

RP 55/2023 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av 51 a § i en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § i en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ändras så att den längsta väntetid på 14 dygn för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården som trädde i kraft den 1 september 2023 inte skärps till sju dygn den 1 november 2024.

Bestämmelserna gäller den primärvård som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, den studerandehälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse, den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar samt en del av den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som ordnas av förläggningar.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2024 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 november 2024.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	3
1 Bakgrund och beredning.....	3
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	4
2.1 Gällande lagstiftning.....	4
2.1.1 Ordning av hälso- och sjukvård.....	4
2.1.2 Finansieringen av välfärdsområdena, studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar	7
2.1.3 Lagstiftning om tillgången till vård.....	9
2.2 Servicesystemets nuläge.....	13
2.2.1 Läget inom servicesystemet.....	13
2.2.2 Hälso- och sjukvårdspersonalen.....	17
2.2.3 Statistiska uppgifter om tillgången till brådskande vård.....	24
2.3 Slutsatser	31
2.3.1 Innehållsmässiga ändringsbehov.....	31
2.3.2 Behov av ändringar i lagstiftningen	33
3 Målsättning	33
4 Förslagen och deras konsekvenser.....	34
4.1 De viktigaste förslagen.....	34
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	34
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	34
4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	37
4.2.3 Övriga samhälleliga konsekvenser.....	41
5 Alternativa handlingsvägar.....	44
6 Remissvar	46
7 Specialmotivering	49
7.1 Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen.....	49
7.2 Lag om ändring av en lag om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	49
8 Ikraftträdande.....	49
9 Verkställighet och uppföljning	49
10 Förhållande till andra propositioner.....	50
11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	50
LAGFÖRSLAG	57
Lag om ändring av 51 a § i en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	57
Lag om ändring av 10 a § i en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	58
BILAGOR.....	59
PARALLELLTEXT	59
Lag om ändring av 51 a § i en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen	59
Lag om ändring av 10 a § i en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	60

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

De längsta väntetiderna för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården, det vill säga den så kallade vårdgarantin, skärps med de lagändringar som träder i kraft den 1 september 2023 och den 1 november 2024.

Bestämmelserna om tillgång till sjukvård inom primärvården ändrades från och med den 1 september 2023 så att den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Från och med den 1 september 2023 ska en sådan undersökning inom mun- och tandvården som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från att bedömningen av vårdbehovet gjorts. Lagen innehåller också närmare bestämmelser om att få vård. De bestämmelser som gäller de längsta väntetiderna för att få vård ändras den 1 november 2024 i enlighet med den lagstiftning som riksdagen har godkänt, så att den längsta väntetiden för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården skärps till sju dygn och inom mun- och tandvården till tre månader.

Bestämmelserna gäller den primärvård som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar och som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), den studerandehälsovård för högskolestuderande som omfattas av Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse och som regleras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019, *SHV-lagen*), den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och som regleras i fängelselagen (767/2005) och häktninglagen (768/2005), samt en del av den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som ordnas av förläggningar med stöd av lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, *mottagningslagen*).

De nämnda lagändringarna baserar sig på regeringens proposition RP 74/2022 rd. Webbplatsen som gäller riksdagsbehandlingen av propositionen finns på adressen https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Sidor/RP_74+2022.aspx och beredningen av lagprojektet finns i projektportalen, <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM074:00/2019>. I avsnitt 1.2 i den ovan nämnda regeringspropositionen beskrivs beredningen av propositionen.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering bibehålls den vårdgaranti på 14 dygn som träder i kraft den 1 september 2023 på grund av personalbrist. Vårdgarantin för mun- och tandvård ändras inte (från och med den 1 september 2023 är vårdgarantin fyra månader och från och med den 1 november 2024 tre månader). I regeringsprogrammet dras det även upp riktlinjer för att balansera de offentliga finanserna.

De handlingar som gäller denna regeringsproposition finns tillgängliga på adressen <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM053:00/2023>

Regeringsprogrammet innehåller även andra skrivningar om vårdgaranti. Dessa ska dock inte genomföras genom denna proposition.

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Propositionen var på remiss den 23 augusti–15 september 2023. Remisstiden var kortare än normalt, eftersom propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2024 och tidsramarna för beredning av den anledningen var strama. Remissvaren behandlas i kapitel 6. Efter remissbehandlingen bereddades avsnittet om propositionens konsekvenser för Migrationsverket och förläggningarna i samarbete med inrikesministeriet.

Propositionen behandlades i delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning den 15 september 2023.

Propositionen har granskats vid justitieministeriets enhet för utveckling av lagstiftningen och laggranskning.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Gällande lagstiftning

2.1.1 Ordnanande av hälso- och sjukvård

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 6 § 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Social- och hälsovårdstjänsterna ordnas av 21 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. För samordning, utveckling och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena finns dessutom fem samarbetsområden för social- och hälsovården. I Nyland avviker organiseringsansvaret för social- och hälsovården och räddningsväsendet från lösningen i resten av landet genom att Helsingfors stad ansvarar för ordnandet av dessa tjänster. Dessutom ansvarar fyra välfärdsområden för ordnandet av tjänsterna i Nyland. I Nyland verkar även HUS-sammanslutningen, som ansvarar för de funktioner och uppgifter inom den specialiserade sjukvården som sammanslutningen har enligt lag och enligt organiseringsavtalet för HUS. Bestämmelser om ordnandet av social- och hälsovård finns i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Bestämmelser om välfärdsområdenas verksamhet, ekonomi och förvaltning samt om granskningen av ekonomin och förvaltningen finns i lagen om välfärdsområden (611/2021). I lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) finns det bestämmelser om ansvaret för att ordna social- och hälsovården i Nyland samt om ordnande av förvaltningen och ekonomin i anslutning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland.

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

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar välfärdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. För att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrationspersonal och annan personal som verksamheten kräver, förfoga över lämpliga lokaler och lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten. Dessutom ska välfärdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar.

Enligt 9 § i lagen om välfärdsområden får ett välfärdsområde, om inte något annat föreskrivs genom lag, producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Särskilda bestämmelser gäller för användningen av servicesedlar. Välfärdsområdena får enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård skaffa social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna från privata tjänsteproducenter på grundval av avtal, om det behövs för att sköta uppgifterna på ett ändamålsenligt sätt. Alla sådana social- och hälsovårdstjänster vilkas anskaffning inte separat har förbjudits i lag får skaffas från en privat tjänsteproducent. Välfärdsområdet ska uppfylla sitt organiseringsansvar och sörja för att de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av dess organiseringsansvar tillhandahålls jämlikt också när det skaffar tjänster. De tjänster som skaffas ska till innehåll, omfattning och kvantitativ andel vara sådana att välfärdsområdet under alla omständigheter kan fullgöra sitt organiseringsansvar även när det gäller dessa tjänster. I 13 § föreskrivs det om användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter. Bestämmelser om servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009).

Enligt 10 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund.

Bestämmelser om de hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar finns i 2 och 3 kap. i hälso- och sjukvårdslagen. Välfärdsområdena är skyldiga att ordna hälsorådgivning och hälsoundersökningar, screening, rådgivningsbyråttjänster, skolhälsovård, studerandehälsovård på andra stadiet, företagshälsovård, sjukvård, hemsjukvård, mun- och tandvård, mentalvård, missbrukar- och beroendevård och medicinsk rehabilitering på det sätt som anges närmare i lagen.

I SHV-lagen föreskrivs det om den studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten. Enligt 8 § är Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) en lagstadgad nationell tjänsteproducent. SHVS ska tillhandahålla den studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 17 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen hör det till studerandehälsovården bland annat att ordna hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, inklusive mentalvårdsarbete och alkohol- och drogärbete, främjande av den sexuella hälsan samt mun- och tandvård.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som är underställd Institutet för hälsa och välfärd, ordnar hälso- och sjukvård för fångar och häktade i hela landet i enlighet med vad som föreskrivs i 10 kap. i fängelselagen och i 6 kap. i häktningsslagen. Enligt de lagarna svarar Enheten

för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas och de häktades medicinska behov. Lagarna innehåller inga närmare bestämmelser om hälso- och sjukvårdens innehåll.

Staten ordnar också vissa andra hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelser om statliga sinnessjukhus finns i lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987) och mentalvårdslagen (1116/1990). Bestämmelser om den hälso- och sjukvård som Försvarsmakten ordnar finns i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). I mottagningslagen föreskrivs det om förläggningarnas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster till sådana i lagen avsedda personer som söker internationellt skydd, får tillfälligt skydd eller är offer för människohandel.

I lagen om företagshälsovård (1383/2001) åläggs arbetsgivaren att ordna förebyggande företagshälsovård för sina arbetstagare. Utöver förebyggande verksamhet kan arbetsgivaren ordna sjukvård och andra hälso- och sjukvårdstjänster för sina arbetstagare. Det är frivilligt att ordna sådana tjänster. Arbetsgivarna har till största delen inkluderat hälso- och sjukvårdstjänster på allmänläkarnivå i sina avtal om företagshälsovård. Dessa tjänster varierar till sin omfattning från arbetsgivare till arbetsgivare. Bakgrunden till detta är ett kundorienterat önskemål om att arbetstagarna ska få ändamålsenlig tillgång till mottagningar vid en enhet där förhållandena på arbetsplatsen är kända samt om att behövliga undersökningar och behövlig vård samt rehabilitering ska inledas för att stödja arbetsförmågan. Arbetstagarna uppskattar en högklassig och heltäckande företagshälsovård. Enligt FPA:s statistik över företagshälsovård 2021 omfattade den företagshälsovård som arbetsgivaren ordnade enligt FPA:s ersättningsuppgifter 1 976 000 arbetstagare, vilket var 1,9 % fler än året innan. Av löntagarna omfattades 90,1 % av företagshälsovården. Täckningen har varit drygt 85 % utan avbrott sedan 2010. År 2021 gjordes 3,1 miljoner hälso- och sjukvårdsbesök. Antalet hälso- och sjukvårdsbesök inom företagshälsovården har minskat med 40 % från 2012 till 2021. I genomsnitt gjordes två hälso- och sjukvårdsbesök per anställd. Läkarcentralerna är den klart viktigaste producenten av företagshälsovårdstjänster.

Enligt lagen om företagshälsovård har arbetsgivare, företagare och andra som utför eget arbete rätt till ersättning för kostnaderna för ordnande av företagshälsovård och annan hälso- och sjukvård enligt vad som föreskrivs i sjukförsäkringslagen (1224/2004). Dessa ersättningar ändrades genom en ändring av sjukförsäkringslagen som trädde i kraft vid ingången av 2020 (RP 77/2018 rd, lag 1075/2018). Bakom ändringen låg den dåvarande statsminister Juha Sipiläs regerings riktlinje att tyngdpunkten i företagshälsovårdens verksamhet ska flyttas till förebyggande verksamhet. År 2021 uppgick de godtagbara kostnaderna för företagshälsovård som arbetsgivaren ordnat till 899 miljoner euro, vilket var 2,2 % mer än året innan. Av kostnaderna föranleddes 464 miljoner euro av tjänsterna inom den förebyggande företagshälsovården och 435 miljoner euro av hälso- och sjukvårdstjänster.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts den som sökt sig till privat sjukvård för kostnaderna för vården. Folkpensionsanstalten betalade cirka 183 miljoner euro i ersättningar för privat vård och undersökningar 2022. Dessa ersättningar finansieras med sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring, varav 67 procent finansieras av staten och resterande 33 procent med de försäkrades sjukvårdspremier. Till FPA-ersättningarna riktades inbesparingar på 64 miljoner euro fr.o.m. den 1 januari 2023 så att största delen av ersättningarna för undersökning och vård slopades och så att ingrepp som läkaren gjort inte längre omfattades av ersättningen med några få undantag. Mentalvårdstjänsterna och tandvården blev dock inte föremål för nedskärningar. Från och med ingången av 2023 betalas ersättning för besök hos allmänläkare och specialister. Dessutom ersätts läkaringrepp i anslutning till behandlingen av psykiska sjukdomar, åtgärder som vidtas av en tandläkare eller en specialistläkare i mun- och käkkirurgi, laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats av en tandläkare, en specialistläkare i psykiatri

eller av en specialistläkare i mun- och käkkirurgi samt psykologundersökningar som ordinerats av en läkare. Även kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtanden som behövs för ansökningar om förmåner enligt sjukförsäkringslagen ersätts.

Bestämmelser om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna för läkararvoden och tandvård samt för undersökningar och vård finns i statsrådets förordning om grunderna för ersättningstaxorna enligt 3 kap. 4 och 5 § i sjukförsäkringslagen (1336/2004). Enligt 3 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen fastställer Folkpensionsanstalten på basis av grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna en förteckning över de undersöknings- och vårdåtgärder som ska ersättas samt ersättningstaxorna för dem. Grunderna för ersättningstaxorna och de ersättnings- taxor som ska fastställas baserar sig på undersöknings- och vårdåtgärdens art, det arbete den kräver och de kostnader den medför, det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och de medel som står till buds för ersättningarna. I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering har tilläggsfinansiering anvisats till FPA-ersättningarna för att avveckla vårdköerna inom primärvården. Regeringen preciserade de föresatser i regeringsprogrammet som gäller FPA-ersättningarna vid budgetmanglingen den 19 september 2023. För FPA-ersättningarna för allmänläkarmottagningar och specialistläkarmottagningar, psykoterapi och grundläggande undersökning hos tandläkare anvisas en tilläggsfinansiering på 97,5 miljoner euro för 2024. Dessutom anvisas cirka 134,2 miljoner euro per år för åren 2025–2027 i tilläggsfinansiering för utveckling av en ny FPA-ersättningsmodell.

Lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) träder i kraft den 1 januari 2024. I lagen föreskrivs det om privata och offentliga tjänsteproducenters verksamhetsförutsättningar, registrering och egenkontroll och myndighetstillsyn.

I 2 kap. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, *patientlagen*) finns bestämmelser om patientens rättigheter. Enligt 3 § i den lagen har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patientens rätt till god vård tryggas också genom hälso- och sjukvårdslagstiftningens bestämmelser om bland annat hälso- och sjukvårdens kvalitet, patientsäkerheten, språket i samband med hälso- och sjukvårdstjänster, skyldigheter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och personalens skyldigheter när det gäller fortbildning och samarbetskyldighet.

Enligt självstyrelselagen för Åland (1144/1991) hör ordnandet av social- och hälsovårdstjänster på Åland till landskapets egen lagstiftningsbehörighet. För ordnandet av både primärvården och den specialiserade sjukvården svarar Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS, som är underställd Ålands landskapsregering.

2.1.2 Finansieringen av välfärdsområdena, studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar

Den totala finansieringen av välfärdsområdena baserar sig på finansiering från staten och på intäkter från avgifter och försäljning. Lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021), nedan *finansieringslagen*, innehåller bestämmelser om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden har organiseringsansvaret. Välfärdsområdena har ingen beskattningsrätt. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpost för välfärdsområdet, och därmed är det välfärdsområdet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet. Den statliga finansieringen är kalkylerad och fördelas på finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Finansieringen av

social- och hälsovården är i regel behovsbaserad men i den beaktas också invånarunderlaget, språk- och omgivningsfaktorer, främjandet av välbefinnande och hälsa samt från och med år 2024 det så kallade universitetssjukhustillägget.

Enligt 6 § i finansieringslagen baserar sig nivån på den statliga finansieringen för varje finansår på välfärdsområdenas kalkylerade kostnader för det föregående året. Nivån på finansieringen justeras årligen för hela landet med beaktande av förändringen i kostnadsnivån i enlighet med prisindexet för välfärdsområdena enligt vad som föreskrivs i 8 § i finansieringslagen. Enligt 9 § i finansieringslagen beaktas vid bestämmandet av nivån för den statliga finansieringen för finansåret till fullo en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. I enlighet med 10 § i finansieringslagen beaktas årligen i efterhand de faktiska kostnaderna för året före det år som föregått finansåret så att skillnaden mellan de kalkylerade kostnaderna och de faktiska kostnaderna för året i fråga läggs till finansieringen eller dras av från finansieringen. Justeringen av kostnadsnivån görs till fullt belopp. På så sätt säkerställer man att den kalkylerade finansieringen inte avviker från de faktiska kostnaderna.

Bestämmelser om ett välfärdsområdes rätt att vid behov få tilläggsfinansiering finns i 11 § i finansieringslagen. Om nivån på finansieringen annars skulle äventyra ordnandet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen, har välfärdsområdet rätt att få tilläggsfinansiering av staten till det belopp som behövs för att trygga nämnda social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster med beaktande av välfärdsområdets förutsättningar att ordna övriga lagstadgade uppgifter. Bestämmelser om förfarandet för tilläggsfinansiering finns i 26 § i finansieringslagen.

Statens kalkylerade finansiering till välfärdsområdena och Helsingfors stad uppgår 2023 till sammanlagt uppskattningsvis cirka 23,2 miljarder euro. Beloppet preciseras ännu under 2023 när den slutliga så kallade överföringskalkylen blivit klar.

I lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992) föreskrivs det om klientavgifter för de tjänster som ordnas av välfärdsområdena. Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen har i sin budget budgeterat att de tar ut cirka 1,4 miljarder euro i klientavgifter 2023.

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

Enligt 17 § i SHV-lagen består finansieringen av studerandehälsovården av den hälsovårdsavgift de studerande betalar till Folkpensionsanstalten och de medel staten betalar till Folkpensionsanstalten. Staten finansierar 77 % av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. De godtagbara totalkostnaderna beräknas uppgå till 86 miljoner euro 2023. I statsbudgeten för 2023 har det anvisats ett anslag på cirka 65,4 miljoner euro för produktion av Studenternas hälsovårdsstiftelses studerandehälsovård. Den hälsovårdsavgift som tas ut hos de stu-

derande utgör 23 procent av finansieringen av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. Beloppet på hälsovårdsavgiften fastställs så att de studerandes finansieringsandel divideras med det uppskattade antalet närvaroanmälda studerande. Hälsovårdsavgiften är lika stor för alla studerande. Hälsovårdsavgiftens belopp fastställs årligen innan statsrådet den 30 november utfärdar den förordning som gäller beloppet. Enligt statsrådets förordning om avgifter för studerandehälsovården för högskolestuderande år 2023 (922/2022) är hälsovårdsavgiften 73,60 euro år 2023. Inga andra service- eller besöksavgifter tas ut.

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

Hälsovård, sjukvård och medicinsk rehabilitering enligt fångarnas och de häktades medicinska behov betalas enligt fängelselagen och häktningsslagen av statsmedel. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har anvisats sammanlagt cirka 22,3 miljoner euro i finansiering i statsbudgeten för 2023. Dessutom har enheten för hälso- och sjukvård för fångar avgiftsbelagd verksamhet i anslutning till sinnesundersökningar av fångar och utarbetande av farlighetsbedömningar.

2.1.3 Lagstiftning om tillgången till vård

Före ikraftträdandet av lagändringarna den 1 september 2023 skulle ett välfärdsområde enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt.

Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten. Vård inom primärvården som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård och inom mun- och tandvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

I den ändring av 51 § i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 september 2023 föreskrivs det om att få kontakt med en enhet inom primärvården samt om bedömningen av vårdbehovet. Enligt den paragrafen ska ett välfärdsområde ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är, samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I fråga om mun- och tandvård kan bedömningen göras också av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

Bestämmelser om att få vård inom primärvården finns från och med den 1 september i den nya 51 a §. Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom

primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I 2 mom. föreskrivs det att om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

Enligt 3 mom. gäller de längsta väntetider som föreskrivs i 1 och 2 mom. inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialtläkare som är verksamma inom primärvården än specialtläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården. I 4 mom. föreskrivs det att när det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

I 5 mom. föreskrivs det att om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska den genomföras inom de längsta väntetider som anges i 1–4 mom.

Bestämmelser om att få mun- och tandvård finns i den nya 51 b §. I 1 mom. i den paragrafen föreskrivs det att en sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen. I 2 mom. föreskrivs det att om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen. I 3 mom. föreskrivs det att om en tandläkare konstaterar att det behövs undersökning eller vård av en specialtandläkare inom primärvården ska vård fås av en specialtandläkare inom en skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren har konstaterat behovet av tjänsten.

Enligt 4 mom. ska vårdperioden slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras. Enligt 5 mom. tillämpas inte det som föreskrivs i 1 mom. i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet

med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

I 6 mom. föreskrivs det att om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 4 mom.

I lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) föreskrivs det om den rätt till elevhälsa som gäller för eleverna inom den undervisning och utbildning som avses i lagen om grundläggande utbildning (628/1998) och för de studerande inom den utbildning som avses i gymnasielagen (714/2018) och lagen om yrkesutbildning (531/2017) och för studerande som studerar med stöd av vissa andra lagar. Enligt lagen om elev- och studerandevård ska elevhälsan främst vara förebyggande elevhälsa med generell inriktning som stöder hela läroanstalten. Till elevhälsan hör också att en enskild studerande tillhandahålls skol- och studerandehälsovårdstjänster samt psykolog- och kuratorstjänster inom elevhälsan på det sätt som anges närmare i lag. Enligt 15 § ska den studerande ges möjlighet till ett personligt samtal med elevhälsans psykolog eller kurator senast den sjunde arbetsdagen vid läroanstalten efter det att den studerande har begärt detta. I brådskande fall ska möjlighet till ett samtal ges samma eller nästa arbetsdag. Enligt 17 § ska hälsovårdarens arbetstid inom skol- och studerandehälsovården ordnas så att de studerande i förekommande fall har möjlighet att besöka hälsovårdarens mottagning också utan tidsbeställning. De studerande ska ges möjlighet att vardagar under tjänstetid under samma dag få kontakt med studerandehälsovården. Bedömning av vårdbehovet och erhållande av vård som i samband med bedömningen har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas i enlighet med vad som föreskrivs i 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.

Bestämmelser om att få vård inom den specialiserade sjukvården finns i 52 § i hälso- och sjukvårdslagen. Bedömningen av vårdbehovet ska i regel inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast. I 53 § i den lagen ingår dessutom separata bestämmelser som ska iakttas inom den specialiserade sjukvården när det gäller att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till verksamhetsenheten. Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat. Bestämmelser om att få specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ingår från och med den 1 september 2023 i den nya 51 c §. De bestämmelserna om tillgång till vård ändrades inte innehållsmässigt jämfört med de bestämmelser i 51 § som gällde före ikraftträdandet av lagändringen.

I och med översynen av bestämmelserna om de längsta väntetiderna för att få vård innehåller SHV-lagen från den 1 september 2023 bestämmelser om tillgången till vård och detta regleras inte längre i form av laghänvisningar till hälso- och sjukvårdslagen. Den ändrade 10 § och de nya 10 a och 10 b § gäller tillgången till vård, och motsvarar i stor utsträckning 51, 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna har i viss mån anpassats när det gäller studerandehälsovården för högskolestuderande.

I fråga om hälso- och sjukvården för fångar fogades det i samband med lagreformen uttryckliga bestämmelser till fängelselagen och häktningslagen om att i hälso- och sjukvården för fångar iakttas de motsvarande längsta väntetider för att få vård som beskrivits ovan. Enligt 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningslagen tillämpas på de längsta väntetiderna för att få vård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpningen av de nämnda lagarna. Vad som i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpningen av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enligt 54 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde, om det inte självt kan producera undersökningar, vård eller rehabilitering inom de längsta väntetider som föreskrivs i 51 a–51 c, 52 eller 53 §, ordna dem på det sätt som avses i 9 § 1 mom. i lagen om välfärdsområden genom att producera dem i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Bestämmelser om användning av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården. I 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter. I bestämmelserna i det kapitlet föreskrivs det om krav på privata tjänsteproducenter och det föreskrivs bland annat att välfärdsområdet får, när det skaffar tjänster inom primärvården, som en del av den vård som ges kunden låta den privata tjänsteproducenten bedöma behovet av medicinsk eller odontologisk vård och fatta vårdbeslut, utarbeta en vårdplan och skriva remiss till specialiserad sjukvård. I lagstiftningen föreskrivs det även om välfärdsområdets skyldighet att styra och övervaka de privata tjänsteproducenternas verksamhet och om de offentliga och privata tjänsteproducenternas egenkontroll. I samband med en bedömning enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen och en bedömning av behovet av specialiserad sjukvård ska det bedömas huruvida välfärdsområdet klarar av att producera undersökningarna, vården och rehabiliteringen inom de längsta väntetiderna som anges i 51 a–51 c, 52 och 53 §.

Enligt 10 c § i SHV-lagen ska det i samband med en bedömning enligt 10 § bedömas huruvida Studenternas hälsovårdsstiftelse klarar av att producera vården inom de längsta väntetider som anges i 10 a och 10 b §. Paragrafen innehåller dessutom en hänvisning till 8 § 3 mom., enligt vilket Studenternas hälsovårdsstiftelse ska producera studerandehälsovårdstjänsterna i huvudsak som egen verksamhet. Om produktionsskyldigheten enligt SHV-lagen inte kan genomföras på annat sätt, kan Studenternas hälsovårdsstiftelse skaffa kompletterande studerandehälsovårdstjänster av en annan tjänsteproducent med iakttagande av lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016). Studenternas hälsovårdsstiftelse svarar för tjänster som en underleverantör ger en enskild studerande och har det övergripande ansvaret för de studerandehälsovårdstjänster varje enskild studerande får.

Bestämmelser om offentliggörande av uppgifter om tillgången till vård finns i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. Regleringen reviderades från och med den 1 september 2023 så att uppgifter om tillgången till vård inom primärvården ska offentliggöras oftare. Enligt den paragrafen ska ett välfärdsområde månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna (inom den specialiserade sjukvården) har hållits. Dessutom producerar Institutet för hälsa och välfärd i fortsättningen de uppgifter som ska publiceras, vilket förbättrar uppgifternas jämförbarhet. Välfärdsområdet ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en

hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet ska nyckeltalen offentliggöras separat för varje sådan enhet, om det är möjligt. I 10 d § i SHV-lagen, 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningsslagen föreskrivs det om offentliggörande av uppgifter på huvudsakligen motsvarande sätt som i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. För SHVS del offentliggörs uppgifterna enligt verksamhetsställe. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset.

Enligt 8 § i mottagningslagen sköter Migrationsverket styrningen, planeringen och övervakningen av mottagningsverksamheten och hjälpsystemet i praktiken. Enligt 13 § i mottagningslagen ordnas mottagningstjänsterna av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som klient. Till mottagningstjänsterna hör bland annat hälso- och sjukvårdstjänster enligt vad som föreskrivs i den lagen. Lagen tillämpas på mottagandet av personer som söker tillfälligt skydd och på identifiering av och hjälp till offer för människohandel. Enligt 26 § 1 mom. i mottagningslagen har personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen (dvs. brådskande vård) samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt vara nödvändiga. Enligt 26 § 2 mom. får personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. I regeringens proposition RP 74/2022 rd (s. 77) konstateras det att regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen kan tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom motsvarande tidsgränser som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

Om tillsynen över social- och hälsovården föreskrivs fram till den 31 december 2023 i lagen om ordnande av social- och hälsovård, lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990) och lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015). Den 1 januari 2024 träder den lag om tillsynen över social- och hälsovården i kraft som upphäver och ersätter tillsynsbestämmelserna i de lagarna. Regionförvaltningsverken och Tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira utövar tillsyn över social- och hälsovården. Lagen om tillsyn över social- och hälsovården innehåller bestämmelser om myndigheternas befogenheter såsom administrativ styrning och uppmaning, tvångsmedel och inspektion. Lagen om tillsyn över social- och hälsovården innehåller också ett kapitel om egenkontroll. Tjänsteordnarna ska i sin egenkontroll bland annat säkerställa tillgången till egna tjänster och till de tjänster som anskaffats, tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet. Tjänsteordnaren ska också följa upp personalens tillräcklighet för tjänster inom social- och hälsovård, lokalernas och utrustningens säkerhet samt lämplighet vid tillhandahållandet av tjänster. Tjänsteordnaren ska också styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar.

2.2 Servicesystemets nuläge

2.2.1 Läget inom servicesystemet

Servicesystemet inom social- och hälsovården har de senaste åren varit i stor omvandling. Också i verksamhetsmiljön har det förekommit fenomen som belastar servicesystemet mycket. Välfärdsområdena inledde sin verksamhet den 1 januari 2023 som aktörer med organiseringsansvar

för social- och hälsovården. Jämfört med det tidigare splittrade systemet har regionerna nu klart bättre möjligheter att säkerställa tjänsternas genomslag, integration och kostnadseffektivitet samt att säkerställa tjänsteproduktionen och tillräcklig personal och kompetens. I och med inledandet av välfärdsområdenas verksamhet har det under de senaste åren behövts betydande satsningar särskilt på säkerställandet av att de nya förvaltningsstrukturerna fungerar och på tryggheten av kontinuiteten i social- och hälsovårdstjänsterna inom de nya strukturerna. Samtidigt har målet varit att utveckla också tjänsternas innehåll och bland annat servicehelheterna och servicekedjorna så att de blir smidigare.

Parallellt med strukturreformen av social- och hälsovården har systemet i betydande grad belastats av covid-19-pandemin som började 2020. Bekämpningen och hanteringen av pandemin krävde betydande förändringar på alla nivåer i servicesystemet och inom alla hälso- och sjukvårdstjänster. Man var tvungen att skjuta på den icke-brådskande hälso- och sjukvården för att frigöra resurser för epidemiarbetet. Detta ledde till att det uppstod en betydande vård-, service- och rehabiliteringsskuld när befolkningens servicebehov inte kunde tillgodoses snabbt och när vissa servicebehov inte upptäcktes och de framträdde först efter att de hade blivit mer komplicerade. Avvecklingen av vårdskulden fortsätter trots att epidemin har avtagit.

De allt större utmaningarna i fråga om tillgången till personal inom social- och hälsovården framkom redan under covid-19-pandemin. Tyvärr förbättrades läget inte när pandemin avtog, utan personalbristen har blivit avsevärd i nästan hela Finland, inom flera funktioner och i nästan alla yrkesgrupper. Detta beskrivs närmare i avsnitt 2. Hälso- och sjukvårdspersonalen.

Arbetet med att utveckla tjänsternas innehåll är ännu i ett tidigt skede, och välfärdsområdena befinner sig också i mycket olika skeden i sina servicereformer. I de tidigare samkommunerna har det varit lättare att införa den nya välfärdsområdesstrukturen, vilket har gjort det möjligt att snabbare rikta resurserna till en reform av tjänsterna. Ett av de viktigaste målen för social- och hälsovårdsreformen är att samordna social- och hälsovårdstjänsterna. Social- och hälsovårdstjänster som fungerar bra tillsammans är särskilt viktiga för de kunder som använder flera olika tjänster. Det förutsätter multiprofessionellt samarbete av de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården. Utvecklingsarbetet har fortsatt i många utvecklingsprojekt inom programmet Framtidens social- och hälsocentral i samtliga välfärdsområden. Programmet har fått finansiering fram till utgången av 2023. I programmet prioriteras de åtgärder som främjar tillgången till tjänster inom primärvård, socialvård, mentalvård och multiprofessionell rehabilitering. Inom alla utvecklingsprojekt har målet varit att förbättra tillgången till vård och ta i bruk psykosociala metoder för alla åldersgrupper.

I de projekt som utförs inom ramen för programmet Framtidens social- och hälsocentral har målet att förbättra tjänsternas kvalitet och genomslag uppfattas på många olika sätt och inom projekten utförs ett tämligen mångsidigt utvecklingsarbete. Saker som ska utvecklas är bland annat nya servicelösningar och servicemodeller, kvalitetsledningssystem, kvalitets- och effektindikatorer, forskningsverksamhet, kunddelaktighet, mätning av kundbelåtenhet samt kunskapsbaserad ledning. Den förändring som utvecklingsarbetet medför kommer med mycket lång fördröjning att synas som en eventuell förbättring av tjänsternas kvalitet och genomslag efter det att de saker som utvecklats har på ett lyckat och omfattande sätt omsatts i praktiken i välfärdsområdena.

Effekterna av det utvecklingsarbete som gjorts inom programmet Framtidens hälsocentral syns ännu inte i de indikatorer som följs upp, särskilt när det gäller de längsta väntetiderna för tillgång till vård, på riksnivå – för att detta ska synas krävs det att de lösningar som utvecklats tas i bruk i större utsträckning i välfärdsområdena. I flera granskningar går ändringen i indikatorerna i

motsatt riktning med tanke på programmets nyttomål. Flera faktorer kan förklara detta, till exempel tiden efter pandemin med ”vårdskulder”, bristen på arbetskraft samt beredningen och genomförandet av övergången till välfärdsområdena. De mallar som utarbetas inom programmet Framtidens hälsocentral och de nya verksamhetsmodellerna och lösningarna kommer inte att omsättas i praktiken i välfärdsområdena på ett omfattande sätt under 2023 när programmet avslutas. Ibrukttagandet är utvecklingsverksamhet på längre sikt, vars förutsättningar och genomförande ska säkerställas genom samarbete mellan områdenas ledning, utvecklare och yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården samt genom stark statlig styrning och starkt statligt stöd. (Nationell övervakning och utvärdering av hur nyttomålen uppnås i programmet Framtidens social- och hälsovårdscentral: Diskussionsunderlag = Työpapperi, våren 2023. THL – Työpapperi 29/2023, endast på finska).

Välfärdsområdena berättade i sina utlåtanden om denna regeringsproposition (11 respondenter) om de åtgärder som de har vidtagit eller håller på att vidta för att nå vårdgarantin på 14 dygn. I flera utlåtanden framfördes åtgärder med anknytning till personalen för att nå vårdgarantin, såsom inrättande av tjänster, effektivisering av rekryteringen och ökning av personalens dragnings- och hållkraft. I flera utlåtanden lyftes utvecklingen av verksamhetsmodeller och elektroniska tjänster fram. Dessutom framfördes i yttrandena till exempel utveckling av arbetsfördelningen mellan personalen, utveckling av tjänsternas kontinuitet, kvalitet och genomslag, användning av välfärdsområdets resurser som en helhet och utvidgning av servicetiden. I vissa yttranden lyftes användningen av servicesedlar och köpta tjänster fram. I en stor del av yttrandena ansågs utmaningen i att iakttä de skärpta bestämmelserna om vårdgaranti ligga i problemen med tillgången på personal. I flera yttranden lyftes det utmanande ekonomiska läget fram samt den vård- och serviceskuld som coronapandemin orsakat. Därtill nämndes bland annat de utmaningar som organiseringen av välfärdsområdet medför och det ökade servicebehovet. I de yttranden som bedömde hur situationen utvecklas lyftes dessa utmaningar fram vid genomförandet av vårdgarantin på 14 dygn och å andra sidan lyftes det fram att de åtgärder som vidtagits och ska vidtas främjar genomförandet av vårdgarantin på 14 dygn.

Social- och hälsovårdsministeriet svarar för pelare 4 i Finlands program för hållbar tillväxt, som gäller stärkandet av tillgången till social- och hälsovårdstjänster, inklusive mun- och tandvården, och ökandet av kostnadsnyttoeffekten. Programmet för hållbar tillväxt bidrar till en ekologisk, socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt. Programmet hänför sig till återhämtningen från covid-19-pandemin i Europa. Programmet genomförs i alla välfärdsområden, Helsingfors stad och i alla kompetenscentrum inom det sociala området. Programmet finansieras huvudsakligen med medel från EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (Next Generation EU). Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat statsunderstöd för åren 2022–2025. Den fjärde pelarens huvudsakliga mål är att minska den service-, rehabiliterings- och vårdskuld inom social- och hälsovården som kumulerats under covid-19-pandemin, att möjliggöra en snabbare tillgång till vård och tjänster i hela landet genom att införa nya tillvägagångssätt och att främja genomförandet av social- och hälsovårdsreformen. Åtgärderna som ingår i pelaren bidrar till att vårdgarantin genomförs på basnivån, minskar ojämlikhet, satsar på en tidigare identifiering av problem än tidigare och en mer verkningsfull förebyggande verksamhet samt ökar kvaliteten på tjänsterna och kostnadseffektiviteten. Målet är att befolkningen på lika grunder får tillgång till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver på ett enkelt sätt, med låg tröskel och via flera kanaler. Målet är även att utöka införandet av nya digitala lösningar och utvidga användningen av lösningar som har visat sig vara kostnadseffektiva i ett så brett nationellt samarbete mellan regionerna som möjligt till exempel genom att utnyttja Kanta-tjänsterna, DigiFinland Oy och it-företagens produkter och tjänster. I programmet för Grön tillväxt finns ett bindande mål för tillgången till vård, enligt vilket 80 % av vårdbesöken ska genomföras inom den längsta väntetiden på sju dygn för att få icke-brådskande vård under det sista kvartalet 2025.

Den utredning om genomförandet av en ny husläkarmodell som social- och hälsovårdsministeriet beställt blev färdig i augusti 2022 (Modell för kontinuiteten i vården, Slutrapport om utredningen Husläkare 2.0, endast på finska) Målet var att bedöma och beskriva hur man skulle kunna kombinera en husläkarmodell med vårdgarantin och på så sätt främja tillgången till vård och dess kontinuitet. I den modell för kontinuiteten i vården som beskrivs i utredningen är det centrala elementet kontinuiteten i vårdrelationen mellan patienten och läkaren. Patienten ska dessutom få stöd av en egen sjukskötare och vid behov också stöd av ett multiprofessionellt team med andra experter. Utredningen bidrar till att förbättra tillgången till och kontinuiteten i vården inom välfärdsområdena. Genom att förbättra kontinuiteten i den personliga vårdrelationen kan de många fördelar som beskrivs i den vetenskapliga litteraturen uppnås, inklusive en bättre kontroll över totalkostnaderna för hälso- och sjukvården.

Enligt SHVS plan för servicenätet ska tjänsterna tillhandahållas 2023 så att 96 % av tjänsterna produceras som SHVS egen produktion och 4 % produceras vid SHVS underleverantörers verksamhetsställen. SHVS servicenätverk är indelat i fem serviceområden. Den största av dessa är SHVS södra (cirka 100 900 studerande), medan de övriga områdena (västra, östra, mellersta, norra) omfattar cirka 36 000–50 000 studerande. Det ökade antalet läroanstaltsorter och placeringen av dem i ett större område i och med den lagändring som trädde i kraft 2021 har ökat antalet underleverantörstjänster vid sidan av SHVS egna tjänster. Utöver de fem geografiska områdena finns det inom tjänsteproduktionen en centraliserad riksomfattande bedömning av vårdbehovet och ett team för distanstjänster/digitala tjänster.

SHVS personalinsatser uppgick 2021 till sammanlagt 753 årsverken, varav 300 årsverken var inom den allmänna hälsan, 158 årsverken inom mentalvården, 260 årsverken inom mun- och tandvården samt 36 årsverken inom förvaltningen. SHVS har satsat starkt på reformer som förbättrar tjänsternas produktivitet och effektivitet. SHVS har förberett sig på en skärpning av vårdgarantin bl.a. genom att systematiskt förnya och effektivisera sin servicemodell och genom att genomföra en omfattande digital övergång. För att förbättra tillgången till tjänster har SHVS överfört sina tjänster till digitala kanaler så att cirka 72 % av besöken inom den allmänna och den psykiska hälsan sköttes via digitala kanaler 2022. Under våren och början av sommaren 2023 förnyade, förtydligade och förenklade SHVS sin riksomfattande servicemodell så att den studerande genast i samband med bedömningen av vårdbehovet får en mottagningstid inom distans- eller närservice. För att förbättra tillgången till tjänster har SHVS mun- och tandhälsa kontinuerligt och aktivt utvecklats sin verksamhet. Målet är en så bra balans som möjligt mellan efterfrågan och de tillgängliga resurserna, så att tjänsterna kan tillhandahållas i rätt tid och att de hela vårdperioderna kan slutföras på så kort tid som möjligt. För att optimera processeffektiviteten och resurserna är avsikten att tjänsteproduktionen i fortsättningen ska hållas i egna händer i så stor utsträckning som möjligt och därför har anskaffningar från underleverantörer konkurrensutsatts och granskats kritiskt. Efterfrågetopparna infaller alltid i början av termen i början av hösten och början av året, vilket är en utmaning. En utmaning är också den ökade efterfrågan på tjänster. När det gäller mun- och tandhälsan har man berett sig och förberett sig på den skärpta regleringen om vårdgarantin.

Det finns 28 fängelser i Finland – 16 slutna anstalter och 12 öppna fängelser. Polikliniker inom hälso- och sjukvården för fångar finns vid alla fängelser i Finland. Det finns sammanlagt 12 verksamhetsställen inom mun- och tandvården, av vilka 11 finns i fängelselokaler och ett på Gamla Vasa sjukhus. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar producerar själv största delen av tjänsterna inom primärvården, mun- och tandvården och den psykiatriska specialiserade sjukvården. Tjänsterna inom den specialiserade sjukvården och jourtjänster skaffas i regel som köpta tjänster. Primärvården för fångarna i Finlands fängelser tillhandahålls vid poliklinikerna inom hälso- och sjukvården för fångar. Antalet fångar varierar mellan fängelserna, och flest fångar finns i Helsingfors, Åbo och Vanda fängelser, där det finns en sjukskötare även på veckosluten,

och i Kylmäkoski, Uleåborg, S:t Michels och Kuopio fängelser, där det finns en sjukskötare på plats endast på vardagar. Läkarstyrkan varierar beroende på fängelsets storlek och särdrag: I Helsingfors, där det finns många bötesfångar, finns det en läkare på plats fyra dagar i veckan och i Vanda, där Finlands största häkte är beläget, finns en läkare på plats fem dagar i veckan. På mindre polikliniker, såsom i S:t Michel eller Kylmäkoski, finns en läkare på plats två till tre dagar i veckan. I de mindre eller mer avlägsna fängelserna genomförs en del av läkartjänsterna i form av distanskonsultationer eller distansmottagningar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar upprätthåller sjukhusjänster vid tre verksamhetsställen: Fängelsesjukhuset i Tavastehus och psykiatriska fängelsesjukhusen i Åbo och Vanda. Fängelsesjukhuset i Tavastehus är ett riksomfattande somatiskt sjukhus för fångar med 38 vårdplatser. Det leds av en överläkare som är specialist i allmän medicin. Verksamheten omfattar multiprofessionell behandling och rehabilitering av somatiska sjukdomar. På avdelningarna vårdas dessutom patienter med abstinenssymtom som kräver sjukhusvård och gravida kvinnliga fångar som är missbrukare. För patienterna ordnas också efterpoliklinisk verksamhet samt bland annat mottagning på distans av diabetesskötare och fysioterapeuter. Fängelsesjukhuset har möjlighet att konsultera en neurolog, och neurologen ger rådgivning i vården av patienter med kronisk smärta också på riksnivå. Vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar görs bedömningar gällande behandling för eliminering av hepatit C centraliserat på Fångsjukhuset, och år 2022 rekommenderades sådan behandling för cirka 150 patienter. År 2022 genomfördes 288 vårdperioder på Fängelsesjukhuset. Vid det psykiatriska fängelsesjukhuset produceras tjänster inom psykiatrisk specialiserad sjukvård, och av vårdplatserna finns 40 vid Åbo enhet och 14 vid Vanda enhet. Vid enheterna undersöks och vårdas patienter med flera problem som kräver psykiatrisk sjukhusvård. Dessutom produceras på riksnivå psykiatriska konsultationstjänster och psykiatriska sjukskötares mottagningar på distans. År 2022 genomfördes 348 vårdperioder på Psykiatriska fångsjukhuset. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar köper nästan alla tjänster inom den somatiska specialiserade sjukvården av välfärdsområdena.

För att nå vårdgarantin har Enheten för hälso- och sjukvård för fångar inrättat, och inrättar, särskilt sjuksköttartjänster. En särskild utmaning för verkställigheten av lagstiftningen inom hälso- och sjukvården för fångar anses vara den bestämmelse i lagen enligt vilken kontakt med hälso- och sjukvården och en bedömning av vårdbehovet ska fås under samma dag. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har kommit överens med fängelserna om att ärendebblanketterna ska lämnas till poliklinikerna så smidigt som möjligt och att svaren ska sändas tillbaka till fångarna. Hälso- och sjukvården för fångar har för sin del stött Brottsförhållningsmyndighetens snabbare framskridande i projektet Smart fängelse, genom vilket fångarna kan utträta sina ärenden elektroniskt direkt från cellerna bland annat med hälso- och sjukvården för fångar. På detta sätt blir det betydligt snabbare för fångarna att ta kontakt med hälso- och sjukvården för fångar.

2.2.2 Hälso- och sjukvårdspersonalen

Antalet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Finland

Institutet för hälsa och välfärd publicerar årligen uppgifter om personalen inom hälso- och socialservice som baserar sig i huvudsak på Statistikcentralens sysselsättningsstatistik. Personalstatistiken färdigställs med cirka två års fördröjning när beskattningsuppgifterna blivit klara. I slutet av 2020 arbetade sammanlagt nästan 355 000 personer inom hälso- och socialvårdsservice. Av dem arbetade 65,4 procent (cirka 232 000 personer) inom den offentliga sektorn, 27,5 procent inom företagssektorn (cirka 97 700 personer) och 7,1 procent inom organisationssektorn (cirka 25 000 personer). I regel ökade antalet anställda inom hälso- och socialvårdstjänsterna 3,4 procent fler år 2020 jämfört med år 2019 och 9,5 procent fler jämfört med år 2015. Andelen

anställda inom hälso- och socialvårdstjänster inom den offentliga sektorn ökade med 6,0 procent från år 2015 (nästan 219 000 personer 2015 och 232 000 personer 2020). Antalet anställda har ökat särskilt inom socialservicen. Ännu 2023 kunde inte alla välfärdsområden på ett enhetligt sätt lämna uppgifter om antalet anställda inom de tjänster som de har organiseringsansvar för, enligt yrke.

Valvira beviljar på ansökan yrkesrättigheter inom social- och hälsovården. Siffrorna över antalet yrkesrättigheter anger det största möjliga antalet personer enligt yrke, men alla som fått yrkesrätt arbetar inte inom social- och hälsovården eller arbetar inte alls.

Tabell 1. De vanligaste yrkesrättigheterna inom socialvården och hälso- och sjukvården för personer i arbetsför ålder år 2022

	Antal yrkesrättigheter	Ytterligare information
psykolog	6 902	
läkare	24 510	varav 16 597 specialitläkare
tandläkare	5 335	varav 743 specialisttandläkare
socialarbetare	7656	
sjukskötare	114 335	
socionom	37 309	
närvårdare (socialvård)	180 434	samma person kan ha yrkesrättighet att arbeta som närvårdare både inom socialvården och inom hälso- och sjukvården. Dessutom finns det ca 30 000 yrkesrättigheter under benämningarna primärskötare och hjälpskötare.
närvårdare (hälso- och sjukvård)	13 535	

(Källa: Valvira <https://www.avoindata.fi/data/sv/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammatti-henkilot?>)

Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna (KT) samlar in yrkesvis information om kommunernas (i fortsättningen även välfärdsområdenas) social- och hälsovårdspersonal. De senaste uppgifterna är från 2021.

Tabell 2. De vanligaste yrkesbenämningarna inom social- och hälsovården i kommunerna 2021

Yrkesbenämning	antal
Sjukskötare	45 400
Närvårdare	39 800
Hälsovårdare	5 200
Avdelningssekreterare	4 500
Socialarbetare	4 400
Skötare	4 200
Fysioterapeut	3 500
Hälsocentralläkare	3 400
Specialistläkare	3 300

(Källa: KT <https://www.avoindata.fi/data/sv/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattihenkilot?https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>; Statistikcentralen, löner inom kommunsektorn 2021).

Största delen av de anställda inom social- och hälsovården är närvårdare (cirka 75 500 sysselsatta) och nästan lika många är sjukskötare (cirka 71 200 sysselsatta). Antalet allmänläkare var 7 430 och antalet tandläkare 4 239 sysselsatta. Antalet fysioterapeuter var 9 600 och antalet munhygienister 1 886. Siffrorna är några år gamla. Största delen av de utbildade yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården arbetar inom den offentliga sektorn. Det finns dock skillnader mellan olika yrkesgrupper, och till exempel när det gäller fysioterapeuter sysselsätter den privata sektorn dem mer än den offentliga sektorn. Personalfördelningen mellan sektorerna är inte heller nödvändigtvis noggrant avgränsad, eftersom t.ex. läkare kan vara verksamma samtidigt inom både den privata och den offentliga sektorn.

Enligt Finlands Läkarförbund bodde 22 000 läkare i arbetsför ålder, dvs. personer under 65 år, i Finland i slutet av 2020. I Finland finns det cirka 6 000 mer läkare i arbetsför ålder jämfört med början av 2000-talet, och antalet väntas öka ytterligare. Det totala antalet legitimerade läkare, inklusive pensionerade läkare och läkare utomlands, är betydligt större än detta, över 30 000 läkare. I Finland kan medborgare i andra EU-länder ansöka om legitimation även om de inte stannar här för att arbeta. Universitets- och centralsjukhusen är läkarnas största sysselsättare. Vid dessa sjukhus finns sammanlagt cirka hälften av de läkare som arbetar. Drygt en femtedel av läkarna arbetar vid hälsovårdscentralerna. Nästan 30 % arbetar vid läkarstationer och läkarcentraler inom den privata sektorn, inom företagshälsovården, läkemedelsindustrin eller i olika stiftelser eller organisationer. Enligt Finlands Läkarförbunds arbetsmarknadsundersökning arbetade cirka en fjärdedel av läkarna på deltid i november 2022. Andelen deltidsanställda har ökat under de senaste åren. Att minska arbetsbelastningen var den viktigaste orsaken till deltidarbete. Cirka 5 procent var inte på arbetsmarknaden till exempel på grund av faderskaps-, moderskaps- eller familjeledighet, forskningsledighet eller sjukdom.

Av läkarna hade 2 362 specialisträttigheter inom allmänmedicin. I Finland finns det cirka 3,8 läkare i arbetsför ålder per tusen invånare.

Den största personalgruppen inom mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppna sjukvård utgörs av sjukskötare och hälsovårdare. Dessa utgjorde 47 % av personalen vid hälsostationerna, och omkring 37 % utgjordes av läkare. När det gäller sjukskötare finns det inga uppgifter om hur många av dem som arbetar inom den öppna sjukvården, men enligt Statistikcentralens statistik över löner inom kommunsektorn arbetade inom den öppna vården vid hälsovårdscentralerna 4 178 sjukskötare i oktober 2018, och därtill 2 697 allmänläkare. Ungefär var fjärde hälsocentralläkare är specialistläkare i allmänmedicin.

Enligt KT:s statistik arbetade i oktober 2020 2 569 tandläkare, 1 022 munhygienister och 3 046 tandskötare i kommunerna. Enligt Tandläkarförbundets arbetsmarknadsundersökning 2021 arbetade av tandläkarna i huvudsyssla 52 % vid hälsovårdscentraler, 38 % inom den privata sektorn och 10 % vid universitet, på sjukhus, i Studenternas hälsovårdsstiftelse, hos staten eller i organisationer. Av de privata tandläkarna svarade 23 % i enkäten att antalet patienter är för litet i förhållande till hur många som kunde vårdas.

Tillgången till personal inom social- och hälsovården och utmaningar i fråga om den

Bristen på arbetskraft inom social- och hälsovården har ökat snabbt under de senaste åren i praktiken i alla yrkesgrupper och i hela landet. Särskilt bristen på närvårdare och sjukskötare har förvärrats kraftigt. Också läkarsituationen vid hälsovårdscentralerna har försämrats något. Det finns mycket olika uppskattningar av arbetskraftunderskottet inom social- och hälsovården där man har använt olika beräkningssätt och modeller, men enligt alla uppskattningar är underskottet betydande och försvårat.

I fråga om åren 2022–2023 är det svårt att exakt uppskatta personalbristen inom social- och hälsovården på grund av överföringen av organiseringsansvaret till välfärdsområdena vid ingången av 2023. Serviceanordnarnas möjligheter och sätt att bedöma underskottet är ännu inte enhetliga. Anordnarnas eventuella lösningar i fråga om servicenätet, de elektroniska tjänsterna och personalen kan förändra situationen under de närmaste åren. Å andra sidan påverkar personalbristen anordnarnas beslut om servicenätet, ibruktagandet av elektroniska tjänster och användningen av personalen.

Det finns också skäl att granska bristen på arbetskraft med hjälp av flera olika material. År 2023 är det ännu inte möjligt att få jämförbar information om personalsituationen i alla välfärdsområden.

Uppskattningarna i arbets- och näringsministeriets arbetskraftsfärdplaner kan betraktas som en s.k. nedre gräns för bristen på arbetskraft inom social- och hälsovården. Uppskattningarna i arbets- och näringsministeriets intervjuer på olika verksamhetsställen kan däremot betraktas som en övre gräns. I samarbete mellan ministerierna, Keva och KT utarbetades en beräkningsmodell där uppgifterna från intervjuerna med verksamhetsställena justerades med en koefficient för årsverken, varvid man kommer till en mer sannolik uppskattning av arbetskraftunderskottet på årsnivå.

Tabell 3. Arbetskraftsunderskott inom vissa yrkesgrupper inom social- och hälsovården 2022.

Arbetskraftsunderskott	Intervju med verksamhetsställen justerad med antal årsverken, kumulativt inflöde under 2022
Närvårdare	6149
Sjukskötare (inkl. hälsovårdare, barnmorskor)	5336
Läkare	865
Specialister inom socialt arbete (socialarbetare)	475
Hörselvårdsassistenter och talterapeuter	684
Psykologer	330
Överskötare och avdelningsskötare	255
Munhygienister	153
Experter inom medicinsk bilddiagnostik (röntgenskötare)	91
Bioanalytiker (laboratorieskötare)	61

Arbetsmarknadsutsikterna inom social- och hälsovården granskas också i yrkesbarometern som publiceras två gånger om året och som beskriver arbets- och näringsbyråernas syn på utvecklingsutsikterna för de viktigaste yrkena inom den närmaste framtiden. Enligt yrkesbarometern från början av 2022 (1/2022) var största delen av de 15 vanligaste yrkena med brist på arbetskraft yrken inom social- och hälsovården. Störst var bristen på närvårdare, sjuk- och hälsovårdare, specialister inom socialt arbete och läkare. Bristen på närvårdare och sjukskötare är stor och behovet av arbetskraft är riksomfattande. På motsvarande sätt hör inga yrken inom social- och hälsovården till de yrken som har det största överutbudet av sökande. Rekryteringsproblem är vanligare inom social- och hälsovården än inom andra branscher i genomsnitt.

Enligt arbets- och näringsministeriets branschrapport (2022:2) hade över hälften (54 %) av verksamhetsställena inom social- och hälsovården svårigheter att hitta arbetskraft år 2020, när 76 % av verksamhetsställena sökte arbetskraft. Bristen på arbetskraft har ytterligare förvärrats i och med coronaepidemin, och också enligt resultaten av yrkesbarometern märks det en försämring i tillgången på arbetskraft inom social- och hälsovården. På grund av rekryteringsproblem blev social- och hälsovårdssektorn år 2020 utan nästan 32 000 anställda som man hade haft som avsikt att anställa, och antalet ökade klart från året innan. Särskilt blev visstidsanställningar ofyllda, men det har också blivit svårare att få fast anställd personal. Regionalt sett blev särskilt många anställningar inte av i Nyland, Tavastland och Norra Savolax. Framtidsutsikterna för social- och hälsovårdspersonalen framstår i ljuset av utredningarna som svåra, och man måste

fästa uppmärksamhet vid åtgärder som tryggar tillgången på arbetskraft och sektorns dragningskraft och hållkraft. Under de kommande åren påverkas antalet anställda inom kommunsektorn också av den kraftiga pensioneringen, vilket också syns i antalet anställda inom social- och hälsovården.

Finlands Läkarförbund har årligen genom en enkätundersökning som riktat sig till ledande läkare vid hälsovårdscentralerna utrett antalet läkartjänster, läkarbefattningar och läkaruppgifter vid hälsovårdscentralerna och deras tillsättningssituation i samarbete med Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd. Enkäten gäller varje år läkarsituationen under en dag. I enkäten kartlades situationen den 5 oktober 2022. Vid hälsovårdscentralerna fanns sammanlagt 4 074 läkarbefattningar, av vilka 325 var obesatta. Läkarbristen vid hälsovårdscentralerna har ökat något jämfört med året innan. Detta motsvarar 8 % av alla läkaruppgifter. På dagen för enkäten var därtill 97,5 sådana uppgifter obesatta som man inte ens försökte besätta. Antalet ordinarie tjänsteinnehavare som arbetade på undersökningdagen har fortsatt att minska och är nu 48,9 %. Antalet köpta tjänster (343 uppgifter) och utlagda uppgifter (299 uppgifter) fortsatte att öka. Bakom minskningen av antalet ordinarie tjänsteinnehavare torde bland annat finnas belastnings- och arbetshälsosfaktorer. Läkarsituationen bedömdes som helhet vara mycket eller ganska bra av 66 % av dem som svarade på enkäten och mycket eller ganska dålig av 17 % av dem som svarade på enkäten. Bedömningarna av läkarsituationen hade blivit något negativare jämfört med året innan, och helhetsituationen ansågs ha försämrats något. Särskilt bedömningarna av tillsättandet av lediga uppgifter och tillgången till vikarier har försvagats. Också tillgången till köpta tjänster bedömdes ha försämrats. Hälsocentralernas läkarsituation varierar regionvis. På dagen för enkäten var underskottet över 10 % i Södra Österbottens, Vasa, Södra Savolax, Kajanalands, Mellersta Österbottens, Östra Savolax, Södra Karelens och Norra Karelens sjukvårdsdistrikt. Läkarbristen bedömdes vara störst i Norra Karelen (35,3 %) och Södra Karelen (22,1 %).

I enkäten frågades det också om en uppskattning av behovet av ytterligare anställningar, och en dryg tredjedel (38 %) av hälsovårdscentralerna uppgav att de behöver ytterligare anställningar. Behovet av ytterligare anställningar uppskattades vara 300 stycken, dvs. 7–8 % av det totala antalet nuvarande anställningar. Uppskattningen av behovet av ytterligare anställningar har ökat jämfört med året innan, då den var cirka 5 %. Ökningen kan delvis förklaras av de ändringar i fråga om den längsta väntetiden för tillgång till icke-brådskande sjukvård inom primärvården som man visste om.

Enligt enkäten var antalet läkaruppgifter vid hälsovårdscentralerna i förhållande till invånarantalet i genomsnitt 1 361 invånare/läkaruppgift (inklusive uppgifter som sköts genom utläggning och köpta tjänster). Situationen i välfärdsområdena varierar så, att invånarantalet per uppgift som hälsovårdscentralläkare var störst i Nyland och i Södra Karelens, Päijänne-Tavastlands och Kymmenedalens välfärdsområden (cirka 1 550–1 700 invånare/uppgift som läkare). Det största invånarantalet fanns i Södra Karelen (1 693 invånare/läkaruppgift). Det minsta invånarantalet per uppgift som hälsovårdscentralläkare fanns i Mellersta Finlands, Mellersta Österbottens, Lapplands, Södra Savolax, Norra Österbottens och Egentliga Tavastlands välfärdsområden (cirka 1 010–1 200 invånare/uppgift som läkare).

Enligt en arbetskraftsutredning som genomfördes i samarbete mellan Finlands Tandläkarförbund, social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och KT Kommunarbetsgivarna fanns det den 6 oktober 2021 1 966 tandläkarbefattningar vid hälsovårdscentralerna, av vilka 141 var obesatta. Tandläkarunderskottet hade ökat från 5,1 % året innan till 7,1 %. Underskottet varierade betydligt mellan sjukvårdsdistrikten, endast i Norra Savolax var alla uppgifter tillsatta. Det fanns 247 befattningar som specialisttandläkare, vilket var 10 % fler än året innan. Enligt utredningen varierade privattandläkarnas fria kapacitet stort mellan sjukvårdsdistrikten.

Nästan 60 % av hälsovårdscentralerna bedömde att tillgången på munhygienister var dålig eller mycket dålig och över 70 % av hälsovårdscentralerna gjorde motsvarande bedömning av tillgången på tandskötare. I många kommuner har man inlett läroavtalsutbildning för tandskötare för att säkerställa tillgången på arbetskraft.

Åtgärder för att minska personalbristen inom social- och hälsovården

Undervisnings- och kulturministeriet understödde åren 2020–2023 en ökning av antalet nybörjarplatser vid högskolorna genom olika slags finansiering. Drygt 7 500 nya nybörjarplatser finansierades till universiteten och 4 900 till yrkeshögskolorna. Av dessa är drygt 2 700 nya nybörjarplatser inom hälso- och välfärdssektorn, medicin och psykologi, dvs. cirka 22 % av alla nya nybörjarplatser. Högskolorna har ökat på antalet nybörjarplatser också med sin egen basfinansiering. Ökningarna av antalet nybörjarplatser börjar år 2024 påverka antalet examina. De medel som har anvisats för ökning av nybörjarplatser är tidsbundna.

Statsminister Marins regering beslutade i samband med budgetförhandlingarna hösten 2021 att under ledning av social- och hälsovårdsministeriet inleda ett förvaltningsövergripande program för att trygga tillgången till personal inom social- och hälsovården både på kort och på lång sikt. Den förvaltningsövergripande arbetsgruppens första ställningstaganden och förslag blev klara i början av 2022 och den strategiska färdplanen blev klar i februari 2022 (Färdplan 2022–2027: Tryggandet av personalens tillräcklighet och tillgången till arbetskraft inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2023:8). Centrala förslag var att förbättra kunskapsunderlaget om personalens tillräcklighet och tillgången på personal, att motivera personalen och förbättra välbefinnandet i arbetet, att granska flexibiliteten i arbetsfördelningen och att öka digitaliseringen.

I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering inleds ett program för ett bra arbete för att säkerställa tillräcklig personal och tillgången till arbetskraft inom social- och hälsovården och räddningsbranschen. Programmet ska komplettera och utvidga de åtgärder som gjordes inom programmet för personalens tillräcklighet och tillgången till personal inom social- och hälsovården under den förra valperioden, och programmet innehåller de åtgärder som föreslogs i den strategiska färdplanen för 2022–2027 för det avslutade programmet. Genom programmet för ett gott arbete säkerställs att social- och hälsovårdspersonalen är tillräcklig, orkar i arbetet och att arbetet är produktivt. Enligt programmet ska sektorns dragningskraft och hållkraft stödjas, utbildningen ökas och utbildningsstrukturerna utvecklas, arbetsfördelningen mellan de anställda förtydligas, personalens ork i arbetet stödjas, yrkesutbildade personers möjligheter att rikta arbetstid till klientarbetet främjas och erhållandet av rätt att utöva yrke för yrkesutbildade personer som utbildats utanför EU/EES görs smidigare. Som en del av programmet säkerställs också på nationell nivå ett tillräckligt kunskapsunderlag och tillräckliga prognoser om personalbehovet och utbildningsvolymerna för de kommande åren. I enlighet med regeringsprogrammet för Orpos regering stärks som en del av regeringsprogrammet personalens möjligheter att fokusera på arbete som motsvarar deras egen kompetens, förtydligas arbetsfördelningen och granskas behörighetsvillkoren. En totalreform av lagstiftningen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården ska genomföras på ett sådant sätt att rätten att utöva yrke kopplas till endast sådana förutsättningar som är nödvändiga och proportionerliga med tanke på klient- och patientsäkerheten. Målet är att regeringens proposition om en totalreform av lagstiftningen om yrkesutbildade personer ska lämnas till riksdagen 2025.

I enlighet med regeringsprogrammet för Orpos regering utvecklas arbetsfördelningen särskilt mellan arbetstagargrupper som arbetar direkt med klienterna samt mellan administrativa tjänster

och stödtjänster, samt förtydligas och förenhetligas kraven på indirekt arbete mellan olika aktörer, dock så att behörighetsvillkoren för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården inte skärps i och med ändringarna. Redan i februari 2023 gav social- och hälsovårdsministeriet en anvisning om tillämpningen av lagstiftningen om yrkesutbildade personer¹ och en spalt med vanliga frågor som stöd för detta. Arbetet fortsätter med totalreformen av lagstiftningen om yrkesutbildade personer. I enlighet med regeringsprogrammet minskas också det skriftliga dokumentationsarbete som krävs av yrkesutbildade personer, såsom lagstadgade utlåtanden och olika intyg. Arbetet inleds med en snabb kartläggning. För att åtgärda bristen på arbetskraft behöver man rekrytera ny arbetskraft och studerande till branschen också från utlandet. Det ska också göras snabbare och smidigare för yrkesutbildade personer som utbildats utanför EU/EES att få rätt att utöva yrke. Här lägger en expertgrupp fram sitt förslag före utgången av 2023. Det är möjligt att påverka bristen på arbetskraft och att öka arbetets dragningskraft genom att förbättra sjukskötarens möjligheter att utveckla och utnyttja sin specialkompetens i det kliniska vårdarbetet. Sektionen för vårdarbete vid social- och hälsovårdsministeriets delegation för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utarbetade i augusti 2021 ett förslag om detta². Åtgärderna enligt förslaget främjas i samarbete med välfärdsområdena och yrkeshögskolorna. Det är också nödvändigt att öka antalet specialistläkare inom allmänmedicin. Kompetensen hos specialistläkare inom allmänmedicin har en central betydelse inte bara för tillhandahållandet av högklassig vård utan också för utbildningen av nya specialistläkare.

2.2.3 Statistiska uppgifter om tillgången till brådskande vård

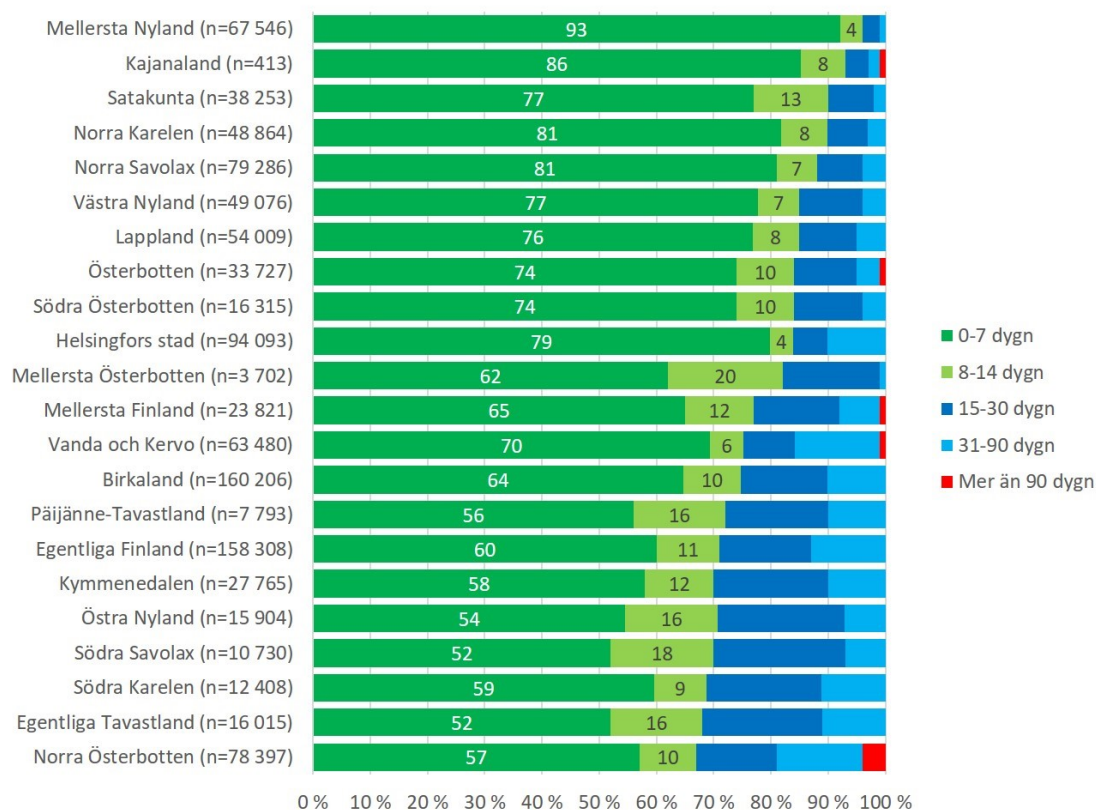
Enligt Institutet för hälsa och välfärds nyaste statistikrapport om tillgång till vård inom primärvården (Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 25/2023 Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023, språket i statistikrapporten är finska) genomfördes i mars 2023 cirka hälften (49 %) av icke-brådskande besök hos läkare inom den öppna vården inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet. Av de sammanlagda besöken hos läkare, sjukskötare eller hälsovårdare genomfördes 72 % inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet och 80 % inom två veckor från bedömningen. Mellan de olika regionförvaltningsverken varierade det i vilken utsträckning besöken hade genomförts inom en eller två veckor. Situationen var sämst i Norra Finland, där 57 % fick tid inom en vecka för ett besök för icke brådskande vård hos en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och 37 % hos en läkare. I mars 2023 fanns det inom alla regionförvaltningsverks områden personer som väntat mer än tre månader på besök hos en läkare inom den öppna sjukvården. Kvantitativt sett fanns det flest personer som väntat länge på besök inom området för Regionförvaltningsverket i Norra Finland, närmare bestämt inom Norra Österbottens välfärdsområde. Situationen har försämrats något från hösten 2021. Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 45/2021 om tillgången till vård inom primärvården hösten 2021 (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021, språket i statistikrapporten är finska) genomfördes i oktober 2021 inom alla regionförvaltningsverks (RFV) områden ca 60 % av de icke-brådskande besöken hos läkare inom den öppna sjukvården inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet.

¹ Tillämpning av lagstiftningen om yrkesutbildade personer i utvecklingen av verksamhetsmodeller för uppgiftsstrukturerna och uppgiftsfördelningen för social- och hälsovårdspersonalen, av den 5 april 2023, tillgänglig på adressen <https://stm.fi/sv/anvisningar-och-rekommendationer>

² Tillämpning av lagstiftningen om yrkesutbildade personer i utvecklingen av verksamhetsmodeller för uppgiftsstrukturerna och uppgiftsfördelningen för social- och hälsovårdspersonalen, av den 5 april 2023, tillgänglig på adressen <https://stm.fi/sv/anvisningar-och-rekommendationer>

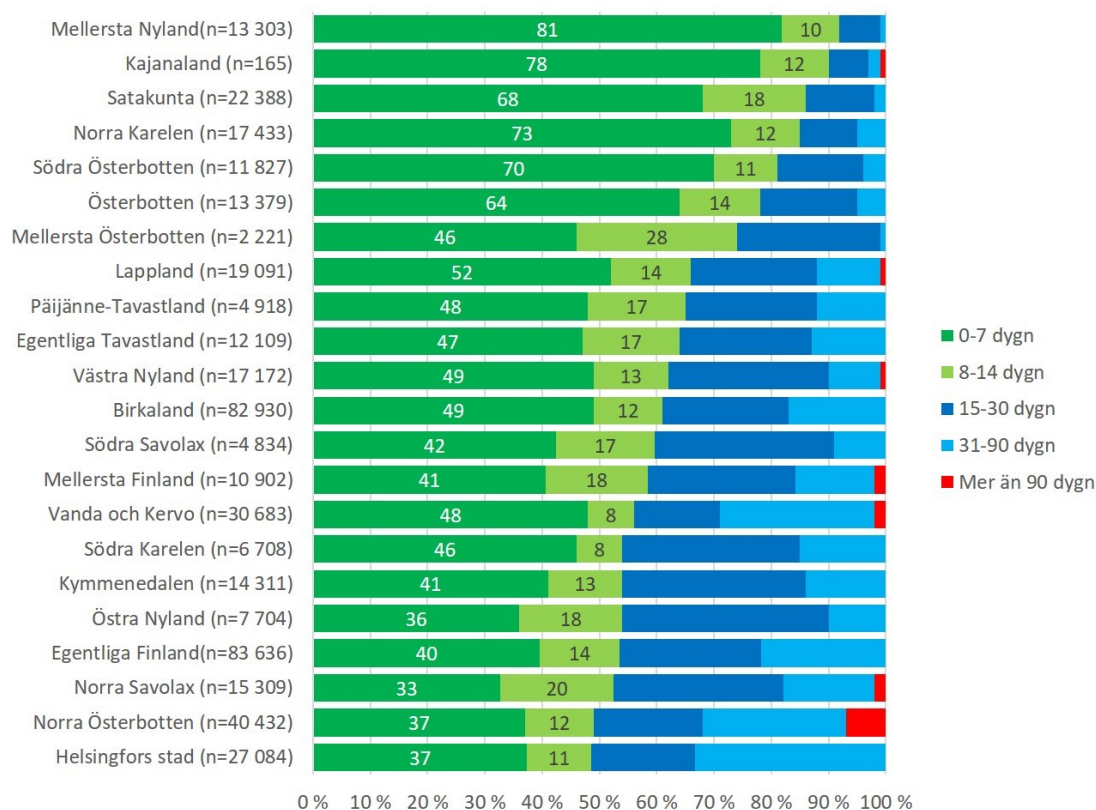
Enligt statistikrapporten om tillgång till vård inom primärvården våren 2023 (Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 25/2023) genomfördes 82 % av icke-brådskande besöken hos tandläkare i mars 2023 inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet och 89 % inom fyra månader. Av tandläkarbesöken genomfördes 5 % mer än sex månader efter bedömningen av vårdbehovet. Mellan de olika regionförvaltningsverken varierade det i vilken utsträckning besöken hade genomförts inom tre månader, besöken varierade från 96 % i Lappland till 75 % i Sydvästra Finland. Flest väntetider på över ett halvt år fanns det inom områdena för Regionförvaltningsverket i Södra Finland och Regionförvaltningsverket i Västra och inre Finland. Situationen har försämrats något från hösten 2021.

Tillgången till vård kan granskas noggrannare regionalt i fråga om detta år. Enligt de registeruppgifter om öppen sjukvård inom den offentliga primärvården som baserar sig på Institutet för hälsa och välfärds Avohilmo-register var antalet besök i välfärdsområdena för att få vård av en läkare inom den öppna sjukvården eller av en sjuk- eller hälsovårdare 1 055 958 stycken under tiden den 1 januari–31 augusti 2023. I välfärdsområdena fick man bäst tillgång till primärvård inom 0–14 dygn i Mellersta Nyland (97 %), Kajanaland (94 %), Satakunta (90 %) och Norra Karelen (89 %), medan man fick sämst tillgång i Södra Savolax (70 %), Södra Karelen (68 %), Egentliga Tavastland (68 %) och Norra Österbotten (67 %). Av dessa välfärdsområden fick man från Kajanalands register anmärkningsvärt få observationer och omfattningen av uppgifterna om tillgången till vård var liten (0,4 %). I välfärdsområdet fick minst två av tre personer tillträde till en läkare inom den öppna sjukvården inom primärvården eller till en sjuk- eller hälsovårdare inom två veckors tid i januari-augusti 2023, och i flera välfärdsområden nio av tio personer.



Figur 1. Andelen personer (%) som fått vård inom den offentliga hälso- och sjukvården hos en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård samt hos en sjuk- eller hälsovårdare, från bedömningen av vårdbehovet till genomförda besök, välfärdsområdesvis 2023. Källa: Institutet för hälsa och välfärds databas om tillgång till primärvård (uppgifterna har uppdaterats den 15 september 2023).

I välfärdsområdena gjordes 458 539 av besöken inom primärvårdens öppna sjukvård hos en läkare i januari-augusti 2023. I välfärdsområdena fick man bäst tillgång till primärvård hos läkare inom 0–14 dygn i Mellersta Nyland (91 %), Kajanaland (90 %), Satakunta (84 %) och Norra Karelen (85 %), medan man fick sämst tillgång i Egentliga Finland (54 %), Norra Savolax (53 %), Norra Österbotten (49 %) och i Helsingfors stad (48 %). Av de dessa välfärdsområden fick man från Kajanalands register anmärkningsvärt få observationer och omfattningen av uppgifterna om tillgången till vård var liten. Andelen personer som fått vård inom den offentliga primärvården i välfärdsområdena återspeglar åtminstone delvis de nya välfärdsområdenas strukturer och verksamhetsmodeller, vilket verkar förklara till exempel iakttagelserna om tillgången till vård hos läkare. Inom två veckor fick man tillgång till vård hos läkare i ungefär hälften av de registrerade vårdbesöken i Egentliga Finland, Norra Savolax, Norra Österbotten och Helsingfors stad, i dessa områden hör befolkningen till de största i landet. I många välfärdsområden var andelarna stora och dessa välfärdsområden rapporterade att cirka nio av tio fått vård inom två veckor i januari–augusti 2023.



Figur 2. Andelen personer (%) som fått vård inom den offentliga hälso- och sjukvården hos en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård, från bedömningen av vårdbehovet till genomförda besök, välfärdsområdesvis 2023. Källa: Institutet för hälsa och välfärds databas om tillgång till primärvård (uppgifterna har uppdaterats den 15 september 2023).

I välfärdsområdena gjordes av besöken inom primärvårdens öppna sjukvård 597 419 hos en sjuk- eller hälsovårdare i januari-augusti 2023. I välfärdsområdena fick man bäst tillgång till primärvård hos en sjuk- eller hälsovårdare inom 0–14 dygn i Helsingfors stad (97 %), Mellersta Nyland (97 %), Norra Savolax (97 %) och Västra Nyland (96 %), medan andelarna var minst i Södra Karelen (85 %), Päijänne-Tavastland (84 %), Egentliga Tavastland (81 %) och i Södra Savolax (79 %). Av de dessa välfärdsområden fick man från Kajanalands register anmärkningsvärt få observationer och omfattningen av uppgifterna om tillgången till vård var liten. I välfärdsområdena fick man vård hos sjuk- eller hälsovårdare inom två veckor i minst fyra av fem registrerade vårdbesök. Nio av tio fick vård av en sjuk- eller hälsovårdare inom två veckor i de flesta välfärdsområden i januari-augusti 2023.



Figur 3. Andelen personer (%) som fått vård inom den offentliga hälso- och sjukvården hos en sjuk- eller hälsovårdare inom primärvårdens öppna sjukvård, från bedömningen av vårdbehovet till genomförda besök, välfärdsområdesvis 2023. Källa: Institutet för hälsa och välfärds databas om tillgång till primärvård (uppgifterna har uppdaterats den 15 september 2023).

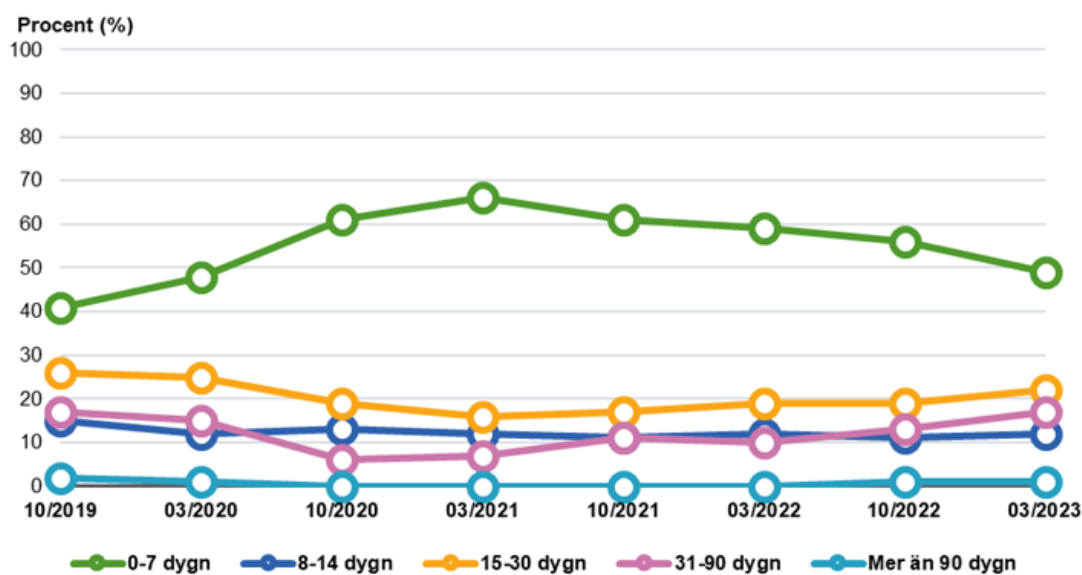
I mars 2023 fick man vid SHVS tillgång till vård hos läkare inom en vecka allt från i 70 % av fallen i Östra området till 96 % av fallen i Västra området. Det fanns inga som väntat mer än tre månader på ett besök hos SHVS inom dess olika områden. Största delen av läkarbesöken genomfördes med utnyttjande av digitala tjänster. Alla icke-brådskande besök hos sjukskötare/hälsovårdare genomfördes inom en månad från bedömningen av vårdbehovet. SHVS uppgifter omfattade också yrkeshögskolornas studerandehälsovård.

I mars 2023 förverkligades tandläkarbesöken på under tre månader från bedömningen av vårdbehovet i SHVS områden bäst i östra området (89 %) och sämst i norra området (50 %). Inom varje SHVS-område fanns det personer som väntat mer än sex månader på ett tandläkarbesök (sammanlagt 9 besök).

Inom hälso- och sjukvården för fångar kommer enligt färsk rapport 73 % av patienterna på mottagningen inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet och 88 % inom två veckor från bedömningen. Inom mun- och tandvården fick i maj-juli 38 % av patienterna en mottagningstid inom 1–3 dagar, 35 % inom 4–21 dagar och 26 % inom 22–90 dagar, medan en procent fick

mottagningstid inom 3–6 månader. Vårdgarantin genomförs inom mun- och tandvården, och hälso- och sjukvården för fångar kan svara på kraven i lagstiftningen om den skärpta vårdgarantin. I fråga om vissa fångelser medför bristen på väktarresurser utmaningar.

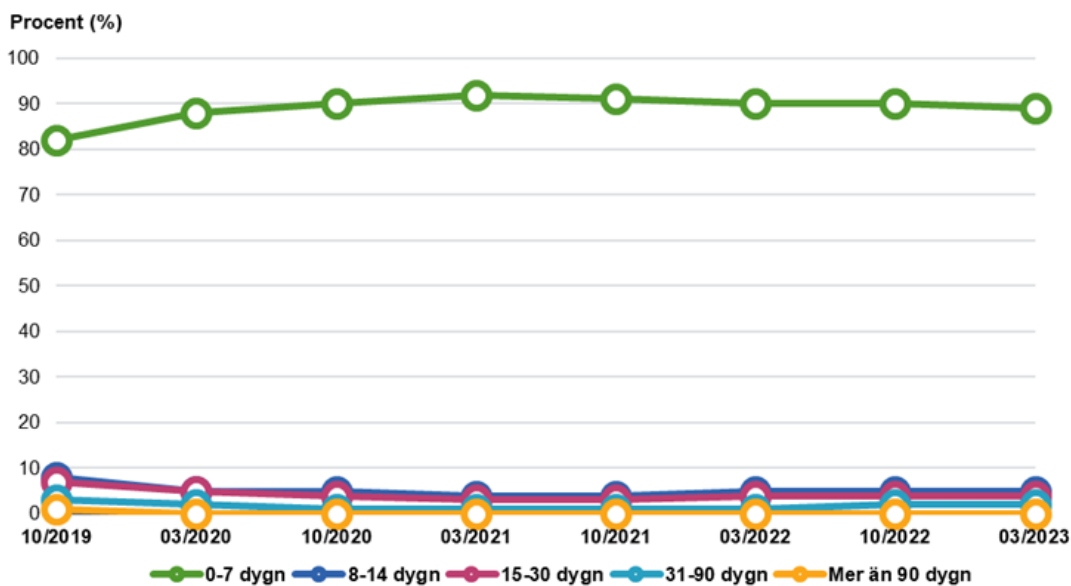
I Institutet för hälsa och välfärds utvärderingsrapport om nationell övervakning och utvärdering av hur nyttomålen uppnås i programmet Framtidens social- och hälsovårdscentral (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi, Työpaperi 29/2023, endast på finska) granskas det hur situationen i fråga om tillgången till vård har utvecklats under de senaste åren. Enligt utvärderingsrapporten kom före coronapandemin cirka 60 % av klienterna år 2019, och i juli månad fler än det, till ett icke-brådskande besök hos en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård inom två veckor från bedömningen av vårdbehovet. Under våren och sommaren 2020 när pandemin hade börjat fick lite under 90 % av kunderna vård inom två veckor. Då minskade man på utbudet av vård, men också efterfrågan minskade. Efter sommaren 2020 har situationen i fråga om tillgången till vård småningom försämrats så att i april 2023 fick knappt 60 % av klienterna vård inom två veckor, dvs. situationen i fråga om tillgången till vård har återgått till den situation som rådde före pandemin. Andelen personer som fått tid för ett icke-brådskande läkarbesök inom vecka från bedömningen av vårdbehovet har sedan pandemin började varit cirka tio procent mindre än andelen personer som fått tid för vård inom två veckor från bedömningen av vårdbehovet.



Figur 4. Väntetiderna för icke-brådskande besök inom den öppna vården (inkl. fysiska besök och distansbesök) från bedömningen av vårdbehovet till besök hos läkare 10/2019–3/2023, %. Källa: Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 25/2023

År 2019 fick över 90 % av klienterna tid för ett icke-brådskande besök hos en sjuk- eller hälsovårdare inom primärvårdens öppna sjukvård inom två veckor från bedömningen av vårdbehovet. Efter att pandemin hade börjat kom 94–96 % av kunderna till ett icke-brådskande besök

inom två veckor från bedömningen av vårdbehovet. Andelen personer som fick tid för ett icke-brådskande besök hos en sjukskötare eller hälsovårdare inom en vecka från bedömningen av vårdbehovet var under granskningsperioden i genomsnitt fem procent mindre än andelen personer som fick tid för ett icke-brådskande besök inom två veckor.



Figur 5. Väntetiderna för icke-brådskande besök inom den öppna vården (inkl. fysiska besök och distansbesök) från bedömningen av vårdbehovet till besök hos sjukskötare/hälsovårdare 10/2019–3/2023, %. Källa: Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport 25/2023

När pandemin började i april 2020 förbättrades situationen i fråga om tillgången till mun- och tandvård inom primärvården i ljuset av siffrorna, och 97 % av klienterna fick icke-brådskande vård inom fyra månader. Efterfrågan och utbudet på vård minskade. Sedan dess har situationen gradvis försämrats igen. I april 2023 fick knappt 90 % vård inom fyra månader från bedömningen av vårdbehovet. I april 2020 fick 95 % tid för icke-brådskande vård hos tandläkare inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. I april 2023 var andelen (80 %) mindre än före pandemin.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds kundförfrågningar har kunderna varit mycket nöjda med hälsostationernas mottagningstjänster och mun- och tandvårdstjänsterna. Skillnaderna i tillfredsställelsen mellan regionerna har varit mycket små. År 2022 hade tillfredsställelsen med hälsostationernas mottagningstjänster dock försämrats något jämfört med år 2020. Detta kan ha samband med de förändringar i mottagningstjänsterna som coronapandemin medfört eller med antalet personer som besvarat enkäten under ifrågavarande mätningår.

2.3 Slutsatser

2.3.1 Innehållsmässiga ändringsbehov

Syftet med att stegvis föreskriva om en vårdgaranti avseende den öppna vården inom primärvården, först på 14 dygn, och därefter på 7 dygn, var att stärka basservicen inom hälso- och sjukvården och att förbättra tillgången till tjänster. Genom snabbare tillgång till vård kan man förhindra att problem hopar sig och blir långvariga samt minska behovet av tjänster på specialiserad nivå. Fördröjningar i vården kan försämra kundens situation och komplicera behandlingen av många hälsoproblem och på så sätt öka kostnaderna. Syftet med regleringen är också att minska välfärds- och hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna genom att förbättra tillgången till vård och medborgarnas jämlikhet (RP 74/2022 rd, avsnitt 3).

När det i den regeringspropositionen föreskrevs om en längsta väntetid för tillgång till vård på 7 dygn (och under en övergångsperiod på 14 dygn), bedömdes det i regeringspropositionen att den största risken med tanke på genomförandet av propositionen var omständigheter som hänförde sig till tillgången på personal. I propositionen lyftes det fram att de skärpta tidsfristerna för att få vård inom primärvården infaller tidsmässigt samtidigt som välfärdsområdena håller på att inleda sin verksamhet. Dessutom kunde man inte med säkerhet bedöma i vilken utsträckning covid-19-pandemin och den vård-, service- och rehabiliteringsskuld som den medfört ännu vid ikraftträdandet av lagen belastar servicesystemet. Den sammantagna effekten av dessa faktorer medför risker för servicesystemets funktion. I propositionen konstaterades det också att ett lyckat genomförande av särskilt en skärpning av vårdgarantin inom primärvårdens öppna sjukvård obestriddligen förutsätter mer permanent läkarpersonal och vårdpersonal, och att det inte finns några enkla, snabba lösningar för att förbättra dragnings- och hållkraften inom primärvården. (Om konsekvenserna för personalen se särskilt RP 74/2022 rd, avsnitt 4.2.2, underavsnitt ”Konsekvenser för personalen”). Vid riksdagsbehandlingen konstaterade grundlagsutskottet att statsrådet bör noggrant följa regleringens konsekvenser för tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna samt för finansieringen av välfärdsområdena och vid behov vidta behövliga korrigerande åtgärder (GrUU 38/2022 rd, stycke 8).

Även social- och hälsovårdsutskottet uttryckte i sitt betänkande (ShUB 21/2022 rd) oron över personalens tillräcklighet och resurser. Utöver rekrytering av personal måste man enligt utskottet svara på behovet av ytterligare personal genom att permanent ändra verksamhetsätten inom primärvården. Utskottet ansåg att välfärdsområdena har bättre möjligheter än i det kommunbaserade systemet att lyckas med de ändringar som behövs, då välfärdsområdenas bärkraft är väsentligt bättre än kommunernas och samma anordnare, med undantag för Nyland, ansvarar integrerat för alla social- och hälsovårdstjänster. Välfärdsområdena kan också i stor utsträckning använda köpta tjänster för att skaffa en personalarbetsinsats och i synnerhet en läkararbetsinsats. Utskottet ansåg att man för att trygga tillräcklig personal bör fortsätta genomföra de åtgärder som redan inletts. För att öka antalet anställda behövs det flera målmedvetna åtgärder både av staten och av välfärdsområdena. Utskottet betonade också vikten av kontinuitet i vården.

Målen att skärpa vårdgarantin från de tre månader som gällt i flera år är fortfarande aktuella och viktiga att genomföra trots utmaningarna i fråga om tillgången på personal och trots att tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården inte har förbättrats. Utgångspunkten är regeringsprogrammets riktlinje om att säkerställa att vårdgarantin genomförs inom mottagningsverksamheten inom primärvården och mun- och tandvården. Samtidigt måste man dock vara medveten om att i vissa områden och inom hälso- och sjukvården för fångar och inom SHVS finns det utmaningar i fråga om att iaktta den längsta väntetiden på 14 dygn för att få tillgång till vård.

Enligt den nationella bedömningen av uppnåendet av nyttomålen våren 2023 för programmet Framtidens social- och hälsocentral, som nämns i avsnitt 2.2.3, kommer det nationella målet för ingången av september 2023, enligt vilket icke-brådskande vård ska ges inom två veckor från bedömningen av vårdbehovet, inte att uppnås inom utsatt tid. Kontinuiteten i vården har försämrats enligt alla indikatorer som granskats 2018–2022 i fråga om besök hos läkare och sjukskötare samt i fråga om vård av personer med flera sjukdomar. Det kan finnas flera faktorer som försämrat tillgången till icke-brådskande vård och kontinuiteten i vården, och de varierar från region till region och enligt tidpunkt. Pandemin och den efterfrågan som hopat sig under den påverkar säkert tillgången till vård. Kontinuiteten i vården har försämrats stadigt under hela granskningsperioden 2018–2022, vilket innebär att den åtminstone inte helt förklaras av pandemin och den svaga kontinuiteten under pandemin. Inte heller genom de senaste årens nationella och regionala utvecklingsprogram har man på ett bestående sätt kunnat förbättra tillgången som helhet och i alla frågor, även om man genom programmen har kunnat finslipa processerna och utveckla verkningsfulla verksamhetsmodeller. Enligt Institutet för hälsa och välfärds uppföljnings- och utvärderingsrapport om nyttomålen och enligt annan statistik över tillgången till vård har tillgången till vård blivit snabbare tillräckligt fort. Många nationella och regionala åtgärder har också vidtagits för att avhjälpa personalbristen, men de hinner inte inverka på kort sikt. I detta läge är det svårt att på riksnivå uppnå den maximala tiden på 7 dygn för att erhålla vård.

I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering fastställs det att den vårdgaranti på 14 dygn inom primärvården som träder i kraft den 1 september 2023 ska förbli i kraft och att vårdgarantin på 7 dygn ska slopas på grund av personalbrist. Tiden på 14 dygn är alltså maximitiden, som det är fullständigt möjligt att underskrida om tjänsternas funktion tillåter det eller patientens hälsotillstånd kräver det. Enligt regeringsprogrammet ska ändringen stärka statens ekonomi med 5 miljoner euro 2024 och därefter med 30 miljoner euro per år från och med 2025.

Också vårdgarantin på 14 dygn är en stor förändring jämfört med den vårdgaranti på tre månader som gällt länge, och för att ändringen ska lyckas krävs det omfattande utveckling av primärvården. Enligt regeringens bedömning fungerar en längsta väntetid på 14 dygn för att få vård som en katalysator för att stärka primärvården och förbättra tillgången till vård som gör det möjligt att utveckla verksamhetsmodeller som dragningskraftsfaktorer som stöder rekryteringen av personal, även om drivkraften för utveckling inte är lika stark som en vårdgaranti på 7 dygn skulle vara. Kontinuiteten i de personliga vårdrelationerna är en viktig dragningskraftsfaktor för läkare och vårdare, och en vårdgaranti på 14 dygn kan stödja kontinuiteten i vården bättre än en maximitid på 7 dygn.

I de bestämmelser som trädde i kraft den 1 september 2023 föreskrivs det att om en patient på grundval av vårdbehov har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblem har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. Det anses inte vara motiverat att ändra på denna maximitid, eftersom det inte finns skäl att förlänga tiden för tillgång till läkarundersökning eller läkarvård i sådana situationer där det inte primärt har gjorts någon hänvisning till läkares mottagning.

I regeringsprogrammet föreslås inga ändringar i vårdgarantin för mun- och tandvården, och den längsta väntetiden för tillgång till icke-brådskande mun- och tandvård ändras i enlighet med gällande lagstiftning från och med den 1 september 2023 till sex till fyra månader och från och med den 1 november 2024 till tre månader. Också väntetiden på tre månader till icke-brådskande vård är lång, och risken är att mun- och tandsjukdomar förvärras under väntetiden och inverkar också på det allmänna hälsotillståndet och på andra sjukdomar. Med tanke på befolkningens

mun- och tandhälsa och därmed också i vidare bemärkelse med tanke på hälsan och välbefinnandet är det viktigt att denna maximitid inte förlängs. Tillgången till icke-brådskande mun- och tandvård i enlighet med de föreskrivna maximitiderna kräver att köerna avvecklas. Detta kan göras genom att sprida nya verksamhetsmodeller som konstaterats vara kostnadseffektiva, genom att utnyttja den privata sektorns fria kapacitet och till exempel genom extra arbete. De kortare väntetiderna inom mun- och tandvården gör också arbetet för personalen inom mun- och tandvården mer ändamålsenligt och ökar därmed branschens dragningskraft.

2.3.2 Behov av ändringar i lagstiftningen

Lagstiftningen om den gradvisa skärpningen av vårdgarantin har genomförts lagtekniskt så att 51, 51 c, 54 och 55 § i lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (116/2023) trädde i kraft den 1 september 2023. Enligt ikraftträdandebestämmelsen i den lagen träder 51 a §, där det föreskrivs om en längsta väntetid på sju dygn för att få sjukvård inom primärvården, och 51 b §, där det föreskrivs om en längsta väntetid på tre månader för att få mun- och tandvård, i kraft den 1 november 2024. Dessa lagändringar gäller tills vidare. Dessutom gäller lagen om temporär ändring av hälso- och sjukvårdslagen (117/2023) temporärt under tiden 1.9.2023–30.10.2024, och genom den lagen fogas till hälso- och sjukvårdslagen temporärt en 51 a §, enligt vilken den längsta väntetiden för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård är 14 dygn, och en 51 b §, enligt vilken den längsta väntetiden för att få mun- och tandvård inom primärvården är fyra månader. Motsvarande bestämmelser finns i lagen om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (118/2023) och lagen om temporär ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (119/2023).

Det finns ett behov att ändra lagarna i fråga så att bestämmelserna om den längsta väntetiden på sju dygn för att få vård ändras, men så att bestämmelserna om den längsta väntetiden för att få mun- och tandvård fortsättningsvis först ska vara fyra månader och från och med den 1 november 2024 tre månader. Således kan man till exempel inte endast upphäva de nämnda lagar som nämns ovan som gäller temporärt, och göra ändringarna i den lag som gäller tills vidare. Det enklaste sättet att genomföra lagändringarna är att inte ändra de nämnda lagarna som gäller temporärt och att i stället ändra 51 a § i lag 116/2023 som gäller sjukvård inom primärvården och 10 a § i SHV-lagen i lag 118/2023 så att de träder i kraft den 1 november 2024. Ändringsbehovet gäller enbart 1 mom. i de nämnda paragraferna.

I fråga om hälso- och sjukvården för fångar finns det inga temporärt gällande ändringar i bestämmelserna i fängelselagen och häktningsslagen, men i lagen om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen (121/2023) och i lagen om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen (122/2023) föreskrivs det om de längsta väntetiderna för att få vård från och med den 1 september 2023 i form av paragrafhänvisningar till hälso- och sjukvårdslagen, vilket innebär att de vid respektive tidpunkt gällande längsta väntetider för att få vård som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen i och med hänvisningarna ska tillämpas inom hälso- och sjukvården för fångar. Således behövs inga ändringar göras i fängelselagen och häktningsslagen till följd av ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen. Inte heller mottagningslagen behöver ändras.

3 Målsättning

Syftet med propositionen är att trygga tillgången till icke-brådskande vård inom den offentliga hälso- och sjukvården inom skälig tid, dock så att lagstiftningen med beaktande av personalbristen och andra faktorer som hänför sig till servicesystemets bärkraft och funktion bättre beaktar möjligheten för hälso- och sjukvårdssystemet att tillhandahålla tjänsterna inom den maximala tidsgräns som anges i lag.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I denna proposition föreslås det att den längsta väntetiden på sju dygn för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården slopas och att det i den lagstiftning som gäller tills vidare föreskrivs att den längsta väntetiden för att få vård är 14 dygn, på motsvarande sätt som i den temporära lagstiftning som trädde i kraft den 1 september 2023.

Inga andra ändringar görs i bestämmelserna om att få vård. Den längsta väntetiden på sju dygn ska också i fortsättningen gälla tillgång till vård vid mottagningsbesök hos en läkare, om en patient först har hänvisats till en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare och den yrkesutbildade personen konstaterar att det finns behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare. Det föreslås inga ändringar i bestämmelserna om att få vård inom mun- och tandvården.

Lagändringen ska gälla den primärvård som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, den studerandehälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse, den hälso- och sjukvård för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och en del av den hälso- och sjukvård som ordnas av förläggningarna.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

Konsekvenser för myndigheternas ekonomi

Propositionen innebär betydande konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi. I avsnitt 4.2.1 i regeringens proposition RP 74/2022 rd behandlas de ekonomiska konsekvenserna av den maximitid för tillgång till vård på 7 dygn som regleras stegvis. Den föreslagna maximitiden på 14 dygn ändrar uppskattningarna av de ekonomiska konsekvenserna i den tidigare regeringspropositionen. Trycket på kostnaderna för ändring av servicesystemet minskar delvis, men å andra sidan minskar också de konsekvenser som den skärpta vårdgarantin för primärvården har för andra tjänster något. Om inte något annat nämns, är bedömningarna social- och hälsovårdsministeriets sakkunnigbedömningar. I avsnitt 4.2.1 i regeringens proposition om en maximitid på sju dygn (RP 74/2022 rd) beskrivs närmare de osäkerhetsfaktorer som hänför sig till bedömningen av frågan.

Jämfört med den lagändring som skärpte maximitiden för tillgång till vård till 7 dygn, minskar kostnaderna för avvecklingen av köerna, den s.k. uppdämda efterfrågan och andra ändringskostnader. Dessa ändringskostnader minskar totalt till två procent (som i enlighet med vad som nu föreskrivs har uppskattats till tre procent) av kostnaderna på årsnivå för den öppna sjukvården inom primärvården. Behovet att öka den permanenta kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård minskar. Maximitiden på 14 dygn förutsätter likadana verksamhetssätt inom mottagningsverksamheten som maximitiden på sju dygn, och dessa verksamhetssätt förutsätter tilläggsresurser i fråga om personal, ny teknik och beredskap – också genom utnyttjande av den privata sektorn. En längre maximitid skulle dock minska behovet av beredskap för att jämna ut olika tillfälliga och säsongsmässiga variationer och minska den risk för outnyttjad kapacitet som

följer av en kort maximitid. Jämfört med maximitiden på sju dygn minskar det permanenta behovet av kapacitetsökning till sju procent (enligt vad som nu föreskrivs nio procent) av kostnaderna på årsnivå. Övergången av efterfrågan från tjänster inom den öppna sjukvården som ersätts av sjukförsäkringen och tjänster som erbjuds via företagshälsovården minskar till åtta procent (enligt den nuvarande regleringen till tio procent) av motsvarande tjänster inom sektorerna i fråga. Från och med 2026 minskar kostnadstrycket på de totala driftskostnaderna för primärvårdens öppna sjukvård enligt uppskattning med cirka 47 miljoner euro enligt kostnadsnivån för 2024. Kalkylmässigt kan det uppskattas att denna minskning av kostnadstrycket motsvarar 145 läkares och 105 sjukskötares årsarbetsinsats.

En maximitid på 14 dygn skulle fortfarande inverka på kostnaderna för vård på vårdavdelningar inom primärvården tack vare att folkhälsan förbättras, men mindre än en maximitid på 7 dygn skulle inverka. Från och med 2025 skulle de vårdavdelningsperioder som kan undvikas minska med uppskattningsvis 1,8 % i stället för med två procent enligt vad som föreskrivs nu. Kostnadstrycket på vårdavdelningsvården inom primärvården skulle således öka med cirka 2 miljoner euro.

Propositionen skulle också indirekt påverka välfärdsområdenas kostnader för den specialiserade sjukvården. Volymen på samjouren inom primärvården minskar enligt uppskattning med 10 procent i stället för med 15 procent, vilket skulle en uppskattning ha varit fallet med en maximitid på sju dagar. Minskningen av antalet besök inom primärvården skulle synas som en minskning av antalet remisser till den specialiserade sjukvården, men å andra sidan kommer en del av vården enligt uppskattning att överföras till den öppna sjukvården inom den specialiserade sjukvården. De vårdperioder som kan undvikas inom den specialiserade sjukvården minskar med 0,9 %, medan vårdperioderna med den maximala tiden för tillgång till vård på sju dygn skulle ha lett till en minskning av vårdperioderna på en procent. Sammantaget ökar kostnadstrycket på välfärdsområdenas specialiserade sjukvård med cirka 12 miljoner euro från och med 2025.

Kostnadstrycket på välfärdsområdenas driftskostnader i sin helhet minskar 2024 med cirka 6 miljoner euro, med 31 miljoner euro 2025 och från och med 2026 med cirka 33 miljoner euro jämfört med att en längsta väntetid för att få tillgång till vård på 7 dygn skulle träda i kraft. Intäkterna från klientavgifterna skulle minska med cirka en miljon euro från och med 2025. Förhandsbedömningen av propositionens konsekvenser för välfärdsområdena och även av de andra ekonomiska konsekvenserna är förenad med betydande osäkerhet.

Om maximitiden för att få vård skulle vara 14 dygn i stället för sju dygn, skulle Studenternas hälsovårdsstiftelse enligt uppskattning behöva höja sin kapacitet inom den öppna sjukvården med sju procent i förhållande till kostnaderna på årsnivå i stället för med nio procent. Detta beräknas spara 350 000 euro i Studenternas hälsovårdsstiftelses kostnader från och med 2025. Finansieringen av Studenternas hälsovårdsstiftelses kostnader fördelas enligt lagen om verksamheten så att staten finansierar 77 procent av kostnaderna och de studerande med årsavgifter 23 procent av kostnaderna. Statens finansieringsandel skulle alltså minska med ca 300 000 euro och den avgift som tas ut av de studerande skulle minska kalkylmässigt med cirka 0,30 euro per studerande. Bestämmelser om årsavgiften utfärdas årligen separat genom förordning av statsrådet och i samband med beredningen av förordningen bedöms det om lagförslaget även i praktiken medför ändringar i årsavgiften. År 2024 bedöms det inte uppstå några besparingar i Studenternas hälsovårdsstiftelses verksamhet till följd av propositionen.

Inom hälso- och sjukvården för fångar uppskattas behovet av tilläggsresurser för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar till följd av propositionen vara cirka 25 % mindre än vad konsekvenserna av att iakttä en maximitid på sju dygn skulle ha varit. Således sparar Enheten för

hälso- och sjukvård för fångar 0,3 miljoner euro från och med 2025. Inte heller i verksamheten vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar beräknas det uppstå några besparingar till följd av propositionen under 2024.

Propositionen står också i linje med regeringens mål att balansera de offentliga finanserna. Propositionen bidrar till att dämpa kostnadsökningen inom social- och hälsovården.

I tabell 4 nedan sammanställs de uppskattade ekonomiska konsekvenserna för statsfinanserna.

Tabell 4. Uppskattade konsekvenser för statsfinanserna.

Faktor som påverkar statsfinanserna, miljoner euro enligt nivån för 2024	2024	2025	2026
Välfärdsområdenas finansiering (kostnadstrycket med beaktande av förändringen i inkomsterna av klientavgifter, avrundat till närmaste 5 miljoner euro), som utgörs av	-5	-30	-30
Driftskostnader för primärvårdens öppna sjukvård	-10,1	-44,5	-46,6
Driftskostnader för vård på vårdavdelning inom primärvården	0,7	2,2	2,2
Driftskostnader för specialiserad sjukvård	3,4	11,8	11,8
Förändring av inkomsterna av klientavgifter	-0,1	-0,9	-1,1
Studenternas hälsovårdsstiftelse	0,0	-0,3	-0,3
Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	0,0	-0,3	-0,3
Sammanlagt	-5	-30,6	-30,6

Det bindande målet för investering 1 i pelare 4 i Finlands program för hållbar tillväxt är att 80 procent av besöken inom den icke-brådskande vården inom primärvården genomförs inom 7 dygn i slutet av 2025. Målet gäller de sammanlagda besöken hos alla yrkesgrupper på riksnivå, och omfattar distansbesök och besök på plats. Mätt på detta sätt fick man i juli 2023 tillgång till vård inom 7 dygn i 79 % av fallen. I mars 2023 var siffran 72 %. Programmet finansieras huvudsakligen med medel från EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (Next Generation EU). Om målet inte nås finns det risk för att Finland blir tvunget att betala tillbaka erhållna EU-understöd. Då undersöker man på välfärdsområdesnivå var målet inte uppnås, och återbetalning tas ut av områdena enligt det. För investering 1, som denna indikator gäller, har det anvisats närmare 169 miljoner euro för områdena. Ett eventuellt återkrav skulle göras i förhållande till hur målet har uppnåtts. När välfärdsområdena avstår från den lagstadgade vårdgarantin på 7 dygn slopas en drivkraft för ändringen att säkerställa snabb tillgång till vård. Vetskapen om att välfärdsområdet kan återkrävas på finansiering som det fått om målet inte uppnås styr dock fortfarande välfärdsområdena till att genomföra snabb tillgång till vård.

Konsekvenser för företagen

Propositionen ökar enligt uppskattning de hälso- och sjukvårdstjänster som inom samhällsekonomin köps av privata tjänsteproducenter, även om välfärdsområdenas köp av slutprodukter minskar. Välfärdsområdenas köp av slutprodukter från privata tjänsteproducenter minskar med 3,8 miljoner euro när det gäller tjänster inom primärvårdens öppna sjukvård, men de ökar inom den specialiserade sjukvården och vården på vårdavdelningar inom primärvården med 0,7 miljoner euro från och med 2026. De tjänster som ersätts via sjukförsäkringen och köps som företagshälsovårdstjänster ökar dock enligt uppskattning med 7,8 miljoner euro från och med 2026. Alla företagshälsovårdstjänster som olika arbetsgivare köper av den privata och den offentliga sektorn ökar med sammanlagt 5,4 miljoner euro från och med 2026.

Konsekvenser för hushållen

De klientavgifter som hushållen betalar minskar, eftersom omfattningen av välfärdsområdenas tjänsteproduktion minskar. Klientavgifternas årliga belopp minskar med 0,9 miljoner euro år 2025 och med 1,1 miljoner euro från och med år 2026. Användningen av privata tjänster som ersätts av sjukförsäkringen ökar enligt uppskattning med 1,0 miljoner euro 2025 och med 2,9 miljoner euro från och med 2026. Inverkan på utgifterna för sjukförsäkringsersättningar är liten.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Konsekvenser för den öppna vården inom primärvården

Det att den längsta väntetiden för att få vård på 14 dygn föreskrivs gälla tills vidare inverkar på den öppna vården inom primärvården på samma sätt som en längsta väntetid för att få vård på sju dygn skulle ha inverkat, ändringen är endast smärre och något lättare att genomföra. Lindringen av kravet på maximitid minskar kostnaderna och behovet av extra personal. Redan en maximitid på 14 dygn förutsätter en effektiv reform av funktionerna och delvis också en permanent ökning både av personalen och av de ekonomiska resurserna för mottagningsverksamheten inom den öppna vården inom primärvården. Å andra sidan minskar den förbättrade tillgången till primärvård trycket på tyngre specialisttjänster, jour och specialiserad sjukvård.

Det finns skillnader i tillgången till vård mellan välfärdsområdena, och konsekvenserna och förutsättningarna för verkställigheten av också en skärpt vårdgaranti på 14 dygn varierar från välfärdsområde till välfärdsområde. I en del områden förverkligas tillgången till vård redan nu nästan inom ramen för maximitiden på 14 dygn. I dessa områden förutsätter vårdgarantin på 14 dygn i praktiken inga stora åtgärder. En del välfärdsområden måste fortsätta att stävja efterfrågan, utveckla verksamhetsmodellerna och förtydliga vård- och servicestygarna. Dessutom ska det säkerställas att det finns tillräckligt med kompetent arbetskraft och ekonomiska resurser för den öppna sjukvården. Man måste också förbereda sig på att skaffa tjänster. Välfärdsområdenas åtgärder för att genomföra bestämmelserna om vårdgarantin beskrivs i avsnitt 2.2.1.

Utöver bättre tillgång till vård utvecklas också kontinuiteten i vården. Det kan inte finnas någon kontinuitet i behandlingen om patienten inte får tillgång till behandling. Dessutom är säkerställandet av kontinuiteten ett sätt att förbättra tillgången. När patienten möter ett bekant team förutsätter bedömningen av vårdbehovet och hanteringen av nya hälsoproblem eller andra behov inte alltid en ny kontakt eller ytterligare undersökningar och utredningar.

Konsekvenser för samjouren, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården

Den skärpning av den längsta väntetiden för att få vård från tre månader till 14 dygn som trädde i kraft den 1 september 2023 dämpar efterfrågan inom samjourerna, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården. Den totala effekten är dock mindre än om tidsfristen ytterligare skulle skärpas till sju dygn från och med den 1 november 2024. De ekonomiska konsekvenserna beskrivs närmare i avsnitt 4.2.1.

En god tillgång till öppen vård inom primärvården minskar trycket på samjourerna. En betydande orsak till anhopningen inom samjourerna under de senaste åren har varit problem och dröjsmål i fråga om tillgången till primärvård. Klienterna blir tvungna att söka sig till samjouren också i situationer där det inte finns något brådskande behov av vård under jourtid eller där behovet inte är medicinskt. I dessa fall skulle patienten ha mest nytta av primärvården under tjänstetid, där man kan säkerställa en helhetsbetonad och vid behov multiprofessionell bedömning och vård. Det att vårdgarantin enligt propositionen inte skärps till 7 dygn medför att den uppskattade minskningen av antalet besök inom primärvården inom samjouren är 10 % jämfört med den tidigare uppskattade minskningen på 15 % med en tidsfrist på 7 dygn.

Största delen av sjukhusperioderna inom primärvården och den specialiserade sjukvården inleds inom jouren. Om man snabbt kan trygga tillgången till öppen sjukvård inom primärvården och ta ställning till patientens situation på en icke-brådskande mottagning så att det inte är fråga om jour och så att vårdens kontinuitet och planmässighet säkerställs, är det klart att en del oändamålsenliga sjukhusperioder kunde undvikas. Det är särskilt viktigt att säkerställa att patienter med flera sjukdomar, nedsatt funktionsförmåga och patienter som redan omfattas av tjänsterna, deras närstående, närståendevårdare och anställda inom hemvården kan lita på att de faktiskt får kontakt med den egna vårdaren eller läkaren och får en bedömning och vård inom några dagar. Det att vårdgarantin enligt propositionen inte skärps till 7 dygn leder till att vårddagarna inom primärvården minskar med 1,8 % från och med 2025, medan man tidigare bedömde att minskningen är 2 % med en maximitid på 7 dagar, och på motsvarande sätt är minskningen 0,9 % inom den specialiserade sjukvården (1 % med den tidigare uppskattade tidsfristen på 7 dagar). Eftersom sjukhusen i huvudsak är välfärdsområdets egen tjänsteproduktion, är det möjligt för området att snabbt anpassa antalet sjukplatser och överföra personal till den öppna sjukvården.

Ändringarnas inverkan på övergången från privata hälso- och sjukvårdstjänster och företagshälsovårdstjänster till välfärdsområdets tjänster

När tillgången till den offentliga primärvården förbättras, kan det antas att medborgarnas vilja att själva bekosta motsvarande tjänster inom den privata hälso- och sjukvården kan minska något. Intresset för frivilliga självbetalda försäkringar kan också minska med tiden. Befolkningen uppskattar inom den privata hälso- och sjukvården möjligheten att välja en viss yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och å andra sidan möjligheten att få direkt tillträde till en läkarmottagning utan en bedömning av vårdbehovet eller mottagning av någon annan yrkesutbildad person. Delvis har befolkningen också ett intryck av att den privata hälso- och sjukvården har en lägre tröskel för tillgång till undersökningar eller remiss till den specialiserade sjukvården.

När den längsta väntetiden för att få vård hålls kvar vid 14 dygn bedöms det att övergången från privata hälso- och sjukvårdstjänster till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster inte kommer att bli lika stor som den skulle vara med en längsta väntetid på 7 dygn. I konsekvensbedömningen har det antagits att besöken hos allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården övergår stegvis till den offentliga primärvården så att under det tredje året från ikraftträdandet är antalet

8 % (jfr 10 % med en tidsfrist på 7 dagar), där situationen skulle stabiliseras. Velfärdsområdena bör alltså på grund av ändringen öka sin kapacitet inom den öppna sjukvården på motsvarande sätt.

Lagförslaget bedöms inte på kort sikt minska arbetsgivarnas villighet att erbjuda sina anställda sjukvårdstjänster, eftersom hälsovårdscentralernas praxis för vårdhänvisning och övriga praxis fortfarande kommer att skilja sig från de sjukvårdstjänster som normalt erbjuds via företagshälsovården. På längre sikt är det dock möjligt att en del av i synnerhet de mindre arbetsgivarna avstår från att ordna sjukvårdstjänster som företagshälsovård på grund av att tillgången till tjänster på basnivå förbättras. Dessa tjänster skulle överföras till primärvården som ordnas av velfärdsområdena. I konsekvensbedömningen har det antagits att under det första året efter det att den föreslagna lagen trätt i kraft kommer besök inom företagshälsovårdens sjukvård ännu inte att övergå till velfärdsområdenas primärvård, medan övergången från och med det tredje året, dvs. september 2025, är 10 %.

Konsekvenser för personalen

Verkställigheten av vårdgarantin är förknippad med en betydande oro för tillgången på personal. Utmaningarna i fråga om tillgången på personal medför också en risk för ökade kostnader för arbetsinsatsen och för osund konkurrens om personalen mellan olika organisationer. Lindringen av kravet på maximitid från 7 dygn till 14 dygn minskar behovet av extra personal och också kostnaderna.

Även efter att maximitidskravet lindrats är det stärkande av primärvården och utvecklande av verksamhetsmodellerna som skärpningen av vårdgarantin förutsätter en dragningskraftsfaktor för personalen. Denna dragningskraftsfaktor i kombination med möjligheten att arbeta dagtid underlättar rekryteringen av sjukskötare. Arbete inom primärvårdens öppna sjukvård är dagarbete som passar in i många vårdares livssituation bättre än arbete i skift. Stärkandet av primärvården och bättre tillgång till vård gör det också möjligt att förbättra den personliga vårdrelationens kontinuitet, vilket i sin tur är en mycket stark dragningskraftsfaktor för erfarna läkare och specialister inom allmänmedicin.

Servicesystemets funktion som helhet utmanas av personalbrist. Personalsituationen och regeringens åtgärder för att förbättra personalsituationen beskrivs i avsnitt 2.2.2.

Studenternas hälsovårdsstiftelse

De regionala skillnaderna i tillgången till vård i SHVS tjänster inom allmän och psykisk hälsa beror i huvudsak på rekryteringsutmaningarna i fråga om allmänläkare. Trots att sänkningen av kravet på maximitid från 7 dygn till 14 dygn minskar behovet av extra personal och kostnaderna för den, är SHVS egen bedömning att SHVS inte med nuvarande resurser kan erbjuda en allmänläkares mottagningstid inom maximitiden när vårdgarantin på 14 dygn träder i kraft. SHVS åtgärder för att nå vårdgarantin på 14 dygn och de utmaningar som hänför sig till dess verksamhet beskrivs i avsnitt 2.2.1.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar

De bestämmelser om fångars rätt att omedelbart få kontakt och få en individuell bedömning av vårdbehovet som trädde i kraft den 1 september 2023 inom hälso- och sjukvården för fångar leder till det största behovet för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar att utveckla verksamheten och enhetens samarbete med Brottsförvaltningsmyndigheten. Den längsta väntetiden att

få vård på 14 dygn medför också behov att utveckla verksamheten, som är något mindre än i alternativet med en längsta väntetid på 7 dygn. De åtgärder som Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har vidtagit beskrivs i avsnitt 2.2.1.

Migrationsverket och förläggningarna

Såsom det konstateras i regeringens proposition RP 74/2022 rd och ovan i avsnitt 2.1.3, kan regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom motsvarande tidsgränser som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen. När det föreskrivs om vårdgarantin har det således konsekvenser också för verksamheten vid Migrationsverket (Migri) och vid förläggningar som drivs av Migrationsverket och vid förläggningar som ingått avtal med Migrationsverket. I mottagningslagen finns ingen motsvarande bestämmelse om att tjänsterna ska tillhandahållas på samma grunder som för personer med hemkommun för myndiga personer som söker internationellt skydd och för offer för människohandel som saknar en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland.

Mottagningssystemet har för närvarande sammanlagt 43 181 klienter (statistik från den 18 september 2023), av vilka cirka 37 000 är personer som får tillfälligt skydd (87 % av det totala antalet). Cirka 25 % av de klienter som omfattas av mottagningssystemet är barn. Under 2022 och 2023 har sammanlagt cirka 62 000 personer som ansöker om tillfälligt skydd anlänt till Finland. I år har cirka 16 000 personer sökt tillfälligt skydd. Inom mottagningssystemet finns fortfarande cirka 37 000 personer som beviljats tillfälligt skydd. Största delen av dem som får tillfälligt skydd är ukrainska medborgare, men också andra personer som flytt från Ukraina på grund av Rysslands anfallskrig kan få tillfälligt skydd.

En person som får tillfälligt skydd har möjlighet att ansöka om hemkommun efter ett års vistelse i Finland om personen har ett giltigt uppehållstillstånd. När en person får en hemkommun överförs ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster till välfärdsområdet. Hittills har cirka 10 000 personer som får tillfälligt skydd fått en hemkommun och cirka 2 500 väntar för närvarande på att få en hemkommun. De som får tillfälligt skydd har sökt hemkommun i måttlig utsträckning. Om antalet kunder inom mottagningssystemet inte börjar öka på nytt, förväntas det att omfattande nedläggningar och omorganiseringar kommer att genomföras i systemet. Dessutom kommer inkvarteringen enligt kommunmodellen, inom vilken cirka 4 500 ukrainare inkvarteras i nuläget, att upphöra vid utgången av året. Dessa ändringar kommer sannolikt att öka övergången av personer som får tillfälligt skydd till kommunen.

Migrationsverket bedömer att vårdgarantin på 14 dygn i regel genomförs i normala situationer, och också i nuläget. I mottagningssystemet är det osannolikt att vårdgarantin på sju dygn skulle uppnås. Systemet är beroende av det privata och offentliga hälso- och sjukvårdssystemets reaktionsförmåga. Genomförandet av vårdgarantin för klienterna inom mottagningssystemet kan påverkas av en betydande ökning av antalet klienter. I en situation med massinvandring, särskilt om en betydande del av de nyanlända är personer som får tillfälligt skydd eller barn, kan mottagningssystemet inte nödvändigtvis till alla delar svara mot vårdgarantin på 14 dygn.

I regeringens proposition RP 74/2022 rd konstaterades det att det är mycket svårt att bedöma vilken inverkan lagstiftningen om skärpning av tidsgränserna för att få vård har som en del av det övriga trycket på den hälso- och sjukvård som Migri ansvarar för att ordna, och likaså är det svårt att bedöma kostnaderna för de kommande åren. Detta berodde på osäkerheten i fråga om antalet personer som söker och får tillfälligt skydd och till exempel hur många som med tiden

blir kommuninvånare (RP 74/2022 rd, s. 80). Migrationsverkets anslag har ökat avsevärt på grund av det stora antalet ukrainare som kommit till landet. I samband med regeringens proposition RP 74/2022 rd riktades det dock inte finansiering till Migrationsverket för vårdgarantin, vilket innebär att sloandet av vårdgarantin på 7 dygn inte har någon direkt inverkan på Migrationsverkets finansiering.

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Eftersom det skulle vara mycket utmanande för många aktörer att tillgodose tillgången till vård inom 7 dygn, skulle det sannolikt göras fler klagomål och tas andra kontakter med tillsynsmyndigheterna om avvikelser från vårdgarantin. Sloandet av denna strikta maximitid kan således i någon mån minska antalet klagomål som blir anhängiga och andra sådana kontakter. Redan ikraftträdandet av vårdgarantin på 14 dygn medför dock betydande styrnings- och tillsynsuppgifter för tillsynsmyndigheterna, och för en del aktörer är det också svårt att iaktta denna maximitid. Således förväntas lagändringen åtminstone inte inom den närmaste framtiden avsevärt minska tillsynsmyndigheternas arbete i anslutning till tillsynen över och styrningen av bestämmelserna om vårdgarantin.

Konsekvenser för informationssystemen

Genomförandet av maximitider för tillgång till vård följs upp i Institutet för hälsa och välfärds Avohilmo-register, som förutsätter att aktörerna inom hälso- och sjukvården antecknar de uppgifter som behövs för uppföljningen i enlighet med de klassificeringar som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Bibehållandet av vårdgarantins maximitid vid 14 dygn förutsätter inte att nya klassificeringar tas i bruk, utan inom hälso- och sjukvården antecknas också i fortsättningen maximitiden för tillgång till vård med samma kod oberoende av om vårdgarantin är 14 eller 7 dygn. Den tidigare beredskapen för en vårdgaranti på 7 dygn ska avvecklas av Institutet för hälsa och välfärd när det gäller klassificeringens definitioner. Ändringen av tidsfristen för att få vård ska också beaktas i utbildningen om och anvisningarna för registrering.

4.2.3 Övriga samhällliga konsekvenser

Propositionen har konsekvenser för hälsan och som ett delområde av den för tillgången till vård och tillgången på vård, och därmed också för de sociala rättigheter som tryggas i grundlagen och i människorättskonventionerna.

I den sjunde periodiska granskningen gällande Finland (av den 30 mars 2021) framförde Förenta nationernas kommitté för ekonomiska sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) sin oro över att det inte finns tillräckligt med primärvårdstjänster tillgängliga i hela landet. Kommittén fäste uppmärksamhet vid målen för reformen av ordnandet av social- och hälsovården bland annat när det gäller tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och rekommenderade att staten ska bevaka reformens konsekvenser för tillgången till social- och hälsovårdstjänster, lika tillgång, skäligen priser och tillgången i alla delar av landet. Kommittén rekommenderade att man i reformen, utöver att ta hänsyn till regionala särdrag, också bör ta itu med de hinder som försvårar tillgången till vård för grupper som arbetslösa, äldre och papperslösa personer. Kommittén fäste också särskild uppmärksamhet vid mentalvårdstjänsterna och rekommenderade bland annat att tillgången till mentalvårdstjänster ska ökas.

Tjänster inom den öppna vården inom primärvården tillhandahålls vid hälsovårdscentralerna och vid de framtida social- och hälsocentralerna, vars tjänster alla som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har rätt att anlita. Bestämmelserna gäller också högskolestuderande

och fångar. Ur detta perspektiv gäller de föreslagna ändringarna i fråga om tillgången till tjänster dessa olika befolkningsgrupper på ett enhetligt sätt. De nuvarande regionala skillnaderna i tillgången till tjänster jämnas i vilket fall som helst ut trots att vårdgarantins maximitid blir 14 dygn i stället för de föreskrivna 7 dygnen. I praktiken finns det dock patientgrupper vars huvudsakliga och för en stor del av dem enda vårdplats är den offentliga primärvården, medan en stor del av dem som arbetar anlitar företagshälsovårdens hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av arbetsgivaren. Till dessa patientgrupper som anlitar den offentliga hälso- och sjukvården hör bland annat äldre personer, arbetslösa och personer som får rehabiliteringsstöd eller pension, till exempel mentalvårdspatienter och missbrukspatienter. Fångarnas hälsotillstånd är svagare än den övriga befolkningens. I dessa grupper finns många personer med långtidssjukdom, där riskfaktorerna upptäckts och behandlats med fördröjning när tillgången till tjänster har varit dålig. Ändringen påverkar också dem som omfattas av förläggningarnas organiseringsansvar.

När den längsta väntetiden för att få vård blir 14 dygn kan det synas i att vissa patienters situation försvåras. Vissa patienter kan bli tvungna att söka sig till jourtjänster när tid inte fås inom icke-brådskande hälso- och sjukvård.

Maximitiden på 14 dygn för tillgång till vård är en betydande förbättring jämfört med den maximitid på tre månader som gällde före den 1 september 2023. Tillgången närmar sig också tillgången till den företagshälsovård som ordnas av arbetsgivaren för den förvärvsarbetande befolkningen, även om en kund inom företagshälsovården även i fortsättningen får vård snabbare än en kund vid en hälsovårdscentral när maximitiden på 7 dygn slopas.

En snabbare tillgång till vård kan bedömas påverka särskilt klienter som behöver mycket service så att tillgången till vård och vårdens verkningsfullhet förbättras samt så att stödbehoven till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning minskar och därmed minskar också efterfrågan på motsvarande socialvårdstjänster. Stödbehovet i anslutning till funktionsförmågan kan hänföra sig t.ex. till en persons funktionsnedsättning, sjukdom eller åldrande.

Den socioekonomiska ställningen har haft en stark koppling till användningen av hälso- och sjukvårdstjänster och den nytta som fås av dem. Ofta är en högre socioekonomisk ställning förknippad med bland annat en bättre medvetenhet om tillgängliga hälso- och sjukvårdstjänster samt med möjligheten att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster och företagshälsovård. De som har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster inom företagshälsovården och privata hälso- och sjukvårdstjänster har en betydligt snabbare tillgång till vård än de som anlitar tjänster inom den offentliga sektorn. Många som har en lägre socioekonomisk ställning kan ha hinder som de facto inverkar på att de inte söker vård, även om det i sig är möjligt att få vård.

Enligt Finanssiala ry:s försäkringsundersökning från 2020 har 24 % av finländarna en frivillig sjukkostnadsförsäkring. Den utbildning man har har en betydande inverkan på försäkringstagandet. Sjukkostnadsförsäkringen är klart populärare bland dem som har en yrkeshögskoleutbildning (29 %) och högskoleutbildning (32 %) än bland hela befolkningen. Också hushållets inkomster inverkar på anskaffningen av försäkringar. Bland hushåll i den högsta inkomstklassen (över 70 000 €/år) hade 39 % av respondenterna en försäkring, medan bland hushåll i den lägsta inkomstklassen (under 30 000 €/år) hade 18 % av respondenterna en sjukkostnadsförsäkring.

FN:s kommitté för barnets rättigheter uppmanade i sina slutsatser om Finlands kombinerade femte och sjätte rapport (av den 2 juni 2023) Finland att stärka åtgärderna för att trygga barns tillgång till högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster snabbt och effektivt i hela landet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas marginaliserade grupper, såsom barn som lever i fattigdom. Kommittén uppmanade också Finland att öka mentalvårdstjänsterna för barn.

Enligt Statistikcentralen fanns det 2022 i Finland sammanlagt cirka 550 000 familjer med minst ett barn under 18 år. I barnfamiljerna fanns det sammanlagt lite över en miljon minderåriga barn. Barn och barnfamiljer använder många hälso- och sjukvårdstjänster. Stärkandet av primärvården har förmånliga konsekvenser för barns, ungas och familjers välbefinnande. Snabbare tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården har bedömts förbättra jämlikheten mellan barn. Propositionens konsekvenser gäller särskilt barn i familjer som inte har möjlighet att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt Finanssiala ry:s statistik har nästan hälften av dem som lever i äktenskap eller samboförhållande och som har barn under 18 år skaffat en försäkring för sig själva eller sina barn. Bland ensamförsörjare med barn under 18 år hade 36 % skaffat en sjukkostnadsförsäkring för sig själva eller sina barn. Det har bedömts att den förbättrade tillgången till vård förbättrar ställningen särskilt för barn som är placerade i vård utom hemmet, barn som lider av psykiska problem och symtom och deras familjer, barn med funktionsnedsättning och indirekt också barn och unga som kommit till Finland som asylsökande. Dessa positiva konsekvenser är dock i viss mån mindre än i alternativet med en maximitid på 7 dygn. Fördröjd vård kan försvåra situationen och öka behovet av andra social- och hälsovårdstjänster.

En fungerande offentlig primärvård är viktig också med tanke på tjänsterna för äldre personer och pensionärer. Pensionärernas disponibla penninginkomst var år 2020 i genomsnitt 27 000 euro per år. Pensionärernas inkomstnivå i förhållande till de sysselsattas inkomster är 77 %, och förhållandet har varit ganska oförändrat under de senaste årtiondena. Bland pensionärerna, liksom bland andra befolkningsgrupper, finns det mer och mindre välsituerade. År 2020 var pensionärernas låginkomstgrad 13 %, dvs. nästan densamma som i hela befolkningen i genomsnitt. Enligt EU:s definition är låginkomsttagare personer vars penninginkomst understiger 60 procent av hela befolkningens medianinkomst. Finländarnas genomsnittliga månadspension steg i fjol (2022) för första gången till över 1 800 euro. Nästan 70 % av finländarna hade en total pension på mindre än 2 000 euro i månaden. En klar majoritet av dem var kvinnor. I Finland fanns det ifjol 1,6 miljoner pensionstagare. Pensionstagarnas andel av hela landets befolkning var 34 %, då man som statistikföringsgrund använder personer över 16 år.

År 2022 var antalet läkarbesök inom den offentliga hälso- och sjukvården sammanlagt 1,63 miljoner bland 75–84-åringar och 0,76 miljoner bland personer 85 år och äldre, dvs. sammanlagt 2,39 miljoner bland äldre personer. Alla andra åldersklasser hade totalt 6,59 miljoner besök (källa: det nationella vårdanmälningsystemet för social- och hälsovården Hilmo). I sådana fall där man snabbt borde få icke brådskande vård, i praktiken inom några dagar, är en snabb tillgång till vård viktig i alla åldersklasser. För äldre personer är särskilt sådana situationer som försämrar funktionsförmågan kritiska. År 2020 upplevde 34,7 % av dem som fyllt 75 år åtminstone stora svårigheter i vardagliga sysslor, och 44,2 % av dem som fyllt 65 år hade begränsningar i funktionsförmågan på grund av hälsoproblem (källa: www.sotkanet.fi). En del av de äldre omfattas av regelbunden service och får i enlighet med serviceplanen hjälp av läkare och skötare (hemsjukvård, boendeservice). Äldre personer har många kroniska sjukdomar, vilket innebär att det i allmänhet inte är ett problem att vänta mer än en vecka i icke-brådskande fall. Om maximitiden på 7 dygn skulle leda till mer brådskande eller kortare möten, vore det dåligt för äldre kunder eftersom det ofta är viktigt för äldre personer att besöken är tillräckligt långa och lugna och att vårdförhållandet är kontinuerligt, vilket i alternativet med en maximitid på 14 dygn kan förverkligas bättre än i alternativet med en maximitid på 7 dygn.

De flesta personer med funktionsnedsättning använder samma hälso- och sjukvårdstjänster som den övriga befolkningen. Personer med funktionsnedsättning är dock mer sällan i arbetslivet än den övriga befolkningen, så de har inte tillgång till företagshälsovårdstjänster i samma utsträckning som den övriga vuxna befolkningen. Personer med funktionsnedsättning behöver hälso- och sjukvårdstjänster i större utsträckning än den övriga befolkningen. En snabb tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster främjar upprätthållandet av funktionsförmågan hos personer med

funktionsnedsättning. Således är personer med funktionsnedsättning en grupp som påverkas av slopan det av maximitiden på 7 dygn för tillgång till vård.

Fångar har fler samtidiga sociala problem och hälsoproblem än den övriga befolkningen. De har fler långvariga sjukdomar än hela befolkningen har, och missbruksproblem är mycket vanliga bland fångar. Bland yngre fångar är narkotikaproblem vanligare, hos äldre fångar anknyter problemen särskilt till alkohol. Cirka 60 % av fångarna bedömde sig vara arbetsföra. Ungefär en fjärdedel av fångarna använder många social- och hälsovårdstjänster också utanför fängelset. Dessa uppgifter är preliminära uppgifter från en färsk undersökning gjord av Institutet för hälsa och välfärd, Brottsförhållningsmyndigheten och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Det är typiskt för psykiska störningar och missbruksproblem att fördröjd vård leder till förvärrade symtom och nedsatt funktionsförmåga. Symtomen på psykisk ohälsa har ökat klart under de senaste åren. I SHVS kundkrets framhävs lindriga och måttliga symtom på psykisk ohälsa. I efterfrågan på mentalvårdstjänster har det inom SHVS observerats en permanent ökning på cirka 30 % jämfört med coronaåren. Genom att påskynda tillgången till vård kan man avsevärt förebygga att sjukdomar blir kroniska och att långvariga olägenheter uppkommer, såsom att personen blir arbetsoförmögen. Det är också känt att mentalvårdsproblem eller missbruksproblem i sig gör det svårare att söka sig till vården, varvid tröskeln för tillgång till vård ska göras så låg som möjligt och tillgång ska fås utan dröjsmål. Förkortningen av den längsta väntetiden för tillgång till icke-brådskande vård inom primärvården till 14 dygn främjar jämfört med den tidigare maximitiden på tre månader möjligheterna att söka vård och minskar användningen av jourtjänster, men i viss mån mindre än vad en maximitid på 7 dygn skulle göra.

I fall som behandlas i icke-brådskande mottagningsverksamhet inom den öppna sjukvården inom primärvården finns det i medicinskt hänseende ofta ingen betydande skillnad med tanke på den hälso nytta som fås med tanke på om tjänsten tillhandahålls inom 7 eller 14 dygn. När patientens hälsotillstånd kräver det är det alltid möjligt att tillhandahålla tjänsten snabbare, antingen inom icke-brådskande vård eller i brådskande ordning eller inom jouren. Enligt lagstiftningen är 14 dygn även i fortsättningen maximitiden för att få vård i de situationer som anges i lagen (bl.a. insjuknande eller skada), och enligt motiveringen till propositionen RP 74/2022 rd bedöms i den individuella bedömningen av vårdbehovet också om patienten behöver vård snabbare än inom den maximitid som lagen förutsätter. Detta stöder det att man vid behov får vård också snabbare än inom maximitiden om hälsotillståndet kräver det, trots att den lagstadgade maximitiden på 7 dygn slopas. På basis av statistiken över tillgången till vård kan man dock förutse att man på många ställen även i fortsättningen kan bli tvungen att vänta på vård i 14 dygn eller i vissa fall rentav mycket längre tid än det.

Risken för att man på grund av de skärpta maximitiderna satsar enbart på att det första vårdbesöket blir verklighet minskar i alternativet med en maximitid på 14 dygn jämfört med alternativet med 7 dygn. Detta gör det möjligt att bättre sörja för att vård- och servicehelheten är planmässig och kontinuerlig, vilket är särskilt viktigt till exempel för långtidssjuka och multisjuka personer eller till exempel för patienter som behöver en planmässig vårdperiod för psykisk störning.

5 Alternativa handlingsvägar

Ett alternativt genomförandesätt är att skjuta upp ikraftträdandet av den längsta väntetiden på sju dygn för att få vård istället för att avstå från den. Enligt regeringsprogrammet skjuts till exempel ikraftträdandet av lagen om funktionshinderservice (675/2023) upp med ett år och ikraftträdandet av skärpningen av personaldimensioneringen vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnssomsorg och långvarig institutionsvård för äldre personer i lagen om

stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), det vill säga äldreomsorgslagen, skjuts upp med fem år. Det skulle alltså vara möjligt att skjuta fram ikraftträdandet av den längsta väntetiden för att få vård på sju dygn med till exempel ett eller flera år. För patienternas rättigheter skulle det vara positivt att den skärpta tidsgränsen för att få vård enbart sköts fram. Det att servicesystemet måste utvecklas så att dess verksamhet går i riktning mot att förverkliga en vårdgaranti på sju dygn kan dessutom främja att tyngdpunkten inom hälso- och sjukvården flyttas till primärvården.

Enligt regeringsprogrammet bibehålls vårdgarantin på 14 dygn på grund av personalbrist. Personalbristen har förvärrats och beräknas pågå en längre tid, vilket även upplösandet av vård-, rehabiliterings och serviceskulden beräknas göra. Personalsituationen varierar regionvis. Det satsas kraftfullt på tillgången på social- och hälsovårdspersonal i regeringsprogrammet med både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder, bland annat med ett program för ett bra arbetsliv. Trots åtgärderna måste man vara förberedd på att tillgången på personal inom branschen förblir utmanande ännu i flera år framöver. På grund av detta är genomförbarheten av en vårdgaranti som är strängare än 14 dygn svår att bedöma under de närmaste åren, vilket inte stöder att ikraftträdandet av den skärpta längsta väntetiden endast skulle senareläggas.

Den längsta väntetiden på 14 dygn räcker för vård av de flesta hälsoproblem inom primärvårdens öppna sjukvård. Det bör också noteras att 14 dygn är den längsta väntetiden och vid den individuella bedömningen av vårdbehovet ska det också bedömas om patienten behöver vård snabbare än inom den längsta väntetid som anges i lagen.

Med tanke på genomförandet av tjänsteproduktionen ger den längsta väntetiden på 14 dygn bättre möjligheter att säkerställa att patientens vård är planmässig och kontinuerlig och att patienten har tillgång till vård av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som redan är insatta i fallet. Så som redan tidigare konstaterats i konsekvensbedömningen, minskar risken för att man på grund av att maximitiderna skärps satsar enbart på att det första vårdbesöket ska genomföras enligt det alternativ där den längsta väntetiden är 14 dygn, jämfört med alternativet där den längsta väntetiden är sju dygn.

Att hålla fast vid den maximitid för att få vård på 14 dygn som trädde i kraft den 1 september 2023 ökar möjligheten att organisera tjänsteproduktionen och att vägleda och ge befolkningen råd på grundval av en mer bestående lagstiftning, eftersom systemet inte kommer att ändras inom den närmaste framtiden.

Det är motiverat att den längsta väntetiden på 14 dygn föreskrivs gälla tills vidare på grund av de ovan anförda orsakerna och för att den medför förutsägbarhet för välfärdsområdenas utveckling och verksamhet.

Syftet med propositionen är att stödja servicesystemet så att det har möjlighet att fungera trots att personalbristen och serviceskulden fortfarande belastar systemet. Ett annat alternativ är att avstå från vårdgarantin på 14 dygn och återgå till det rättsläge som föregick den 1 september 2023, det vill säga en vårdgaranti på tre månader, eller att förlänga vårdgarantin till 21 eller 40 dygn. Av dessa skulle det vara mest problematiskt att återgå till en vårdgaranti på tre månader, eftersom det i praktiken skulle innebära att man avstår från att utveckla primärvården och att man nöjer sig med dålig tillgång till vård och de problem med bland annat jämlikheten som är förknippade med det alternativet. Ett sådant alternativ kan även vara förknippat med rättsliga problem, eftersom vårdgarantin på 14 dygn trädde i kraft den 1 september 2023 och en återgång till en vårdgaranti på tre månader med tanke på det skulle innebära en avsevärd försämring av rätten till hälsa.

Inte heller en vårdgaranti på 21 eller 30 dygn anses vara ändamålsenliga alternativ, eftersom båda alternativen fungerar dåligt som förändrande kraft för att förbättra tillgången till vård och stärka primärvården. I början av 2023 genomfördes redan 93 % av de icke-brådskande besöken inom den öppna sjukvården inom primärvården inom 30 dygn från bedömningen av vårdbehovet. Om den längsta väntetiden för vårdgarantin inte är tillräckligt utmanande är det mycket sannolikt att motivationen för att vidareutveckla tillgången till vård inom primärvården och att stärka primärvården försvagas avsevärt. En längsta väntetid på 14 dygn kan med fog bedömas fungera som en tillräcklig förändringskraft. En skärpning av vårdgarantin som har en tillräcklig förändringskraft behövs också för att fortsätta den utvecklingsverksamhet som inletts och sprida de goda handlingsmodeller som utvecklats inom programmet Framtidens social- och hälsocentral för att förbättra tillgången till kontinuerliga tjänster som ges på lika grunder och i rätt tid.

Enligt regeringens bedömning är den lösning som skapar den bästa balansen mellan patientens rättigheter, servicesystemets bärkraft och utvecklingen av servicesystemet att den föreslagna vårdgarantin på 14 dygn förblir i kraft tills vidare i den gällande lagstiftningen.

I avsnitt 5.2 i regeringspropositionen RP 74/2022 rd behandlas Sveriges, Danmarks, Norges och Estlands lagstiftning om tillgången till vård. Hurdana bestämmelser om tillgång till vård våra grannländer har står i det nämnda avsnittet.

6 Remissvar

Utkastet till proposition var på remiss den 23 augusti–15 september 2023. Sammanlagt 61 utlåtanden om utkastet till proposition lämnades av myndigheter, organisationer och andra instanser. Utlåtande lämnades av Södra Karelens välfärdsområde, Södra Österbottens välfärdsområde, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, Östra Nylands välfärdsområde, Kajanalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Västra Nylands välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Vanda och Kervo välfärdsområde, Akavas sjukskötare och Taja rf, regionförvaltningsverken (gemensamt utlåtande), Amnesty International Finländska sektionen rf, riksdagens justitieombudsmans kansli, Eläkeliitto ry, Hyvinvointiala HALI ry, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf, Kansallinen senioriliitto ry, Folkpensionsanstalten, Konsumentförbundet rf, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT, Hörsselförbundet rf, barnombudsmannens byrå, Läkarföretagen rf, MIELI Psykisk hälsa i Finland rf, Syn och ögonhälsa i Finland rf, justitieministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Servicefacket PAM rf, Brottspåföljdsmyndigheten, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Diabetesförbundet i Finland rf, Suomen Hammaslääkäriliitto - Finlands Tandläkarförbund ry, Suomen Kuntoutusyritysjät ry, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Finlands studerandekårens förbund - SAMOK rf, Reumaförbundet i Finland rf, Finlands sjukskötare rf, Socialrättsliga sällskapet i Finland rf, Allmänmedicinska föreningen i Finland rf, Allmänläkare i Finland - GPF rf, Finlands universitetsrektorers råd UNIFI rf, Finlands studentkårers förbund rf, Företagarna i Finland, Tehy rf, Institutet för hälsa och välfärd, Stöd- och rörelseorganförbundet i Finland rf, arbets- och näringsministeriet, Statens ekonomiska forskningscentral, finansministeriet, Valvira, Handikappforum rf, äldreombudsmannen, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS). Också en privatperson yttrade sig.

Av remissinstanserna frågades om de understöder att man frångår den längsta väntetiden på sju dygn för att få vård och att 14 dygn permanent blir den längsta väntetiden för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård. Detta understöddes av tolv av de välfärdsområden som yttrat sig (inkl. Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen). Av de välfärdsområden som yttrat sig gav

endast Satakunta välfärdsområde frågan ett nekande svar. Svaren på frågan från andra remissinstanser som företrädde olika organisationer fördelades jämnt så att 18 instanser understödde förslaget och 18 inte understödde det. I flera yttranden konstaterades det att maximitiden på 14 dygn redan är en betydande ändring. Propositionen understöddes förutom av de instanser som nämns nedan också av till exempel Institutet för hälsa och välfärd, arbets- och näringsministeriet, Allmänmedicinska föreningen i Finland rf, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT och Statens ekonomiska forskningscentral. Däremot understödde till exempel äldreombudsmannen, Finlands Läkarförbund rf, Tehy rf och de organisationer som företräder patienterna inte propositionen.

I flera utlåtanden från välfärdsområdena och andra organisationer som förordade propositionen framfördes det att målet att försnabba tillgången till primärvård i sig är värt att understöda, men att den föreslagna ändringen ansågs behövlig. De utmaningar som lyftes fram i yttrandena i fråga om den skärpta maximitiden för tillgång till vård var bristen på personal inom hälso- och sjukvården, att välfärdsområdenas verksamhet har inletts nyligen den 1 januari 2023, vårdskulden till följd av coronapandemin och det svåra ekonomiska läget. I yttrandena lyftes fram problem redan i fråga om genomförandet av maximitiden på 14 dygn. En del välfärdsområden fäste uppmärksamhet vid vårdens kontinuitet, som kan försämrats till följd av en stram vårdgaranti.

Satakunta välfärdsområde och flera andra remissinstanser som inte understödde propositionen framförde att man fortfarande bör sträva efter en maximitid på 7 dygn. I flera utlåtanden, där propositionen inte ansågs värd att understöda, lyftes vikten av snabbare tillgång till vård fram när det gäller att förebygga att hälsoproblem blir långvariga och svårare samt behovet av tjänster på specialnivå.

FPA understödde propositionen med beaktande av den utmaning som vårdgarantin på 14 dygn innebär för studerandehälsovården. I utlåtandet konstaterades det att SHVS har meddelat att den med nuvarande resurser inte kan uppfylla kravet på en vårdgaranti på 14 dygn. FPA lyfte fram ett bättre utnyttjande av alla resurser inom hälso- och sjukvården samt ett ersättningsystem för privat sjukvård som stöd för genomförandet av vårdgarantin. Studenternas hälsovårdsstiftelse understödde propositionen i sitt utlåtande. Enligt utlåtandet kan vårdgarantin inte iakttas utan tilläggsresurser särskilt under rusningstider.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar understödde propositionen. I utlåtandet ansågs det att man årligen har varit tvungen att öka anslagen för hälso- och sjukvården för fångar via tilläggsbudgetarna och att anslagsnedskärningen i det anslag som beviljats för skärpningen av vårdgarantin inte är realistisk. I utlåtandet konstaterades det att fångarnas hälsotillstånd vid ankomsten till fängelset har försämrats under de senaste åren. Även Brottspåföljdsmyndigheten ansåg att propositionen är motiverad. I utlåtandet framfördes det att väktarresurserna ska vara tillräckliga och att tillgången till vård är beroende av Brottspåföljdsmyndighetens transportkapacitet, som behövs för transporter av fångar.

Finansministeriet understödde propositionen. Ministeriet fäste i sitt utlåtande särskild uppmärksamhet vid propositionens ekonomiska konsekvenser och personalkonsekvenser och vid genomförandet av vårdgarantin i synnerhet i välfärdsområdena. I utlåtandet konstaterades det att de ekonomiska konsekvenserna ska vara förenliga med vad som överenskommit i regeringsprogrammet, om det inte vid den närmare beredningen med fog har framkommit behov av att se över konsekvensbedömningen. I utlåtandet ansågs det att ändringen är nödvändig på grund av tillgången på personal och att behovet av ändringen således inte hänför sig till balanseringen av de offentliga finanserna. Enligt utlåtandet bör man i propositionen dock noggrant bedöma välfärdsområdenas möjligheter att verkställa lagen med beaktande också av kraven i 19 mom. 3 § i grundlagen.

I utlåtandet från riksdagens justitieombudsmans kansli ansågs det att väntetiden på 14 dygn för att få vård inte innehåller några sådana grundlagsmässiga problem som hindrar att det nuvarande rättsläget bevaras. I utlåtandet betonades det att tidpunkten för tillgången till vård ska grunda sig på en individuell bedömning av patientens hälsotillstånd. I utlåtandet framfördes det allmännas skyldighet att främja tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna, vilket innebär att utvecklandet av hälso- och sjukvårdssystemet måste fortsättas målmedvetet. I utlåtandet lyftes det fram behov av preciseringar i propositionen, till exempel behovet att öka bedömningen av konsekvenserna för skillnaderna i välfärd och hälsa och för jämlikheten samt för patienternas ställning.

Justitieministeriet framförde i sitt utlåtande kompletterande synpunkter i fråga om så kallad inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt utlåtandet kan grunderna för inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna i tillämpliga delar användas vid bedömningen av om inskränkningen är tillåten. I utlåtandet ansågs det att ändringens konsekvenser för tillhandahållandet av tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster begränsas av att det är fråga om den maximala tiden för tillgång till vård och att tillgången till vård bedöms individuellt. Justitieministeriet ansåg det vara viktigt att säkerställa tillräckliga tilläggsresurser för hälso- och sjukvården för fångar för genomförandet av vårdgarantin.

Äldreombudsmannen och barnombudsmannens byrå ansåg båda att det fortfarande är viktigt att sträva efter att genomföra vårdgarantin på 7 dygn, bland annat med hänvisning till konsekvenserna av att tillgången till vård fördröjs. Barnombudsmannens byrå betonade vikten av att bedöma konsekvenserna för barn och önskade att regeringen vidtar alla behövliga åtgärder för att säkerställa att barn får jämlik och snabb vård. Eläkeliitto ry ansåg att konsekvenserna bör bedömas med tanke på den äldre befolkningens funktionsförmåga och hälsa. Även Amnesty International Finländska sektionen rf betonade konsekvensbedömningarnas betydelse med hänsyn till olika befolkningsgrupper. I utlåtandet ansågs det också att man i propositionen bör bedöma de föreslagna bestämmelsernas förhållande till ställningstagandena från de organ som övervakar genomförandet av internationella människorättskonventioner om rätten till hälsa i Finland och att propositionen bör föras till grundlagsutskottet för behandling.

En del av remissinstanserna tog också ställning till vårdgarantin inom mun- och tandvård. I dessa utlåtanden understöddes i huvudsak att det inte föreslås några ändringar i vårdgarantin för mun- och tandvård. Birkalands välfärdsområde ansåg dock att det på grund av bristen på personal och sparmålen i regeringsprogrammet inte är möjligt att förkorta tillgången till vård till tre månader.

Utifrån remissvaren preciserades propositionens konsekvensbedömningar på olika sätt och motiveringen till lagstiftningsordningen preciserades.

I begäran om utlåtande riktades dessutom frågor till välfärdsområdena, Helsingfors stad, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. De tillfrågades vilka åtgärder som har vidtagits och kommer att vidtas i er region/verksamhet för att nå vårdgarantin på 14 dygn, vilka utmaningar det innebär att iakttä de skärpta bestämmelserna om vårdgarantin, och hur bedömer ni att situationen kommer att utvecklas? Svaren har utnyttjats i propositionens bedömning av nuläget och i konsekvensbedömningarna.

7 Specialmotivering

7.1 Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

51 a §. *Att få vård inom primärvården.* I paragrafen föreskrivs det om de längsta väntetiderna för tillgång till vård inom primärvårdens tjänster. Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning av vårdbehovet enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Dessutom ska vårdgivaren enligt 1 mom. vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Det föreslås att 1 mom. ändras så att den längsta väntetiden för att få vård i den lagstiftning som ska gälla tills vidare föreskrivs vara 14 dygn istället för sju dygn. I momentet eller i 51 a § i övrigt görs inte några ändringar, varför det i fråga om specialmotiveringen till denna del hänvisas till specialmotiveringen i regeringspropositionen RP 74/2022 rd.

7.2 Lag om ändring av en lag om studerandehälsovård för högskolestuderande

10 a §. *Att få icke-brådskande vård.* I 1 mom. görs en motsvarande ändring som i 51 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen och i fråga om motiveringarna hänvisas till motiveringen till den bestämmelsen.

8 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 november 2024.

Det föreslagna ikraftträdandet av lagarna innebär att den längsta väntetiden på sju dygn för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården inte kommer att träda i kraft den 1 november 2024, utan den längsta väntetiden för att få vård förblir 14 dygn i och med lagändringarna.

9 Verkställighet och uppföljning

Uppföljningen och efterhandsutvärderingen av propositionen kopplas till Institutet för hälsa och välfärds årliga utvärderingar inom social- och hälsovården. Institutet för hälsa och välfärd gör utvärderingar av social- och hälsovårdstjänsterna inom olika områden. Utvärderingen gäller bland annat lika tillgång och kostnadseffektivt genomförande. Hur genomförandet av tjänsterna har lyckats inom olika områden studeras separat för varje uppgiftshelhet (inklusive tjänsterna inom primärvården) och servicesystemet utvärderas genom övergripande dimensioner. När det föreskrevs om de skärpta maximitiderna för tillgången till vård föreskrevs det också att de uppgifter om tillgången till vård som serviceanordnarna publicerar fr.o.m. den 1 september 2023 i fortsättningen ska utarbetas av Institutet för hälsa och välfärd, vilket ökar uppgifternas jämförbarhet och således stöder bl.a. tillsynen. Institutet för hälsa och välfärd publicerar regelbundet statistik över läget när det gäller tillgången till vård. Informationsunderlaget för tillgången till vård har också förbättrats genom separata utvecklingsprojekt med statlig finansiering. Tillsynsmyndigheterna, dvs. regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, följer regelbundet tillgången till vård inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvård som en del av sitt normala tillsynsprogram. Serviceanordnarna är också skyldiga att utöva egenkontroll och som en del av egenkontrollen av tillgången till vård. Bestämmelser om egenkontroll finns i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i lagen om tillsyn över social- och hälsovården som träder i kraft den 1 januari 2024.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering säkerställs det att vårdgarantin genomförs inom mottagningsverksamheten inom primärvården och mun- och tandvården, att tillsynen över tidsfristerna för vårdgarantin och tillgången till tjänster förenhetligas, välfärdsområdena hänvisas att vid behov använda köpta tjänster eller servicesedlar, dessutom inleds en intensifierad period för uppföljning av tillgången till primärvård som en del av styrningen av välfärdsområdena. Riktlinjerna för vilka åtgärder som vidtas i anslutning till dessa mål görs upp i framtiden. De kommer för sin del att stödja att vårdgarantin på 14 dygn genomförs också i praktiken.

Social- och hälsovårdsministeriet gav den 14 juli 2023 en anvisning om den ändrade lagstiftningen om vårdgaranti som trädde i kraft den 1 september 2023. ("Bestämmelserna om tillgång till icke-brådskande vård skärps från och med 1.9.2023"). Anvisningen lämpar sig också efter ikraftträdandet av de nu föreslagna lagändringarna för styrningen av verkställigheten av lagstiftningen om vårdgarantin.

10 Förhållande till andra propositioner

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2024 och avses bli behandlad i samband med den.

När regeringens proposition RP 74/2022 rd lämnades anvisades det för en skärpning av regleringen om vårdgarantin 73 miljoner euro för 2023, 117 miljoner euro för 2024, 130 miljoner euro för 2025 och 128 miljoner euro från och med 2026. Största delen av detta styrdes till välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottsförklaringsmyndigheten anvisades cirka en miljon euro, regionförvaltningsverken drygt en halv miljon euro och Valvira 0,1 miljoner euro från och med 2024. I och med denna proposition riktas till välfärdsområdenas finansieringsmoment 28.89.31 år 2024 en minskning på 5 miljoner euro och från och med 2025 en minskning på 30 miljoner euro. Under moment 33.01.06 för finansiering av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och moment 33.60.35 för finansiering av Studenternas hälsovårdsstiftelse riktas från och med 2025 en minskning på 0,3 miljoner euro till vardera.

Som en del av budgetpropositionen för 2024 föreslår regeringen att det till FPA-ersättningarna för allmänläkares och specialistläkares mottagningar, psykoterapi och grundläggande tandläkarundersökning anvisas en tilläggsfinansiering på 97,5 miljoner euro för 2024 (varav ca 10 miljoner euro för tandläkartjänster). Dessutom anvisar regeringen som en del av planen för de offentliga finanserna cirka 134,2 miljoner euro per år för åren 2025–2027 i tilläggsfinansiering för utveckling av en ny FPA-ersättningsmodell. I och med ändringen kan det förutses att en del av välfärdsområdenas kunder övergår till att använda privata hälso- och sjukvårdstjänster.

11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

I propositionen föreslås det att den maximitid på 7 dygn för tillgång till vård inom primärvårdens öppna sjukvård som redan föreskrivits men ännu inte trätt i kraft slopas, och i den lagstiftning som gäller tills vidare är denna vårdgaranti 14 dygn på motsvarande sätt som i den lagstiftning som trädde i kraft den 1 september 2023. Propositionen ska bedömas särskilt med avseende på 19 § i grundlagen.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Enligt 6 § 1 mom. i

grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 6 § 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I artikel 12 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, *ESK-konventionen*) föreskrivs det att konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta högsta möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt punkt 2 d ska konventionsstaterna vidta åtgärder som är nödvändiga för att uppnå ett fullständigt utövande av denna rättighet i syfte att skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Vid tolkningen av avtalsbestämmelserna ska hänsyn tas till de förpliktelser enligt artikel 2.1 enligt vilken varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i denna konvention gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning. Den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) innehåller flera avtalsbestämmelser som hänför sig till hälsorättigheter. Enligt artikel 11 strecksats 1 åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, att vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt kommittén för sociala rättigheter innebär denna punkt ur perspektivet *Access to Health care* bl.a. att konventionsstaterna ska garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen.

Människorättskonventioner som är av betydelse med tanke på tillgången till vård är också FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016) och FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 60/1991). De bestämmelser i människorättskonventionerna som är av betydelse med tanke på tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och tillgången till vård och tolkningspraxis i fråga om dem beskrivs närmare i avsnittet om lagstiftningsordning i regeringens proposition RP 74/2022 rd.

Grundlagsutskottet ansåg i samband med behandlingen av regeringens proposition RP 74/2022 rd att en skärpning av maximitiderna för tillgång till vård är av betydelse framför allt med tanke på 19 § i grundlagen, särskilt med hänvisning till bestämmelserna i 3 mom. Grundlagsutskottet konstaterade (GrUU 38/2002 rd, stycke 3) enligt sin vedertagna ståndpunkt att bestämmelsen hänvisar dels till social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet, dels till utvecklingen av samhällsförhållandena inom det allmännas olika verksamhetssektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa. Det handlar framför allt om att trygga tillgången till tjänsterna. Också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se även RP 309/1993 rd, s. 75). Dessutom har man med den typ av regleringsförbehåll som används i 19 § 3 mom. i grundlagen, ”enligt vad som närmare bestäms genom lag”, velat understryka att lagstiftaren har en mera begränsad rörelsefrihet som är bunden vid huvudregeln i grundlagen (GrUB 25/1994 rd, s. 6/II).

Grundlagsutskottet hänvisade också till att (GrUU 38/2022 rd stycke 4 och 5) det för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen har etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Enligt dem utgår bedömningen av om servicen är tillräcklig från en sådan servicenivå som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (se RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av

rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 65/2014 rd, s. 4/II). Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II–2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (GrUU 26/2017 rd, s. 33).

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna samt de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Vårdsområdena har ålagts en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt genom organisering av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster blir tryggade. Av principen kan man härleda en begränsning som gäller inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Principen om främjande av rättigheterna inom området för sociala rättigheter ingår också i artikel 2.1 i ESK-konventionen (skyldighet att vidta åtgärder för att gradvis förverkliga rättigheterna i sin helhet). I en juridiskt icke-bindande allmän kommentar till artikel 12 i ESK-konventionen (General Comment No. 14) konstaterar kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén) med hänvisning till bestämmelserna i artikel 2.1 att det, liksom i fråga om andra rättigheter enligt avtalet, finns ett starkt antagande om att åtgärder som försämrar hälsan inte är godtagbara. Staten har bevisbördan för att sådana införs först efter att man noggrant övervägt alla alternativ och att åtgärderna är godtagbara i förhållande till de rättigheter som avtalet ger som helhet inom ramen för statens totala tillgängliga resurser ("As with all other Rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to Health are not permissible. If any deliberately retrogressive measures are taken, the State party has the burden of proving that they have been introduced after the most careful consideration of all alternatives and that they are duly justified by reference to the totality of the rights provided for in the Covenant in the context of the full use of the State party's maximum available resources.").

Bakgrunden till denna proposition är bristen på personal inom hälso- och sjukvården som påverkar iakttagandet av den maximitid som föreskrivs i lagen. Regeringen har som mål att trygga tillgången till icke-brådskande vård inom den offentliga hälso- och sjukvården inom skälig tid, dock så att lagstiftningen med beaktande av personalbristen och andra faktorer som hänför sig till servicesystemets bärkraft och funktion bättre beaktar möjligheten för hälso- och sjukvårdssystemet att tillhandahålla tjänsterna inom den maximitid som anges i lag. Propositionen står också i linje med regeringens mål att balansera de offentliga finanserna.

Grundlagsutskottet har bedömt inskränkningar av de grundläggande fri- och rättigheterna, särskilt i fråga om förmåner, i situationer där grunden för inskränkningen varit det rådande läget inom de offentliga finanserna och sparmål. Den primära grunden för denna proposition hänför sig till personalsituationen. Det kan dock påpekas att grundlagsutskottet har i sin praxis av hävd ansett att det vid dimensioneringen av sociala rättigheter är förenligt med karaktären hos lagstiftarens handlingsskyldighet att den sociala tryggheten planeras och utvecklas i enlighet med samhällets ekonomiska resurser, och att läget inom samhällsekonomin och de offentliga finanserna kan beaktas vid dimensioneringen av sådana förmåner som direkt finansieras av det allmänna (se t.ex. GrUU 34/1996 rd, s. 2, GrUU 6/2009 rd, s. 7–8, GrUU 6/2015 rd, s. 2) och att sparmålen kan utgöra en godtagbar grund för att i viss mån ingripa också i nivån på de rättigheter som tryggas i grundlagen (se GrUB 25/1994 rd och t.ex. GrUU 25/2012 rd och GrUU 44/2014

rd). Enligt regeringens uppfattning är den svåra personalsituationen som påverkar servicesystemets funktion också en grund för att ingripa i nivån på de rättigheter som tryggas i grundlagen.

En försämring är ur individens synvinkel till sina verkningar rätt likadan som en inskränkning, vilket innebär att frågan om huruvida en försämring är tillåten kan bedömas utifrån de allmänna krav som ska uppfyllas för att de grundläggande fri- och rättigheterna ska kunna inskränkas och som grundlagsutskottet har härlett ur hela komplexet av grundläggande fri- och rättigheter och ur rättigheternas karaktär av grundlagsfästa rättigheter. Till dessa hör kraven på att bestämmelser utfärdas genom lag, att lagen är exakt och noga avgränsad, att inskränkningarna är acceptabla och proportionella, att kärnan i en grundläggande fri- eller rättighet inte inskränks, att rättsskyddet är adekvat och att de förpliktelser som gäller de mänskliga rättigheterna iaktas. (GrUB 25/1994 rd, s. 5.) Enligt grundlagsutskottet är det också klart att en försämring inte får omintetgöra kärnan i skyldigheterna i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna (t.ex. GrUU 14/2015 rd, s. 3).

Bestämmelser om grunderna för den kommunala självstyrelsen finns i 121 § i grundlagen. Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Grundlagsutskottet har ansett särskilt när frågan gäller finansiering att till skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i 22 § i grundlagen hör statens ansvar för att se till att de i 121 § 4 mom. avsedda områdena har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter. Grundlagsutskottet har dessutom ansett att tillgången till lagstadgade tjänster inte kan begränsas genom budgeten. När det gäller social- och hälsovårdstjänster framhävs finansieringsprincipens betydelse av de skyldigheter som avses i 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen (GrUU 17/2021 rd, stycke 93). Enligt grundlagsutskottet kan det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården uppstå ett konstitutionellt problem i förhållande till 19 § 3 mom. i grundlagen om den föreslagna lagstiftningen inkluderar strukturella problem som med stor sannolikhet leder till att genomförandet av rättigheterna faktiskt äventyras (GrUU 17/2021 rd, stycke 74, GrUU 26/2017 rd, s. 38).

När regeringens proposition RP 74/2022 rd lämnades framfördes det i propositionen att den största risken med tanke på verkställandet av propositionen är omständigheter som hänför sig till tillgången på personal. I propositionen framfördes det att de skärpta maximala tidsfristerna för att få vård inom primärvården infaller tidsmässigt samtidigt som välfärdsområdena bara är i färd med att inleda sin verksamhet. Dessutom kunde man inte med säkerhet bedöma i vilken utsträckning covid-19-pandemin och den vård-, service- och rehabiliteringsskuld som den medför ännu vid ikraftträdandet av lagen belastar servicesystemet. Den sammantagna effekten av dessa faktorer medför risker för servicesystemets funktion. Grundlagsutskottet har ansett att tryggheten av verksamhetsbetingelserna för anordnarna av hälso- och sjukvården, avsättandet av adekvata resurser för att främja hälsa och välfärd och säkerställa hälso- och sjukvårdstjänster genom att bland annat se till att det finns tillräckligt med personal inom hälso- och sjukvården, adekvat sakkunskap och ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning spelar en väsentlig roll när skyldigheterna enligt 19 § 3 mom. och 22 § för det allmänna preciseras och fullföljs (GrUU 41/2010 rd, s. 2/II). Vid bedömningen av regeringens proposition RP 74/2022 rd konstaterade grundlagsutskottet (GrUU 38/2022 rd, stycke 8) att grundlagsutskottet har tidigare i liknande regleringssammanhang fäst uppmärksamhet vid regleringens genomförbarhet (GrUU 45/2021 rd, stycke 18 och GrUU 15/2020 rd, s. 6–7). Även genomförandet av den skärpta vårdgarantin inom primärvården kan enligt utskottet vara svårt särskilt på grund av knappa personalresurser. Utskottet ansåg det vara viktigt att övriga tjänster inte försämras till följd av den gradvisa ändringen av vårdgarantin (se även GrUU 45/2021 rd, stycke 18, GrUU 15/2020 rd). Statsrådet ska noggrant följa upp regleringens konsekvenser för tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och välfärdsområdenas finansiering och vid behov vidta behövliga korrigerande åtgärder.

Grundlagsutskottet har med stöd av de allmänna förutsättningarna att inskränka de grundläggande rättigheterna (se GrUB 25/1994 rd, s. 4–5 och GrUU 21/2016 rd, s. 3) tillmätt konstitutionell betydelse åt att en försämring tidsmässigt begränsas till den tid de orsaker som motiverar inskränkningen existerar (se GrUU 11/2015 rd, s. 3 och GrUU 10/2015 rd, s. 3). Grundlagsutskottet har i sitt färskta utlåtande (GrUU 1/2023 rd) om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om senareläggning av ikraftträdandet för lagen om funktionshinderservice och vissa lagar som har samband med den (RP 9/2023 rd) bedömt en senareläggning av ikraftträdandet för en redan stiftad lag. I den propositionen var det fråga om en betydande reviderad lagstiftning som påverkar ställningen och rättigheterna för personer med funktionsnedsättning och som enligt grundlagsutskottet jämfört med nuläget förbättrar tillgodoseendet av rättigheterna enligt 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen för personer med funktionsnedsättning. Enligt utskottet talade orsaker som hänför sig till 22 § i grundlagen snarare för att lagen om funktionshinderservice ska träda i kraft enligt den ursprungliga tidsplanen än för att ikraftträdandet ska skjutas upp. Grundlagsutskottet fäste i sitt utlåtande uppmärksamhet bland annat vid argumenten för att skjuta upp ikraftträdandet och vid huruvida det gällande rättsläget är förenat med betydande konstitutionella problem. Grundlagsutskottet konstaterade att riksdagens lagstiftningsbehörighet omfattar behörighet att bedöma innehållet i lagstiftningen och att genom det lagstiftningsförfarande som föreskrivs i grundlagen ändra lagen också innan den träder i kraft. Grundlagsutskottet har tidigare i ett annat sammanhang påpekat att den lagstiftning som då föreslogs bli upphävd ännu inte var i kraft. I en sådan situation var det enligt utskottets mening inte fråga om sådana motiverade förväntningar baserade på lagstiftningen som absolut måste skyddas (GrUU 1/2017 rd, s. 4). Av betydelse var också att det var fråga om att senarelägga ikraftträdandet till en relativt nära framtid. Således fanns det inte heller något absolut konstitutionellt hinder för den nu föreslagna ändringen av ikraftträdandebestämmelserna på grund av skyddet för berättigade förväntningar. Grundlagsutskottet noterade också att det allmänt finns skäl att sträva efter konsekvens och stabilitet i lagstiftningen (GrUU 1/2017 rd, s. 2).

I denna proposition föreslås det att vårdgarantin på 7 dygn slopas, inte bara att ikraftträdandet skjuts upp. Slopandet sker innan den lagändring som gäller vårdgarantin på 7 dygn träder i kraft. Såsom det konstateras i avsnitt 2.2 och 2.3.1 i denna proposition har tillgången till vård inom primärvårdens öppna sjukvård enligt statistiken inte förbättrats. Åtgärder har vidtagits för att förbättra personalsituationen, men de kommer inte att ha en inverkan på kort sikt. I avsnitt 5 behandlas orsakerna till att det föreslås att vårdgarantin på 7 dygn slopas helt och hållet, inte bara exempelvis senareläggs. I det avsnittet framförs det bland annat att man trots de åtgärder som gäller personalen måste förbereda sig på att tillgången på personal inom branschen förblir svår ännu i flera år. Personalsituationen varierar regionvis. På grund av detta är genomförbarheten av en vårdgaranti som är strängare än 14 dygn svår att bedöma under de närmaste åren, vilket inte stöder att ikraftträdandet av den skärpta längsta väntetiden endast skulle senareläggas. När man också i övrigt granskar läget inom det offentliga servicesystemet kan det konstateras att det offentliga servicesystemet och finansieringen av det utmanas från år till år och i framtiden inte bara av personalbristen utan också i allt högre grad av det ökade servicebehovet till följd av att befolkningen blir äldre och andra orsaker, den vård-, service- och rehabiliterings-skuld som ackumulerats av flera orsaker och det svåra läget inom statsfinanserna. Det offentliga servicesystemet ställs inför utmaningar i hela Finland när det gäller att ordna tjänsterna på det sätt som lagarna förutsätter. Grundlagsutskottet har också i enlighet med vad som konstaterats ovan vid bedömningen av lagstiftningen om vårdgarantin ålagt statsrådet att vidta korrigerande åtgärder när tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och finansieringen förutsätter det (GrUU 38/2022 rd, stycke 8).

Enligt regeringens uppfattning stöds propositionens proportionalitet och godtagbarhet av olika omständigheter. Regeringen anser att införandet av en maximitid för att få vård inom 14 dygn inom primärvårdens öppna sjukvård i de situationer som anges i lagen i stället för den tidigare

maximitiden på tre månader är redan i sig en betydande förbättring av rätten till hälsa, varvid slopandet av maximitiden för att få vård på 7 dygn inte direkt kan jämföras med t.ex. den situation som behandlats i utlåtandet GrUU 1/2023 rd. Trots att maximitiden på 7 dygn för att få vård slopas och det föreskrivs att maximitiden ska vara 14 dygn (i situationer som närmare definieras i lag), betyder detta inte att skyldigheterna enligt lagstiftningen automatiskt uppfylls om vården ordnas inom 14 dygn. Såsom det konstateras i motiveringen till propositionen RP 74/2022 rd (s. 122) är tidsgränserna för att få vård längsta väntetider, och vid en individuell bedömning av vårdbehovet bedöms det också om patienten behöver vård snabbare än inom den längsta väntetid som anges i lagen. Detta tryggar patienternas rätt att få vård. Bestämmelserna gäller icke-brådskande vård, och det föreslås inga ändringar i bestämmelserna om brådskande vård.

Det bör också noteras att en mycket stram vårdgarantitid kan med beaktande av läget inom servicesystemet i vissa situationer leda till negativa fenomen med tanke på de rättigheter som garanteras i 19 § i grundlagen. Om det i lag åläggs en strikt skyldighet att få vård i fråga om det första besöket inom icke brådskande vård och i vissa fall i fråga om det andra besöket, kan detta leda till att de besöken prioriteras på ett oändamålsenligt sätt när vårdtider delas ut, till exempel på bekostnad av fortsatt vård enligt vårdplaner. Såsom det framförts i denna proposition, kan en maximitid på 14 dygn i högre grad stödja utvecklandet av servicesystemet i en riktning som betonar kontinuiteten i vården jämfört med en maximitid på 7 dygn. Kontinuitet är en viktig delfaktor inom god vård. Därmed är det med beaktande av servicesystemets begränsade resurser inte sett på befolkningsnivå entydigt bara negativt med tanke på rätten till hälsa att vårdgarantin på 7 dygn inom icke-brådskande vård slopas.

Att föreskriva om de lagstadgade maximitiderna för tillgång till vård är bara ett, om än centralt, sätt att trygga tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster och främja befolkningens hälsa. Andra sätt är att föreskriva om servicestrukturen i lagstiftningen om social- och hälsovårdstjänster och att styra servicesystemet på ett sätt som stöder den faktiska tillgången till tjänster. Också finansieringen av tjänsterna är central. Den betydande reform av social- och hälsovården som anknyter till detta har kommit till med grundlagsutskottets medverkan (RP 241/2020 rd – GrUU 17/2021 rd). Andra metoder är bland annat utvecklingsarbete i fråga om den lagstiftning som gäller tjänsternas kvalitet och yrkesutbildade personer, bestämmelser om vilka tjänster som man har rätt till och enhetlig vårdpraxis.

Det kan också påpekas att grundlagsutskottet behandlade propositionen (RP 77/2004 rd) när det föreskrevs om maximitider för tillgång till vård inom primärvården, då maximitiden föreslogs vara tre månader. Grundlagsutskottet tog då inte uttryckligen ställning till maximitiden för tillgång till vård, men utskottet framförde således inte heller några konstitutionella anmärkningar om denna maximitid för tillgång till vård (GrUU 20/2004 rd). Enligt förslaget ska den lagstadgade maximitiden för tillgång till vård i de situationer som anges i lagen även i fortsättningen vara 14 dygn. Även med beaktande av denna omständighet är det enligt regeringens uppfattning klart att den föreslagna regleringen inte innebär ett ingrepp i kärnområdet för de rättigheter som föreskrivs i 19 § i grundlagen. Enligt regeringens uppfattning finns det med tanke på 19 § i grundlagen godtagbara grunder för slopandet av maximitiden för tillgång till vård på 7 dygn och också i övrigt grunder som uppfyller de allmänna villkoren för inskränkning av grundrättigheterna och också grunder som är av betydelse med tanke på 121 § i grundlagen.

Grundlagsutskottet har konstaterat att sättet att ordna tjänster och tillgången till tjänster påverkas indirekt också av andra bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering. Propositionen är med tanke på dess praktiska konsekvenser av betydelse med tanke på jämlikheten enligt 6 § i grundlagen. I prak-

tiken torde propositionens konsekvenser gälla mest dem som anlitar offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och som inte har tillgång till privat hälso- och sjukvård eller företagshälsovård, t.ex. arbetslösa personer, äldre personer och många personer med funktionsnedsättning. Med beaktande av de omständigheter som konstaterats ovan och som fortfarande tryggar tillgången till behövliga tjänster inom skälig tid, anser regeringen att frågan inte är problematisk ur grundlagssynpunkt.

Med hänvisning till vad som konstaterats ovan är förslagen enligt regeringens uppfattning förenliga med grundlagen. Regeringen anser att de förslagna lagarna kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av 51 a § i en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (116/2023) 51 a § 1 mom. som följer:

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

2.

Lag

om ändring av 10 a § i en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (118/2023) 10 a § 1 mom. som följer:

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 9 oktober 2023

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Kaisa Juuso

1.

Lag

om ändring av 51 a § i en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (116/2023) 51 a § 1 mom. som följer:

Gällande lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de sju dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Föreslagen lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 10 a § i en lag om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut *ändras* i lagen om ändring av lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (118/2023) 10 a § 1 mom. som följer:

Gällande lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

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

Föreslagen lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om den studerande söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 20 .
