

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet ändras.

I lagen om ordnande av social- och hälsovård ska bestämmelserna om privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer ändras. Vidare ska bestämmelserna om välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården preciseras.

När det gäller den delplan för social- och hälsovården och delplan för räddningsväsendet som ingår i välfärdsområdets investeringsplan föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet ändras så att ministerierna kan låta bli att godkänna delplanerna också på den grunden att de uppenbart strider mot de riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter.

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2026.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING.....	3
1 Bakgrund och beredning.....	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Beredning.....	4
2 Nuläge och bedömning av nuläget	5
2.1 Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer	5
2.2 Styrning av investeringsplanerna.....	8
2.3 Velfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården	12
3 Målsättning.....	14
4 Förslagen och deras konsekvenser	14
4.1 De viktigaste förslagen	14
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	15
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	15
4.2.1.1 Konsekvenser för den offentliga ekonomin.....	15
4.2.1.2 Konsekvenser för företagen.....	17
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	19
4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser	22
4.2.3.1 Konsekvenser för människor och för de grundläggande rättigheterna	22
4.2.3.2 Konsekvenser för arbetsmarknaden.....	23
4.2.4 Konsekvenser för informationssamhället och dataskydd	24
5 Remissvar	28
6 Specialmotivering.....	32
6.1 Lagen om ordnande av social- och hälsovård.....	32
6.2 Lagen om ordnande av räddningsväsendet.....	38
7 Bestämmelser på lägre nivå än lag	39
8 Ikraftträdande	39
9 Verkställighet och uppföljning	39
10 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	40
LAGFÖRSLAG.....	45
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård.....	45
Lag om ändring av 6 och 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet.....	50
BILAGA	52
PARALLELLTEXT.....	52
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård	52
Lag om ändring av 6 och 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet.....	62

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Propositionen innehåller förslag som gäller ordnandet av social- och hälsovården samt, i anslutning till ett sådant förslag, ett förslag till ändring av lagen om ordnande av räddningsväsendet. Förslagen bildar inte en innehållsmässigt enhetlig helhet, utan de har samlats i samma regeringsproposition eftersom det är fråga om förslag som beretts och föreslagits bli genomförda samtidigt och som gäller välfärdsområdenas verksamhet.

Vid behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovården (RP 241/2020 rd) godkände riksdagen ett uttalande enligt vilket riksdagen förutsätter att regeringen bedömer bestämmelserna om underleveranser i förhållande till de olika formerna av organisering av företagsverksamheten inom social- och hälsovården (RSv 111/2021 rd). På grundval av uttalandet tillsattes den arbetsgrupp som utarbetat förslagen.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering¹ ska välfärdsområdenas möjligheter att välja det mest ändamålsenliga sättet att tillhandahålla de social- och hälsovårdstjänster som de ansvarar för att ordna förbättras. Det är viktigt att utnyttja privata aktörers, organisationers och stiftelsers kompetens och kapacitet för att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet. Genom att hinder för en modell med många producenter undanröjs i lagstiftningen ökas dessutom välfärdsområdenas och samarbetsområdenas möjligheter att ordna tjänster på ett effektivt och framför allt ur invånarnas synvinkel högklassigt, verkningsfullt och kostnadseffektivt sätt.

Ett mål i regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering är också att utveckla styrningen av investeringar. I samband med planen för de offentliga finanserna för 2025–2028 beslutades det att förfarandet för godkännande av investeringsplaner ska skärpas så att målen för stabiliseringen av de offentliga finanserna inte äventyras. Regeringen har som mål att tygla välfärdsområdenas investeringar samt att bromsa upp skuldsättningen och kostnaderna för investeringar. Den striktare styrningen genomförs så att nödvändiga investeringar dock kan genomföras. Behovet av striktare styrning framhävs i de välfärdsområden där kriterierna för utvärderingsförfarandet håller på att uppfyllas eller har uppfyllts.² På grundval av skrivningen tillsattes den arbetsgrupp som utarbetat förslagen.

De förslag i propositionen som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården bottnar i det behov av att utveckla lagstiftningen som identifierats i tjänstearbetet. Till den del det är fråga om de förslag som gäller personalen och uppföljningen av användningen av den grundar sig förslagen också på den föresats i regeringsprogrammet enligt vilken det som en del av programmet för ett gott arbete på nationell nivå säkerställs ett tillräckligt kunskapsunderlag och tillräckliga prognoser om behovet av social- och hälsovårdspersonal för de kommande åren.

¹ Ett starkt och engagerat Finland – Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023, Statsrådets publikationer 2023:59, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-795-9>.

² Plan för de offentliga finanserna för 2025–2028, Finansministeriets publikationer 2024:30, s. 103, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-477-6>.

1.2 Beredning

Utifrån riksdagens uttalande om underleveranser tillsatte social- och hälsovårdsministeriet för mandatperioden den 3 januari–den 1 augusti 2022 en arbetsgrupp för att utvärdera bestämmelserna om underleverantörer i förhållande till olika former av företagsverksamhet inom social- och hälsovården. I arbetsgruppen ingick företrädare för social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, justitieministeriet, arbets- och näringsministeriet samt den privata hälso- och sjukvården och näringslivet. Arbetsgruppens utredning blev klar 2023. I utredningen bedömdes bestämmelserna om underleverantörer i förhållande till olika former av företagsverksamhet inom social- och hälsovården.³ De förslag till bestämmelser om anlitande av underleverantörer som föreslås i denna regeringsproposition baserar sig på arbetsgruppens förslag. Arbetsgruppens slutsatser och förslag behandlas i avsnitt 2.1.

Finansministeriet tillsatte en arbetsgrupp för utredning av styrningen av välfärdsområdenas investeringar för mandatperioden den 27 maj–den 31 december 2024 i syfte att uppnå det mål som hänför sig till investeringsplanerna och som det fattades beslut om i samband med planen för de offentliga finanserna för 2025–2028. I arbetsgruppen ingick företrädare för finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet. Arbetsgruppen hade bland annat till uppgift att utreda metoder och planera tillvägagångssätt för att stärka den statliga styrningen av investeringar och för att säkerställa att det nuvarande förfarandet för godkännande av investeringsplanen och förfarandet för ändring av fullmakten att uppta lån fungerar i förhållande till målen för den statliga styrningen. Arbetsgruppens slutrapport publicerades den 3 februari 2025.⁴ I sin rapport föreslog arbetsgruppen utvecklingsåtgärder i anslutning till styrningen av investeringsplanerna. Som en utvecklingsåtgärd föreslog arbetsgruppen att det ska vara möjligt att låta bli att godkänna de delplaner för social- och hälsovården och räddningsväsendet som ingår i investeringsplanen, om de strider mot de riksomfattande målen enligt 12 a § i lagen om välfärdsområden. Arbetsgruppens förslag och bakgrunden till det behandlas i avsnitt 2.2.

I anslutning till välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården bereddes tidigare en sådan förordning av social- och hälsovårdsministeriet som avses i 29 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Utkastet till förordning var ute på remiss hösten 2022. Under beredningen av förordningen och även utifrån remissvaren blev det uppenbart att det är motiverat att ändra bestämmelserna i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård innan det är ändamålsenligt att utfärda den så kallade förordningen om minimiinformationsinnehållet.⁵

³ Bestämmelserna om underleverantörer i förhållande till olika former av företagsverksamhet inom social- och hälsovården, Arbetsgruppens utredning, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:25 (på finska, med presentationsblad på svenska), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8449-3>

⁴ Hyvinvointialueiden investointien ohjausta selvittävä työryhmän loppuraportti. VN/15020/2024 (på finska), <https://vm.fi/documents/10623/164392567/Hyvinvointialueiden+investointien+ohjausta+selvitt%C3%A4v%C3%A4n+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+loppuraportti.pdf/d1258108-417a-f75f-f8f9-757dd60cac0f/Hyvinvointialueiden+investointien+ohjausta+selvitt%C3%A4v%C3%A4n+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+loppuraportti.pdf?t=1738567702337>

⁵ <https://www.lausuntopalvelu.fi/SV/Proposal/Participation?proposalId=05207c33-daf9-44f8-9362-a14c0fbb09ab>

Regeringspropositionen har beretts som tjänsteberedning vid social- och hälsovårdsministeriet utifrån den ovan presenterade tidigare beredningen. Projektet har identifieringskoderna STM060:00/2024 och VN/14098/2024. Beredningsunderlaget till regeringens proposition finns i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM060:00/2024>.

Utkastet till proposition var ute på remiss mellan den 24 februari och den 28 mars 2025. I det utkast som var på remiss ingick ett förslag om att korrigera ett fel i bestämmelsen om förfarandet för begäran om omprövning av beslut som meddelas med stöd av socialvårdslagen så, att begäranden om omprövning också av beslut som meddelats med stöd av socialvårdslagen (1301/2014) alltid ska behandlas i ett välfärdsområdesorgan. Utifrån remissvaren föreslås det att detta förslag inte tas med i denna proposition. Remissvaren om utkastet till regeringsproposition behandlas i avsnitt 6.

Under den fortsatta beredningen av propositionen hölls ytterligare ett separat diskussionsmöte med centrala aktörer den 8 september 2025. Mötet gällde förslaget om att tjänster inom prehospital akutsjukvård inte får skaffas genom användning av underleverantörskedjor.

Rådet för utvärdering av lagstiftningen har gett ett utlåtande om propositionen (rådets utlåtande VN/21392/2025-VNK-2, 1.9.2025). Utlåtandet och de preciseringar som gjorts med anledning av det beskrivs i avsnitt 6.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer

Enligt 7 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) svarar välfärdsområdet för organiseringen av sina lagstadgade uppgifter, för tillgodoseendet av sina invånares lagstadgade rättigheter och för samordningen av tjänstehelheterna samt svarar i fråga om de tjänster som organiseras och andra åtgärder för lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna, fastställandet av behovet av tjänster och åtgärder samt deras mängd och kvalitet, valet av sätt att producera tjänster och åtgärder, styrningen och tillsynen av tjänsternas och åtgärdernas produktion och utövandet av myndigheternas behörighet. Enligt 9 § 1 mom. får välfärdsområdet, 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.

Bestämmelser om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter finns 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Lagens 17 § innehåller bestämmelser om privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer. Enligt paragrafen är det möjligt för privata tjänsteproducenter att anlita underleverantörer under de förutsättningar som anges i paragrafen. Privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt ett välfärdsområde kan av underleverantörer skaffa social- och hälsovårdstjänster som kompletterar den egna verksamheten eller arbetskraft som kompletterar den egna social- och hälsovårdspersonalen. Privata tjänsteproducenter får inte skaffa all sin tjänsteverksamhet av underleverantörer och vara en så kallad skalorganisation, utan de kan endast skaffa tjänster som kompletterar den egna tjänsteproduktionen eller kompletterande arbetskraft. I specialmotiveringen till 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (RP 241/2020 rd, s. 660–661) konstateras det att den andel eller de tjänster som anses komplettera en privat tjänsteproducentens serviceverksamhet beror på kvaliteten på och omfattningen av de tjänster som den privata tjänsteproducenten producerar för välfärdsområdet. Utgångspunkten ska anses vara att andelen tjänster som ska skaffas som kompletterande tjänster av de tjänster som en privat tjänsteproducent producerar för

välfrädsområdet får utgöra högst mellan 30 och 49 procent, det vill säga åtminstone inte mer än hälften av de tjänster som den producerar för välfrädsområdet.

Enligt paragrafen får tjänsteproducenten dock skaffa tjänster av underleverantörer bara om den har avtalat om detta med välfrädsområdet. Dessutom krävs det att den privata tjänsteproducenten underrättar välfrädsområdet om de underleverantörer som den ämnar anlita och visar att dessa uppfyller de krav som anges i 14 § samt att välfrädsområdet godkänner att dessa underleverantörer anlitas. I nämnda 14 § anges de krav som ställs på privata tjänsteproducenter. I paragrafen föreskrivs det bland annat att en privat tjänsteproducent ska ha tillräcklig kompetens med hänsyn till innehållet i och omfånget av de tjänster som välfrädsområdet skaffar, ha den yrkesutbildade personal inom social- och hälsovården som verksamheten förutsätter samt även annars ha tillräckliga verksamhetsförutsättningar. Den privata tjänsteproducenten ska vara tillräckligt solvent. Den privata tjänsteproducenten ska utse en ansvarsperson som svarar för verksamheten och som har till uppgift att säkerställa att kraven i lagen om ordnande av social- och hälsovård och de avtalsförpliktelser som avses i 15 § uppfylls i praktiken i den privata tjänsteproducentens verksamhet. Välfrädsområdet ska säkerställa att det inte under de senaste tre åren har konstaterats allvarliga eller upprepade brister i klient- och patientsäkerheten i tjänsteproducentens tidigare verksamhet eller, om sådana brister har förekommit, att bristerna har avhjälpats. Den privata tjänsteproducenten får inte vara försatt i konkurs. Personens handlingsbehörighet får inte vara begränsad, och personen får inte vara belagd med näringsförbud.

Enligt 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ansvarar en privat tjänsteproducent för sin del för styrningen av och tillsynen över sina underleverantörer. I anknytning till detta är den privata tjänsteproducenten skyldig att se till att de tjänster som underleverantören producerar uppfyller kraven i lagstiftningen och de villkor som välfrädsområdet ställer på tjänsteproducenten och att underleverantören följer välfrädsområdets anvisningar.

Eftersom det inte finns några bestämmelser om möjligheten för en underleverantör till en privat tjänsteproducent att i sin tur skaffa tjänster av en annan tjänsteproducent, får underleverantören till en privat tjänsteproducent inte skaffa tjänster av ytterligare en underleverantör. Med andra ord är underleverantörskedjor förbjudna.

Vid behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovården uttalade sig riksdagens social- och hälsovårdsutskott om de ovan beskrivna bestämmelserna om underleverantörer (ShUB 16/2021 rd, s. 33–34). I sitt betänkande föreslog utskottet inga ändringar i förslagen till bestämmelser, men konstaterade att en privat tjänsteproducent kan ha en stor del av sin personal också i uppdragsavtalsförhållande (dvs. som underleverantörer) när den producerar tjänster för välfrädsområdet. Utskotten lyfte fram att ytterligare kedjor av underleverantörer inte ska vara tillåtna, och tog upp de situationer som eventuellt uppstår till följd av detta. Utskottet ansåg att det inte är ändamålsenligt att begränsa underleveranserna till en viss procentuell andel. Det väsentliga är hur tillsynen över underleveranserna och fördelningen av ansvaret för tjänsteproduktionen ordnas. Också grundlagsutskottet konstaterade i sitt utlåtande att det är möjligt att införa även vidare bestämmelser än vad som nu föreslås, förutsatt att regleringen uppfyller de krav som ställs i 124 § i grundlagen (GrUU 17/2021 rd, stycke 80).

Social- och hälsovårdsutskottet förutsatte att statsrådet utreder behoven av att ändra lagstiftningen i fråga om underleveranser så att ändamålsenliga underleveranser möjliggörs och att statsrådet vid behov lämnar riksdagen förslag till korrigeringar. I enlighet med utskottets förslag godkände riksdagen det uttalande som det redogjordes för i avsnitt 1.1 och enligt vilket riksdagen förutsätter att regeringen bedömer bestämmelserna om underleveranser i förhållande till de olika formerna av organisering av företagsverksamheten inom social- och hälsovården.

Den arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte med anledning av riksdagens uttalande (se avsnitt 1.2) bedömde i sin utredning bestämmelserna om anlitande av underleverantörer. Arbetsgruppen konstaterade att i synnerhet inom hälso- och sjukvårdstjänsterna anlitas underleverantörer i rätt stor utsträckning. De begränsningar av anlitandet av underleverantörer som ingår i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan i fråga om vissa tjänster minska möjligheterna för producenter av köpta tjänster att delta i anbudsförfaranden, vilket kan försämra tillgången till tjänster. Tjänsteproducentens egen kompetens och förmåga att styra verksamheten vid anlitandet av underleverantörer är viktigare än en kvantitativ begränsning av anlitandet av underleverantörer (högst 30–49 procent enligt motiveringen till lagen). I synnerhet stora företag inom hälso- och sjukvården producerar köpta tjänster också via olika företag som hör till koncernen. Intern upphandling betraktas som anlitande av en underleverantör, vilket innebär att bestämmelserna om anlitande av underleverantörer begränsar möjligheterna att producera tjänster via dottersammanslutningar som hör till koncernen.

Anlitandet av yrkesutövare som underleverantörer har ansetts göra det möjligt att på ett flexibelt och kostnadseffektivt sätt tillgodose servicebehovet i synnerhet i situationer där behovet av arbetskraft varierar. Till exempel företagshälsovård är till sin karaktär multiprofessionell, och behovet av olika yrkesgrupper och efterfrågan på arbete varierar.

Med tanke på tillgången på personal är också verksamhet som yrkesutövare en flexibel arbetsform. Inom vissa specialiteter är det svårt att få personal i anställningsförhållande eller så är behovet av specialkompetens mindre än för en heltidsanställning. Som köpta tjänster skaffar offentliga aktörer i stor utsträckning till exempel dagkirurgisk operationsverksamhet av privata tjänsteproducenter. I fråga om dessa tjänster är verksamhet som yrkesutövare en etablerad arbetsform. Detsamma gäller till exempel fysioterapi, talterapi, ergoterapi och psykoterapi. De nuvarande bestämmelserna om anlitande av underleverantörer innebär att yrkesutövarna har begränsade möjligheter att välja arbetssätt.

Mindre tjänsteproducenter anlitar underleverantörer inte bara för att komplettera yrkeskompetensen utan också för att trygga tillfällig frånvaro. En flexibel anskaffning av yrkeskompetens genom anlitande av underleverantörer har varit ett sätt för mindre tjänsteproducenter att vara verksamma och producera tjänster som underleverantörer till större aktörer samt att ha framgång i anbudsförfaranden. Det är också viktigt för små tjänsteproducenter att de till exempel för ett vikariat kan anlita en annan yrkesutövare som underleverantör för tjänsteproduktionen. Eftersom det inte finns några bestämmelser om ytterligare kedjor av underleverantörer, försvåras verksamheten i synnerhet för de yrkesutövare som är underleverantörer. Det anses behövt att anlita ytterligare underleverantörer närmast för en underleverantörsnivå till: välfärdsområdet - > en privat tjänsteproducent - > en underleverantör - > en underleverantör.⁶

Den arbetsgrupp som utredde bestämmelserna om underleverantörer föreslår i sin utredning att 17 § om anlitande av underleverantörer ändras så att bestämmelsen om att en privat tjänsteproducent kan skaffa ”kompletterande” tjänster av en underleverantör slopas. Den maximigräns för tjänster som skaffas av underleverantörer (högst 30–49 %) som anges i motiveringen till paragrafen ska inte tillämpas som sådan. I det förslag som arbetsgruppen

⁶ Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:25, s. 32–33

utarbetat föreslås det dessutom en ny 17 a §, i vilken underleverantörskedjor möjliggörs i vissa begränsade situationer.

I arbetsgruppens utredning behandlas också de grundlagsenliga ramarna för bestämmelser om saken. I denna proposition ingår bedömningen i avsnitt 12, det vill säga i avsnittet om förhållandet till grundlagen samt lagstiftningsordningen.

Det kan bedömas att en begränsning av anlitandet av underentreprenörer till kompletterande verksamhet i lagen och ett procentintervall (högst 30–49 procent) i motiveringen inte är en ändamålsenlig norm för styrning av verksamheten. Tjänsteproducentens egen kompetens och förmåga att styra verksamheten i situationer när underleverantörer anlitas är viktigare än en kvantitativ begränsning av anlitandet av underleverantörer. Förbudet mot underleverantörskedjor leder i sin tur till att i synnerhet små företags och enskilda yrkesutövaras möjligheter att erbjuda tjänster är små. Därför finns det ett behov av att luckra upp förbudet så att en underleverantör tillfälligt på grund av sjukdom eller föräldraledighet eller av någon annan motsvarande orsak får skaffa tjänster genom att anlita en underleverantör. I samband med ändringarna ska det ses till att fullgörandet av välfärdsområdets organiseringsuppgift och förutsättningarna för en god förvaltning tryggas.

2.2 Styrning av investeringsplanerna

Enligt 11 § i lagen om välfärdsområden följer finansministeriet allmänt välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi och svarar för den allmänna styrningen av välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning och för den allmänna styrningen av verksamheten till den del det inte föreskrivs att detta hör till social- och hälsovårdsministeriets, inrikesministeriets eller något annat ministeriums behörighet. Syftet med styrningen av välfärdsområdenas investeringar är att på ett hållbart sätt anpassa välfärdsområdets investeringsbehov till finansieringen av välfärdsområdena och den offentliga ekonomin som helhet. Genom styrningen av investeringarna säkerställs det att välfärdsområdena inte genomför överlappande eller annars onödiga investeringar. Genom styrningen av investeringarna bör statsrådet på riksnivå effektivt kunna arbeta för att det i landet finns en sådan servicestruktur för social- och hälsovården och för räddningsväsendet som är kostnadsnyttoeffektiv och säkerställer likabehandling av kunderna.⁷ Bestämmelser om välfärdsområdets investeringsplan finns i 16 § i lagen om välfärdsområden. Enligt paragrafen ska välfärdsområdet årligen utarbeta en investeringsplan för de investeringar inom välfärdsområdeskoncernen som påbörjas under de fyra räkenskapsperioder som följer på följande räkenskapsperiod och för finansieringen av dem. Investeringsplanen ska innehålla uppgifter om investeringar och avtal som motsvarar investeringarna. Dessutom ska planen innehålla uppgifter om planerade överlåtelse av välfärdsområdets lokaler och fastigheter samt andra tillgångar med lång verkningstid. Investeringsplanen består av en delplan för social- och hälsovården och en delplan för räddningsväsendet. Investeringsplanen får inte strida mot välfärdsområdets i 15 § avsedda fullmakt att uppta lån. Ett förslag till investeringsplan ska lämnas till finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet före utgången av kalenderåret.

Bestämmelser om de delplaner till investeringsplanen som gäller social- och hälsovården och räddningsväsendet och om förfarandet för godkännande av investeringsplanen finns i 25 och 26

⁷ Hyvinvointialueiden investointien ohjausta selvittäväen työryhmän loppuraportti (på finska), s. 3

§ i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och i 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021).

Enligt 25 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller social- och hälsovården (*delplan för social- och hälsovården*) grunda sig på de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 § i den lagen och på befolkningens behov av service. I 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet ingår motsvarande bestämmelse, enligt vilken den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller räddningsväsendet (*delplan för räddningsväsendet*) ska basera sig på de i 8 § i den lagen avsedda riksomfattande strategiska målen samt på nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker och andra risker. Det har publicerats en handbok för utarbetandet av investeringsplanerna⁸.

I 26 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om förfarandet vid godkännande av en investeringsplan. Enligt 1 mom. avslår social- och hälsovårdsministeriet välfärdsområdets förslag till investeringsplan om det strider mot välfärdsområdets fullmakt att uppta lån enligt 15 § i lagen om välfärdsområden. Enligt 26 § 2 mom. kan social- och hälsovårdsministeriet dessutom låta bli att godkänna delplanen för social- och hälsovården, om

1) det i delplanen inte har anvisats finansiering för alla investeringar och avtal som motsvarar investeringar som ingår i den,

2) delplanen strider mot det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 §,

3) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering som uppenbart kan genomföras på ett kostnadseffektivare sätt som ett samarbete mellan välfärdsområdena, eller

4) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av social- och hälsovården.

I 26 § 5 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om sådana situationer där det ministerium som ansvarar för godkännandet av en delplan för en investering låter bli att godkänna delplanen. Välfärdsområdet ska då utan dröjsmål lämna in ett ersättande förslag till social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och finansministeriet. Ett nytt förslag till delplan kan, utom när det gäller Helsingfors stad, godkännas bara om beloppet av välfärdsområdets långfristiga lån i delplanen är högst lika stort som i den delplan som inte godkändes. I 26 § 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om ett alternativt förfarande till 5 mom., enligt vilket välfärdsområdet kan lämna ett helt nytt förslag till investeringsplan till social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och finansministeriet om det berörda ministeriet låter bli att godkänna den delplan som ingår i förslaget till investeringsplan.

⁸ Opas hyvinvointialueiden investointisuunnitelman laadintaan, VN/3976/2025, 3.2.2025 (på finska), <https://vm.fi/documents/10623/164392567/Opas+hyvinvointialueiden+investointisuunnitelman+laadintaan.pdf/4c585ac1-6a0e-05fb-4ea5-0824c4ffc1fc/Opas+hyvinvointialueiden+investointisuunnitelman+laadintaan.pdf?t=1738567751013>

Inrikesministeriet kan med stöd av 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet låta bli att godkänna en delplan för räddningsväsendet på motsvarande grunder som enligt 26 § 2 mom. 1, 3 och 4 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om det förfarande som tillämpas när delplanen för räddningsväsendet avslås tillämpas 26 § 5 och 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I motiveringen till 25 § i den regeringsproposition som gäller reformen av ordnandet av social- och hälsovården (RP 241/2020 rd, s. 681) konstateras det att avsikten med bestämmelserna om investeringsplanen och förfarandet för godkännande av den är att säkerställa att välfärdsområdet planerar investeringarna på ett ekonomiskt hållbart sätt, det vill säga så att den reserverade finansieringen räcker till. Dessutom är avsikten att säkerställa att projekt som gäller omfattande investeringar i välfärdsområdena planeras i enlighet med de riksomfattande strategiska målen. Också i förarbetena till 16 § i lagen om välfärdsområden (RP 241/2020 rd, s. 496) konstateras det att avsikten är att säkerställa att projekt som gäller omfattande investeringar i olika välfärdsområden planeras i enlighet med de riksomfattande strategiska målen och på ett kostnadseffektivt sätt med beaktande av motsvarande planer i andra välfärdsområden.

Bestämmelser om de riksomfattande målen finns i 12 a § i lagen om välfärdsområden. Enligt paragrafen fastställer statsrådet minst vart fjärde år riksomfattande strategiska mål för en jämlik, högklassig och kostnadsnyttoeffektiv skötsel av välfärdsområdenas uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. I de riksomfattande målen ska hänsyn tas till statsrådets finanspolitiska mål för de offentliga finanserna samt social- och hälsovårdsministeriets och inrikesministeriets redogörelser enligt 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och 15 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet samt eventuella andra uppföljningsdata som avser befolkningens hälsa och välfärd och social- och hälsovårdens och räddningsväsendets verksamhet och ekonomi.

Målen ska omfatta

- 1) mål som tryggar jämlikt tillhandahållande av tjänster och tjänsternas verkningsfullhet, samordningen av tjänster och de språkliga rättigheterna samt främjar jämställdheten mellan könen,
- 2) mål för att öka produktiviteten och kostnadsnyttoeffektiviteten,
- 3) mål för utveckling av informationshanteringen och digitaliseringen,
- 4) mål för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet samt för samarbetet kring dessa mellan välfärdsområden, kommuner och andra aktörer,
- 5) allmänna riktlinjer för välfärdsområdenas vittsyftande investeringar,
- 6) mål för genomförande av beredskap och förberedelser på regional och nationell nivå,
- 7) mål för samarbete och arbetsfördelning mellan välfärdsområdena och mellan samarbetsområdena för social- och hälsovården,
- 8) mål för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet.

De riksomfattande målen kan utöver det som avses ovan även gälla annat som behövs för att utveckla välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi.

Finansministeriet ska i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet årligen följa upp och utvärdera uppnåendet av de riksomfattande målen. Vid behov ska målen ändras.

I 25 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård hänvisas det till de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. På motsvarande sätt hänvisas det i 11 § 1 mom. i lagen om ordnande av räddningsväsendet till de riksomfattande strategiska mål som avses i 8 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet. De nämnda 22 § och 8 § innehåller en informativ hänvisning enligt vilken bestämmelser om de riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter och de mål för ordnandet av social- och hälsovård och räddningsväsendet som ingår i de riksomfattande målen finns i lagen om välfärdsområden, det vill säga i praktiken i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

De riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter är ett centralt element i den nationella strategiska styrningen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Via de strategiska målen kan statsrådet lyfta upp dels olika mål för social- och hälsovårdens och räddningsväsendets verksamhet, dels nationellt viktiga reform- och utvecklingsbehov avseende tjänsterna samt dra upp riktlinjer för utveckling av till exempel lagstiftningen om tjänster och av räddningsväsendets kapacitet. Avsikten är att målen ska styra välfärdsområdenas utvecklingsarbete och till exempel beredningen av beslut om räddningsväsendets servicenivå. De riksomfattande strategiska målen styr även förhandlingarna med välfärdsområdena och anger övrig nationell styrning av välfärdsområdena. (RP 2/2024 rd, s. 19)

Den 28 maj 2025 fastställde statsrådet riksomfattande strategiska mål för ordnandet av välfärdsområdenas uppgifter 2025–2029⁹.

Enligt den arbetsgrupp som utredde styrningen av investeringar (se avsnitt 1.2) möjliggör lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet redan nu en rätt stark styrning av investeringarna i och med förutsättningarna för att avslå en investeringsplan. Arbetsgruppen lyfter fram att det fram till dess rapporten färdigställdes inte har förekommit att planer av innehållsmässiga skäl inte har godkänts. Däremot har det förekommit att planer inte godkänts på grund av att finansiering inte har anvisats i dem. I dessa fall har välfärdsområdet oftast ansökt om en ändring av fullmakten att uppta lån enligt 15 § i lagen om välfärdsområden. Syftet med bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet är att koppla samman de riksomfattande målen och de olika styrmekanismerna. Med tanke på styrningens övergripande effekt är det viktigt att förhållandena mellan olika styrmekanismer är tydligt definierade. De riksomfattande målen utgör grunden för den styrning som genom ovannämnda lagar genomförs till exempel med hjälp av investeringsplaner och samarbetsavtal mellan välfärdsområdena och förhandlingar med välfärdsområdena.

Enligt arbetsgruppen finns det dock de facto ingen bindande koppling mellan de riksomfattande målen och investeringsplanerna. Kriterierna för avslag hänför sig i nuläget huvudsakligen till stävjandet av kostnaderna. Enligt de gällande bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet är det inte möjligt att låta bli att godkänna en investeringsplan på den grunden att den strider mot de riksomfattande målen. Investeringarna kan dock också ha funktionellt sett omfattande och långvariga konsekvenser för

⁹ Riksomfattande mål för välfärdsområdenas uppgifter 2025–2029, Statsrådets publikationer 2025:58, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-541-2>.

jämlikheten, för främjandet av hälsa och välfärd, för verksamhet inom forskning, utveckling, innovation och kompetens, för förberedelser och beredskap eller för andra helheter som ingår i de riksomfattande målen.

Arbetsgruppen konstaterar också att enligt bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet ska investeringsplanen basera sig på de riksomfattande målen, men i själva verket kan investeringarna vara inriktade i strid med målen utan att social- och hälsovårdsministeriet eller inrikesministeriet har en tillräcklig grund för att låta bli att godkänna delplanen. Lagens gällande formuleringar gör således förhållandet mellan de riksomfattande målen och styrningen av investeringarna något oklart. Arbetsgruppen föreslog att de bestämmelser i lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av räddningsväsendet som gäller grunderna för att avslå delplaner till investeringsplanerna kompletteras så att det är möjligt att låta bli att godkänna delplanerna också på den grunden att de strider mot de riksomfattande målen.¹⁰

2.3 Valfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården

Bestämmelser om valfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården finns i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Valfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som valfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården. Valfärdsområdet ska jämföra denna information med motsvarande information för övriga valfärdsområden. Valfärdsområdet ska använda informationen i informationsledningen av den hälso- och sjukvård som omfattas av valfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin. Informationen ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt.

Valfärdsområdet ska på grundval av ovannämnda information årligen utarbeta en redogörelse för social- och hälsovården i valfärdsområdet och för valfärdsområdets ekonomiska läge. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas närmare bestämmelser om minimiinformationsinnehållet i uppföljningen och om de uppgifter som ska ingå i ovannämnda redogörelse.

Enligt 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utarbetar Institutet för hälsa och välfärd årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i valfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. Där ska dessutom bedömas åtgärder som det är nödvändigt att genomföra i valfärdsområdet med hänsyn till kostnadshanteringen eller av någon annan anledning för att ändamålsenligheten, tillgången, kvaliteten, verkningsfullheten och jämlikheten samt samordningen av kundernas tjänster i social- och hälsovården ska kunna tryggas genom statlig och annan intern finansiering. Enligt

¹⁰ Hyvinvointialueiden investointien ohjausta selvittävä työryhmän loppuraportti (på finska), s. 7, 9–11

31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utarbetar social- och hälsovårdsministeriet årligen en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. I redogörelsen utnyttjas de expertbedömningar av Institutet för hälsa och välfärd som avses i 30 §.

Utifrån det som beskrivs ovan har välfärdsområdena för närvarande inte någon egentlig lagstadgad skyldighet att för den nationella styrningen och planeringen ta fram information om personalen och användningen av den. För närvarande kan välfärdsområdena behandla sådan information när de fullgör sina arbetsgivarskyldigheter enligt arbetarskyddslagstiftningen på det sätt som beskrivs närmare nedan i avsnitt 4.2.4. Eftersom information om välfärdsområdenas social- och hälsovårdspersonal inte ingår i den information som välfärdsområdet ska följa och inkludera i den årliga redogörelsen, har det inte gjorts någon systematisk insamling av jämförbar och aktuell information om personalen. Inte heller i fråga om de områdesvisa bedömningar som Institutet för hälsa och välfärd ska göra enligt 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om någon skyldighet att bedöma frågor som gäller personalen. Jämförbar information om välfärdsområdenas personal är nödvändig både vid ledningen av välfärdsområdena och vid den nationella styrningen och planeringen av välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi. Saken är relevant också på grund av de problem med tillgången på personal som länge plågat branschen.

Den information om personalen som nationell statistik och nationella register ger är otillräcklig för den nationella styrningens behov. I nuläget baserar sig till exempel informationen om personalbristen på uppgifter om lediga jobb som anmälts till arbets- och näringsbyråerna. Avsaknaden av jämförbar information om antalet anställda, fördelningen av personalen, personalstrukturen, personalens arbetsförmåga och personalbristen försvårar jämförelsen mellan välfärdsområdena och den nationella styrningen. Detta är särskilt viktigt i de fall där personalbristen är stor eller varierar mycket från område till område. För den nationella styrningen måste information om personalen för närvarande samlas in genom omfattande enkäter som avsevärt sysselsätter välfärdsområdena. Även i fråga om dem är problemet att informationen inte är jämförbar när varje välfärdsområde samlar in informationen efter eget gottfinnande. Den information som samlas in genom separata enkäter sysselsätter välfärdsområdena så mycket att en del välfärdsområdena inte har kunnat rapportera informationen. Detta gäller i synnerhet stora välfärdsområden, och då blir den nationella helhetsbilden bristfällig.

Bestämmelserna om samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare i välfärdsområden (lagen om samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare i kommuner och välfärdsområden, 449/2007) förutsätter att det i välfärdsområden vid samarbetsförfarande årligen ska utarbetas en personal- och utbildningsplan, av vilken det ska framgå åtminstone antalet faktiska arbetsavtals- och tjänsteförhållanden för viss tid samt en bedömning av hur dessa kommer att utvecklas, principerna för användningen av olika anställningsformer, allmänna principer för att upprätthålla arbetsförmågan hos arbetstagare som hotas av arbetsförmåga och äldre arbetstagare samt arbetsmarknadskompetensen för arbetstagare som hotas av arbetslöshet, en bedömning av hela personalens yrkeskunnande samt av förändringarna i kraven på yrkeskunnande och orsakerna till dem samt en årlig plan som baserar sig på denna bedömning enligt personalgrupp eller någon annan ändamålsenlig gruppindelning. Eftersom informationen om personalen inte samlas in på ett jämförbart sätt, baserar sig inte heller de årliga personal- och utbildningsplaner för välfärdsområdet som lagen förutsätter på jämförbar information.

Jämförbar information om personalen behövs inte bara för den nationella styrningen och planeringen, utan även välfärdsområdena och andra arbetsgivare behöver denna information för uppföljningen, utvärderingen och ledningen av den egna verksamheten. I nuläget samlar varje

område in informationen på sitt eget sätt. Vårdsområdena har redan i flera års tid strävat efter att utveckla jämförbarheten i informationen om personalen inom ramen för ett frivilligt nätverkssamarbete som samordnas av Kommun- och vårdsområdesarbetsgivarna KT. Utan författningsgrund är det inte möjligt att slutföra samordningsarbetet.

Utöver att bestämmelserna om insamling av information om personalen är bristfälliga, lämnar de bestämmelser i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som gäller vårdsområdenas skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården det till viss del öppet hur vårdsområdena ska producera jämförelseinformation om den egna verksamheten och hur jämförelser med andra områden ska göras. Också bestämmelserna om vad den insamlade informationen ska användas till är till vissa delar bristfälliga.

Med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård har både kommunerna och vårdsområdena uppgifter vid främjandet av hälsa och välfärd. Enligt 6 § ska det i kommunen en gång per fullmäktigeperiod utarbetas en vårdsberättelse och vårdsplan för fullmäktige om de frågor som nämnts i paragrafen. Vårdsberättelsen och vårdsplanen ska lämnas till vårdsområdet och offentliggöras i det allmänna datanätet. Enligt 7 § ska det även i vårdsområdet en gång per fullmäktigeperiod utarbetas en regional vårdsberättelse och vårdsplan för vårdsområdesfullmäktige. Enligt 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård får det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om minimiinformationsinnehållet i den vårdsberättelse och vårdsplan som avses i 6 och 7 §. I lagen ingår det för närvarande inte några bestämmelser om att vårdsberättelserna och vårdsplanerna ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt, till skillnad från den information från uppföljningen som avses i 29 §.

I fråga om informationen från uppföljningen och vårdsberättelserna och vårdsplanerna har det bedömts att det inte är ändamålsenligt att i förordningen föreskriva särskilt om varje indikator, utan att det är ändamålsenligt att den information som samlas in baserar sig på de specifikationer som Institutet för hälsa och välfärd har utarbetat. Det är motiverat att bemyndigandet att utfärda förordning preciseras med beaktande av detta. Insamlingen av information med hjälp av omfattande enkäter kan åtminstone delvis ersättas med automatisk informationsöverföring, och Institutet för hälsa och välfärd genomför ett pilotförsök om detta 2025. En förutsättning för automatisk informationsöverföring är att den information som överförs förenhetligas.

3 Målsättning

Syftet med propositionen är att förbättra förutsättningarna för ordnandet av social- och hälsovården och till vissa delar räddningsväsendet genom att korrigera vissa brister och konsekvenser i lagstiftningen. Syftet med propositionen är också att främja förutsättningarna för en ändamålsenlig modell med många producenter och att genomföra riksdagens uttalande om bedömning och utveckling av bestämmelserna om underleverantörer. Syftet med propositionen är också att förbättra förutsättningarna för den statliga styrningen av vårdsområdena.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I proposition föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras. För det första föreslås det att bestämmelserna om privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer

luckras upp till vissa delar. Dessutom ska underleverantörskedjor möjliggöras i vissa begränsade situationer.

Det föreslås att förfarandet för godkännande av de delplaner för social- och hälsovården som ingår i investeringsplanerna för välfärdsområdena ändras så att social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna en delplan, om det är uppenbart att den strider mot de riksomfattande mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden. En motsvarande bestämmelse fogas också till lagen om ordnande av räddningsväsendet när det gäller de delplaner för räddningsväsendet som ingår i investeringsplanerna och inrikesministeriets möjlighet att låta bli att godkänna en delplan.

Välfärdsområdenas skyldighet enligt 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård att följa och utvärdera social- och hälsovården ändras till vissa delar. Avsikten är för det första att välfärdsområdet även ska följa informationen om social- och hälsovårdspersonalen och användningen av den. Dessutom förtydligas bestämmelserna om produktionen av den minimiinformation som krävs av välfärdsområdena samt bestämmelserna om användningen av jämförelseinformation. Vidare preciseras bemyndigandet att utfärda förordning.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

4.2.1.1 Konsekvenser för den offentliga ekonomin

Välfärdsområdena

När det gäller välfärdsområdenas ekonomi är konsekvenserna av de föreslagna bestämmelserna om anlitande av underleverantörer ringa. Bestämmelserna bedöms inte heller ha några direkta ekonomiska konsekvenser för välfärdsområdenas verksamhet eller priset på tjänster som välfärdsområdena skaffar som köpta tjänster. Indirekt gör ett ökat anlitande av underleverantörer det emellertid möjligt för allt mindre aktörer att komma ut på marknaden, vilket kan öka konkurrensen. Som en följd av ökad konkurrens kan det pris som välfärdsområdena betalar för köpta tjänster sjunka på lång sikt. Enligt en helhetsbedömning kan möjligheten till ökat anlitande av underleverantörer fungera främst som ett element som gör det smidigare för välfärdsområdena att skaffa tjänster av företag. Ändringen bedöms inte medföra några övergripande förändringar i social- och hälsovårdstjänsternas produktionsstruktur. Även i den gällande lagstiftningen förutsätts det att investeringar är baserade på de riksomfattande målen för social- och hälsovården och befolkningens behov. De riksomfattande målen nämns inte separat som en grund för avslag i den gällande lagens paragrafer, så den föreslagna ändringen förenhetligar närmast grunderna för avslag med utgångspunkterna för planeringen av investeringar.

För välfärdsområdenas del kan det bedömas att en ny grund för avslag främst har en indirekt inverkan på hurdana investeringar som till slut faktiskt genomförs. Detta kan i viss mån ha såväl ekonomiska som operativa konsekvenser för välfärdsområdenas verksamhet och deras inbördes arbetsfördelning.

De förslag som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera vården kan ha kostnadseffekter med avseende på välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens administrativa arbete samt systemupphandling och systemutveckling. I praktiken producerar välfärdsområdena redan information om användningen av personal. Syftet

med informationen är att följa och jämföra välfärdsområdena. På operativ nivå är det alltså inte fråga om en ny uppgift, även om den är ny som skyldighet på lagnivå. Syftet med förslagen är att förenhetliga produktionen och användningen av information om personalen. För en del av välfärdsområdena kan det uppstå små kostnader som hänför sig till förenhetligandet av informationen om personalen. Kostnaderna för förenhetligandet varierar enligt välfärdsområde, informationssystem och indikator. Vid flera välfärdsområden pågår eller ska det inledas uppdateringar av informationssystemen, i samband med vilka förenhetligandet av informationen kan genomföras.

Institutet för hälsa och välfärd har tagit fram en teknisk lösning för automatisk informationsöverföring, det vill säga ett kopieringssystem. Systemet kan utnyttjas för att överföra olika material i båda riktningarna mellan välfärdsområdena och Institutet för hälsa och välfärd. Kopieringssystemet har redan tagits i bruk vid sex välfärdsområden, och ett välfärdsområde har beredskap för informationsöverföring. Utvecklingen av den tekniska kapaciteten pågår vid nio välfärdsområden. Kostnaden för ibruktagandet av denna informationsöverföringslösning uppgår till uppskattningsvis 10 000–20 000 euro per välfärdsområde. Efter ibruktagandet kan olika datamaterial föras in i lösningen. Kostnaden för att föra in ett material är cirka 5 000 euro. Om kopieringssystemet har tagits i bruk är kostnaden för överföring av informationen om personalen cirka 5 000 euro per välfärdsområde. Med beaktande av vad som beskrivits ovan beräknas de totala kostnaderna för ändringen uppgå till sammanlagt cirka 470 000 euro för alla välfärdsområden. Den totala kostnaden är dock en investeringskostnad av engångsnatur i systemen för informationsöverföring. Genom välfärdsområdets egna lösningar är det samtidigt möjligt att automatisera och standardisera insamlingen av information, vilket i fortsättningen gör att det blir möjligt att spara in den arbetstid som går till separat insamling av information. Således kan investeringen på längre sikt medföra besparingar för välfärdsområdet. Med beaktande av att den genomsnittliga kalkylerade personalkostnaden uppgår till cirka 75 000 euro, kan investeringen snabbt återbetala sig.

Den kostnad som propositionen medför för välfärdsområdena är av engångsnatur och beroende av hurdana informationssystem ett område i princip redan har. På basis av finansieringsmodellen är det inte möjligt att dela ut finansiering till alla områden till ett lika stort belopp i euro. Dessutom är det fråga om en mindre kostnad av engångsnatur som under de följande åren kommer att lätta på rapporteringsbördan. Av dessa orsaker beaktas kostnadsökningen inte i välfärdsområdenas finansiering 2026, men eventuella kostnadsökningar av engångsnatur kommer att täckas i samband med efterhandsjusteringen av finansieringen.

De förslag som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården, inklusive information om personalen, kan förbättra välfärdsområdenas möjligheter att jämföra tjänsteproducenter och därmed bidra till att marknaden fungerar bättre.

Kommunerna

Propositionen innebär att kommunernas välfärdsberättelser och välfärdsplaner enligt 6 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. I nuläget föreskrivs det om dem genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Ändringen bedöms emellertid inte ha några operativa eller ekonomiska konsekvenser för kommunernas verksamhet.

Statliga myndigheter

Den minimiinformation som gäller välfärdsområdena produceras till stor del av Institutet för hälsa och välfärd utifrån de nuvarande nationella datainsamlingarna. För publiceringen av minimiinformationen ska en ny rapporteringslösning tas fram. Institutet för hälsa och välfärd har anvisats finansiering för utvecklingen av denna lösning 2025 och 2026. Den rapporteringstjänst som tas fram med utvecklingsfinansieringen ska ersätta den nuvarande rapporteringslösningen Sotekuva. Institutet för hälsa och välfärd har haft till uppgift att förvalta och utveckla Sotekuva med hjälp av ett årligt anslag. Produktionen av minimiinformation kommer inte att kräva tilläggsresurser för Institutet för hälsa och välfärd, utan förvaltnings- och utvecklingsinsatsen görs inom ramen för institutets befintliga resurser.

Propositionen bedöms inte ha några ekonomiska konsekvenser för de statliga myndigheter eller ministerier som utövar tillsyn över social- och hälsovården.

4.2.1.2 Konsekvenser för företagen

Företagen inom social- och hälsovårdsservicen hade 2022 en sammanlagd omsättning på cirka 10,6 miljarder euro. Totalt fanns det cirka 26 400 företag inom branschen, varav största delen var mikroföretag¹¹. Framför allt mikroföretagens lönsamhet har försämrats i genomsnitt. Hur man kan skapa en välfungerande marknad och samordna företagsverksamheten med de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna är viktiga frågor med tanke på framtiden.

Det finns stor spridning i mängden tjänster som välfärdsområdena skaffar av privata tjänsteproducenter, både enligt område och per tjänst. På riksnivå är andelen köpta tjänster högst inom vården utom hemmet inom barnskyddet samt inom boendeservicen för äldre personer och personer med funktionsnedsättning, där privata tjänsteproducenter svarar för största delen av den totala volymen. Den ekonomiska statistiken innehåller inga uppgifter om antalet underleverantörer som producenterna av köpta tjänster anlitar, men som helhet betraktat kan det dock bedömas att antalet underleverantörer är högre i fråga om köpta hälsovårdstjänster än i fråga om socialtjänster bland annat på grund av omfattande verksamhet som yrkesutövare.

Underleverantörer anlitas när den tjänsteproducent som ingått ett avtal inte själv kan producera den avtalade tjänsten. Det kan till exempel vara fråga om en specialiserad tjänst eller tjänst där den lokala placeringen har stor betydelse.

Den gällande regleringen begränsar privata tjänsteproducenters möjligheter att anlita underleverantörer, vilket har en inverkan särskilt på små företags och yrkesutövares verksamhet.

Företagen inom social- och hälsovårdssektorn är huvudsakligen små företag. När det gäller omsättningen är de stora företagens betydelse stor i förhållande till deras antal. Å andra sidan har de små och medelstora företagen stor betydelse just med tanke på regionernas livskraft, även om betydelsen är fördelad på många små företag. Det kan bedömas att konsekvenserna i högre grad gäller dessa små företag, bland vilka det typiskt sett finns många företag inom socialsektorn. Det kan till exempel bedömas att det finns en potential att anlita underleverantörer i fråga om sådana tjänster där den lokala placeringen är av betydelse (t.ex. tjänster som tillhandahålls i hemmet). En lättnad i begränsningen av andelen anlitage av underleverantörer

¹¹ Social- och hälsovårdstjänster: Utvecklingstrenderna i arbetslivet och inom den privata sektorn. Arbets- och näringsministeriet, ANM branschrapporter 2024:2 (på finska, med presentationsblad på svenska), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-981-0>.

har sannolikt störst inverkan på små företag. Samtidigt kan det förbättra tillgången på tjänster särskilt i områden där det är utmanande att hitta arbetskraft.

Anlitande av underleverantörer kan sänka kostnaderna, då företaget får koncentrera sig på sin kärnkompetens och kan köpa andra tjänster utifrån. Ett mer omfattande nätverk av underleverantörer gör det också möjligt att snabbare reagera på förändringar i efterfrågan och underlättar planeringen av kapaciteten. Den föreslagna ändringen ökar sannolikt flexibiliteten i synnerhet för små aktörer och yrkesutövare.

Konkurrens mellan underleverantörer kan leda till lägre priser, men samtidigt blir dessa företag tvungna att satsa mer på kvalitetskontroll och avtalshantering, vilket i sin tur leder till vissa merkostnader. I gällande 17 § 3 mom. och föreslagna 17 a § om underleverantörskedjor i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns det bestämmelser om de tjänster som produceras under helhetsansvar av en privat tjänsteproducent som ingått avtal med välfärdsområdet, vilket orsakar tjänsteproducenten någon form av merkostnader för kvalitetskontroll och avtalshantering.

Tjänsteproducenten ska även i fortsättningen ha tillräcklig egen kompetens och personal, alltså kan inte all tjänsteproduktion med hänsyn till regleringen produceras genom anlitande av underleverantörer. I enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovård ska som underleverantörer även betraktas sådana yrkesutövare som är delägare i ett bolag som producerar köpta tjänster och som står i uppdragsavtalsförhållande till producenten av köpta tjänster. Ett bolag som saknar egen social- och hälsovårdspersonal och där yrkesutövarna endast är delägare (en så kallad skalorganisation) ska inte heller i fortsättningen uppfylla förutsättningarna för att betraktas som en tjänsteproducent enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård. I den så kallade yrkesutövarmodellen kan en enskild yrkesutövare ha en kortvarig vikarie.

En utvidgad underleverantörskedja skapar ett klart behov av att förenhetliga praxis och kvalitetskriterier inom hela kedjan. Med tanke på företagens riskhantering kan längre underleverantörskedjor leda till mer störningar, alltså måste uppfyllandet av förpliktelseerna enligt avtalet om köpta tjänster samt ansvarsfrågor beaktas i tillräcklig utsträckning.

Enligt förslaget i propositionen ska en underleverantör inte heller i fortsättningen kunna skaffa tjänster inom prehospitalet akutsjukvård från en annan underleverantör. Enligt 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård är det möjligt att skaffa delar av den prehospitala akutsjukvården från privata tjänsteproducenter, medan andra delar av den överhuvudtaget inte kan skaffas. Med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård får det skaffas sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen. Som en del av anskaffningen av tjänster får privata tjänsteproducenter även ordna kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, patientens närstående och andra som har del i händelsen. Privata tjänsteproducenter kan också delta i upprätthållandet av beredskap för prehospitalet akutsjukvård så att välfärdsområdet svarar för den samlade beredskapen för prehospitalet akutsjukvård, men får från privata tjänsteproducenter skaffa larmberedskap vid ambulansenheter som köpta tjänster. När det gäller prehospital akutsjukvård innebär begränsningen av anlitande av underleverantörer i praktiken det att en underleverantör inte från en annan underleverantör får skaffa sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt

som sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning eller transport av patienter till en vårdenhets. Däremot får överflyttningar enligt 73 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) skaffas på detta sätt.

Det föreslagna förbudet mot underleverantörskedjor inom prehospita akutsjukvård bedöms inte ha några betydande konsekvenser för verksamheten hos tjänsteproducenter som utför sjuktransporter. Inte heller i nuläget kan välfärdsområdena använda underleverantörskedjor för dessa tjänster, och enligt uppgifter från välfärdsområdena skulle underleverantörskedjor på avtalsbasis inte tillåtas inom prehospita akutsjukvård, även om de enligt lagstiftningen skulle vara möjliga. Med tanke på de företag som utför sjuktransporter (samt välfärdsområdena) är det viktigare att det är möjligt att använda underleverantörskedjor vid överflyttningar enligt 73 § i hälso- och sjukvårdslagen.

De förslag som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården förutsätter ändringar i personalinformationssystemen samt eventuellt i välfärdsområdets system för informationsledning. Fastställandet och genomförandet av ändringarna förutsätter arbete av företag som tillhandahåller informationstekniska tjänster. Förslaget i fråga kan konstateras ha tillfälliga positiva konsekvenser för sådana företags verksamhet. De positiva konsekvenserna för företagen motsvarar till sin storleksklass de kostnader som orsakas av välfärdsområdena för ändringarna i informationssystemen.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

Välfärdsområdena

De nya bestämmelserna om förutsättningarna för anlitande av underleverantörer kommer att öka flexibiliteten vid anskaffningen av välfärdsområdenas tjänster. Detta förbättrar välfärdsområdets möjligheter att hantera och förutse frågor i anslutning till anlitande av underleverantörer. Bestämmelserna ska gälla såväl socialvårdstjänster som hälso- och sjukvårdstjänster. Anlitande av underleverantörer enligt 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska enligt förslaget inte omfattas av den begränsning som nämns i motiveringen till den lagen (RP 241/2020 rd, s. 661), enligt vilken utgångspunkten är att andelen tjänster som ska skaffas som kompletterande tjänster av de tjänster som en privat tjänsteproducent producerar för välfärdsområdet får utgöra högst mellan 30 och 49 procent, det vill säga åtminstone inte mer än hälften av de tjänster som den producerar för välfärdsområdet. Tjänsteproducenter ska dock även i fortsättningen ha tillräckligt med egen tjänsteproduktion. De föreslagna bestämmelserna har ingen inverkan på 12 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, som innehåller bestämmelser om de förutsättningar enligt vilka välfärdsområdena får skaffa tjänster från privata tjänsteproducenter som är avtalsparter, utan de föreslagna ändringarna i 17 § gäller sådant anlitande av underleverantörer som görs av dessa tjänsteproducenter. Utgångspunkten för förslaget är att tjänsteproducentens egen kompetens och förmåga att styra verksamheten i situationer där underleverantörer anlitas är viktigare än utsatta procentgränser. På detta sätt betonas det helhetsansvar som en privat tjänsteproducent som ingått avtal med välfärdsområdet har för tjänsteproduktionskedjan i enlighet med gällande 17 § 3 mom. och föreslagna 17 a § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Det är emellertid välfärdsområdets skyldighet att övervaka och styra den tjänsteproduktion som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar i enlighet med vad som föreskrivs i 7 och 10 § i lagen om välfärdsområden, i 4 kap. i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) och i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Detta ansvar sträcker sig till hela den servicekedja som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Med stöd av

den nämnda lagstiftningen har välfärdsområdet en skyldighet att utöva egenkontroll, det vill säga en skyldighet att på förhand, medan verksamheten pågår och i efterhand utföra kvalitetsledning och riskhantering som avser ordnandet och produktionen av tjänster samt att säkerställa kontinuiteten, vilket bidrar till att säkerställa klient- och patientsäkerheten. Egenkontrollen baserar sig på en plan för egenkontroll där välfärdsområdet ska fastställa hur fullgörandet av de lagstadgade skyldigheterna ska ordnas och uppnås. Genomförandet av programmet för egenkontroll ska följas upp. När missförhållanden eller brister har framkommit ska välfärdsområdet kräva att de avhjälps. Tillsynen är också förenad med välfärdsområdets rätt att av privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer få de uppgifter och utredningar som är nödvändiga för kontroll av förutsättningarna för att tjänsterna produceras på behörigt sätt och för att genomföra tillsynen samt rätt att inspektera privata tjänsteproducenters och underleverantörers lokaler och utrustning. Även tjänsteproducenterna är skyldiga att utöva egenkontroll. Ju längre bort från välfärdsområdet man går i servicekedjan, desto svårare kan det i praktiken bli att fullgöra välfärdsområdets tillsynsansvar, vilket kräver att välfärdsområdena satsar på det. Till den del det är fråga om en sådan underleverantörskedja som avses i föreslagna 17 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård begränsas eventuella svårigheter med genomförandet av servicehelheten av att underleverantörskedjor ska vara möjliga om det är fråga om ett tillfälligt behov på grund av sjukdom, föräldraledighet eller någon annan jämförbar grund och om välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten i avtalet om köpta tjänster har kommit överens om möjligheten att använda underleverantörskedjor.

Välfärdsområdena kan eventuellt bli tvungna att utveckla sina styrinstrument i fråga om tjänsteproduktion, satsa på att i avtal om köpta tjänster tillräckligt konkret komma överens om de frågor som gäller anlitan av underleverantörer samt samarbeta med den tjänsteproducent som kan anlita underleverantörer. Avtal om köpta tjänster är ofta fleråriga, vilket kan förutsätta att även eventuella framtida behov beaktas när avtal ingås. Eftersom det föreslås att den maximandel enligt motiveringen till lagen om ordnande av social- och hälsovård som i praktiken har utgjort utgångspunkten för i vilken utsträckning underleverantörer kan anlitas i enlighet med 17 § i den lagen ska frångås, kommer välfärdsområdena i fortsättningen inte att ha några nyckeltal som styr anlitan av underleverantörer. I stället ska välfärdsområdena bedöma i vilken utsträckning tjänsteproducenterna måste ha egen kompetens och personal och hur stor del av tjänsterna som kan skötas av underleverantörer. Detta kommer att leda till skillnader i hur välfärdsområdena tolkar lagen. Å andra sidan är det tal som nu förekommer i motiveringen inte heller entydigt. Trots att motiveringarna till lagar i allmänhet de facto styr tolkningen av lagen i Finland, är de ändå inte förpliktande normer.

Den föreslagna möjligheten för social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet att låta bli att godkänna en del av en investeringsplan om den strider mot de riksomfattande målen innebär en ny grund med stöd av vilken ministeriet kan låta bli att godkänna ett välfärdsområdes plan. Välfärdsområdenas investeringar är omfattande och långsiktiga helheter där det är viktigt med förutsebarhet. En ökning av antalet grunder med stöd av vilka ministerierna kan låta bli att godkänna en del av en investeringsplan kan i viss mån göra det svårare för ett välfärdsområde att förutse huruvida dess investeringsplan kommer att godkännas. De riksomfattande målen är till sin karaktär rätt allmänna.¹² Förslaget kan även i viss grad konstateras minska välfärdsområdenas självstyrelse. Man bör dock notera att det även i den gällande lagstiftningen förutsätts att investeringar är baserade på de riksomfattande målen för social- och hälsovården

¹² Riksomfattande mål för välfärdsområdenas uppgifter 2025–2029, Statsrådets publikationer 2025:57

och befolkningens behov och att syftet med den föreslagna ändringen är att förenhetliga grunderna för avslag med utgångspunkterna för planeringen av investeringar.

De föreslagna ändringar som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården skapar klarhet i de skyldigheter som välfärdsområdena har i anslutning till dessa uppgifter. Den gällande bestämmelsen ålägger välfärdsområdet att jämföra sin information med andra välfärdsområden, men i och med den föreslagna ändringen kommer jämförelseinformation att produceras nationellt av Institutet för hälsa och välfärd. Denna skyldighet enligt den gällande lagen medför betydande kostnader för välfärdsområdena och även sammantaget på nationell nivå. Genom att bestämmelsen ändras på det föreslagna sättet ökar kostnadseffektiviteten vid produktionen av minimiinformation.

Det är viktigt att ett välfärdsområde med organiseringsansvar kan följa personalen i alla tjänster som det har organiseringsansvar för och jämföra antalet anställda i en tjänst som välfärdsområdet producerar självt och i en köpt tjänst samt personalomsättningen, personalens arbetsförmåga och underskottet på personal. Informationen behövs för att välfärdsområdena ska kunna jämföra kostnadseffektiviteten hos den egna produktionen och den upphandlade produktionen och å andra sidan kunna agera om det förekommer betydande problem med arbetsförmågan i de upphandlade tjänsterna.

Eftersom samtliga välfärdsområden också i nuläget samlar information om personalen för ledningens behov, medför de förslag som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera vården i fråga om information om personalen i praktiken endast en liten ökning av mängden administrativt arbete. Ökningen gäller skedet då en enhetlig uppföljning och rapportering i fråga om information om personalen tas i bruk. Under de därpå följande åren kommer mängden administrativt arbete inte att vara större än i nuläget. De förslag som gäller skyldigheten att följa och utvärdera vården i fråga om information om personalen har inga direkta konsekvenser för personalen, men förbättrad och jämförbar information om personalen och dess arbetsförmåga kan bidra till att åtgärder som förbättrar arbetsförmågan samt bland annat åtgärder som gäller personalens arbetsdelning riktas korrekt och således stärka personalens ork och arbetsförmåga.

De förslag som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera vården i fråga om information om personalen kan förbättra välfärdsområdenas möjligheter att jämföra tjänsteproducenter och därmed bidra till att marknaden fungerar bättre.

Ministerierna

Den föreslagna nya grund med stöd av vilken social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet kan låta bli att godkänna en investeringsplan för social- och hälsovården eller för räddningsväsendet om den strider mot de riksomfattande målen innebär för ministerierna en mer konsekvent rättsordning, eftersom dessa mål också enligt den gällande lagstiftningen ska beaktas i investeringsplanen. Denna åtgärd är en av de åtgärder som i enlighet med förslaget från den arbetsgrupp som behandlade investeringar (se avsnitt 1.2 och 2.2) bidrar till fullföljandet av regeringens mål att skärpa styrningen av investeringar, men som enskild åtgärd kan den inte anses vara ett särskilt kraftfullt styrinstrument. Eftersom de riksomfattande målen till sin karaktär är rätt allmänna, kan den nya grunden ändå anses öka ministeriernas prövningsrätt i fråga om huruvida en del av investeringsplanen ska godkännas. Om planen avslås, ska välfärdsområdet lämna ministerierna en ny plan. Utvärderingen av planen orsakar en del extra arbete för ministerierna.

I anslutning till verkställigheten av lagen bereder social- och hälsovårdsministeriet en sådan förordning om minimiinformation som avses i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, vilket förutsätter användning av lagberedningsresurser.

Tillsynsmyndigheterna

Enligt den gällande lagstiftningen utövas tillsynen över social- och hälsovårdstjänsterna, inklusive välfärdsområdena och deras tjänsteproduktion, av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården samt av regionförvaltningsverken. I enlighet med lagar som riksdagen har godkänt upphör verksamheten vid dessa myndigheter från och med ingången av 2026. Därefter kommer deras uppgifter att skötas av den nya myndigheten Tillstånds- och tillsynsverket. Dessutom övervakas välfärdsområdena av de högsta laglighetsövervakarna, det vill säga justiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman. Med stöd av lagstiftningen om arbetsfördelningen mellan dem (lagen om fördelningen av uppgifter mellan justiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman, 330/2022) har dock tillgodoseendet av individens rättigheter inom social- och hälsovården koncentrerats till justitieombudsmannen.

I och med de föreslagna ändringarna i bestämmelserna om anlitan av underleverantörer i 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, enligt vilka maximigränsen på högst cirka 49 procent enligt motiveringen till den lagen inte längre ska utgöra utgångspunkten för den tillåtna andelen anlitan av underleverantörer, avlägsnas en hållpunkt som tillsynsmyndigheterna har kunnat använda för att övervaka att tjänsteproducenter som ingått avtal med välfärdsområdet har tillräcklig egen kompetens och personal. Utgångspunkten är att de högsta laglighetsövervakarnas tillsynsbehörighet fastställs så att den följer ändringar i sättet att organisera myndighetsuppgifter, varvid nya tjänsteproducenters verksamhet omfattas av tillsynen med stöd av lagstiftningen om ordnande av tjänsterna och den praktiska verkställigheten av lagstiftningen. Ett bredare användningsområde för anlitan av underleverantörer och i synnerhet möjligheten att använda underleverantörskedjor leder sannolikt också till att fler aktörer kommer att omfattas av de högsta laglighetsövervakarnas tillsyn. Detta understryker betydelsen av att välfärdsområdena har faktisk kännedom om underleverantörerna och i synnerhet underleverantörskedjan. Samtidigt är det också viktigt att andra myndigheter som behöver denna information enkelt kan få tillgång till den. Enligt den föreslagna lagstiftningen ska välfärdsområdet känna till alla tjänsteproducenter.

Institutet för hälsa och välfärd

De föreslagna ändringar som gäller välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården gör ställningen för de specifikationer som Institutet för hälsa och välfärd har utarbetat tydligare. Uppföljningen av information om personalen och om användningen av den är en del av den insamling av minimiinformation som avses i föreslagna 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I avsnitten om ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för informationssamhället och dataskydd beskrivs det hur Institutet för hälsa och välfärd har utvecklat denna insamling av information. Enligt förslaget ska Institutet för hälsa och välfärd börja producera jämförelseinformation om välfärdsområdena. Denna information produceras i nuläget av välfärdsområdena själva. Enligt 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska Institutet för hälsa och välfärd årligen utarbeta en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I fortsättningen ska även användningen av personalresurser inom social- och hälsovården granskas i dessa expertbedömningar. De ändringar som föreslås i 29 § gör det möjligt för Institutet för hälsa och välfärd att få den information som behövs för bedömningarna.

4.2.3 Andra samhälleliga konsekvenser

4.2.3.1 Konsekvenser för människor och för de grundläggande rättigheterna

En eventuell ökning av mängden tjänster som köps genom anlitande av underleverantörer samt användningen av underleverantörskedjor kan till följd av propositionen ha en liten inverkan på kontinuiteten i vården och därmed på kundernas hälsa och välbefinnande. Kontinuiteten i vården har konstaterats ha ett starkt samband med vårdens kvalitet, särskilt inom hälso- och sjukvården.¹³ Å andra sidan förbättrar propositionen tjänsternas leveranssäkerhet, vilket har en positiv inverkan på dem som använder tjänsterna. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen (731/1999) ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Konsekvenserna för vårdkontinuiteten och tillgången till tjänster har ett samband med tillgodoseendet av de rättigheter som tryggas i 19 § 3 mom. i grundlagen.

Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock ges endast myndigheter. I avsnittet om lagstiftningsordning behandlas förslagens förhållande till uppfyllandet av villkoren enligt 124 § i grundlagen. Eftersom anlitande av underleverantörer och användning av underleverantörskedjor i och med de föreslagna ändringarna kommer att beaktas uttömmande i bestämmelserna i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård, kommer anlitande av underleverantörer och användning av underleverantörskedjor i regel att se sig på samma sätt ur tjänsteanvändarens synvinkel som anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter när det gäller tillgodoseendet av rättsskyddet och kraven på god förvaltning. De allmänna förvaltningslagarna samt bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar ska också tillämpas på underleverantörskedjor. Såsom det emellertid konstateras i det underavsnitt till konsekvenserna för myndigheterna som gäller välfärdsområdena, ju längre bort i produktionskedjan en aktör är verksam, desto mer kan det påverka välfärdsområdets faktiska möjligheter att övervaka och styra tjänsteproduktionen.

I och med att anlitande av underleverantörer i lagförslaget tillåts i större utsträckning än för närvarande, har förslaget i viss mån positiva konsekvenser för tillgodoseendet av rätten enligt 18 § 1 mom. i grundlagen för var och en att i enlighet med lag skaffa sig sin försörjning genom arbete, yrke eller näring som han eller hon valt fritt.

Största delen av social- och hälsovårdspersonalen är kvinnor¹⁴ och därför har förslagen om anlitande av underleverantörer större konsekvenser för dem. Cirka 90 procent av närvårdarna, sjukskötarna och psykologerna och cirka 60 procent av läkarna är kvinnor. Förslagen kan öka kvinnors företagande. Propositionen har inga könseksekvenser för klienterna och patienterna.

¹³ Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219–1221; Raivio, R. (2017). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 133(17), 1563–1569

¹⁴ Institutet för hälsa och välfärd: Social- och hälsovårdspersonalen inom den offentliga sektorn 2023: Antalet anställda inom administrationen minskade när välfärdsområdena inledde sin verksamhet, Statistikrapport, FOS, 62/2024, s. 9–11, <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20241219104730>.

4.2.3.2 Konsekvenser för arbetsmarknaden

Propositionen underlättar anlitande av underleverantörer och kan således leda till en situation där företag som producerar köpta tjänster för välfärdsområdena ersätter en del av sina anställda med underleverantörer. År 2024 var över 50 procent av anställningsförhållandena inom social- och hälsovårdssektorn tidsbundna, samtidigt som såväl den privata sektorns storlek som företagandets popularitet har ökat inom sektorn under de senaste åren.¹⁵ Genom att anlitande av underleverantörer i allt större utsträckning tillåts för företag blir det möjligt för en del av arbetstagarna att bli företagare, men det kan också öka enskilda arbetstagares osäkerhet på arbetsmarknaden. Löntagare omfattas av arbetsavtalslagen bland annat när det gäller lönesättning, uppsägningsskydd och semester, medan företagare förhandlar om arbetsvillkoren direkt med uppdragsgivaren och har till exempel inte lagstadgad semester eller uppsägningsskydd.

Utifrån tillgänglig information kan man inte dra slutsatsen att arbetstagare inom välfärdsområdena i någon betydande grad kommer att bli företagare. Sannolikt uppstår ny företagsverksamhet inom den privata produktionen när sådana som redan arbetar där startar ett företag. Då ökar konkurrensen. De som övergår från att vara arbetstagare till att bli företagare har ett ekonomiskt ansvar för företaget och ett mer omfattande ansvar än en enskild arbetstagare för verksamhetens kvalitet och klient- och patientsäkerheten. I vilket fall som helst har den som blir företagare mer administrativt arbete än en enskild arbetstagare inom välfärdsområdet. Företagande är alltid förenat med ekonomisk och operativ risktagning.

4.2.4 Konsekvenser för informationssamhället och dataskydd

Den föreslagna ändring i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som gäller uppföljning av personalen och användningen av personal förenhetligar produktionen av information om personalen såväl nationellt som regionalt. Ändringen undanröjer i huvudsak behovet av separat insamling av information för välfärdsområdenas eget bruk och för nationellt bruk. I nuläget innebär insamlingen av information om personalen många manuella arbetsskeden och separata insamlingar för olika aktörers bruk, vilka förorsakar välfärdsområdena en betydande mängd arbete. Målet är att andra nationella aktörer ska utnyttja den information om personalen som Institutet för hälsa och välfärd rapporterar. På detta sätt undviks överlappande metoder för produktion och inlämning av information om personalen.

Som helhet lättar den föreslagna ändringen i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård på den börda som behandlingen av informationen i välfärdsområdena medför, eftersom Institutet för hälsa och välfärd i stället för välfärdsområdena nationellt producerar den jämförelseinformation som utgår från minimiinformationen i en enda informationsproduktionsprocess för välfärdsområdenas bruk. Formuleringen i den gällande bestämmelsen förutsätter att varje välfärdsområde producerar jämförelseinformationen separat, vilket orsakar mångdubbelt arbete.

Institutet för hälsa och välfärd har tagit fram en teknisk lösning för automatisk informationsöverföring, det vill säga ett kopieringssystem. Systemet kan utnyttjas för att överföra olika material i båda riktningarna mellan välfärdsområdena och Institutet för hälsa och

¹⁵ Social- och hälsovårdstjänster: Utvecklingstrenderna i arbetslivet och inom den privata sektorn. Arbets- och näringsministeriet, ANM Branschrapporter 2024:2 (på finska, med presentationsblad på svenska).

välfärd. Efter att kopieringssystemet har tagits i bruk kan flera olika datamaterial föras in i lösningen, till exempel information om personalen.

Insamlingen av information med hjälp av omfattande enkäter ersätts åtminstone delvis med automatisk informationsöverföring i båda riktningarna, vilket Institutet för hälsa och välfärd testat i fråga om informationen om personalen 2025. Ibruktage av kopieringssystemet kan förutsätta mindre ändringar i HR-källsystem eller i välfärdsområdenas dataplattformar, från vilka informationen överförs till Institutet för hälsa och välfärd, och kan då utnyttjas i välfärdsområdenas egen informationsledning.

En förutsättning för automatisk informationsöverföring är att den information som överförs förenhetligas. Med hjälp av automatisk informationsöverföring och enhetlig information får välfärdsområdena bättre möjligheter att utnyttja jämförbar information. Det att välfärdsområdena lämnar in information som är transparent och att den behandlade informationen återställs till välfärdsområdena för deras eget bruk minskar mängden överlappande arbete och förbättrar informationens kvalitet.

De enhetliga nationella specifikationerna bör föras in i välfärdsområdenas HR-källsystem på en och samma gång. Det är motiverat att göra ändringarna i samband med de systemuppdateringar som för närvarande pågår. Den föreslagna ändringen av 29 § förpliktar dock inte välfärdsområdena att ta i bruk det kopieringssystem som Institutet för hälsa och välfärd har skapat. En del välfärdsområden kan därför välja att använda ett alternativt sätt att lämna informationen till Institutet för hälsa och välfärd.

Insamlingen av arbetstagares och tjänsteinnehavares personuppgifter i arbetsavtals- eller tjänsteförhållanden omfattas redan för närvarande av ett stort antal arbetsrättsliga bestämmelser och dataskyddsbestämmelser. När det nedan talas enbart om arbetstagare avses också personer som är anställda i tjänsteförhållande, såsom tjänsteinnehavare i välfärdsområdena, om inte något annat nämns särskilt.

Välfärdsområdena och tjänsteproducenterna har en i 1 § 1 mom. i arbetsavtalslagen (55/2001) avsedd lednings- och övervakningsrätt, det vill säga direktionsrätt, som också innefattar en rätt att övervaka både utförandet av arbetet och kvaliteten av slutresultatet (RP 157/2000, s. 60). Motsvarande övervaknings- och ledningsrätt finns i lagen om tjänsteinnehavare i kommuner och välfärdsområden (304/2003). Enligt den lagen ska tjänsteinnehavaren sköta de uppgifter som hör till tjänsteförhållandet på behörigt sätt, utan dröjsmål och med iakttagande av behöriga bestämmelser och föreskrifter samt arbetsgivarens arbetslednings- och övervakningsföreskrifter. (17 §).

Enligt 8 § i arbetarskyddslagen (738/2002) är arbetsgivaren skyldig att genom nödvändiga åtgärder sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. I detta syfte ska arbetsgivaren beakta omständigheter som hänför sig till arbetet, arbetsförhållandena och arbetsmiljön i övrigt samt till arbetstagarens personliga förutsättningar. Arbetsgivaren ska särskilt beakta att arbetstagarens personliga förutsättningar kan kräva individuella arbetarskyddsåtgärder för att trygga arbetstagarens säkerhet och hälsa. Arbetsgivaren ska planera, välja, dimensionera och genomföra de åtgärder som behövs för att förbättra arbetsförhållandena. Arbetsgivaren ska fortgående ge akt på arbetsmiljön, arbetsklimatet och säkerheten hos arbetssätten samt på arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. Arbetsgivaren ska också ge akt på de vidtagna åtgärdernas inverkan på säkerheten och hälsan i arbetet. I 4 kap. i lagen om företagshälsovård (1383/2001) föreskrivs det om behandling av uppgifter inom företagshälsovården. Enligt 17 § har arbetsgivaren rätt att av personer som är verksamma i uppgifter inom företagshälsovården få sådana uppgifter som de fått på grund av sin ställning och som är av betydelse med tanke på

utvecklandet av arbetstagarnas hälsa och av sunda förhållanden på arbetsplatsen. I lagens 18 § föreskrivs det om utlämnande av sekretessbelagda uppgifter.

Den behandling av arbetstagarnas och tjänsteinnehavarnas personuppgifter som utförs med stöd av ovan nämnda bestämmelser begränsas av vad som föreskrivs i den gällande dataskyddslagstiftningen. Den allmänna lagstiftningen om dataskydd omfattar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan *den allmänna dataskyddsförordningen*, och dataskyddslagen (1050/2018), som kompletterar den. Dataskyddslagens 30 § innehåller en informativ hänvisning till lagen om integritetsskydd i arbetslivet (759/2004). Paragrafen har sin grund i artikel 88.1 i den allmänna dataskyddsförordningen, och det nationella handlingsutrymme som finns i den artikeln gör det möjligt för medlemsstaterna att i lag fastställa mer specifika regler för att säkerställa skyddet av rättigheter och friheter vid behandling av anställdas personuppgifter i anställningsförhållanden (RP 9/2018 rd, s 117 och RP 97/2018 rd, s. 7–8). Således är lagen om integritetsskydd i arbetslivet en speciallag som ska tillämpas vid behandlingen av arbetstagares och tjänsteinnehavares personuppgifter. Bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen och dataskyddslagen tillämpas parallellt på behandlingen av arbetstagares personuppgifter till den del något annat inte föreskrivs i lagen om integritetsskydd i arbetslivet.

När det gäller konsekvenserna för dataskyddet ska framför allt konsekvenserna i anslutning till behandlingen av personuppgifter bedömas. Enligt artikel 4 i den allmänna dataskyddsförordningen inbegriper behandlingen av personuppgifter inte bara utlämning utan även bland annat insamling, registrering, organisering och strukturering av uppgifter, både manuellt och automatiskt. I praktiken behandlar välfärdsområdena information om personalen redan i nuläget. I och med de nu föreslagna bestämmelserna tillkommer det en ny grund för behandling av uppgifter till den del personuppgifter behandlas bland annat för sammanställningen av den information som krävs för fullgörandet av uppföljningsskyldigheten. Informationen om personalen och användningen av den innefattar information om underskottet på personal, antalet anställda, åldersstrukturen och personalomsättningen samt personalens arbetsförmåga enligt arbetstagargrupp. Den information som lämnas ut till Institutet för hälsa och välfärd gäller endast gruppnivå, alltså överförs inte personuppgifter till institutet. Den information som sammanställts för uppföljningen kommer således inte att innehålla information på individnivå.

I lagen om integritetsskydd i arbetslivet föreskrivs det om behandling av arbetstagares personuppgifter. Syftet med lagen om integritetsskydd i arbetslivet är att genomföra de grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skyddet för privatlivet och övriga grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skyddet för den personliga integriteten. I 2 kap. i lagen föreskrivs om allmänna förutsättningar för behandling av personuppgifter. De mest relevanta bestämmelserna i lagen är i detta fall 3–5 §.

Arbetsgivaren har ett faktiskt behov av att samla in och registrera uppgifter för att organisera sin verksamhet. Behovet av att samla in uppgifter kan bero bland annat på myndigheterna, kunderna, arbetsmiljön, personalförvaltningen och utvecklingen av organisationen (RP 162/2003 rd s. 40 och RP 75/2000 rd, s.16). I 3 § i lagen om integritetsskydd i arbetslivet finns det ett relevanskrav som begränsar behandlingen av uppgifter och enligt vilket arbetsgivaren får behandla endast sådana personuppgifter som har direkt relevans för arbetstagarens arbetsavtalsförhållande och som har att göra med hanteringen av rättigheter och skyldigheter för parterna i arbetsavtalsförhållandet eller med de förmåner arbetsgivaren erbjuder

arbetstagarna eller med arbetsuppgifternas särskilda natur. Avvikelser från relevanskravet kan inte göras med arbetstagarens samtycke.

Enligt 4 § 1 mom. i lagen om integritetsskydd i arbetslivet ska arbetsgivaren samla in personuppgifter om en arbetstagare i första hand hos arbetstagaren själv. Om arbetsgivaren samlar in personuppgifter någon annanstans än hos arbetstagaren, ska arbetstagarens samtycke till detta inhämtas. Arbetstagarens samtycke behövs dock inte, när en myndighet lämnar ut uppgifter till arbetsgivaren för att denna ska kunna utföra en uppgift som i lag ålagts arbetsgivaren eller om det finns särskilda och uttryckliga bestämmelser i lag om insamling eller inhämtande av sådana uppgifter.

Med stöd av 4 § 3 mom. i lagen om integritetsskydd i arbetslivet ska insamling av personuppgifter när någon anställs och under ett arbetsavtalsförhållande behandlas i dialog enligt samarbetslagen (1333/2021) i företag eller sammanslutningar som bedriver ekonomisk verksamhet och som regelbundet har minst 20 anställda. Om det är fråga om ett välfärdsområde ska insamlingen av personuppgifter behandlas i samarbetsförfarande enligt lagen om samarbete mellan arbetsgivare och arbetstagare i kommuner och välfärdsområden (449/2007).

Bestämmelserna om insamling av information om personalen och användningen av den i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård gäller i huvudsak sådan information om personalen på gruppnivå som välfärdsområdena och tjänsteproducenterna producerar med stöd av någon annan lagstiftning. Behandlingen av personuppgifter i samband med produktionen av denna information har kunnat grunda sig till exempel på arbetsgivarens direktionsrätt eller på arbetsgivarens allmänna omsorgsplikt enligt arbetarskyddslagstiftningen. Den information på gruppnivå som behandlingen resulterar i och som inte innehåller personuppgifter, till exempel statistik, omfattas inte längre av lagen om integritetsskydd i arbetslivet och annan dataskyddslagstiftning. Relevanskravet enligt 3 § i lagen om integritetsskydd i arbetslivet begränsar insamlingen av information endast till sådan information som är väsentlig med tanke på arbetsavtalsförhållandet för arbetstagarna hos välfärdsområdena och tjänsteproducenterna.

När ett välfärdsområde och en tjänsteproducent behandlar en arbetstagares eller tjänsteinnehavares hälsouppgifter tillämpas 5 § i lagen om integritetsskydd i arbetslivet på dem. Enligt 5 § 1 mom. i den lagen har arbetsgivaren rätt att behandla uppgifter om en arbetstagares hälsotillstånd, om uppgifterna har samlats in hos arbetstagaren själv eller med arbetstagarens skriftliga samtycke hos någon annan och behandlingen av uppgifterna behövs för utbetalning av lön för sjukdomstid eller därmed jämförbara förmåner i anslutning till hälsotillståndet eller för utredning av om det finns grundad anledning till frånvaro från arbetet eller om arbetstagaren uttryckligen önskar att hans eller hennes arbetsförmåga utreds på basis av uppgifterna om hälsotillstånd. Arbetsgivaren har dessutom rätt att behandla dessa uppgifter i sådana situationer och i en sådan omfattning som föreskrivs särskilt någon annanstans i lag.

Den föreslagna ändringen av 29 § innebär alltså inte en rätt för välfärdsområdet eller dess tjänsteproducent att få sådan information om arbetstagarna som de inte redan har rätt till med stöd av annan lagstiftning. Insamlingen av information om personalens arbetsförmåga och lämnandet av den till Institutet för hälsa och välfärd medför inte till exempel en på 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård baserad rätt att få sekretessbelagda hälsouppgifter om personalen. Det är däremot fråga om att sådan information som arbetsgivarna redan har med stöd av annan lagstiftning också får utnyttjas vid uppföljningen och rapporteringen av informationen om personalen och användningen av den.

Till Institutet för hälsa och välfärd lämnas sådan information som sammanställts av välfärdsområdet och som efter sammanställningen inte längre innehåller information på

individnivå. Information på individnivå ska alltså inte lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och det ska inte gå att identifiera information om enskilda personer utifrån informationen på gruppnivå. Den föreslagna informationen om personalen är sådan information som arbetsgivarna följer upp som en del av sitt eget ledningssystem och den ökar inte företagens administrativa eller ekonomiska börda annat än i mycket liten utsträckning. På samma sätt som i fråga om välfärdsområdena kan företagen orsakas kostnader av engångsnatur för förenhetligandet av informationen om personalen.

Vid sammanställningen av information från välfärdsområdet kan det vara nödvändigt att behandla information som hör till sådana särskilda kategorier av personuppgifter som avses i artikel 9 i den allmänna dataskyddsförordningen, i synnerhet när det är fråga om information som gäller arbetsförmågan. Behandlingen av information som hör till särskilda kategorier av personuppgifter är i princip förbjuden enligt artikel 9.1, men i artikel 9.2 anges det på vilka grunder det är tillåtet att avvika från denna bestämmelse. Sådan behandling av personuppgifter som avses i de nu föreslagna bestämmelserna och som hör till särskilda kategorier av personuppgifter grundar sig utifrån användningsändamålet på artikel 9.2 g eller h. Det bör noteras att artikel 9.2 h förutsätter att den yrkesutbildade person som svarar för behandlingen av personuppgifterna har lagstadgad tystnadsplikt.

I 5 § 2 och 4 mom. i lagen om integritetsskydd i arbetslivet föreskrivs det dessutom om skyddsåtgärder som tillsammans ansågs utgöra sådana tillräckliga skyddsåtgärder för behandling av uppgifter om hälsotillstånd som förutsätts i artikel 9.2 b (RP 97/2018, s. 19). Uppgifter om hälsotillstånd får behandlas endast av personer som utifrån uppgifterna bereder eller fattar beslut om ett arbetsavtalsförhållande eller verkställer dem. Arbetsgivaren ska uppge namnet på dessa personer eller fastställa de uppgifter som omfattar behandling av uppgifter om hälsotillstånd. De som behandlar uppgifter om hälsotillstånd får inte röja uppgifterna för utomstående under arbetsavtalsförhållandet eller efter att det har upphört. Arbetsgivaren ska förvara de uppgifter om en arbetstagares hälsotillstånd som arbetsgivaren förfogar över åtskilda från andra personuppgifter som arbetsgivaren har samlat in. Uppgifter om hälsotillståndet ska utplånas så snart det inte längre finns någon grund enligt 1 mom. för behandling av uppgifterna. Grunden för och behovet av behandlingen ska bedömas minst vart femte år.

När välfärdsområdena sammanställer information måste det tas i beaktande att den personuppgiftsansvariges ansvar och skyldigheter kvarstår oförändrade till den del sammanställandet förutsätter behandling av personuppgifter. Varje personuppgiftsansvarig ansvarar således för skyldigheterna enligt den allmänna dataskyddsförordningen till den del sammanställandet av informationen förutsätter behandling av personuppgifter. I praktiken kan detta förutsätta att den personuppgiftsansvarige gör en konsekvensbedömning avseende dataskydd enligt artikel 35 i den allmänna dataskyddsförordningen, om sammanställandet av informationen kräver mer omfattande eller ny slags behandling av personuppgifter i syfte att genomföra en lagstadgad uppgift. Enligt artikeln ska den personuppgiftsansvarige före behandlingen utföra en konsekvensbedömning av behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter, om en viss typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Ett sådant behov av att bedöma konsekvenserna för dataskyddet kan uppstå till exempel i samband med ibruktagandet av ett ovannämnt system för informationsöverföring.

Lagstadgad insamling av information om personalresurser förutsätter att de personuppgiftsansvariga behandlar uppgifter i något större utsträckning än tidigare i syfte att sammanställa informationen, men detta anses inte vara en betydande ändring.

Informationsutbytet mellan olika personuppgiftsansvariga genomförs i fråga om personalresurser med information på gruppnivå.

Välfärdsområdena har samarbetat på frivillig basis för att förenhetliga nyckeltalen för personalledning. Arbetet fortsätter som en del av Programmet för ett gott arbete, och enhetliga nyckeltal för personalledningen blir tillgängliga också för den nationella styrningen.

Behandlingen av personuppgifter i förhållande till det i grundlagen tryggade skyddet för privatlivet behandlas i avsnitt 10.

5 Remissvar

Remissbehandling

Lagförslaget var ute på remiss mellan den 24 februari och den 28 mars 2025. Remisstiden var något kortare än normalt eftersom målet var att propositionen skulle överlämnas till riksdagen senast den 17 april 2025 inom den tidsfrist som gällde för de regeringspropositioner som skulle behandlas under vårsessionen 2025. På grund av den tid som den fortsatta beredningen krävde lämnas propositionen dock till riksdagen först den 25 september 2025. Det kom in sammanlagt 35 utlåtanden.

Utlåtanden lämnades av finansministeriet, inrikesministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, justitiekanslern i statsrådet, riksdagens biträdande justitieombudsman, Södra Karelen, Södra Österbottens, Södra Savolax, Östra Nylands, Kajanalands, Egentliga Tavastlands, Mellersta Nylands, Mellersta Finlands, Västra Nylands, Birkalands, Norra Karelen, Norra Savolax, Päijänne-Tavastlands, Satakunta och Egentliga Finlands välfärdsområden, Klient- och patientsäkerhetscentret, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, Konsumentförbundet rf, Läkarföretagen rf, Syn och ögonhälsa i Finland rf, Handikappforum rf, Finlands Ergoterapeutförbund rf, Finlands Specialistläkarförening rf, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Tehy rf, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, Välmåendebranschen Hali rf samt Rusmedelsombudsmannaverksamheten (Förebyggande rusmedelsarbete EHYT rf).

Ändringar som gäller anlitande av underleverantörer

Remissvaren om privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer och om underleverantörskedjor var i huvudsak positiva och lagförslaget ansågs vara behövligt och värt att understödja. I utlåtandena ansågs det i stor utsträckning vara bra att den procentgräns som anges i motiveringen till den gällande bestämmelsen slopas och att det betonas att den som producerar köpta tjänster ska ha tillräcklig egen kompetens och personal samt även annars tillräckliga verksamhetsförutsättningar och kunna styra och övervaka underleverantörsverksamheten på samma sätt som sin egen produktion. I några utlåtanden ansågs dock förslagen för undanröjande av hindren för anlitande av underleverantörer vara otillräckliga.

Justitiekanslern och riksdagens biträdande justitieombudsman fäste vikt vid att förhållandet mellan de ändringar som gäller anlitande av underleverantörer och villkoren i 124 § i grundlagen bör preciseras i propositionen. Eftersom grundlagsutskottet inte har någon tolkningspraxis i synnerhet i fråga om underleverantörskedjor fäste de dessutom vikt vid att det i propositionen antingen bör beskrivas varför grundlagsutskottets utlåtande inte anses behövligt eller alternativt bör det tolkningsproblem och den tolkningsfråga som grundlagsutskottet behöver ta ställning till lyftas fram i propositionen.

I flera utlåtanden från välfärdsområdena fästes det vikt vid att välfärdsområdet bör ha möjlighet att besluta om tillåtande av underleverantörskedjor i ett avtal som ingås med en privat tjänsteproducent och godkänna de underleverantörer som en underleverantör anlitar på motsvarande sätt som välfärdsområdet godkänner också de underleverantörer som anlitas.

HUS-sammanslutningen föreslår att prehospital akutsjukvård ska undantas från bestämmelserna om underleverantörskedjor.

Skyldigheten att följa och utvärdera social- och hälsovården

Insamling av information om personalen

I flera utlåtanden understöddes utvidgningen av uppföljningsskyldigheten till att omfatta information om användningen av social- och hälsovårdspersonal. I inget av utlåtandena motsatte sig remissinstanserna förslaget. Det ansågs viktigt att informationen är kommensurabel och jämförbar.

Det uttrycktes oro för den arbetsmängd som rapporteringen kräver, för eventuella överlappningar med annan insamling av information, för den föreslagna tidtabellen och för utsträckningen av uppföljningsskyldigheten till privata tjänsteproducenter som producerar tjänster för välfärdsområdet.

I flera utlåtanden lyftes behovet av en tillräcklig övergångsperiod fram. Enligt utlåtandena behövs det en övergångsperiod för att fastställa kommensurabla indikatorer, för att klassificera yrken, för att bereda en hanteringsmodell och för att säkerställa informationsöverföringen.

Övriga kommentarer till 29 och 30 §

I flera utlåtanden ansågs det finnas en risk för att man i och med förslagen håller på att skapa ny och överlappande insamling av information i förhållande till den befintliga produktionen av information. Dessutom ansågs det problematiskt att välfärdsområdena ska ansvara för att den information som de lämnar är korrekt. Detta framstod som särskilt problematiskt i fråga om den information som privata tjänsteproducenter lämnar, men också i fråga om välfärdsområdenas egen verksamhet.

I utlåtandena fästes det vikt vid att välfärdsområdena behöver en tillräckligt lång övergångsperiod för att genomföra insamlingen av information, inte bara när det gäller insamling av information om personalen utan också i anslutning till de andra förslagen i 29 §. Finansministeriet konstaterade att kostnadseffekterna av de föreslagna nya skyldigheterna bör beskrivas i propositionens konsekvensbedömningar, även om de är små.

Förfarande för godkännande av investeringsplanens delplaner

I utlåtandena ansågs det i stor utsträckning klart att delplanerna för social- och hälsovården och räddningsväsendet i välfärdsområdenas investeringsplaner ska grunda sig på de riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter på det sätt som förutsätts i den gällande lagstiftningen. Välfärdsområdena ansåg dock i sina utlåtanden att den föreslagna möjligheten för ministerierna att låta bli att godkänna en delplan om den uppenbart strider mot de riksomfattande målen inte är motiverad i synnerhet med tanke på välfärdsområdenas självstyrelse. Finansministeriet och

inrikesministeriet ansåg att den föreslagna ändringen förtydligar lagstiftningen och ökar den inbördes konsekvensen mellan olika mekanismer för statlig styrning av välfärdsområdena.

Övrig respons

I det utkast till regeringsproposition som var på remiss ingick ett förslag till ändring av socialvårdslagen. Enligt 50 § i socialvårdslagen (1301/2014) får omprövning av ett beslut som avses i socialvårdslagen begäras hos välfärdsområdet med iakttagande av vad som föreskrivs i förvaltningslagen. Den gällande bestämmelsen kan med stöd av bestämmelserna i välfärdsområdets förvaltningsstadga medföra att en begäran om omprövning behandlas av en enskild tjänsteinnehavare. I utkastet föreslogs en teknisk ändring av lagen i enlighet med dess förmodade syfte så att begäranden om omprövning alltid behandlas i ett organ.

Inget av de välfärdsområden som yttrade sig understödde de föreslagna ändringarna i omprövningsförfarandet enligt socialvårdslagen. I utlåtandena ansågs det på många sätt vara problematiskt att behandlingen av begäranden om omprövning enligt socialvårdslagen koncentreras endast till kollegiala organ. De föreslagna ändringarna ansågs inte heller vara av teknisk natur, eftersom de enligt välfärdsområdenas utlåtanden skulle kräva att välfärdsområdenas förvaltningsstadgar ändras och att nya organ tillsätts. Flera remissinstanser ansåg att behandlingen av begäranden om omprövning i ett organ i stället för av en tjänsteinnehavare i värsta fall kan leda till långa väntetider för kunderna.

I regeringens proposition motiverades korrigeringen av felet bland annat med ett avgörande av riksdagens justitieombudsman, i vilket ombudsmannen ansåg att ändringen är viktig. I utlåtandena från välfärdsområdena lyfts det dock fram att det varken i propositionsutkastet eller riksdagens justitieombudsmans avgörande över huvud taget motiveras varför det är ändamålsenligt att begäranden om omprövning enligt socialvårdslagen behandlas i ett välfärdsområdesorgan eller vilket mervärde behandlingen i ett organ medför med tanke på dessa begäranden om omprövning. Välfärdsområdena ansåg att ärendet bör framskrida på det sätt som beskrivs bland de alternativa handlingsmodellerna i utkastet till proposition så att det föreskrivs att den tjänsteinnehavare som behandlar en begäran om omprövning måste vara någon annan än den tjänsteinnehavare som fattade det ursprungliga beslutet.

Utlåtande från rådet för bedömning av lagstiftningen

Rådet för bedömning av lagstiftningen gav ett utlåtande om utkastet till regeringsproposition den 1 september 2025. Rådet ansåg att propositionsutkastet om lagen om ordnande av social- och hälsovård ger en uppfattning om målsättningen med propositionen och dess viktigaste förslag. Av propositionsutkastet framgår grunderna för lagändringen, men nuläget förblir delvis oklart. I propositionsutkastet har propositionens väsentliga konsekvenser identifierats, men konsekvensbedömningarna bör kompletteras på flera ställen. Rådet ansåg att utkastet till regeringens proposition följer anvisningarna om konsekvensbedömning vid lagberedning på ett nöjaktigt sätt. Som utvecklingsbehov lyfte rådet särskilt fram att användningen av underleverantörer i nuläget bör beskrivas noggrannare, att konsekvenserna för företagen och arbetstagarnas ställning bör preciseras och att omständigheter som hänför sig till insamlingen av information och kostnaderna för den bör preciseras.

Diskussionsmöte om uteslutande av prehospital akutsjukvård från underleverantörskedjor

Under den fortsatta beredningen av propositionen ordnades ett diskussionsmöte för välfärdsområdena och för centrala företrädare för privata tjänsteproducenter inom prehospital

akutsjukvård om uteslutandet av prehospital akutsjukvård från underleverantörskedjor. I mötet deltog 20 aktörer, av vilka största delen företrädde välfärdsområdena. Av de privata aktörerna inom prehospital akutsjukvård var företrädare för Värmåndebranschen Häl rf, Förbundet för Akutvård i Finland rf och Suomen Sairaankuljetusliitto SSK ry närvarande. Av de övriga centrala aktörerna deltog dessutom företrädare för Tehy rf och Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry.

Alla välfärdsområden som var närvarande vid mötet understödde den föreslagna avgränsningen. Ingen av de övriga aktörerna motsatte sig direkt förslaget, men ansåg att det åtminstone i viss mån är onödigt, eftersom välfärdsområdet i vilket fall som helst kan förbjuda underleverantörskedjor i avtalet om köpta tjänster. Det ansågs vara bra att icke-brådskande överflyttningar inte omfattas av avgränsningen.

Fortsatt beredning samt de ändringar som gjorts i utkastet till proposition utifrån remissvaren och utlåtandet från rådet för bedömning av lagstiftningen

Utifrån remissvaren har det gjorts vissa ändringar i propositionen. Utifrån remissvaren stod det klart att felet i bestämmelsen om begäran om omprövning i socialvårdslagen inte längre kan ändras som en korrigering av teknisk natur på det sätt som föreslogs i det förslag till paragraf som var på remiss. Således har detta förslag strukits ur regeringspropositionen och beredningen av saken fortsätter senare.

Utifrån remissvaren har det också gjorts ändringar i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Utifrån remissvaren var det uppenbart att förhållandet mellan de föreslagna bestämmelserna om anlitande av underleverantörer och bestämmelserna om skötsel av offentliga förvaltningsuppgifter i 124 § i grundlagen förblev oklart i den helhet som var på remiss. Hänvisningarna till paragrafen om underleverantörskedjor har på denna grund fogats till alla behövliga paragrafer i 3 kap. så att underleverantörskedjor konsekvent beaktas i bestämmelserna om privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer. I anslutning till underleverantörskedjor har propositionen också ändrats så att prehospital akutsjukvård har undantagits från bestämmelserna om underleverantörskedjor. Utifrån remissvaren har också bedömningarna av konsekvenserna vid anlitande av underleverantörer, specialmotiveringen och motiveringen till lagstiftningsordningen preciserats.

Utifrån remissvaren har också motiveringarna till förslagen om lämnande av information om personalen samt skyldigheten att följa och utvärdera den minimiinformation som samlas in i anslutning till social- och hälsovården preciserats. I fråga om HUS-sammanslutningen har också lagförslagets ordalydelse preciserats.

Utifrån utlåtandet från rådet för bedömning av lagstiftningen kompletterades propositionens konsekvenser för företag och personalen, konsekvenser för välfärdsområdenas egenkontroll samt könskonsekvenser. Även konsekvenserna för dataskyddet och informationshanteringen preciserades.

6 Specialmotivering

6.1 Lagen om ordnande av social- och hälsovård

11 §. Servicestrategi. I 1 mom. hänvisas det till de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Det föreslås att hänvisningen till 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till en hänvisning till 12 a § i lagen om välfärdsområden, där det numera föreskrivs om de riksomfattande målen.

I 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns för närvarande endast en informativ hänvisning till lagen om välfärdsområden.

13 §. *Användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter.* Till paragrafens 1 mom. fogas för tydlighetens skull en hänvisning till den nya 17 a §.

14 §. *Krav på privata tjänsteproducenter.* Till paragrafens 9 mom. fogas för tydlighetens skull en hänvisning till den nya 17 a §.

17 §. *Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer.* I 17 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om möjligheten för producenter av köpta tjänster att anlita underleverantörer för att skaffa de social- och hälsovårdstjänster som de producerar åt välfärdsområdet samt social- och hälsovårdspersonal. Det föreslås att 1 mom. ändras så att producenter av köpta tjänster genom anlitande av underleverantörer kan skaffa en del av de tjänster som anges i ett avtal om köpta tjänster eller en del av den personal som tillhandahåller sådana tjänster. I den gällande bestämmelsen förutsätts det att inte mer än kompletterande verksamhet kan skaffas av underleverantörer. Bestämmelsen innehåller inga procentgränser, men i motiveringen till den gällande paragrafen föreslogs det att andelen tjänster som skaffas av underleverantörer får utgöra högst mellan 30 och 49 procent av de tjänster som en privat tjänsteproducent producerar för välfärdsområdet.

Enligt den föreslagna ändringen ska anlitandet av underleverantörer inte bindas till kompletterande verksamhet eller procentgränser, utan det ska förutsättas att anlitandet av underleverantörer endast gäller en del av de skyldigheter som anges i avtalet om köpta tjänster. Den som producerar de köpta tjänsterna ska dessutom ha tillräcklig egen kompetens och personal och även annars tillräckliga verksamhetsförutsättningar och kunna styra och övervaka underleverantörsverksamheten på samma sätt som sin egen produktion. Det föreslås att bestämmelsen ska betona tjänsteproducentens faktiska förmåga och möjlighet att styra och övervaka verksamheten, i stället för att anlitandet av underleverantörer begränsas genom procentandelar. Välfärdsområdena har dessutom alltid en skyldighet att övervaka och styra sin tjänsteproduktion i enlighet med lagen om välfärdsområden, lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om tillsynen över social- och hälsovården.

Bestämmelsen ska förutsätta att den privata tjänsteproducenten och underleverantören har avtalat om tillsynen och styrningen på så sätt att den privata tjänsteproducenten i praktiken har möjlighet att omedelbart ingripa i brister i tjänsten och kan styra underleverantören. Med stöd av bestämmelsen blir det till exempel också möjligt för en producent av köpta tjänster att delvis producera tjänsterna via koncernens dottersammanslutningar och styra verksamheten genom sin ägarstyrning.

Bestämmelsen gäller underleverantörer av både tjänster och arbetskraft. En privat tjänsteproducentens egen tjänsteproduktion anses inte vara tillräcklig om tjänsterna produceras i en så kallad skalorganisation där bolaget har närmast administrativ personal och en ansvarig läkare eller någon annan person som ansvarar för tjänsterna. Samtidigt möjliggör ändringen av bestämmelserna att en enskild yrkesutövare i den så kallade yrkesutövarmodellen kan ha en kortvarig vikarie under i praktiken samma förutsättningar som enligt den föreslagna 17 a §.

17 a §. *Underleverantörskedjor.* I lagen om ordnande av social- och hälsovård föreslås det en ny bestämmelse om privata tjänsteproducenters underleverantörskedjor. Den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård möjliggör inte att en underleverantör i sin tur skaffar de tjänster som den producerar för producenten av köpta tjänster från ytterligare en

underleverantör. Förbudet mot underleverantörskedjor leder emellertid till att i synnerhet små företags och enskilda yrkesutövares möjligheter att erbjuda tjänster är små. Därför föreslås det att en underleverantör till en producent av köpta tjänster tillfälligt på grund av sjukdom eller föräldraledighet eller av någon motsvarande orsak ska få skaffa tjänster genom att anlita en underleverantör. Med en annan motsvarande orsak avses bland annat tillfällig semester och kortvarig vårdledighet. Med tillfällig avses i regel högst 6 månader. Tiden kan dock vara längre till exempel av ett skäl som hör samman med en lagstadgad rättighet eller skyldighet, såsom utnyttjande av familjeledighet eller fullgörande av värnplikt.

En underleverantör ska inte ha rätt i sin tur anlita ytterligare en underleverantör enbart med stöd av lag, utan en sådan kedja förutsätter att det har avtalats om saken både i avtalet mellan välfärdsområdet och producenten av köpta tjänster och i avtalet mellan producenten av köpta tjänster och underleverantören. Dessutom förutsätts det att välfärdsområdet på grundval av sitt organiseringsansvar kan övervaka och styra hela underleverantörskedjans verksamhet på samma sätt som det övervakar och styr den verksamhet som bedrivs av producenten av köpta tjänster. På motsvarande sätt ska producenten av köpta tjänster på basis av avtalet kunna övervaka och styra sina underleverantörers och deras underleverantörers verksamhet på samma sätt som sin egen verksamhet. Ytterligare underleverantörskedjor ändrar inte på det övergripande ansvar som producenten av köpta tjänster har, utan enligt 2 mom. svarar den privat tjänsteproducent som ingått avtal med välfärdsområdet för hela underleverantörskedjan.

De föreslagna bestämmelserna möjliggör inte att en privat tjänsteproducent som producerar tjänster med stöd av den föreslagna 17 a § anlitar en underleverantör. Således upphör underleverantörskedjan med den första underleverantör som anlitas av en underleverantör till en privat tjänsteproducent som ingått avtal med välfärdsområdet.

Enligt 3 mom. får tjänster som ingår i prehospital akutsjukvård som avses i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen inte skaffas på det sätt som avses i denna paragraf. Enligt 12 § 2 mom. 4 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård är det möjligt att skaffa vissa tjänster inom prehospital akutsjukvård av privata tjänsteproducenter. De föreslagna bestämmelserna utesluter underleverantörskedjor vid anskaffning av prehospital akutsjukvård. Förslaget motiveras med att prehospital akutsjukvård utgör en del av hälso- och sjukvårdens och samhällets kritiska basservice. Inom prehospital akutsjukvård deltar förstavårdare som är anställda hos en privat tjänsteproducent i myndighetsverksamhet och får del av relevanta uppgifter om andra myndigheters (polisen, räddningsväsendet, gränsbevakningsväsendet, nödcentralsverket) verksamhet, och i vissa situationer deltar förstavårdarna i betydande utövning av offentlig makt, till exempel när en patient oberoende av sin vilja förs för observation med stöd av mentalvårdslagen (1116/1990). Även om välfärdsområdet och tjänsteproducenten är skyldiga att övervaka och styra helheten, kan välfärdsområdets tillsynsmöjligheter, på det sätt som framgår av bedömningarna av propositionens konsekvenser, i vissa situationer påverkas av hur långt från produktionskedjan aktören är verksam. Som helhet betraktat anses det att situationerna inom den prehospitala akutsjukvården talar för att underleverantörskedjor inte är möjliga i den.

18 §. Privata tjänsteproducenters skyldigheter. Ordalydelsen i det inledande stycket i 1 mom. ändras för tydlighetens skull så att det också hänvisas till den föreslagna nya 17 a § om underleverantörskedjor.

19 §. Tillämpning av allmänna förvaltningslagar på privata tjänsteproducenters verksamhet. Till 1 och 2 mom. fogas för tydlighetens skull också en hänvisning till den nya 17 a § om underleverantörskedjor.

20 §. Straffrättsligt tjänsteansvar. Det föreslås att ordalydelsen i 1 mom. för tydlighetens skull preciseras så att det också hänvisas till den föreslagna nya 17 a § om underleverantörskedjor.

25 §. Investeringsplanens delplan för social- och hälsovård. Hänvisningen i 1 mom. till 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till en hänvisning till 12 a § i lagen om välfärdsområden av de orsaker som anges i specialmotiveringen till 11 §.

26 §. Förfarandet vid godkännande av en investeringsplan. Enligt 25 § 1 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård ska en delplan för social- och hälsovården som ingår i välfärdsområdets investeringsplan grunda sig på de riksomfattande mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden. I 26 § 2 mom. föreskrivs det om de grunder på vilka social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna en delplan. Även om det finns ett nära och organiskt samband mellan de riksomfattande målen och delplanerna till investeringsplanerna, finns det i grunderna för avslag i den gällande 26 § dock ingen bestämmelse om att det är möjligt att låta bli att godkänna en delplan på den grunden att den strider mot de riksomfattande målen.

Det föreslås att det till 2 mom. fogas en ny punkt enligt vilken social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna en delplan för social- och hälsovården också på den grunden att det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

Den föreslagna bestämmelsen ändrar inte den karaktär av icke-bindande strategiska mål som de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden har. Tillämpningen av bestämmelsen ska för det första vara beroende av ministeriets prövning, och välfärdsområdet ska ha möjlighet att visa att investeringen är ändamålsenlig, även om den till någon del strider mot de riksomfattande målen. För det andra bör det beaktas att tillämpningen av bestämmelsen förutsätter att motstridigheten är uppenbar. Vilken som helst motstridighet gör det alltså inte möjligt att låta bli att godkänna en delplan. Det bör också noteras att avsikten är att de riksomfattande målen i regel ställs upp endast en gång vart fjärde år, vilket kan leda till att delplanerna för flera välfärdsområden i sig kan vara ändamålsenliga i synnerhet mot slutet av perioden, men formellt strida mot de riksomfattande målen. I en sådan situation är det primära att de riksomfattande målen uppdateras på det sätt som avses i 12 a § 4 mom. i lagen om välfärdsområden. Alternativt kan social- och hälsovårdsministeriet godkänna delplanerna trots att de på det sätt som avses i den föreslagna bestämmelsen uppenbart strider mot de riksomfattande målen.

Den nya bestämmelsen syftar inte till att ändra tolkningen av vad som avses med en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse.

29 §. Välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården. I 29 § föreskrivs det om fastställandet av informationsinnehållet i uppföljningen av främjandet av hälsa och välfärd samt om fastställandet av informationsinnehållet i uppföljningen av den övriga social- och hälsovården.

Enligt 1 mom. ska välfärdsområdet inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården. Det föreslås att bestämmelsen ändras så att uppföljningen och rapporteringen också ska omfatta aspekter i anslutning till social- och hälsovårdspersonalen och användningen av den. Varje

välfrädsområde följer situationen för den egna personalen som en del av sitt ledningssystem. Eftersom uppföljningen och rapporteringen ska basera sig på arbete som redan utförts i välfrädsområdena, kommer det föreslagna tillägget att gälla endast förenhetligande av informationen om personalen och informationsöverföring.

Sedan välfrädsområdena inledde sin verksamhet har det förekommit utmaningar i fråga om personaltillgången och personalens tillräcklighet, och därför behövs det information om saken. Vikten av information har accentuerats, och nationellt finns det rum för utveckling när det gäller tillgången till information och informationens användbarhet. Det är viktigt att välfrädsområdet följer till exempel underskottet på personal, antalet anställda, åldersstrukturen och personalomsättningen samt personalens arbetsförmåga enligt yrkesgrupp. Den uppföljningsskyldighet som föreslås omfattar inte bara välfrädsområdets egen personal utan också privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt välfrädsområdet. Enligt det gällande 3 mom. ska de privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt välfrädsområdet på välfrädsområdets begäran, trots tystnadsplikten ge välfrädsområdet tillgång till information som är nödvändig för den uppföljning som avses i 1 mom. Således kommer välfrädsområdet att ha tillgång till den information som avses i det föreslagna tillägget också när det gäller personal som privata tjänsteproducenter anlitar, till den del som en privat tjänsteproducent på grundval av ett avtal producerar tjänster för välfrädsområdet. Det behövs en uppföljning i fråga om personalen både när det gäller social- och hälsovårdspersonalen som helhet och när det gäller de största yrkesgrupperna med störst personalunderskott.

Det föreslås att 1 mom. även ändras så att det av bestämmelserna om välfrädsområdets uppföljningsskyldighet framgår hur ansvaret för produktionen av information fördelas mellan de nationella aktörerna och välfrädsområdena.

Inom ramen för den gällande lagstiftningen är det inte möjligt att tillräckligt noggrant samköra och på nationell nivå jämföra informationen i välfrädsområdenas egna informationsresurser med informationen från andra välfrädsområden. Det material som ska användas vid den nationella ledningen genom information bör ge en enhetlig bild av välfrädsområdenas verksamhet och ekonomi oberoende av informationskällan. Därför föreslås att det i 1 mom. tas in en bestämmelse om att Institutet för hälsa och välfärd har till uppgift att nationellt producera den jämförelseinformation som utgår från minimiinformationen.

På grund av särlösningen för Nyland är informationen från Nylands välfrädsområden inte jämförbar med informationen från välfrädsområdena i resten av landet. Det föreslås att 1 mom. ändras så att det till momentet fogas en skyldighet för HUS-sammanslutningen att producera minimiinformationen om vården av patienterna specificerad enligt Nylands välfrädsområden och Helsingfors stad i enlighet med det lagstadgade organiseringsansvar som HUS-sammanslutningen har och det organiseringsansvar som det avtalats om i organiseringsavtalet för HUS. Ovannämnda information specificeras enligt patientens boningsort till den del informationen gäller Nylands välfrädsområden och Helsingfors stad.

Det föreslås att det till 1 mom. fogas en informativ hänvisningsbestämmelse om att välfrädsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen svarar för att informationen är korrekt och uppdaterad i enlighet med Institutet för hälsa och välfärds specifikationer. Välfrädsområdet är alltså också skyldigt att lämna ny information i stället för den felaktiga informationen. Detta är viktigt för att säkerställa informationens kvalitet, vilket i sin tur är en grundläggande förutsättning för att informationen ska kunna användas för ledning genom information. Den bästa kännedomen om materialet i förhållande till kärnverksamheten finns i välfrädsområdena. Den minimiinformation som avses i paragrafen är till största delen sådan information som redan nu produceras i samband med Institutet för hälsa och välfärds insamling

av information. Rätten att få information grundar sig på lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008, 5 §), där det föreskrivs (5 c §) om en skyldighet att lämna uppgifter i enlighet med Institutet för hälsa och välfärds förvaltningsbeslut. Det har genomförts samråd om förvaltningsbesluten med de personuppgiftsansvariga innan besluten meddelas. Minimiinformationen kommer också att innehålla nytt informationsinnehåll om personalen och användningen av den. Enligt lagen om Institutet för hälsa och välfärd (5 d §) ska det samrådas med de personuppgiftsansvariga om ny insamling av uppgifter, och dataombudsmannen ska höras. Vid samrådet bedöms också behovet av ny insamling av uppgifter och den börda som insamlingen av uppgifter medför.

Hänvisningen i 2 mom. till 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till en hänvisning till 12 a § i lagen om välfärdsområden av de orsaker som anges i specialmotiveringen till 11 §.

Det föreslås att paragrafens struktur ändras så att bestämmelserna om användningen av minimiinformationen avskiljs till ett eget moment, som blir paragrafens 3 mom. Gällande 3 och 4 mom. blir då 4 och 5 mom. Det föreslås att bestämmelserna om användningen av minimiinformationen kompletteras så att minimiinformationen och jämförelseinformationen ska användas inte bara för välfärdsområdenas egna informationsbehov och en jämförelse mellan dem utan även i de lagstadgade uppgifter som de organisationer, såsom social- och hälsovårdsministeriet, som svarar för styrningen, uppföljningen, utvärderingen och övervakningen av välfärdsområdena har, i första hand med hjälp av nationella informationskällor. Avsikten är att den enhetliga minimiinformationen ska användas för informationsledning inte bara av välfärdsområdena utan också av de nationella myndigheterna. Målet är att producera informationen endast en gång i jämförbar form för både myndigheternas och välfärdsområdenas behov. På detta sätt säkerställs kostnadseffektiviteten och att ledningen genom information utgår från samma information. Genom nationella informationskällor säkerställs det att enhetlig information samlas in och behandlas på ett effektivt sätt och att informationen produceras på ett mer jämförbart sätt. Det är inte ändamålsenligt att producera nationell jämförelseinformation regionalt, utan detta bör ske centraliserat på nationell nivå. En del av den här avsedda minimiinformationen kan tolkas som sekretessbelagd åtminstone när det gäller kostnaderna per enhet för social- och hälsovårdstjänster (se t.ex. Konkurrens- och konsumentverkets utlåtande KKV/1328/03.02/2024), och därför föreslås att det föreskrivs att de myndigheter som avses i 3 mom. trots sekretessbestämmelserna ska ha rätt att få minimiinformationen och jämförelseinformationen. Detta är nödvändigt för att dessa myndigheter ska kunna sköta sina lagstadgade uppgifter. Ovan avsedd information får dock inte innehålla personuppgifter.

Det föreslås att det tidigare 4 mom., som blir 5 mom., ändras tekniskt så att bemyndigandet att utfärda förordning delas upp i punkter. Dessutom kompletteras momentets första mening för tydlighetens skull så att också de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 § ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt.

Enligt 5 mom. 1 punkten får det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om modellen för hantering av minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom., inklusive modellen för hantering av minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §. När informationsinnehållen är enhetliga kan välfärdsområdena jämföra och följa främjandet av hälsa och välfärd både på regional och nationell nivå. Med hanteringsmodellen avses organisationernas ansvar och roller i samband med produktionen och distributionen av minimiinformationen samt processen för

uppdatering och utveckling av informationsinnehållet. På grundval av denna punkt är det inte meningen att i en förordning i detalj fastställa eller förteckna indikatorerna.

Enligt 5 mom. 2 punkten får det genom förordning också utfärdas närmare bestämmelser om den i 1 mom. avsedda minimiinformation som ska produceras för uppföljningen och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §. Enligt 3 punkten får det utfärdas närmare bestämmelser om hur och när välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska lämna Institutet för hälsa och välfärd minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom. och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §. I fråga om minimiinformationen i kommunernas och välfärdsområdenas välfärdsberättelser och välfärdsplaner finns det i den gällande lagen ingen skyldighet att lämna informationen till de nationella myndigheterna. Det föreslås att det till denna del till bestämmelsen fogas en skyldighet för välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen att lämna den egna informationen och den information som de fått av kommunerna till Institutet för hälsa och välfärd. I och med att minimiinformationen i välfärdsberättelserna och välfärdsplanerna samlas till Institutet för hälsa och välfärd blir det möjligt att jämföra informationen och öka dess täckning. Uppföljningen av uppgiften att främja hälsa och välfärd har identifierats som ytterst viktig när man strävar efter att öka verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovårdsverksamheten. Genom skyldigheten att lämna information stärks detta arbete.

Enligt 5 mom. 4 punkten får det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om de uppgifter som ska ingå i den redogörelse som avses i 2 mom. och om tidsplanen för utarbetandet av redogörelsen och tidpunkten då den ska lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet. Bestämmelsen motsvarar som sådan den gällande lagen.

30 §. Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar. Det föreslås att 1 mom. ändras så att Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar även omfattar aspekter i anslutning till social- och hälsovårdspersonalen och användningen av den. Till sådana aspekter hör till exempel personalens tillräcklighet och personaltillgång, vilka beskriver underskottet på personal, antalet anställda, åldersstrukturen och personalomsättningen samt personalens arbetsförmåga. Tillägget är en motsvarighet till det tillägg om användningen av personalresurser som föreslås i 29 § 1 mom.

37 §. Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande. Hänvisningen i 1 mom. till 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till en hänvisning till 12 a § i lagen om välfärdsområden av de orsaker som anges i specialmotiveringen till 11 §.

6.2 Lagen om ordnande av räddningsväsendet

6 §. Beslut om räddningsväsendets servicenivå. I 1 och 2 mom. finns det en hänvisning till 8 § i samma lag när det hänvisas till de riksomfattande strategiska målen. Som en teknisk korrigering ändras hänvisningen till 8 § till en hänvisning till 12 a § i lagen om välfärdsområden.

11 §. Investeringsplanens delplan för räddningsväsendet. Enligt 11 § 1 mom. i den gällande lagen om ordnande av räddningsväsendet ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller räddningsväsendet basera sig bland annat på de i 8 § i den lagen avsedda riksomfattande strategiska målen. I paragrafens 2 mom. föreskrivs det om de grunder på vilka inrikesministeriet kan låta bli att godkänna en delplan. Även om det finns ett nära och organiskt samband mellan de riksomfattande målen och delplanerna till investeringsplanerna, finns det i grunderna för

avslag i den gällande 11 § 2 mom. dock ingen bestämmelse om att det är möjligt att låta bli att godkänna en delplan på den grunden att den strider mot de riksomfattande målen.

I hänvisningsbestämmelsen i 1 mom. görs en teknisk korrigerings så att det i fråga om de riksomfattande målen hänvisas till 12 a § i lagen om välfärdsområden.

Det föreslås att det till 2 mom. fogas en ny punkt enligt vilken inrikesministeriet kan låta bli att godkänna en delplan för räddningsväsendet också på den grunden att det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som ingår i delplanen strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

Den föreslagna bestämmelsen ändrar inte den karaktär av icke-bindande strategiska mål som de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden har. Tillämpningen av bestämmelsen ska för det första vara beroende av ministeriets prövning, och välfärdsområdet ska ha möjlighet att visa att investeringen är ändamålsenlig, även om den till någon del strider mot de riksomfattande målen. För det andra bör det beaktas att tillämpningen av bestämmelsen förutsätter att motstridigheten är uppenbar. Vilken som helst motstridighet gör det alltså inte möjligt att låta bli att godkänna en delplan. Det bör också noteras att avsikten är att de riksomfattande målen i regel ställs upp endast en gång vart fjärde år, vilket kan leda till att delplanerna för flera välfärdsområden i sig kan vara ändamålsenliga i synnerhet mot slutet av perioden, men formellt strida mot de riksomfattande målen. I en sådan situation är det primära att de riksomfattande målen uppdateras på det sätt som avses i 12 a § 4 mom. i lagen om välfärdsområden. Alternativt kan inrikesministeriet godkänna delplanerna trots att de på det sätt som avses i den föreslagna bestämmelsen uppenbart strider mot de riksomfattande målen.

Den föreslagna nya bestämmelsen i 2 mom. motsvarar den bestämmelse som föreslås i 26 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård och den syftar inte till att ändra tolkningen av vad som avses med en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse.

7 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Enligt 29 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård får det genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om minimiinformationsinnehållet i den uppföljning som avses i 1 mom., inbegripet minimiinformationsinnehållet i den välfärdsberättelse och välfärdsplan som avses i 6 och 7 §. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det dessutom utfärdas närmare bestämmelser om de uppgifter som ska ingå i den redogörelse som avses i 2 mom. och om tidsplanen för utarbetandet av redogörelsen och tidpunkten då den ska lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet. Det föreslås att bestämmelsen kompletteras så att också välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 § ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Genom förordning får det dessutom utfärdas närmare bestämmelser om hur välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska lämna Institutet för hälsa och välfärd de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §. Bestämmelserna preciseras när det gäller produktionen av minimiinformation i den uppföljning som avses i 29 § 1 mom. och de berättelser och planer som avses i 6 och 7 § samt när det gäller hur och när informationen ska lämnas.

Eftersom välfärdsområdena i och med de ändringar som föreslås i 29 § ska följa personalen och användningen av den och lämna informationen till Institutet för hälsa och välfärd, ska det med stöd av ett bemyndigande att utfärda förordning utfärdas närmare bestämmelser även om denna minimiinformation genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

8 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2026.

Den minimiinformation om personalen och användningen av den som avses i 29 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska lämnas in första gången före utgången av 2026.

9 Verkställighet och uppföljning

Som ett led i genomförandet av de föreslagna ändringarna av bestämmelserna kommer det efter ikraftträdandet av lagen att utfärdas en sådan förordning av social- och hälsovårdsministeriet som avses i 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Avsikten är att det ska följas upp hur de föreslagna bestämmelserna fungerar, framför allt som en del av det förhandlingsförfarande mellan ministerierna och välfärdsområdena som det föreskrivs om i lagen om välfärdsområden och lagen om ordnande av social- och hälsovård.

10 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Av de ändringar som ingår i propositionen anknyter anlitaandet av underleverantörer till bestämmelserna om offentliga förvaltningsuppgifter i 124 § i grundlagen och förfarandet för godkännande av investeringsplaner till bestämmelserna om välfärdsområdenas självstyrelse i 121 § 4 mom. i grundlagen. I fråga om de ändringsförslag som gäller 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård blir det aktuellt att granska det skydd för privatlivet och det skydd för personuppgifter som tryggas i 10 § i grundlagen.

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

De social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdet ansvarar för att ordna är i stor utsträckning offentliga förvaltningsuppgifter, eftersom det är fråga om att tillgodose individens grundläggande fri- och rättigheter. För att dessa uppgifter ska kunna anförtros en privat tjänsteleverantör förutsätts det att villkoren i 124 § i grundlagen uppfylls.

När det är fråga om anlitaande av en underleverantör för en offentlig förvaltningsuppgift som genom lag eller med stöd av lag anförtrots någon annan än en myndighet, ska anlitaandet bedömas utifrån 124 § i grundlagen, även om bestämmelsen i princip är avsedd att tillämpas på överföring av en uppgift från en myndighet till en privat aktör. Bestämmelserna om anlitaande av underleverantörer ska uppfylla villkoren i 124 § i grundlagen och på anlitaandet ska det ställas samma krav som de som ställs på de köpta tjänsterna. Med stöd av 124 § i grundlagen är det alltså möjligt att anlita underleverantörer endast om det uttryckligen föreskrivs om detta.

I sina utlåtanden har grundlagsutskottet i princip förhållit sig avvisande till att en offentlig förvaltningsuppgift som överförs till en enskild delegeras vidare (subdelegering). Det har dock inte funnits grunder för något absolut förbud i situationer där uppgiften har varit av teknisk art

och underleverantören har berörts av samma kvalitetskrav och motsvarande tillsyn som den primära serviceproducenten (GrUU 6/2013 rd, s. 4).

Under den föregående regeringsperioden tog grundlagsutskottet ställning till de bestämmelser om anlitande av underleverantörer som föreslogs i regeringens proposition om social- och hälsovårdsreformen (RP 241/2020 rd). I propositionen föreslogs inte den valfrihetsmodell som föreslogs under regeringsperioden därefter, utan modellen för ordnandet av den offentliga social- och hälsovården baserade sig på välfärdsområdenas organiseringsansvar. Enligt propositionen får välfärdsområdena under vissa förutsättningar skaffa social- och hälsovårdstjänster av privata tjänsteproducenter i form av köpta tjänster. I propositionen föreslogs det också att en producent av köpta tjänster ska kunna anlita underleverantörer för att skaffa social- och hälsovårdstjänster som kompletterar den egna verksamheten eller arbetskraft som kompletterar den egna social- och hälsovårdspersonalen. Anlitandet av underleverantörer begränsades inte enbart till uppgifter av teknisk natur. Enligt specialmotiveringen kunde andelen tjänster som ska skaffas som kompletterande tjänster av de tjänster som en privat tjänsteproducent producerar för välfärdsområdet utgöra högst mellan 30 och 49 procent. Enligt grundlagsutskottets utlåtande (GrUU 17/2021 rd) hade grundlagsutskottets ståndpunkter huvudsakligen beaktats på behörigt sätt i den reglering om anlitande av underleverantörer som föreslogs i propositionen (RP 241/2020 rd). Utskottet ansåg att regleringen inte var problematisk med tanke på 124 § i grundlagen. Enligt utskottets uppfattning var det möjligt att införa även vidare bestämmelser om underleverantörer än vad som föreslogs, förutsatt att regleringen uppfyller de krav som ställs i 124 § i grundlagen.

Grundlagsutskottet har inte uttryckligen tagit ställning till underleverantörskedjor. Med stöd av 124 § i grundlagen är det möjligt att överföra en offentlig förvaltningsuppgift till en privat aktör endast genom lag eller med stöd av lag, vilket enligt grundlagsutskottets tolkningspraxis också gäller anlitande av underleverantörer för en offentlig förvaltningsuppgift och underleverantörskedjor. Den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård möjliggör inte att en underleverantör i sin tur skaffar de tjänster som den producerar för producenten av köpta tjänster från ytterligare en underleverantör. Förbudet leder till att i synnerhet små företags och enskilda yrkesutövaras möjligheter att erbjuda tjänster är små.

Enligt de föreslagna bestämmelserna ska underleverantörskedjor vara möjliga endast på samma villkor som de som annars gäller vid anlitande av underleverantörer. En underleverantör till en privat tjänsteproducent ska inte heller ha rätt att självständigt anlita en underleverantör, utan det ska avtalas om detta både i avtalet mellan den privata tjänsteproducenten och välfärdsområdet och i avtalet mellan den privata tjänsteproducenten och dess underleverantör. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska underleverantörskedjor vara möjliga endast i mycket begränsade situationer, och syftet med dem är att trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster i situationer där den primära underleverantören tillfälligt är förhindrad att producera en tjänst.

Det föreslås att 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras så att underleverantörskedjor beaktas på ett heltäckande sätt i all lagstiftning som gäller anlitande av underleverantörer. Således kan de föreslagna bestämmelserna anses uppfylla villkoren i 124 § i grundlagen på det sätt som grundlagsutskottet förutsätter i sitt utlåtande (GrUU 17/2021 rd).

De riksomfattande målen för välfärdsområdets uppgifter enligt 12 a § i lagen om välfärdsområden samt välfärdsområdets investeringsplan enligt 16 § i den lagen utgör en del av den statliga styrningen av välfärdsområdet. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande (GrUU 17/2021 rd) om social- och hälsovårdsreformen bedömt den statliga styrningen av välfärdsområdena i förhållande till välfärdsområdenas självstyrelse.

Då ansåg grundlagsutskottet att det av den föreslagna finansieringsmodellen följer att välfärdsområdets beslut om investeringar och motsvarande avtal styrs genom lag och beslut som ministerierna fattar i enlighet med lag. Välfärdsområdena kan genomföra investeringar endast inom ramen för statsrådets fullmakt att uppta lån. Ett välfärdsområde får enligt 26 § i förslaget till lag om ordnande av social- och hälsovård genomföra en investering och ett avtal som motsvarar en investering eller en överlåtelse av en nytthet med lång verkningstid endast om social- och hälsovårdsministeriet eller inrikesministeriet har godkänt det som en del av välfärdsområdets investeringsplan. Enligt grundlagsutskottet inskränker bestämmelsen välfärdsområdenas självstyrelse.

Grundlagsutskottet har i sina utlåtanden om reformerna av social- och hälsovården påpekat att det i vissa förhållanden kan förekomma spänningsladdade avvägningar mellan självstyrelse i förvaltningsområden större än kommuner och tryggnad av sociala grundläggande rättigheter. Utskottet har fäst vikt vid att välfärdsområdenas självstyrelse förblir rätt ytlig på grund av statens styrning, begränsningarna i sättet att ordna uppgifter och den föreslagna finansieringsmodellen. I sitt utlåtande GrUU 17/2021 rd upprepade utskottet dock sin uppfattning att tryggnaden av sociala grundläggande rättigheter särskilt i samband med en administrativ omställning förutsätter en sådan statlig styrning och övervakning som ses som konstitutionellt aningen problematisk i den övergripande bedömningen av hur självstyrelsen enligt 121 § 4 mom. i grundlagen blir genomförd. (GrUU 17/2021 rd, stycke 27, se GrUU 26/2017 rd, s. 21.)

I uppgifterna inom styrningen av välfärdsområdena är det enligt grundlagsutskottet fråga om betydande utövning av behörighet med avseende på såväl tillräckliga social- och hälsovårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen som regional självstyrelse för välfärdsområdena enligt 121 § 4 mom. i grundlagen. Enligt grundlagsutskottet är det en garanti för självstyrelsen att den har en viss lagstadgad karaktär, vilket är av betydelse med tanke på ordnandet av välfärdsområdenas förvaltning och finansieringen av den (GrUU 17/2021 rd, stycke 34). Grundlagsutskottet anser att grunderna för de uppgifter som avser statlig styrning lämpligen bör föreskrivas genom lag.

I sitt utlåtande GrUU 14/2024 rd om ändringarna i systemet för styrningen av välfärdsområdena ansåg grundlagsutskottet att de föreslagna ändringarna av styrnings- och tillsynsbefogenheterna inte innebär att välfärdsområdenas självstyrande ställning förändras i väsentlig grad. Ändringarna har enligt propositionen (RP 2/2024 rd, s. 13) och utskottets uppfattning heller inga direkta konsekvenser för hur den lagstadgade finansieringsprincipen, som hör till grunderna för välfärdsområdenas självstyrelse, genomförs. Grundlagsutskottet anser att också med beaktande av de grundläggande sociala rättigheternas betydelse är bestämmelserna om sådan statlig styrning som är nödvändig för att tillgodose dessa rättigheter på lika villkor inte problematiska med tanke på den regionala självstyrelsen enligt 121 § 4 mom. i grundlagen. I detta sammanhang ändrades bland annat bestämmelserna om de riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter.

I denna proposition ändras inte den rättsliga karaktären hos vare sig förfarandet för godkännande av de riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter eller delplanerna till välfärdsområdenas investeringsplaner. De riksomfattande målen är även i fortsättningen strategiska och är inte som sådana juridiskt bindande för välfärdsområdena. Grundlagsutskottet har redan tidigare ansett att bestämmelserna om investeringsplanerna i någon mån inskränker välfärdsområdenas självstyrelse. Den nu föreslagna ändringen ingriper dock i princip inte mer ingående i välfärdsområdenas självstyrelse än de befintliga grunderna för att låta bli att godkänna en delplan till investeringsplanen. Den nu föreslagna regleringen preciserar den koppling mellan de riksomfattande målen och godkännandet av delplanerna till

investeringsplanerna som redan finns i lagen, men ingriper inte i välfärdsområdenas självstyrelse i större utsträckning än i nuläget. Eftersom de riksomfattande målen dock är rätt allmänna till sin karaktär, innebär detta i själva verket att ministeriernas prövningsrätt utvidgas, varvid förslaget också i viss mån kan anses minska välfärdsområdenas självstyrelse.

Enligt 10 § i grundlagen är vars och ens privatliv tryggt. Enligt paragrafen utfärdas närmare bestämmelser om skydd för personuppgifter genom lag. Genom denna proposition utvidgas välfärdsområdenas uppföljnings- och rapporteringsskyldighet till att omfatta information på gruppnivå om personalen och användningen av den, till exempel om underskottet på personal, antalet anställda, åldersstrukturen och personalomsättningen samt personalens arbetsförmåga enligt yrkesgrupp. Välfärdsområdet samlar in informationen, sammanställer den och lämnar den till Institutet för hälsa och välfärd. Till Institutet för hälsa och välfärd lämnas det dock inte ut någon information på individnivå, utan det är fråga om sammanställd information på gruppnivå. Fullgörandet av välfärdsområdets uppföljningsskyldighet förutsätter att välfärdsområdet behandlar personuppgifter och utifrån dem sammanställer informationen på gruppnivå. Detta innebär att den föreslagna regleringen behöver bedömas med avseende på det skydd för personuppgifter som ingår i skyddet för privatlivet.

Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande GrUU 14/2018 rd ansett att den allmänna dataskyddsförordningens detaljerade bestämmelser, som tolkas och tillämpas i enlighet med de grundläggande fri- och rättigheter som garanteras i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna, över lag utgör en tillräcklig rättslig grund även med avseende på skyddet för privatlivet och personuppgifter enligt 10 § i grundlagen. Sådana rättigheter enligt stadgan är rätten till respekt för privatlivet (artikel 7) och rätten till skydd av personuppgifter (artikel 8). Rätten till skydd av personuppgifter tryggas också i artikel 16.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt. Utskottet har således ansett att skyddet för personuppgifter i första hand ska tillgodoses med stöd av den allmänna dataskyddsförordningen och den nationella lagstiftningen (s. 4–5). Utskottet upprepade sin ståndpunkt i samband med social- och hälsovårdsreformen (GrUU 17/2021 rd, stycke 177).

Insamling och annan behandling av uppgifter om arbetstagare förutsätter att välfärdsområdet behandlar personuppgifter, och till denna del ska bestämmelserna i den nationella lagstiftning som kompletterar den allmänna dataskyddsförordningen och de dataskyddsprinciper som ingår i den följas, såsom bestämmelserna i dataskyddslagen (1050/2018). När det är fråga om personuppgifter om arbetstagare ska också förutsättningarna enligt lagen om integritetsskydd i arbetslivet (759/2004) beaktas till behövliga delar. Den lagstadgade skyldighet för välfärdsområdet som föreslås i denna proposition gäller också sammanställning av informationen om personalens arbetsförmåga till information på gruppnivå. I denna fas av insamlingen och sammanställningen behandlas alljämt personuppgifter, men den sammanställda information som lämnas till Institutet för hälsa och välfärd innehåller ingen information om en enskild arbetstagare.

Enligt riksdagens grundlagsutskott bör skyddet för personuppgifter i första hand tillgodoses utifrån den allmänna dataskyddsförordningen och den allmänna lagstiftningen på nationell nivå. Detta innebär att man bör förhålla sig restriktivt till att införa nationell speciallagstiftning (GrUU 14/2018 rd, s. 4–5) och att behovet av speciallagstiftning i enlighet med det riskbaserade synsätt som också krävs i den allmänna dataskyddsförordningen måste bedömas utifrån de hot och risker som behandlingen av personuppgifter orsakar (GrUU 10/2022 rd, stycke 10, GrUU 14/2018 rd, s. 5). Samtidigt bör det beaktas att om behandlingen av personuppgifter grundar sig på en lagstadgad uppgift, bör denna uppgift vara tillräckligt exakt och noggrant avgränsad för att uppfylla å ena sidan de författningsrättsliga ramarna för skyddet av personuppgifter och å andra sidan villkoren i den allmänna dataskyddsförordningen. Genom de bestämmelser som nu

föreslås preciseras uppföljningsuppgiften i lagen. Detta är motiverat också med tanke på skyddet för personuppgifter. Uppföljningsuppgiften och den sammanställning av information som den förutsätter kan antas förutsätta att den personuppgiftsansvarige behandlar personuppgifter. Detta bedöms dock inte begränsa skyddet för personuppgifterna. Den personuppgiftsansvariges ansvar och skyldigheter förblir oförändrade, och informationen på individnivå överförs inte mellan olika personuppgiftsansvariga.

På de grunder som anges ovan anses det att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Den föreslagna ändringen av bestämmelserna om anlitan­de av underleverantörer i 17 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utvidgar möjligheten att till en underleverantör överföra mer än hälften av den verksamhet som avses i det ursprungliga avtalet, vilket kan ändra tolkningen av vad som avses med kompletterande verksamhet. Dessutom har grundlagsutskottet åtminstone inte i den form som nu föreslås gett något utlåtande om underleverantörskedjor. Av denna anledning anser regeringen det dock önskvärt att grundlagsutskottet ger ett utlåtande i frågan.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 11 § 1 mom., 13 § 1 mom., 14 § 9 mom., 17 § 1 mom., det inledande stycket i 18 § 1 mom. samt 19 § 1 och 2 mom., 20 § 1 mom., 25 § 1 mom., 26 § 2 mom. 4 punkten, 29 §, 30 § 1 mom. och 37 § 1 mom. samt *fogas* till lagen en ny 17 a § och till 26 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

11 §

Servicestrategi

Välfärdsområdet ska för planeringen och styrningen av sin ekonomi och sin verksamhet som en del av sin välfärdsområdesstrategi utarbeta en servicestrategi för social- och hälsovården. I servicestrategin ska hänsyn tas till de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

13 §

Användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter

Vad som föreskrivs i 12 § tillämpas också på arbetskraft som välfärdsområdet skaffar av en privat tjänsteproducent för att producera social- och hälsovårdstjänster (*anskaffad arbetskraft*). Ett villkor är likväl att den aktuella social- och hälsovårdspersonalen står under välfärdsområdets ledning och övervakning på det sätt som avses i 1 kap. 7 § 3 mom. i arbetsavtalslagen (55/2001) eller på grundval av något annat avtal. När arbetskraft skaffas tillämpas 14 § 1 mom., 15 och 16 § och 18 § 2 punkten. Om en privat tjänsteproducent använder underleverantörer på det sätt som avses i 17 eller 17 a § tillämpas dessutom 14 § 2–9 mom.

14 §

Krav på privata tjänsteproducenter

De krav på privata tjänsteproducenter som anges i denna paragraf ska också tillämpas på sådana underleverantörer till privata tjänsteproducenter som avses i 17 och 17 a §.

17 §

Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer

Privata tjänsteproducenter som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § kan av underleverantörer skaffa en del av de tjänster

som anges i ett avtal om köpta tjänster eller en del av den social- och hälsovårdspersonal som tillhandahåller sådana tjänster. Privata tjänsteproducenter ska på det sätt som avses i 14 § ha tillräcklig egen kompetens och personal för tjänsteproduktionen och även annars tillräckliga verksamhetsföresättningar, och de ska kunna styra och övervaka underleverantörsverksamheten på samma sätt som sin egen verksamhet. När privata tjänsteproducenter anlitar underleverantörer ska de säkerställa tjänsterna och att skyldigheterna enligt avtalet om köpta tjänster fullgörs på samma sätt som när de producerar tjänsterna som egen produktion. Underleverantörer får anlitas bara om det har avtalats om detta med välfärdsområdet i enlighet med 15 § 2 mom. Dessutom krävs det att den privata tjänsteproducenten underrättar välfärdsområdet om de underleverantörer som den ämnar anlita och visar att dessa uppfyller de krav som anges i 14 § samt att välfärdsområdet godkänner att dessa underleverantörer anlitas.

17 a §

Underleverantörskedjor

En underleverantör som producerar tjänster åt en privat tjänsteproducent på det sätt som avses i 14 § får i sin tur av andra tjänsteproducenter skaffa social- och hälsovårdstjänster eller arbetskraft inom social- och hälsovården, om det är fråga om ett tillfälligt behov på grund av sjukdom, föräldraledighet eller någon annan motsvarande, med ovannämnda orsaker jämförbar grund och om välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten i det avtal som avses i 15 § har kommit överens om möjligheten att använda underleverantörskedjor. Underleverantören ska underrätta välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten om vilka tjänsteproducenter den ämnar anlita. Dessutom krävs det att underleverantören för välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten visar att de tjänsteproducenter som avses i denna paragraf uppfyller de krav som anges i 14 § och att välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten godkänner att dessa underleverantörer anlitas.

När en privat tjänsteproducent eller en underleverantör skaffar tjänster av en annan tjänsteproducent med stöd av 1 mom. ska både den privata tjänsteproducenten och underleverantören se till att denna andra tjänsteproducent uppfyller kraven i 14 §. Den privata tjänsteproducenten har ett helhetsansvar för de tjänster som den producerar. Den privata tjänsteproducenten svarar för de tjänster som underleverantören eller den privata tjänsteproducent som producerar tjänster åt underleverantören tillhandahåller en enskild kund.

Tjänster som ingår i prehospitalet akutsjukvård som avses i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen får inte skaffas på det sätt som avses i denna paragraf.

18 §

Privata tjänsteproducenters skyldigheter

Privata tjänsteproducenter och deras i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer ska i sin verksamhet enligt denna lag

19 §

Tillämpning av allmänna förvaltningslagar på privata tjänsteproducenters verksamhet

En privat tjänsteproducent och dess i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer ska i verksamhet som omfattas av denna lag iakttä förvaltningslagen, lagen om elektronisk

kommunikation i myndigheternas verksamhet (13/2003), språklagen, samiska språklagen och teckenspråkslagen (359/2015), om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag. Dessutom ska tjänsteproducenten och dess i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer i sådan verksamhet iaktta vad som i lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003) föreskrivs om verksamheten hos en myndighet som avses i 1 § 1 mom. i den lagen, om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag.

Bestämmelser om handlingars offentlighet finns i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999), nedan *offentlighetslagen*. Även handlingar som har upprättats av eller inkommit till en privat tjänsteproducent i 17 och 17 a § avsedda underleverantör i verksamhet enligt denna lag tillhör välfärdsområdet och är sådana handlingar enligt 5 § 2 mom. i offentlighetslagen som har blivit upprättade på uppdrag av en myndighet eller inkommit till följd av ett uppdrag av en myndighet.

20 §

Straffrättsligt tjänsteansvar och skadeståndsansvar

På anställda hos en privat tjänsteproducent som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § och hos tjänsteproducentens i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer samt på anskaffade och inhyrda arbetstagare som avses i 13 § tillämpas bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar i 40 kap. 1–3, 5, 7, 8, 9 och 10 i strafflagen (39/1889), med undantag av avsättningspåföljden, när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter som ingår i de tjänster som avses i 12 §.

25 §

Investeringsplanens delplan för social- och hälsovård

Bestämmelser om välfärdsområdets skyldighet att utarbeta en investeringsplan finns i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver vad som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller social- och hälsovården (*delplan för social- och hälsovården*) grunda sig på de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden och på befolkningens behov av service. Välfärdsområdet ska i delplanen för social- och hälsovården välja in de investeringar som är viktigast med tanke på ordnandet av social- och hälsovården och de avtal som motsvarar sådana investeringar, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på jämlikheten, kvaliteten och kostnadsnyttoeffektiviteten inom social- och hälsovården i välfärdsområdet. I delplanen för social- och hälsovården ska hänsyn tas till det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 §.

26 §

Förfarandet vid godkännande av en investeringsplan

Om social- och hälsovårdsministeriet inte med stöd av 1 mom. avslår välfärdsområdets förslag till investeringsplan, fattar ministeriet beslut om godkännande av den delplan för social- och hälsovården som ingår i förslaget. Social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för social- och hälsovården, om

4) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av social- och hälsovården,

5) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

29 §

Välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården

Välfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården samt aspekter i anslutning till personalen och användningen av personal. Välfärdsområdet ska jämföra uppföljningsdatan med motsvarande information för övriga välfärdsområden. Jämförelseinformationen produceras nationellt av Institutet för hälsa och välfärd. Välfärdsområdet ska producera den minimiinformation som behövs för uppföljningen för Institutet för hälsa och välfärd. HUS-sammanslutningen ska i fråga om de tjänster som omfattas av HUS-sammanslutningens organiseringsansvar producera minimiinformationen om vården av patienter specificerad enligt Nylands välfärdsområden och Helsingfors stad. Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen svarar för att informationen är korrekt och uppdaterad.

Välfärdsområdet ska på grundval av den information som avses i 1 mom. årligen utarbeta en redogörelse om läget i fråga om sin social- och hälsovård och ekonomi. I redogörelsen ska välfärdsområdet beskriva och bedöma på vilket sätt välfärdsområdet vid ordnandet av social- och hälsovården har beaktat de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden och de åtgärdsrekommendationer som social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet eventuellt har gett i de årliga förhandlingar som avses i 24 §. Dessutom ska välfärdsområdet beskriva och bedöma välfärdsområdets strategiska mål och de åtgärder som stöder dessa samt hur målen har uppnåtts. Därtill ska redogörelsen innehålla välfärdsområdets preliminära förslag till den investeringsplan som avses i 16 § i lagen om välfärdsområden. Välfärdsområdet ska ge in redogörelsen till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet och offentliggöra den i det allmänna datanätet.

Välfärdsområdet ska använda den information som avses i 1 mom. i informationsledningen av den hälso- och sjukvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin. Minimiinformationen och jämförelseinformationen används trots sekretessbestämmelserna också i de lagstadgade uppgifter som de organisationer som svarar för styrningen, uppföljningen, utvärderingen och övervakningen av välfärdsområdena har, i första hand med hjälp av nationella informationskällor. Ovan avsedd information får inte innehålla personuppgifter.

De privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt välfärdsområdet ska på välfärdsområdets begäran, trots tystnadsplikten ge välfärdsområdet tillgång till information som är nödvändig för den uppföljning som avses i 1 mom. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter. Bestämmelser om välfärdsområdets rätt att, trots tystnadsplikten, för detta syfte på ett identifierbart sätt behandla och samköra kunduppgifter som är införda i dess

egna register finns i 41 § 1 mom. i lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019).

Information som avses i 1 mom. och välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 § ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas närmare bestämmelser om

1) modellen för hantering av minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom. samt modellerna för hantering av minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

2) den i 1 mom. avsedda minimiinformation som ska produceras för uppföljningen och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

3) förfaranden och tidtabell för när välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska lämna Institutet för hälsa och välfärd minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom. och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

4) de uppgifter som ska ingå i den redogörelse som avses i 2 mom. samt tidsplanen för utarbetandet av redogörelsen och tidpunkten då den ska lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet.

30 §

Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. I expertbedömningarna granskas också aspekter i anslutning till social- och hälsovårdspersonalen och användningen av den. I expertbedömningarna ska dessutom bedömas åtgärder som det är nödvändigt att genomföra i välfärdsområdet med hänsyn till kostnadshanteringen eller av någon annan anledning för att ändamålsenligheten, tillgången, kvaliteten, verkningsfullheten och jämlikheten samt samordningen av kundernas tjänster i social- och hälsovården ska kunna tryggas genom statlig och annan intern finansiering. Institutet för hälsa och välfärd ska ge in expertbedömningarna till social- och hälsovårdsministeriet och offentliggöra dem i det allmänna datanätet.

37 §

Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande

När samarbetsavtalet upprättas ska hänsyn tas till de riksomfattande målen för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden, befolkningens servicebehov och uppföljningsdata om befolkningens hälsa och välfärd.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Den minimiinformation om personalen och användningen av den som avses i 29 § 1 mom. i denna lag ska lämnas in första gången före utgången av 2026.

2.

Lag

om ändring av 6 och 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021) 6 § 1 och 2 mom. samt 11 § 1 och 2 mom. som följer:

6 §

Beslut om räddningsväsendets servicenivå

Välfärdsområdesfullmäktige beslutar om räddningsväsendets servicenivå. När beslutet om servicenivån fattas ska nationellt betydande risker beaktas, faror som finns i området klarläggas och de risker farorna medför bedömas samt verksamhetens mål, tillgängliga resurser, de tjänster som produceras och servicenivån bestämmas. När beslutet om servicenivån fattas ska hänsyn även tas till de i 12 a § i lagen om välfärdsområden avsedda riksomfattande strategiska mål som fastställts av statsrådet. Beslutet ska också innehålla en plan för utveckling av servicenivån. Beslutet ska gälla en viss tid.

Välfärdsområdet ska fatta ett nytt beslut om servicenivån om farorna, riskerna eller de i 12 a § i lagen om välfärdsområden avsedda strategiska mål som fastställts av statsrådet väsentligt förändras.

11 §

Investeringsplanens delplan för räddningsväsendet.

I fråga om välfärdsområdets skyldighet att upprätta en investeringsplan och sända ett förslag om planen till social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och finansministeriet varje kalenderår föreskrivs i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver det som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller räddningsväsendet (*delplan för räddningsväsendet*) basera sig på de i 12 a § i den lagen avsedda riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter samt på nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker och andra risker. Välfärdsområdet ska i delplanen för räddningsväsendet välja in de viktigaste investeringarna med tanke på ordnandet av välfärdsområdets räddningsväsende och de avtal som motsvarar investeringarna, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på den jämlika tillgången till tjänsterna inom välfärdsområdets räddningsväsende och på tjänsternas kvalitet och kostnadsnyttoeffektivitet.

Inrikesministeriet fattar beslut om godkännande av delplanen för räddningsväsendet, som ingår i välfärdsområdets förslag till investeringsplan, i de situationer som avses i 26 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Inrikesministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för räddningsväsendet, om

1) det i delplanen inte har anvisats finansiering för alla investeringar som ingår i den och för de avtal som motsvarar investeringarna,

2) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering kan genomföras på ett kostnadseffektivare sätt i samarbete mellan välfärdsområdena,

3) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en i delplanen ingående överlåtelse inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av räddningsväsendet, eller

4) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som ingår i delplanen strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 25 september 2025

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Kaisa Juuso

1.

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 11 § 1 mom., 13 § 1 mom., 14 § 9 mom., 17 § 1 mom., det inledande stycket i 18 § 1 mom. samt 19 § 1 och 2 mom., 20 § 1 mom., 25 § 1 mom., 26 § 2 mom. 4 punkten, 29 §, 30 § 1 mom. och 37 § 1 mom. samt fogas till lagen en ny 17 a § och till 26 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

Gällande lydelse

11 §

Servicestrategi

Välfärdsområdet ska för planeringen och styrningen av sin ekonomi och sin verksamhet som en del av sin välfärdsområdesstrategi utarbeta en servicestrategi för social- och hälsovården. I servicestrategin ska hänsyn tas till de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 §.

Föreslagen lydelse

11 §

Servicestrategi

Välfärdsområdet ska för planeringen och styrningen av sin ekonomi och sin verksamhet som en del av sin välfärdsområdesstrategi utarbeta en servicestrategi för social- och hälsovården. I servicestrategin ska hänsyn tas till de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

13 §

Användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter

Vad som föreskrivs i 12 § tillämpas också på arbetskraft som välfärdsområdet skaffar av en privat tjänsteproducent för att producera social- och hälsovårdstjänster (*anskaffad arbetskraft*). Ett villkor är likväl att den aktuella social- och hälsovårdspersonalen står under välfärdsområdets ledning och övervakning på det sätt som avses i 1 kap. 7 § 3 mom. i arbetsavtalslagen (55/2001) eller på grundval av något annat avtal. När arbetskraft skaffas tillämpas 14 § 1 mom., 15 och 16 §

13 §

Användning av inhyrd arbetskraft och arbetskraft som skaffas från privata tjänsteproducenter

Vad som föreskrivs i 12 § tillämpas också på arbetskraft som välfärdsområdet skaffar av en privat tjänsteproducent för att producera social- och hälsovårdstjänster (*anskaffad arbetskraft*). Ett villkor är likväl att den aktuella social- och hälsovårdspersonalen står under välfärdsområdets ledning och övervakning på det sätt som avses i 1 kap. 7 § 3 mom. i arbetsavtalslagen (55/2001) eller på grundval av något annat avtal. När arbetskraft skaffas tillämpas 14 § 1 mom., 15 och 16 §

Gällande lydelse

och 18 § 2 punkten. Om en privat tjänsteproducent använder underleverantörer på det sätt som avses i 17 § tillämpas dessutom 14 § 2–9 mom.

14 §

Krav på privata tjänsteproducenter

De krav på privata tjänsteproducenter som anges i denna paragraf ska också tillämpas på sådana underleverantörer till privata tjänsteproducenter som avses i 17 §.

17 §

Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer

Privata tjänsteproducenter som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § kan av underleverantörer skaffa social- och hälsovårdstjänster som kompletterar den egna verksamheten eller arbetskraft som kompletterar den egna social- och hälsovårdspersonalen. Tjänsteproducenten får dock skaffa sådana tjänster av underleverantörer bara om den har avtalat om detta med välfärdsområdet i enlighet med 15 § 2 mom. Dessutom krävs det att den privata tjänsteproducenten underrättar välfärdsområdet om de underleverantörer som den ämnar anlita och visar att dessa uppfyller de krav som anges i 14 § samt att välfärdsområdet godkänner att dessa underleverantörer anlitas.

Föreslagen lydelse

och 18 § 2 punkten. Om en privat tjänsteproducent använder underleverantörer på det sätt som avses i 17 *eller 17 a* § tillämpas dessutom 14 § 2–9 mom.

14 §

Krav på privata tjänsteproducenter

De krav på privata tjänsteproducenter som anges i denna paragraf ska också tillämpas på sådana underleverantörer till privata tjänsteproducenter som avses i 17 *och 17 a* §.

17 §

Privata tjänsteproducenters anlitande av underleverantörer

Privata tjänsteproducenter som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § kan av underleverantörer skaffa *en del av de tjänster som anges i ett avtal om köpta tjänster eller en del av den social- och hälsovårdspersonal som tillhandahåller sådana tjänster*. Privata tjänsteproducenter ska på det sätt som avses i 14 § ha tillräcklig egen kompetens och personal för tjänsteproduktionen och även annars tillräckliga verksamhetsförutsättningar, och de ska kunna styra och övervaka underleverantörsverksamheten på samma sätt som sin egen verksamhet. När privata tjänsteproducenter anlitar underleverantörer ska de säkerställa tjänsterna och att skyldigheterna enligt avtalet om köpta tjänster fullgörs på samma sätt som när de producerar tjänsterna som egen produktion. Underleverantörer får anlitas bara om det har avtalats om detta med välfärdsområdet i enlighet med 15 § 2 mom. Dessutom krävs det att den privata tjänsteproducenten underrättar välfärdsområdet om de underleverantörer som

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

den ämnar anlita och visar att dessa uppfyller de krav som anges i 14 § samt att välfärdsområdet godkänner att dessa underleverantörer anlitas.

(nya)

17 a §

Underleverantörskedjor

En underleverantör som producerar tjänster åt en privat tjänsteproducent på det sätt som avses i 14 § får i sin tur av andra tjänsteproducenter skaffa social- och hälsovårdstjänster eller arbetskraft inom social- och hälsovården, om det är fråga om ett tillfälligt behov på grund av sjukdom, föräldraledighet eller någon annan motsvarande, med ovannämnda orsaker jämförbar grund och om välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten i det avtal som avses i 15 § har kommit överens om möjligheten att använda underleverantörskedjor. Underleverantören ska underrätta välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten om vilka tjänsteproducenter den ämnar anlita. Dessutom krävs det att underleverantören för välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten visar att de tjänsteproducenter som avses i denna paragraf uppfyller de krav som anges i 14 § och att välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten godkänner att dessa underleverantörer anlitas.

När en privat tjänsteproducent eller en underleverantör skaffar tjänster av en annan tjänsteproducent med stöd av 1 mom. ska både den privata tjänsteproducenten och underleverantören se till att denna andra tjänsteproducent uppfyller kraven i 14 §. Den privata tjänsteproducenten har ett helhetsansvar för de tjänster som den producerar. Den privata tjänsteproducenten svarar för de tjänster som underleverantören eller den privata tjänsteproducent som producerar tjänster åt underleverantören tillhandahåller en enskild kund.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Tjänster som ingår i prehospital akutsjukvård som avses i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen får inte skaffas på det sätt som avses i denna paragraf.

18 §

Privata tjänsteproducenters skyldigheter

Privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer ska i sin verksamhet enligt denna lag

18 §

Privata tjänsteproducenters skyldigheter

Privata tjänsteproducenter och deras i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer ska i sin verksamhet enligt denna lag

19 §

Tillämpning av allmänna förvaltningslagar på privata tjänsteproducenters verksamhet

En privat tjänsteproducent och dess underleverantörer ska i verksamhet som omfattas av denna lag iaktta förvaltningslagen, lagen om elektronisk kommunikation i myndigheternas verksamhet (13/2003), språklagen, samiska språklagen och teckenspråklagen (359/2015), om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag. Dessutom ska tjänsteproducenten och underleverantörerna i sådan verksamhet iaktta vad som i lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003) föreskrivs om verksamheten hos en myndighet som avses i 1 § 1 mom. i den lagen, om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag.

Bestämmelser om handlingars offentlighet finns i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999), nedan *offentlighetslagen*. Även handlingar som har upprättats av eller inkommit till en privat tjänsteproducentens underleverantör i verksamhet enligt denna lag tillhör välfärdsområdet och är sådana handlingar enligt 5 § 2 mom. i offentlighetslagen som har blivit upprättade på uppdrag av en myndighet

19 §

Tillämpning av allmänna förvaltningslagar på privata tjänsteproducenters verksamhet

En privat tjänsteproducent och dess i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer ska i verksamhet som omfattas av denna lag iaktta förvaltningslagen, lagen om elektronisk kommunikation i myndigheternas verksamhet (13/2003), språklagen, samiska språklagen och teckenspråklagen (359/2015), om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag. Dessutom ska tjänsteproducenten och dess i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer i sådan verksamhet iaktta vad som i lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003) föreskrivs om verksamheten hos en myndighet som avses i 1 § 1 mom. i den lagen, om inte något annat föreskrivs i denna lag eller någon annan lag.

Bestämmelser om handlingars offentlighet finns i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999), nedan *offentlighetslagen*. Även handlingar som har upprättats av eller inkommit till en privat tjänsteproducentens i 17 och 17 a § avsedda underleverantör i verksamhet enligt denna lag tillhör välfärdsområdet och är sådana handlingar enligt 5 § 2 mom. i offentlighetslagen som har blivit upprättade

Gällande lydelse

eller inkommit till följd av ett uppdrag av en myndighet.

20 §

Straffrättsligt tjänsteansvar och skadeståndsansvar

På anställda hos en privat tjänsteproducent som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § och hos tjänsteproducentens underleverantörer samt på anskaffade och inhyrda arbetstagare som avses i 13 § tillämpas bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar i 40 kap. 1–3, 5, 7, 8, 9 och 10 i strafflagen (39/1889), med undantag av avsättningspåföljden, när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter som ingår i de tjänster som avses i 12 §.

Föreslagen lydelse

på uppdrag av en myndighet eller inkommit till följd av ett uppdrag av en myndighet.

20 §

Straffrättsligt tjänsteansvar och skadeståndsansvar

På anställda hos en privat tjänsteproducent som producerar social- och hälsovårdstjänster åt ett välfärdsområde på det sätt som avses i 12 § och hos tjänsteproducentens i 17 och 17 a § avsedda underleverantörer samt på anskaffade och inhyrda arbetstagare som avses i 13 § tillämpas bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar i 40 kap. 1–3, 5, 7, 8, 9 och 10 i strafflagen (39/1889), med undantag av avsättningspåföljden, när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter som ingår i de tjänster som avses i 12 §.

25 §

Investeringsplanens delplan för social- och hälsovård

Bestämmelser om välfärdsområdets skyldighet att utarbeta en investeringsplan finns i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver vad som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller social- och hälsovården (*delplan för social- och hälsovården*) grunda sig på de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 § i denna lag och på befolkningens behov av service. Välfärdsområdet ska i delplanen för social- och hälsovården välja in de investeringar som är viktigast med tanke på ordnandet av social- och hälsovården och de avtal som motsvarar sådana investeringar, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på jämlikheten, kvaliteten och kostnadsnyttoeffektiviteten inom social- och

25 §

Investeringsplanens delplan för social- och hälsovård

Bestämmelser om välfärdsområdets skyldighet att utarbeta en investeringsplan finns i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver vad som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller social- och hälsovården (*delplan för social- och hälsovården*) grunda sig på de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden och på befolkningens behov av service. Välfärdsområdet ska i delplanen för social- och hälsovården välja in de investeringar som är viktigast med tanke på ordnandet av social- och hälsovården och de avtal som motsvarar sådana investeringar, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på jämlikheten, kvaliteten och kostnadsnyttoeffektiviteten

Gällande lydelse

hälsovården i välfärdsområdet. I delplanen för social- och hälsovården ska hänsyn tas till det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 §.

26 §

Förfarandet vid godkännande av en investeringsplan

Om social- och hälsovårdsministeriet inte med stöd av 1 mom. avslår välfärdsområdets förslag till investeringsplan, fattar ministeriet beslut om godkännande av den delplan för social- och hälsovården som ingår i förslaget. Social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för social- och hälsovården, om

4) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av social- och hälsovården.

29 §

Välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården

Välfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt

Föreslagen lydelse

inom social- och hälsovården i välfärdsområdet. I delplanen för social- och hälsovården ska hänsyn tas till det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 §.

26 §

Förfarandet vid godkännande av en investeringsplan

Om social- och hälsovårdsministeriet inte med stöd av 1 mom. avslår välfärdsområdets förslag till investeringsplan, fattar ministeriet beslut om godkännande av den delplan för social- och hälsovården som ingår i förslaget. Social- och hälsovårdsministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för social- och hälsovården, om

4) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av social- och hälsovården,

5) det i delplanen ingår en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som uppenbart strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

29 §

Välfärdsområdets skyldighet att följa och utvärdera social- och hälsovården

Välfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt

Gällande lydelse

befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kunders tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården. Välfärdsområdet ska jämföra denna information med motsvarande information för övriga välfärdsområden. Välfärdsområdet ska använda informationen i informationsledningen av den hälso- och sjukvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin.

Välfärdsområdet ska på grundval av den information som avses i 1 mom. årligen utarbeta en redogörelse för social- och hälsovården i välfärdsområdet och för välfärdsområdets ekonomiska läge. I redogörelsen ska välfärdsområdet beskriva och bedöma på vilket sätt välfärdsområdet vid ordnandet av social- och hälsovården har beaktat de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 22 § och de åtgärdsrekommendationer som social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet eventuellt har gett i de årliga förhandlingar som avses i 24 §. Dessutom ska välfärdsområdet beskriva och bedöma välfärdsområdets strategiska mål och de åtgärder som stöder dessa samt hur målen har uppnåtts. Därtill ska redogörelsen innehålla välfärdsområdets preliminära förslag till den investeringsplan som avses i 16 § i lagen om välfärdsområden. Välfärdsområdet ska ge in redogörelsen till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och

Föreslagen lydelse

befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kunders tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården *samt aspekter i anslutning till personalen och användningen av personal*. Välfärdsområdet ska jämföra uppföljningsdatan med motsvarande information för övriga välfärdsområden. Jämförelseinformationen produceras nationellt av Institutet för hälsa och välfärd. Välfärdsområdet ska producera den minimiinformation som behövs för uppföljningen för Institutet för hälsa och välfärd. HUS-sammanslutningen ska i fråga om de tjänster som omfattas av HUS-sammanslutningens organiseringsansvar producera minimiinformationen om vården av patienter specificerad enligt Nylands välfärdsområden och Helsingfors stad. Välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen svarar för att informationen är korrekt och uppdaterad.

Välfärdsområdet ska på grundval av den information som avses i 1 mom. årligen utarbeta en redogörelse *om läget i fråga om sin social- och hälsovård och ekonomi*. I redogörelsen ska välfärdsområdet beskriva och bedöma på vilket sätt välfärdsområdet vid ordnandet av social- och hälsovården har beaktat de riksomfattande mål för social- och hälsovården som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden och de åtgärdsrekommendationer som social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet eventuellt har gett i de årliga förhandlingar som avses i 24 §. Dessutom ska välfärdsområdet beskriva och bedöma välfärdsområdets strategiska mål och de åtgärder som stöder dessa samt hur målen har uppnåtts. Därtill ska redogörelsen innehålla välfärdsområdets preliminära förslag till den investeringsplan som avses i 16 § i lagen om välfärdsområden. Välfärdsområdet ska ge in redogörelsen till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och

Gällande lydelse

hälsovårdsministeriet och offentliggöra den i det allmänna datanätet.

De privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt välfärdsområdet ska på välfärdsområdets begäran, trots tystnadsplikten ge välfärdsområdet tillgång till information som är nödvändig för den uppföljning som avses i 1 mom. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter. Bestämmelser om välfärdsområdets rätt att, trots tystnadsplikten, för detta syfte på ett identifierbart sätt behandla och samköra kunduppgifter som är införda i dess egna register finns i 41 § 1 mom. i lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019).

Information som avses i 1 mom. ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas bestämmelser om minimiinformationsinnehållet i den uppföljning som avses i 1 mom., inbegripet minimiinformationsinnehållet i den välfärdsberättelse och välfärdsplan som avses i 6 och 7 §. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det dessutom utfärdas närmare bestämmelser om de uppgifter som ska ingå i den redogörelse som

Föreslagen lydelse

hälsovårdsministeriet och offentliggöra den i det allmänna datanätet.

Välfärdsområdet ska använda den information som avses i 1 mom. i informationsledningen av den hälso- och sjukvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar som stöd för styrningen, ledningen och beslutsfattandet i fråga om verksamheten, produktionen och ekonomin. Minimiinformationen och jämförelseinformationen används trots sekretessbestämmelserna också i de lagstadgade uppgifter som de organisationer som svarar för styrningen, uppföljningen, utvärderingen och övervakningen av välfärdsområdena har, i första hand med hjälp av nationella informationskällor. Ovan avsedd information får inte innehålla personuppgifter.

De privata tjänsteproducenter som producerar tjänster åt välfärdsområdet ska på välfärdsområdets begäran, trots tystnadsplikten ge välfärdsområdet tillgång till information som är nödvändig för den uppföljning som avses i 1 mom. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter. Bestämmelser om välfärdsområdets rätt att, trots tystnadsplikten, för detta syfte på ett identifierbart sätt behandla och samköra kunduppgifter som är införda i dess egna register finns i 41 § 1 mom. i lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019).

Information som avses i 1 mom. och välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 § ska överensstämma med de informationsinnehåll och informationsstrukturer som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får det utfärdas närmare bestämmelser om

1) modellen för hantering av minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom. samt modellerna för hantering av minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

Gällande lydelse

avses i 2 mom. och om tidsplanen för utarbetandet av redogörelsen och tidpunkten då den ska lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet.

30 §

Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samsamarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. Där ska dessutom bedömas åtgärder som det är nödvändigt att genomföra i välfärdsområdet med hänsyn till kostnadshandlingen eller av någon annan anledning för att ändamålsenligheten, tillgången, kvaliteten, verkningsfullheten och jämlikheten samt samordningen av kundernas tjänster i social- och hälsovården ska kunna tryggas genom statlig och annan intern finansiering. Institutet

Föreslagen lydelse

2) den i 1 mom. avsedda minimiinformation som ska produceras för uppföljningen och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

3) förfaranden och tidtabell för när välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska lämna Institutet för hälsa och välfärd minimiinformationen i den uppföljning som avses i 1 mom. och minimiinformationen i de välfärdsberättelser och välfärdsplaner som avses i 6 och 7 §,

4) de uppgifter som ska ingå i den redogörelse som avses i 2 mom. samt tidsplanen för utarbetandet av redogörelsen och tidpunkten då den ska lämnas till Institutet för hälsa och välfärd och till social- och hälsovårdsministeriet.

30 §

Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samsamarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I expertbedömningarna granskas befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. I expertbedömningarna granskas också aspekter i anslutning till social- och hälsovårdspersonalen och användningen av den. I expertbedömningarna ska dessutom bedömas åtgärder som det är nödvändigt att genomföra i välfärdsområdet med hänsyn till kostnadshandlingen eller av någon annan anledning för att ändamålsenligheten, tillgången, kvaliteten, verkningsfullheten och

Gällande lydelse

för hälsa och välfärd ska ge in expertbedömningarna till social- och hälsovårdsministeriet och offentliggöra dem i det allmänna datanätet.

37 §

*Beredning av samarbetsavtalet och
uppföljning av dess fullgörande*

När samarbetsavtalet upprättas ska hänsyn tas till de riksomfattande målen för social- och hälsovården enligt 22 §, befolkningens servicebehov och uppföljningsdata om befolkningens hälsa och välfärd.

Föreslagen lydelse

jämlikheten samt samordningen av kundernas tjänster i social- och hälsovården ska kunna tryggas genom statlig och annan intern finansiering. Institutet för hälsa och välfärd ska ge in expertbedömningarna till social- och hälsovårdsministeriet och offentliggöra dem i det allmänna datanätet.

37 §

*Beredning av samarbetsavtalet och
uppföljning av dess fullgörande*

När samarbetsavtalet upprättas ska hänsyn tas till de riksomfattande målen för social- och hälsovården *som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden*, befolkningens servicebehov och uppföljningsdata om befolkningens hälsa och välfärd.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Den minimiinformation om personalen och användningen av den som avses i 29 § 1 mom. i denna lag ska lämnas in första gången före utgången av 2026.

2.

Lag

om ändring av 6 och 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021) 6 § 1 och 2 mom. samt 11 § 1
och 2 mom. som följer:

Gällande lydelse

6 §

Beslut om räddningsväsendets servicenivå

Välfärdsområdesfullmäktige beslutar om räddningsväsendets servicenivå. När beslutet om servicenivån fattas ska nationellt betydande risker beaktas, faror som finns i området klarläggas och de risker farorna medför bedömas samt verksamhetens mål, tillgängliga resurser, de tjänster som produceras och servicenivån bestämmas. När beslutet om servicenivån fattas ska hänsyn även tas till de i 8 § avsedda riksomfattande strategiska mål som fastställts av statsrådet. Beslutet ska också innehålla en plan för utveckling av servicenivån. Beslutet ska gälla en viss tid.

Välfärdsområdet ska fatta ett nytt beslut om servicenivån om farorna, riskerna eller de i 8 § avsedda strategiska mål som fastställts av statsrådet väsentligt förändras.

11 §

Investeringsplanens delplan för räddningsväsendet

I fråga om välfärdsområdets skyldighet att upprätta en investeringsplan och sända ett förslag om planen till social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och

Föreslagen lydelse

6 §

Beslut om räddningsväsendets servicenivå

Välfärdsområdesfullmäktige beslutar om räddningsväsendets servicenivå. När beslutet om servicenivån fattas ska nationellt betydande risker beaktas, faror som finns i området klarläggas och de risker farorna medför bedömas samt verksamhetens mål, tillgängliga resurser, de tjänster som produceras och servicenivån bestämmas. När beslutet om servicenivån fattas ska hänsyn även tas till de i 12 a § i lagen om välfärdsområden avsedda riksomfattande strategiska mål som fastställts av statsrådet. Beslutet ska också innehålla en plan för utveckling av servicenivån. Beslutet ska gälla en viss tid.

Välfärdsområdet ska fatta ett nytt beslut om servicenivån om farorna, riskerna eller de i 12 a § i lagen om välfärdsområden avsedda strategiska mål som fastställts av statsrådet väsentligt förändras.

11 §

Investeringsplanens delplan för räddningsväsendet.

I fråga om välfärdsområdets skyldighet att upprätta en investeringsplan och sända ett förslag om planen till social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och

Gällande lydelse

finansministeriet varje kalenderår föreskrivs i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver det som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller räddningsväsendet (*delplan för räddningsväsendet*) basera sig på de i 8 § i denna lag avsedda riksomfattande strategiska målen samt på nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker och andra risker. Välfärdsområdet ska i delplanen för räddningsväsendet välja in de viktigaste investeringarna med tanke på ordnandet av välfärdsområdets räddningsväsende och de avtal som motsvarar investeringarna, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på den jämlika tillgången till tjänsterna inom välfärdsområdets räddningsväsende och på tjänsternas kvalitet och kostnadsnyttoeffektivitet.

Inrikesministeriet fattar beslut om godkännande av delplanen för räddningsväsendet, som ingår i välfärdsområdets förslag till investeringsplan, i de situationer som avses i 26 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Inrikesministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för räddningsväsendet, om

1) det i delplanen inte har anvisats finansiering för alla investeringar som ingår i den och för de avtal som motsvarar investeringarna,

2) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering kan genomföras på ett kostnadseffektivare sätt i samarbete mellan välfärdsområdena, eller

3) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en i delplanen ingående överlåtelse inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av räddningsväsendet.

Föreslagen lydelse

finansministeriet varje kalenderår föreskrivs i 16 § i lagen om välfärdsområden. Utöver det som föreskrivs i den paragrafen ska den del av välfärdsområdets investeringsplan som gäller räddningsväsendet (*delplan för räddningsväsendet*) basera sig på de i 12 a § i den lagen avsedda riksomfattande målen för välfärdsområdenas uppgifter samt på nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker och andra risker. Välfärdsområdet ska i delplanen för räddningsväsendet välja in de viktigaste investeringarna med tanke på ordnandet av välfärdsområdets räddningsväsende och de avtal som motsvarar investeringarna, och i delplanen ska det bedömas vilken inverkan de i delplanen ingående åtgärderna har på den jämlika tillgången till tjänsterna inom välfärdsområdets räddningsväsende och på tjänsternas kvalitet och kostnadsnyttoeffektivitet.

Inrikesministeriet fattar beslut om godkännande av delplanen för räddningsväsendet, som ingår i välfärdsområdets förslag till investeringsplan, i de situationer som avses i 26 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Inrikesministeriet kan låta bli att godkänna delplanen för räddningsväsendet, om

1) det i delplanen inte har anvisats finansiering för alla investeringar som ingår i den och för de avtal som motsvarar investeringarna,

2) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering kan genomföras på ett kostnadseffektivare sätt i samarbete mellan välfärdsområdena,

3) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en i delplanen ingående överlåtelse inte främjar ett kostnadsnyttoeffektivt ordnande av räddningsväsendet, eller

4) det är uppenbart att en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

investering som ingår i delplanen eller ett avtal som motsvarar en sådan investering eller en till sina effekter vittsyftande eller ekonomiskt betydande överlåtelse som ingår i delplanen strider mot de mål som avses i 12 a § i lagen om välfärdsområden.

Denna lag träder i kraft den 20 .