammanslutningar är offentliga serviceproducenter. När en kommun köper tjänster skall den se till att alla serviceproducenter har jämlika konkurrensarrangemang. Producenter på den egna orten får inte gynnas.

*Lagstiftningen om samordning av social trygghet och sökande av vård utomlands*

Rätten till social trygghet för personer som rör sig inom Europeiska unionen regleras av en förordning som samordnar de nationella systemen för social trygghet (rådets förordning EEG nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, nedan förordning 1408/71 och förordning EEG nr 574/72 om tillämpning av förordningen). Bestämmelserna om sjukdom i förordningen gäller offentlig hälso- och sjukvård, sjukförsäkring och rehabilitering i Finland. Förordningen tillämpas förutom i EU-länderna även i länderna inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och i Schweiz. Oavsett vilket land en person är bosatt i omfattas han eller hon vanligen av lagstiftningen i den stat där han eller hon arbetar. Förordningen omfattar i princip alla hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagstiftningen i Finland, såsom öppen sjukvård, tandvård och sjukhustjänster.

I artikel 22 i förordningen föreskrivs om hur patienter i vissa fall kan söka sig till vård eller kan skickas till ett annat land för vård också på det offentliga servicesystemets bekostnad. I artikeln anges de omständigheter under vilka den behöriga nationella myndigheten inte får vägra ett beviljat förhandstillstånd. Tillstånd får inte vägras om vården inom den aktuella medlemsstatens territorium omfattas av den sociala tryggheten och om likadan vård eller lika effektiv vård inte kan fås i tid inom den aktuella medlemsstatens territorium enligt villkoren för systemet för social trygghet. Villkoret gällande god-

tagbar tid skall enligt EG-domstolens praxis bedömas på basis av alla de omständigheter som är karakteristiska för respektive konkreta fall med tillbörlig hänsyn till patientens medicinska tillstånd vid tidpunkten för ansökan om tillstånd samt dess tidigare faser och sjukdomens sannolika framskridande.

Om tillstånd beviljats, ersätts de kostnader som framförts inom ramen för artikel 22 enligt ersättningsystemet i det land där vården utgetts.

En patient som är bosatt i Finland kan söka vård utanför Finland och patienter bosatta i andra länder kan söka vård i Finland även utan förhandstillstånd. Vård på eget initiativ söks på patientens bekostnad och ansvar. I Finland kan kostnaderna för vård på eget initiativ dock ersättas enligt sjukförsäkringslagen och nationella taxor.

*EU-direktivförslag om tjänster på den inre marknaden*

Europeiska gemenskapernas kommission gav i januari 2004 ett förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tjänster på den inre marknaden 2004/0001 (COD). Direktivförslaget har karaktär av ett ramdirektiv med vidsträckt räckvidd. Utgångspunkten är att direktivet skall tillämpas på alla tjänster av ekonomiskt intresse med undantag av finansiella tjänster, elektroniska kommunikationstjänster och transporttjänster, vilka redan omfattas av egna sektordirektiv. Tillämpningsområdet omfattar även hälsovårdstjänster. Syftet med förslaget är inte att i detalj reglera eller fullt ut harmonisera alla regler av tjänsterna på den inre marknaden. Förslaget tar fasta på sådant som har stor inverkan på möjligheter till fri verksamhet på marknaden.

Utgångspunkten för förslaget är att säkerställa att tjänster som tillhandahålls från en annan medlemsstat behandlas lika överallt inom Europeiska unionen. Målet med förslaget är att inrätta en rättslig ram för att avskaffa hindren för tjänstetillhandahållares fria etablering och fri rörlighet för tjänster mellan medlemsstaterna och säkerställa att såväl tillhandahållare av tjänster som tjänstemottagare får den nödvändiga rättssäkerheten så att de kan utöva de grundläggande rättigheterna

i fördraget.

I förslaget ingår också bestämmelser om nationell ersättning för hälsovårdstjänster som tagits emot i en annan medlemsstat. I förslaget görs skillnad på sjukhus-tjänster och poliklinik-tjänster i enlighet med EG-domstolens rättspraxis. Utgångspunkten för förslaget är att poliklinik-tjänster som tagits emot i en annan medlemsstat skall ersättas på lika grunder som hälsovårdstjänster som tillhandahållits i hemlandet. För ersättning krävs i princip inte något förhandstillstånd av myndigheten. I fråga om sjukhus-tjänster kan däremot krävas förhandstillstånd, men i förslaget anges särskilda villkor för beviljande av tillstånd.

Behandlingen av förslaget har inletts i rådets arbetsgrupp för konkurrenskraft och tillväxt i slutet av februari 2004 och avsikten är att det skall godkännas av ministerrådet på våren 2005.

## 2.2. Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i Sverige, Norge och Danmark

### 2.2.1. Sverige

Behovet av en särskild lag som allmänt reglerar patientens rättigheter och patientens rättsställning har diskuterats i Sverige sedan början av 1990-talet. Än så länge har man trots allt gått in för att inlemma bestämmelserna om patientens rättsställning i befintliga lagar i stället för att stifta en samlande patientlag. Patientens rättigheter kan härledas ur de förpliktelser som uppställs för hälsovårdspersonalen i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och för det allmänna i hälso- och sjukvårdslagen.

Sedan ingången av 2003 står rätten till hälsa inskriven även på grundlagsnivå. Det allmänna skall trygga rätten till hälsa. Rätten till hälsa fogades till 1 kap., statsskickets grunder, i regeringsformen. Till skillnad från bestämmelserna om grundläggande fri- och rättigheter i 2 kap. är bestämmelserna i 1 kap. inte juridiskt bindande och ger således inte heller medborgarna likadana rättigheter som de övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna. Rätten till hälsa ersätter den tidigare formuleringen, enligt

vilken det allmänna skulle verka för en god livsmiljö. Detta ansågs omfatta även förebyggande hälsovård.

I 2 a § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen sägs att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Några exakta tidsbestämmelser ingår inte i lagen. Patienten har rätt att få en annan läkares bedömning av sitt hälsotillstånd i det fall vetenskap och beprövad klinisk erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller ha stor betydelse för patientens framtida livskvalitet. Rätten har begränsats till att gälla bara sådana patienter som har livshotande eller särskilt allvarliga sjukdomar eller skador. Patienten skall erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda.

I lagen uppställs inte några fasta tidsgränser för när vård skall fås. I fråga om medicinsk bedömning av hälsotillståndet konstateras bara att den skall ges snarast. I Sverige finns trots allt en juridiskt icke-bindande rikstäckande vårdgaranti som baserar sig på överenskommelse mellan staten och Landsförbundet.

Den första vårdgarantin togs i bruk 1992. Avsikten var att förkorta väntetiderna i fråga om tolv särskilt definierade behandlingar och åtgärder där problemen med väntetider var speciellt stora. De aktuella patientgrupperna skulle då få vård inom tre månader efter det att beslutet om åtgärden eller behandlingen hade fattats och patienten hade antecknats på kölistan. För de patienter som inte kunde tillhandahållas vård inom denna tid skulle det ordnas vård någon annanstans.

En reviderad vårdgaranti trädde i kraft 1997. Vårdgarantin gäller både primärvård och specialiserad sjukvård. Enligt den nya garantin ansvarar primärvården för de första kontakterna och den skall tillhandahålla hjälp per telefon eller genom hembesök samma dag som patienten tagit kontakt. Om en läkare inte kontaktas till först skall tid till läkare kunna erbjudas senast inom åtta dagar. Ytterligare gäller att om det anses vara nödvändigt att uppsöka den specialiserade sjukvården skall detta ordnas utan dröjsmål, dock senast

inom tre månader. Om det handlar om misstanke om en allvarlig sjukdom skall en läkare kunna uppsöka senast inom en månad.

Om möjlighet att uppsöka läkare inte kan erbjudas inom de nämnda tidsgränserna, har patienten rätt att besöka läkaren inom ett annat område eller en privat serviceproducent. Om en patient utifrån denna bedömning anses vara i behov av vård skall vården inledas utan dröjsmål. Inom vårdgarantin uppställs dock inte några tidsgränser för den egentliga vården.

År 2003 kom staten och Landstingsförbundet överens om en ny, mera omfattande vårdgaranti som också inrymmer rätt till vård. Enligt den nya garantin skall vård tillhandahållas inom 90 dagar efter vårdbeslutet. Garantin trädde i kraft vid ingången av 2004. Utöver den nationella vårdgarantin finns det flera lokala vårdgarantier med varierande innehåll.

I 2 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen uttalas ett allmänt prioriteringskriterium, enligt vilket den som har det största behovet av vård skall ges företräde till vården. Dessutom kan rätten till bedömning enligt 2 § 5 mom. förvägras, om vården är uppenbart onödig.

Patienternas prioriteringskriterier har inte preciserats i lagen. När det gäller prioriteringen finns dock riksmötets beslut om prioritering inom hälso- och sjukvården. Enligt beslutet skall prioriteringarna basera sig på tre grundläggande (etiska) principer: principen om människovärdet, enligt vilken alla människor är lika värda och har samma rättigheter oavsett personliga egenskaper och ställning i samhället, behovs- och solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna skall riktas dit där behovet är störst, vilket gäller både verksamhetsområden och enskilda personer i behov av vård, och principen om kostnadsnytta, enligt vilken valet av åtgärder bör sikta till att de kostnader som en åtgärd orsakar och den nytta som kan uppnås genom den, med patientens hälsa och livskvalitet som måttstock, står i skäligen proportion till varandra.

Principerna har rangordnats så att principen om människovärdet har företräde framför behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur har företräde framför principen om kostnadsnytta. Patientens ålder, födelsevikt, lev-

nadsvanor, ekonomiska förhållanden eller det att sjukdomen är självförvållad får inte påverka prioriteringsbeslutet. I enskilda fall kan hänsyn dock tas till omständigheter som minskar nyttan av medicinska åtgärder.

Utöver dessa grundläggande principer har patienterna ytterligare indelats i fyra prioriteringsgrupper utifrån vårdens angelägenhetsgrad. Prioriteringsgrupp I: Vård av livshotande sjukdomar, vård av sådana sjukdomar som utan behandling kan leda till permanent invalidisering eller tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede, vård av människor med nedsatt autonomi. Prioriteringsgrupp II: prevention och habilitering/rehabilitering. Prioriteringsgrupp III: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Prioriteringsgrupp IV: Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

I den nationella lagstiftningen i Sverige finns det inte några bestämmelser om patientens rätt att få vård utomlands i sådana fall då vård inte kan tillhandahållas i hemlandet på grund av att det inte finns kapacitet. På samma sätt som i Norge bestäms rätten till vård utomlands enligt förordning 1408/71 direkt med stöd av förordningen. Rätten att få vård enligt förordningen har skrivits in i lag endast till den del den gäller EU/EES-medborgares rätt att få vård i Sverige. Även för Sverige är den nordiska konventionen om social trygghet den viktigaste internationella överenskommelsen.

I hälso- och sjukvårdslagen anges inte någon besvärsmått. Inom den juridiska litteraturen har man oftast intagit den ståndpunkten att det inte finns någon möjlighet att överklaga och att patienten därmed i sista hand inte heller har någon juridiskt bindande rätt till vård. Frågan är dock kontroversiell.

### 2.2.2. Norge

Rätten till vård har tryggats genom en lag om patientens rättigheter (Lov om pasientrettigheter), som är en allmän lag som reglerar patientens rättsställning. Med stöd av lagen har det utfärdats en förordning om prioritering av hälsovårdstjänsterna och rätt till vård. Bestämmelser om rätt till vård finns dessut-

om i lagen om specialiserad sjukvård och lagen om hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns en speciallag om psykiatrisk hälso- och sjukvård. Enligt lagen skall bestämmelserna om rätt till vård i 2 kap. i patientlagen tillämpas i så hög grad som möjligt inom den psykiatriska hälsovården.

Utöver bestämmelserna om patientens rätt till vård intogs i lagen som en ny punkt att patienten skall ha rätt att välja på vilket sjukhus vården ges. Rätten att välja sjukhus ansågs vara viktig med tanke på patienten som konsument. Den sågs också som ett sätt att förkorta kölistorna och öka sjukhusens belägningsgrad. I bakgrunden fanns antagandet att patienterna söker sig till vård dit där kötiderna är kortast.

I Norge användes ett vårdgarantisystem åren 1990 - 2000. Bestämmelserna om garantin fanns i social- och hälsodepartementets förordning från 1990, senare i 1997 års förordning. 1990 års vårdgaranti inrymde rätt till omedelbar vård för patienter i överhängande livsfara. I sådana fall då utebliven vård skulle ha mycket allvarliga följder på längre sikt hade patienten rätt att bli antecknad på väntelistan och få vård inom sex månader, efter den senare ändringen inom tre månader. Vården av mindre allvarligt sjuka patienter var enligt förordningen beroende av sjukhusens kapacitet, och det uppställdes inte några särskilda tidsgränser för vården. År 1997 ändrades vårdgarantin till garanti för tillträde till medicinsk bedömning av hälsotillståndet, enligt vilken en patient som fått remiss till en specialist hade rätt att få en bedömning senast inom 30 dagar efter det att remissen har tagits emot.

Patientens rätt till hälsotjänster regleras för närvarande i 2 kap. i patientlagen (Rett till helsehjelp). I kapitlet finns bestämmelser om patientens rätt till brådskande och nödvändig vård, rätt till bedömning av hälsotillståndet, rätt att få en annan läkares bedömning av sitt hälsotillstånd, rätt att välja sjukhus och rätt till en personlig plan.

Lagen om patientens rättigheter, lagen om hälso- och sjukvårdspersonal och lagen om psykiatrisk hälso- och sjukvård trädde i kraft 2001. Förordningen om prioritering av hälsovårdstjänster och rätt till vård trädde i kraft den 1 januari 2001 samtidigt som patientla-

gen, och genom den upphävdes 1997 års vårdgaranti. Den reviderade lagen om specialiserad sjukvård trädde likaså i kraft samma år. Från ingången av 2002 har sjukhusen omorganiserats på bolagsbasis. Ett hälsovårdsföretag (helseforetak) är en självständig juridisk person. Bestämmelser om bolagens verksamhet och organisation finns i lagen om hälsovårdsföretag.

Enligt 1 kap. 1 § i patientlagen syftar lagen till att garantera hela folket lika tillträde till hälso- och sjukvård. Lagen gäller i princip alla som vistas i landet. Begränsningar kan dock föreskrivas för dem som inte är norska medborgare och som inte är stadigvarande bosatta i Norge. I fråga om hälsovårdsföretagen föreskrivs dessutom särskilt att målet är att de skall tillhandahålla specialiserade sjukvårdstjänster till alla som behöver dem oavsett ålder, kön, boningsort, ekonomisk situation eller etnisk bakgrund.

Enligt 2 § 1 mom. i patientlagen har en patient som hänvisats till ett offentligt sjukhus eller en specialpoliklinik rätt att få en bedömning av hälsotillståndet inom 30 vardagar från det att remissen (av en allmänpraktiserande läkare) tagits emot. Bedömningen skall omfatta en bedömning av vårdbehovet och information om den kommande tidpunkten för vården. Bedömningen görs på basis av remissen. Vid behov inhämtas ytterligare utredningar eller också kallas patienten till undersökningar.

Behovet av vård bedöms för alla patienter. Patienten skall omedelbart underrättas om diagnosen, hur allvarlig sjukdomen är, vårdplanen och den planerade vårdtidpunkten. Skyldigheten att omedelbart underrätta är inte juridiskt bindande, men tidpunkten för skyldigheten att informera skall iakttas så noggrant som möjligt. Med bedömning av nödvändigheten av vården avses en bedömning enligt 2 § 1 mom. av om patienten omfattas av nödvändig vård, dvs. om vården skall prioriteras i förhållande till vården av andra patienter. Beslut om nödvändig vård fattas av en läkare.

Rätten till medicinsk bedömning omfattar också rätt till medverkan i kliniska undersökningar i sådana fall då tillräcklig information inte kan fås på basis av remiss av en allmänpraktiserande läkare. Också i sådana fall

skall undersökningarna utföras inom 30 dagar efter mottagandet av den första remissen. Detta gäller även sådana situationer där det behövs undersökningar av flera olika specialister eller patienten hänvisas till en annan vårdinrättning. Kravet på ansvarsfull verksamhet enligt 2 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård avgör om en patient skall hänvisas till en specialist eller om informationen i remissen är tillräcklig.

Väntetiden skall betraktas som den längsta väntetiden. För varje patient gäller det att bedöma hur lång väntetid som är förenligt med ansvaret. Bedömningen kan då resultera också i en kortare tid än 30 dagar. I sådana fall då det finns anledning att misstänka en allvarlig eller livshotande sjukdom har patienten enligt 2 § 2 mom. rätt till en snabbare bedömning. Tillgodoseendet av rätten i enskilda fall skall bedömas utgående från en medicinsk totalbedömning.

Patienten har också rätt att få en annan läkares bedömning av sitt hälsotillstånd. Eftersom patienten har rätt att söka vård på det sjukhus han eller hon själv valt har han eller hon också rätt att få en ny bedömning på vilket sjukhus som helst i Norge. Rätten uppkommer när patienten fått en första bedömning enligt 2 § 2 mom. Innehållet i bedömningen motsvarar en bedömning enligt 2 § 2 mom. En ny bedömning (Second opinion) behöver göras bara en gång beträffande samma hälsotillstånd och bedömningen behöver inte göras inom 30 dagar. Den andra bedömningen distanserar inte nödvändigtvis den första bedömningen. Patienten väljer tillsammans med den läkare som gjort bedömningen vilken bedömning som skall ligga till grund för vårdåtgärderna. Om bedömningarna avviker från varandra när det gäller frågan om nödvändigheten av vård, har patienten rätt att få nödvändig vård om den valda bedömningen berättigar till detta. Patienten behöver inte uppge orsaken till begäran om en andra bedömning.

Bestämmelser om rätt till nödvändig vård finns i 2 kap. 1 § i patientlagen. Enligt paragrafen har patienten rätt att få nödvändig vård både inom den kommunala sjukvården och inom den specialiserade sjukvården. Rätten gäller all offentligt finansierad specialiserad sjukvård i Norge och vård på annat håll i

den mån hälsovårdsföretag eller regionala hälsovårdsföretag ingått avtal om detta och inom de gränser som kapaciteten uppställer. Övriga förutsättningar är att vården kan förväntas vara till nytta för patienten och att kostnaderna är rimliga i förhållande till nyttan av vården.

Det har utfärdats en förordning om prioritering av hälsovårdstjänster och rätt till vård. Enligt 2 § har en patient rätt till nödvändig vård inom den specialiserade sjukvården, om uppskjutandet av vården leder till patientens prognostiserade livstid förkortas eller livskvaliteten försämras på ett icke-obetydligt sätt, vården förväntas vara till nytta för patienten och de förväntade kostnaderna är skäligen i förhållande till nyttan av åtgärderna. För att en patient skall ha rätt till nödvändig vård måste alla de tre villkoren uppfyllas.

En patient som uppfyller villkoren har rätt till vård på grundval av medicinsk bedömning inom en tid som bestäms enligt kravet på ansvarsfull verksamhet. Den tid inom vilken en patient senast har rätt att få en viss definierad vård bestäms således på medicinska grunder. Till skillnad från det tidigare vårdgarantisystemet har det alltså inte uppställts några maximala tidsgränser.

Rätt till bedömning av hälsotillståndet gäller utan restriktioner alla patienter som hänvisats till specialiserad sjukvård. I det här skedet prioriteras patienterna således inte. Prioritering i fråga om den vård som skall ges görs efter bedömningen så att allvarligt sjuka patienter som uppfyller villkoren enligt 2 § 1 mom. i patientlagen och 2 § i förordningen om prioritering av hälsovårdstjänster och rätt till vård prioriteras i förhållande till andra patienter.

Patienten skall tillhandahållas nödvändig vård inom en tid som fastställts på basis av medicinsk bedömning. I den nationella lagstiftningen i Norge finns inte några bestämmelser om huruvida en patient har rätt till vård utomlands i sådana fall då vården inte kan tillhandahållas inom en tid enligt den medicinska bedömningen. Avsikten är att patientens rätt till nödvändig vård i regel skall tillgodoses inom landet. Rätten att välja sjukhus gäller likvärdiga inrättningar i Norge. Förutom att patienten har rätt att själv-

ständigt välja sjukhus gäller att hälsovårdspersonalen skall hänvisa patienten till ett annat sjukhus, om vård inte kan tillhandahållas på grund av otillräcklig kapacitet.

Enligt 2 § 1 mom. har patienten rätt att få nödvändig vård på något annat än ett offentligt finansierat sjukhus till den del hälsovårdsföretagen har ingått avtal om vård med andra instanser. Detta gäller såväl inhemska privata vårdinrättningar som utländska vårdinrättningar.

Enligt EG-rätten har en patient rätt att få vård i ett annat EU/EES-land direkt på de villkor som bestäms enligt förordning 1408/71 gällande samordning av den sociala tryggheten och enligt EG-domstolens rättspraxis. Den viktigaste gällande internationella överenskommelsen är den nordiska konventionen om social trygghet, som också gäller sjukvård. Enligt konventionen gäller att när lagstiftningen i ett fördragsslutande land tillämpas jämföras medborgarna i andra nordiska länder med landets egna medborgare. Norge har dessutom ingått avtal om rehabilitering och vård utomlands av vissa patientgrupper, t.ex. reumatpatienter.

### 2.2.3. Danmark

Danmarks grundlag (Danmarks Riges Grundlov) innehåller en rätt snäv reglering av de grundläggande fri- och rättigheterna och den innehåller inte några hälsorelaterade bestämmelser. Det har visserligen ansetts att det ovillkorliga förbud mot frihetsberövande på grund av politisk eller religiös övertygelse samt härkomst som ingår i bestämmelsen om personlig frihet i 71 § 1 mom. också omfattar tvångsvård. Sedan 1998 har Danmark haft en särskild lag om patientens rättigheter (Lov om patienters retsstilling). I lagen finns bestämmelser om patientens självbestämmanderätt, journalhandlingar och tystnadsplikt för vårdpersonalen. I lagen finns dock inte några bestämmelser om intagning för vård eller patientens rätt att få vård. Dessa regleras i lagen om offentlig sjukförsäkring (Lov om offentlig sygesikring) och sjukhuslagen (Lov om sygehusvæsenet). Patientens rätt att få vård kan dessutom delvis härledas ur de skyldigheter som uppställts för hälsovårds-

personalen. I Danmark har det inte stiftats någon allmän auktoriseringslag för hälsovårdspersonalen, utan bestämmelser som gäller de anställda finns i flera olika särskilda lagar, t.ex. läkarlagen och lagen om sjukskötare. Dessutom finns det tre förordningar som gäller rätten till vård (Bekendtgørelse om adgang til lægehjælp efter sygesikringsloven, Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp och Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme).

I lagstiftningen i Danmark finns inte några bestämmelser om patientens rätt att få en annan läkares bedömning av sitt hälsotillstånd. I Danmark har patienterna fått välja sjukhus sedan ingången av 1993. För närvarande framgår rätten att välja sjukhus av 5 b § i sjukhuslagen. I 1 mom. sägs att en person som hänvisas till sjukhusvård kan välja bland sjukhusen inom boningsortens landskap (amtkommun), sjukhusen inom ett annat landskap och de privata sjukhus som nämns i 5 § 1 - 3 mom. Rätten är oberoende av servicebudet i det landskap där boningsorten finns och av de kriterier landskapet uppställt för tillträdet till sjukvård. De landskap där patientens boningsort finns ansvarar för kostnaderna för vården.

Det har trots allt uppställts ekonomiska ramar för patientens rätt att välja sjukhus bland de privata sjukhus som nämns i 5 § 3 mom. Skyldigheten för de landskap där boningsorten är belägen att täcka kostnaderna begränsas till ett belopp som årligen fastställs för varje sjukhus. Rätten att välja sjukhus kan dessutom begränsas för psykiatriska patienter. Rätten kan likaså begränsas för sådana personer som berövats sin frihet och som nämns i förteckningen. Dessutom är rätten att välja sjukhus mera begränsad i brådskande fall.

I sådana fall då en person har hänvisats för annan än akut vård till ett sjukhus där väntetiden för vården är klart längre än väntetiden för samma vård vid ett annat sjukhus, skall sjukhuset så snart som möjligt informera personen om hans eller hennes rätt att själv välja sjukhus och erbjuda möjlighet att hänvisa honom eller henne till ett sjukhus där väntetiden är kortare.

Ett sjukhus har dock inte ovillkorlig skyl-

dighet att ta in en patient för vård. Enligt förordning (Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp) kan ett sjukhus vägra ta in en patient för vård när det är motiverat med anledning av de begränsningar som sjukhuskapaciteten uppställer.

Patientens möjlighet att välja sjukhus har utvidgats genom en lagändring den 1 juli 2002. Om boningskommunen inte inom två månader efter mottagandet av remissen kan tillhandahålla vård antingen på landskapets eget sjukhus eller på ett annat sjukhus, har patienten rätt att söka vård även på ett sådant sjukhus med vilket landskapen har ingått ett avtal om vård. Landskapen kan ingå avtal med privata sjukhus, kliniker eller andra vårdinrättningar i Danmark eller i utlandet. I väntetiden två månader inräknas inte eventuella tidsperioder som används för undersökningar. Ett undantag är väntetider som är längre än två veckor. Detaljerade bestämmelser om patientens rätt att välja sjukhus har utfärdats genom förordning (Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp).

Enligt förordningen skall sjukhuset så snart som möjligt efter mottagandet av remissen informera patienten om huruvida sjukhuset kan tillhandahålla behövlig vård inom den längsta väntetiden. I sådana fall då vård inte kan tillhandahållas inom väntetiden skall patienten informeras om sin rätt att välja sjukhus och patienten skall i mån av möjlighet erbjudas möjlighet att få vård på ett sådant sjukhus som kan tillhandahålla vården. Om sjukhuset redan när remissen tas emot vet att vård inte kan tillhandahållas inom den föreskrivna tiden två månader, skall det informera patienten om detta inom åtta vardagar.

Tidsgränsen två månader enligt sjukhuslagen reglerar inte den längsta väntetiden för egentlig vård utan den utvidgar bara möjligheten att välja sjukhus till att också gälla andra än privata vårdinrättningar och utländska vårdinrättningar. Den uppställer alltså inte någon bakre gräns för när vården skall inledas. Patienter som lider av livshotande sjukdomar skall dock få vård inom den längsta väntetiden.

Sedan början av 1990-talet har det funnits sammanlagt fyra olika vårdgarantier i Danmark. Den första vårdgarantin trädde i kraft

1993, och den följdes av 1995 och 1999 års vårdgarantier. Den gällande garantin trädde i kraft 2001. Enligt 1993 års vårdgaranti uppställdes tre månader som längsta väntetid för alla icke akuta kirurgiska ingrepp. Avsikten var att målet tre månader skulle uppnås senast år 1995. Man avstod dock från målet när det framgick att det inte kunde nås inom utsatt tid. Möjligheterna att nå målet försvårades delvis av generalstrejken och lockouten för sjukskötare 1995. År 1995 infördes den första lagbaserade vårdgarantin, som uppställde tre månader som längsta väntetid för operationer vid ruptur av menisken i knäet. I likhet med den tidigare garantin förkortades väntetiderna en aning genom 1995 års vårdgaranti, men det visade sig likaså vara omöjligt att iaktta den och därför upphävdes den 1997.

Den vårdgaranti som uppställdes i sjukhuslagen 1999 baserade sig på de målsättningar som uppställts på grundval av en bedömning av vilka verkningar väntetiden har för olika patientgrupper. Längsta väntetider föreskrevs för livshotande hjärtsjukdomar, bröstcancer, lungcancer, livmodercancer och tarmcancer. Efter en lagändring som trädde i kraft den 1 september 2001 räknas alla cancersjukdomar som livshotande cancersjukdomar enligt sjukhuslagen. En ändring jämfört med tidigare i 1999 års vårdgaranti, som utvidgades 2001, är också att landskapen föreskrivits skyldighet att antingen tillhandahålla vård inom de angivna tidsgränserna eller bekosta patientens vård på annat håll. Utöver vårdgarantin enligt sjukhuslagen finns det regionala vårdgarantier med varierande innehåll.

Boningskommunen skall senast inom åtta dagar efter det att sjukhuset tagit emot remissen informera patienten om den kan tillhandahålla behövlig vård inom den längsta väntetiden. Om vård kan tillhandahållas, skall det samtidigt informeras om tid till undersökningar. Om vård inte kan ges inom väntetiden, skall patienten i mån av möjlighet erbjudas vårdmöjlighet på ett sådant sjukhus som kan tillhandahålla vården inom den längsta väntetiden. Det kan då handla om ett sjukhus i en annan kommun, ett privat sjukhus eller ett sjukhus i utlandet.

Närmare bestämmelser om vårdgarantin finns i förordning (Bekendtgørelse om be-



handling af patienter med livstruende kræftsygdomme). I 3 § har følgende længste ventetider fastställt for cancersjukdomar: undersökning inom två veckor, operation inom två veckor, inledande av läkemedelsbehandling inom två veckor om den är den primära vårdformen, inledande av stråleterapi inom fyra veckor om den är den primära vårdformen, och inledande av eftervård inom fyra veckor.

Den tidpunkt från vilken tiden räknas anges särskilt för varje alternativ.

I lagstiftningen i Danmark uppställs inte några allmänna prioriteringskriterier. Inte heller i fråga om allvarliga sjukdomar som omfattas av vårdgaranti har det särskilt uttalats att avsikten är att de patienter som lider av sjukdomarna skall ges företräde framför andra patienter.

Enligt den nationella lagstiftningen i Danmark har patienten rätt att få vård utomlands i två fall: om vård inte kan tillhandahållas i hemlandet inom den längsta väntetiden på två månader eller om patienten lider av en livshotande sjukdom i sådana fall då vård inte kan tillhandahållas i hemlandet inom en kortare tid som definieras särskilt i sjukhuslagen och genom förordning (Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme).

En patient har dessutom rätt att få sådan vård utomlands som inte kan ges i Danmark i sådana fall då det sjukhus där patienten vårdas anser det vara nödvändigt. Enligt en ändring för ett tag sedan gäller detta på vissa villkor även vård som ännu är på försöksstadiet.

I sådana fall då en EU-medborgare eller dennes familjemedlem hänvisas till vård till ett offentligt sjukhus i ett annat EU-land eller när någon annan än en sådan person hänvisas till vård på ett offentligt sjukhus som är beläget i ett annat nordiskt land, kan hänvisningen till vård ske i enlighet med förordning 1408/71 eller den nordiska konventionen om social trygghet.

I lagstiftningen i Danmark finns inte några särskilda bestämmelser om patientens rätt att fatta vårdbeslut eller överklaga beslut om intagning för vård. Möjlighet att överklaga har inte heller föreskrivits när det gäller överskridning av de tidsgränser för vård som angetts i lagstiftningen.

### 2.3. Bedömning av nuläget

Under de senaste åren har det förekommit problem i fråga om verksamhetsbetingelserna för hälso- och sjukvård och tillgången på tjänster. I syfte att lösa problemen tillsattes på hösten 2001 ett nationellt projekt för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Ett centralt problem inom hälso- och sjukvården är hur alla skall kunna tillförsäkras tillräckliga tjänster inom en skälig tid i enlighet med grundlagen oavsett boningsort, ålder och social ställning. De gamla modellerna fungerar inte, och därför måste man följa hur hälso- och sjukvården fungerar samt precisera styrningsansvaret och ansvaret för ordnande av service. Hälso- och sjukvårdens kvalitet måste säkerställas i vårdresultaten, bemötandet av patienterna och systemets effektivitet. Hälso- och sjukvården fungerar bra om man inom den så noga som möjligt känner till vad som fungerar, kostnadsverkningarna av alternativa lösningar och hur behandlingarna påverkar hela samhället och befolkningen. Vårdformerna utvecklas och teknologin erbjuder nya möjligheter samtidigt som den medför ett kostnadstryck för hälso- och sjukvården. Inom undersökningarna och behandlingarna måste man allt mera bedöma även gränsnyttan med åtgärderna. I vissa situationer kan vården eller undersökningarna ha bara obetydlig faktisk betydelse.

Inom hälso- och sjukvården har det alltid varit nödvändigt att välja. Här avses då att vissa behandlingar, sjukdomar eller patienter prioriteras på grund av att resurserna är begränsade. Det är trots allt ett faktum att man inte i något land har kunnat tillhandahålla alla tänkbara hälso- och sjukvårdstjänster, utan de måste begränsas i den praktiska verksamheten. I samband med riktgivande hälso-politiska lösningar eller beslut om att en enskild patient skall få eller inte få vård bör hänsyn tas till medicinska indikationer, patientens önskemål och val, verkningar för livskvaliteten samt sociala, juridiska och ekonomiska faktorer. För att en motiverad lösning skall kunna nås gäller det således att beakta vad som är medicinskt ändamålsenligt, vilka önskemål patienten själv har i fråga om vården, hur den sociala, ekonomiska och juridiska ramen för vården ser ut och hur vården

påverkar patientens livskvalitet. Vid mätning av vårdens effektivitet går det således inte att nöja sig bara med ekonomisk-tekniska kalkyler.

Centrala principer med tanke på valen är människovärde, självbestämmanderätt, jämlikhet och rättvisa. Internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna och Finlands grundlag förutsätter i synnerhet att jämlikhet och rättvisa tillgodoses inom hälso- och sjukvårdsservicen. För faktisk jämlikhet förutsätts att ojämlikheten i samhället undanröjs. Principen om likabehandling innebär bl.a. att människorna skall ha likvärdig ställning oavsett boningsort. Tillsammans med 6 § 1 mom. i grundlagen förpliktar den allmänna skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna enligt 22 § i grundlagen det allmänna att genom lagstiftning eller andra åtgärder aktivt främja jämlikhet i samhället.

Enligt internationell jämförelse finns det i Finland rikligt med både läkare och sjukskötare i förhållande till folkmängden och serviceproduktionen har en mycket hög volym. Enligt olika utredningar förekommer det dock stora variationer mellan kommunerna och sjukvårdsdistrikten i fråga om mängden producerad service, kostnaderna och köernas längd. Det förekommer stora regionala skillnader i tillgången på tjänster inom den specialiserade sjukvården. De största skillnaderna mellan olika sjukvårdsdistrikt i fråga om de vanligaste operativa ingreppen är åttafaldiga (Stakes 2003: Regionala variationer i kirurgi). I Finland finns det t.ex. sjukhus där vissa åtgärder, i relation till befolkningen, vidtas fem, rentav tio gånger mer än vid andra sjukhus. Trots det kan köerna till dessa sjukhus vara längre än till sjukhus där färre åtgärder vidtas. Så pass stora variationer i antalet åtgärder kan inte förklaras bara med olika sjukfrekvens bland befolkningen. Skillnaderna uppkommer i själva verket av att på olika platser tas människor in för vård på olika grunder, olika vårdindikationer.

Inom specialiserad sjukvård täcker vård som koncentreras till i förväg planerade åtgärder bara ca 20 procent av verksamheten. Största delen av patienterna inom den specialiserade sjukvården befinner sig således inom den specialiserade sjukvården på grund av en

poliklinisk angelägenhet eller en angelägenhet som annars kräver brådskande vård eller på grund av en långvarig kronisk sjukdom. Patienternas långvariga vårdförhållanden, behandling av kroniska folksjukdomar och förebyggande folkhälsoarbete är viktiga sektorer också inom primärvården. De principer som tryggar patientens möjlighet att få vård bör därför utformas så att de lämpar sig även för medicinskt motiverad uppföljning och vård av långvarigt sjuka patienter samt för vårdförhållanden som säkerställer en kontinuerlig vård.

Det tycks råda en allmän föreställning om att tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster kan förbättras och köerna avvecklas bara med hjälp av mera resurser, pengar och personal. Problemen när det gäller tillgången till vård beror dock inte enbart på otillräckliga resurser. Internationella och nationella undersökningar och praktiska erfarenheter visar att köerna inte kan förkortas bara genom ökade resurser, åtminstone inte på ett bestående sätt. Också inom hälso- och sjukvården gäller regeln att utbudet ökar efterfrågan. I beslut om resurser för hälso- och sjukvården måste hänsyn tas till hur hela systemet fungerar så att också olika patientgrupper är likställda. Vårdmöjligheterna förbättras ständigt, vilket ökar efterfrågan på hälsovårdstjänster snabbare än finansieringen av tjänsterna kan ökas. Den växande obalansen har lett till att grunderna för vården, systemen för bedömning av vårdbehovet, måste preciseras och förtydligas. Lösningar står också att finna genom att vårdprocesserna granskas som helheter. Etiska och ekonomiska aspekter förutsätter att patienterna bara erbjuds effektiv vård med offentliga medel och att verkningslösa behandlingar gallras bort. Rättvis vård förutsätter att de som har samma behov av vård får vård enligt samma principer.

Ökad rättvisa och jämlikhet i fråga om möjligheten att få vård utgör en central värdegrund i statsrådets principbeslut. Det yttersta målet är att patienten skall få vård så snabbt som möjligt och så god vård som möjligt oavsett förmögenhet eller boningsort. Tryggandet av möjligheten att få vård gäller medicinskt eller odontologiskt motiverad vård som bestäms utifrån nationella vårdrekommendationer eller annars vård som byg-

ger på prov. Samhällsansvaret för dem som beslutar om vården omfattar också skyldighet att gallra bort onyttiga behandlingar, eftersom de medför inte bara onödiga kostnader utan också besvikelse och lidande för patienten. Högklassig vård omfattar också bedömning av behandlingarnas effekt, kostnadsnyttan samt fördelarna och nackdelarna, även om också annat än ekonomin bör bedömas i vården av patienten. Det är mycket viktigt att fastställa vårdindikationer inom hälso- och sjukvården och utvärdera nya metoder.

I dagens läge får inte invånarna i olika kommuner alltid jämlik vård i sjukvårdsdistriktet. Beroende på kommunernas finansiering kan det ha bildats kommunvisa patientköer inom sjukvårdsdistriktet, vilket har lett till att invånarna i vissa kommuner har fått vård medan invånarna i andra kommuner har blivit utan vård. Situationen har ofta tillspetsats mot slutet av året när det uppdagas att vissa kommuner har budgeterat för lite pengar för specialiserad sjukvård.

De senaste åren har det rått brist på läkare inom den offentliga sektorn. I synnerhet små hälsovårdsstationer på glesbygden har drabbats. Läkarbristen har berott på bland annat nedskärningar inom läkarutbildningen under åren 1993-1997. Inom läkarutbildningen minskades antalet nybörjarplatser till 360. Efter det har läkarutbildningen successivt utökats från och med 1998, och ifjol inledde 630 nya läkarstuderande sina studier. Den utökade läkarutbildningen har redan börjat ge resultat. Med början år 2004 utexamineras fler läkare än antalet läkare som lämnar arbetslivet.

Enligt en utredning som social- och hälsovårdsministeriet låtit utföra (SHM arbetsgruppspromemorior 2004:1) har ökningen av läkarunderskottet avstannat. Enligt i oktober 2003 var 390 läkartjänster vakanta vid hälsovårdscentralerna och 600 tjänster vid sjukhusen. Antalet obesatta tjänster var detsamma som i oktober 2001. Trots allt arbetade fler läkare än någonsin på hälsovårdscentralerna och sjukhusen. På hälsovårdscentralerna fanns det i oktober 2003 ca 200 fler läkare och på sjukhusen ca 550 fler läkare än två år tidigare.

Av läkartjänsterna vid hälsovårdscentralerna var 11 procent (10 procent år 2001) osköt-

ta och av läkartjänsterna vid sjukhusen 8 procent (9 procent år 2001). Läkarbristen var störst inom specialiteterna psykiatri, anesteologi, intensivvård och radiologi. Det ser trots allt ut som att läkarunderskottet vid hälsovårdscentralerna och sjukhusen har upphört att öka under de två senaste åren.

Åren 2001 - 2003 utökades tandvårdspersonalen vid hälsovårdscentralerna med ca 180 tandläkare, 115 tandhygienister, 152 tandskötare och 29 andra anställda inom tandvården. Å andra sidan fanns det färre tandläkare än tidigare vid vissa hälsovårdscentraler. Enligt beräkningar rörde sig minskningarna kring 50 tandläkare. Minskningarna var betydligt mindre för tandhygienister och tandskötare. Enligt utredningen har hälsovårdscentralernas personalresurser inom mun- och tandvården stigit till samma nivå som före lågkonjunkturen. Personaländringarna hade knappast alls några verkningar för tandvårdspersonalens struktur, bortsett från en lindrig ökning av tandhygienisternas andel i förhållande till antalet tandläkare. Enligt utredningen uppgick underskottet i fråga om tandläkartjänster eller tandläkarbefattningar på hälsovårdscentralerna till 7 procent i oktober 2003; tvåfaldigt jämfört med 2001. Regionalt sett var underskottet störst inom Södra Karelen, Östra Savolax och Kajanalands sjukvårdsdistrikt. Under de följande åren utexamineras ungefär 50 färre tandläkare än det antal tandläkare som lämnar arbetslivet. Tandläkarutbildningen har utökats genom att grundutbildning av tandläkare inleddes på nytt vid Åbo universitet år 2004.

Fram till 2010 utexamineras ungefär 700 fler läkare än antalet läkare som lämnar arbetslivet. Utöver dessa får årligen mer än hundra finländska läkare som studerat utomlands eller utländska läkare rätt att utöva yrket i Finland. För dem som fått läkarutbildning utanför Europeiska ekonomiska samarbetsområdet har möjligheterna att få rätt att utöva yrket i Finland förbättrats betydligt tack vare åtgärder som vidtagits de senaste åren. Förutom att introduktionsutbildningen har ökat får hälsovårdscentralerna och sjukhusen en specialstatsandel (EVO) för läkarnas obligatoriska sex månaders praktikperiod.

Enligt statsrådets principbeslut kommer

man successivt att avstå från systemet med specialavgiftsklass.

Systemet med specialavgiftsklass på sjukhusen har tillämpats i ungefär 40 år. Systemet kan anses ha två centrala syften: att ge patienterna möjlighet att välja behandlande läkare och erbjuda läkarna en ekonomisk drivfjäder. I den offentliga debatten framförs också ganska ofta att specialavgiftsklassen är ett sätt för dem som står i kö att mot en tilläggsavgift gå förbi värdköerna. Vissa utredningar stöder också denna ståndpunkt.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland och även hälso- och sjukvården har förändrats betydligt efter det att systemet med specialavgiftsklass infördes. Om systemet med specialavgiftsklass betraktas ur perspektivet för patientens rätt att välja vårdform har lagen om specialiserad sjukvård och patientlagen, vilka trädde i kraft under första hälften av 1990-talet, förändrat situationen markant jämfört med tidigare. Enligt 33 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård skall en patient 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. På motsvarande sätt sägs i 6 § i patientlagen att vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Enligt dessa bestämmelser skall alla patienter som tas in på sjukhus ha möjlighet att på lika grunder välja behandlande läkare utan att behöva betala särskilt för denna valmöjlighet. Att möjligheten att välja behandlande läkare binds vid att patienten blir patient som vårdas i specialavgiftsklass bidrar till att försäkra patienternas jämlikhet och leder till att de som anlitar den kommunala hälso- och sjukvården särbehandlas på grundval av om de har möjlighet att betala tilläggsavgifter som är rätt höga jämfört med den normala vårddagsavgiften.

För de läkare som har rätt att ta emot patienter i specialavgiftsklass har systemet möjliggjort extra inkomster. Ungefär en femtedel av sjukhusläkarna har använt sig av möjligheten. I synnerhet i sådana situationer då det har rätt brist på läkare inom vissa specialiteter har systemet med specialavgiftsklass och de extra inkomster det möjliggör inneburit att

tjänsterna på kommunala sjukhus lönemässigt har varit rätt konkurrenskraftiga med den privata sektorn. Systemet har därmed för sin del bidragit till att sjukhusen fått yrkeskunniga specialister och kunnat behålla dem i sin tjänst. Omfattande användning av systemet med specialavgiftsklass har trots allt begränsats bara till vissa specialiteter; mer än hälften av specialisterna inom anesthesiologi, kirurgi, öron-, näs- och halssjukdomar, patologi och ögonsjukdomar har använt systemet med specialavgiftsklass. Inom betydligt fler specialiteter vårdar mindre än 10 procent av sjukhusläkarna patienter i specialavgiftsklass. Inom vissa specialiteter, exempelvis psykiatrin, är det över huvud taget inte möjligt att använda systemet med specialavgiftsklass.

Det kan dessutom konstateras att endast läkare har möjlighet att skaffa extra inkomster genom att vårda patienter i specialavgiftsklass. Den övriga sjukhuspersonalen har inte möjlighet att få motsvarande extra inkomster även om de anställda skulle delta i vården av patienter som behandlas i specialavgiftsklass.

På det hela taget kan det bedömas att det nuvarande systemet med specialavgiftsklass inte längre är motiverat med tanke på patienternas lika möjlighet att välja vårdform.

### **3. Propositionens mål och de viktigaste förslagen**

#### **3.1. Mål**

Målet för hälso- och sjukvården är att främja hälsa, förebygga och behandla sjukdomar samt lindra lidande. Syftet med denna proposition är att precisera kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvård så att de patienter som enligt medicinsk eller odontologisk bedömning är i behov av vård också skall få vård inom de längsta väntetider som föreslås i lagstiftningen. Utöver de föreskrivna längsta väntetiderna skall sjukvårdsdistriktens chefläkare under samordning av social- och hälsovårdsministeriet svara för arbetet med att definiera rikstäckande vårdindikationer.

I Finland hör minskning av hälsoskillnaderna till de viktigaste hälsopolitiska målen, i synnerhet tryggande av hälsovårdstjänster för alla befolkningsgrupper på lika grunder. Må-

let kan också främjas genom effektivisering av servicesystemet. Ett centralt mål för det nationella hälsovårdsprojektet var att trygga och förbättra tillgången till vård. Beslut som gäller undersökning och vård av patienterna ingår fortfarande i den yrkesmässiga verksamheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Med hjälp av vårdindikationer på riksnivå kan vårdbehovet bedömas allt mera likvärdigt i olika delar av landet. Enhetliga kriterier gör det också möjligt att minska sådana stora regionala skillnader i vårdverksamheten som den nuvarande verksamheten ser ut att medföra.

För tillgången till vård inom skäligen tid skall kunna tryggas är det nödvändigt att föreskriva längsta väntetider innan patienten får vård. Tidsgränserna för vård förutsätter att ordnandet av tillräckliga tjänster förutses och att väntetiderna kontrolleras. Längsta väntetider förbättrar patientens ställning. För att de skall kunna hållas förutsätts allt aktivare köhantering, mera djupgående uppställande av vårdindikationer samt prövning av vilka behandlingar som kan skötas inom de längsta väntetiderna.

Tryggande av möjligheterna att genast få kontakt och av bedömningarna av vårdbehovet samt ordnande av vård inom de längsta väntetiderna stöder en ändamålsenlig användning av hälso- och sjukvårdsresurserna. För att hälso- och sjukvårdsresurserna skall användas ändamålsenligt förutsätts att arbetsfördelningen mellan de yrkesutbildade personerna omprövas och utvecklas. Arbetsfördelningen kan utvecklas och genomföras som arbetsfördelning mellan de yrkesutbildade personerna, som arbetsfördelning mellan primärvården och den specialiserade sjukvården, som regional arbetsfördelning samt som arbetsfördelning mellan den offentliga och den privata sektorn. Även människornas främjande av hälsa på eget initiativ kan utvecklas genom bättre rådgivning och styrning. Utveckling av kundbetjäningen som ett led i utvecklingen av vårdtjänsterna omfattar arbetssätt som kan främja ett bättre utnyttjande av kapaciteten i fråga om tjänsterna, smidig vård och köhantering.

Propositionen syftar också till att precisera ansvaret för vården av patienten så att när en patient har sänts till ett sjukhus i sjukvårdsdi-

striktet för att få specialiserad sjukvård överförs ansvaret för ordnandet av vården till samkommunen för sjukvårdsdistriktet. Detta betyder samtidigt att tjänsterna skall ordnas enligt samma principer för alla invånare i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner. Likhetsprincipen innebär också att vård mot slutet av året skall ordnas enligt samma principer som i början av året. Syftet med propositionen är att precisera och förtydliga lagstiftningen, vilket innebär att den skyldighet att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna som föreskrivs för det allmänna i 22 § i grundlagen fullgörs.

Målet är kontinuerlig regional utveckling av verksamhetsprocesserna. Här avses alla funktioner inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelserna om klientavgifter bör revideras så att alla patienter, oavsett förmögenhet, har lika möjligheter att välja behandlande läkare. Dessutom bör möjligheterna att skaffa extra inkomster vara så enhetliga som möjligt för hela sjukhuspersonalen. Avsikten är därför att avskaffa den nuvarande specialavgiftsklassen, som upprätthåller ojämlikhet. När specialavgiftsklassen avskaffas får sjukhuspersonalen nya möjligheter att skaffa extra inkomster samtidigt som strävan är att öka den effektiva användningstiden för sjukhusens lokaler och anordningar. Samtidigt är syftet att ge både sjukvårdsdistriktet och de som är i behov av sjukvårdstjänster en ny möjlighet att utnyttja den vårdkapacitet som sjukhuspersonalen, lokaliteterna och anordningarna möjliggör.

### 3.2. Alternativa realiseringsätt

Förutom att lagstiftningen preciseras bör handlingssätten inom hälso- och sjukvården utvecklas. I februari 2004 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en ledningsgrupp för att styra utarbetandet av grunderna för vård inom hälso- och sjukvården. Ledningsgruppen skall stöda och samordna det arbete som utförs i sjukvårdsdistriktet och vid hälsovårdscentralerna i syfte att åstadkomma enhetliga grunder för vård. Ledningsgruppen skall också bedöma vilken täckning arbetet kring grunderna för vården har inom olika specialiteter och vid behov, före ingången av 2005, bereda ett förslag till utvidning eller in-

riktning av arbetet så att de enhetliga grunderna för vård i tillräcklig utsträckning täcker sjukvård som inte är brådskande. Ledningsgruppen skall följa hur de enhetliga grunderna för vård införs på riksnivå, följa och bedöma kostnadsverkningarna av övergången till enhetliga grunder för vård samt ordna konsensusmöten för diskussion och information om grunderna för intagning för vård och för att engagera den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården i de nya handlingssätten. Målet är att utarbeta rekommendationer gällande grunderna för intagning för vård i fråga om de viktigaste kategorierna av sjukdomar och åtgärder och att rekommendationerna gällande vård som inte är brådskande skall täcka en betydande del av den vård som planerats på förhand inom olika specialiteter.

### 3.3. De viktigaste förslagen

I denna proposition föreslås att kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna hälso- och sjukvårdstjänster skall preciseras. I lagstiftningen föreslås bestämmelser om längsta väntetider för bedömning av vårdbehovet och ordnande av vård (tre dagar - tre veckor - tre/sex månader). Det skall också tryggas att patienten omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen vardagar under tjänstetid, likaså att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer behovet av vård senast den tredje vardagen efter det att patienten tagit kontakt. Inom den specialiserade sjukvården skall samkommunen för sjukvårdsdistriktet bedöma behovet av vård senast inom tre veckor efter det att remissen anlänt och vård som konstaterats vara nödvändig skall ordnas senast inom sex månader efter det att vårdbehovet har bedömts. När vårdbehovet bedöms skall enhetliga vårdindikationer användas. Bedömningen skall basera sig på medicinskt eller odontologiskt godtagbara kriterier, på kunskap, på erfarenhet och konstaterade prov. Vid bedömning av vårdbehovet klarläggs personens hälsotillstånd och funktionsförmåga och dess utveckling med hjälp av hälsokontroll, olika utfrågningar, test och undersökningar.

Det föreslås att sjukvårdsdistriktens ansvar förtydligas när det gäller bedömningar av be-

hovet av vård för de patienter som sänts för vård och ordnande av vård. Sjukvårdsdistriktet skall ansvara för bedömningen av behovet av vård för de patienter som sänts till specialiserad sjukvård inom distriktet och för ordnandet av vård. Även möjligheterna att få upplysningar om vårdens tillgänglighet stärks genom att uppgifterna om väntetider vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården blir offentliga.

Om vård inte kan ges inom den föreskrivna längsta väntetiden, skall samkommunen för sjukvårdsdistriktet ordna vården genom att anskaffa den från andra serviceproducenter utan att klientavgiften påverkas. Om sjukvårdsdistriktet inte kan ordna vård i Finland, skall det på patientens begäran ge patienten tillstånd att söka vård i EU/EES-medlemsländerna eller i Schweiz utan att klientavgiften påverkas. Tillstånd skall beviljas om det är fråga om en vårdform som godkänts i Finland, dvs. medicinskt eller odontologiskt motiverad vård. När tillstånd beviljas skall hänsyn tas till sökandens hälsotillstånd och det sannolika sjukdomsförloppet.

Det föreslås att lagen om patientens ställning och rättigheter ändras så att patienten skall underrättas om tidpunkten för när han eller hon kan få vård. Om tidpunkten ändras skall patienten informeras om orsaken. I lagen föreslås dessutom en bestämmelse om en plan för undersökning eller vård, vilken stärker ställningen för i synnerhet långvårdspatienter för i synnerhet patienter med kroniska sjukdomar och patienter inom medicinsk rehabilitering.

Det föreslås att bestämmelserna om klientavgifter ändras så att det nuvarande systemet med specialavgiftsklass avskaffas vid ingången av 2005. De läkare som har rätt att ta emot patienter i specialavgiftsklass när lagen träder i kraft skall dock få behålla sin rätt enligt länsstyrelsens beslut i tre års tid. Samtidigt som systemet med specialavgiftsklass avskaffas blir det möjligt att bedriva specialpoliklinikverksamhet. Här avses att sjukhuspersonalen på kvällar och veckoslut efter tjänstetid vårdar patienter hos vilka kan tas ut en avgift som sjukhuset bestämmer och som är högre än den normala patientavgiften. Avgiften för vården tillfaller sjukhuset till fullt belopp.

## 4. Propositionens verkningar

### 4.1. Verkningar som eftersträvas

Hälso- och sjukvårdsbeslut fattas på alla nivåer, på allmänpolitisk nivå, på hälsovårdspolitisk nivå, på nivån för regional- och lokalpolitiken och även på patient-läkarnivå. Den ekonomiska utvecklingen de senaste åren har lett till att kommunerna har träffat olika val. Inget hälso- och sjukvårdssystem har kunnat tillhandahålla alla de hälsovårdstjänster som läkarvetenskapen möjliggör. I samband med hälso- och sjukvårdsbeslut har man i alla länder tvingats göra val i fråga om hälsovårdstjänsterna på ett eller annat sätt. Valen inom hälso- och sjukvården kan granskas i prioriterings- eller angelägenhetsordning. Centrala valprinciper är människovärde, självbestämmanderätt, jämlikhet och rättvisa.

Syftet med denna proposition är att trygga tillgången till vård och patientens möjlighet att få vård och att göra valen inom hälso- och sjukvården synligare. Det är viktigt att människorna får veta hur valen görs och vem som är berättigad att välja. Hälso- och sjukvårdssystemet kan dock inte utvecklas så att följden blir att basservicen för vissa klientgrupper inom hälso- och sjukvården eller socialväsendet försämras. När det gäller att utveckla arbetsfördelningen kan de ansvariga inom hälso- och sjukvården stå i allt närmare växelverkan med varandra. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården kan vid enskilda bedömningar av vårdbehovet träffa val med hjälp av de vårdindikationer som enligt förslaget skall utvecklas. Via dessa olika nivåer kan hälso- och sjukvårdssystemet genom utveckling av samarbetet och arbetsfördelningen bli öppnare och rättvisare än för närvarande.

De tidsgränser som uppställs för vården förutsätter prognostisering av behovet av tjänster och regionalt samarbete inom servicesystemet. De längsta väntetiderna förbättrar patientens ställning. För att de skall kunna hållas förutsätts aktivare köhantering och uppföljning av de faktiska väntetiderna, mera djupgående uppställande av vårdindikationer samt prövning av vilka behandlingar som kan skötas inom de längsta väntetiderna.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen skall det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Målet är att förebygga sjukdomar, konstatera sjukdomar i ett tidigt skede och behandla sjukdomar. Enligt regeringens proposition gällande reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993 rd) skall det allmänna trygga tillgången till hälsovårdstjänster. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga kan som utgångspunkt betraktas en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Bestämmelsen i 22 § i grundlagen förpliktar det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Staten och kommunerna skall genom lagstiftningsåtgärder, beviljande av resurser och tillbörligt ordnad verksamhet se till att var och en tillförsäkras tillräckliga hälsovårdstjänster. De ändrade bestämmelserna främjar tillgången till hälsovårdstjänster och säkerställer för sin del tillräckliga tjänster. Förslagen fullgör därmed för sin del den skyldighet som det allmänna har enligt 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen.

### 4.2. Ekonomiska verkningar

Lagändringarna genomförs, tjänsterna utvecklas, tillgången till vård tryggas och patientens ställning och rättigheter förbättras inom ramen för de resurser som anvisats för det nationella hälsovårdsprojektet åren 2003 - 2004 och de resurser som ingår i statens anslagsramar för 2004 - 2007. År 2005 ökar kostnaderna något, men merkostnaderna för möjligheten att få vård har tagits in i 2005 års ökning av statsandelen enligt ramarna.

Ledningsgruppen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet gjorde i april 2002 en bedömning av behovet av direkt tilläggsfinansiering för hälso- och sjukvårdens servicesystem och hur finansieringsbehovet kan antas förändrats fram till år 2010. I bedömningen har beaktats även de inbesparingar som kan uppnås genom att utveckla och rationalisera servicesystemet på det sätt som planerats inom ramen för det nationella pro-

jektet. I ledningsgruppen ingick representanter för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och Finlands Kommunförbund.

I statsrådets principbeslut om tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden beaktades de resurser som det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet förutsätter genom att statsandelen för hälso- och sjukvårdens driftskostnader utökades.

Statsandelarna för kommunernas social- och hälsovård har ökat och ökar enligt statsrådets rambeslut för åren 2004 - 2007 med ca 400 miljoner euro, varav andelen för hälso- och sjukvård är 288 miljoner euro. I enlighet med anslagsramarna ökas statsandelen för driftskostnaderna inom social- och hälsovården med 75 miljoner euro år 2005.

Statsandelen för social- och hälsovårdskostnaderna uppgick till 25,36 procent år 2002 och år 2004 uppgår den till 31,92 procent. Den höjda statsandelsprocenten baserar sig delvis på tilläggen till kommunerna åren 2003 och 2004 med anledning av skatteinkomstbortfallet på grund av skattelättnaderna. Utan dessa tillägg skulle statsandelsprocenten vara 27,52. I statsandelen för social- och hälsovården 2003 ingick som kompensation för verkningarna av skattelättnaderna ett tillägg på 113 miljoner euro som godkändes i samband med en tilläggsbudgetproposition. I statsandelen inräknas från 2004 ett tillägg för kompensation för skattelättnaderna på 359 miljoner euro jämfört med 2003 (av beloppet ingår 2 miljoner euro i justeringen av kostnadsnivån), varvid kompensationen är 472 miljoner euro på årsnivå.

De kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvård bestäms enligt kommunens invånarantal, åldersstrukturen och invånarnas sjukfrekvens. För vissa kommuner påverkas de kalkylerade kostnaderna dessutom av en fjärrortskoefficient. Årligen, i samband med godkännandet av de kostnader som ligger till grund för statsandelen beaktas statsandelsåliggandenas art och omfattning samt den årliga förändringen i kostnadsnivå så som föreskrivs i lagen om statsandelar till kommunerna (av förändringen anses 2/3 bero på förändringen i förtjänstnivån och i de lönebundna avgifterna och 1/3 på förändringen i den allmänna prisnivån). Förändringarna i kost-

nadsnivån beaktas högst till fullt belopp eller åtminstone till hälften av beloppet av den beräknade förändringen i kostnadsnivån. Åren 2001 - 2003 justerades kostnadsnivån med 50 procent och i år 75 procent av justeringen till fullt belopp.

Enligt 18 § 3 mom. i planerings- och statsandelslagen utreds kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna vart fjärde år (justeringsår). Om kostnadsfördelningen beräknad på riksplanet under året före justeringsåret avviker från situationen enligt 1 mom., skall statsandelsbeloppen justeras så att kostnadsfördelningen återställs till nivån enligt 1 mom. vid ingången av året efter justeringsåret. Kalkylerna för nästa justering av kostnadsfördelningen blev klara i slutet av 2003. Enligt beräkningarna bör statsandelen för driftskostnaderna inom social- och hälsovården höjas med ca 290 miljoner euro år 2005. Statsrådet godkände den 11 mars att 2004 den aktuella posten tas in i ramarna för åren 2005 - 2008.

Också när det gäller de statsunderstöd som beviljats under tidigare år har syftet varit att få de långa väntetiderna till vård i kommunerna och samkommunerna avklarade fram till 2005, då de längsta väntetiderna för vård skall träda i kraft i enlighet med statsrådets principbeslut. År 2002 beviljade statsrådet statsunderstöd för avveckling av undersöknings- och vårdköerna. Statunderstödet var 25 miljoner euro. Understödet skulle användas före utgången av 2003. Som en bedömning av det separata statsunderstödet kan konstateras att projektliknande avveckling av köerna inte är någon lösning när det gäller möjligheten att få vård. Den främjar inte heller tillgången till vård på lång sikt.

Utöver detta har ett flertal anslag beviljats för att tygga den framtida hälso- och sjukvården. Servicesystemet utvecklas som ett programarbete som framskrider steg för steg och som åren 2004 - 2007 beviljas årlig projektfinansiering till ett belopp av 30 miljoner euro, sammanlagt 120 miljoner euro. De funktionella och strukturella reformer som presenterats inom projekten bör ha genomförts före utgången av 2007. Projektfinansiering anvisas för ordnande av närservice i regionen, utveckling av arbetsfördelningen mellan sjukvårdsdistrikten och för stödjande



av lösningar efter en operativ och administrativ sammanslagning av sjukvårdsdistrikten. Förutom genom projektfinsiering stöder staten årligen genom separat finansiering utvecklingen och införandet av en nationell elektronisk journal med 0,8 miljoner euro, projektet Gångbar vård med 1,4 miljoner euro, projektet Rohto med 1,3 miljoner euro samt personalresurser i anslutning till genomförandet av projektet med 0,8 miljoner euro. Alla dessa finansieringsformer stöder också tryggandet av tillgången till vård, effektiveringen av tjänsterna och vårdprocesserna samt preciseringen av kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna service. Genom projektfinsieringen stöds också ändringar i verksamhetsformerna.

Propositionen har inte några andra verkningar för statsfinanserna eller den kommunala ekonomin och inte heller några andra betydande ekonomiska verkningar. Starkare regionalt samarbete möjliggör allt mera kontrollerad och långsiktig planering och bättre utnyttjande av personal, lokaler och andra resurser och möjliggör därmed också större ekonomisk nytta än vid slitsamma övertidsarbeten och konkurrensutsättningar.

Tryggande av tillgången till vård och ordnande av vård inom de längsta väntetiderna siktar till en ändamålsenlig användning av hälso- och sjukvårdsresurserna. Enligt utredningar i Finland kostar den egentliga vården en fjärdedel av hela processen. Största delen av kostnaderna orsakas av väntan på vård, bl.a. i form av utgifter för sjukledighet, anlåtande av hemservice, läkemedelskostnader och extra besök till hälsovårdscentralen. Möjlighet att omedelbart få kontakt med hälsovårdscentralen och bedömning av vårdbehovet av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt vård inom en skäligen tid i enlighet med förslaget minskar totalkostnaderna. Patienterna själva, arbetsgivarna, kommunerna och folkpensionsanstalten vinner på reformen. När vårdindikationer tas i bruk blir det möjligt att bedöma och kontrollera FPA-ersättningarna enligt samma vårdindikationer. De kan användas som grund för behovsprövning vid beslut om ersättning för läkaråtgärder enligt sjukförsäkringslagen.

Patienter som vårdas i specialavgiftsklass på sjukhusen betalar årligen tilläggsavgifter

för vården till ett sammanlagt belopp av ca 5 miljoner euro. Enligt avgifterna har patienter som vårdats i specialavgiftsklass fått sjukförsäkringsersättning till ett belopp av ca 2,5 miljoner euro. Nettokostnaderna för patienter som vårdats i specialavgiftsklass rör sig således kring 2,5 miljoner euro. I motsvarighet till de tilläggsavgifter som patienterna betalat har läkarna fått 5 miljoner euro per år i arvoden. Årligen har ca 900 - 1 000 läkare fått tilläggsarvoden. De kommuner och samkommuner som är huvudmän för sjukhusen har betalat socialskyddsavgifterna för läkarnas tilläggsarvoden.

När bestämmelserna om specialavgiftsklass upphävs, slopas de tilläggsavgifter för patienterna som ingått i systemet, ersättningarna enligt sjukförsäkringen och de socialskyddsavgifter som sjukhusen betalat. Inkomsterna för de läkare som vårdat patienter i specialavgiftsklass minskar på motsvarande sätt. Avsikten är dock att specialavgiftsklassen skall avskaffas stegvis så att de läkare som har rätt att ta emot patienter i specialavgiftsklass när de nya bestämmelserna träder i kraft skall få behålla sin rätt i enlighet med länsstyrelsens tillstånd. Reformen försämrar därmed inte läkarnas möjligheter att behålla sina nuvarande inkomster de följande tre åren.

#### **4.3. Verkningar i fråga om myndigheternas uppgifter och förfaringsätt**

*Definition av grunderna för vård, dvs. vård, dvs. vårdindikationer*

Både internationella och nationella erfarenheter bekräftar att tillgången till vård förbättras obetydligt om inte vårdindikationerna förenhetligas och om inga andra ändringar i förfaringsätten genomförs. I 33 § i lagen om specialiserad sjukvård sägs att om inledande och avslutande av en patients sjukvård beslutar överläkaren enligt allmänna anvisningar av chefläkaren, eller någon annan läkare vid samkommunen enligt överläkarens anvisningar. Det hör redan nu till tjänsteuppgifterna för chefläkarna och överläkarna att fastställa indikationerna för behandlingarna och åtgärderna inom vård som planerats på förhand. Vårdindikationerna bör uttrycka all-

mänt godtagen vårdpraxis och vara enhetliga i hela landet.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i mars 2004 en ledningsgrupp på riksnivå för att styra utarbetandet av grunderna för vård. Samkommunerna för sjukvårdsdistriktet fastställer vårdindikationerna tillsammans med hälsovårdscentralernas chefläkare och chefläkarna inom olika specialiteter. Ledningsgruppen skall också följa och bedöma kostnadsverkningarna av övergången till enhetliga grunder för vård. Följande principer bör tillämpas när grunderna för vård, vårdindikationerna, för en sjukdoms- eller behandlingskategori fastställs på riksnivå: uppfyllandet av diagnostiska kriterier, de symptom och olägenheter som sjukdomen medför för patienten, sjukdomsprognosen och vårdens effekt samt riskerna med vården och utebliven vård.

*Verkningar i fråga om sjukvårdsdistriktets och medlemskommunernas ömsesidiga ansvar och ekonomiska ansvar*

Enligt propositionen skall sjukvårdsdistriktet ansvara för ordnandet av specialiserad sjukvård inom sitt område. Regional utveckling av hälso- och sjukvården, långsiktig planering i fråga om personal, lokaler och även anskaffning av tjänster och regionalt utnyttjande av resurser möjliggör större ekonomisk nytta än det nuvarande verksamhets sättet. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och kommunerna inom området bör samarbeta regionalt. Inom samarbetet kan den regionala utvecklingen av servicesystemet, den regionala arbetsfördelningen och genomförandet av den diskuteras. Samarbetet främjar uppkomsten av obrutna servicekedjor och sammanföringen av tjänster till en smidig helhet som utgår från klienterna.

På så sätt kan även sambandet mellan hälso- och sjukvårdsverksamheten och den ekonomiska planeringen enligt kommunallagen (365/1995) förtydligas. Enligt 65 § i kommunallagen skall fullmäktige före utgången av året godkänna en budget för kommunen för följande kalenderår. Utöver budgeten skall fullmäktige också godkänna en ekonomiplan för tre eller flera år. Budgeten och ekonomiplanen skall göras upp så att förut-

sättningarna för skötseln av kommunens uppgifter tryggas. I 86 § föreskrivs om tillämpning av bestämmelserna om kommuner i en samkommun. Regionalt samarbete och arbetsfördelning mellan sjukvårdsdistriktet och kommunerna förbättrar gällande praxis och främjar kommunernas ekonomiska stabilitet. Hälso- och sjukvårdsfunktionerna kan inordnas inom samma tidsgränser som planeringen av kommunens ekonomi. Den nya 43 a § i lagen om specialiserad sjukvård gör det möjligt för kommunerna att betala sjukvårdsdistriktet i enlighet med fastställd debiteringstaxa, oavsett varifrån sjukvårdsdistriktet anskaffar tjänsterna.

*Verkningar på tillsynen över hälso- och sjukvården*

För tillsyn och styrning av reformer som gäller tillgången till vård svarar social- och hälsovårdsministeriet, rättsskyddscentralen för hälsovården och länsstyrelse enligt samma principer som gäller för tillsynen och styrningen av hälso- och sjukvården i övrigt. Reformerna kan förväntas innebära att länsstyrelserna och rättsskyddscentralen för hälsovården får allt fler styrnings- och tillsynsuppgifter gällande tillgången till vård.

## 5. Beredningen av propositionen

### 5.1. Beredningskedan och beredningsmaterial

I oktober 1999 godkände statsrådet mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården (TÄTO, SHM: Publikationer 1999:16). Mål- och verksamhetsprogrammet är ett lagstadgat planeringsdokument i anslutning till systemet med statsandelar för social- och hälsovården. I det första mål- och verksamhetsprogrammet fastställde statsrådet utvecklingsmål, behövliga åtgärdsrekommendationer och aktörerna för genomförande av social- och hälsovården åren 2000 - 2003. Syftet med mål- och verksamhetsprogrammet var att på ett allmänt plan styra genomförandet av en ändamålsenlig kommunal social- och hälsovård. Innehållet tog särskilt fasta på utveckling av social- och hälsovårdssystemet.

Enligt rekommendationsåtgärden 31 skulle kommunerna fördela resurserna och ordna verksamheten så att kommuninvånarna i icke brådskande fall får tid för vård inom tre dygn. Inom den specialiserade sjukvården gällde det att se till att behovet av icke brådskande vård bedöms inom två veckor efter det att remissen anlänt. Målet uppnåddes inte under programperioden. I flera kommuner har tillgången till hälsovårdstjänster rentav försämrats. Som orsak har framförts bl.a. att det inte finns tillräckligt många läkare och inte heller tillräckligt många andra yrkesutbildade personer inom primärvården.

Statsrådet tillsatte i september 2001 ett nationellt projekt för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Syftet med projektet vara att bedöma servicesystemets nuvarande problem och de framtida problem som hotar det och göra upp en plan och ett verkställighetsprogram för undanröjande av problemen. Som mål för projektet uppställdes att trygga en från befolkningens behov utgående tillgång till vård samt dess kvalitet och kvantitet i olika delar av landet oberoende av invånarens betalningsförmåga.

Ett centralt mål i det principbeslut om tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden som statsrådet godkände i april 2002 är att säkerställa att alla får medicinskt sett ändamålsenlig vård inom skälig tid, oavsett hur förmögna de är eller var de är bosatta. I enlighet med principbeslutet skall en första konsultation hos en yrkesutbildad person inom primärvården, vanligen läkare, garanteras inom tre dagar efter den första kontakten, poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade sjukvården skall garanteras inom tre veckor från remiss och medicinskt motiverad vård skall garanteras inom den tid som fastställs i nationella vårdrekommendationer eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom högst tre och senast inom sex månader. Om boningskommunen eller samkommunen inte kan ordna vård inom utsatt tid, skall de köpa vården av andra serviceproducenter utan att klientavgiften påverkas. Statsrådets principbeslut förutsatte att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Finlands Kommunförbund före utgången av 2003 skall utarbeta anvisningar om hur den icke brådskande vården och köhanteringen

skall ordnas.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i juli 2002 en arbetsgrupp för att bereda anvisningar om rätten att få vård och köhanteringen. Arbetsgruppen överlämnade sin promemoria till social- och hälsovårdsministeriet i januari 2004 (SHM arbetsgruppspromemorior 2003:33). Arbetsgruppen föreslog att det i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård tas in bestämmelser om tidsgränserna för vård samt den skyldighet att köpa vården av andra utan att klientavgifterna påverkas som följer av att tidsgränserna överskrids. Patienten bör få en bedömning av icke brådskande vård på hälsovårdscentralen inom tre dagar, polikliniska undersökningar inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus och medicinskt nödvändig vård senast inom sex månader. Gränsen för längsta väntetid, tre månader, innan barn och unga får psykiatrisk vård skulle kvarstå oförändrad. Arbetsgruppen föreslog vidare att det i patientlagen tas in en bestämmelse om en plan för vården, vilken stärker vårdtjänsterna och ställningen för långvårdspatienter på sjukhus och patienter som deltar i medicinsk rehabilitering.

Arbetsgruppen föreslog dessutom att grunderna för patientens möjlighet att få vård bör överenskommas på riksnivå. Sjukvårdsdistriktens chefläkare kommer överens om rekommendationer på riksnivå och ansvarar för att de uppdateras. De regionala och lokala vårdkedjorna bör ses över enligt rekommendationerna. Vårdens tillgänglighet granskas som helhet och enskilda patientgrupper eller åtgärder behandlas inte. Rekommendationerna och föreskrifterna om möjligheten att få vård bör utformas så att de lämpar sig även för medicinskt motiverad uppföljning och vård av långvarigt sjuka patienter. Arbetsgruppen föreslog också att det utvecklas ett nationellt system för uppföljning av när vård fås. Officiellt finansierade verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården förpliktas att till systemet lämna bestämda uppgifter om möjligheten att få vård, vårdköerna och kötiderna samt den vård som getts. Uppgifterna bör vara offentliga.

I början av 2004 genomförde social- och hälsovårdsministeriet en rikstäckande genomgång av hälsovårdscentralerna. I bak-

grunden fanns de längsta väntetider som enligt denna proposition skall anges i folkhälso- lagen och lagen om specialiserad sjukvård. Till de diskussionsdagar som ordnades under genomgången kallades hälsovårdscentralernas ledning, företrädare för sjukvårdsdistriktet, förtroendemannaledningen i kommunerna, social- och hälsovårdsdirektörerna samt sakkunniga vid länsstyrelserna. Målet var att få en allmän översikt över hälsovårdscentralernas styrkor och svagheter samt att tillsammans med hälsovårdscentralerna finna lösningar på eventuella problem och därmed främja hälsovårdscentralernas beredskap att verkställa den nya lagstiftningen.

Ändringen i lagen om klientavgifter gällande avskaffande av systemet med specialavgiftsklass och förslaget om en avgiftsbestämmelse om specialklinikavgifter har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet.

Propositionen har behandlats genom samsrådsförfarande enligt 8 § i kommunallagen.

## **5.2. Utlåtanden och beaktande av utlåtandena**

Social- och hälsovårdsministeriet begärde utlåtande om promemorian av arbetsgruppen för rätten att få vård och köhantering av 171 instanser, och 120 utlåtanden gavs. Begäran om utlåtande sändes till bl.a. olika ministerier, länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten, kommunernas centralorganisationer, olika kommuner och hälsovårdscentraler, universitet, arbetsmarknadsorganisationer, specialistföreningar och patientföreningar.

I utlåtandena godtogs allmänt att det är nödvändigt att föreskriva längsta väntetider.

Tidtabellen för reformens ikraftträdande fick mest kritik. Överlag ansågs förberedelse- tiden vara alltför kort i förhållande till de åtgärder som reformen förutsätter. Det konstaterades att det är nödvändigt att gemensamma grunder för vård fastställs och att kostnadsansvaret klarläggs innan reformen genomförs. I utlåtandena fästes avseende även vid personalutbildningen, den tekniska beredskapen och andra tidskrävande förberedande åtgärder. I många utlåtanden framfördes önskemålet att 2005 bara skulle vara ett övergångs- och försöksår och att reformen skulle träda i kraft först 2006.

Remissinstanserna fäste särskilt avseende vid de ekonomiska verkningarna av genomförandet. Enligt remissinstanserna bör de ekonomiska verkningarna av reformen klarläggas och när finansieringen dryftas bör finansieringen av hälso- och sjukvården granskas som helhet. Många remissinstanser föreslog tilläggsfinansiering för genomförandet av reformen. Remissinstanserna hade delade åsikter om förtydligandet av ansvaret mellan samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och kommunen. Vissa kommuner befarar särskilt att den kommunala självstyrelsen vittras sönder, om sjukvårdsdistriktens ansvar för anordnandet av tjänsterna stärks.

Utlåtandena har beaktats vid beredningen av propositionen. Regeringen konstaterar också att kostnaderna för reformen av möjligheten att få vård och tidtabellen har beaktats i de finansiella ramarna för det nationella hälsovårdsprojektet.

## DETALJMOTIVERING

### 1. Lagförslag

#### 1.1. Folkhälsolagen

15 b §. Genom den nya 15 b § i folkhälsolagen preciseras kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna vård och tryggas patientens möjlighet att få vård. Genom bestämmelsen skapas ingen subjektiv rätt för patienten att få vård. Patienten kommer inte att ha obegränsad rätt att få vilken vård som helst utan behovet av vård beroende på patientens hälsotillstånd skall bedömas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Bedömningen skall alltid bygga på medicinskt och odontologiskt godtagna kriterier. Vid tryggandet av möjligheten att få vård är det fråga om medicinskt eller odontologiskt motiverad vård, som bestäms utifrån nationella vårdrekommendationer eller på basis av vedertagen vårdpraxis.

Kommuner och samkommuner bär ansvaret för att anordna och verkställa lagstadgad hälso- och sjukvård. Lagförslaget främjar tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster och mun- och tandvårdstjänster samt tryggar och påskyndar på så vis patientens möjlighet att få vård.

Enligt *1 mom.* bör hälsovårdscentralen ordna sin verksamhet så att patienter vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. Omedelbar kontakt är förutsättningen för att patientens möjlighet att få vård skall kunna tryggas. Hälsovårdscentralen kan dock ordna tjänsterna också på något annat sätt än att patienten fysiskt besöker hälsovårdscentralen. Kommunen och hälsovårdscentralen kan ordna kontakten bl.a. genom att utveckla telefonjour- och rådgivningstjänster som en del av det offentliga systemet för hälsovårdstjänster. Nya metoder kan tas i bruk om erfarenheterna av dem varit goda. Det är väsentligt att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har goda kunskaper så att de kan hänvisa patienter

till vård på rätt plats och vid rätt tidpunkt. Som bäst kan verksamheten vara en tjänst där man under en och samma kontakt kan ge rådgivning, servicestyrning samt sköta tidsbeställningar. Kontakt per telefon möjliggör en omedelbar bedömning av vårdbehovet. Om den yrkesutbildade personen vid behov har tillgång till patientjournaler, förstärker detta bedömningen av vårdbehovet. Oberoende av på vilket sätt vården ordnas bör patientens datasekretess beaktas.

Syftet är att bekräfta patienternas möjlighet att få kontakt med hälsovårdssystemet och på så vis främja deras möjlighet att få vård. För närvarande kan möjligheten att få kontakt variera ganska mycket mellan olika kommuner och hälsovårdscentraler, likaså finns det skillnader i förfarandena mellan olika hälsovårdscentraler och sjukhus. För att möjligheten att få vård skall kunna tryggas krävs utöver preciserade bestämmelser ett långsiktigt och systematiskt utvecklingsarbete av organisationer som producerar hälsovårdstjänster samt förändringar i förfarandena.

När en patient tar kontakt bör han informeras om vilka åtgärder som anses vara nödvändiga på basis av en bedömning av vårdbehovet. Patienten kan också ta kontakt per telefon eller genom användning av certifierad elektronisk kommunikation. Hälsovårdscentralen bör se till att patientens identitet kontrolleras och bestyrks. Vid certifierad elektronisk kommunikation inom hälso- och sjukvården kan patienten certifieras med ett identitetskort enligt lagen om identitetskort (829/1999) eller genom motsvarande certifikat. Avsikten är dock inte att genom bestämmelsen förhindra patienter att besöka läkarmottagningen. Patienten kan få en läkares bedömning av sitt vårdbehov redan med stöd av gällande lagstiftning. I 6 § i patientlagen ingår en bestämmelse om att vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Detta innebär att patienten även kan få en läkares bedömning av sitt vårdbehov.

Hälsovårdscentralen bör se till att vårdbehovet bedöms av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om bedömningen inte kunde göras första gången patienten tog kontakt. Vårdbehovet kan också bedömas av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare. Bedömningen av vårdbehovet är en annan sak än den egentliga diagnostiseringen. Vid den första bedömningen som utförs av annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än läkare eller tandläkare skulle begrundas orsaken till att patienten tagit kontakt samt symptomens karaktär, allvarlighet och brådska på basis av de förhandsuppgifter patienten meddelat. Läkares och tandläkares bedömning av vårdbehovet skulle grunda sig på diagnos och behövliga utvärderingar av patientens prognos, funktionsförmåga och eventuell betydelsefulla psykosociala faktorer.

Bedömning av vårdbehovet är inte diagnostisering, som bygger på medicinsk eller odontologisk undersökning. Enligt 22 § i lagen om yrkesutbildade personer beslutar en läkare eller tandläkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. Avsikten är inte att i detta sammanhang ändra lagen om yrkesutbildade personer på denna punkt. Enligt 17 § i folkhälsolagen beslutar ansvariga läkaren vid en hälsovårdscentral huruvida patientens sjukvård ordnas i form av öppen sjukvård eller vård på en vårdplats i hälsovårdscentralen. Läkaren fattar även beslut angående överflyttning av en patient till en annan sjukvårdsanstalt. Även denna bestämmelse kvarstår oförändrad.

Vid bedömningen av vårdbehovet utreds personens hälsotillstånd och funktionsförmåga och dess utveckling vid behov med hjälp av hälsokontroll, olika utfrågningar, test och undersökningar. På basis av bedömningen av vårdbehovet bör kommunen ordna nödvändig vård inom skälig tid. Bestämmelser om längsta väntetider för anordnandet av vård utfärdas i 3 mom. i denna paragraf och i 31 § i lagen om specialiserad sjukvård. Bedömningen av vårdbehovet bör bygga på medicinskt eller odontologiskt godtagna kriterier.

Lagen om yrkesutbildade personer utgör inget hinder för en ändamålsenlig arbetsfördelning. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall bedöma vårdbehovet utifrån sitt yrkesansvar. Arbetsfördelningen mellan läkare och sjukskötare eller hälsovårdare eller andra yrkesutbildade personer förutsätter att den berörda har tillräcklig utbildning, erfarenhet och yrkeskunskap för uppgifterna. En bedömning av vårdbehovet som utförs av en sjukskötare eller hälsovårdare bygger i praktiken på anvisningar av chefläkaren eller ansvariga läkaren, varvid chefläkaren eller ansvariga läkaren har ansvar för denna verksamhet. Sjukskötaren eller hälsovårdaren skall alltså i enlighet med sin utbildning, sitt yrke och sina kunskaper utföra sitt arbete enligt läkarens anvisningar, vilket innebär att lagen om yrkesutbildade personer inte behöver ändras.

I praktiken har hälsovårdscentralens chefläkare gett en för uppgiften utbildad och tillräckligt erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården en arbetsordning. Patientsäkerheten förutsätter givetvis också att kompetensen kontrolleras på behörigt sätt när uppgifter överförs. Chefens och arbetsgivarens ansvar fastställs också i sådana här fall i enlighet med allmänna principer. Det är hälsovårdscentralens ledning som skall säkerställa att också läkemedelsbehandlingen ges på ändamålsenligt sätt och att de som deltar i verksamheten har tillräcklig utbildning och erfarenhet för den.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall i samband med yrkesutövningen också iaktta yrkesetiska skyldigheter enligt 15 § i lagen om yrkesutbildade personer. En yrkesutbildad person skall tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som han hela tiden skall försöka komplettera. I samband med yrkesutövningen skall en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att handla i enlighet med patienternas intressen. Enligt patientlagen fattar en yrkesutbildad person sitt beslut i samförstånd med patienten. Vid valet av vårdtid försöker man även beakta patientens egna önskemål om

när vården skall inledas samt patientens personliga omständigheter, t.ex. återställd arbetsförmåga samt omständigheter i anslutning till familjen och den sociala situationen.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården har i sista hand ansvaret för att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har den utbildning och yrkeskompetens som yrkesutövningen förutsätter och de färdigheter som yrkesutövningen kräver och att andra villkor enligt lagstiftningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården uppfylls. Betydelsen av fortbildning inom hälso- och sjukvården betonas i synnerhet, eftersom vårdpraxis ständigt förändras i takt med den snabba utvecklingen inom medicinen, biovetenskaperna, hälsovetenskaperna och teknologin.

Vid ingången av 2004 trädde lagändringar gällande fortbildning i kraft i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård samt social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003, nedan fortbildningsförordningen). Enligt de bestämmelser som fogats till folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård skall hälsovårdscentralerna och samkommunerna för sjukvårdsdistrikt 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. Syftet med den kompletterande utbildningen är att upprätthålla, uppdatera och utöka arbetstagarnas yrkesskicklighet och kompetens. Ansvaret för finansieringen av den kompletterande fortbildningen ligger på arbetsgivaren.

Fortbildningsförordningen gäller utbildningens innehåll, art, omfattning samt ordnande, uppföljning och utvärdering av utbildningen. Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut riksomfattande rekommendationer om fortbildning inom hälso- och sjukvården för verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2004:3). De kan också tillämpas inom privat hälso- och sjukvård samt socialvård.

Inom folkhälsoarbetet är det särskilt viktigt att patienten hänvisas till rätt vårdnivå vid

rätt tidpunkt. I kommunens skyldighet att ordna hälso- och sjukvård för sina invånare ingår undersökning som utförs av en läkare eller tandläkare, vård eller behandling som denna ger eller övervakar samt medicinsk rehabilitering. Hälsovårdscentralernas verksamhet är inriktad på behandlingen av kroniska sjukdomar och förebyggande folkhälsoarbete. De bestämmelser som tryggar patienternas möjligheter att få vård lämpar sig också för medicinskt motiverad uppföljning och vård av långvarigt sjuka patienter samt för vårdrelationer som säkerställer en kontinuerlig vård.

De funktionella och strukturella förändringarna i hälso- och sjukvården förutsätter att handlingssätten i vårdarbetet förnyas och att uppgiftsbilderna i vårdarbetet utvidgas. Den föreslagna bestämmelsen stöder också en utveckling av arbetsfördelningen mellan läkare och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att personer som är verksamma i vårdarbete får en starkare roll vid bedömningen av patientens vårdbehov, hänvisningen till rätt vårdplats, behandlingen av lindriga akuta sjukdomar och skador samt uppföljningen och behandlingen av kroniska sjukdomar. Ett tillvägagångssätt som främjar förebyggande vård och rehabilitering samt färdigheter som förutsätts för förebyggande, uppföljning och behandling av våra största folksjukdomar skall också stärkas i alla former av tjänster inom vårdarbetet. Genom en utvidgning av uppgiftsbilderna för vårdpersonalen erbjuds patienterna alternativ som ofta förbättrar deras möjligheter att få vård och även främjar deras egenvårdsberedskap. Social- och hälsovårdsministeriet publicerade en ny mål- och verksamhetsplan för vårdarbete i januari 2004 (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:18). I programmet har också tagits in exempel på nya handlingssätt och strukturer som kan ge verksamhetsenheterna idéer till hur de kan utveckla den egna verksamheten.

Enligt en utredning som social- och hälsovårdsministeriet låtit göra gäller utvecklandet av arbetsfördelningen mellan läkare och skötare inom primärvården sjukskötarens/hälsovårdarnas mottagningsverksamhet för akuta insjuknade med lindriga sjukdomar,

arbetsparen läkare-sjukskötare/hälsovårdare samt sjuksköterskor/hälsovårdarnas mottagningar för astma-, diabetes- och blodtrycks- och reumatpatienter som behöver tidsbunden uppföljning. Inom mun- och tandvården pågår utvecklingsprojekt för arbetsfördelningen mellan tandläkare, tandhygienister och tandskötare vid flera hälsovårdscentraler. Bestämmelsen stöder en vidareutveckling av arbetsfördelningen och en spridning av goda förfaranden till olika hälsovårdscentraler. Det är viktigt att varje yrkeskårs utbildning och kompetens används så ändamålsenligt som möjligt, med beaktande av de lokala förhållandena. Mun- och tandvården har under åren 2001–2002 stegvis utvidgats till hela befolkningen. Förändringarna förutsätter att förfarandena ses över på nytt i många kommuner (Social- och hälsovårdsministeriets stencilserie 2003:12).

Arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har utvecklats under de senaste åren. Uppgifter som tidigare har utförts av läkare eller tandläkare, men som övriga yrkesutbildade personer redan på basis av sin praktiska erfarenhet samt tilläggsutbildning och orientering som stöder denna har beredskap för, har redan överförs till dessa övriga yrkesutbildade personer. T.ex. sjuksköterskor/hälsovårdare ordinerar laboratorieprover och ger intyg för korta sjukledigheter. I praktiken ger barnmorskorna redan nu självständigt remisser till specialiserad sjukvård. Inom mun- och tandvården har man fått goda erfarenheter av att det är tandhygienisten som först bedömer vårdbehovet och hur brådskande det är och hänvisar patienten till behövlig fortsatt behandling till en tandläkare. Behovet av hjälpmedel kan konstateras och beslut om överlåtelse fattas även av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, t.ex. en fysioterapeut eller en ergoterapeut, i enlighet med den arbetsfördelning som överenskommit vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården (Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster, Social- och hälsovårdens handböcker 2003:7).

Hälsovårdscentralernas verksamhet har sedan slutet av 1980-talet utvecklats i enlighet med systemet för befolkningsansvar och husläkare. Arbetsparet husläkaren – personliga

skötaren sörjer för den del av befolkningen de gemensamt ansvarar för. Personliga skötaren sköter uppföljningsmottagningar för patienter som behöver tidsbunden uppföljning, till vilka även hör en effektiverad patienthandledning. Till ovan nämnda handlingsätt har också fogats en sådan bedömning av behovet av behandling av en sjukdom eller skada som en sjuksköterska/hälsovårdare gjort per telefon, hänvisning till rätt vårdplats samt annan patienthandledning.

Enligt en förfrågan bland hälsovårdscentralerna som ingick i en bedömningsundersökning av den regionala verkställigheten av social- och hälsovårdsministeriets projekt hälso- och sjukvård för 2000-talet hade arbetsfördelningen bland personalen förnyats vid ungefär var fjärde hälsovårdscentral (Social- och hälsovårdsministeriets utredningar 2002:8). Vanligast var att man hade ändrat arbetsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor/hälsovårdare inom behandlingen av plötsliga infektioner och långvariga sjukdomar (diabetes, astma, reuma, blodtryck, demens) samt börjat med sköterskornas mottagning.

*2 mom.* I bestämmelsen preciseras kommunens skyldighet att ordna vård så att i lagen föreskrivs om de längsta väntetider inom vilka vård bör ordnas. Vården bör ordnas inom skälig tid. Vård som konstaterats vara nödvändig bör ordnas inom högst tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. När det gäller tryggheten av patientens möjlighet att få vård är det frågan om medicinskt eller odontologiskt motiverad vård som bestäms utifrån nationella vårdrekommendationer eller annars vård som bygger på prov.

I enlighet med statsrådets principbeslut är det yttersta syftet med tryggheten av hälso- och sjukvården i framtiden att patienten skall få vård så snabbt som möjligt och få så god vård som möjligt oberoende av hur förmögen han är eller var han bor. Genom maximitider inom vilka vård ges skulle vård av sjukdomar tryggas. Möjligheten att få vård inom de angivna längsta väntetiderna gäller vård som inte är brådskande. När det gäller brådskande vård kvarstår lagarna oförändrade.

De längsta väntetiderna gäller också mun- och tandvård samt mentalvårdstjänster för barn och unga. Mentalvård för barn och unga bör ordnas senast inom tre månader, eftersom



en bestämmelse om den tidigare har tagits in i 6 a § i mentalvårdsförordningen och avsikten med överföringen av bestämmelsens innehåll inte är att försämra tidpunkten för när vården kan inledas. I mun- och tandvård eller i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård kan den längsta väntetiden på tre månader överskridas med högst tre månader, dvs. patienten bör få vård senast inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. Med specialiserad sjukvård i samband med primärvården avses bland annat kretssjukhusens specialiserade sjukvård, som har sammanförts med primärvården till en operativ helhet, samt den av specialister ledda sjukhus- och politikverksamheten i en del städer. En överskridning på tre månader är möjlig om vården av medicinska, vårdrelaterade eller andra motsvarande motiverade skäl kan uppskjutas utan att patientens hälsotillstånd äventyras. Andra skäl kan t.ex. vara att i enlighet med patientens önskemål och i samförstånd med honom avtala om när han skall få vård utöver de längsta väntetiderna.

Genom maximitider inom vilka vård ges skulle vården av sjukdomar tryggas.

Möjligheten att få olika intyg ingår däremot inte i de tjänster som skall ges inom de längsta väntetiderna. Hälsovårdsrådgivning kan dock i praktiken i någon form ingå i allt patientarbete i enlighet med folkhälsolagen.

Målet är att vården skall ordnas inom högst tre månader. När vården ordnas beaktas personens hälsotillstånd just då och det sannolika sjukdomsförloppet. Vid valet av vårdtid strävar man också efter att beakta patientens egna önskemål om när vården skall inledas samt hans personliga omständigheter, t.ex. återställd arbetsförmåga samt angelägenheter i anslutning till familjen och den sociala situationen. Vården bör dock ordnas senast inom sex månader.

*3 mom.* Om vård inte kan ges inom dessa längsta väntetider, skall hälsovårdscentralen ordna vård genom att anskaffa den från andra serviceproducenter utan att klientavgiften ändras för patienten. Enligt 21 § i folkhälsolagen kan avgifter enligt lagen om klientavgifter uppbäras för service enligt folkhälsolagen.

Enligt 4 § i planerings- och statsandelslagen kan en kommun ordna tjänsterna genom

att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner eller genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, ett kommunalförbund eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent. Kommunen bör på förhand komma överens om hur vården skall ordnas om de längsta väntetiderna överskrids.

Vården skall ordnas utan att de längsta väntetiderna överskrids. Det är dock möjligt att det av faktorer som inte beror på kommunen, t.ex. en strejk eller omfattande epidemi, inte alltid är fullt möjligt att uppnå detta, men i en normal situation bör verksamheten ordnas i enlighet med denna princip.

*4 mom.* Enligt det föreslagna 4 mom. skall verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården offentliggöra uppgifterna om väntetider. En totalreform av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) trädde i kraft den 1 december 1999. I 20 § i offentlighetslagen togs in bestämmelser om myndigheternas skyldighet att producera och sprida information. En myndighet skall främja öppenhet i sin verksamhet och i detta avseende vid behov sammanställa statistik och datamaterial om sin verksamhet och sina tjänster. En myndighet skall informera om sin verksamhet och sina tjänster i ärenden som anknyter till dess verksamhetsområde. Bestämmelserna gäller också en privat serviceproducent som sköter en offentlig uppgift.

49 §. I bestämmelsen föreslås ett befullmäktigande att genom förordning av statsrådet meddela närmare bestämmelser om principerna för patientens möjlighet att bli undersökt och få vård samt om offentliggörandet av väntetider. Förordningen kan innehålla bestämmelser om förfarande och uppgifter som matas in i uppföljningssystemet om möjligheten att få vård, vårdköer och kötider samt vård som redan getts. I övrigt kvarstår bestämmelsen oförändrad.

## 1.2. Lagen om specialiserad sjukvård

10 § 1 mom. Genom bestämmelsen görs sjukvårdsdistriktets ansvar inom den specialiserade sjukvården klarare. Om sjukvårdsdistriktet har ansvar för att anordna specialiserad sjukvård innebär detta samtidigt att det

bör ordnas tjänster enligt samma principer för alla invånare i medlemskommunerna i sjukvårdsdistriktet. När det gäller tillgodoseendet av de grundläggande rättigheterna anser man i synnerhet att regional jämställdhet är viktig. Olikheter i kommunernas serviceurval och sätt att anordna vård begränsas av jämlikhetsbestämmelsen i grundlagen (6 §). Hälsovårdstjänster skall ges så att människor inte utan medicinskt motiverat skäl ställs i olika ställning bl.a. på grundval av ålder, hälsotillstånd eller handikapp. Jämlikhetsprincipen förutsätter att den instans som ansvarar för vården ordnar verksamheten så att alla som hör till aktörens ansvarsområde bör ha möjlighet att få tjänster på lika grunder. Jämlikhetsprincipen innebär att man bör handla i enlighet med den också i fråga om tiden. Detta innebär att vården bör ordnas enligt samma principer oberoende av om vårdbehovet uppkommer i början eller slutet av året. Målet för ändringen är också att förhindra uppkomsten av s.k. kommunvisa köer och att på så vis göra patienterna mera jämställda när det gäller möjligheterna att få service och att förhindra att patienterna flyttas omkring i olika köer eller hamnar i kläm mellan kommunens och samkommunens skyldighet att anordna vård. I och med att skyldigheten att ordna vård preciseras skall sjukvårdsdistriktet ordna vården av en patient som sänts dit för specialiserad sjukvård.

Kommunerna och sjukvårdsdistriktet bör planera och anordna sin verksamhet i enlighet med detta.

2—4 mom. Momenten kvarstår i övrigt oförändrade men ordet kommunalförbundet byts ut mot det numera använda ordet samkommun och socialnämnden byts ut mot socialsektorn. Likaså ändras röntgentjänster i 3 mom. till begreppet diagnostiska utbildningstjänster. Sjukvårdsdistriktet skall inom sitt område även sörja för att datasystemen samordnas.

31 § 1 mom. En patient måste omedelbart få brådsakande sjukhusvård, till dessa delar ändras inte gällande lagstiftning genom förslaget. I övrigt förutsätter överföringen av en person till den specialiserade sjukvården i enlighet med 22 § i lagen om yrkesutbildade personer en remiss som bygger på undersökning av en läkare eller tandläkare.

2 mom. Sjukvårdsdistriktet svarar för att bedömningen av vårdbehovet och vården ordnas enligt enhetliga medicinska och odontologiska grunder. Sjukvårdsdistriktet svarar också för att vårdindikationer fastställs.

Genom bestämmelsen förtydligas sjukvårdsdistriktets ansvar för vården av en patient inom den specialiserade sjukvården. Riksdagens justitieombudsman ålade i sitt beslut (Dnr 488/04/00) statsrådet att i lagen om specialiserad sjukvård ändra bestämmelserna om vilken ställning och vilka uppgifter kommunerna och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt har med beaktande av de förändringar som reformen av planerings- och statsandelssystemet orsakat relationerna mellan kommuner och samkommuner. Då en patient har sänts till den specialiserade sjukvården, övergår ansvaret för patienten på samkommunen.

3 mom. I bestämmelsen konstateras principen att patienten skall ha möjlighet att få vård inom skälig tid och de längsta väntetiderna innan patienten får vård.

Genom bestämmelsen preciseras tillgången på vård också i olika delar av landet oberoende av patientens betalningsförmåga. I sjukvårdsdistriktet bedömer en sakkunnig inom den specialiserade sjukvården patientens behov av vård senast inom tre veckor från det att remissen anlände till sjukhuset. Tre veckor är tidsfristen för undersökningen av remissen. Remissen bör dock undersökas så snabbt som möjligt och patienten på grundval av den vid behov hänvisas till ytterligare undersökningar. I remisserna bör också vårdindikationerna beaktas.

Vårdbehovet skall alltid bedömas av en läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården oberoende av vilken instans (privat eller offentlig) som har utfärdat remissen till den specialiserade sjukvården. En läkare som gett remissen från privata sidan får inte heller ha en dubbelroll och fatta beslut om bedömning av vårdbehovet vid sjukhuset.

Vård som på basis av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom den specialiserade sjukvården skall ordnas och inledas inom skälig tid med beaktande av hur brådsakande vården är, senast inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. När vården ordnas skall man beakta personens aktu-

ella hälsotillstånd och det sannolika sjukdomsförloppet. Enligt patientlagen skall en person vårdas i samförstånd med honom själv, och därför skall man vid valet av vårdtid också beakta patientens egna önskemål om när vården skall inledas samt hans personliga omständigheter, t.ex. återställd arbetsförmåga och angelägenheter i anslutning till familjen och den sociala situationen. Mentalvård för barn och unga skall ordnas senast inom tre månader, eftersom bestämmelser om den tidigare ingått i 6 a § i mentalvårdsförordningen och flyttandet av bestämmelsens innehåll inte är avsett att försämra tidpunkten för när vården kan inledas. Avvikelse från denna princip kunde göras om medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter förutsätter det.

*4 mom.* Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall också skaffa vård från andra serviceproducenter utan att klientavgiften förändras, om vården inte kan ges inom de angivna längsta väntetiderna. Enligt 4 § i planerings- och statsandelslagen kan även samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordna sina uppgifter genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med andra sjukvårdsdistrikt eller kommuner eller genom att anskaffa service från staten, kommunen, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent.

I principbeslutet om det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet från år 2002 godkändes principen om att fungerande servicesystem tryggas genom ett operativt samarbete inom den specialiserade sjukvården och genom en arbetsfördelning mellan särskilda ansvarsområden. Genom arrangemang gällande den specialiserade sjukvården kunde man tillförsäkra hela befolkningen välfungerande specialiserad sjukvård och en jämlik tillgång till service. Målet för reformarbetet är ett servicesystem som producerar högklassiga specialistsjukvårdstjänster kostnadseffektivt. För detta ändamål krävs en mera långtgående arbetsfördelning än i dagsläget, gallring av överlappande funktioner, koncentrerad av tjänster och undersökningar som förutsätter specialkompetens och en effektiv allokering och användning av investeringarna.

De behövliga utvecklingsåtgärderna genomförs antingen genom att sammanföra

sjukvårdsdistrikt eller genom att utöka sjukvårdsdistriktens operativa samarbete och arbetsfördelning. Sjukvårdsdistrikten ingår i samarbetsavtal eller bildar hälso- och sjukvårdsdistrikt. De praktiska åtgärder som hänför sig till sjukvårdsdistriktens operativa samarbete och administrativa samgående understöds genom särskild projektfinansiering inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet.

Målet är att sjukvårdsdistriktens samarbete och arbetsfördelning skall resultera i en ny slags samverkan mellan sjukvårdsdistrikten. Det är inte fråga om ett system för köp och försäljning av tjänster, utan om en permanent struktur där tjänster och verksamhet utvecklas mot något som kan förliknas vid kompetenscentra.

Enligt 37 § i lagen om specialiserad sjukvård uppbärs avgifter för service enligt lagen om klientavgifter.

Vården skall ordnas utan att de längsta väntetiderna överskrids. Det är dock möjligt att det av faktorer som inte beror på kommunen eller sjukvårdsdistriktet, t.ex. en strejk eller en omfattande epidemi, inte är möjligt att uppnå detta, men normalt skall verksamheten ordnas enligt denna princip.

*5 mom.* Då man inom specialiserad sjukvård bedömer en patients vårdbehov, kan slutsatsen också vara att patientens rätta vårdplats är inom primärvården och att patienten därför vid behov kan återsändas till primärvården med vårdanvisningar, dvs. en sakkunnig inom den specialiserade sjukvården skall ge klara instruktioner om hur patienten i fortsättningen bör vårdas. Genom utveckling av arbetsfördelningen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården kan en lösning vara t.ex. regelbunden konsultering av specialister vid hälsovårdscentralen, t.ex. en gång i veckan. Samarbete med patientens husläkare möjliggör och förbättrar samordningen av rätt vårdstätt, vårdplats och vårdtidpunkt. Ett fast samarbete med husläkaren och den personliga skötaren hjälper också specialister att bedöma vårdbehovet exaktare än tidigare. Sjukvårdsdistriktet har dock ansvar för att se till att patienten inte hamnar utanför hälsovårdstjänsterna eller i onödan slussas fram och tillbaka mellan olika vårdnivåer.

Enlig det föreslagna 6 mom. skall verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården offentliggöra uppgifterna om väntetider. En totalreform av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) trädde i kraft den 1 december 1999. I 20 § i offentlighetslagen togs in bestämmelser om myndigheternas skyldighet att producera och sprida information. En myndighet skall främja öppenhet i sin verksamhet och i detta avseende vid behov sammanställa statistik och datamaterial om sin verksamhet och sina tjänster. En myndighet skall informera om sin verksamhet och sina tjänster i ärenden som anknyter till dess verksamhetsområde. Bestämmelserna gäller också en privat serviceproducent som sköter en offentlig uppgift.

31 a §. I paragrafen föreskrivs om situationer då patienten begär förhandstillstånd för att söka vård i EU- eller EES-medlemsstater. Systemet med förhandstillstånd som ingår i bestämmelsen är motiverat eftersom det i och med tillståndsförfarandet är möjligt att betrakta anlitaandet av inhemska vårdmöjligheter som ett primärt alternativ. I EG-domstolens rättsfallspraxis har t.ex. tryggheten av tillräckligt mångsidiga och för alla tillgängliga sjukvårdstjänster godkänts som förutsättning för förhandstillståndet. Med hjälp av förhandstillståndsförfarandet kan resurserna inom hälso- och sjukvården användas ändamålsenligt och alltså i första hand i Finland. Bestämmelsen behövs också därför att man genom att definiera förutsättningarna främjar ett öppet hälsovårdssystem och objektiva förutsättningar.

*1 mom.* Om medicinskt eller odontologiskt motiverad vård inte kan ordnas och inledas i Finland inom de längsta väntetider som anges i 31 §, dvs. senast inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes, skall samkommunen för sjukvårdsdistriktet på patientens begäran meddela denna förhandstillstånd att på sjukvårdsdistriktets bekostnad söka vård i en EES-medlemsstat eller i Schweiz.

Avsikten är inte att genom bestämmelsen ändra sjukvårdsdistriktens praxis för köpta tjänster, dvs. sjukvårdsdistriktet kan på det sätt som nämns i 31 § 4 mom. anskaffa service också i form av köpta tjänster utomlands från andra länder än EU- eller EES-medlemsländer.

Rätten till social trygghet för personer som rör sig inom EU regleras i en förordning som samordnar de nationella systemen för social trygghet (Rådets förordning EEG Nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen samt verkställighetsförordningen 547/72). Förordningens bestämmelser omfattar i princip alla hälsovårdstjänster enligt finländsk lagstiftning, t.ex. öppen hälsovård, tandvård och sjukhustjänster. Förordningen tillämpas utom i EU-länderna också i EES-länderna samt på basis av separat avtal också i Schweiz.

Enligt artikel 22 i förordningen om systemen för social trygghet kan en patient söka vård i en annan medlemsstat, om han har tillstånd från den behöriga (bosättningsorten) institutionen (blankett E 112). Enligt förordningen får tillstånd inte vägras, om vården är en erkänd vårdform i bosättningslandet och patienten inte har kunnat ges vård i bosättningslandet inom den tid som, med beaktande av hans aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, där är normal för vården i fråga. Bedömningen av vilken vård som behövs och av hur nödvändig vården är görs på medicinska grunder av en läkare.

I Finland ges tillståndet liksom nu av sjukvårdsdistriktet. Med vård som är erkänd i bosättningslandet avses medicinskt eller odontologiskt motiverad vård. Om vård inte kan ordnas senast inom sex månader bör förhandstillstånd beviljas på patientens begäran. Då förhandstillståndet beviljas bör patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas.

EG-domstolen har under de senaste åren kommit med flera avgöranden i fall då sjukvårdstjänster har anskaffats i en annan medlemsstat. Det har dels varit fråga om tolkningen av artiklarna i fördraget och dels om artiklarna i EG-förordningen om social trygghet 1408/71. I avgörandena Decker C-120/95 och Kohll C-158/98 bekräftade gemenskapernas domstol för första gången klart att principen om fri rörlighet för varor och tjänster också utsträcker sig till hälsovårdstjänster som ersätts ur systemen för social trygghet. EG-domstolen har också utfär-

dat andra domar gällande hälso- och sjukvård i fall där sjukvårdstjänster har skaffats från en annan medlemsstat, bl.a. Gerats-Smits Peerboms C-157/99, Vanbraekel C-368/98, Müller-Fauré och van Riet C-385/99.

Domstolen har i sina avgöranden behandlat förhållandet mellan sjukhusvård och tjänster och med hänvisning till vedertagen rättspraxis konstaterat att sjukvårdstjänster hör till tillämpningsområdet för friheten att tillhandahålla tjänster och att det inte finns skäl att göra någon skillnad mellan om det är vård som ges på ett sjukhus eller utanför. Domstolen har också behandlat krav på förhandstillstånd som en förutsättning för vård och konstaterat att det inte nödvändigtvis är i strid med gemenskapsrätten att kräva förhandstillstånd. Domstolen har dock ställt vissa villkor för krav på tillstånd.

Förutsättningen för att man skall kunna kräva tillstånd skall vara motiverade tvingande skäl. I fallet Kohll C-158/96 har som sådana skäl antecknats: en allvarlig rubbning av den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet, att trygga en läkar- och sjukhusvård som är väl avvägd och tillgänglig för alla, att upprätthålla en viss vårdkapacitet eller medicinsk kompetens med hänsyn till folkhälsan eller den lokala befolkningens överlevnad. Dessa skall uppfylla kraven på proportionalitet, dvs. regleringen får inte gå utöver vad som objektivt sett är nödvändigt och målet kunde inte ha uppnåtts med mindre begränsande bestämmelser.

Domstolen förutsätter ytterligare att om förutsättningen för beviljande av tillstånd är att vården enligt rådande uppfattningar i yrkeskretsarna kan anses vara normal, kan tillstånd på denna grund vägras endast om vården i fråga är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen. I praktiken är det alltså inte avgörande om vården uppfattas som normal inom yrkeskretsarna i en enskild stat utan avgörandet skall bygga på internationell medicinsk vetenskap.

Domstolen har vidare konstaterat att tillstånd får vägras på den grund att det inte finns något medicinskt behov av vården endast om patienten i tid kan få identisk behandling eller en behandling som är lika effektiv vid en inrättning med vilken den för-

säkringskassa som den försäkrade hör till har ingått ett avtal. 2 mom. EG-domstolen förutsätter också att det skall vara möjligt att söka ändring i ett beslut om förhandstillstånd. Ändring söks i förvaltningsdomstolen i enlighet med förvaltningsprocesslagen (586/1996).

43 a §. Kommunerna betalar sjukvårdsdistriktet i enlighet med den fastställda debiteringstaxan oberoende av var sjukvårdsdistriktet skaffar tjänsterna. Fullmäktige eller styrelsen för sjukvårdsdistriktet fastställer debiteringstaxan. I fullmäktige eller styrelsen är alla medlemskommuner i sjukvårdsdistriktet representerade och därför kan kommunerna påverka hur debiteringstaxan fastställs. I sjukvårdsdistrikten gör man redan nu årligen upp en ekonomiplan, där budgeten ingår. Utifrån den gör man ytterligare upp driftsplaner för resultatområdena och serviceplaner för olika specialområden. Genom bestämmelsen förtydligas också sambandet mellan hälso- och sjukvårdsverksamheten och den ekonomiplan som avses i kommunallagen (365/1995).

Enligt 65 § i kommunallagen skall fullmäktige före utgången av året godkänna en budget för kommunen för följande kalenderår. Utöver budgeten skall fullmäktige också godkänna en ekonomiplan för tre eller flera år. Budgeten och ekonomiplanen skall göras upp så att förutsättningarna för skötseln av kommunens uppgifter tryggas. I 86 § i kommunallagen föreskrivs om tillämpningen av bestämmelser om kommuner i en samkommun. Hälso- och sjukvården ordnas inom samma tid som den ekonomiska planeringen i kommunen.

59 §. Närmare bestämmelser om patientens möjlighet att bli undersökt och få vård samt om offentliggörande av väntetider kan utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom statsrådets förordning kan också utfärdas närmare bestämmelser om regionalt samarbete. Nuvarande praxis kan förbättras genom regionalt samarbete och regional arbetsfördelning mellan sjukvårdsdistriktet och kommunerna, vilket främjar den ekonomiska stabiliteten i kommunerna. Genom förordningen kan innehållet i och förfarandena i samarbetet och arbetsfördelningen regleras.

### 1.3. Lag om patientens ställning och rättigheter

4 §. *Intagning för vård.* För att trygga patientens möjlighet att få vård och främja en mera jämlik tillgång på tjänster än nu föreslås att bestämmelsen om intagning för vård ändras. I och med ändringarna i 15 b § i folkhälsolagen och 10 och 31 § i lagen om specialiserad sjukvård preciseras kommunernas och samkommunernas skyldighet att ordna vård. Ändringen i patientlagen innebär att patienten tack vare preciseringen av skyldigheten att ordna vård bör informeras om när han får vård och att han inte längre skall behöva vänta på vård under en obestämd tid. Om tidpunkten för när patienten får vård kan uppges, får man på så vis även reda på om vården eventuellt måste skaffas från andra serviceproducenter.

I 3 § i patientlagen förutsätts att var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering har rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter inom gränserna för de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande. I bestämmelsen är det å ena sidan fråga om rätten till sådan vård som hälsotillståndet kräver och å andra sidan sådan avgränsad vård som är beroende av de resurser som för tillfället står till hälso- och sjukvårdens förfogande. Också vård som inte är brådskande omfattas av den lagstadgade skyldigheten att ordna vård och kommunen kan inte låta bli att reservera nödvändiga resurser också för skötseln av denna uppgift. Omnämmandet av resurser i 3 § i patientlagen begränsar inte skyldigheten att ordna hälsovårdstjänster till de resurser som för tillfället står till förfogande. Genom patientlagen ingreps inte i kommunens lagstadgade skyldighet att ordna hälsovårdstjänster. Denna skyldighet åläggs kommunerna i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Enligt dem skall vård ordnas så att nödvändig icke brådskande vård bör ordnas för kommuninvånarna utöver den brådskande vård som skall ordnas för alla. Detta synsätt har bekräftats också i högsta förvaltningsdomstolens avgörandep Praxis och rättslitteratur den senaste tiden. Kommunen är skyldig att ordna både brådskande och icke brådskande vård enligt vad invånarnas

hälsotillstånd förutsätter och utgående från en personlig behovsbedömning. I 3 § i planerings- och statsandelslagen åläggs kommunerna att anvisa resurser för den social- och hälsovård som ligger till grund för statsandelen.

Bedömningen av behovet av vård till följd av en patients hälsotillstånd bör bygga på medicinskt eller odontologiskt godtagna kriterier. Patienten kan få en läkares bedömning av sitt behov av vård redan med stöd av gällande lagstiftning. I 6 § i patientlagen finns en bestämmelse om att vård och behandling skall ges i samförstånd med patienten. Detta innebär också att patienten också kan få en läkares bedömning av sitt behov av vård.

4 a §. *Plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering.* Man håller inom hälso- och sjukvården på att övergå från ett organisationscentrerat handlingssätt till mera övergripande vård- och servicekedjor för patienten, varvid en plan för undersökning, vård, medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan skall göras upp för planeringen, genomförandet och bedömningen av vården. Av planen bör framgå hur vården av patienten framskrider och inom vilken tidtabell den skall ges.

Målet har varit att genom bestämmelsen betona att man i planen i samförstånd med klienten kan komma överens om vad målet för åtgärderna skall vara och hur man skall göra för att uppnå det. Planen innehåller en bedömning av patientens behov av vård, tidtabellen och målen för den planerade vården och genomförandet av vården. Planen bygger på en diagnos som ställts på basis av förhandsuppgifter om patienten och undersökningar, patientens symptom och de disponibla resurserna. Planen ses över under vårdprocessen och är beroende av hur patienten svarar på behandlingen. Planen kan under behandlingens gång flexibelt ändras om patientens behov eller omständigheterna i övrigt förändras. Också i 12 § i patientlagen konstateras att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient.

Planen är särskilt nödvändig i situationer då patienten behöver olika tjänster både inom

hälso- och sjukvården och inom socialvården. Kommunerna ansvarar för anordnandet av många bastjänster, vilket i huvudsak bygger på lagstiftningen inom socialsektorn, men innehållet i tjänsterna är sådant att en del av dem som genomför servicehelheten eller de ansvariga skall ha rätt att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården. En sådan samarbetsplan förutsätter ofta också medverkan av flera sakkunniga, varvid bl.a. personalen från olika verksamhetsenheter inom social- och hälsovården kan höra till sakkunniggruppen. Att göra upp planen tillsammans i en grupp som består av olika sakkunniga sparar i det långa loppet både tid och kostnader. På så vis kan man också garantera att en person som omfattas av sociala tjänster inte hamnar i skuggan av hälso- och sjukvårdsservicen eller tvärtom.

Med hjälp av samarbete och växelverkan får patienten och personalen en enhetligare helhetsbild av patientens situation och av vilka alternativ som bäst kan komma i fråga och lämpar sig för patienten/klienten. Ett samarbete mellan flera yrkeskårer främjar också en rätt inriktning av resurserna. Målet är att patienten/klienten skall få en mångsidig, planmässig servicehelhet i stället för flera parallella enskilda tjänster. Den plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering som görs upp för en patient är till karaktären inte en handling som ger patienten rätt att kräva de tjänster som ingår i planen. Det är helt klart fråga om en funktionell planering av vården och om vårdens framskridande. Det är inte heller ett förvaltningsbeslut, på basis av vilket ändring kan sökas särskilt. Märkas bör dock att var och en enligt grundlagen skall tillförsäkras tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster i enlighet med en individuellt uppgjort bedömning av vårdbehovet. Bedömningen av vårdbehovet skall bygga på medicinskt eller odontologiskt godtagna kriterier. Att ställa patienterna i prioritetsordning bygger på en bedömning av vårdbehovet som gjorts individuellt för patienten.

Planen bör i enlighet med 6 § i patientlagen göras upp i samförstånd med patienten. Bestämmelserna om självbestämmanderätten i patientlagen revideras som bäst genom en separat regeringsproposition. Om patienten

dock inte själv kan delta i uppgörandet av planen, bör hans anhöriga eller närstående eller hans lagliga företrädare delta i hans ställe. Planen bör även göras upp inom privat hälso- och sjukvård. Inom privat hälso- och sjukvård är planen en del av avtalet mellan patienten och serviceproducenten.

Enligt bestämmelsen skall planen göras upp vid behov. Planen behöver inte göras upp t.ex. om det är fråga om tillfällig rådgivning eller handledning eller om det annars är uppenbart onödigt att göra upp en plan.

Bestämmelser om planens innehåll och parterna i planen utfärdas i speciallagstiftning om social- och hälsovården.

#### 1.4. Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

9 §. *Specialklinikavgifter.* I 9 § i lagen om klientavgifter föreskrivs nu om en specialavgiftsklass inom den specialiserade sjukvården. Enligt förslaget skall systemet med specialavgiftsklass slopas och i stället föreskrivs om möjligheten att ta ut avgifter som avviker från det normala för specialpoliklinikverksamhet som drivs av sjukvårdsdistrikt

På specialklinikavgifter tillämpas inte 2 § 2 mom. i lagen om klientavgifter, enligt vilket bestämmelser om avgifternas maximibelopp kan utfärdas genom förordning, och inte 6 §, enligt vilken man genom förordning kan föreskriva att en service i vissa fall är avgiftsfri, eller 6 a § om ett avgiftstak eller 11 § om efterskänkande och nedsättning av avgift. På så vis kan sjukvårdsdistriktet själv bestämma storleken på avgiften, enda begränsningen i praktiken är bestämmelsen i 2 § 1 mom. som hör till de centrala grunderna i klientavgiftslagstiftningen och enligt vilken avgiften inte får gå utöver kostnaderna för serviceproduktionen.

Eftersom 6 a §, som gäller avgiftstak, inte tillämpas på specialpoliklinikavgifter, skall dessa inte beaktas när avgiftstaket fastställs. I specialpoliklinikavgiften kan inte heller beaktas om patientens avgifter har överskridit den gräns som satts för avgiftstaket. Patienten är således inte sedan gränsen för avgiftstaket överskridits längre berättigad att avgiftsfritt använda sig av specialpoliklinik-tjänster.

Bestämmelsen i 11 § om efterskänkande och nedsättning av avgift tillämpas inte heller, eftersom användningen av specialpoliklinik bygger på patientens eget val och han då också måste beakta sina ekonomiska förutsättningar att betala avgiften. Om patienten anser att han inte har några ekonomiska möjligheter att klara av specialpoliklinikavgiften, kan han söka sjukhusvård i enlighet med normalt remissförfarande, varvid avgifterna fastställs enligt vad som annars anges i klientavgiftsbestämmelserna.

I 2 mom. konstateras att användningen av specialpoliklinik bygger på patientens eget initiativ och fria vilja. Patienten skall alltid om han så önskar ha möjlighet att få sådana specialiserade sjukvårdstjänster som sjukvårdsdistriktet enligt lagen om specialiserad sjukvård är skyldigt att anordna så att också ovan nämnda 2 § 2 mom. samt 6, 6 a och 11 § i lagen om klientavgifter tillämpas på avgiften.

Enligt 3 mom. kan man genom förordning av statsrådet vid behov utfärda närmare bestämmelser om anordnandet av specialpoliklinikverksamhet och om innehållet i den.

## **2. Närmare bestämmelser**

Med stöd av den föreslagna 49 § i folkhälsolagen och 59 § i lagen om specialiserad sjukvård utfärdas genom förordning av statsrådet närmare bestämmelser om principerna för patientens möjlighet att bli undersökt och få vård samt om offentliggörandet av väntetider. Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser också utfärdas om samordning av hälso- och sjukvårdstjänster samt om regionalt samarbete. I förordningen kan ingå bestämmelser om förfarande och om uppgifter om intagning för vård, vårdköer och kötider samt genomförda behandlingar som förs in i uppföljningssystemet.

Enligt 9 § 3 mom. i lagen om klientavgifter kan man genom förordning av statsrådet vid behov utfärda närmare bestämmelser om specialpoliklinikverksamhet.

## **3. Ikraftträdande**

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 mars 2005. Åtgärder som verkställigheten av lagarna förutsätter får vidtas innan lagarna träder i kraft.

I anslutning till ändringen i 9 § i lagen om klientavgifter föreslås dessutom att de läkare som vid lagens ikraftträdande har rätt att ta emot patienter i specialavgiftsklass får behålla sin rätt enligt länsstyrelsens tillstånd fram till den 29 februari 2008. Efter lagens ikraftträdande beviljas inte längre nya rättigheter i samband med specialavgiftsklasser och existerande rättigheter kan inte ändras. De avgifter som tas ut hos patienter som behandlas i specialavgiftsklass fastställs likaså i enlighet med de bestämmelser som gäller när lagen träder i kraft.

## **4. Lagstiftningsordning**

I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård ingår redan nu skyldigheter för kommuner och samkommuner att ordna hälsovårdstjänster för sina invånare. Enligt regeringen kränker inte de föreslagna lagarna de grundläggande rättigheterna i grundlagen eller det kommunala självstyret så att de skulle begränsa kommuninvånarnas rätt att besluta om förvaltningen och ekonomin i sin kommun. Regeringen anser dock det vara önskvärt att man på grund av sakens principiella betydelse begär grundlagsutskottets utlåtande.

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



Lagförslag

1.

## Lag

### om ändring av folkhälsolagen

I enlighet med riksdagens beslut *ändras* i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972) 49 §, sådan den lyder i lagar 1219/2000, och 1216/2001, samt *fogas* till lagen en ny 15 b § som följer:

#### 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. Brådskande vård måste patienten dock få omedelbart.

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 väntetiden 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, vårdrelaterade eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Om hälsovårdscentralen inte själv kan ge vården inom de längsta väntetider som anges i 1 och 2 mom., skall den ordna vården genom att anskaffa den från andra serviceproducenter i enlighet med 4 § lagen om plane-

ring av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992).

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 1 och 2 mom.

#### 49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter utfärdas om innehållet i och ordnandet av det mentalvårdsarbete som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare föreskrifter genom förordning av statsrådet utfärdas om principerna för när patienten blir undersökt och får vård samt om offentliggörandet av väntetider. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för i 14 § 2 mom. avsedda rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en hälsovårdscentral.

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

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.

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

## 2.

### Lag

#### om ändring av lagen om specialiserad sjukvård

I enlighet med riksdagens beslut *ändras* i lagen av den 1 december 1989 om specialiserad sjukvård (1062/1989) 10, 31 och 59 §, av dessa lagrum 10 § sådant det lyder i lagarna 1115/1998 och 993/2003 och 59 § sådant det lyder i lagarna 1220/2000 och 1217/2001, samt *fogas* till lagen nya 31 a och 43 a § som följer:

#### 10 §

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för att sådan specialiserad 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 för hälsovårdscentralerna att erbjuda samt ansvara för att utvecklandet styrs och kvaliteten övervakas i fråga om den laboratorieservice och diagnostiska avbildningsservice, medicinska rehabilitering samt motsvarande specialtjänster som hälsovårdscentralerna erbjuder.

Dessutom skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde samt för samordningen av informationssystemet. 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 perso-

nalen. 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.

#### 31 §

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall omedelbart ges den vård hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. För att någon skall kunna intas på ett sjukhus för sjukvård förutsätts i övrigt en på läkar- och tandläkarundersökning grundad remiss, om inte något annat föreskrivs genom förordning av statsrådet.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt svarar för att behovet av både brådskande och på remiss grundad vård bedöms och att vården ordnas på enhetliga medicinska eller odontologiska grunder.

Bedömningen av vårdbehovet skall inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet i sjukvårdsdistriktet. Vård som på basis av bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas och inledas inom skäligen tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. Vård som på basis av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom mentalvårdsarbetet bland barn och unga konstaterats vara nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas inom tre månader, om inte medicinska, vårdrelaterade eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Om samkommunen inte själv kan ge vård i

enlighet med 1 och 3 mom., skall den anskaffa vården från en annan serviceproducent i enlighet med 4 § lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården.

Om det är ändamålsenligast att vården av en sjukdom eller behandlingen av ett symptom som konstaterats hos en person ges vid en hälsovårdscentral, skall patienten hänvisas till hälsovårdscentralen i fråga för fortsatt vård och hälsovårdscentralen ges nödvändiga vårdanvisningar.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 3 mom.

#### 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 denna förhandstillstånd att på bekostnad av samkommunen söka vård i medlemsstaterna inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet eller Schweiz. När förhandstillståndet beviljas skall patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas.

Ändring i beslut om förhandstillstånd som fattas av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan sökas så som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

#### 43 a §

För kostnaderna för vård som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt på basis av 31 §

4 mom. eller 31 a § 1 mom. anskaffat från en annan serviceproducent är patientens hemkommun skyldig att betala ersättning till sjukvårdsdistriktet i enlighet med fastställd debiteringstaxa, om inte alla medlemskommuner i sjukvårdsdistriktet har kommit överens om något annat.

#### 59 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser utfärdas om innehållet i och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare bestämmelser genom förordning av statsrådet utfärdas om principerna för när patienten blir undersökt och får vård, offentliggörande av väntetider, samordning av hälso- och sjukvårdstjänster samt regionalt samarbete utfärdas av statsrådet. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en verksamhetsenhet inom en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

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

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.

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

## 3.

**Lag****om ändring av lagen om patientens ställning och rättigheter**

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i lagen av den 17 augusti 1992 om patientens ställning och rättigheter (785/1992) 4 §  
 1 mom. samt  
*fogas* till lagen en ny 4 a § som följer:

## 4 §

*Intagning för vård*

Patienten skall meddelas en tidpunkt när han får vård. Om tidpunkten ändras, skall patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs särskilt om intagning för vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.

göras upp en plan för undersökning, vård, medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan. Av planen bör framgå hur vården av patienten skall ordnas och inom vilken tidtabell. Planen skall göras upp i samförstånd med patienten, hans anhöriga eller närstående eller hans lagliga företrädare. Beträffande innehållet i planen och delaktiga i ärendet gäller dessutom vad som föreskrivs särskilt om dem.

## 4 a §

*Plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering*

Inom hälso- och sjukvård skall vid behov

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.  
 Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

## 4.

**Lag****om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i lagen av den 3 augusti 1992 om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 9 § som följer:

## 9 §

*Specialklinikavgift*

Vid sjukhus som drivs av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan specialklinikverksamhet ordnas vardagar efter klockan 16.00 samt lördagar och söndagar. På avgifter som tas ut för undersökningar och vård i samband med specialklinikverksamheten tillämpas inte 2 § 2 mom. eller 6, 6a och 11 §.

Användningen av specialkliniktjänster 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 specialklinikens avgiftspraxis. Patienten bör om han så önskar ha möjlighet att på basis av lagen om specialiserad sjukvård få sådan vård som sjukvårdsdistriktet ansvarar för att anordna så att avgiften bestäms i enlighet med andra bestämmelser i

denna lag och bestämmelser som utfärdats med stöd av den i stället för enligt denna paragraf.

Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser vid behov utfärdas om ordnandet av specialklinikverksamhet och innehållet i den.

\_\_\_\_\_

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.

Läkare som vid denna lags ikraftträdande har rätt att behandla patienter i specialavgiftsklass bibehåller sin rätt enligt tillståndet från länsstyrelsen fram till den 29 februari 2008. På avgifter som tas ut hos patienter som behandlas i en specialavgiftsklass tillämpas de bestämmelser som gäller vid denna lags ikraftträdande.

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

\_\_\_\_\_

Helsingfors den 30 april 2004

**Republikens President**

**TARJA HALONEN**

Omsorgsminister *Liisa Hyssälä*

## 1.

**Lag****om ändring av folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut ändras i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972) 49 §, sådan den lyder i lagar 1219/2000, och 1216/2001, samt fogas till lagen en ny 15 b § som följer:

*Gällande lag*

*Förslag*

*15 b §*

*Hälsovårdscentralerna 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. Brådskande vård måste patienten dock få omedelbart.*

*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 väntetiden 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, vårdrelaterade eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.*

*Om hälsovårdscentralen inte själv kan ge vården inom de längsta väntetider som anges i 1 och 2 mom., skall den ordna vården genom att anskaffa den från andra serviceproducenter i enlighet med 4 § lagen om*

*planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992).*

*En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 1 och 2 mom.*

## 49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser utfärdas om det närmare innehållet i och ordnandet av det mentalvårdsarbete som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan också bestämmelser om längsta väntetid innan patienten blir undersökt och får vård i samband med mentalvårdstjänster utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för i 14 § 2 mom. avsedda rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en hälsovårdscentral.

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

## 49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter utfärdas om innehållet i och ordnandet av det mentalvårdsarbete som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare föreskrifter genom förordning av statsrådet utfärdas om principerna för när patienten blir undersökt och får vård samt om offentliggörandet av väntetider. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för i 14 § 2 mom. avsedda rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en hälsovårdscentral.

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

---

*Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.*

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

---

## 2.

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

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i lagen av den 1 december 1989 om specialiserad sjukvård (1062/1989) 10, 31 och 59 §, av dessa lagrum 10 § sådant det lyder i lagarna 1115/1998 och 993/2003 och 59 § sådant det lyder i lagarna 1220/2000 och 1217/2001, samt  
*fogas* till lagen nya 31 a och 43 a § som följer:

*Gällande lag*

## 10 §

Kommunalförbundet för ett sjukvårdsdistrikt, nedan kommunalförbundet, har till uppgift att ordna i denna lag stadgad specialiserad sjukvård inom sitt område.

Kommunalförbundet 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 kommunalförbundet utför de uppgifter som ankommer på det skall det dessutom samarbeta med kommunernas socialnämnder så som en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna förutsätter.

Kommunalförbundet skall tillhandahålla hälsovårdscentralerna inom sitt område sådana till den specialiserade sjukvården hörande tjänster som det inte är ändamålsenligt för hälsovårdscentralerna att erbjuda samt ansvara för att utvecklandet styrs och kvaliteten övervakas i fråga om den laboratorie- och röntgenservice, medicinska rehabilitering samt motsvarande specialtjänster som hälsovårdscentralerna erbjuder.

Dessutom skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde samt för samordningen av informationssystem. Samkommunen skall också sörja för att hälso- och sjukvårdspersonalen bero-

*Förslag*

## 10 §

*Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för att sådan specialiserad 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 för hälsovårdscentralerna att erbjuda samt ansvara för att utvecklandet styrs och kvaliteten övervakas i fråga om den *laboratorie- och diagnostiska utbildningsservice*, medicinska rehabilitering samt motsvarande specialtjänster som hälsovårdscentralerna erbjuder.

Dessutom skall samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt inom sitt område sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde samt för samordningen av informationssystem. Samkommunen skall också sörja för att hälso- och sjukvårdspersonalen bero-



ende 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.

## 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.

Den som är i brådskande behov av sjukvård skall utan hinder av 1 mom. omedelbart beredas sjukvård.

ende 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.

## 31 §

*Den som är i brådskande behov av sjukvård skall omedelbart ges den vård hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. För att någon skall kunna intas på ett sjukhus för sjukvård förutsätts i övrigt en på läkar- och tandläkarundersökning grundad remiss, om inte något annat föreskrivs genom förordning av statsrådet.*

*Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt svarar för att behovet av både brådskande och på remiss grundad vård bedöms och att vården ordnas på enhetliga medicinska eller odontologiska grunder.*

*Bedömningen av vårdbehovet skall inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet i sjukvårdsdistriktet. Vård som på basis av bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. Vård som på basis av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom mentalvårdsarbetet bland barn och unga konstaterats vara nödvändig skall med beaktande av hur brådskande vården är ordnas inom tre månader, om inte medicinska, vårdrelaterade eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.*

*Om samkommunen inte själv kan ge vård i enlighet med 1 och 3 mom., skall den anskaffa vården från en annan serviceproducent i enlighet med 4 § lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården.*

*Om det är ändamålsenligast att vården av*

*en sjukdom eller behandlingen av ett symptom som konstaterats hos en person ges vid en hälsovårdscentral, skall patienten hänvisas till hälsovårdscentralen i fråga för fortsatt vård och hälsovårdscentralen ges nödvändiga vårdanvisningar.*

*En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 3 mom.*

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 denna förhandstillstånd att på bekostnad av samkommunen söka vård i medlemsstaterna inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet eller Schweiz. När förhandstillståndet beviljas skall patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp beaktas.*

*Ändring i beslut om förhandstillstånd som fattas av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan sökas så som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996).*

43 a §

*För kostnaderna för vård som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt på basis av 31 § 4 mom. eller 31 a § 1 mom. anskaffat från en annan serviceproducent är patientens hemkommun skyldig att betala ersättning till sjukvårdsdistriktet i enlighet med fastställd debiteringstaxa, om inte alla medlemskommuner i sjukvårdsdistriktet har kommit överens om något annat.*

59 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser utfärdas om det närmare innehållet i och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en mera jämlik tillgång till tjänsterna kan också bestämmelser om längsta väntetid innan patienten blir undersökt och får vård i samband med

59 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser utfärdas om innehållet i och ordnandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare bestämmelser genom förordning av statsrådet utfärdas om principerna för när patienten blir undersökt och får vård, of-

*Gällande lag*

mentalvårdstjänster utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en verksamhetsenhet inom en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

-----

*Förslag*

*fentliggörande av väntetider, samordning av hälso- och sjukvårdstjänster samt regionalt samarbete utfärdas av statsrådet. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en verksamhetsenhet inom en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.*

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

-----

*Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.*

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

-----

## 3.

**Lag****om ändring av lagen om patientens ställning och rättigheter**

I enlighet med riksdagens beslut  
ändras i lagen av den 17 augusti 1992 om patientens ställning och rättigheter (785/1992) 4 §  
1 mom. samt  
fogas till lagen en ny 4 a § som följer:

*Gällande lag*

4 §

*Intagning för vård*

Om någon inte genast kan ges sådan vård som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anser nödvändig, skall han beroende på hälsotillståndet antingen hänvisas att vänta på vård eller hänvisas till eller sändas för att få vård någon annanstans där sådan vård kan ges. Om han blir tvungen att vänta på vård, skall han underrättas om orsaken till dröjsmålet och den beräknade väntetiden.

*Förslag*

4 §

*Intagning för vård*

*Patienten skall meddelas en tidpunkt när han får vård. Om tidpunkten ändras, skall patienten omedelbart meddelas en ny tidpunkt och orsaken till ändringen. I folkhälso- och lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs särskilt om intagning för vård och om ordnande av vård vid enheter för folkhälsoarbete och specialiserad sjukvård.*

4 a §

*Plan för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering*

*Inom hälso- och sjukvård skall vid behov göras upp en plan för undersökning, vård, medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan. Av planen bör framgå hur vården av patienten skall ordnas och inom vilken tidtabell. Planen skall göras upp i samförstånd med patienten, hans anhöriga eller närstående eller hans lagliga företrädare. Beträffande innehållet i planen och delaktiga i ärendet gäller dessutom vad som föreskrivs särskilt om dem.*

*Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.  
Åtgärder som verkställigheten av lagen  
förutsätter får vidtas innan lagen träder i  
kraft.*

---

## 4.

**Lag****om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut  
ändras i lagen av den 3 augusti 1992 om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 9 § som följer:

*Gällande lag*

## 9 §

*Avgifter i specialavgiftsklassen*

Andra sjukhus som avses i lagen om specialiserad sjukvård än psykiatriska sjukhus kan ha en specialavgiftsklass för patienter som vill få behandling av en läkare som har rätt att behandla patienter i specialavgiftsklass i den omfattning som länsstyrelsen fastställer.

Om ett sjukhus räknat från den 1 januari 1976 eller därefter med stöd av 4 § lagen om införande av folkhälsolagen (67/72) har överförts till en hälsovårdscentral eller en statlig sjukvårdsinrättning med stöd av någon annan lag har överförts att användas inom hälsovårdscentralens verksamhet, kan också ett sådant hälsovårdscentralsjukhus ha en specialavgiftsklass.

Hos patienter som behandlas i specialavgiftsklass kan tilläggsavgifter upp bäras enligt förordning.

Läkaren har rätt att i arvode få ett belopp som motsvarar de tilläggsavgifter som betalas av de patienter som han behandlar i specialavgiftsklass.

*Förslag*

## 9 §

*Specialklinikavgift*

*Vid sjukhus som drivs av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan specialklinikverksamhet ordnas vardagar efter klockan 16.00 samt lördagar och söndagar. På avgifter som tas ut för undersökningar och vård i samband med specialklinikverksamheten tillämpas inte 2 § 2 mom. eller 6, 6a och 11 §.*

*Användningen av specialklinik tjänster skall bygga på att den som använder en tjänst själv frivilligt har sökt sig till polikliniken för undersökning eller vård och på patienten är medveten om specialklinikens avgiftspraxis. Patienten bör om han så önskar ha möjlighet att på basis av lagen om specialiserad sjukvård få sådan vård som sjukvårdsdistriktet ansvarar för att anordna så att avgiften bestäms i enlighet med andra bestämmelser i denna lag och bestämmelser som utfärdats med stöd av den i stället för enligt denna paragraf.*

*Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser vid behov utfärdas om ordnandet av specialklinikverksamhet och innehållet i den.*

*Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005.*

*Läkare som vid denna lags ikraftträdande har rätt att behandla patienter i specialavgiftsklass bibehåller sin rätt enligt tillståndet från länsstyrelsen fram till den 29 februari 2008. På avgifter som tas ut hos patienter som behandlas i en specialavgiftsklass tillämpas de bestämmelser som gäller vid denna lags ikraftträdande.*

*Gällande lag*

**RP 77/2004 rd**  
*Förslag*

63

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

---