

RP 134/2024 rd

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

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ändras.

I propositionen föreslås det att den längsta väntetiden på 14 dygn för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård frångås i fråga om personer som fyllt 23 år och att den tidigare längsta väntetiden på tre månader återinförs. Det föreslås inga ändringar i den vårdgaranti för icke-brådskande vård som gäller för de primärvårdstjänster som för närvarande omfattas av en längsta väntetid på tre månader. På motsvarande sätt föreslås det att även den gällande längsta väntetiden på fyra månader för att få icke-brådskande mun- och tandvård inom primärvården och den längsta väntetid på tre månader som avsetts träda i kraft den 1 november 2024 frångås i fråga om personer som fyllt 23 år samt att den tidigare längsta väntetiden på sex månader återinförs. Som en anknytande ändring förlängs också de längsta väntetiderna för genomförande av uppföljningsbesök hos läkare, tandläkare och specialisttandläkare. Enligt de förslagna bestämmelserna ska vård dock alltid fås inom skälig tid med beaktande av medicinska omständigheter samt patientens individuella situation i övrigt. I bestämmelserna görs också vissa andra preciseringar. Med undantag för vissa enstaka preciseringar kvarstår de nuvarande bestämmelserna om vårdgarantin för icke-brådskande vård inom primärvården i fråga om barn och unga under 23 år.

Lagändringarna ska gälla den icke-brådskande vård inom primärvården, inklusive mun- och tandvård, som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, den studerandehälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse, den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och en del av den hälso- och sjukvård som ordnas av förläggningarna.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2025.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING	5
1 Bakgrund och beredning	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget	6
2.1 Nuvarande lagstiftning	6
2.1.1 Ordande av hälso- och sjukvård	6
2.1.2 Finansieringen av välfärdsområdena, studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar	10
2.1.3 Lagstiftning om tillgången till vård	12
2.2 Servicesystemets nuläge	17
2.2.1 Läget inom servicesystemet	17
2.2.2 Läget inom servicesystemet ur barns och ungas synvinkel	21
2.2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalen	24
2.2.3.1 Antalet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Finland	24
2.2.3.2 Personaltillgången inom hälso- och sjukvården och dess utmaningar	25
2.2.3.3 Åtgärder för att minska personalbristen inom social- och hälsovården	30
2.2.4 Statistiska uppgifter om tillgången till icke-brådskande primärvård	31
2.2.4.1 Överblick över tillgången till vård och dess utveckling över tid	31
2.2.4.2 Tillgången till vård inom välfärdsområdenas öppna sjukvård	37
2.2.4.3 Tillgången till vård inom välfärdsområdenas mun- och tandvård	43
2.2.4.4 Tillgången till välfärdsområdenas övriga tjänster inom primärvårdens öppna vård	45
2.2.4.5 Tillgången till vård hos Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS)	46
2.2.4.6 Tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar	48
2.2.5 Faktiska kostnader för skärpningen av vårdgarantin	48
2.3 Läget i de offentliga finanserna i Finland	49
2.4 Uppnående av målen med skärpningen av vårdgarantin samt slutsatser	51
3 Målsättning	54
4 Förslagen och deras konsekvenser	54
4.1 De viktigaste förslagen	54
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	57
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser	58
4.2.1.1 Allmänt	58
4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi	61
4.2.1.3 Kostnadsneutral reglering	64
4.2.1.4 Konsekvenser för Studenternas hälsovårdsstiftelses ekonomi	69
4.2.1.5 Konsekvenser för ekonomin för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och för Brottpåföljdsmyndigheten	69
4.2.1.6 Konsekvenser för regionförvaltningsverkens och Valviras ekonomi	69
4.2.1.7 Direkta konsekvenser för statsfinanserna som helhet	69
4.2.1.8 Konsekvenser för företagen	71
4.2.1.9 Konsekvenser för hushållen	71
4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet	72
4.2.2.1 Konsekvenser för primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården	72

4.2.2.2	Konsekvenser för samjouren, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården	74
4.2.2.3	Övergång från välfärdsområdenas tjänster till tjänster som tillhandahålls av den privata hälso- och sjukvården samt företagshälsovården	76
4.2.2.4	Konsekvenser för personalen	76
4.2.2.5	Studenternas hälsovårdsstiftelse	78
4.2.2.6	Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottsförhållandenmyndigheten	79
4.2.2.7	Migrationsverket och mottagningscentralerna	79
4.2.2.8	Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	80
4.2.2.9	Folkpensionsanstalten	81
4.2.2.10	Konsekvenser för informationssystemen	81
4.2.3	Övriga samhällsliga konsekvenser	82
4.2.3.1	Konsekvenser för medborgarnas ställning och för tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna	82
4.2.3.2	Språkliga rättigheter	83
4.2.3.3	Konsekvenser för befolknings hälsotillstånd och tillgången till tjänster	84
4.2.3.4	Könskonsekvenser	85
4.2.3.5	Konsekvenser för barn	86
4.2.3.6	Konsekvenser för klienter inom socialvården	87
4.2.3.7	Konsekvenser för klienter som behöver mentalvård, missbrukarvård eller beroendevård	87
4.2.3.8	Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning	88
5	Alternativa handlingsvägar	88
5.1	Handlingsalternativen och deras konsekvenser	88
5.2	Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	90
5.2.1	Allmänt	90
5.2.2	Sverige	90
5.2.3	Danmark	91
5.2.4	Norge	92
5.2.5	Estland	92
6	Remissvar	93
7	Specialmotivering	98
7.1	Hälso- och sjukvårdslagen	98
7.2	Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	105
8	Ikraftträdande	105
9	Verkställighet och uppföljning	105
10	Förhållande till andra propositioner	106
11	Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	107
11.1	Grundläggande och mänskliga rättigheter i anslutning till propositionen	107
11.2	Försämring av de grundläggande och mänskliga rättigheterna	112
11.3	Positiv särbehandling av barn och unga	119
11.4	Slutsater	122
LAGFÖRSLAG		124
	Lag om ändring av 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen	124
	Lag om ändring av 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande	126

BILAGOR	129
PARALLELLTEXTER.....	129
Lag om ändring av 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen.....	129
Lag om ändring av 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	134

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering (urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-795-9) konstateras det att skuldkvoten inom de offentliga finanserna över de senaste cirka femton åren har ökat avsevärt. Försörjningskvoten har dessutom försämrats, vilket har lett till att den offentliga sektorns utgifter har ökat snabbare än inkomsterna och att det har uppstått ett stort strukturellt underskott i de offentliga finanserna. De utgifter som befolkningens stigande ålder medför kommer att fortsätta öka över de kommande åren och årtiondena. Det ökande skuldbeloppet tillsammans med den höga räntenivån medför dessutom en betydande ökning av statens utgifter för skuldhantering. Inom de närmaste åren kommer de offentliga finanserna därtill att belastas av flera omfattande upphandlingar som hänför sig till säkerhet. Om inte betydande åtgärder vidtas, kommer de offentliga finanserna alltför snart att ha stora underskott och skuldkvoten kommer att fortsätta öka, vilket försämrar den offentliga ekonomins förutsättningar att trygga välfärdssamhällets funktionsförmåga under och efter eventuella kriser.

Den lagstadgade längsta väntetiden för att få icke-brådskande sjukvård inom primärvården, det vill säga den så kallade vårdgarantin, skärptes från tre månader till 14 dygn den 1 september 2023. Inom mun- och tandvården skärptes vårdgarantin från sex månader till fyra månader vid samma tidpunkt. Avsikten var att vårdgarantin för primärvårdens öppna sjukvård skulle skärpas ytterligare till sju dygn och vårdgarantin inom mun- och tandvården till tre månader den 1 november 2024. Skärpningarna grundade sig på lagändringar som gjordes under statsminister Sanna Marins regeringsperiod. På grund av personalbristen inom hälso- och sjukvården drogs dock denna skärpning av vårdgarantin för primärvårdens öppna sjukvård från 14 dygn till 7 dygn tillbaka i enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering redan innan ändringen trädde i kraft genom de lagändringar som godkändes hösten 2023.

Enligt regeringsprogrammet för Petteri Orpos regering är regeringens mål att saldot i de offentliga finanserna ska förbättras så att underskottet är högst 1 procent av bruttonationalprodukten. För att uppnå detta mål åtog sig regeringen i det regeringsprogram som blev klart i juni 2023 att under regeringsperioden fatta beslut som stärker de offentliga finanserna med ett nettobelopp på 6 miljarder euro beräknat på 2027 års nivå. Efter att regeringsprogrammet godkändes försvagades dock Finlands offentliga finanser, och anpassningsåtgärderna i regeringsprogrammet skulle inte ha varit tillräckliga för att säkerställa en stabilisering av skuldkvoten i de offentliga finanserna före 2027. Därför fattade regeringen vid ramförhandlingarna den 15–16 april 2024 beslut om ytterligare åtgärder som stärker de offentliga finanserna med cirka 3 miljarder euro.

I de ovannämnda ytterligare sparåtgärderna ingick ett beslut om att återställa vårdgarantin inom primärvården till 2022 års nivå genom att dra tillbaka de skärpningar av vårdgarantin som Sanna Marins regering gjorde och som ännu inte dragits tillbaka. I praktiken kommer vårdgarantin för icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård att förlängas från 14 dagar till tre månader och vårdgarantin inom mun- och tandvården från tre månader till sex månader. Dessutom slopas skyldigheten att köpa tjänster för att genomföra vårdgarantin. I enlighet med det beslut som fattades vid ramförhandlingarna är målet att åtgärderna från och med 2025 ska ge besparingar på 132 miljoner euro per år inom den statsfinansierade offentliga hälso- och sjukvården.

Enligt regeringsprogrammet för Petteri Orpos regering främjar regeringen skapandet av ett barnvänligt samhälle. Särskilt avseende fästs vid välbefinnandet i familjerna och tidigt stöd.

Dessutom bedriver regeringen en politik som gynnar barnfamiljer på alla nivåer och fäster vikt vid bedömningen av konsekvenser för barn och familjer i beslutsfattandet.

Regeringen har i takt med att beredningen av propositionen framskridit slagit fast att den föresats från ramförhandlingarna våren 2024 som gäller slopandet av skyldigheten att köpa tjänster för att genomföra vårdgarantin inte kommer att drivas vidare. Dessutom har beloppet av den årliga besparing som kan uppnås genom propositionen preciserats vid beredningen.

Regeringens proposition har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. I tillägg har social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med finansministeriet behandlat bedömningarna av propositionens ekonomiska konsekvenser. Som ett led i beredningen av propositionen genomförde social- och hälsovårdsministeriet i maj 2024 en enkät hos välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen om genomförandet av den skärpta vårdgarantin. Uppgifter för propositionen har också fått av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Studenternas hälsovårdsstiftelse samt inrikesministeriet och Migrationsverket.

Utkastet till proposition var på remiss mellan den 24 juni och den 9 augusti 2024. Utlåtanden begärdes av sammanlagt 159 remissinstanser: alla välfärdsområden, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottsförhållandenmyndigheten, Studenternas hälsovårdsstiftelse, Institutet för hälsa och välfärd, Folkpensionsanstalten, finansministeriet, andra centrala myndigheter, universitet och yrkeshögskolor, fackorganisationer inom branschen samt andra organisationer inom branschen. Dessutom fick alla andra intresserade yttra sig. Begäran om utlåtande publicerades på webbplatsen utlåtande.fi, och det önskades att utlåtandena lämnas via en enkät på webbplatsen. I den ställdes detaljerade frågor kring propositionen. Remissvaren kunde också lämnas i form av så kallade traditionella utlåtanden till social- och hälsovårdsministeriets registratörskontor. Remissinstanserna ombads ta ställning till innehållet i och konsekvenserna av de föreslagna författningarna.

Sammanlagt 96 instanser lämnade ett utlåtande om utkastet till proposition. Utlåtandena och andra beredningsunderlag till propositionen kan läsas på projektets webbplats (projektnummer STM042:00/2024) i den offentliga tjänsten på adressen <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM042:00/2024>, där det också finns en länk till enkäten i utlåtandetjänsten.

Delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning har behandlat utkastet till proposition den 27 augusti 2024.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Nuvarande lagstiftning

2.1.1 Ordande av hälso- och sjukvård

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Social- och hälsovårdstjänsterna ordnas av de 21 välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-

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

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

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

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

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

Enligt 56 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet ordna nödvändig hälso- och sjukvård inte bara för sina invånare utan också för sådana så kallade papperslösa och sådana personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös som vistas inom dess område. I fråga om välfärdsområdets skyldighet att ordna hälso- och sjukvård för andra personer föreskrivs särskilt.

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

I lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019, *lagen om studerandehälsovård*) föreskrivs det om den studerandehälsovård för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten. Enligt 8 § är Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) en lagstadgad nationell tjänsteproducent. Studenternas hälsovårdsstiftelse ska tillhandahålla den studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 17 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen hör det till studerandehälsovården bland annat att ordna hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, inklusive mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete, främjande av den sexuella hälsan samt mun- och tandvård.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som är underställd Institutet för hälsa och välfärd, ordnar hälso- och sjukvård för fångar och häktade i hela landet i enlighet med vad som föreskrivs i 10 kap. i fängelselagen (767/2005) och i 6 kap. i häktningsslagen (768/2005). Enligt de lagarna svarar Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas och de häktades medicinska behov. Lagarna innehåller inga närmare bestämmelser om hälso- och sjukvårdens innehåll.

Staten ordnar också vissa andra hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelser om statliga sinnessjukhus finns i lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987) och mentalvårdslagen (1116/1990). Bestämmelser om den hälso- och sjukvård som Försvarsmakten ordnar finns i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987). I lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, *mottagningslagen*) föreskrivs det om en förläggnings skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster till sådana i lagen avsedda personer som söker internationellt skydd, får tillfälligt skydd eller är offer för människohandel.

I lagen om företagshälsovård (1383/2001) åläggs arbetsgivaren att ordna förebyggande företagshälsovård för sina arbetstagare. Utöver förebyggande verksamhet kan arbetsgivaren ordna sjukvård och andra hälso- och sjukvårdstjänster för sina arbetstagare. Det är frivilligt att ordna sådana tjänster. Arbetsgivarna har till största delen inkluderat hälso- och sjukvårdstjänster på allmänläkarnivå i sina avtal om företagshälsovård. Dessa tjänster varierar till sin omfattning från arbetsgivare till arbetsgivare. Bakgrunden till detta är ett kundorienterat önskemål om att

arbetstagarna ska få ändamålsenlig tillgång till mottagningar vid en enhet där förhållandena på arbetsplatsen är kända samt om att behövliga undersökningar och behövlig vård samt rehabilitering ska inledas för att stödja arbetsförmågan. Arbetstagarna uppskattar en högklassig och heltäckande företagshälsovård. Enligt FPA:s statistik över företagshälsovård 2022 omfattade den företagshälsovård som arbetsgivaren ordnade enligt FPA:s ersättningsuppgifter 2 035 000 arbetstagare, vilket var 3 procent fler än året innan. Av löntagarna omfattades 89,9 procent av företagshälsovården. Täckningen har varit långt över 85 procent utan avbrott sedan 2010. År 2022 gjordes 3,7 miljoner sjukvårdsbesök. Antalet sjukvårdsbesök inom företagshälsovården har minskat med 28 procent från 2012 till 2022. Det gjordes i genomsnitt två sjukvårdsbesök per anställd 2022. Läkarcentralerna är den klart viktigaste producenten av företagshälsovårdstjänster.

Enligt lagen om företagshälsovård har arbetsgivare, företagare och andra som utför eget arbete rätt till ersättning för kostnaderna för ordnande av företagshälsovård och annan hälso- och sjukvård enligt vad som föreskrivs i sjukförsäkringslagen (1224/2004). Dessa ersättningar ändrades genom en ändring av sjukförsäkringslagen som trädde i kraft vid ingången av 2020 (RP 77/2018 rd, lag 1075/2018). Bakom ändringen låg den dåvarande statsminister Juha Sipiläs regerings riktlinje att tyngdpunkten i företagshälsovårdens verksamhet ska flyttas till förebyggande verksamhet. År 2022 uppgick de godtagbara kostnaderna för företagshälsovård som arbetsgivaren ordnat till 991 miljoner euro, vilket var 10,3 procent mer än året innan. Av kostnaderna föranleddes 494 miljoner euro av tjänsterna inom den förebyggande företagshälsovården och 498 miljoner euro av sjukvårdstjänster och andra tjänster inom hälso- och sjukvård. Tandvård som arbetsgivaren erbjuder ingår inte i den företagshälsovård som ersätts.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts den som sökt sig till privat sjukvård för kostnaderna för vården. Folkpensionsanstalten betalade cirka 183 miljoner euro i ersättningar för privat vård och undersökningar 2022 och cirka 84 miljoner euro 2023. Dessa ersättningar finansieras med sjukvårdsförsäkringen, varav 67 procent finansieras av staten och resterande 33 procent med de försäkrades sjukvårdspremier. Till FPA-ersättningarna riktades inbesparingar på 64 miljoner euro från och med den 1 januari 2023 så att största delen av ersättningarna för undersökning och vård slopades och så att ingrepp som en läkare utfört inte längre omfattades av ersättningen, med några få undantag. Mentalvårdstjänsterna och tandvården blev dock inte föremål för nedskärningar. Från och med ingången av 2023 betalas ersättning för besök hos allmänläkare och specialister. Dessutom ersätts åtgärder som vidtas av en läkare för behandling av en psykisk sjukdom, åtgärder som vidtas av en tandläkare eller en specialist i mun- och käkkirurgi, laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningar som föreskrivits av en tandläkare, en specialist i psykiatri eller en specialist i mun- och käkkirurgi samt psykologundersökningar som föreskrivits av en läkare. Även kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtanden som behövs för ansökningar om förmåner enligt sjukförsäkringslagen ersätts.

Bestämmelser om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna för läkararvoden och tandvård samt för undersökningar och vård finns i statsrådets förordning om grunderna för ersättningstaxorna enligt 3 kap. 4 och 5 § i sjukförsäkringslagen (1336/2004). Enligt 3 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen fastställer Folkpensionsanstalten på basis av grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna en förteckning över de undersöknings- och vårdåtgärder som ska ersättas samt ersättningstaxorna för dem. Grunderna för ersättningstaxorna och de ersättningstaxor som ska fastställas baserar sig på undersöknings- och vårdåtgärdens art, det arbete den kräver och de kostnader den medför, det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och de medel som står till buds för ersättningarna. I regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering har tilläggsfinansiering anvisats till FPA-ersättningarna för att avveckla vårdköerna inom primärvården. FPA-ersättningarna för besök hos allmänläkare och

specialistläkare samt för psykoterapi och för grundläggande undersökningar hos tandläkare höjdes vid ingången av 2024 genom en tilläggsfinansiering på 97,5 miljoner euro. Vid budgetförhandlingarna den 19 september 2023 preciserade dessutom regeringen att det anvisas cirka 134,2 miljoner euro per år för åren 2025–2027 i tilläggsfinansiering för utveckling av en ny FPA-ersättningsmodell. Avsikten är att en regeringsproposition om den nya FPA-ersättningsmodellen ska lämnas till riksdagen hösten 2024.

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

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

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

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

Den totala finansieringen av välfärdsområdena baserar sig på finansiering från staten och på intäkter från avgifter och försäljning. Lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021, *finansieringslagen*), innehåller bestämmelser om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden har organiseringsansvaret. Välfärdsområdena har ingen beskattningsrätt. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpost för välfärdsområdet, och därmed är det välfärdsområdet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet. Den statliga finansieringen är kalkylerad och fördelas på finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Finansieringen av social- och hälsovården är i regel behovsbaserad men i den beaktas också invånarunderlaget, språk- och omgivningsfaktorer, främjandet av välbefinnande och hälsa samt från och med år 2024 det så kallade universitetssjukhustillägget.

Enligt 6 § i finansieringslagen baserar sig nivån på den statliga finansieringen för varje finansår på välfärdsområdenas kalkylerade kostnader för det föregående året. Nivån på finansieringen justeras årligen för hela landet med beaktande av förändringen i kostnadsnivån i enlighet med prisindexet för välfärdsområdena enligt vad som föreskrivs i 8 § i finansieringslagen. Enligt 9 § i finansieringslagen beaktas vid bestämmandet av nivån för den statliga finansieringen för finansåret till fullo en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. I enlighet med 10 § i finansieringslagen beaktas årligen

i efterhand de faktiska kostnaderna för året före det år som föregått finansåret så att skillnaden mellan de kalkylerade kostnaderna och de faktiska kostnaderna för året i fråga läggs till finansieringen eller dras av från finansieringen. Justeringen av kostnadsnivån görs till fullt belopp. På så sätt säkerställer man att den kalkylerade finansieringen inte avviker från de faktiska kostnaderna.

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

Statens kalkylerade finansiering till välfärdsområdena och Helsingfors stad uppgår 2024 till sammanlagt uppskattningsvis cirka 24,1 miljarder euro. Beloppet preciseras ännu under 2024 när den slutliga så kallade överföringskalkylen blivit klar.

I lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992) föreskrivs det om klientavgifter för de tjänster som ordnas av välfärdsområdena. Välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen har i sin budget budgeterat att de tar ut cirka 1,5 miljarder euro i klientavgifter 2024.

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

Enligt 14 § i lagen om studerandehälsovård består den nationella finansieringen av totalkostnaderna för studerandehälsovården för högskolestuderande av den hälsovårdsavgift de studerande betalar till Folkpensionsanstalten och de medel staten betalar till Folkpensionsanstalten. Staten finansierar 77 procent av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. De godtagbara totalkostnaderna beräknas uppgå till 89,9 miljoner euro 2024. I statsbudgeten för 2024 har det anvisats ett anslag på cirka 67,7 miljoner euro för produktion av Studenternas hälsovårdsstiftelses studerandehälsovård. Den hälsovårdsavgift som tas ut hos högskolestuderande utgör 23 procent av finansieringen av de godtagbara totalkostnaderna för studerandehälsovården. Beloppet på hälsovårdsavgiften fastställs så att de studerandes finansieringsandel divideras med det uppskattade antalet närvaroanmälda studerande. Hälsovårdsavgiften är lika stor för alla studerande. Bestämmelser om hälsovårdsavgiftens belopp utfärdas årligen före den 30 november genom förordning av statsrådet. Enligt statsrådets förordning om avgifter för studerandehälsovården för högskolestuderande år 2024 (1041/2023) är hälsovårdsavgiften 73,60 euro år 2024. Inga andra service- eller besöksavgifter tas ut.

Enligt 16 § i lagen om studerandehälsovård ska staten utöver vad som föreskrivs i 14 § ansvara för att Folkpensionsanstalten har tillräckliga resurser för ordnande av studerandehälsovården för högskolestuderande, om det blir nödvändigt för att säkerställa tillgången på studerandehälsovårdstjänster av överraskande och oförutsedda orsaker.

Hälsovård, sjukvård och medicinsk rehabilitering enligt fångarnas och de häktades medicinska behov betalas enligt fängelselagen och häktningsslagen av statsmedel. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har anvisats sammanlagt cirka 22,5 miljoner euro i finansiering i statsbudgeten för 2024. Dessutom har Enheten för hälso- och sjukvård för fångar avgiftsbelagd verksamhet i anslutning till sinnesundersökningar av fångar och utarbetande av farlighetsbedömningar.

2.1.3 Lagstiftning om tillgången till vård

Det föreskrivs separat om tillgången till icke-brådskande och brådskande vård. Brådskande vård definieras i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med brådskande vård avses också ett omedelbart behov av avgiftning till följd av användning av berusningsmedel. Icke-brådskande vård har inte definierats i lagstiftningen. Därmed avses annan vård än brådskande vård.

Innan de gällande bestämmelserna om vårdgarantin för icke-brådskande vård trädde i kraft den 1 september 2023 skulle ett välfärdsområde enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Sådan icke-brådskande vård inom primärvården som i samband med bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skulle med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader fick överskridas med högst tre månader i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård och inom mun- och tandvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kunde skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

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

Bestämmelser om att få icke-brådslande vård inom primärvården finns från och med den 1 september 2023 i den nya 51 a §. Enligt 1 mom. ska den första vårdhändelsen i sådan icke-brådslande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Vårdgivaren ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. I 2 mom. föreskrivs det att om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

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

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

Avsikten var att vårdgarantin för icke-brådslande vård inom primärvårdens öppna sjukvård skulle skärpas ytterligare till sju dygn från och med den 1 november 2024, men på grund av personalbristen inom hälso- och sjukvården drogs ändringen före ikraftträdandet tillbaka genom lag 1139/2023.

Bestämmelser om att få icke-brådslande mun- och tandvård inom primärvården finns i den nya 51 b §, som likaså trädde i kraft den 1 september 2023. I 1 mom. i den paragrafen föreskrivs det att en sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen. I 2 mom. föreskrivs det att om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från den i 51 § avsedda bedömningen. I 3 mom.

föreskrivs det att om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Enligt 4 mom. ska vårdperioden slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras. Enligt 5 mom. tillämpas inte det som föreskrivs i 1 mom. i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

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

Vårdgarantitiden för icke-brådskande mun- och tandvård inom primärvården kommer i och med den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som genomfördes genom lag 116/2023 att ytterligare förkortas från nuvarande fyra månader till tre månader från och med den 1 november 2024.

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

En del av mottagningsbesöken för barn och unga sker i samband med periodiska hälsoundersökningar, som alltså inte omfattas av bestämmelserna om vårdgaranti. Enligt 5 § i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) ska välfärdsområdet och i fråga om högskolestuderande Folkpensionsanstalten ordna återkommande hälsoundersökningar för alla som hör till en på förhand angiven ålders- eller årsklass eller annan kategori samt

hälsoundersökningar som utgår från individuella behov. En hälsoundersökning kan göras av en hälsovårdare, barnmorska eller läkare. En omfattande hälsoundersökning görs av en hälsovårdare eller barnmorska i samarbete med en läkare. En kontroll av munhälsan kan göras av en tandläkare, munhygienist eller tandskötare. Nästan alla gravida och deras familjer, barn under skolåldern och elever och deras familjer samt studerande deltar i planmässiga undersökningar som är enhetliga på riksnivå och som även tar hänsyn till individens och befolkningens behov (1 § i förordningen). I statsrådsförordningen fastställs tidsplanen för och innehållet i de periodiska hälsoundersökningarna och de periodiska kontrollerna av munhälsan. I enlighet med regeringsprogrammet för Petteri Orpos regering uppdaterar regeringen bestämmelserna om rådgivningsverksamheten, skolhälsovården och studerandehälsovården och ökar tjänsternas genomslag bland annat med hjälp av digitalisering. I den första fasen bereder social- och hälsovårdsministeriet behoven av att uppdatera hälsoundersökningarna inom studerandehälsovården med beaktande av uppbådsreformens behov. I den andra fasen bereds uppdateringar av hälsoundersökningarna inom rådgivningsverksamheten, skolhälsovården och den förebyggande mun- och tandvården.

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

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

I fråga om hälso- och sjukvården för fångar fanns det före den reform som trädde i kraft den 1 september 2023 inte några bestämmelser om de längsta väntetiderna för att få icke-brådskande vård. Inom hälso- och sjukvården för fångar iaktogs dock hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om rätten att få vård redan då utifrån den så kallade normalitetsprincipen. I fråga om hälso- och sjukvården för fångar fogades det i samband med lagreformen uttryckliga bestämmelser till fängelselagen och häktningsslagen om att motsvarande längsta väntetider för att få vård som de som beskrivits ovan iaktas i hälso- och sjukvården för fångar. Enligt 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningsslagen tillämpas på de längsta väntetiderna för att få vård som ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om

välståndsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpningen av de nämnda lagarna. Vad som i 51 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpningen av lagen erhallande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

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

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

Bestämmelser om offentliggörande av uppgifter om tillgången till icke-brådskande vård finns i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. Regleringen reviderades från och med den 1 september 2023 så att uppgifter om tillgången till vård inom primärvården ska offentliggöras oftare. Enligt den paragrafen ska ett välståndsområde månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de i 51, 51 a och 51 b § föreskrivna längsta väntetiderna har hållits samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de i 51 c, 52 och 53 § föreskrivna längsta väntetiderna (inom den specialiserade sjukvården) har hållits. Dessutom producerar Institutet för hälsa och välfärd i fortsättningen de uppgifter som ska publiceras, vilket förbättrar uppgifternas jämförbarhet. Välståndsområdet ska offentliggöra nyckeltalen separat för varje sjukhus, hälsovårdscentral och annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Om en hälsostation, tandklinik eller annan motsvarande fristående enhet lyder under en verksamhetsenhet ska nyckeltalen offentliggöras separat för varje sådan enhet, om det är möjligt. I 10 d § i lagen om studerandehälsovård, 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningsslagen föreskrivs det om offentliggörande av uppgifter på huvudsakligen motsvarande sätt som i 55 § i hälso- och sjukvårdslagen. För Studenternas hälsovårdsstiftelses

del offentliggörs uppgifterna enligt verksamhetsställe. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset.

Enligt 8 § i mottagningslagen sköter Migrationsverket styrningen, planeringen och övervakningen av mottagningsverksamheten och hjälpsystemet i praktiken. Enligt 13 § i mottagningslagen ordnas mottagningstjänsterna av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som klient. Till mottagningstjänsterna hör bland annat hälso- och sjukvårdstjänster enligt vad som föreskrivs i den lagen. Lagen tillämpas på mottagande av personer som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd samt på hjälp till offer för människohandel. Enligt 26 § 1 mom. i mottagningslagen har personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen (dvs. brådskande vård) samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt vara nödvändiga. Enligt 26 § 2 mom. får personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. I regeringens proposition 74/2022 rd (s. 80) konstateras det att regleringen i 26 § 2 mom. i mottagningslagen kan tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom motsvarande längsta väntetider som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

Den ovan beskrivna regleringen om att få vård gäller endast icke-brådskande vård. Bestämmelser om ordnandet av brådskande vård finns i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Velfärdsområdena ska omedelbart ge brådskande vård till den patient som behöver den oberoende av var patienten är bosatt.

Bestämmelser om tillsynen över social- och hälsovården finns i lagen om tillsynen över social- och hälsovården. Regionförvaltningsverken och Tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira utövar tillsyn över social- och hälsovården. Lagen om tillsynen över social- och hälsovården innehåller bestämmelser om myndigheternas befogenheter såsom administrativ styrning och uppmaning, förelägganden och tvångsmedel och inspektion. Lagen om tillsynen över social- och hälsovården innehåller också ett kapitel om egenkontroll. Tjänsteanordnarna ska i sin egenkontroll bland annat säkerställa tillgången till egna tjänster och till de tjänster som anskaffats, tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet. Tjänsteanordnaren ska också följa upp personalens tillräcklighet för tjänster inom social- och hälsovård, lokalernas och utrustningens säkerhet samt lämplighet vid tillhandahållandet av tjänster. Tjänsteanordnaren ska också styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar.

2.2 Servicesystemets nuläge

2.2.1 Läget inom servicesystemet

Servicesystemet inom social- och hälsovården har de senaste åren varit i stor omvandling. Också i verksamhetsmiljön har det förekommit fenomen som belastar servicesystemet mycket. Velfärdsområdena inledde sin verksamhet den 1 januari 2023 som åktörer med organiseringsansvar för social- och hälsovården. Jämfört med det tidigare splittrade systemet

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

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

De allt större utmaningarna i fråga om tillgången till personal inom social- och hälsovården började framträda redan under covid-19-pandemin. Dessvärre förbättrades läget inte när pandemin avtog, utan det råder fortfarande en betydande personalbrist i nästan hela landet, inom flera funktioner och i nästan alla yrkesgrupper. Detta beskrivs närmare nedan i avsnitt 2.2.2.

Arbetet med att utveckla tjänsternas innehåll är ännu i ett tidigt skede, och välfärdsområdena befinner sig också i mycket olika skeden i sina servicereformer. I de tidigare samkommunerna har det varit lättare att införa den nya välfärdsområdesstrukturen, vilket har gjort det möjligt att snabbare rikta resurser till en reform av tjänsterna. Ett av de viktigaste målen för social- och hälsovårdsreformen är att samordna social- och hälsovårdstjänsterna. Att social- och hälsovårdstjänsterna fungerar väl tillsammans är särskilt viktigt för de kunder som använder flera olika tjänster. Detta förutsätter multiprofessionellt samarbete av de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården.

Utvecklingsarbete har utförts inom samtliga välfärdsområden, bland annat inom ramen för de projekt som hörde till programmet Framtidens social- och hälsocentral. Programmet fick finansiering fram till utgången av år 2023. I programmet betonades i synnerhet åtgärder som främjar tillgången till tjänster inom primärvård, socialvård, mentalvård och multiprofessionell rehabilitering. Samtliga projekt skulle innefatta förbättring av tillgången till vård och ibruktage av psykosociala metoder för alla åldersgrupper. Till det som skulle utvecklas hörde bland annat nya servicelösningar och servicemodeller, kvalitetsledningssystem, kvalitets- och effektindikatorer, forskningsverksamhet, kunddelaktighet, mätning av kundbelåtenhet samt kunskapsbaserad ledning. Den förändring som utvecklingsarbetet medfört kommer med mycket lång fördröjning att synas som en eventuell förbättring av tillgången till tjänster samt av tjänsternas kvalitet och genomslag, efter att det som har utvecklats på ett framgångsrikt sätt och i stor omfattning har omsatts i praktiken i välfärdsområdena.

Välfärdsområdena redogjorde i sina remissyttranden angående regeringens proposition 55/2023 rd för de åtgärder som de hade vidtagit eller skulle vidta för att uppfylla vårdgarantin på 14 dygn. Exempelvis nämndes inrättandet av tjänster, effektivisering av rekryteringen, utökande av arbetets dragningskraft och hållkraft för personalen samt utvecklande av arbetsfördelningen, utvecklande av verksamhetsmodellerna och de elektroniska tjänsterna, utvecklande av tjänsternas kontinuitet, kvalitet och genomslag, utnyttjande av välfärdsområdets resurser som helhet och utvidgning av betjäningstiden samt användning av servicesedlar och köptjänster. I

en stor del av yttrandena ansågs problemen med tillgången till personal utgöra en utmaning vid iakttagandet av den skärpta vårdgarantiregleringen. I flera yttranden uppmärksammades det utmanande ekonomiska läget samt den vård- och serviceskuld som coronapandemin orsakat. Därtill nämndes bland annat de utmaningar som organiseringen av välfärdsområdet medför och det ökade servicebehovet.

Social- och hälsovårdsministeriet genomförde i maj 2024 en enkät riktad till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, där det kartlades bland annat vilka åtgärder som vidtagits för att nå den gällande vårdgarantin för icke-brådskande vård inom primärvården, vilka engångskostnader och permanenta kostnader som hänför sig till åtgärderna, hur avtalspriserna för köpta tjänster förväntas utveckla sig samt vilka konsekvenser vårdgarantin för icke-brådskande vård inom primärvården har för de övriga delarna av servicesystemet. Enkäten besvarades av 15 välfärdsområden¹, Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen. Av dem som besvarade enkäten konstaterade största delen att den skärpta vårdgarantin har nåtts både inom primärvårdens öppna sjukvård och inom mun- och tandvården, närmast genom att nya verksamhetsmodeller har tagits i bruk. Dessutom har det i någon mån utförts tilläggsarbete, varutöver man i mindre grad har utökat köpen av tjänster, i form av antingen köptjänster, hyrd arbetskraft eller servicesedlar. De kostnader som hänför sig till den skärpta vårdgarantin bedömdes vara tämligen låga. Saken behandlas närmare i avsnitt 2.2.5. Uppskattningsarna av förändringarna i fråga om köptjänsternas priser varierade avsevärt mellan olika områden. I en del av områdena bedömdes prisnivån vara oförändrad. Det vanligaste var att priserna bedömdes ha stigit med ca 10–20 procent, men på vissa ställen bedömdes priserna på läkar- och tandläkartjänster ha ökat med upp till 30–40 procent. I enkäten begärdes också en bedömning av den skärpta vårdgarantins konsekvenser för den specialiserade sjukvården, vården på vårdavdelningarna inom primärvården samt primärvårdens och den specialiserade sjukvårdens gemensamma dygnet-runt-samjour. Största delen av dem som besvarade enkäten konstaterade att det ännu är alltför tidigt att bedöma konsekvenserna, men enligt vissa svar fanns det tecken på en minskning av antalet jourbesök både inom mun- och tandvården och inom den övriga hälso- och sjukvården. De svar som erhöles med anledning av enkäten är i huvudsak förenliga med de remissvar som erhöles angående propositionen (se avsnitt 6).

Social- och hälsovårdsministeriet svarar för pelare 4 i Finlands program för hållbar tillväxt, som gäller stärkandet av tillgången till social- och hälsovårdstjänster, inklusive mun- och tandvård, och ökandet av kostnadsnyttoeffekten. Programmet för hållbar tillväxt bidrar till en ekologiskt, socialt och ekonomiskt hållbar tillväxt. Programmet hänför sig till återhämtningen från covid-19-pandemin i Europa. Programmet genomförs i alla välfärdsområden, i Helsingfors stad och i alla kompetenscentrum inom det sociala området. Programmet finansieras huvudsakligen med medel från EU:s återhämtningsinstrument av engångsnatur (Next Generation EU). Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat statsunderstöd för åren 2022–2025. Den fjärde pelarens huvudsakliga mål är att minska den service-, rehabiliterings- och vårdskuld inom social- och hälsovården som kumulerats under covid-19-pandemin, att på ett bestående sätt möjliggöra en snabbare tillgång till vård och tjänster i hela landet genom att införa nya tillvägagångssätt samt att främja genomförandet av social- och hälsovårdsreformen. De åtgärder som hör till pelaren bidrar till att vårdgarantin genomförs på basnivå, minskar ojämlikheten, innefattar satsningar på tidigare identifiering av problem än förut och mer verkningsfull förebyggande verksamhet samt förbättrar kvaliteten på tjänsterna och kostnadseffektiviteten. Målet är att befolkningen på lika grunder får tillgång till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver på ett enkelt sätt, med låg tröskel och via flera kanaler. Målet är även att utöka införandet av nya digitala lösningar

¹ Svar erhöles inte från Södra Karelens, Kajanalands, Mellersta Nylands, Västra Nylands, Birkalands eller Norra Savolax välfärdsområden.

och utvidga användningen av lösningar som har visat sig vara kostnadseffektiva i ett så brett nationellt samarbete mellan regionerna som möjligt till exempel genom att utnyttja Kanta-tjänsterna, DigiFinland Oy och IT-företagens produkter och tjänster. Programmet för hållbar tillväxt innefattar ett bindande mål för tillgången till vård, enligt vilket 80 procent av vårdbesöken ska genomföras inom den längsta väntetiden på sju dygn för icke-brådskande vård under det sista kvartalet år 2025. Inom välfärdsområdena har det under projektperioden utförts utvecklingsarbete i syfte att uppnå detta mål, och områdena har beviljats sammanlagt nästan 169 miljoner euro i understöd för detta. Social- och hälsovårdsministeriet har den 8 maj 2024 sänt ett brev till välfärdsområdena och uppmanat områdena att fortsätta med det utvecklingsarbete för främjande av tillgången till vård som anges i projektplanerna för Finlands program för hållbar tillväxt. Detta mål har för närvarande nästan uppnåtts, men huruvida målet verkligen nås kan bedömas först på basis av utfallen för det sista kvartalet av år 2025. Användning av statsunderstöd i enlighet med en godkänd projektplan medför inte någon risk för att statsunderstödet för ett välfärdsområde skärs ner, men om målsättningen på 80 procent inte nås på det nationella planet, finns det en risk för att Finlands inflöde från EU:s återhämtningspaket kan minska.

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

Då lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande trädde i kraft den första januari 2021, utvidgades SHVS:s verksamhet avsevärt i och med att även yrkeshögskolestuderande fick tillgång till de tjänster som regleras i lagen. Därmed fördubblades antalet studerande som har rätt till sådana studerandehälsovårdstjänster som SHVS producerar. De utmaningar som berör exempelvis tillgången till personal och vårdskulden har varit synliga också i SHVS:s verksamhet, på samma sätt som i välfärdsområdena. Exempelvis ökade de mentala problemen bland högskolestuderande under coronapandemin, och medförde ett kraftigt ökat servicebehov, som sedan dess har hållit sig på hög nivå. Under åren 2021–2023 beviljades ett statsunderstöd på sammanlagt fem miljoner euro för SHVS:s utvidgade uppgifter och för förebyggandet av skador föranledda av coronapandemin, med hjälp av vilket bland annat tjänsterna vid den digitala mentalvårdskliniken har utvecklats. I statsbudgeten har det dessutom anvisats ett statsunderstöd på en miljon euro för åren 2023–2026 för stödande av välmåendet bland högskolestuderande.

Enligt SHVS:s servicenätsplan genomförs tjänsterna år 2024 så att 96 procent av studerandena ska använda SHVS:s egna verksamhetsställen, medan 4 procent av studerandena har rätt att anlita SHVS:s underleverantörers verksamhetsställen. SHVS:s servicenätverk är indelat i fem serviceområden. Det största av dessa är SHVS Syd (med ca 109 000 studerande), medan de övriga områdena (Väst, Öst, Mellersta och Nord) har omkring 39 000–53 000 studerande var.

Det faktum att antalet orter med läroanstalter har ökat och anstalterna är förlagda på ett allt större geografiskt område har i och med den lagändring som trädde i kraft år 2021 lett till att SHVS anlitar allt fler underleverantörer vid sidan av den egna servicen. Mängden studerande har ökat under åren 2021–2024. Serviceproduktionen omfattar utöver de fem geografiska områdena även en centraliserad riksomfattande bedömning av vårdbehovet och ett team för distanstjänster/digitala tjänster.

SHVS:s personalinsats uppgick år 2023 till sammanlagt 820 årsverken, varav 317 hänförde sig till allmänmedicin, 191 till psykiatri, 272 till mun- och tandhälsa samt 40 till förvaltning. SHVS har satsat kraftigt på reformer som förbättrar servicens produktivitet och effektivitet. SHVS har förberett sig på en skärpning av vårdgarantin bland annat genom att systematiskt förnya och effektivisera sin servicemodell och genom att genomföra en omfattande digital övergång. För att förbättra tillgången till tjänster har SHVS överfört tjänster till digitala kanaler, så att upp till ca 62 procent av besöken inom allmänmedicin och mentalvård sköttes via digitala kanaler år 2023. Under våren och början av sommaren 2023 förnyade, förtydligade och förenklade SHVS sin riksomfattande servicemodell så att studeranden genast i samband med bedömningen av vårdbehovet får en mottagningstid i form av distans- eller närservice. För att förbättra tillgången till tjänster har SHVS:s mun- och tandhälsa kontinuerligt och aktivt utvecklat sin verksamhet. Målet är att uppnå en så god balans som möjligt mellan efterfrågan och de tillgängliga resurserna, så att tjänsterna kan tillhandahållas vid rätt tid och så att vårdperioderna som helhet kan slutföras på så kort tid som möjligt. För att optimera processeffektiviteten och resurserna är avsikten att tjänsteproduktionen i fortsättningen ska hållas i egna händer i så stor utsträckning som möjligt och därför har anskaffningar från underleverantörer konkurrensutsatts och granskats kritiskt. Efterfrågetopparna infaller alltid i början av terminen, i början av hösten och i början av året, vilket medför utmaningar. Den ökade efterfrågan på tjänster utgör också en utmaning. När det gäller mun- och tandhälsan har man berett sig och förberett sig på den skärpta vårdgarantiregleringen.

Det finns 28 fängelser i Finland – 16 slutna anstalter och 12 öppna fängelser. Polikliniker inom hälso- och sjukvården för fångar finns vid alla fängelser i Finland. Det finns sammanlagt 12 verksamhetsställen inom mun- och tandvården, av vilka 11 finns i fängelselokaler och ett på Gamla Vasa sjukhus. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar producerar själv största delen av tjänsterna inom primärvården, mun- och tandvården och den psykiatriska specialiserade sjukvården. Tjänsterna inom den specialiserade sjukvården och jourtjänsterna skaffas huvudsakligen i form av köpta tjänster. Primärvården för fångarna i Finlands fängelser tillhandahålls vid poliklinikerna inom hälso- och sjukvården för fångar. Antalet fångar varierar mellan fängelserna. Flest fångar finns i Helsingfors, Åbo och Vanda fängelser, där det finns en sjukskötare på plats även på veckosluten, och i Kylmäkoski, Uleåborg, S:t Michels och Kuopio fängelser, där det finns en sjukskötare på plats endast på vardagar. Läkarstyrkan varierar beroende på fängelsets storlek och särdrag. I Helsingfors, där det finns många bötesfångar, finns det en läkare på plats fyra dagar i veckan och i Vanda, där Finlands största häkte är beläget, finns en läkare på plats fem dagar i veckan. På mindre polikliniker, såsom i S:t Michel eller Kylmäkoski, finns en läkare på plats två till tre dagar i veckan. I de mindre eller mer avlägsna fängelserna genomförs en del av läkartjänsterna i form av distanskonsultationer eller distansmottagningar.

För att nå vårdgarantin har Enheten för hälso- och sjukvård för fångar inrättat, och inrättar, särskilt sjukskötartjänster. Som en särskild utmaning för verkställigheten av lagstiftningen inom hälso- och sjukvården för fångar betraktas den lagbestämmelse enligt vilken kontakt med hälso- och sjukvården och en bedömning av vårdbehovet ska fås under samma dag. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har kommit överens med fängelserna om hur ärendebalketterna lämnas till poliklinikerna så smidigt som möjligt och om återsändande av svaren till fångarna. Hälso-

och sjukvården för fångar har för sin del stött Brottsförhållandenmyndighetens allt snabbare avancemang med det så kallade projektet Smart fängelse, genom vilket fångarna kan uträtta sina ärenden elektroniskt direkt från cellerna bland annat med hälso- och sjukvården för fångar. Därmed går det betydligt snabbare för fångarna att få kontakt med hälso- och sjukvården för fångar. För närvarande finns det emellertid bara i några slutna fängelser möjligheter att uträtta ärenden elektroniskt inom hälso- och sjukvården, och i nuläget bedöms det ta flera år innan det blir möjligt att uträtta ärenden elektroniskt i alla fängelser.

2.2.2 Läget inom servicesystemet ur barns och ungas synvinkel

Nästan alla barn och unga i Finland nås av de förebyggande hälso- och sjukvårdstjänsterna, såsom rådgivningen och skol- och studerandehälsovården. Verksamhetsförutsättningarna för primärvårdstjänsterna för barn och unga försvagades vid rådgivningarna och inom skol- och studerandehälsovården, då man under covid-19-pandemin tvingades göra ett stort antal personalöverföringar inom dessa sektorer, och antalet hälsogranskningar minskades. Samtidigt ökade behovet av stöd bland barn, unga och barnfamiljer, liksom de besök baserade på individuella behov som hänför sig till särskilt stöd inom barnrådgivningen och skolhälsovården. Dessutom har familjernas levnadsvanor försämrats. Stress, ensamhet och psykiska problem samt problem anknutna till föräldraskap och parförhållanden har ökat. Under epidemin förekom det avbrott vid tillhandahållandet av flera tjänster som är avsedda att upprätthålla människors funktionsförmåga.

Den serviceskuld som uppkom till följd av covid-19-pandemin påverka fortfarande alla tjänster för barn och unga, men dessa tjänster påverkas också av de mer omfattande utmaningar som berör social- och hälsovårdens servicesystem, såsom välfärdsområdenas ekonomiska situation och problemen rörande tillgången till personal. Utöver dessa faktorer går det dessutom att identifiera utmaningar som särskilt berör servicesystemet för barn och unga, exempelvis den splittring som råder inom servicesystemet, de regionala variationerna i tillgången till tjänster samt bristerna i det övergripande multiprofessionella samarbetet. En av de största utmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet i vårt land har över lag utgjorts av tillgången till primärvård.

Dessa faktorer har upprepade gånger uppmärksamats också i olika utredningar och undersökningar, samt av tillsynsmyndigheterna. Biträdande justitiekanslern bedömde exempelvis i ett av sina avgöranden år 2023 att det anvisats alldeles för små resurser för mentalvårdstjänsterna för barn och unga, och han betraktade det som synnerligen oroväckande att efterfrågan på och behovet av mentalvårdstjänster ökat under flera års tid, samtidigt som det kunde skönjas betydande problem i fråga om anordnandet av tjänsterna. Biträdande justitiekanslern betonade att det är ett problem med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna att det under en lång tid tillhandahållits otillräckliga tjänster. Så länge problemet inte blir avhjälpt orsakar det omfattande mänskligt lidande och strider mot de rättigheter som garanteras barn och unga. (OKV/294/70/2020). Riksdagen har krävt att det vidtas behövliga nationella åtgärder för att förbättra en jämlik tillgång till tjänster i synnerhet när det gäller servicen på basnivå (ShUB 4/2022 rd, s. 3, ShUB 21/2022 rd, s.12, ShUB 24/2022 rd, s. 7) FN:s kommitté för barnets rättigheter, som utövar tillsyn över genomförandet av barnkonventionen (FördrS 60/1991, se närmare avsnitten 11.1 och 11.3 angående konventionen) uppmanade Finland i sina rekommendationer (den 2 juni 2023) utifrån Finlands kombinerade femte och sjätte rapport att stärka sina åtgärder för att trygga att barn snabbt och effektivt får tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet i hela landet. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid marginaliserade grupper, såsom barn som lever i fattigdom och barn som är placerade i vård utanför hemmet. Kommittén uppmanade också Finland att stärka mentalvårdstjänsterna för barn. (CRC/C/FIN/CO/5–6.)

Då det i regeringens proposition 74/2022 rd föreskrevs om skärpning av vårdgarantin för icke-brådskande vård inom primärvården, bedömdes det att en förbättrad tillgång till vård kommer att innebära en märkbar förbättring också när det gäller hälsan, ställningen och välfärden för barn som är placerade i vård utanför hemmet. Det konstaterades att dessa barn har många olika slags hälsoproblem, men att det kan hända att deras hälsotillstånd inte undersöks trots barnskyddslagens förpliktelser, och att vissa barn rentav måste placeras utanför hemmet på grund av otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. Placering utanför hemmet konstaterades ofta bottna i otillräckligt stöd vid neuropsykiatriska symtom eller psykiska problem, och därmed bedömdes också belastningen på barnskyddet minska i och med att förslaget verkställs. Att också mer utsatta barn och unga snabbare kan få vård bedömdes även på längre sikt på ett positivt sätt bidra till att skillnaderna i hälsa och välfärd minskar inom hela befolkningen då behövlig vård kan påbörjas tidigare, innan situationerna eventuellt försvårats.

En snabbare tillgång till vård bedömdes förbättra situationen i synnerhet för barn med psykiska problem och symtom samt för deras familjer. I fråga om barn och unga bedömdes en snabbare tillgång till vård i betydande grad bidra till återhämtning från psykiska problem och minska behovet av andra tjänster, såsom socialvårdens barn- och familjetjänster. Brister och förseningar i primärvårdens mentalvårdstjänster för barn och unga konstaterades ha lett till att psykiska problem varat länge och försvårats, samtidigt som de psykiatriska tjänsterna inom den specialiserade sjukvården blivit kraftigt överbelastade. Ändringen bedömdes leda till att barn med psykiska problem får vård i ett tidigare skede och till att antalet förvärrade och mer komplicerade situationer minskar, vilket är hållbart och ändamålsenligt både mänskligt sett ur individens synvinkel och totalekonomiskt sett ur samhällets synvinkel.

Också barn med funktionsnedsättning har särskilda behov, varav en del tillgodoses genom regelbundna bokade mottagningsbesök och inom den specialiserade sjukvården. I synnerhet barn med flerfunktionsnedsättning har ett stort behov av mottagningsbesök som gäller bland annat social trygghet och rehabilitering, familjens psykosociala hälsa och skolstart mm. Också för denna grupp kan en snabbare tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster innebära en betydlig förbättring av både barnets och familjens välbefinnande och hälsa. I regeringens proposition 74/2022 rd konstaterades det även att många barn och unga som kommer till Finland som asylsökande har fysiska och psykiska hälsoproblem och också svårigheter när det gäller att finna och få hälso- och sjukvårdstjänster vid rätt tid. Det är inte ännu möjligt att bedöma de faktiska konsekvenserna av den ovan avsedda skärpningen av vårdgarantin.

Vid social- och hälsovårdsministeriet pågår beredningen av en regeringsproposition med förslag till ändring av social- och hälsovårdslagstiftningen i fråga om barn och unga, i syfte att införa en terapigaranti för barn och unga (STM083:00/2023). Genom propositionen genomförs föresatsen i regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering, enligt vilken ”barns och ungas lika tillgång till korttidspsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling på basnivå tryggas genom lagstiftning (en terapigaranti för barn och unga enligt regeringens modell)”. Syftet med propositionen är att främja förebyggande och behandling av psykiska problem hos barn och unga som inte fyllt 23 år samt att öka tillgången till stöd för psykisk hälsa inom primärvården och socialvårdstjänsterna på basnivå.

I den nämnda propositionen föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska utökas med en bestämmelse om att korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling ska inledas inom primärvården inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat. Det föreslås även att det som service inom mentalvårdsarbetet ska ordnas psykosocialt stöd för barn och unga inom socialvården, där

ovannämnda psykosociala metoder i tillämpliga delar används i serviceuppgifterna inom socialvården. Ett beslut om service inom mentalvårdsarbetet ska verkställas inom en månad från det att ärendet inletts.

Genom att föreskriva om en maximitid inom vilken en psykosocial intervention som omfattas av lagstiftningen ska inledas när det gäller barn och unga strävar man efter att garantera mentalvård och stöd för psykisk hälsa i rätt tid samt stärka barns och ungas rätt till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver. Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den. De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2025.

2.2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalen

2.2.3.1 Antalet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Finland

Valvira beviljar på ansökan yrkesrättigheter inom social- och hälsovården. Siffrorna över antalet yrkesrättigheter anger det största möjliga antalet personer enligt yrke, men alla som har fått yrkesrätt arbetar inte inom social- och hälsovården eller arbetar inte alls. I tabell 1 presenteras de allmännaste yrkesrättigheternas antal inom socialvården och hälso- och sjukvården bland personer i arbetsför ålder år 2023.

Tabell 1. De allmännaste yrkesrättigheterna inom socialvården och hälso- och sjukvården bland personer i arbetsför ålder år 2023.

	Antal yrkesrättigheter	Ytterligare information
läkare	24 974	varav specialistläkare i allmänmedicin 2 603
tandläkare	5 335	
socialarbetare	7 853	
sjuuskötare	115 692	
närvårdare (socialvård)	193 690	Samma person kan ha yrkesrättighet att arbeta som närvårdare både inom socialvården och inom hälso- och sjukvården. Dessutom finns det ca 30 000 yrkesrättigheter under benämningarna primärskötare och hjälpskötare.
närvårdare (hälso- och sjukvård)	183 766	

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

Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna (KT) samlar in yrkesspecifik information om välfärdsområdenas social- och hälsovårdspersonal. Kommunernas social- och hälsovårdspersonal överfördes vid ingången av år 2023 till välfärdsområdena. Den personalmängd som överfördes i vissa yrkesgrupper presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Personal i vissa yrkesgrupper som överfördes till välfärdsområdena vid ingången av år 2023.

Yrkesbenämning	antal
Sjukskötare	48 235
Hälsovårdare	6 164
Läkare	10 891

Den största personalgruppen i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppna sjukvård utgörs av sjukskötare och hälsovårdare. Dessa utgjorde ca hälften av personalen vid hälsocentralerna, medan läkarna utgjorde ca en tredjedel.

2.2.3.2 Personaltillgången inom hälso- och sjukvården och dess utmaningar

Social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgänglighet har försämrats kraftigt i hela landet under de senaste åren. Det förekommer ett underskott för nästan alla yrkesgruppers och tjänsters del, men det finns variationer mellan olika regioner, tidsperioder och yrkesgrupper. Under de senaste åren har i synnerhet bristen på sjukvårdare och närvårdare ökat.

Befolkningsstrukturen och befolkningens fördelning över landet har förändrats och förändras kontinuerligt. Befolkningen och arbetskraften koncentreras till tillväxtcentrumen. Trots att servicebehovet ökar, ökar inte antalet personer som arbetar inom social- och hälsovården i den utsträckning som skulle motsvara behovet i framtiden. Upp till en tredjedel av social- och hälsovårdspersonalen kommer att gå i pension inom de närmaste tio åren.

Det finns skäl att granska bristen på arbetskraft med hjälp av flera olika material. Efter att social- och hälsovårdstjänsterna vid ingången av år 2023 överfördes till välfärdsområdena har det varit särskilt utmanande att få information om personalbristen. Man har strävat efter att bedöma bristen både utifrån antalet lediga arbetsplatser och med hjälp av intervjuer och enkäter riktade till servicesystemet.

För regeringsförhandlingarna våren 2023 bereddes i samarbete ministerierna emellan (SHM, ANM, UKM) en uppskattning av arbetskraftsbristen utifrån antalet arbetsplatser som anmälts som lediga till arbets- och näringsbyråerna, i kombination med uppgifter om intervjuerna riktade till verksamhetsställena². Siffrorna belyser bristen i både den offentliga och den privata

² Material som SHM levererat till regeringsförhandlingarna 2023: SHM:s uppskattningar av personal- och utbildningsbehovet inom social- och hälsovårdsbranschen under regeringsperioden.

<https://stm.fi/documents/1271139/162762252/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf/d626beea-4db1-ec68-04f1->

serviceproduktionen och vittnar om den kumulativa situationen år 2022 (tabell 3). Avsikten är att enkäten ska genomföras på nytt år 2024.

Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna (KT) riktade en förfrågan till välfärdsområdena om läget beträffande deras obesatta lediga tjänster genom en enkät som berörde en specifik dag i oktober 2023³ (tabell 3). Den förfrågan som berörde andra yrkesgrupper än läkare och tandläkare besvarades av 13 välfärdsområden. Den förfrågan som berörde läkare besvarades av 17 välfärdsområden, men en del av dem rapporterade bara om läget inom den specialiserade sjukvården. Utöver den beräknade personalbristen hade man enligt KT med hjälp av köptjänster och hyrläkare tillsatt 310 läkartjänster inom primärvården, 213 läkartjänster inom den specialiserade sjukvården och 26 tandläkartjänster.

Tabell 3. Uppskattningar av personalbristen i vissa yrkesgrupper inom social- och hälsovårdssektorn.

Personal som berörs av bristen	Kumulativ situation år 2022, rörande både den offentliga och den privata sektorn, N	Genomsnitt 10/2023, välfärdsområdena, N
Närvårdare (social- och hälsovården sammanlagt)	6 140	2 377
Sjukskötare	5 336	2 163
Läkare, primärvården		312
Läkare, den specialiserade sjukvården	865	554
Tandläkare	370	101

Skillnaderna mellan uppskattningarna beror på skillnaderna mellan undersökningsmetoderna. Genomsnittet gäller situationen under en specifik dag i välfärdsområdena och den kumulativa situationen gäller å sin sida hela årets sammanräknade antal för både den offentliga och den privata social- och hälsovården. Många sjukvårdare och i synnerhet många närvårdare arbetar inom den privata äldre servicen.

Enligt det nätverk som har undersökt anlitandet av hyrd arbetskraft inom välfärdsområdena⁴ har anlitandet av hyrd arbetskraft ökat snabbt under de senaste åren och i synnerhet under år 2023,

07423e338872/Tietopyynt%C3%B6+STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf?version=1.0&t=1685366642985

³ Ruskoaho J. Den största bristen berör läkare och socialarbetare. KT-lehti 2/2024.

<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

⁴ Se till exempel rapporten av nätverket för utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft (endast på finska), Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>

då välfärdsområdena inledde sin verksamhet. Kostnaderna för anlitandet av hyrd arbetskraft har ökat snabbare än välfärdsområdenas egna personalkostnader.

Det förekommer också betydande regionala skillnader i fråga om anlitandet av hyrd arbetskraft. I synnerhet i Nyland utgör kostnaderna för den hyrda arbetskraften en betydligt större andel av personalkostnaderna än vad som motsvarar nivån i hela landet. År 2022 hyrdes mest arbetskraft för mottagningstjänster på basnivå, hemvård för äldre, specialiserad vård av somatiska sjukdomar, jourtjänster dygnet runt samt effektiviserat serviceboende för äldre. Hyrd arbetskraft anlitas i betydande omfattning både inom socialvården (särskilt för äldre) och inom hälsovården. Inom de ovannämnda servicekategorierna finns det i mycket varierande omfattning olika yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården, vilket innebär att hyrningen av arbetskraft kan antas beröra såväl läkare som sjuk- och närvårdare.

Nästan 50 procent av läkarna är anställda i huvudsyssla vid sjukhus och 25 procent vid hälsocentraler. Vid privata läkarcentraler eller läkarmottagningar arbetar 16 procent av läkarna, medan 11 procent arbetar vid något annat verksamhetsställe.⁵ Det förekommer brist på läkararbetskraft inom nästan alla medicinska specialiseringsområden. Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna (KT) riktade en förfrågan till välfärdsområdena om läget beträffande deras obesatta lediga tjänster genom en enkät som berörde en specifik dag i oktober 2023 (tabell 4).⁶ Vid sjukhusen förekom den största kvantitativa bristen, dvs. det största antalet obesatta tjänster, inom neurologi, ortopedi och traumatologi, gynekologi och förlossningar samt pediatri.

Vid universitetens medicinska fakulteter har antalet antagna studerande utökats sedan år 2011 (totalt ca 600 studerande), så att ca 760 studerande inledde sina studier år 2023. Andelen utexaminerade har i regel varit hög, ca 95 procent. Ökningen av antalet antagna studerande börjar synas i antalet utexaminerade under 2020-talet, då ca 700 nya läkare per år kommer att utexamineras.⁷

Förutom vid universiteten i Finland studerade fler än 1 100 finländare vid universitet i utlandet, varav ca 60 procent planerade att återvända till Finland.⁸ Läkarförbundet började följa antalet finländare som studerar medicin utomlands under läsåret 2011–2012, då antalet uppgick till ca 300. Sverige har varit det populäraste studielandet (ca 300 studerande under de senaste åren). I

⁵ Situationen beträffande specialistläkare och specialisttandläkare samt utbildningsbehovet fram till år 2035. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:21.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

⁶ Ruskoaho J. Den största bristen berör läkare och socialarbetare. KT-lehti 2/2024.

<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

⁷ Situationen beträffande specialistläkare och specialisttandläkare samt utbildningsbehovet fram till år 2035. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:21.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

⁸ Material som SHM levererat till regeringsförhandlingarna 2023: SHM:s uppskattningar av personal- och utbildningsbehovet inom social- och hälsovårdsbranschen under regeringsperioden.

<https://stm.fi/documents/1271139/162762252/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+-ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf/d626beea-4db1-ec68-04f1-07423e338872/Tietopyynt%C3%B6+-STM+arvioita+sotealan+henkil%C3%B6st%C3%B6+-ja+koulutustarpeesta+hallituskauden+aikana.pdf?version=1.0&t=1685366642985>

Lettland studerar ungefär samma antal finländare, i Rumänien ca 170 och i Estland ca 100 finländare.

Tabell 4. Antalet hälsocentralläkartjänster inom välfärdsområdena och läkarunderskottet 10/2023.

	Underskott på specialistläkare, %	Underskott på läkare som specialiserar sig, %	Underskott totalt, %	Underskott totalt, antal	Köpta tjänster %	Tjänster totalt ca
Hälsocentralläkare - allmänmedicin	11	15	13	220	10	1 724
Hälsocentralläkare - geriatri	18	53	22	12	16	53
Hälsocentralläkare - övriga specialiseringsområden	7	0	7	4	35	59
Hälsocentralläkare - inget specialiseringsområde	0	10	10	66	16	692
Sammanlagt	11	13	12	312	12	2 528

Det är utmanande att bedöma konsekvenserna av den vårdgarantireglering som trädde i kraft den 1 september 2023 när det gäller personalläget vid hälsocentralerna. Saken påverkas delvis av att uppföljningen överförs från en organisation till en annan. Den kartläggning av läkarsituationen vid hälsocentralerna som fram till år 2022 har genomförts av Finlands Läkarförbund⁹ har vid ingången av år 2023 överförts till Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna (KT)¹⁰. Förfrågan beträffande läget år 2023 genomfördes i början av oktober, dvs. då vårdgarantiregleringen hade varit gällande i ungefär en månad. Siffror har inte erhållits från alla välfärdsområden, och förfrågningens täckning uppskattas till ca 60 procent. I tabell 5 presenteras antalet hälsocentralläkartjänster i kommunerna och välfärdsområdena samt underskottet på hälsocentralläkare under åren 2019–2023, som framgår av enkäten. Enligt en försiktig uppskattning verkade den ikraftträdde vårdgarantiregleringen åtminstone inte ännu vid den nämnda tidpunkten ha haft någon större inverkan på läkarsituationen vid hälsocentralerna. Denna iakttagelse är förenlig med att det i svaren med anledning av den ovan i avsnitt 2.2.1 beskrivna enkät som riktades till välfärdsområdena i

⁹ Se Läkarförbundet: Lääkimäärä, -tarve ja -koulutus.

https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/39237/laakarimaara_for_web_2.pdf

¹⁰ Ruskoaho J. Den största bristen berör läkare och socialarbetare. KT-lehti 2/2024.

<https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

samband med beredningen av den aktuella propositionen och i samband med propositionens remissbehandling uppmärksammades att den skärpta vårdgarantin i regel har genomförts genom utvecklande av verksamheten. Å andra sidan har inte ett enda välfärdsområde ännu till fullo lyckats iakttäta den gällande vårdgarantiregleringen. Under remissbehandlingen uppgavs den viktigaste orsaken till detta utgöras av svårigheterna med att rekrytera personal.

Tabell 5. Antalet hälsocentralläkartjänster i kommunerna och välfärdsområdena och läkarbristen under åren 2019–2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Anställda tjänsteinnehavare	2 349	2 286	2 094	1 990	1 888
Vikarier	780	916	994	1 019	??
Köpta tjänster	178	178	2 356	299	3 010
Läkarunderskott	297	295	298	325	312

Var fjärde läkare i välfärdsområdena arbetar deltid. Deltidsarbetet bland läkare har blivit allmännare under de senaste åren. Den vanligaste orsaken till läkarnas deltidarbete är en strävan efter att minska arbetsbelastningen. Denna orsak accentueras särskilt bland läkarna inom primärvården. Bland hälsocentralläkare har det upprepade gånger konstaterats förekomma större belastning än bland andra läkare på grund av ständig brådska, en okontrollerbar arbetsmängd och resursbrist.¹¹

Social- och hälsovårdsministeriets arbetsmarknadsutsikter granskas också i den arbetskraftsbarometer som offentliggörs en gång per år (<https://tyovoimabarometri.fi/>). Syftet med arbetskraftsbarometern är att producera högkvalitativ och omfattande korttidsinformation om arbetskrafts- och kompetensbehoven för olika aktörer. I arbetskraftsbarometern fokuserar man på regionernas och branschernas centrala framtidsutsikter och arbetskraftsbehov. Enligt arbetskraftsbarometerens bedömning år 2023 hör fyra yrkesgrupper inom social- och hälsovårdsbranschen till de tio yrkeskategorier där det råder störst brist på arbetskraft. Den största bristen berörde sjukvårdare mm., närvårdare, allmänläkare samt hemvårdare (hemtjänst). Det är anmärkningsvärt att inga yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården hör till de yrkeskategorier där det förekommer ett överutbud på arbetskraft (applikationen Tillgång till och matchning av arbetskraft). Jämfört med andra branscher sker det mycket rekryteringar och stor personalomsättning inom social- och hälsovårdsbranschen. Detta beror i stor utsträckning på branschens storlek och på arbetskraftsbristen.

Enligt arbets- och näringsministeriets branschrapport (2024:2) var social- och hälsovårdsbranschen år 2022 den största rekryterande branschen. Inom denna bransch erbjöds arbete för sammanlagt 157 000 personer. Det var emellertid fråga om ca 3 500 färre än år 2021. Sysselsättningsläget stärktes år 2022 med 5 000 personer inom social- och hälsovårdsbranschen, dvs. med ca 1,2 procent. Största delen av rekryteringarna inom social- och hälsovårdsbranschen har skett i syfte att ersätta avgående personal eller med anledning av personalomsättning (sammanlagt mer än 70 procent), medan en aning mindre än 30 procent av rekryteringarna har berört nya arbetsplatser. Inom social- och hälsovårdsbranschen rekryterades ändå numerärt sett arbetskraft till flest nya arbetsplatser (36 000) i jämförelse med andra branscher. I samband med

¹¹ Se Läkarförbundet: Lääkärimäärä, -tarve ja -koulutus.
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/39237/laakarimaara_for_web_2.pdf.

den senaste rekryteringen var visstidsanställningarnas andel (> 50 procent) en aning större än de ordinarie anställningsförhållandenas andel (< 50 procent). Inom social- och hälsovårdsbranschen upplevdes det lika utmanande att hitta visstidsanställda som fast anställda arbetstagare. Största delen av de arbetstagare som senast anställts inom social- och hälsovårdssektorn har varit heltidsanställda (nästan 90 procent). Enligt Statistikcentralens uppgifter om sysselsättningen har antalet personer sysselsatta inom social- och hälsovårdsbranschen dock ökat kontinuerligt. Exempelvis år 2022 fanns det 46 251 fler sysselsatta än år 2012. Trots detta visar utredningarna att framtidsutsikterna beträffande personalläget inom social- och hälsovårdsbranschen är utmanande. Det råder en stor arbetskraftsbrist inom branschen, som kan försvåras ytterligare i framtiden, då befolkningen i arbetsför ålder minskar medan servicebehovet bland äldre samtidigt ökar. Pensioneringarna bidrar starkt till detta. Bara inom välfärdsområdena kommer enligt prognosen nästan 56 000 yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården att gå i pension inom de närmaste tio åren. Av dessa kommer dock bara ca 36 600 personer att gå i ålderspension, medan det förutspås att så många som 19 368 yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården kommer att bli sjukpensionerade på deltid eller få full sjukpension.

Läkarförbundets, KT:s och THL:s undersökningar visar att invånarantalet i förhållande till antalet läkarsysslor vid hälsocentralerna år 2022 var i genomsnitt 1 361 invånare/läkarsyssla (inklusive uppgifter som sköts genom utläggning och köpta tjänster). Situationen i välfärdsområdena varierar, så att invånarantalet per hälsocentralläkarsyssla var störst i Nyland och i Södra Karelen, Päijänne-Tavastlands och Kymmenedalens välfärdsområden (ca 1 550–1 700 invånare/läkarsyssla). Allra störst var antalet i Södra Karelen (1 693 invånare/läkarsyssla). Minst var invånarantalet per hälsocentralläkarsyssla i Mellersta Finlands, Mellersta Österbottens, Lapplands, Södra Savolax, Norra Österbottens och Egentliga Tavastlands välfärdsområden (ca 1 010–1 200 invånare/läkarsyssla).

Både KT och Tandläkarförbundet har hösten 2023 undersökt situationen för tandläkarnas del. Resultaten skiljer sig något från varandra på grund av olikheter i metoderna och materialets omfattning. Enligt KT uppgick underskottet på tandläkare inom primärvården år 2023 till 7,5 procent. Tandläkarförbundets enkät, som hade större täckning beträffande antalet svar, visade å sin sida att underskottet på tandläkare vid hälsocentralerna var 11,7 procent.

2.2.3.3 Åtgärder för att minska personalbristen inom social- och hälsovården

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

Statsminister Marins regering beslutade i samband med budgetförhandlingarna hösten 2021 att under ledning av social- och hälsovårdsministeriet inleda ett förvaltningsövergripande program för att trygga tillgången till personal inom social- och hälsovården både på kort och på lång sikt. Till de viktiga förslagen hörde att stärka faktagrunden rörande personalens tillräcklighet och personaltillgången, att motivera personalen och förbättra arbetshälsan, att granska hur arbetsfördelningen fungerar samt att stärka digitaliseringen.

I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering har man för åren 2024–2027 inlett ett program för ett gott arbete för att trygga tillräcklig personal och tillgången till arbetskraft inom social- och hälsovården och räddningsbranschen. Programmet kompletterar och utvidgar de åtgärder som vidtogs inom programmet för personalens tillräcklighet och tillgången till personal inom social- och hälsovården under den förra valperioden, samt innefattar de åtgärder som föreslogs i det avslutade programmets strategiska färdplan för åren 2022–2027. Genom programmet för ett gott arbete säkerställs det att social- och hälsovårdspersonalen är tillräcklig och orkar i arbetet samt att arbetet är produktivt. Enligt programmet ska branschens dragningskraft och hållkraft stödjas, utbildningen ökas och utbildningsstrukturerna utvecklas, arbetsfördelningen mellan de anställda förtydligas, personalens ork i arbetet stödjas, yrkesutbildade personers möjligheter att rikta arbetstid till klientarbetet främjas och rekryteringen stärkas, vilket innefattar förenklande av erhållandet av yrkesrättigheter för yrkesutbildade personer som utbildats utanför EU/EES. Som en del av programmet säkerställs också på nationell nivå ett tillräckligt faktaunderlag och tillräckliga prognoser rörande personalbehovet och utbildningsvolymerna för de kommande åren. I enlighet med regeringsprogrammet för Orpos regering ska möjligheterna för yrkesutbildade personer att fokusera på arbete som motsvarar deras egen kompetens stärkas, arbetsfördelningen förtydligas och behörighetsvillkoren granskas.

Det finns också behov av att utöka antalet specialistläkare inom allmänmedicin. Kompetensen hos specialistläkare inom allmänmedicin har en central betydelse inte bara för tillhandahållandet av högklassig vård utan också för utbildningen av nya specialistläkare.

2.2.4 Statistiska uppgifter om tillgången till icke-brådskande primärvård

Institutet för hälsa och välfärd THL publicerar regelbundet uppdaterade databasrapporter om tillgången till primärvård samt två gånger per år en statistikrapport över de uppgifter som inkommit till Avohilmo-registret. Registeruppgifterna kompletteras med en årlig enkät om tillgången till primärvård och mun- och tandvård. Tillgången till primärvård granskas från bedömningen av vårdbehovet till det besök som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Det sammanställs databasrapporter om tillgången till vård utifrån de uppgifter om besöken inom primärvården som inkommer till Avohilmo-registret. Angående mun- och tandvården sammanställs separata databasrapporter. Sammanfattningarna och kuberna uppdateras varje månad.

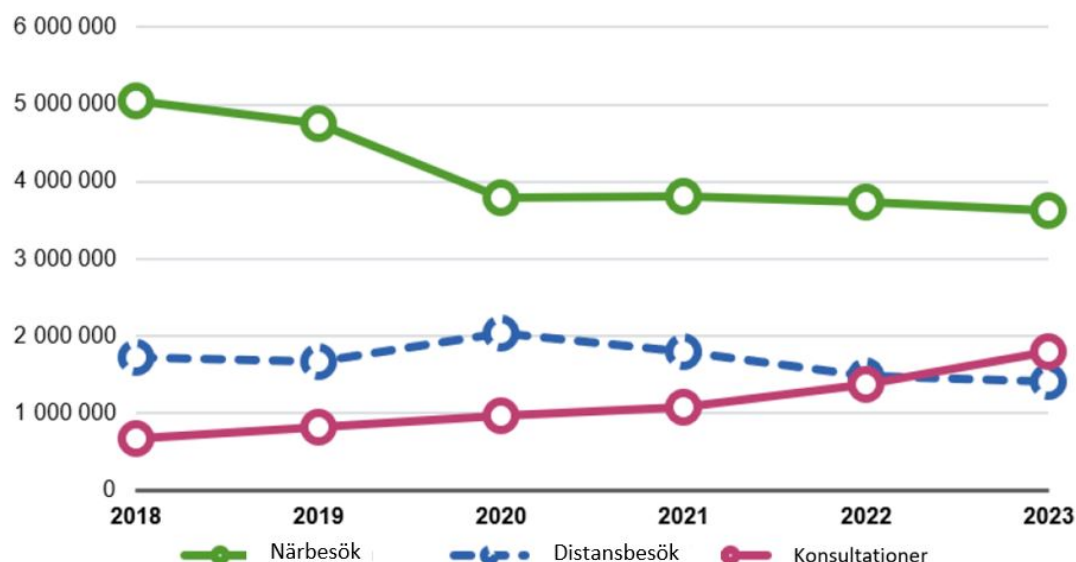
Tillgången till vård granskas i detta avsnitt i huvudsak utifrån THL:s senaste rapport om tillgången till vård (statistikrapporten Tillgången till vård inom primärvården våren 2024, THL:s statistikrapport 28/2024, THL <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024060343152>).

2.2.4.1 Överblick över tillgången till vård och dess utveckling över tid

Om inte något annat konstateras, omfattar de uppgifter som presenteras i avsnittet tillgången till vård såväl i välfärdsområdena som hos Studenternas hälsovårdsstiftelse och hälso- och sjukvården för fångar, samt både när- och distansmottagningar.

Inom den offentliga primärvården är det allt oftare en skötare som ger patienten vård med stöd av läkarkonsultation. Antalet läkarkonsultationer ökade under åren 2019–2023 samtidigt som närbesöken minskade. Från och med år 2021 har också antalet distansbesök minskat, så att antalet distansbesök hos läkare under åren 2022–2023 var mindre än under åren 2018–2019 som föregick coronapandemin. (Diagram 1).

Diagram 1. Antalen icke-brådskande närbesök och distansbesök hos läkare samt läkarkonsultationer inom den öppna sjukvården* under åren 2018–2023

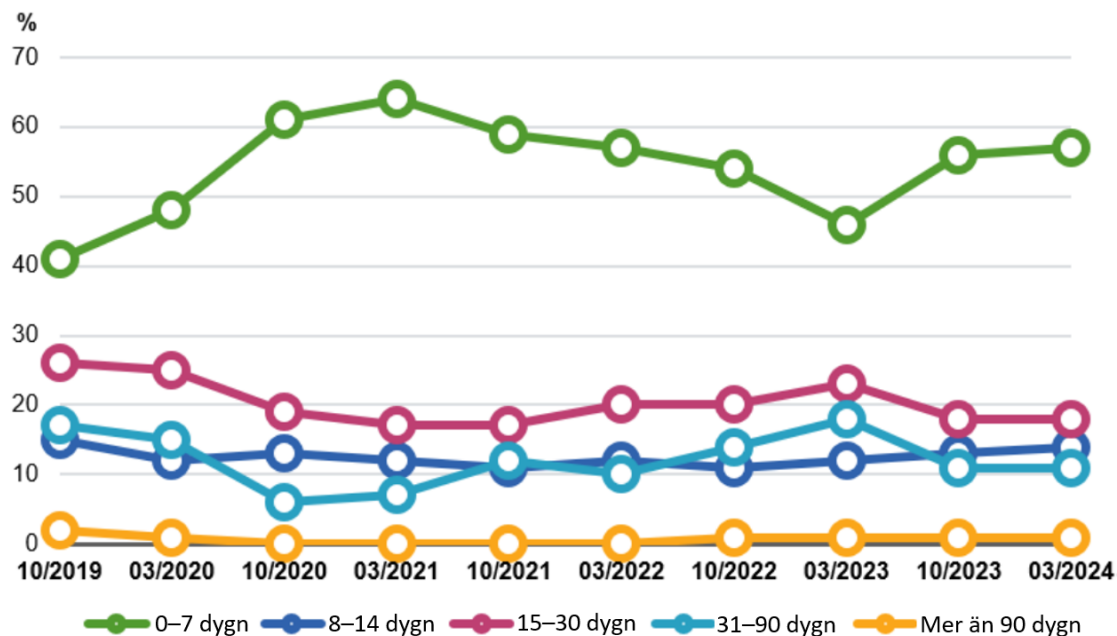


* Siffrorna innefattar individuella besök. Uppgifterna beträffande följande områden är i hög grad bristfälliga: Vanda (från år 2019 framåt), Helsingfors, Kervo och Grankulla (från år 2021 framåt).

I mars 2024 genomfördes 91 procent av vårdtillgångsbesöken inom primärvårdens öppna sjukvård hos en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inom 14 dygn, medan andelen i mars 2023 var 80 procent. Av de besök som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn sköttes 72 procent av sjukskötare eller hälsovårdare.

Efter att tidsgränserna för att få vård skärptes den 1 september 2023 fick patienterna inom primärvårdens öppna sjukvård tillgång till icke-brådskande vård hos en läkare samt undersökningar betydligt snabbare än förut. I mars 2024 genomfördes 71 procent av de icke-brådskande läkarbesöken inom primärvårdens öppna sjukvård inom två veckor från det att patienten tog kontakt och vårdbehovet bedömdes. Andelen var 13 procentenheter större än i mars 2023. Det var uttryckligen tillgången till läkarbesök som försnabbades mest genom skärpningen av tidsgränserna för att få vård. (Diagram 2).

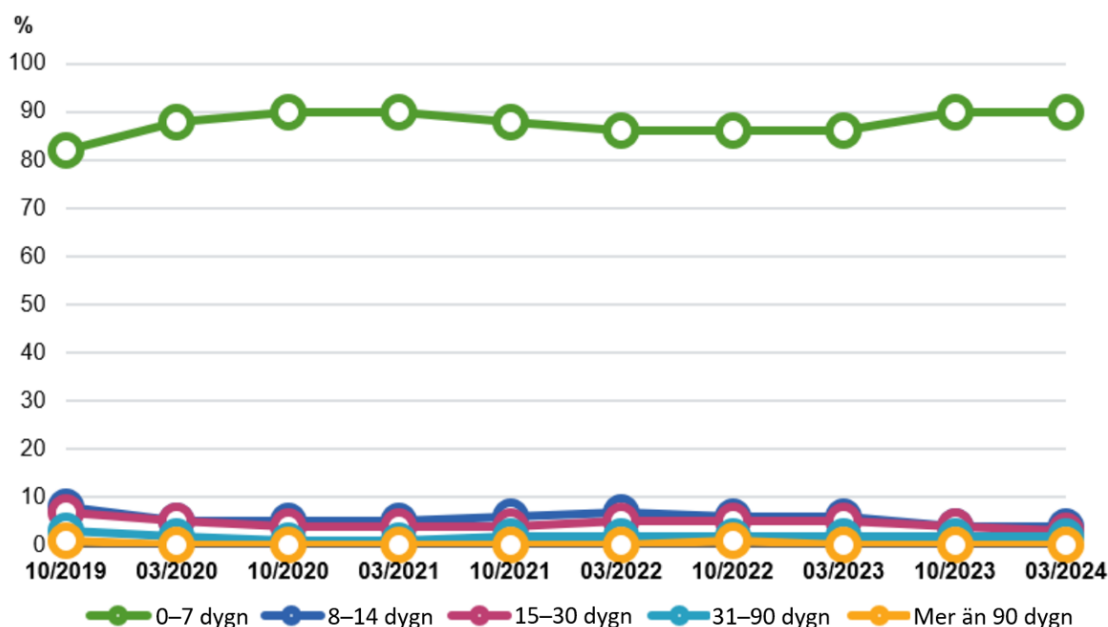
Diagram 2. Andelarna väntetider för icke-brådskande vårdtillgångsbesök* hos läkare inom den öppna sjukvården 10/2019–03/2024, %



* Siffrorna innefattar när- och distansbesök samt besök enligt den nya och den gamla lagstiftningen. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Det förekom betydligt färre långa väntetider till icke-brådslande öppen sjukvård hos sjukskötare och hälsovårdare än hos läkare. Den lagändring som innebar att tidsgränsen för det första vårdtillgångsbesöket skärptes från tre månader till 14 dygn den 1 september 2023 syntes i oktober 2023 i form av en ökning av andelen vårdtillgångsbesök som genomfördes inom en eller två veckor. Andelen vårdtillgångsbesök som genomfördes inom den längsta väntetiden på två veckor uppgick i mars 2024 till 95 procent, liksom i oktober 2023. I mars 2023 var andelen 92 procent, vilket innebär att vård erhöles snabbare än förut efter att tidsgränserna för att få vård hade skärpts. (Diagram 3).

Diagram 3. Andelen väntetider för icke-brådslande vårdtillgångsbesök* hos sjukskötare eller hälsovårdare inom den öppna sjukvården 10/2019–3/2024, %



* Siffrorna innefattar när- och distansbesök samt besök enligt den nya och den gamla lagstiftningen. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

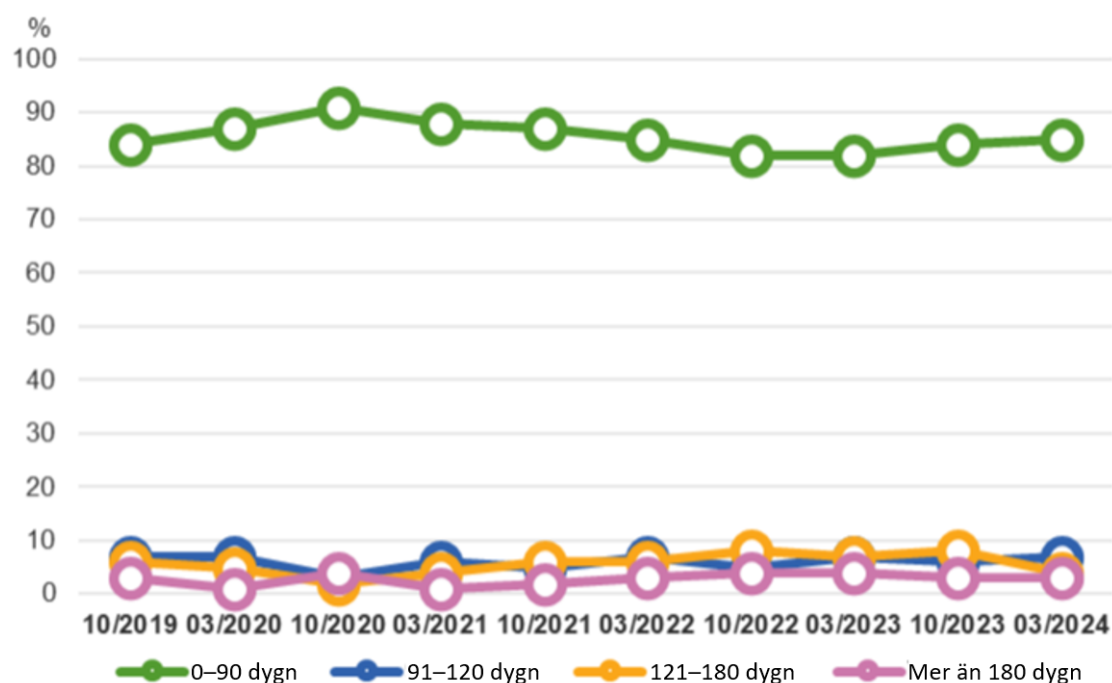
Antalet vårdtillgångsbesök som omfattades av den längsta väntetiden på 14 dygn var i mars 2024 åtta procentenheter större än i oktober 2023, vilket innebär att det inkom betydligt mer uppgifter till registret än förut.

I mars 2024 genomfördes 76 procent av uppföljningsbesöken hos läkare inom välfärdsområdenas öppna sjukvård inom den längsta väntetiden på sju dygn.

För en del av vårdtillgångsbesöken var den längsta föreskrivna väntetiden tre månader, exempelvis för hälsogranskningar för körkort. I mars 2024 genomfördes 99 procent av dessa besök inom den längsta väntetiden.

I mars 2023 genomfördes 89 procent av tandläkarbesöken inom fyra månader, medan andelen i mars 2024 var 92 procent. Man har emellertid inte lyckats nå samma andelar som för några år sedan. Under åren 2020–2021 fick 94 procent av dem som väntat på vård tillgång till vård inom fyra månader. (Diagram 4). Under dessa år var antalet tandläkarbesök som omfattades av vårdgarantin dock betydligt mindre. I mars 2020 var antalet besök ca 33 000 och i mars 2024 ca 46 000. Dessutom uppsköts under den tid covid-19-pandemin varade icke-brådskande vård under åren 2020–2021. Människor sökte sig emellertid till sådan vård som klassificerats som icke-brådskande, men som inte kunde vänta på att den längsta vårdgarantitiden nåtts.

Diagram 4. Andelen väntetider för icke-brådskande vårdtillgångsbesök* hos tandläkare inom mun- och tandvården 10/2019–03/2024, %

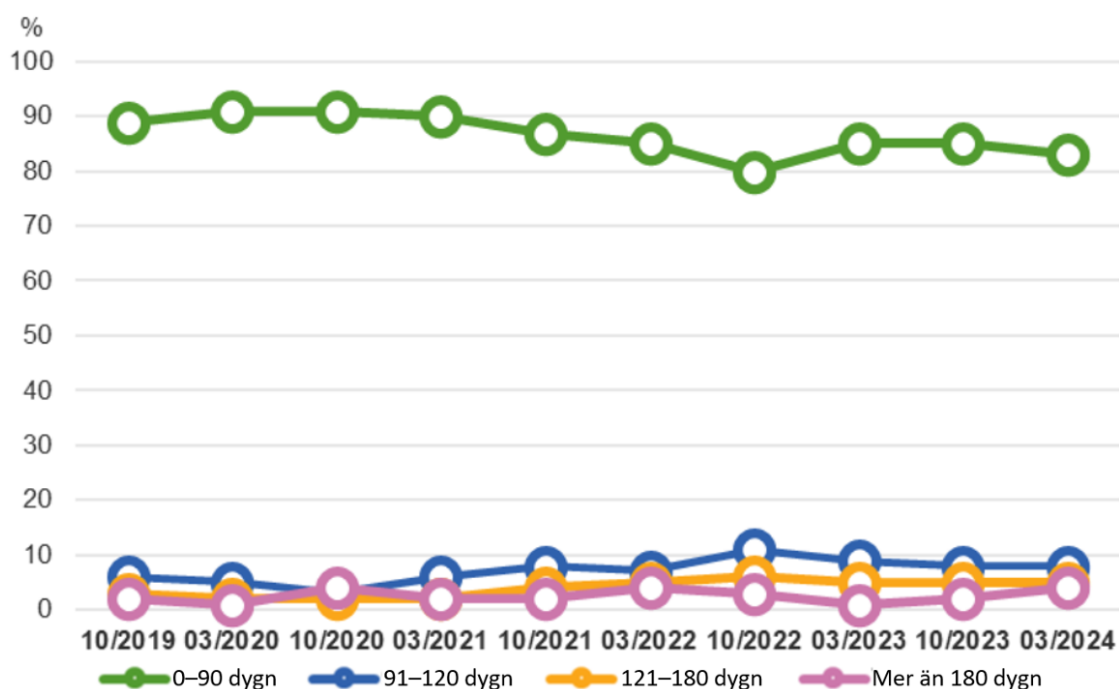


* Siffrorna innefattar när- och distansbesök samt besök enligt den nya och den gamla lagstiftningen. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Skärpningen av tidsgränserna den 1 september 2023, så att den längsta väntetiden för besök hos en munhygienist förkortades från sex månader till fyra månader, verkar inte ha förkortat väntetiderna. I oktober 2023 fick ca 93 procent av kunderna vård hos en munhygienist inom fyra månader, medan andelen i mars 2024 var 91 procent. Under åren 2020–2021 fick 95 procent av kunderna vård hos en munhygienist inom fyra månader. Antalet munhygienistbesök som omfattades av vårdgarantin var inte väsentligt lägre under coronapandemin. (Diagram 5). Från denna tidsperiod saknas uppgifter om munhygienistbesöken i Helsingfors, Vanda och Kervo

från och med oktober 2021. Orsaken till detta utgörs av patientinformationssystemets problem med överföring av yrkesuppgifter till THL.

Diagram 5. Andelen väntetider för icke-brådskande vårdtillgångsbesök* hos munhygienister inom mun- och tandvården 10/2019–03/2024, %



* Siffrorna innefattar när- och distansbesök samt besök enligt den nya och den gamla lagstiftningen. Från Kajanalands välfärdsområde saknas uppgifter, och från och med 10/2021 saknas uppgifter också från Helsingfors, Vanda och Kervo.

Av de uppföljningsbesök hos tandläkare som rapporterats i mars 2024 hade 59 procent genomförts inom fyra veckor i välfärdsområdena, men av dessa besök hade endast ett fåtal ännu registrerats hos välfärdsområdena (518 st.). Dessutom finns det skäl att notera att ett uppföljningsbesök hos en tandläkare enligt den gällande vårdgarantilagstiftningen alternativt kan genomföras inom fyra månader från den ursprungliga bedömningen av vårdbehovet. Av de uppföljningsbesök hos specialisttandläkare inom primärvården som rapporterats i mars 2024 hade 76 procent genomförts inom tre månader i välfärdsområdena, men också av dessa besök hade endast ett fåtal ännu registrerats hos välfärdsområdena (153 st.).

Covid-19-epidemin försvårade i mycket hög grad verksamheten inom primärvården under åren 2020–2021, samt försvårar användningen av registeruppgifter och statistiska uppgifter. Vårdutbudet inskränktes, men också efterfrågan minskade. Även om besöken för flera tjänsters del minskade, genomfördes inom primärvården också exempelvis covid-19-testning och vaccinerings, som i statistikföringen ses som besöksprestationer inom primärvårdens öppna sjukvård. Till följd av epidemin minskade antalet besök vid hälsocentralerna. Antalet fysiska

besök inom den öppna sjukvården vid hälsocentralerna, exklusive besöken hos privata tjänsteproducenter, minskade år 2020 med ca 17,5 procent jämfört med året innan. Besöksmängderna ökade så småningom från och med augusti 2020.

Inom primärvården minskade antalet besök till följd av covid-19-epidemin mest inom skol- och studerandehälsovården (24,6 procent), mun- och tandvården (21,3 procent) och inom fysioterapin (19,9 procent). Inom mun- och tandvården minskade besöken hos tandläkare med 18,4 procent, hos munhygienister med 29,3 procent och hos tandskötare med 15,3 procent. Även om man försökt hålla prestationer som hänför sig till hanteringen av covid-19-epidemin och vården av patienter åtskilda från den övriga verksamheten genom separat statistikföring, belastas uppgifterna i själva verket av en betydlig osäkerhet. Covid-19-prestationer kan ha registrerats inom den öppna sjukvården och inom den förebyggande hälso- och sjukvården, och på motsvarande sätt kan man under besök som statistikförts som covid-19 delvis ha skött även andra ärenden.

2.2.4.2 Tillgången till vård inom välfärdsområdenas öppna sjukvård

Enligt de uppgifter som inkommit till Avohilmo angående de vårdtillgångsbesök inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som på grundval av en bedömning av vårdbehovet utförd av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle genomföras inom 14 dygn hos en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården genomfördes 91 procent inom 14 dygn i mars 2024. Största delen av de vårdtillgångsbesök som skulle genomföras inom 14 dygn genomfördes redan inom en vecka.

Då läget i de olika välfärdsområdena granskas utifrån de vårdtillgångsbesök som på grundval av en bedömning av vårdbehovet utförd av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle genomföras inom 14 dygn var andelen besök som genomfördes inom den längsta väntetiden störst i Norra Karelens välfärdsområde (96 procent av vårdtillgångsbesöken). Det förekom överskridningar av den längsta väntetiden i alla välfärdsområden. Sämst var tillgången till vård inom den längsta väntetiden på 14 dygn i Södra Karelens välfärdsområde (66 procent av vårdtillgångsbesöken) och i Norra Österbottens välfärdsområde (70 procent av vårdtillgångsbesöken). (Tabell 6.)

Tabell 6. Andelarna vårdtillgångsbesök* inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som genomfördes inom 14 dygn i mars 2024, %

Välfärdsområde	0–14 dygn (%)
Norra Karelens välfärdsområde	96
Satakunta välfärdsområde	94
Mellersta Nylands välfärdsområde	94
Lapplands välfärdsområde	91
Södra Savolax välfärdsområde	91
Västra Nylands välfärdsområde	90

Kymmenedalens välfärdsområde	88
Birkalands välfärdsområde	88
Österbottens välfärdsområde	87
Södra Österbottens välfärdsområde	87
Mellersta Österbottens välfärdsområde	87
Norra Savolax välfärdsområde	86
Egentliga Finlands välfärdsområde	86
Helsingfors stad	86
Östra Nylands välfärdsområde	86
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	84
Vanda och Kervo välfärdsområde	82
Mellersta Finlands välfärdsområde	81
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	74
Norra Österbottens välfärdsområde	70
Södra Karelens välfärdsområde	66
Sammanlagt	88

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023, och samtliga legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Av de icke-brådskande vårdtillgångsbesöken hos läkare inom den öppna sjukvården genomfördes 58 procent inom den längsta väntetiden på två veckor i mars 2023 och 71 procent i mars 2024. Av läkarbesöken genomfördes 57 procent redan inom en vecka.

Enligt uppgifterna förekom överskridningar av de längsta väntetiderna i alla välfärdsområden och i Helsingfors. Andelen läkarbesök som genomfördes inom den längsta väntetiden på två veckor var minst i Helsingfors (42 procent) och störst i Norra Karelens välfärdsområde (93 procent). (Tabell 7.)

Tabell 7. Andelarna icke-brådskande läkarbesök* inom den öppna sjukvården som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn och andelarna besök som överskred den längsta väntetiden per välfärdsområde i mars 2024, %

Välfärdsområde	0–14 dygn (%)
Norra Karelens välfärdsområde	93
Satakunta välfärdsområde	88
Södra Österbottens välfärdsområde	84
Mellersta Nylands välfärdsområde	81
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	80
Egentliga Finlands välfärdsområde	77
Lapplands välfärdsområde	77
Birkalands välfärdsområde	74
Östra Nylands välfärdsområde	72
Västra Nylands välfärdsområde	71
Södra Savolax välfärdsområde	69
Österbottens välfärdsområde	67
Mellersta Finlands välfärdsområde	66
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	62
Norra Savolax välfärdsområde	61
Kymmenedalens välfärdsområde	61
Södra Karelens välfärdsområde	55
Mellersta Österbottens välfärdsområde	53
Norra Österbottens välfärdsområde	49
Vanda och Kervo välfärdsområde	44
Helsingfors stad	42
Sammanlagt	71

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Enligt de uppgifter som inkommit till Avohilmo från välfärdsområdena utfördes 42 procent av de läkarbesök inom den öppna sjukvården som skulle genomföras inom den längsta väntetiden på 14 dygn i form av distansbesök. Det fanns stora skillnader mellan välfärdsområdena i fråga om distansbesöken. I Norra Karelen genomfördes flest icke-brådiskande vårdtillgångsbesök hos läkare i form av distansbesök (70 procent). (Tabell 8.)

Tabell 8. Andelen vårdtillgångsbesök* hos läkare inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som genomfördes i form av distansbesök av alla vårdtillgångsbesök som skulle genomföras inom den längsta väntetiden på 14 dygn i mars 2024, %

Välfärdsområde	%
Mellersta Österbottens välfärdsområde	4
Norra Österbottens välfärdsområde	5
Södra Österbottens välfärdsområde	7
Helsingfors stad	7
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	13
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	14
Lapplands välfärdsområde	21
Vanda och Kervo välfärdsområde	23
Österbottens välfärdsområde	24
Mellersta Nylands välfärdsområde	30
Kymmenedalens välfärdsområde	31
Södra Savolax välfärdsområde	33
Mellersta Finlands välfärdsområde	38
Östra Nylands välfärdsområde	39
Södra Karelens välfärdsområde	41
Västra Nylands välfärdsområde	52
Egentliga Finlands välfärdsområde	52
Satakunta välfärdsområde	54
Norra Savolax välfärdsområde	57

Birkalands välfärdsområde	63
Norra Karelens välfärdsområde	70
Sammanlagt	42

* Bedömningen av vårdbehovet har utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Enligt de uppgifter som inkommit till Avohilmo angående de vårdtillgångsbesök som på grundval av en bedömning av vårdbehovet utförd av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle genomföras inom 14 dygn hos en sjukskötare eller hälsovårdare genomfördes 95 procent inom två veckor i mars 2024. Sämst var läget i Södra Karelens välfärdsområde (79 procent) och bäst i Helsingfors (99 procent) och i Norra Karelens välfärdsområde (98 procent). Överskridningar av de längsta väntetiderna förekom i samtliga välfärdsområden. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas. (Tabell 9.)

Tabell 9. Andelarna icke-brådslande vårdtillgångsbesök* hos sjukskötare eller hälsovårdare inom den öppna sjukvården som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn och andelarna besök som överskred den längsta väntetiden per välfärdsområde i mars 2024, %

Välfärdsområde	0–14 dygn (%)
Helsingfors stad	99
Norra Karelens välfärdsområde	98
Vanda och Kervo välfärdsområde	97
Mellersta Nylands välfärdsområde	97
Mellersta Österbottens välfärdsområde	97
Satakunta välfärdsområde	96
Kymmenedalens välfärdsområde	96
Västra Nylands välfärdsområde	96
Lapplands välfärdsområde	95
Södra Savolax välfärdsområde	95
Birkalands välfärdsområde	94
Egentliga Finlands välfärdsområde	93

Österbottens välfärdsområde	93
Norra Savolax välfärdsområde	92
Mellersta Finlands välfärdsområde	92
Östra Nylands välfärdsområde	92
Södra Österbottens välfärdsområde	91
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	91
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	89
Norra Österbottens välfärdsområde	87
Södra Karelens välfärdsområde	79
Sammanlagt	95

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Av de vårdtillgångsbesök hos sjukskötare eller hälsovårdare inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som genomfördes inom 14 dygn genomfördes 72 procent i form av distansbesök. Enligt de uppgifter som inkommit till Avohilmo förekom det stora skillnader mellan välfärdsområdena i fråga om distansbesöken. Största delen av de vårdhändelser som hörde till vårdtillgångsbesöken utfördes i form av distansbesök i Helsingfors (96 procent) samt i Vanda och Kervo välfärdsområde (91 procent), medan största delen av vårdtillgångsbesöken i Södra Österbottens och Södra Karelens välfärdsområden genomfördes i form av närbesök. (Tabell 10.)

Tabell 10. Andelen vårdtillgångsbesök* hos sjukskötare eller hälsovårdare inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som genomfördes i form av distansbesök av alla vårdtillgångsbesök som skulle genomföras inom den längsta väntetiden på 14 dygn i mars 2024, %

Välfärdsområde	%
Södra Österbottens välfärdsområde	8
Södra Karelens välfärdsområde	9
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	17
Norra Österbottens välfärdsområde	35
Österbottens välfärdsområde	40

Egentliga Tavastlands välfärdsområde	50
Lapplands välfärdsområde	60
Egentliga Finlands välfärdsområde	61
Mellersta Finlands välfärdsområde	64
Birkalands välfärdsområde	69
Mellersta Österbottens välfärdsområde	69
Kymmenedalens välfärdsområde	74
Östra Nylands välfärdsområde	75
Norra Savolax välfärdsområde	75
Norra Karelens välfärdsområde	76
Västra Nylands välfärdsområde	79
Mellersta Nylands välfärdsområde	80
Satakunta välfärdsområde	80
Södra Savolax välfärdsområde	86
Vanda och Kervo välfärdsområde	91
Helsingfors stad	96
Sammanlagt	72

* Bedömningen av vårdbehovet har utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Efter det första vårdtillgångsbesök som skulle genomföras inom 14 dygn skulle vid behov det följande läkarbesöket från och med den 1 september 2023 genomföras inom sju dygn. I mars 2024 genomfördes fortfarande mycket få sådana uppföljningsbesök hos läkare i välfärdsområdena (724 besök). Av uppföljningsbesöken hos läkare genomfördes 76 procent inom sju dygn från det att behovet av fortsatt vård hade konstaterats.

Av de vårdtillgångsbesök där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården hade bedömt att öppen sjukvård skulle tillhandahållas inom tre månader genomfördes 99 procent i mars 2024 inom den i lag angivna längsta väntetiden. (Tabell 11.)

Tabell 11. Andelen vårdtillgångsbesök* inom välfärdsområdenas öppna sjukvård som genomfördes inom tre månader i mars 2024, %

Välfärdsområde	0–3 månader (%)
Egentliga Finlands välfärdsområde	100
Satakunta välfärdsområde	100
Österbottens välfärdsområde	100
Västra Nylands välfärdsområde	100
Mellersta Nylands välfärdsområde	100
Helsingfors stad	100
Vanda och Kervo välfärdsområde	99
Norra Savolax välfärdsområde	99
Norra Österbottens välfärdsområde	99
Norra Karelens välfärdsområde	99
Birkalands välfärdsområde	99
Lapplands välfärdsområde	99
Östra Nylands välfärdsområde	99
Mellersta Finlands välfärdsområde	98
Södra Savolax välfärdsområde	95
Sammanlagt	99

* Bedömningen av vårdbehovet har utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från sju välfärdsområden saknas.

2.2.4.3 Tillgången till vård inom välfärdsområdenas mun- och tandvård

Detta avsnitt innefattar uppgifter om tillgången till mun- och tandvård i välfärdsområdena och hos Helsingfors stad. Täckningen för uppgifterna om tillgången till vård i Kajanalands välfärdsområde är så liten att uppgifterna inte presenteras i tabellerna eller diagrammen. Helsingfors stad samt Vanda och Kervo välfärdsområde har på grund av problem med patientinformationssystemet från och med oktober 2021 sänt uppgifter om munhygienistbesök som uppgifter om tandskötarbesök. Dessa uppgifter saknas därför från de uppgifter som presenteras om munhygienistbesöken.

I detta avsnitt utförs en samlad granskning av antalet besök som genomförts enligt den gamla hälso- och sjukvårdslagen som gällde fram till den 31 augusti 2023 och den nya lag som trädde i kraft den 1 september 2023. De besök som genomförts enligt den tidigare lagen, där alltså bedömningen av vårdbehovet hade utförts före den 1 september 2024 och besöket genomfördes i mars 2024, var samtliga sådana där väntetiden överskred sex månader. Av de icke-brådskande mottagningsbesök hos yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården som föranleddes av ett nytt problem genomfördes 93 procent i mars 2024 inom den längsta väntetiden på fyra månader. (Tabell 12.) Jämfört med situationen ett år tidigare, i mars 2023, var andelen vårdtillgångsbesök som genomfördes inom den längsta väntetiden på fyra månader tre procentenheter större.

I mars 2024 genomfördes 93 procent av tandläkarbesöken inom den längsta väntetiden på fyra månader. Denna andel var tre procentenheter större än året innan, i mars 2023.

I mars 2024 genomfördes 91 procent av munhygienistbesöken inom den längsta väntetiden på fyra månader, medan andelen i mars 2023 var 94 procent.

Då läget i mars 2024 granskas per välfärdsområde verkade andelen besök som genomfördes inom den längsta väntetiden på fyra månader vara störst i Mellersta Österbottens välfärdsområde (100 procent), men täckningen beträffande andelen besök som omfattades av uppföljningen var tämligen liten (9 procent). Mer än 97 procent av besöken genomfördes inom fyra månader efter det att vårdbehovet hade bedömts förutom i Mellersta Österbottens även i Päijänne-Tavastlands, Mellersta Finlands och Egentliga Tavastlands välfärdsområden. Minst var andelen besök som genomfördes inom den längsta väntetiden på fyra månader i Österbottens välfärdsområde (73 procent).

Tabell 12. Andelarna väntetider för icke-brådskande vårdtillgångsbesök* per välfärdsområde, beträffande samtliga yrkesgrupper, i mars 2024, %

Välfärdsområde	0–4 månader (%)
Mellersta Österbottens välfärdsområde	100
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	99
Mellersta Finlands välfärdsområde	98
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	98
Norra Karelens välfärdsområde	97
Vanda och Kervo välfärdsområde	97
Östra Nylands välfärdsområde	97
Lapplands välfärdsområde	96
Södra Karelens välfärdsområde	96

Norra Österbottens välfärdsområde	96
Västra Nylands välfärdsområde	95
Södra Österbottens välfärdsområde	95
Södra Savolax välfärdsområde	94
Satakunta välfärdsområde	93
Kymmenedalens välfärdsområde	91
Mellersta Nylands välfärdsområde	89
Egentliga Finlands välfärdsområde	88
Helsingfors stad	85
Norra Savolax välfärdsområde	84
Birkalands välfärdsområde	81
Österbottens välfärdsområde	73
Sammanlagt	93

* Den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 september 2023 har inte beaktats. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas.

Om en patient på grundval av en bedömning av vårdbehovet först hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterade behov av undersökning eller vård hos en tandläkare, skulle det enligt 51 b § i lagen om hälso- och sjukvård från och med den 1 september 2023 ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom fyra månader från det att patienten ursprungligen tog kontakt och vårdbehovet bedömdes. Registreringen av dessa besök förutsatte att serviceproducenten använde sig av den klassificering av resultaten av bedömningen av servicebehovet som krävdes i och med den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 september 2023. Ännu i oktober saknades denna klassificering i en del av patientinformationssystemen. I mars 2024 hade det under loppet av fyra veckor registrerats sammanlagt 518 uppföljningsbesök hos tandläkare i välfärdsområdena, varav 59 procent hade genomförts inom mindre än fyra veckor.

Om en tandläkare konstaterade behov av en undersökning eller vård hos en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, skulle det enligt 51 b § i lagen om hälso- och sjukvård från och med den 1 september 2023 ordnas tillgång till en specialisttandläkare inom skäligen tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten. Registreringen av dessa besök förutsatte att serviceproducenten använde sig av den klassificering av resultaten av bedömningen av servicebehovet som krävdes i och med den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 september 2023. Ännu i oktober saknades denna

klassificering i en del av patientinformationssystemen. I mars 2024 hade det genomförts sammanlagt 153 uppföljningsbesök hos specialisttandläkare inom primärvården i välfärdsområdena, varav 76 procent hade genomförts inom mindre än tre månader.

2.2.4.4 Tillgången till välfärdsområdenas övriga tjänster inom primärvårdens öppna vård

I detta avsnitt rapporteras uppgifter om de vårdtillgångsbesök i välfärdsområdena för vars del bedömningen av vårdbehovet utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas helt och hållet.

När det gäller välfärdsområdenas övriga serviceformer, utöver den öppna sjukvården och mun- och tandvården, genomfördes i mars 2024 ca 85 000 sådana vårdtillgångsbesök hos legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården där vård enligt bedömning av en yrkesutbildad person skulle ges inom 14 dygn. Då samtliga vårdtillgångsbesök som införts i registret räknas samman framgick det att det procentuellt sett förekom mest överskridningar av den längsta väntetiden på 14 dygn i samband med genomförandet av kostterapi (69 procent), talterapi (38 procent), fysioterapi (27 procent) och mentalvårdstjänster (27 procent) (Tabell 13).

Tabell 13. Andelarna vårdtillgångsbesök* hos olika serviceformer inom välfärdsområdenas primärvård som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn i mars 2024, %

Serviceform	0–14 dygn (%)
Mödrarrådgivning	99
Hemsjukvård	98
Hjälpmedelstjänst	97
Skolhälsovård	97
Hemsjukhus	96
Barnrådgivning	95
Övrig hälso- och sjukvård	89
Missbrukarvård	88
Fostrings- och familjerådgivning	88
Studerandehälsovård	87
Ergoterapi	81
Övriga rådgivningstjänster	81
Övrig rehabilitering och specialterapi	76

Mentalvårdsarbete	73
Fysioterapi	73
Talterapi	62
Kostterapi	31

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023. Uppgifter från Kajanalands välfärdsområde saknas. I tabellen anges de serviceformer för vars del det fanns mer än 150 vårdtillgångsbesök. Bristerna rörande olika serviceformer har beskrivits i texten.

2.2.4.5 Tillgången till vård hos Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS)

I mars 2024 varierade andelen vårdtillgångsbesök hos läkare som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn mellan 28 procent inom det område som omfattas av SHVS Öst och 91 procent hos enheten för digitala tjänster och distanstjänster. Största delen av de vårdtillgångsbesök som genomfördes inom den längsta väntetiden genomfördes redan inom en vecka. Det förekom överskridningar av tidsgränserna hos alla SHVS:s enheter. (Tabell 14.) Av de vårdtillgångsbesök hos läkare för vars del den längsta väntetiden var 14 dygn genomfördes 49 procent i form av distansbesök.

Tabell 14. Andelarna icke-brådskande vårdtillgångsbesök* hos läkare inom SHVS:s sjukvård som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn i mars 2024, %

SHVS:s område	0–14 dygn (%)
SHVS Digitala tjänster	91
SHVS Mellersta	57
SHVS Nord	54
SHVS Syd	50
SHVS Väst	42
SHVS Öst	28
Sammanlagt	57

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023.

I mars 2024 varierade andelen vårdtillgångsbesök hos sjukskötare eller hälsovårdare som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn mellan 67 procent inom det område som omfattas av SHVS Nord och 96 procent hos enheten för digitala tjänster och distanstjänster. Största delen av de besök som genomfördes inom den längsta väntetiden genomfördes redan inom en vecka. Det förekom överskridningar av den längsta väntetiden på 14 dygn hos alla SHVS:s enheter. (Tabell 15.) Av de vårdtillgångsbesök hos sjukskötare eller hälsovårdare för vars del den längsta väntetiden var 14 dygn genomfördes 57 procent i form av distansbesök.

Tabell 15. Andelarna icke-brådsakande vårdtillgångsbesök* hos sjukskötare eller hälsovårdare inom SHVS:s sjukvård som genomfördes inom den längsta väntetiden på 14 dygn i mars 2024, %

SHVS:s område	0–14 dygn (%)
SHVS Digitala tjänster	96
SHVS Väst	90
SHVS Syd	86
SHVS Mellersta	82
SHVS Öst	76
SHVS Nord	67
Sammanlagt	83

* Siffrorna innefattar när- och distansbesök som föregicks av en bedömning av vårdbehovet som utförts efter den 1 september 2023.

Av de vårdtillgångsbesök hos övriga legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården hos SHVS som genomfördes inom 14 dygn var största delen i mars 2024 besök hos fysioterapeuter och ergoterapeuter. Av vårdtillgångsbesöken hos dessa yrkesgrupper genomfördes 81 procent inom 14 dygn.

Efter det första vårdtillgångsbesök som skulle genomföras inom 14 dygn skulle vid behov det följande läkarbesöket genomföras inom sju dygn. I mars 2024 genomfördes 258 sådana uppföljningsbesök hos läkare hos SHVS, varav 24 procent genomfördes inom den längsta väntetiden på sju dygn.

I mars 2024 genomfördes alla vårdtillgångsbesök inom SHVS:s studerandehälsovård för vars del den längsta väntetiden var tre månader (ca 2 300 besök) inom den föreskrivna väntetiden, fränsett ett besök.

Av besöken hos alla yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården genomfördes 97 procent inom fyra månader efter bedömningen av vårdbehovet. (Tabell 16.)

Tabell 16. Andelarna mun- och tandvårdsbesök hos yrkesutbildade personer inom SHVS:s mun- och tandvård som genomfördes inom den längsta väntetiden på fyra månader i mars 2024, %

SHVS:s område	0–4 månader (%)
SHVS Öst	99
SHVS Väst	99
SHVS Syd	98
SHVS Nord	98
SHVS Mellersta	90
Sammanlagt	97

* Den ändring av hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 september 2023 har inte beaktats.

I mars 2024 registrerades åtta uppföljningsbesök hos specialisttandläkare inom primärvården hos SHVS:s serviceproducenter. Samtliga besök genomfördes inom tre månader.

2.2.4.6 Tillgången till vård inom hälso- och sjukvården för fångar

Inom hälso- och sjukvården för fångar genomfördes i mars 2024 sammanlagt 274 vårdtillgångsbesök inom den längsta väntetiden på 14 dygn, varav 191 var besök hos sjukvårdare eller hälsovårdare och 83 var besök hos läkare. Av de vårdtillgångsbesök för vars del den längsta väntetiden var 14 dygn genomfördes 66 procent av läkarbesöken inom den föreskrivna tiden och 91 procent av besöken hos sjukskötare eller hälsovårdare inom den föreskrivna tiden.

I mars 2024 genomfördes 137 sådana icke-brådskande mun- och tandvårdsbesök inom hälso- och sjukvården för fångar som föranleddes av ett nytt problem, varav 103 var tandläkarbesök. Samtliga 137 besök genomfördes i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen inom den längsta väntetiden på fyra månader.

2.2.5 Faktiska kostnader för skärpningen av vårdgarantin

För den gradvisa skärpningen av vårdgarantin (RP 74/2022 rd) och dess verkställighet anvisades sammanlagt 73 miljoner euro för år 2023, 117 miljoner euro för år 2024, 130 miljoner euro för år 2025 och 128 miljoner euro från och med år 2026 (siffrorna enligt nivån 2023). Största delen av denna finansiering riktades till välfärdsområdena och resten till SHVS, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottsförklaringsmyndigheten samt tillsynsmyndigheterna för hälso- och sjukvården.

Då det senare föreskrevs om en bestående längsta väntetid på 14 dygn för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård och den tidigare föreskrivna gradvisa skärpningen av den längsta

väntetiden till sju dygn slopades (RP 55/2023 rd), minskades finansieringen till välfärdsområdena med 5 miljoner euro 2024 och med 30 miljoner euro från och med år 2025 (siffrorna enligt nivån år 2024). Finansieringen till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och finansieringen till SHVS minskades med 0,3 miljoner euro vardera från och med år 2025 (siffrorna enligt nivån 2024).

I motiveringen till regeringens proposition 74/2022 rd konstaterades det att bedömningen av propositionens konsekvenser visat sig vara exceptionellt komplicerad och utmanande, eftersom bakgrunden påverkas av flera samtidiga och svårbedömda förändringsfaktorer samt av deras samlade effekter, som tidsmässigt och regionalt kan inverka på olika sätt och i olika riktningar. I propositionen konstaterades det även att det inte varit möjligt att till grund för konsekvensbedömningen producera en sådan tillförlitlig och uppdaterad faktabas där förändringarna i verksamhetsmiljön beaktats och utifrån vilken det skulle ha varit möjligt att exakt förutse de ekonomiska konsekvenserna av skärpningarna av vårdgarantin vid deras ikraftträdande eller därefter.

I regeringens proposition 74/2022 rd bedömdes skärpningen av vårdgarantin föranleda engångskostnader och bestående kostnader exempelvis i anslutning till avvecklandet av köer och andra åtgärder som innebär förändringar. De bestående kostnaderna bedömdes höra samman med behoven av att rekrytera mer personal, köpa tjänster, skapa nya arrangemang med servicesedlar samt investera i nya digitala lösningar. De faktiska beloppen av dessa kostnader undersöktes genom en särskild enkät riktad till välfärdsområdena i maj 2024. De svar som erhöles från välfärdsområdena gav dock inte som stöd för tjänstemannaberedningen någon entydig bild av vilka belopp som skärpningen av vårdgarantin under åren 2023 och 2024 medfört för välfärdsområdena. Svaren från många välfärdsområden gav vid handen att det använts mindre pengar för genomförandet av vårdgarantin än vad som beviljats för genomförandet av skärpningen. Av enkätsvaren framgick det att det i detta skede är svårt att uppskatta kostnadernas belopp, eftersom den nya vårdgarantilagstiftningen varit gällande bara en kort tid. Dessutom ansågs kostnaderna vara förknippade med det allmänna utvecklandet av verksamheten inom primärvården och de digitala tjänsterna, varvid det är utmanande att uppskatta kostnadernas belopp och vilken del av dem som hänför sig till genomförandet av vårdgarantin. Detta ligger i linje med den respons som erhöles under remissbehandlingen (se avsnitt 6), där det dessutom framfördes att man delvis har blivit tvungen att rikta den finansiering som erhållits med anledning av skärpningen av vårdgarantin till annan verksamhet inom välfärdsområdena än primärvården.

I de remissvar som erhöles i samband med remissbehandlingen av regeringens proposition 74/2022 rd ansågs det emellertid allmänt att man i propositionsutkastet i någon mån eller uppenbart hade gjort en alltför liten uppskattning av de kostnader som skärpningen av vårdgarantin skulle orsaka välfärdsområdena. I största delen av remissvaren ansågs det att uppskattningen av de behövliga ekonomiska tilläggsresurserna i någon mån eller uppenbart var alltför liten. På grundval av remissvaren justerades ökningen av välfärdsområdenas finansiering uppåt.

Utifrån välfärdsområdenas serviceklassspecifika bokslutsuppgifter för år 2023 verkar kostnaderna för primärvården ha ökat mer än kostnaderna för den specialiserade sjukvården, men det kan finnas flera orsaker till detta. Också de uppgifter som välfärdsområdena rapporterat i olika sammanhang samt vissa utredningar tyder på att exempelvis anlitandet av hyrd arbetskraft inom välfärdsområdena år 2023 kostat betydligt mer än vad som uppskattats på

förhand¹². Även under remissbehandlingen konstaterades det i enskilda remissinstansers ställningstaganden att den strama vårdgarantin har tvingat välfärdsområdena att skaffa köptjänster och hyrd arbetskraft till ett mycket högt pris i en situation där det råder brist på arbetskraft (se avsnitt 6). Inte ett enda av välfärdsområdena har heller till fullo lyckats iakttä de skärpta längsta väntetiderna för tillgång till vård, och man kan därmed anta att det skulle kosta mer än den använda summan att iakttä tidsfristerna fullt ut.

Under den tid beredningen av propositionen har pågått har kostnaderna för verkställigheten av den skärpta vårdgarantin granskats i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet, bland annat med hjälp av välfärdsområdenas serviceklassspecifika bokslutsuppgifter från år 2023 och remissvaren. Beträffande ökningen av kostnaderna för primärvården undersöktes och analyserades den kontospecifika informationen rörande välfärdsområdenas serviceklasser, men på grund av de utmaningar som berör informationens tillförlitlighet och jämförbarhet går det inte i detta sammanhang att på grundval av analysen dra tillräckligt tillförlitliga slutsatser om faktiska kostnader som föranletts av skärpningen av vårdgarantin.

2.3 Läget i de offentliga finanserna i Finland

Skuldkvoten i Finlands offentliga finanser har ökat kraftigt under de senaste 15 åren och den ekonomiska utvecklingen har varit klart svagare än i jämförelseländerna allt sedan 2022. Den svagare utvecklingen har framför allt berott på att tjänsteexporten och byggandet har minskat. Försörjningskvoten har dessutom försämrats, vilket har lett till att den offentliga sektorns utgifter har ökat snabbare än inkomsterna och att det har uppstått ett stort strukturellt underskott i de offentliga finanserna. Det ökande skuldbeloppet tillsammans med den höga räntenivån medför dessutom en betydande ökning av statens utgifter för skuldhantering.

Ett strukturellt problem för Finlands ekonomi är en svag produktivitetstillväxt. År 2024 uppgår underskottet i de offentliga finanserna till cirka 11,4 miljarder euro, och de offentliga utgifterna belastas i synnerhet av flera tidigare beslut om åtgärder, ökade ränteutgifter och flera stora upphandlingar i anslutning till säkerheten. Statsförvaltningen, kommunerna och välfärdsområdena uppvisar alla ett underskott och skulderna ökar för varje år.

Enligt regeringsprogrammet för Petteri Orpos regering är regeringens mål att saldot i de offentliga finanserna ska förbättras så att underskottet är högst 1 procent av bruttonationalprodukten. För att uppnå detta mål åtog sig regeringen i det regeringsprogram som blev klart i juni 2023 att under regeringsperioden fatta beslut som stärker de offentliga finanserna med ett nettobelopp på 6 miljarder euro beräknat på 2027 års nivå. Efter att regeringsprogrammet godkändes försvagades dock Finlands offentliga finanser, och anpassningsåtgärderna i regeringsprogrammet var inte tillräckliga för att säkerställa en stabilisering av skuldkvoten i de offentliga finanserna före 2027. Därför fattade regeringen vid ramförhandlingarna den 15–16 april 2024 beslut om ytterligare åtgärder som stärker de offentliga finanserna med cirka 3 miljarder euro. Den nya helheten består av besparingar och skattehöjningar och utgör cirka 1 procent i förhållande till totalproduktionen. Dessutom fattade regeringen också beslut om reformer som stöder främjandet av investeringar och ekonomisk

¹² Se till exempel rapporten av nätverket för utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:8.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>.

tillväxt. De ovan beskrivna anpassningsåtgärder som regeringen beslutat om förbättrar läget i de offentliga finanserna, men räcker inte till för att vända skuldsättningen ännu i år.

Den åldrande befolkningen sätter stor press på hållbarheten inom de offentliga finanserna på längre sikt. År 2022 utgjorde de åldersrelaterade utgifterna 43 procent (34,1 miljarder euro) av de totala utgifterna på 80 miljarder euro för social trygghet. De åldersrelaterade utgifterna består till största delen av ålderspensioner. Ökningen i serviceutgifterna förklaras av den kontinuerliga ökningen av andelen personer över 65 år samt av strukturförändringar. Åldreservicens struktur har förändrats under de senaste tio åren så att en allt större andel av dem som fyllt 75 år är klienter inom serviceboende med heldygnsomsorg, medan deras andel inom långvarig vård på ålderdomshem och på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar har minskat. (Källa: Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 8/2024)

Välfärdsområdenas finansiering uppgår till sammanlagt cirka 24,3 miljarder euro på riksnivå 2024. Jämfört med finansieringen 2023 ökar finansieringen med cirka 1,2 miljarder euro, när man har beaktat höjningarna enligt finansieringslagen och universitetssjukhustilläggets nettoeffekt. Utgifterna för hälso- och sjukvård i förhållande till bruttonationalprodukten har ökat systematiskt under de senaste åren, och i synnerhet utgifterna för öppenvården inom den specialiserade somatiska sjukvården och öppenvården inom primärvården har ökat.

En hållbar finansiering av välfärdstjänsterna förutsätter att kostnadsutvecklingen blir långsammare än hittills och långsammare än vad som förutspåts. Därigenom säkerställs tillgången till välfärdstjänster även i framtiden. Eftersom behovet av social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendets tjänster kommer att öka betydligt under detta årtionde i synnerhet till följd av att befolkningen blir allt äldre, behöver ökningen av välfärdsområdenas kostnader långsiktigt dämpas för att säkerställa en hållbar finansiering för välfärdssamhällets tjänster. Det centrala är att förbättra tjänsternas kostnadsnyttoeffekt till exempel genom att utveckla servicestrukturen.

2.4 Uppnående av målen med skärpningen av vårdgarantin samt slutsatser

Det har länge funnits utmaningar när det gäller tillgången till primärvårdstjänster i Finland. Befolkningen upplever att väntetiderna för att få vård är för långa, vilket märks i kundnöjdhetssenkäter och i form av minskat förtroende för den offentliga hälso- och sjukvården. Om undersökningar och vård fördröjs kan det dessutom leda till ett större servicebehov än om vården och rehabiliteringen ges i rätt tid, och långa väntetider kan också öka den oändamålsenliga användningen av jourtjänster och kostnaderna i anslutning till köhanteringen. Under olika regeringsperioder har man på flera olika sätt strävat efter att förbättra tillgången till öppen sjukvård och mun- och tandvård inom primärvården.

Nya verksamhetssätt och digitala tjänster har utvecklats bland annat med hjälp av statsunderstödsprojekt inom ramen för programmet Framtidens social- och hälsocentral, programmet för hållbar tillväxt och EU:s facilitet för återhämtning och resiliens (RRF) (beskrivs närmare i avsnitt 2.2.1 och i RP 74/2022 rd, avsnitt 2.4, s. 64–65). Till exempel vid Studenternas hälsovårdsstiftelse har man med statsunderstöd utvecklat tjänsterna inom ramen för en digital mentalvårdsklinik så att de motsvarar högskolestuderandenas ökade och fortsatt höga efterfrågan på mentalvårdstjänster.

Man är medveten om att orsakerna till de långa väntetiderna och den dåliga tillgången till primärvård och mun- och tandvård varierar från region till region och att en enda åtgärd eller modell inte kan resultera i en bra lösning i hela Finland. Man måste beakta befolkningens servicebehov och beteende samt regionens servicestruktur och särdrag för att hitta de mest

optimala verksamhetsmodellerna för varje region. Velfärdsområdena har själva bäst förmåga att bedöma vilka verksamhetsmodeller som är bäst lämpade och har störst effekt när det gäller att förbättra tillgången till vård. I praktiken har flera av de ovan beskrivna nya verksamhetsmodellerna och tjänsterna tagits i bruk eller håller på att införas i alla regioner. I stället för en strikt normreglering har velfärdsområdena önskat en möjlighet att inom ramen för sin självstyrelse ordna sin verksamhet på det sätt som är mest ändamålsenligt med tanke på hela servicesystemet och som beaktar regionala särdrag.

En förkortning av de längsta väntetiderna genom lagstiftning har varit ett sätt att försöka förbättra tillgången till vård. När det stegvis föreskrevs om en vårdgaranti inom primärvårdens öppna sjukvård på först 14 dygn och därefter på 7 dygn samt om en vårdgaranti inom mun- och tandvården på först 4 månader och därefter på 3 månader var syftet att stärka basservicen inom hälso- och sjukvården och att förbättra tillgången till tjänster. Genom snabbare tillgång till tjänster kan anhopade och utdragna problem förebyggas och behovet av tjänster på specialnivå minskas. Fördröjd tillgång till vård kan försämra kundens situation och komplicera behandlingen av många hälsoproblem och på så sätt öka kostnaderna. Syftet med regleringen var också att minska velfärds- och hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna genom att förbättra tillgången till vård och medborgarnas jämlikhet. (RP 74/2022 rd, avsnitt 3).

Målen med en vårdgaranti på 14 dygn inom primärvårdens öppna sjukvård har uppnåtts på ett nöjaktigt sätt, om än variationerna mellan velfärdsområdena är stora. Det finns få statistikuppgifter om hur vårdgarantin på 14 dygn påverkar andra hälsovårdstjänster eller tillgången till dem. Vissa velfärdsområden har redan sett tecken på att antalet jourbesök minskar, men det är ännu för tidigt att noggrant bedöma vilka konsekvenser skärpningen av vårdgarantin har för jourtjänsterna och andra hälso- och sjukvårdstjänster, till exempel för mängden bäddavdelningsvård, kontinuiteten i vården eller den specialiserade sjukvården. Det är svårt att bedöma vilka direkta eller indirekta sammantagna ekonomiska konsekvenser skärpningen av vårdgarantin har för velfärdsområdena.

Skärpningen av vårdgarantin inom mun- och tandvården har påskyndat utvecklandet och ibruktagandet av nya och mer kostnadsnyttoeffektiva verksamhetsmodeller. Förkortningen av den längsta väntetiden för att få icke-brådskande vård från sex till fyra månader har jämnat ut de regionala skillnaderna i tillgången till vård och på så sätt ökat jämlikheten mellan medborgarna. Skillnaden mellan väntetiderna för att få vård inom den offentliga och den privata mun- och tandvården har minskat. Detta har för sin del ökat jämlikheten i och med att personer i en svagare socioekonomisk ställning som inte har möjlighet att anlita privata tjänster inte längre behöver vänta på icke-brådskande vård rentav sex månader längre än personer som anlitar privata tjänster. Vissa velfärdsområden har redan sett tecken på att antalet jourbesök minskar, men det är ännu för tidigt att närmare bedöma hur den skärpta vårdgarantin inom mun- och tandvården och därmed möjligheten att lättare få vård i rätt tid har påverkat användningen av jourtjänster eller behovet av mer krävande tjänster. Båda har bedömts minska med tiden. Det har varit svårt att nå en längsta väntetid på tre månader i synnerhet för vård som ges av en specialisttandläkare. Alla velfärdsområden har inte kunnat köpa tjänster, eftersom det inte finns något utbud. Priserna på de tjänster som köps har också stigit.

Skärpningen av vårdgarantin har medfört ett ökat tryck på personalen att klara av arbetet inom de lagstadgade längsta väntetiderna, i och med att det råder brist på alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. En känsla av att det inte är möjligt att utföra arbetet till alla delar väl försämrar välbefinnandet i arbetet. Detta kan i sin tur försämra produktiviteten och öka intresset för deltidsarbete, vilket försvårar situationen ytterligare.

En eventuell negativ konsekvens av att de snäva längsta väntetiderna endast gäller den första vårdhändelsen har bedömts vara att kontinuiteten i vården lider, eftersom resurserna och målen enbart fokuserar på en snabb tillgång till vård. En detaljerad normering kan alltså bidra till att ett mål uppnås (exempelvis tillgången till den första vårdhändelsen) men försvåra uppnåendet av ett annat mål (exempelvis kontinuiteten i vården). Samtidigt behövs det dock en viss normstyrning i fråga om de längsta väntetiderna för att jämlikheten ska tryggas vid uppfyllandet av de valda minimikraven. Det bör noteras att en patient oberoende av de föreskrivna längsta väntetiderna för att få vård ska få vård inom den tid som hälsotillståndet förutsätter. Så har i regel också skett både under tiden för den tidigare vårdgarantin på tre månader och den tidigare vårdgarantin inom mun- och tandvården på sex månader samt under tiden för den nuvarande skärpta vårdgarantin på 14 dygn och fyra månader. Även om det alltså föreskrivs om de längsta väntetiderna för att få vård, är det inte fråga om att en person i själva verket vanligen får vård först efter en lång väntetid. Den längsta väntetiden är inte kategoriskt den faktiska väntetiden för att få vård. När man granskar väntetiderna för att få vård före den 1 september 2023 är det samtidigt dock skäl att notera att informationen om den kommande skärpningen av vårdgarantin redan flera år innan den trädde i kraft försnabbade tillgången till vård, eftersom anordnarna var tvungna att förbereda sig på den kommande skärpningen genom satsningar på tillgången till vård.

När vårdgarantin inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvård skärptes var bedömningen att fördelar uppnås i form av minskad användning av specialiserad sjukvård, oändamålsenliga sjukhusperioder och jourtjänster. Det är dock svårt att bedöma konsekvenserna, eftersom den skärpta vårdgarantin har varit i kraft endast en kort tid, det kunskapsunderlag som möjliggör en analys av orsakssambandet är bristfälligt och servicesystemet fortfarande belastas av att vården och servicen även inom den specialiserade sjukvården är svårt eftersatt. Således är det till exempel vid en analys av antalet prestationer svårt att särskilja vilken effekt enbart en förbättrad tillgång till vård har på användningen av eller kostnaderna för dessa tjänster. Samtidigt har välfärdsområdena ett incitament att försöka säkerställa en smidig vårdkedja så att behovet av tyngre och dyrare specialtjänster är litet, om servicebehovet kan tillgodoses på annat sätt. Det kan alltså antas att välfärdsområdena utvecklar och tar i bruk nya verksamhetsmodeller på basnivå också oberoende av den lagstadgade längsta väntetiden, om de har en tilltro till att dessa är verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva.

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

Även social- och hälsovårdsutskottet delade i sitt betänkande (ShUB 21/2022 rd) oron över resurserna och över hur personalen ska räcka till. Utöver rekrytering av personal måste man enligt utskottet svara på behovet av ytterligare personal genom att permanent ändra verksamhetssätten inom primärvården. Utskottet ansåg att välfärdsområdena har bättre möjligheter än i det kommunbaserade systemet att lyckas med de ändringar som behövs, då välfärdsområdenas bärkraft är väsentligt bättre än kommunernas och samma anordnare, med undantag för Nyland, ansvarar integrerat för alla social- och hälsovårdstjänster. Välfärdsområdena kan också i stor utsträckning använda köpta tjänster för att skaffa en personalarbetsinsats och i synnerhet en läkararbetsinsats. Utskottet ansåg att man för att trygga tillräcklig personal bör fortsätta genomföra de åtgärder som redan inletts. För att öka antalet anställda behövs det flera målmedvetna åtgärder både av staten och av välfärdsområdena. Utskottet betonade också vikten av kontinuitet i vården. De senaste åren har det blivit betydligt svårare att få tag på social- och hälsovårdspersonal. Tillgodosedandet av personalbehovet har också resulterat i negativa fenomen. För att klara av alla sina lagstadgade skyldigheter har välfärdsområdena också varit tvungna att ställvis använda sig av mycket dyra köpta tjänster och inhyrd arbetskraft.

Vikten av att snabbt få vård accentueras i fråga om barn och unga. Bristerna i hälso- och sjukvårdstjänsterna för barn och unga har upprepade gånger lyfts fram i utredningar och undersökningar och av tillsynsmyndigheterna. FN:s kommitté för barnets rättigheter har uppmanat Finland att stärka åtgärderna för att trygga barns tillgång till högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster snabbt och effektivt i hela landet, med särskild fokus på marginaliserade barn (CRC/C/FIN/CO/5–6). De frågor som kommittén lyft fram har framför allt bemötts genom en skärpning av vårdgarantin i fråga om icke brådskande vård inom primärvården, vilket har bedömts förbättra ställningen i synnerhet för de barn som har det sämst ställt, såsom barn i mindre bemedlade familjer, barn med funktionsnedsättning eller psykiska problem, barn som är placerade i vård utom hemmet samt minderåriga asylsökande. Samtidigt är det viktigt att trygga tillräckligt snabb tillgång till vård även för andra personer i en utsatt ställning.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den skärpta regleringen av vårdgarantin och förberedelserna för den har försnabbat tillgången till vård, men i välfärdsområdena, inom studerandehälsovården för högskolestuderande och inom hälso- och sjukvården för fångar har man dock inte fullt ut nått de gällande lagstadgade längsta väntetiderna. Det har varit svårt att uppnå målet i synnerhet på grund av bristen på personal och det svåra ekonomiska läget. De längsta väntetiderna enligt den skärpta vårdgarantin kan delvis bedömas ha försvårat anordnarnas möjligheter att rikta sina personalresurser på det sätt som är mest ändamålsenligt och verkningsfullt, även om också en utveckling av verksamheten har haft en central roll när det gäller att nå kortare väntetider för att få vård. Läget i de offentliga finanserna i Finland (närmare i avsnitt 2.3) är besvärligt. Eftersom kostnaderna för hälso- och sjukvården utgör en stor utgiftspost är det för att balansera statsfinanserna nödvändigt att vidta åtgärder också för att dämpa kostnadsökningen inom hälso- och sjukvården.

3 Målsättning

Syftet med propositionen är att bidra till att balansera de offentliga finanserna i Finland. Den är en del av de beslut som regeringen fattat vid ramförhandlingarna våren 2024 och som syftar till att stärka de offentliga finanserna med cirka tre miljarder euro. I och med att de offentliga finanserna stärks blir det möjligt att trygga välfärdssamhället och dess viktiga tjänster inte bara för nuvarande utan också för kommande generationer.

Målet är att propositionen från och med 2025 ska ge besparingar på minst 97 miljoner euro per år inom den statsfinansierade offentliga hälso- och sjukvården. Ett ytterligare mål med

propositionen är att trygga en tillräcklig personal inom den offentliga hälso- och sjukvården samt att göra det möjligt för dem som ordnar hälso- och sjukvård att flexibla än för närvarande planera sina funktioner inom hälso- och sjukvården med beaktande av vården och servicesystemet som helhet.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att den längsta väntetid på 14 dygn för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård som trädde i kraft den 1 september 2023 frångås från och med den 1 januari 2025. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska den första vårdhändelsen i fråga om tjänster inom både icke-brådskande vård och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader.

På motsvarande sätt föreslås det att den längsta väntetid på fyra månader för att få icke-brådskande mun- och tandvård inom primärvården som trädde i kraft den 1 september 2023 samt den längsta väntetid på tre månader som träder i kraft den 1 november 2024 frångås från och med den 1 januari 2025. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader. Dessutom föreslås det att om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare i fortsättningen inte ordnas inom nuvarande längsta väntetid på tre månader utan inom skälig tid, dock inom sex månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten. Den sistnämnda bestämmelsen preciseras samtidigt i enlighet med nuvarande praxis så att den också lämpar sig för situationer där behovet av undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare konstateras av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare.

Som en anknyttande ändring föreslås det en förlängning av de längsta väntetiderna för att få tillgång till läkare eller tandläkare också i situationer där en patient på grundval av den ursprungliga bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare eller tandläkare och den yrkesutbildade personen konstaterar ett behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare eller tandläkare. Velfärdsområdena ska ordna sin verksamhet så att mottagningsbesök hos en läkare eller tandläkare även i dessa fall ordnas inom skälig tid, dock så att besök hos en läkare ordnas inom tre månader och besök hos en tandläkare inom sex månader från den ursprungliga bedömningen av undersöknings- eller vårdbehovet.

De längsta väntetiderna ska inte heller i fortsättningen gälla screeningundersökningar, vissa regelbundna hälsokontroller och vissa vaccinationer, eftersom det föreskrivs särskilt om tillhandahållande av dessa tjänster. Av samma orsak gäller de längsta väntetiderna inte heller i fortsättningen periodiska kontroller av munhälsan som utförs inom ramen för rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården. Om en sådan periodisk kontroll av munhälsan dock utförs av någon annan yrkesutbildad person än en tandläkare och behov av tandläkartjänster konstateras, ska det fortfarande ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. De längsta väntetiderna ska inte heller i fortsättningen gälla vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, utan

den undersökning, vård och rehabilitering som ingår i vård- eller rehabiliteringsplanen ska alltså ordnas i enlighet med planen.

Lagändringarna ska gälla den icke-brådskande vård inom primärvården, inklusive mun- och tandvård, som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, den studerandehälsovård för högskolestuderande som är på Folkpensionsanstaltens organiseringsansvar och i huvudsak produceras av Studenternas hälsovårdsstiftelse, den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå för fångar som ordnas av den under Institutet för hälsa och välfärd lydande Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och en del av den hälso- och sjukvård som ordnas av förläggningarna.

Med avvikelse från vad som anförts ovan kvarstår nuläget i sin helhet i fråga om barn och unga under 23 år. I fråga om dem ska den längsta väntetiden för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård alltså vara 14 dygn, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärring av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Om ett barn eller en ung person i en sådan situation på grundval av en bedömning av vårdbehovet har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar ett behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det alltså ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. När det gäller andra än ovan avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vårdhändelsen på motsvarande sätt som i nuläget ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från bedömningen.

Inom mun- och tandvården inom primärvården ska den längsta väntetiden för att få vård även i fortsättningen vara tre månader för barn och unga under 23 år i enlighet med den skärpning av vårdgarantin som träder i kraft den 1 november 2024. Om ett barn eller en ung person på grundval av en bedömning av vårdbehovet har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det alltså ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet. Om en tandläkare eller någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om ett barn eller en ung person under 23 år konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare alltså ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att behovet av tjänsten konstaterades.

Den positiva särbehandlingen av barn och unga under 23 år har vid beredningen bedömts vara motiverad. Barn, det vill säga personer under 18 år, är med hänsyn till sin ålder och utvecklingsnivå i en särskilt sårbar ställning och har rätt till särskild omsorg och hjälp, vilket också har fastställts i grundlagen och i flera internationella människorättskonventioner. Ungdomsperioden är en fas i livet mellan barndom och vuxenlivet. Den börjar i puberteten och slutar så småningom i ung vuxenålder. En ung persons biologiska, psykiska och sociala utveckling anses i allmänhet infalla mellan 12 och 22 års ålder. Vanligen mognar hjärnans biologiskt senast vid cirka 25 års ålder. Ungdomsperioden har en central inverkan på individens hela senare livscykel. Till utvecklingsuppgifterna i ungdomen hör bland annat att acceptera kroppsliga förändringar och sexualitet, att forma identiteten och att bli självständig. Under ungdomsperioden sker en gradvis psykologisk anpassning till dessa inre och yttre förändringar som startar i puberteten. Därför är ungdomsperioden i sig en psykiskt belastande period i livet. Under ungdomsperioden är utvecklingen i allmänhet inte linjär, och de individuella utvecklingskillnaderna är stora. Insjuknande i ett känsligt skede medan tillväxten och utvecklingen pågår kan ha konsekvenser långt in i framtiden och omforma hela livscykeln. Det

kan få konsekvenser för utvecklingen av de sociala färdigheterna, utbildningsnivån, valen i arbetslivet och den senare förmågan att klara sig i arbetslivet. Också med tanke på munhälsan är barndomen och ungdomen kritiska faser, eftersom den grund för god munhälsa som då skapas minskar behovet av tjänster vid en senare ålder.

Inom primärvården är det i synnerhet i fråga om barn och unga inte möjligt eller meningsfullt att skilja mellan psykiska och fysiska hälsoproblem. Barn och unga har ofta fysiska problem och symtom som man inte finner någon fysisk orsak till. Ju yngre barn det är fråga om, desto mer fysiska är symtomen eller desto sämre är barnet på att uttrycka sina symtom. Symtomen varierar från tillfälliga och sporadiska symtom till symtom som är ofta återkommande och som begränsar funktionsförmågan. I bakgrunden finns det bland annat faktorer som hänger samman psykisk omognad. Vid diagnostik i anslutning till psykisk hälsa hos små barn accentueras fysiska symtom och symtom som hänger samman med uppväxt och utveckling. Ett barn har inget annat sätt att uttrycka sitt psykiska illamående, och samtidigt påverkas kroppen av stress via hormoner. Till exempel problem med den sociala interaktionen eller brist på emotionellt stöd tar sig ofta uttryck i fysiska symtom, såsom hämmad tillväxt eller sömn- eller ätstörningar. Samtidigt orsakar fysiska hälsoproblem lätt ångest hos barnet eller den unga personen och kan, om de blir långvariga, påverka den psykiska hälsan.

Under ungdomsutvecklingen är sambandet mellan kropp och psyke starkt, och i synnerhet den unga personens förmåga att granska och analysera sina egna känslotillstånd är fortfarande bristfällig. I ungdomen är fysiska och psykiska symtom ofta sammanflätade. Den unga personen kan reagera på olika stressfaktorer med fysiska symtom. Enligt resultaten från Institutet för hälsa och välfärds enkät Hälsa i skolan 2023 har till exempel 65–70 procent av de elever i årskurs 8 och 9 i den grundläggande utbildningen som upplever smärta varje vecka samtidigt ångest eller depression¹³. Psykiska symtom kan också ta sig uttryck i illabehandling av den egna kroppen, såsom självskärning och ätstörningar. Därför måste ungas psykiska och somatiska välbefinnande alltid granskas på ett övergripande sätt. Även yrkesutbildade personer inom mun- och tandvård har en viktig roll när det gäller att upptäcka psykiska symtom hos barn och unga. Exempelvis ätstörningar syns lätt som skador på tänderna och stressfaktorer som smärta och funktionsstörningar i tuggsystemet.

De psykiska symtomen hos unga försvinner oftast inte med åldern, utan fortgår till vuxen ålder och blir långvariga om man inte på behörigt sätt ingriper i situationen. I en omfattande befolkningsundersökning upptäckte Kessler m.fl. (2005)¹⁴ att ungefär hälften av de psykiska störningarna hos vuxna hade börjat före 14 års ålder och tre fjärdedelar före 24 års ålder. Tidig identifiering och behandling av hälsoproblem i barndomen och ungdomen är viktigt för att de ungas utvecklingsmöjligheter inte ska gå förlorade. Samtidigt är detta det effektivaste sättet att förebygga störningar i vuxen ålder. Bibehållandet av vårdgarantin för barn och unga under 23 år beaktar dessa personers utvecklingsmässiga behov och stöder deras tillgång till vård i de åldrar där det med tanke på deras balanserade utveckling, framtid och vuxenliv är särskilt viktigt att stödja utvecklingen och välbefinnandet. Särskild omsorg om barn och unga är också viktigt för att trygga välfärdsstatens bärkraft, också på grund av att nativiteten i Finland ligger på en

¹³ <https://thl.fi/sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkaten-halsa-i-skolan/resultat-av-enkaten-halsa-i-skolan>

¹⁴ Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617–27.

historiskt låg nivå. Snabb tillgång till vård för barn och unga gynnar således på längre sikt också äldre åldersgrupper och hela samhället.

I den gällande lagstiftningen är åldersgränsen för ungdom och unga personer inte enhetlig. Till exempel i 3 § i socialvårdslagen avses med ung person personer i åldern 18–24 år, men i 3 § i ungdomslagen (1285/2016) avses personer under 29 år. I social- och hälsovårdslagstiftningen har dock även 23 år identifierats som en betydelsefull åldersgräns. Enligt 53 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen ska vård som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, inom mentalvårdstjänsterna inom den specialiserade sjukvården ordnas inom tre månader. För andra åldersgrupper är motsvarande längsta väntetid sex månader (52 § i hälso- och sjukvårdslagen). Enligt 75 § 3 mom. i barnskyddslagen (417/2007) upphör välfärdsområdets skyldighet att ordna eftervård senast när den unga personen fyller 23 år. Den positiva särbehandlingen av alla under 23 år när det gäller vårdgarantin motsvarar också den positiva särbehandling av barn och unga under 23 år som ingår i den regeringsproposition om en terapigaranti för barn och unga som är under beredning.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

Det är mycket svårt att bedöma propositionens konsekvenser. Situationen är exceptionell i det avseendet att det i propositionen är fråga om att delvis återställa en skyldighet som först nyligen trätt i kraft till det som gällde tidigare, och när skyldigheten tidigare infördes var konsekvensbedömningarna förenade med betydande osäkerhet. Dessutom har det inte varit fråga om att föreskriva om en ny uppgift och om att slopa en uppgift, utan närmast om sättet att sköta en uppgift. Därtill har anordnarnas finansiering allmän täckning. Remissvaren om utkastet till proposition verkar också återspegla den svåra (ekonomiska) situation som anordnarna av hälso- och sjukvård befinner sig i och som i sig inte beror på den nu aktuella propositionen. På grund av det som sagts ovan är bedömningen av propositionens konsekvenser förenad med betydande osäkerhet.

I detta kapitel behandlas inte på ett heltäckande sätt de sammantagna konsekvenserna av den aktuella propositionen och de andra lagändringar som gäller social trygghet och social- och hälsovårdstjänster och som lämnas i form av budgetlagspropositioner i samband med budgetpropositionen för 2025. Social- och hälsovårdsministeriet har berett en bedömning av de nämnda lagändringarnas sammantagna konsekvenser, inklusive aspekter i anslutning till de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Bedömningen offentliggörs samtidigt som förslagen till budgetlagar överlämnas.

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

4.2.1.1 Allmänt

Då det lagstiftades om en gradvis skärpning av vårdgarantin till sju dygn inom primärvårdens öppna sjukvård och till tre månader inom mun- och tandvården bedömdes de ekonomiska konsekvenserna i regeringens proposition 74/2022 rd med beaktande av välfärdsområdenas behov av en bestående utvidgning av kapaciteten inom primärvårdens öppna sjukvård samt mun- och tandvården. I propositionen bedömdes det att välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar måste anvisa större anslag till primärvårdens öppna sjukvård och i viss mån också till mun- och tandvården för att göra det möjligt att avveckla vårdköerna. Enligt bedömningen måste välfärdsområdena med stöd av tilläggsfinansiering bland annat utöka personalen, skaffa köptjänster till kunderna, skapa nya arrangemang med servicesedlar och investera i nya digitala lösningar. De kostnader som skärpningen av vårdgarantin uppskattades

medföra skulle i huvudsak finansieras av staten och i smärre mån av de kunder som använder sig av tjänsterna. Enligt regeringen proposition 74/2022 rd var välfärdsområdenas andel av den ökade statsfinansieringen 68 miljoner euro år 2023, 108 miljoner euro år 2024, 121 miljoner euro år 2025 och 119 miljoner euro från och med år 2026 (siffrorna enligt nivån år 2019). Enligt propositionen ökades finansieringen till Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottspåföljdsmyndigheten med ungefär en miljon euro var, finansieringen till regionförvaltningsverken med en dryg halv miljon euro och finansieringen till Valvira med 0,1 miljon euro från och med år 2024 (siffrorna enligt nivån år 2019). För skärpningen av vårdgarantin anvisades enligt nivån år 2023 totalt 73 miljoner euro i statsfinansiering för år 2023, 117 miljoner euro för år 2024, 130 miljoner euro för år 2025 och 128 miljoner euro från och med år 2026.

Innan den ovan beskrivna skärpningen av vårdgarantin hann träda i kraft, lindrades den delvis, så att skärpningen av vårdgarantin till sju dygn inom primärvårdens öppna sjukvård återkallades, och den vårdgarantitid på 14 dygn som föreskrivits som tillfällig infördes som en bestående vårdgarantitid (RP 55/2023 rd). Detta ändrade avsevärt den uppskattning av de ekonomiska konsekvenserna som angetts i den tidigare regeringspropositionen (RP 74/2022 rd). Den partiella lindringen av vårdgarantin bedömdes särskilt minska servicesystemets ändringskostnader. Till följd av lindringen minskades finansieringen till välfärdsområdena med 5 miljoner euro år 2024 och med 30 miljoner euro från och med år 2025 (siffrorna enligt nivån år 2024). Finansieringen till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och finansieringen till SHVS minskades med 0,3 miljoner euro vardera från och med år 2025 (siffrorna enligt nivån år 2024).

I planen för de offentliga finanserna för åren 2025–2028 har det uppskattats att ändringen av vårdgarantin för primärvårdens icke-brådskande öppna sjukvård från 14 dygn till tre månader och ändringen av vårdgarantin för mun- och tandvård från fyra månader (från och med den 1 november 2024 tre månader) till sex månader tillsammans stärker de offentliga finanserna med 132 miljoner euro från och med år 2025. Antagandet har här varit att lindringen av vårdgarantin gäller alla åldersgrupper. Summan är emellertid större än det belopp med vilket välfärdsområdenas och de övriga aktörernas finansiering har utökats till följd av skärpningen av vårdgarantin. Uppskattningen av den större sparpotentialen, som hänför sig till planen för de offentliga finanserna, grundade sig på välfärdsområdenas bokslut och på de uppgifter som välfärdsområdena rapporterat i olika sammanhang samt på vissa andra utredningar, som tyder på att exempelvis anlitandet av hyrd arbetskraft år 2023 kostat betydligt mer än vad som uppskattats på förhand.¹⁵ Ifall så skett, kommer detta i och med den efterhandsgranskning av kostnaderna för år 2023 som utförs år 2025 att föranleda en ökning av statens finansiering till välfärdsområdena.

Enligt det propositionsutkast som sändes på remiss skulle finansieringen för välfärdsområdena, SHVS och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ha minskats i samma mån som deras finansiering ökats i samband med de tidigare regeringspropositionerna rörande vårdgarantin (RP 74/2022 rd och RP 55/2023 rd), fränsett den relativa andel som hänför sig till personer yngre än 23 år. Alla remissinstanser som tog ställning till saken bedömde emellertid att den besparing som den föreslagna lindringen av vårdgarantin medför kommer att vara mindre än detta och att nedskärningen av finansieringen därmed är överdimensionerad. Utifrån remissvaren verkar det således vara så att många välfärdsområden delvis har allokerat den

¹⁵ Se till exempel rapporten av nätverket för utredningen av välfärdsområdenas anlitande av hyrd arbetskraft (endast på finska), Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5661-2>.

ökning av finansieringen som anvisats för skärpningen av vårdgarantin antingen till något annat än primärvården och/eller till åtgärdande av ett allmänt finansieringsunderskott eller underresursering inom primärvården (de besök som omfattas av vårdgarantin utgör endast en liten del av besöken inom primärvården). Detta tillstyrks också av att man inte ännu till fullo har klarat av att iakttä de längsta väntetider som är förenliga med den skärpta vårdgarantin. Även svaren på den enkät som riktades till välfärdsområdena i samband med beredningen av den aktuella regeringspropositionen (se avsnitten 2.2.1 och 2.2.5) antyder att välfärdsområdena under åren 2023 och 2024 verkar ha använt mindre pengar för verkställigheten av den skärpta vårdgarantin än vad de beviljats för detta syfte som en del av den allmänna inkomstposten för åren i fråga.

Det som konstaterats ovan står emellertid i strid med att det i de remissvar som erhöles i samband med remissbehandlingen av regeringens proposition 74/2022 rd i stor omfattning ansågs att propositionsutkastets uppskattningar av de kostnader som skärpningen av vårdgarantin skulle orsaka välfärdsområdena i någon mån eller uppenbart var alltför små. Största delen av remissinstanserna ansåg att det i någon mån eller uppenbart hade gjorts en alltför liten uppskattning av den behövliga ekonomiska tilläggsresurseringen. Största delen av dem som tog ställning till saken ansåg likaså att det hade gjorts en alltför liten uppskattning av den personalmängd som skulle behövas till följd av den skärpta vårdgarantin. På grundval av remissvaren justerades ökningen av välfärdsområdenas finansiering uppåt i den slutliga propositionen rörande skärpningen av vårdgarantin.

En analys av de serviceklassspecifika bokslutsuppgifter för år 2023 som välfärdsområdena rapporterat till Statskontoret i slutet av maj 2024 visar att särskilt nettodriftskostnaderna för mottagningstjänsterna på basnivå i vissa välfärdsområden ökat avsevärt mer än kostnaderna för den specialiserade sjukvården. Utifrån denna granskning verkar det vara så att välfärdsområdenas kostnader, med beaktande av de höjda priserna och det ökade servicebehovet, åtminstone i vissa välfärdsområden har ökat mer än vad det ursprungligen uppskattades i samband med propositionerna rörande vårdgarantin. Det är utmanande att analysera läget på grund av att kommunerna ännu år 2022 i vissa fall kunde rapportera uppgifterna om kostnaderna för primärvårdens öppna sjukvård under serviceklassen för ospecificerad öppenvård inom primärvården, där det var möjligt att rapportera också exempelvis kostnader för moderskaps- och barnrådgivningstjänster, som inte omfattas av vårdgarantin. Nettodriftskostnaderna för de tjänster som hänför sig till serviceklassen för ospecificerad öppenvård inom primärvården har ökat med ca 399 miljoner euro, dvs. med ca 17 procent från år 2022 till år 2023. Förändringen varierar dock mellan -14 procent och 62 procent i de olika välfärdsområdena, vilket gör det utmanande att tolka genomsnittet. Det är möjligt och även troligt att välfärdsområdenas bokföringspraxis har ändrats i samband med övergången från det kommunbaserade systemet till det nuvarande välfärdsområdesbaserade systemet, vilket medför betydande osäkerhet i samband med den inbördes jämförelsen av äldre och nyare serviceklassspecifika uppgifter. Jämförelsen försvåras också av övergången från det kommunbaserade systemet till modellen med välfärdsområden, av coronapandemins konsekvenser för servicesystemet samt av de därmed anknutna statsunderstöden och de övriga statsunderstöd som erhållits för utvecklande av verksamheten.

Eftersom det i varje fall har förlöpt bara en kort tid från det att skärpningen av vårdgarantin trädde i kraft, är det inte ännu i detta skede möjligt att göra en tillförlitlig bedömning av välfärdsområdenas bestående kostnader för skärpningen av vårdgarantin åren 2023 och 2024. Det finns även skäl att notera att vårdgarantin för primärvårdens mun- och tandvård skärps från nuvarande fyra månader till tre månader först den 1 november 2024.

Det har inte varit möjligt att som grund för propositionens konsekvensbedömning producera en sådan tillförlitlig och uppdaterad faktabas där förändringarna i verksamhetsmiljön beaktas och utifrån vilken det vore möjligt att exakt förutse vilka konsekvenser den föreslagna lindringen av vårdgarantin för personer som fyllt 23 år medför år 2025 och därefter. Det är svårt att bedöma patienternas beteende på förhand, och hur lindringen av vårdgarantin genomförs beror också på hur väl man lyckas med ledningen och verkställigheten av ändringen samt på de regionala lösningarna, vilka kan variera mycket mellan olika välfärdsområden, SHVS samt hälso- och sjukvården för fångar.

Den skärpta vårdgarantin har varit gällande i mindre än ett år, och till följd av den har välfärdsområdenas finansiering utökats med en viss summa. Oavsett vad välfärdsområdena inom ramen för sin självstyrelse har riktat den ökade finansieringen till, är det motiverat att till följd av avvecklandet av den aktuella förpliktelsen minska deras finansiering med motsvarande summa, ifall det inte på ett tillförlitligt sätt kan bedömas att besparingen avviker från denna summa. Med beaktande av de ovan konstaterade osäkerhetsfaktorena är det inte möjligt att på ett tillförlitligt sätt bedöma om den besparing som lindringen av vårdgarantin medför är större eller mindre än den finansiering som ursprungligen anvisats för skärpningen av vårdgarantin. Därmed anses den tillförlitligaste bedömningen vara att det handlar om samma summa.

Bedömningen av den minskning av finansieringen som den föreslagna lindringen av vårdgarantin medför för välfärdsområdena, SHVS, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottspåföljdsmyndigheten samt tillsynsmyndigheterna grundar sig därmed på de nettoökningar av finansieringen som gjorts med anledning av de tidigare ändringarna av vårdgarantin (RP 74/2022 rd och RP 55/2023 rd). Det föreslås att de ökningar av finansieringen till välfärdsområdena, SHVS, Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottspåföljdsmyndigheten, regionförvaltningsverken och Valvira som grundar sig på de nämnda propositionerna slopas, eftersom behovet av denna tilläggsfinansiering elimineras då den längsta väntetiden för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård återställs till tre månader och den längsta väntetiden för att få mun- och tandvård återställs till sex månader. Eftersom skärpningen av vårdgarantin emellertid har gällt alla åldersgrupper, men den lindring som nu föreslås gäller bara personer som fyllt 23 år, slopas den ökning av finansieringen som gjorts i samband med skärpningen bara i proportion till den andel vårdhändelser som omfattas av vårdgarantin för denna åldersgrupps del. De ökningar som föreslagits i de tidigare propositionerna har justerats så att de motsvarar kostnadsnivån för år 2025, fränsett Brottspåföljdsverkets finansiering. För välfärdsområdenas del har också den kalkylerade ökningen av servicebehovet beaktats.

I och med den föreslagna lindringen av vårdgarantin stärks de offentliga finanserna med uppskattningsvis ca 99 miljoner euro år 2025 och med ca 97 miljoner euro från och med år 2026. De finansieringsposter som ska slopas motsvarar enligt 2025 års nivå 96,2 miljoner euro år 2025 och 94,1 miljoner euro från och med år 2026 från välfärdsområdenas finansieringsmoment (28.89.31), 0,9 miljoner euro från och med år 2025 från SHVS:s finansieringsmoment (33.60.35), 0,9 miljoner euro från och med år 2025 från finansieringsmomentet för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (33.01.06), 0,7 miljoner euro från och med år 2025 från Brottspåföljdsmyndighetens finansieringsmoment (25.40.01), 0,6 miljoner euro från och med år 2025 från regionförvaltningsverkens finansieringsmoment (28.40.01) samt 0,1 miljon euro från och med år 2025 från finansieringsmomentet för Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (33.02.05).

4.2.1.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi

De föreslagna ändringarna ger välfärdsområdena möjlighet att förlänga väntetiden för vård för sådana patienter som fyllt 23 år för vars del det med beaktande av medicinska eller odontologiska samt övriga faktorer som påverkar hur snabbt patienten bör få vård räcker att vård inom primärvårdens öppna sjukvård ges senare än inom 14 dygn och inom mun- och tandvården senare än inom tre månader. En längre lagstadgad längsta väntetid för att få vård ger vårdanordnarna utrymme för flexibilitet när det gäller att svara mot säsongsbetonade och slumpmässiga växlingar i efterfrågan på tjänster. Både behovet av permanent kapacitet och behovet av buffertbetonad kapacitet bedöms minska. Exempelvis minskar behovet av att svara mot förändringar i efterfrågan med hjälp av tilläggsarbete som utförs av den egna personalen eller med hjälp av köptjänster.

En längre längsta väntetid för att få vård minskar behovet av att upprätthålla beredskap för att utjämna olika säsongsbetonade och slumpmässiga växlingar och minskar risken för outnyttjad kapacitet på grund av att den längsta väntetiden är kort. Dessutom kan det förväntas att anlitandet av köptjänster och hyrd arbetskraft, som orsakar en del av välfärdsområdena stora kostnader, minskar en aning. De ovan angivna åtgärderna kan tillsammans medföra också betydande besparingar för vissa välfärdsområden, vars noggranna belopp det dock är svårt att bedöma här, på grund av att välfärdsområdena har mycket varierande strukturer för sina social- och hälsovårdstjänster och på grund av de avtalsspecifika variationerna i fråga om köpta tjänster. Å andra sidan kan förlängningen av väntetiden för att få vård också medföra direkta och indirekta negativa konsekvenser, såsom förvärrning av sjukdomar till följd av eventuella dröjsmål i samband med vården, och därmed föranleda ökade kostnader för vården och i sista hand en försämring av befolkningens hälsotillstånd. Dröjsmål i samband med tillhandahållandet av vård inom primärvården kan öka behovet av dyra jourtjänster och tjänster inom den specialiserade sjukvården, och detta kan därmed äventyra stävjandet av kostnadsökningen, som är propositionens centrala syfte.

Till följd av propositionen kan det också hända att kunderna i mindre utsträckning än förut söker sig till primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården inom välfärdsområdena, då de längsta väntetiderna för att få vård förlängs och också de faktiska väntetiderna sannolikt förlängs. Kundmängderna förväntas däremot åter öka beträffande de tjänster som erbjuds parallellt med välfärdsområdenas tjänster, dvs. främst privata tjänster som ersätts från sjukkostnadsförsäkringar och företagshälsovårdens sjukvårdstjänster (gäller inte mun- och tandvård).

Det är svårt att förutse hur efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster kommer att utvecklas under de följande åren. Också en förändring av befolkningsprofilen, till exempel då medelåldern blir högre, och förändringar i befolkningens hälsa och funktionsförmåga kan avsevärt påverka servicebehovet och därmed de totala kostnaderna. Granskningen av olika välfärdsområden försvåras dessutom av att det sker snabba regionala växlingar i fråga om tillgången till vård, i fråga om väntetiderna och i fråga om tillgången till personal, såväl inom primärvårdens öppna sjukvård som inom mun- och tandvården. Exempelvis kan ett framgångsrikt ibrukttagande av nya verksamhetsmodeller snabbt förbättra tillgången till vård. Även tillgången till personal inom olika personalgrupper kan snabbt försämrats eller förbättras i olika områden. Det bedöms också att den föreslagna förlängningen av de längsta väntetiderna för vård kommer att öka de regionala skillnaderna.

De ändringar som i propositionen föreslås i fråga om vårdgarantin ska beaktas i välfärdsområdenas finansiering såsom ändringar i uppgifterna i enlighet med 9 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering. Ändringens konsekvenser beaktas således i finansieringen på

riksnivå på förhand från och med ikraftträdandeåret. Det föreslås att konsekvenserna av de ändringar som berör vårdgarantin ska beaktas genom att den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården minskas, så att den minskning som ändringen föranleder anknyts till det kriterium som beskriver servicebehovet inom hälso- och sjukvården. Då vårdgarantin skärptes (RP 74/2002 rd) fördelades ökningen av finansieringen mellan välfärdsområdena på motsvarande sätt genom att anknyta den till det kriterium som beskriver servicebehovet inom hälso- och sjukvården. Den områdesspecifika ändringen av finansieringen för åren 2025 och 2026 har bedömts nedan, med beaktande av den minskning av finansieringen som med anledning av ändringen för hela landets del uppgår till 96,2 miljoner euro respektive 94,1 miljoner euro.

I kalkylen har man använt bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården för år 2025. Vilka konsekvensernas eurobelopp uppgår till i fråga om finansieringen för år 2026 kommer att preciseras för varje välfärdsområde då de bestämningsfaktorer som ska beaktas i finansieringen för år 2026 finns tillgängliga under sommaren 2025. Bestämningsfaktorerna uppdateras årligen på grundval av Statistikcentralens statistik rörande befolkningsstrukturen och de områdesspecifika koefficienter som beskriver befolkningens servicebehov utifrån den undersökning som Institutet för hälsa och välfärd utför.

I tabell 17 presenteras den välfärdsområdesspecifika ändringen av den kalkylerade finansieringen för social- och hälsovården, då de minskningar av finansieringen som följer av ändringarna rörande vårdgarantin på det ovan beskrivna sättet anknyts till det kriterium som beskriver servicebehovet inom hälso- och sjukvården åren 2025 och 2026. Av tabellen framgår det att det på grund av variationerna i de områdesspecifika behovskoefficienterna förekommer stora skillnader mellan olika områden beträffande hur finansieringen ändras per invånare. Ju högre behovskoefficienten för hälso- och sjukvården är inom ett område, desto mer av den minskning av statsfinansieringen som fördelas utifrån kriteriet rörande servicebehovet inom hälso- och sjukvården riktas till området. Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen, Kajanaland och Lapplands välfärdsområden har högre behovskoefficienter för hälso- och sjukvården i jämförelse med andra områden, vilket innebär att en större del av den minskning av statsfinansieringen som fördelas utifrån kriteriet rörande servicebehovet inom hälso- och sjukvården riktas till dessa områden. Behovskoefficienterna för hälso- och sjukvården i Helsingfors samt i Vanda och Kervo, Västra Nylands samt Mellersta Nylands välfärdsområden är lägre i jämförelse med andra områden, vilket innebär att en mindre del av den minskning av statsfinansieringen som fördelas utifrån kriteriet rörande servicebehovet inom hälso- och sjukvården riktas till dessa områden.

Tabell 17. Den områdesspecifika fördelningen av finansieringen för åren 2025 och 2026.

Välfärdsområde	Befolkning	Behovskoefficient för hälso- och sjukvården	Ändring av finansieringen 2025	Ändring av finansieringen 2026	Ändring av finansieringen per invånare 2025	Ändring av finansieringen per invånare 2026
Helsingfors	674 500	0,89	10 385 569	10 158 857	15,4	15,1

Vanda och Kervo	285 654	0,91	4 503 767	4 405 452	15,8	15,4
Västra Nyland	494 952	0,85	7 274 164	7 115 372	14,7	14,4
Östra Nyland	98 987	0,98	1 666 263	1 629 890	16,8	16,5
Mellersta Nyland	205 444	0,92	3 262 322	3 191 107	15,9	15,5
Egentliga Finland	490 786	1,05	8 885 654	8 691 685	18,1	17,7
Satakunta	211 740	1,06	3 855 981	3 771 806	18,2	17,8
Egentliga Tavastland	169 547	1,05	3 072 315	3 005 248	18,1	17,7
Birkaland	539 309	1,02	9 512 317	9 304 668	17,6	17,3
Päijänne-Tavastland	204 479	1,06	3 733 883	3 652 374	18,3	17,9
Kymmenedalen	158 658	1,14	3 119 443	3 051 347	19,7	19,2
Södra Karelen	125 162	1,02	2 197 103	2 149 141	17,6	17,2
Södra Savolax	129 914	1,14	2 557 017	2 501 199	19,7	19,3
Norra Savolax	248 190	1,10	4 715 771	4 612 828	19,0	18,6
Norra Karelen	162 321	1,17	3 279 340	3 207 754	20,2	19,8
Mellersta Finland	273 271	0,97	4 579 884	4 479 907	16,8	16,4
Södra Österbotten	190 539	1,07	3 529 387	3 452 342	18,5	18,1
Österbotten	177 602	0,95	2 916 567	2 852 900	16,4	16,1
Mellersta Österbotten	67 736	1,09	1 269 960	1 242 238	18,7	18,3
Norra Österbotten	418 205	0,98	7 097 720	6 942 780	17,0	16,6
Kajanaland	70 164	1,14	1 375 834	1 345 800	19,6	19,2

Lapland	176 150	1,12	3 409 738	3 335 305	19,4	18,9
SAMMANL AGT	5 573 3 10		96 200 00 0	94 100 00 0	17,3	16,9

Vid den tidpunkt då propositionen överlämnas är det mycket svårt att bedöma de välfärdsområdesspecifika kostnadskonsekvenserna och sparpotentialerna. Det har förlöpt bara ungefär ett år sedan regleringen om tillgången till vård ändrades (RP 74/2022 rd, RP 55/2023 rd), och välfärdsområdenas åtgärder för att lyckas nå de eftersträlvade väntetiderna för tillgång till vård pågår fortfarande. Välfärdsområdenas verksamhet inom primärvårdens tjänster utvecklas kontinuerligt, bland annat på grundval av det utvecklingsarbete som utförs med statsunderstöd. I samband med regeringens proposition 74/2022 rd gjordes en noggrannare välfärdsområdesspecifik granskning av de förpliktelser som skärpningen av vårdgarantin förde med sig. Den aktuella granskningen gav en fingervisning om att det skulle komma att vara utmanande att genomföra skärpningen av vårdgarantin inom primärvårdens öppna sjukvård i synnerhet i välfärdsområdena i södra och sydöstra Finland. Granskningen visade att i synnerhet de dåvarande serviceanordnarna inom välfärdsområdena i södra Finland i jämförelse med andra delar av landet i regel hade haft tillgång till mindre anslag per invånare inom området för att ordna tjänster som hör till hälsocentralernas öppna sjukvård. Vid den granskning som gjordes i välfärdsområdena i södra och sydöstra Finland hade det dessutom noterats att det i regel förekom ett relativt stort bruk av sjukvårdstjänster som motsvarar de offentliga hälsocentralernas tjänster. Detta kan innebära att det riktas en relativt sett större efterfrågan mot välfärdsområdenas serviceproduktion då situationen beträffande tillgången till vård förbättras vid hälsocentralerna. Vid granskningen framfördes det också att ett större bruk av tjänster inom motsvarande servicesektorer å andra sidan kunde göra det lättare för de ovan avsedda välfärdsområdena att utnyttja köptjänster och servicesedlar i jämförelse med de välfärdsområden där den privata sektorn för tillfället inte har en liknande roll. De dåvarande serviceanordnarna inom de välfärdsområden som konstaterats befinna sig i en utmanande situation verkade ha tillgång till färre läkares arbetsinsatser än genomsnittet vid sina hälsocentraler, och största delen av dessa områden verkade också ha färre sjukskötare eller mindre sådan stödpersonal som förutsätts ha annan yrkesbehörighet inom hälso- och sjukvården vid sina hälsocentraler.

4.2.1.3 Kostnadsneutral reglering

Då det föreskrevs om skärpning av vårdgarantin gjordes förutom ändringar av de egentliga längsta väntetiderna för vård samtidigt också några andra ändringar av de bestämmelser som berör vårdgarantin. Dessa ändringar gällde till stora delar förtydligande av den dåvarande regleringen och det dåvarande rättsläget. Av dessa ändringar föreslås det i den aktuella propositionen att endast de som inte har bedömts orsaka tilläggskostnader ska kvarstå, och att förpliktelserna i övrigt ska ändras så att de kan betraktas som kostnadsneutrala i förhållande till läget innan vårdgarantin skärptes. Förpliktelserna i fråga och den kostnadskalkyl som har upprättats beträffande dem refereras nedan. Det som nedan anges för välfärdsområdenas del gäller också för Studenternas Hälsovårdssstiftelse och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, om inte något annat konstateras nedan i detta avsnitt eller i de följande avsnitten.

I samband med skärpningen av vårdgarantin föreskrevs det att ett välfärdsområde ska ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid *under samma dag* kan få kontakt med en

verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården (51 § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Dessutom föreskrevs det att patienten *samma dag som patienten tar kontakt* ska få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. Också därförinnan skulle patienten få kontakt med en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården *omedelbart*, men en bedömning av vårdbehovet skulle göras *senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt* med verksamhetsenheten, om inte bedömningen kunnat göras första gången patienten tog kontakt.

I samband med remissbehandlingen ansåg knappt hälften av dem som tog ställning till saken att ändringen rörande en snabbare bedömning av vårdbehovet hade orsakat tilläggskostnader, eftersom man blivit tvungen att utöka personalens arbetsinsats. Drygt hälften ansåg däremot att ändringen inte orsakar några kostnader. Vid tjänstemannaberedningen har det bedömts att tilläggskostnader inte orsakas: En snabb bedömning av patientens vårdbehov som sker vid rätt tidpunkt medför kostnadsbesparingar och leder till att onödig efterfrågan minskar, vården planeras vid rätt tid och bruket av jourtjänster minskar. Dessa kostnadsbesparingar kan uppskattas vara större än de tilläggsresurser som en snabbare bedömning av vårdbehovet eventuellt kräver. I största delen av välfärdsområdena har den inarbetade praxisen redan innan regleringen ändrades varit att bedömningen av vårdbehovet har gjorts i samband med den första kontakten. Det verkar också vara så att många av de aktörer som uttalat sig om att tilläggskostnader uppkommer felaktigt har utgått från att också förpliktelsen om att kontakt ska fås samma dag har ändrats, trots att förpliktelsen till denna del har kvarstått oförändrad. Det finns även skäl att notera att en bedömning av behovet av eventuell brådskande vård skulle göras i samband med den första kontakten också innan bestämmelsen ändrades, vilket innebär att bara en del av bedömningen av vårdbehovet har kunnat förläggas till en senare tidpunkt.

I samband med skärpningen av vårdgarantin (51 § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande) föreskrevs det att den bedömning av vårdbehovet beträffande annan vård än mun- och tandvård som ska göras med anledning av att patienten tar kontakt ska utföras av *en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården*, dvs. i praktiken av en sjukskötare eller hälsovårdare. Därförinnan kunde bedömningen göras också av *yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning*, dvs. också av primärskötare och närvårdare. Den striktare regleringen tillämpas emellertid enligt övergångsbestämmelserna till fullo först från och med den 1 september 2027: fram till dess får sådana yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning som inom primärvården utförde bedömningar av vårdbehovet när skärpningen trädde i kraft sköta denna uppgift, om de har tillräcklig kompetens och erfarenhet för uppgiften.

Under remissbehandlingen ansåg en knapp tredjedel av dem som tog ställning till saken att skärpningen medför tilläggskostnader, eftersom lönenivån för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är högre. Närvårdare och primärskötare ansågs också ha tillräcklig kompetens för att sköta uppgiften, och skärpningen ansågs dessutom försvåra arbetskraftsbristen. Drygt två tredjedelar av remissinstanserna ansåg att det inte uppkommer några tilläggskostnader. I samband med tjänstemannaberedningen har det konstaterats att eventuella kostnadseffekter är svåra att bedöma, i synnerhet med beaktande av den föreskrivna övergångstiden. Vid beredningen har det emellertid bedömts att närvårdarutbildningen i princip inte ger tillräcklig kompetens för uppgiften. Då vårdgarantin lindras accentueras även betydelsen av bedömningen av vårdbehovet ytterligare, eftersom bedömningen i en del av fallen möjliggör längre väntetider för tillgången till vård. Trots att kravet på att bedömningen ska göras av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården orsakar tillfälliga kostnader

för vissa vårdanordnare, kan dessa dock uppskattas bli kompenserade av att bedömningarna håller högre kvalitet och av de resurser som därmed sparas. En högkvalitativ bedömning av vårdbehovet är en förutsättning för att patienten anvisas korrekta tjänster och interventioner. Den kompetens som sjukskötar- och hälsovårdarutbildningen ger kan även uppskattas minska antalet sådana situationer där det görs en onödig tidsbokning då saken kunde lösas också på något annat sätt, samt behovet av att konsultera läkare i samband med bedömningen av vårdbehovet. I regeringens proposition 74/2022 rd har det konstaterats att det också redan före regleringen ändrades fanns endast ett fåtal enheter där bedömningen av vårdbehovet gjordes av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning.

I samband med skärpningen av vårdgarantin togs det i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen och i 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande in en uttrycklig bestämmelse om att vårdgivaren vid den första vårdhändelsen som berör annan vård än mun- och tandvård och som omfattas av vårdgarantin ska vara en *legitimerad* yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Under remissbehandlingen ansåg några enstaka av dem som tog ställning till saken (16 procent) att förpliktelsen orsakar tilläggskostnader. Det presenterades inga närmare motiveringar till denna uppfattning. Resten av de remissinstanser som tog ställning till saken (84 procent) ansåg att regleringen är kostnadsneutral. Det konstaterades att formuleringen motsvarar den praxis som varit förhärskande redan tidigare. I samband med tjänstemannaberedningen har det bedömts att den första vårdhändelsen, inklusive undersökningar och planering av vården, är mycket central med tanke på att vården ska bli lyckad. Därför är det viktigt att den genomförs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Så har man i huvudsak agerat inom primärvårdens öppna sjukvård redan innan frågan reglerades i lag. På grundval av den plan som utarbetats av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan någon annan anställd tryggt fortsätta tillhandahålla vård efter det första vårdbesöket, om detta anses befogat. Regleringen gäller alltså inte tidsbokningar exempelvis till fotvårdare, som i princip baserar sig på en vårdplan som har utarbetats redan tidigare.

I samband med skärpningen av vårdgarantin föreskrevs det att om en patient på grundval av en bedömning av vårdbehovet har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av sitt hälsoproblem har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen (51 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Det föreslås att regleringen genom den aktuella propositionen ska ändras i fråga om personer som har fyllt 23 år, så att tillgång till läkare i dylika fall ska ordnas inom en skälig tid, dock senast inom tre månader från den ursprungliga bedömningen av vårdbehovet, som föreslås bli återinförd som den längsta väntetiden för vård. Under remissbehandlingen ansåg 23 procent av dem som tog ställning till saken att denna förpliktelse orsakar kostnader, eftersom den ansågs förutsätta utökning av personalresurserna. Resten (77 %) ansåg att kostnader inte orsakas.

När det gäller den mun- och tandvård som hör till primärvården föreskrevs det i samband med skärpningen av vårdgarantin att om en patient på grundval av en bedömning av vårdbehovet har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från bedömningen av vårdbehovet (51 b § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Det föreslås att regleringen genom den aktuella propositionen ska ändras i fråga om personer som har fyllt 23 år, så att tillgång till tandläkare i dylika fall ska ordnas inom en skälig tid, dock

senast inom sex månader från den ursprungliga bedömningen av vårdbehovet, som föreslås bli återinförd som den längsta väntetiden för vård. Av dem som tog ställning till saken under remissbehandlingen ansåg 40 procent att denna förpliktelse orsakar kostnader, eftersom den ansågs förutsätta utökning av personalresurserna samt ändringar av processerna. Av remissinstanserna ansåg 60 procent av dem som tog ställning till saken att kostnader inte orsakas.

Syftet med den ovan angivna regleringen om uppföljningsbesök hos läkare och tandläkare är att säkerställa att patienterna på grundval av bedömningen av vårdbehovet hänvisas till vård som är förenlig med deras behov inom vårdgarantitiden, så att vårdgarantitiden över huvud taget ska vara av någon betydelse. Det kan anses att välfärdsområdena ska agera på detta sätt även utan en uttrycklig bestämmelse om saken: samma förpliktelse följer i sig redan av 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter, där det föreskrivs om patientens rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter samt om rätten till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vidare är de längsta väntetider på tre månader, och för mun- och tandvård sex månader, som nu föreslås gälla från bedömningen av vårdbehovet till dess att en mottagningstid ordnas hos en läkare eller tandläkare för personer som fyllt 23 år längre än de längsta väntetider som anges i den gällande regleringen. Vid tjänstemannaberedningen har det därmed bedömts att det inte orsakas några kostnader av att denna förpliktelse tagits in i lagen.

I samband med skärpningen av vårdgarantin bestämdes det entydigt att också andra tjänster än undersökning och vård på grund av en sjukdom eller skada, det vill säga exempelvis vaccinerings- och hälsokontroller och annan förebyggande hälsovård samt besök för erhållande av intyg och utlåtanden omfattas av vårdgarantin (51 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Därförinnan var det oklart huruvida också andra tjänster än vård och undersökning av en skada eller sjukdom omfattades av vårdgarantin. Då det år 2004 ursprungligen föreskrevs om vårdgarantin inom primärvården konstaterades det i regeringspropositionens motivering att vården av sjukdomar ska tryggas genom maximitider inom vilka vård ges, men att möjligheten att få olika intyg däremot inte ingår i de tjänster som ska ges inom de längsta väntetiderna (RP 77/2004 rd, s. 40). Därmed tolkades exempelvis besök för erhållande av intyg gällande körhälsan falla utanför vårdgarantin på tre månader. I detaljmotiveringen till regeringens proposition 74/2022 rd gällande skärpningen av vårdgarantin konstaterades det sålunda att förpliktelsen att tillhandahålla samtliga tjänster inom tre månader i viss mån kunde utvidga tolkningen av vilka tjänster som omfattas av vårdgarantin på tre månader.

Under remissbehandlingen av den aktuella propositionen fanns det delade meningar om huruvida denna utvidgning orsakar tilläggskostnader eller inte. För kostnadseffekternas del hänvisades det närmast till besök för erhållande av intyg och utlåtanden. Motiveringarna till remissyttrandena indikerade dock i viss mån att remissinstanserna eventuellt i högre grad hade tagit ställning till huruvida olika slags intyg och utlåtanden över huvud taget ska höra till det offentliga serviceutbudet än till huruvida de ska anses omfattas av vårdgarantin. Enligt regionförvaltningsverkens gemensamma remissyttrande utvidgar den nya paragrafens ordalydelse inte i någon betydande mån utbudet av de tjänster som omfattas av vårdgarantin, annat än när det gäller intyg och utlåtanden. Enligt regionförvaltningsverkens uppfattning ansågs det före den 1 september 2023 att erhållandet av olika intyg inte hörde till de tjänster som skulle ges inom de längsta väntetiderna. Regionförvaltningsverken bedömde att en utvidgning av vårdgarantins tillämpningsområde till dessa emellertid inte medför tilläggskostnader. Vid beredningen av propositionen har man på ett sätt som motsvarar regionförvaltningsverkens ståndpunkt bedömt att den tidigare utvidgningen av vårdgarantins tillämpningsområde de facto gällde närmast besök för erhållande av intyg och utlåtanden, av vilka man emellertid har rätt att få många inom en bestämd tid också med stöd av annan

lagstiftning. Med beaktande av att tre månader är en förhållandevis lång längsta väntetid, och de besök för erhållande av intyg och utlåtanden som hör till det offentliga serviceutbudet i varje fall måste ordnas inom någon tidsram, har förpliktelsen att erbjuda besöken inom den längsta väntetiden på tre månader inte bedömts medföra ökade kostnader.

I samband med skärpningen av vårdgarantin föreskrevs det att om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades (51 b § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Under remissbehandlingen bedömde knappt hälften av dem som tog ställning till frågan att förpliktelsen medför kostnader, eftersom den ansågs öka personalbehovet. Drygt hälften av remissinstanserna (exempelvis regionförvaltningsverken) betraktade å sin sida regleringen som kostnadsneutral, eftersom den ansågs motsvara den praxis som iakttagits redan tidigare.

Hos barn och unga kan sjukdomar i munnen framskrida snabbt, och därför är det motiverat att föreskriva att personer som omfattas av rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården får besöka en tandläkare inom en längsta väntetid på fyra veckor, som i regel iakttas redan för närvarande. I den aktuella situationen har en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården redan konstaterat att det i varje fall ska ordnas en tid hos en tandläkare. Genom god hantering av tidsbokningen kan ett tandläkarbesök genomföras inom en längsta väntetid på fyra veckor. I samband med beredningen har detta inte bedömts medföra ökade kostnader.

I samband med skärpningen av vårdgarantin föreskrevs det att om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten (51 b § i hälso- och sjukvårdslagen och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande). Då den längsta väntetiden för tillgång till mun- och tandvård ändras till sex månader, föreslås det att också denna ovan angivna reglering ska ändras så att det föreskrivs att tillgången till specialisttandläkare för personer som fyllt 23 år ska ordnas inom en skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten. Under remissbehandlingen bedömde 39 procent av dem som tog ställning till saken att förpliktelsen medför kostnader, med motiveringen att det föreligger en betydande brist på specialisttandläkare. Däremot betraktade 61 procent regleringen som kostnadsneutral, eftersom den ansågs svara mot tidigare iakttagen praxis.

Inom primärvården har det redan tidigare funnits en förpliktelse att ordna specialisttandläkartjänster i sådana fall där klientens vårdbehov inte uppfyller kriterierna för specialiserad sjukvård, men vården är alltför krävande för en tandläkare med grundläggande utbildning. Den föreslagna längsta väntetiden på sex månader för dessa tjänster är lång med beaktande av att den längsta väntetiden för tillgång till specialiserad sjukvård också är sex månader. Det kan därmed anses vara fråga om en precisering av en förpliktelse som varit gällande redan tidigare och om att säkerställa att det över huvud taget ordnas specialisttandläkartjänster. Under remissbehandlingen uppmärksammades också risken för att de indirekta kostnaderna ökar, om väntetiden för tillgång till vård hos specialisttandläkare förlängs. Därmed har den föreslagna bestämmelsen inte bedömts medföra ökade kostnader.

4.2.1.4 Konsekvenser för Studenternas hälsovårdsstiftelses ekonomi

Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) är ingen egentlig myndighet utan en aktör inom tredje sektorn, men eftersom stiftelsen är en lagstadgad producent av sådana studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten, behandlas de ekonomiska konsekvenser som orsakas stiftelsen i detta avsnitt. Den besparing som propositionen uppskattats medföra för SHVS uppgår till ca 900 000 euro från och med år 2025, då vårdgarantin för personer yngre än 23 år kvarstår oförändrad. Finansieringen av SHVS:s kostnader fördelar sig enligt lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande så att staten finansierar 77 procent av kostnaderna och studerandena genom hälsovårdsavgifter finansierar 23 procent av kostnaderna. Hälsovårdsavgiften fastställs årligen särskilt genom förordning av statsrådet. I anslutning till beredningen av denna förordning kommer det även att bedömas huruvida de lagändringar som nu föreslås också i praktiken medför ändringar av avgiften.

4.2.1.5 Konsekvenser för ekonomin för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och för Brottpåföljdsmyndigheten

Då det föreskrevs om skärpning av vårdgarantin (RP 74/2022 rd) bedömdes det att Enheten för hälso- och sjukvård för fångar skulle orsakas större behov än andra vårdanordnare till följd av förpliktelsen att ordna bedömning av vårdbehovet samma dag som patienten tar kontakt. Det föreslås inte att denna förpliktelse nu ska återställas till tidigare tre dygn. Vid beredningen har man emellertid bedömt att det överskott som hänför sig till de grundläggande verksamhetsutgifterna för hälso- och sjukvården för fångar samt den tilläggsfinansiering som anvisats för köptjänster räcker för att täcka också de kostnader som eventuellt orsakas av att denna förpliktelse kvarstår.

Propositionen förväntas från och med år 2025 medföra en besparing på 900 000 euro för Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, då den höjning av kostnadsnivån som skett fram till år 2025 beaktas i fråga om de bedömningar som ingår i de tidigare propositionerna (RP 74/2022 rd, RP 55/2023 rd). För Brottpåföljdsmyndigheten kommer den besparing som följer av att vårdgarantin lindras för personer som fyllt 23 år att uppgå till uppskattningsvis ca 720 000 euro. För Brottpåföljdsmyndighetens del har höjningen av kostnadsnivån inte beaktats i propositionen. Åldersgränsens betydelse för dessa myndigheter har bedömts utifrån andelen genomförda vårdtillgångsbesök bland personer yngre än 23 år inom hälso- och sjukvården för fångar.

4.2.1.6 Konsekvenser för regionförvaltningsverkens och Valvira ekonomi

Propositionen förväntas ge regionförvaltningsverken besparingar på sammanlagt ca 600 000 euro och Valvira en besparing på uppskattningsvis ca 100 000 euro från och med år 2025. I dessa siffror har man i förhållande till de uppskattningar som gjorts i den tidigare propositionen (RP 74/2022 rd) beaktat höjningen av kostnadsnivån fram till år 2025. För tillsynsmyndigheternas del har åldersgränsens betydelse bedömts utifrån antalet vårdtillgångsbesök bland personer yngre än 23 år inom välfärdsområdena.

4.2.1.7 Direkta konsekvenser för statsfinanserna som helhet

Förslaget om förlängning av de längsta väntetiderna för icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården är förenliga med regeringens målsättning som berör balansering av de offentliga finanserna. Genom propositionen strävar man efter att stävja ökningen av icke-brådskande vård hälso- och sjukvårdskostnaderna. Nivån

på den finansiering som staten anvisar välfärdsområdena, studerandehälsovården för högskolestuderande, hälso- och sjukvården för fångar och de myndigheter som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården ändras så att den ökade finansiering som dessa tidigare beviljats i anslutning till den tidigare skärpningen av vårdgarantin minskas. Minskningen av denna finansiering stärker de offentliga finanserna med uppskattningsvis 99,3 miljoner euro år 2025 och med 97,2 miljoner euro från och med år 2026, då den åldersgräns som föreslås i propositionen och som innebär att vårdgarantin för primärvården kvarstår i enlighet med den gällande regleringen för personer yngre än 23 år har beaktats i beräkningarna.

I tabell 18 finns bedömningar av besparingarna för statsfinansernas del i den situation där lindringen av vårdgarantin utsträcks att gälla hela befolkningen.

Tabell 18. Totala besparingar för statsfinansernas del, om lindringen av vårdgarantin utsträcks att gälla hela befolkningen.

Återstående ökning, i miljoner euro, enligt 2025 års nivå med beaktande av samtliga åldersgrupper	2025	2026
Välfärdsområdena	114,9	112,4
Studenternas hälsovårdsstiftelse	1,2	1,2
Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	1,0	1,0
Brottspåföljdsmyndigheten	0,8	0,8
Regionförvaltningsverken	0,7	0,7
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	0,1	0,1
Stärkning av statsfinanserna totalt	118,7	116,2

I tabell 19 finns bedömningar av besparingarna för statsfinansernas del i den situation som föreslås i propositionen, där förlängningen av vårdgarantitiderna gäller bara personer som fyllt 23 år, och ändringen avgränsas så att den inte omfattar barn och unga som är yngre än 23 år.

Tabell 19. Propositionens totala besparingar för statsfinanserna.

Återstående ökning, i miljoner euro, enligt 2025 års nivå med beaktande av åldersgränsen rörande personer yngre än 23 år	2025	2026
Välfärdsområdena	96,2	94,1
Studenternas hälsovårdsstiftelse	0,9	0,9
Enheten för hälso- och sjukvård för fångar	0,9	0,9
Brottspåföljdsmyndigheten	0,7	0,7

Regionförvaltningsverken	0,6	0,6
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	0,1	0,1
Stärkning av statsfinanserna totalt	99,3	97,2

Såsom det beskrivits närmare ovan i avsnitt 2.2.1, får Finland finansiering ur EU:s återhämtningsinstrument för att genomföra Programmet för hållbar tillväxt. Finansiering på 178 miljoner euro har anvisats för genomförandet av investering 1 ”Främja genomförandet av vårdgarantin och minska eftersläpningen av tjänster på grund av covid-19-pandemin”. Detta belopp har i statsbudgeten budgeterats för åren 2021–2024 och utgör därmed disponibla medel.

Programmet för hållbar tillväxt innefattar ett bindande mål för tillgången till vård, enligt vilket 80 procent av besöken inom primärvårdens öppna sjukvård ska genomföras inom en längsta väntetid på sju dygn under det sista kvartalet år 2025. Inom välfärdsområdena har det under projektperioden utförts utvecklingsarbete i syfte att uppnå detta mål, och områdena har beviljats sammanlagt nästan 169 miljoner euro i statsunderstöd för detta för åren 2022–2025. Målet har för närvarande nästan uppnåtts (i propositionen har situationen beträffande tillgången till vård beskrivits närmare i avsnitt 2.2.4), men huruvida målet verkligen nås kan bedömas först på basis av utfallet för det sista kvartalet av år 2025. Utvecklingsarbetet fortgår alltså med stöd av projektfinansiering fram till utgången av år 2025. Social- och hälsovårdsministeriet har den 8 maj 2024 sänt ett brev till välfärdsområdena och uppmanat områdena att fortsätta med det utvecklingsarbete för främjande av tillgången till vård som anges i projektplanerna för Finlands program för hållbar tillväxt.

Förlängningen av vårdgarantitiderna och den därmed anknutna minskningen av den allmänna inkomstposten för välfärdsområdena eliminerar en av drivkrafterna för att säkerställa en snabb tillgång till vård. Å andra sidan kommer personer yngre än 23 år fortfarande att omfattas av den gällande vårdgarantitiden. Åtgärderna i Programmet för hållbar tillväxt har också planerats så att de kan genomföras trots eventuella lagändringar. Dessutom binder villkoren för de projekt för vilka statsunderstöd beviljats välfärdsområdena trots lagändringarna. En snabbare tillgång till vård minskar bland annat behovet av dyr specialiserad sjukvård och jourtjänster, vilket ytterligare sporrar välfärdsområdena att trygga en snabb tillgång till vård. Också det utvecklingsarbete som redan har utförts, såsom digitaliseringen av tjänster, främjar en snabb tillgång till vård även i fortsättningen. Därmed finns det fortsättningsvis förutsättningar för att nå målet.

Om målet för tillgången till vård emellertid inte nås, kan Finland gå miste om en del av inflödet från EU. EU återkräver inte några medel, eftersom finansieringen betalas till Finland först i efterhand, men en eventuell inkomstförlust skulle belasta social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Statsunderstöd återkrävs inte av välfärdsområdena enbart på grund av att välfärdsområdet inte nått den angivna målindikatorn, om en godkänd projektplan och understödsbeslutets villkor har iakttagits i samband med välfärdsområdets projekt. Hur en eventuell inkomstförlust allokteras inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde ska vid behov bedömas för sig.

4.2.1.8 Konsekvenser för företagen

privata serviceproducenter, eftersom det förväntas att många av dem som har möjlighet till det är beredda att använda sig av egna medel för att försnabba tillgången till vård om de längsta

vårdgarantitiderna förlängs. Arbetsgivare som köper företagshälsovårdens sjukvårdstjänster förväntas också att köpa mer tjänster från privata serviceproducenter då väntetiderna för att få vård förlängs. Å andra sidan kommer välfärdsområdenas köp av tjänster från privata hälso- och sjukvårdsproducenter att minska.

4.2.1.9 Konsekvenser för hushållen

De klientavgifter som hushållen betalar till välfärdsområdena minskar, eftersom volymen av välfärdsområdenas serviceproduktion i någon mån minskar. Hushållens konsumtionsutgifter för privat hälso- och sjukvård och sjukkostnadsförsäkringar ökar, då hushållen anlitar fler privata hälso- och sjukvårdstjänster som ger möjlighet att få vård snabbare.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

4.2.2.1 Konsekvenser för primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården

I propositionen minskar förlängningen av vårdgarantins längsta väntetid för personer som fyllt 23 år kostnaderna och behovet av tilläggspersonal inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården. Det är dock endast fråga om en partiell lindring av normerna rörande välfärdsområdets sätt att genomföra sitt uppdrag, eftersom människor i alla åldrar fortfarande ska få vård inom en tid som är skälig med beaktande av medicinska och odontologiska faktorer samt patientens individuella situation. Då de lagstadgade längsta väntetiderna för att få vård förlängs för personer som fyllt 23 år, binder genomförandet av den första vårdhändelsen emellertid mindre personal och ekonomiska resurser inom mottagningsverksamheten i primärvården och mun- och tandvården. Därmed blir det lättare att i övrigt rikta in resurserna på ett ändamålsenligt sätt. De längre längsta väntetiderna möjliggör bland annat behovsrelaterad prioritering, varvid de som behöver vård snabbt får bättre tillgång till vård, medan icke-brådskande ärenden kan flyttas lite längre fram. Å andra sidan minskar dock även de till buds stående ekonomiska resurserna i och med de föreslagna ändringarna av regleringen. Den försämrade tillgången till primärvård kan också öka trycket på jourverksamheten, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården. Genom satsningar på att bedömningen av vårdbehovet utförs väl kan välfärdsområdena emellertid ordna den icke-brådskande mottagningsverksamheten smidigare än för närvarande och därmed också minska trycket på jourmottagningarna. Utöver det som konstaterats ovan kan den ändring som berör åldersgränsen i någon mån orsaka myndigheterna kostnader för ändringar, som dock bedöms vara relativt små. Med kostnader för ändringar avses i detta sammanhang bland annat kostnader för rapportering i anslutning till åldersgränsen, tillsyn och personalutbildning, samt eventuella administrativa kostnader som hänför sig till ändringar av informationssystemen.

I regionerna har man redan under flera års tid berett sig på skärpta längsta väntetider för tillhandahållandet av vård, redan innan den gällande vårdgarantiregleringen trädde i kraft. Man har sedan år 2020 stött utvecklandet av verksamhetsmodellerna för mottagningarna inom den öppna sjukvården på basnivå samt mun- och tandvården, etableringen av god praxis samt avvecklingen av vård-, service- och rehabiliteringsskulden med hjälp av synnerligen betydande statsunderstöd och styrning av utvecklingen med hjälp av programmet Framtidens social- och hälsocentral och Finlands program för hållbar tillväxt. Resultaten av detta utvecklingsarbete kan förväntas främja en snabbare tillgång till vård också efter att vårdgarantiregleringen har lindrats. Många verksamhetsmodeller har på ett bestående sätt förändrat mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården, och det är inte troligt att man längre kommer att frångå dessa verksamhetsmodeller inom välfärdsområdena. Under remissbehandlingen konstaterade flera av välfärdsområdena också att de oavsett

vårdgarantiregleringen strävar efter att iaktta de längsta väntetider som anges i den gällande regleringen.

Även om tillgången till vård har för snabbats i och med att vårdgarantiregleringen har skärpts, har man åtminstone inte ännu helt och hållet nått den nivå som lagen förutsätter. Å andra sidan tillgodosågs tillgången till vård i regel betydligt snabbare än inom de längsta väntetiderna då vårdgarantitiderna förut var tre månader inom primärvårdens öppna sjukvård och sex månader inom mun- och tandvården. Detta kan antas minska den inverkan som förslaget om återinförande av de tidigare vårdgarantitiderna medför.

Tillgången till vård varierar mellan de olika välfärdsområdena. Det finns många orsaker till detta. Åtminstone följande faktorer inverkar på tillgången till vård i välfärdsområdena:

- befolkningens servicebehov och invant beteende,
- hälsocentralernas verksamhetsmodeller,
- den regionala tillgången till läkare, tandläkare och vårdpersonal samt köpta tjänster och hyrd arbetskraft,
- arbetsfördelningen mellan och kompetensen hos de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården,
- de till buds stående ekonomiska resurserna för den öppna sjukvården och mun- och tandvården,
- anlitaandet av privat hälso- och sjukvård, företagshälsovård och studerandehälsovård (SHVS).

Den gällande vårdgarantins konsekvenser och förutsättningarna för dess verkställighet varierar därför mellan olika välfärdsområden. I en del av områdena tillgodosågs tillgången till vård inom den öppna sjukvården och mun- och tandvården inom ramen för de gällande längsta väntetiderna redan innan dessa trädde i kraft. I dessa områden kan det partiella återställandet av de längsta väntetiderna till den tidigare nivån uppskattas ha en mindre inverkan på verksamheten. I andra områden kan den partiella förlängningen av de längsta väntetiderna å sin sida förväntas göra det lättare än förut att klara av de lagstadgade förpliktelserna. Vid granskningen av inom vilken tid vård har tillhandahållits före den 1 september 2023 finns det dock skäl att notera att uppgifterna om den kommande skärpningen av vårdgarantin påverkade tiderna för tillhandahållandet av vård redan flera år innan skärpningen trädde i kraft, eftersom vårdanordnarna var tvungna att bereda sig på den kommande skärpningen genom att satsa på tillgången till vård. I fortsättningen kommer det inte längre att finnas något motsvarande incitament när det gäller tillgången till vård för personer som fyllt 23 år.

Utifrån det till buds stående faktaunderlaget är det i princip inte möjligt att bedöma enskilda konsekvenser inom olika välfärdsområden. Det har dock bedömts att den skärpta vårdgarantin binder mer personal, vilket innebär att man genom att delvis återställa vårdgarantin till den tidigare nivån bedöms ha bättre förutsättningar att se till att personalen räcker till för olika sysslor i välfärdsområdena. Detta accentueras framför allt under rusningstider samt under semestrar och annan personalförhållande, då det varit särskilt utmanande att iaktta den gällande vårdgarantin.

Den skärpta vårdgarantin betonar en snabb bedömning av vårdbehovet och en snabb inledning av vården. Då det föreskrevs om den bedömdes det föreligga en risk för att satsningen på tillgången till vård skulle ske på bekostnad av vårdens kontinuitet. Under remissbehandlingen av regeringens proposition 74/2022 rd konstaterades det i ca tre av fyra remissyttranden från välfärdsområdena (inkl. välfärdsområden, kommuner och samkommuner) att skärpningen av vårdgarantin i den föreslagna formen sannolikt skulle leda till att vårdens kontinuitet och vårdutfallet äventyras. Det är ännu alltför tidigt att bedöma huruvida detta har skett. I varje fall kan risken för försvagad kontinuitet minskas då vårdgarantin delvis återställs till den tidigare nivån. I vissa situationer kan det exempelvis vara ändamålsenligt att en yrkesutbildad person som känner patienten sedan tidigare svarar för ett mottagningsbesök som omfattas av vårdgarantin, trots att det inte finns tillgängliga tider till denna person inom 14 dygn.

Vid bedömningen av vårdbehovet måste man i fortsättningen beakta att de längsta väntetiderna för icke-brådskande vård föreslås vara olika för personer som är yngre än 23 år och personer som har fyllt 23 år. Detta kräver att personalen har mer omfattande förtrogenhet både med bedömningen av vårdbehovet och med registreringen av vårdbehovet än vad tillämpningen av de gällande längsta väntetiderna för icke-brådskande vård kräver.

Såsom det konstaterats ovan, beror propositionens konsekvenser inom de enskilda välfärdsområdena bland annat på hurdan utgångssituationen inom området var i fråga om tillgången till vård innan vårdgarantilagstiftningen skärptes, med vilka metoder den skärpta vårdgarantin genomförts samt vilken nivå som har uppnåtts. Med beaktande av remissvaren beror konsekvenserna dessutom väsentligen på i vilken mån respektive välfärdsområde klarar av att rikta den nedskärning av finansieringen som hänför sig till lindringen av förpliktelsen åt något annat håll än mot personalresurserna inom primärvården, i synnerhet i de situationer där välfärdsområdet tidigare har riktat motsvarande ökning av finansieringen åt något annat håll inom servicesystemet. En betydande minskning av personalen inom primärvården kan få vidsträckta negativa konsekvenser. Propositionens målsättningar rörande förbättring av personalsituationen och ökning av den flexibilitet som främjar vården och servicesystemet som helhet uppnås inte då, utan det finns en risk för att situationen till denna del till och med kan försämrats. Också väntetiderna för vård kan i detta fall förlängas avsevärt. Samtidigt kan negativa konsekvenser som är svåra att bedöma följa också av att besparingen riktas exempelvis mot socialvården eller den specialiserade sjukvården. Å andra sidan konstaterade exempelvis Södra Savolax välfärdsområde, som förordade propositionen under remissbehandlingen, att man har för avsikt att genomföra anpassningen ”bland annat genom ändringar av servicenätverket, förbättring av vårdens kontinuitet, utökat bruk av digitala lösningar, utökat klientarbete samt genom den nytta som erhålls genom en modell med multiprofessionella team och integration av social- och hälsovården”.

4.2.2.2 Konsekvenser för samjouren, sjukhusvården och den specialiserade sjukvården

Den förbättrade tillgången till öppenvård inom primärvården har bedömts minska trycket på samjourerna. Då den gällande vårdgarantin reglerades i lag konstaterades det i regeringspropositionerna 74/2022 rd och 55/2023 rd att en utmaning för samjourerna har utgjorts av en oändamålsenlig efterfrågan på jourtjänster och en ökning av denna efterfrågan. Problemen med tillgången till vård inom primärvården och dröjsmålen ansågs utgöra en väsentlig orsak till detta. Till samjouren kommer även kunder som inte har behov av brådskande vård vid en akutmottagning eller vars behov inte är medicinskt. I dessa fall skulle patienten ha störst nytta av att under tjänstetid besöka primärvården, där man kan säkerställa en helhetsbetonad och vid behov multiprofessionell bedömning och vård. Att samjourerna belastas med icke-brådskande ärenden skapar rusning vid jourerna, orsakar onödiga undersökningar och förutsätter omfattande upprätthållande av beredskap. Upprätthållandet av jourberedskap binder

personal och är dyrt. När tillgången till vård under tjänstetid förbättras, kommer befolkningen inte längre att söka sig till samjourerna i samma ärenden. Det antogs att propositionen skulle leda till att en del av de patienter som då fick vård vid akutmottagningarna i fortsättningen skulle få vård inom primärvårdens öppna sjukvård.

I regeringens proposition 55/2023 rd bedömdes det att besöken vid primärvårdens samjour gradvis skulle minska då det skulle bli möjligt att få öppenvård på basnivå inom 14 dygn. I bedömningen utgick man från antagandet om att besöken vid samjouren skulle minska med 5 procent under det första året efter att lagförslagen trätt i kraft, med 10 procent under det andra året och med 10 procent från och med det tredje året efter ikraftträdandet (september 2025) jämfört med utgångsläget innan författningarna trätt i kraft. Det är ännu för tidigt att bedöma i vilken mån förbättringen av tillgången till vård de facto har minskat trycket på jourerna, men åtminstone en del av välfärdsområdena har redan uttryckt att de har iakttagit tecken på detta. Till den del väntetiderna för att få vård förlängs till följd av propositionen, kommer de eventuella positiva konsekvenser som förkortandet av tiderna förväntades medföra för belastningen av jourerna i varje fall att bli mindre. Även här finns det dock skäl att beakta den betydande utvecklingsverksamhet som har bedrivits i områdena för att förbättra tillgången till vård. Den partiella förlängningen av de längsta väntetider som hänför sig till vårdgarantin leder därför inte nödvändigtvis i sig direkt till att jourerna blir överbelastade. Välfärdsområdena har ett väsentligt incitament att se till att vårdkedjorna är välfungerande och därmed undvika bruk av betungande tjänster, såsom jourtjänster, samt behov av tilläggsresurser för dessa.

I regeringens proposition 4/2022 rd konstaterades det att största delen av sjukhusperioderna inom primärvården och den specialiserade sjukvården inleds via jouren. Det är oundvikligt att en del av jourbesöken leder till oändamålsenliga sjukhusperioder, om man inte känner patienten, man inte har tillgång till patientjournalen och man inte kan utnyttja social- och hälsovårdens gemensamma regionala vård- och servicestigar. Olika utredningsperioder och intagningar på sjukhus är vanliga i synnerhet när det gäller äldre och även andra kundgrupper som har många sjukdomar och problem. Symtom och försämringar av funktionsförmågan är ofta synliga redan flera dagar tidigare. Om möjligheten att snabbt få vård vid den egna hälsocentralen kan tryggas och det går att elektivt ta ställning till patientens situation och säkerställa en kontinuerlig och planmässig vård, är det klart att en del av dessa sjukhusperioder går att undvika. Det är särskilt viktigt att säkerställa att multisjuka patienter, patienter med nedsatt funktionsförmåga och patienter som redan använder sig av vårdens tjänster samt deras anhöriga, närståendevårdare och hemvårdspersonal kan lita på att man verkligen får kontakt med den egna skötaren eller läkaren och att man får en bedömning och vård inom några dagar. I regeringens proposition 55/2023 rd bedömdes det att lagändringarna skulle leda till att sjukhusperioderna år 2025 på årsnivå skulle minska med 1,8 procent på vårdavdelningarna inom primärvården och med 0,9 procent inom den specialiserade sjukvården. Det är inte ännu möjligt att bedöma realiseringen av dessa estimerade konsekvenser. Minskningen kommer sannolikt att realiseras i mindre skala från och med år 2025, till den del de längsta väntetiderna för vård för personer som fyllt 23 år åter förlängs i och med den aktuella propositionen. Eftersom sjukhusen i huvudsak omfattas av välfärdsområdets egen tjänsteproduktion, har området möjlighet att även snabbt anpassa antalet vårdplatser. Å andra sidan har välfärdsområdena ett incitament att minska oändamålsenliga sjukhusperioder och förkorta deras längd, vilket innebär att man trots att vårdgarantins längsta väntetider förlängs sannolikt fortsättningsvis kommer att främja god tillgång till vård och vårdens kontinuitet inom primärvårdens öppna sjukvård.

Förbättrandet av tillgången till tjänster inom primärvården bedömdes i regeringens proposition 74/2022 rd också påverka efterfrågan på icke-brådskande tjänster inom den specialiserade sjukvården. I och med att antalet mottagningsbesök inom primärvården förväntades öka till följd av den skärpta vårdgarantin och nya behov och sjukdomar skulle yppas, skulle en del av besöken

föranleda en remiss till den specialiserade sjukvården. I propositionen bedömdes det att 10 procent av det ökade antalet icke-brådskande läkarbesök inom den öppna sjukvården skulle vara sådana som föranleder en remiss. Detta gör att efterfrågan på och kostnaderna för den specialiserade sjukvården ökar. I och med att tillgången till primärvård förbättras kan emellertid en del av uppföljningsbesöken och även en del av de första besöken inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård överföras till basnivån. Detta förutsätter stöd av den specialiserade sjukvården på basnivån bland annat genom konsultationsverksamhet, som under de senaste åren utvecklats kraftigt, exempelvis med utnyttjande av digitala tjänster och förankring vid mottagningarna på basnivån. Av det ökade antal besök inom den öppna sjukvården som lagändringen bedömdes medföra bedömdes 15 procent från och med september 2024 vara sådana som ersätter ett besök inom den specialiserade sjukvården. Det är inte heller för dessa estimerade konsekvensers del ännu möjligt att bedöma deras realisering, men konsekvenserna kommer i varje fall att bli mindre till den del väntetiderna för att få vård i och med den aktuella propositionen åter förlängs för personer som fyllt 23 år.

Även om välfärdsområdena i och för sig har ett betydande incitament att satsa på primärvården för att stävja de långsiktiga totalkostnaderna för systemet, är det känt att välfärdsområdena i den nuvarande ekonomiska situationen också har ett incitament att genomföra sparåtgärder som har effekter på kort sikt. Under remissbehandlingen uppmärksammades det i många svar också att det är utmanande att på annat håll inom välfärdsområdenas verksamhet finna en sådan besparing som motsvarar den nedskärning av finansieringen som hör samman med propositionen. Därmed kan man inte utesluta risken för att väntetiderna för att få vård förlängs avsevärt till följd av att finansieringen minskar, vilket föranleder bland annat onödig efterfrågan, belastning av jourerna och ett ökat behov av specialiserad sjukvård. Såsom det konstaterats i avsnittet ovan, uppgav å andra sidan flera välfärdsområden i samband med remissbehandlingen att de, oavsett vårdgarantiregleringen, strävar efter att iaktta de längsta väntetider som anges i den gällande regleringen för primärvårdens del.

4.2.2.3 Övergång från välfärdsområdenas tjänster till tjänster som tillhandahålls av den privata hälso- och sjukvården samt företagshälsovården

Då de den gällande vårdgarantitiderna reglerades i lag rd konstaterades det i regeringspropositionerna 74/2022 rd och 55/2023 rd att det kunde förmodas att medborgarnas villighet att själva bekosta motsvarande tjänster inom den privata hälso- och sjukvården i viss mån minskar då tillgången till offentlig primärvård förbättras. Det bedömdes också vara möjligt att intresset för frivilliga egenfinansierade försäkringar avtar med tiden. Befolkningen värdesätter möjligheten att inom den privata hälso- och sjukvården välja en viss yrkesutbildad person och även att få direkt tillgång till en läkares mottagning utan att först genomgå en bedömning av vårdbehovet eller besöka någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Delvis har befolkningen också ett intryck av att den privata hälso- och sjukvården har en lägre tröskel för tillgång till undersökningar och remisser till den specialiserade sjukvården. Av ovannämnda skäl antog man att förändringarna i anlitaandet av privat hälso- och sjukvård skulle bli synliga först efter hand, i och med en utökad tillit till att man snabbt får vård inom den offentliga primärvården. Vid bedömningen av konsekvenserna antog man att besöken hos allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården gradvis skulle överföras till den offentliga primärvården, så att mängden sådana besök år 2026 skulle vara 8 procent. Det förväntades att läget skulle stabiliseras på denna nivå. Välfärdsområdena borde därmed på grund av lagändringen ha utökat sin kapacitet inom den öppna sjukvården i motsvarande omfattning.

Eftersom den nuvarande vårdgarantilagstiftningen trädde i kraft först den 1 september 2023 och regeringen redan i april 2024 slog fast som sin linje att vårdgarantin ska återställas till den tidigare nivån, kommer det knappast att hinna ske någon desto större ovan beskriven övergång.

I och med den aktuella propositionen kommer en sådan övergång i varje fall sannolikt inte att realiseras när det gäller personer som fyllt 23 år. Å andra sidan föreslås det i den regeringsproposition med förslag till lag om ändring av 2 och 3 kap. i sjukförsäkringslagen (STM076:00/2023) som ska överlämnas till riksdagen hösten 2024 att ersättningarna för privat sjukvård ska höjas och riktas in på ett nytt sätt, vilket bedöms öka anlitandet av privata hälso- och sjukvårdstjänster.

I regeringens proposition 74/2022 rd konstaterades det att den längsta väntetiden på tre månader för att få mun- och tandvård inom den offentliga sektorn fortfarande är lång, jämfört med att en tid inom den privata mun- och tandvården ofta kan fås redan samma eller följande dag. Dessutom gick det i de flesta kommuner redan då att få vård inom tre månader, så förkortningen av den längsta väntetiden för vård bedömdes inte orsaka övergångar från den privata mun- och tandvården till den offentliga.

4.2.2.4 Konsekvenser för personalen

Genomförandet av den gällande vårdgarantin är förknippad med en avsevärd oro beträffande tillgången till personal. Personalbristen utgör en utmaning för hela servicesystemets funktion. Personalläget och regeringens åtgärder för att förbättra personalläget beskrivs i avsnitt 2.2.2. Utmaningarna i fråga om tillgången till personal gäller hela social- och hälsovårdssektorn, även om det förekommer variationer mellan olika regioner och yrkesgrupper. Fenomenet är omfattande, komplext och mångfacetterat.

Det finns inga enkla eller snabba lösningar för att stärka primärvårdens dragningskraft och hållkraft. Olika verksamheter inom hälso- och sjukvården konkurrerar om samma personal. Den begränsade tillgången till ordinarie personal har avhjälpats med olika lösningar med hyrd arbetskraft samt köpta tjänster och servicesedlar. Också för dessa tjänster rekryteras dock personalen på samma arbetsmarknad som för den offentliga serviceproduktionen för primärvårdens olika funktioner och för den specialiserade sjukvården. Inom servicesystemet finns ingen egentlig extra reserv av social- och hälsovårdspersonal.

De nya verksamhetsmodeller och teknologiska tillämpningar som har tagits i bruk under de senaste åren kan minska personalbehovet. Dessutom kan man genom att utveckla organisationens personalstruktur (läkare, vårdare, avdelningssekreterare och annan stödpersonal) främja att det finns tillräckligt med yrkesutbildade personer i avgörande ställning. Arbetet inom primärvårdens öppna sjukvård är dagarbete, vilket lämpar sig bättre för många skötares livssituation än skiftesarbete. Detta ökar hälsocentralernas dragningskraft i förhållande till den övriga offentliga hälso- och sjukvården. Med beaktande av att servicebehovet emellertid ökar till följd av att befolkningen åldras och med beaktande av de omfattande pensioneringar som kommer att ske bland social- och hälsovårdspersonalen under de närmaste åren, kan man förvänta sig att personalläget inom branschen kommer att vara utmanande ännu under en lång tid, trots de nämnda framstegen.

Då det lagstiftades om att vårdgarantin för primärvårdens öppna sjukvård skulle vara sju dygn (RP 74/2022 rd) uppskattades det att behovet av ökad kapacitet inom primärvårdens öppna sjukvård skulle motsvara en insats på ca 226 årsverken av läkare och ca 208 årsverken av sjukskötare eller hälsovårdare under det första verkställighetsåret, dvs. år 2023. Under de följande åren beräknades behovet gradvis öka, så att det år 2024 skulle motsvara en insats på 465 årsverken av läkare och 402 årsverken av sjukskötare, år 2025 en insats på 641 årsverken av läkare och 498 årsverken av sjukskötare och från och med år 2026 en insats på 672 årsverken av läkare och 476 årsverken av sjukskötare. Då det lagstiftades om att vårdgarantin för primärvårdens öppna sjukvård permanent skulle bli 14 dygn (RP 55/2023 rd) beräknades detta

minska det beräknade behovet av kapacitet med 145 årsverken av läkare och 105 årsverken av sjukskötare år 2026, varvid det kvarstod ett behov av 527 årsverken av läkare och 370 årsverken av sjukskötare. Det bedömdes att man kan svara mot det ovan angivna beräknade behovet också på andra sätt än genom egentliga nyrekryteringar. Det bedömdes att man förutom genom personalrekryteringar kunde tillgodose behovet av ytterligare personal genom en bestående ändring av verksamhetsmetoderna inom primärvården. Olika yrkesutbildade personers arbetstid och kompetens kunde fördelas på bästa möjliga sätt i synnerhet genom en reform av arbetsfördelningen och arbetsmodellerna. En utvidgning och utökning av användningen av tjänster, såsom elektroniska tidsbeställningar, chattjänster och distansmottagningstjänster, skulle övervägas som en möjlighet att rikta in de yrkesutbildade personernas arbetsinsats på ett ändamålsenligt sätt. Då den längsta väntetiden för att få vård i och med den aktuella propositionen kvarstår vid 14 dygn för personer yngre än 23 år, beräknas personalbehovet inom primärvårdens öppna sjukvård i välfärdsområdena från och med år 2026 kräva en ökad insats som motsvarar 86 årsverken av läkare och 60 årsverken av sjukskötare, i förhållande till situationen innan propositionen om vårdgarantitiden på sju dygn gavs (RP 74/2022 rd).

Enligt de uppgifter som erhöles av välfärdsområdena i den enkät som riktades till dem (se avsnitt 2.2.1) har man svarat mot skärpningen av vårdgarantin för primärvårdens icke-brådskande öppna sjukvård i första hand genom att utveckla verksamheten samt i viss mån genom tilläggsarbete och köp av tjänster, men bara i ringa utsträckning genom rekryteringar av mer personal. Det har inom flera välfärdsområden också planerats eller fattats beslut om komprimering av hälsocentralnätverket, ändringar av öppettider och andra åtgärder som minskar personalbehovet. Det finns dock inte ännu tillgång till detaljerad eller heltäckande information om eventuella genomförda personalökningar eller åtgärder som minskar personalbehovet. Dessutom kan personalbehovet minska inom vissa områden till följd av den regeringsproposition (STM093:00/2023) som kommer att överlämnas hösten 2024, där det föreslås ändringar av regleringen om dygnetruntjour och kirurgi. På de grunder som har anförts ovan kan det bedömas att det partiella återställandet av vårdgarantin för primärvårdens icke-brådskande öppna sjukvård till den tidigare längsta väntetiden på tre månader närmast kommer att leda till att köpen av tjänster minskar, och bara i mindre grad till personalnedsskärningar.

Förkortandet av den längsta väntetiden för mun- och tandvård först till fyra och sedan till tre månader förväntades knappt alls öka behovet av personal, eftersom det i huvudsak var fråga om att avveckla köer, vilket var en engångshändelse. Det bedömdes vara möjligt att avveckla köerna exempelvis genom tilläggsarbete och köp av tjänster från den privata sektorn samt genom att ta i bruk nya verksamhetsmodeller. Den till buds stående informationen från välfärdsområdena, som ännu är begränsad, visar att välfärdsområdena har rekryterat ytterst lite ny personal. Däremot har de avvecklat köer genom att köpa tjänster i olika former från den privata sektorn och genom att ta i bruk mer kostnadseffektiva verksamhetsmodeller än förut. Därmed kommer en lindring av vårdgarantin för mun- och tandvården för personer som fyllt 23 år närmast att leda till minskade köer av tjänster och inte i första hand till personalnedsskärningar.

Å andra sidan har man dock i remissvaren i stor utsträckning ansett att den minskning av finansieringen som hänför sig till propositionen tvingar välfärdsområdena till omfattande personalnedsskärningar. Dessutom har backandet från vårdgarantin ansetts medföra betydande imageskada för den offentliga hälso- och sjukvården och därmed ytterligare försvaga dess dragningskraft och hållkraft för personalens del. Dessa risker kan inte helt och hållet uteslutas.

4.2.2.5 Studenternas hälsovårdsstiftelse

Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS är ingen egentlig myndighet utan en aktör inom tredje sektorn, men eftersom stiftelsen är en lagstadgad producent av sådana

studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande som ordnas av Folkpensionsanstalten, behandlas de konsekvenser som orsakas stiftelsen i detta avsnitt.

Konsekvenserna för SHVS motsvarar i stor utsträckning de konsekvenser för välfärdsområdena som har beskrivits i underavsnitten ovan. SHVS har haft problem med att iaktta de skärpta längsta väntetiderna för vård inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården. Enligt SHVS:s remissvar utgörs orsakerna till detta av utmaningarna i fråga om tillgången till personal och i synnerhet av utmaningarna rörande finansieringens tillräcklighet till följd av det ökade servicebehovet. En partiellt lindrad vårdgaranti underlättar tillhandahållandet av vård i enlighet med lagen, och det torde vara möjligt att åtminstone i viss mån minska anskaffningen av tjänster hos andra serviceproducenter. Hos SHVS utgör emellertid de som är yngre än 23 år en större andel (ca 25 %) av kunderna än hos välfärdsområdena, vilket innebär att förlängningen av den längsta väntetiden för icke-brådskande vård för personer som fyllt 23 år har en mindre inverkan på SHVS:s verksamhet än på verksamheten i välfärdsområdena. SHVS bedömde i sitt remissvar att lindringen av vårdgarantin i sig knappast alls kommer att påverka den tid inom vilken vård tillhandahålls vid dess enheter, eftersom SHVS inte har klarat av att iaktta den gällande vårdgarantiregleringen. Å andra sidan bedömde SHVS dock att den striktare vårdgaranti som kvarstår för personer yngre än 23 år kommer att förlänga de tider inom vilka vård tillhandahålls personer som fyllt 23 år.

4.2.2.6 Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och Brottsförhållningsmyndigheten

För att verkställa regleringen om en fånges rätt att få en individuell bedömning av vårdbehovet samma dag som fången tar kontakt, vilken trädde i kraft den 1 september 2023 inom hälso- och sjukvården för fångar, har man genomfört ändringar av verksamhetsmodellen och utökat samarbetet med Brottsförhållningsmyndigheten. Att denna förpliktelse kvarstår oförändrad medför därmed inga ytterligare åtgärder. Också inom hälso- och sjukvården för fångar har skärpningen av vårdgarantins längsta väntetid medfört behov av att utveckla verksamheten och rekrytera tilläggspersonal. Dessa behov mildras i och med att de längsta väntetiderna förlängs. Inom hälso- och sjukvården för fångar utgör de som är yngre än 23 år en mindre andel av kunderna än i välfärdsområdena, vilket innebär att förlängningen av den längsta väntetiden för icke-brådskande vård för personer som fyllt 23 år har en större inverkan på verksamheten inom hälso- och sjukvården för fångar än på verksamheten i välfärdsområdena.

4.2.2.7 Migrationsverket och mottagningscentralerna

Såsom det konstaterades i regeringens proposition 74/2022 rd och ovan i avsnitt 2.1.3, kan regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom motsvarande längsta väntetider som de som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen. Reglerandet av vårdgarantin har således konsekvenser också för verksamheten vid Migrationsverket (Migri) och vid förläggningar som drivs av eller har ingått avtal med Migri. I mottagningslagen finns ingen motsvarande bestämmelse om att hälso- och sjukvårdstjänster ska tillhandahållas myndiga personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som saknar en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland på samma grunder som tjänster tillhandahålls personer med hemkommun. Enligt uppgifter från Migri söker sig emellertid också dessa grupper i praktiken till de hälso- och sjukvårdstjänster som mottagningscentralerna ordnar, på samma sätt som de som får tillfälligt skydd, vilket innebär att propositionen även därigenom har konsekvenser för Migrationsverkets och mottagningscentralernas verksamhet.

Enligt uppgifter från Migri (statistik från den 24 juni 2024) har mottagningssystemet för närvarande sammanlagt 28 227 kunder, av vilka 21 723 är personer som har ansökt om eller får tillfälligt skydd (ca 77 procent av det totala antalet). Inom mottagningssystemet är ca 30 procent av kunderna yngre än 23 år. Under åren 2022–2024 har sammanlagt ca 10 447 personer som ansöker om internationellt skydd och 72 234 personer som ansöker om tillfälligt skydd anlänt till Finland. Under det innevarande året har 1 142 personer ansökt om internationellt skydd och 5 506 personer ansökt om tillfälligt skydd. Största delen av dem som får tillfälligt skydd är ukrainska medborgare, men också andra personer som flytt från Ukraina på grund av Rysslands anfallskrig kan få tillfälligt skydd.

En person som får tillfälligt skydd har möjlighet att ansöka om hemkommun efter ett års vistelse i Finland, om personen har ett giltigt uppehållstillstånd. När en person får en hemkommun överförs ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för personen till välfärdsområdet. Mottagningssystemet är inte avsett att erbjuda varaktig utan tillfällig inkvartering för de berörda personerna. Man strävar efter att främja att personer som har fått tillfälligt skydd ansöker om en hemkommun och överförs från mottagningssystemet till kommunen. De som ansöker om internationellt skydd kan ansöka om en hemkommun efter att de har fått uppehållstillstånd. Antalet mottagningscentraler och platser vid mottagningscentralerna står i direkt proportion till antalet personer som anländer till Finland och ansöker om internationellt skydd samt antalet personer som är registrerade i mottagningssystemet och får tillfälligt skydd. Om antalet kunder inom mottagningssystemet minskar och inte börjar öka på nytt, förväntas det bli aktuellt att genomföra anpassningar av mottagningskapaciteten inom systemet och nedläggningar av mottagningscentraler.

Migrationsverkets bedömning är att de gällande vårdgarantitiderna i regel har iakttagits i normala lägen. Mottagningssystemet är beroende av privata social- och hälsovårdsproducenters och det offentliga hälso- och sjukvårdssystemets reaktionsförmåga. Genomförandet av vårdgarantin för kunderna inom mottagningssystemet kan påverkas ifall antalet kunder ökar betydligt. I en situation med massinvandring, särskilt om en betydande del av de nyanlända är personer som får tillfälligt skydd eller barn, kan mottagningssystemet inte nödvändigtvis till alla delar svara mot den gällande vårdgarantin på 14 dygn respektive fyra månader. Förlängningen av vårdgarantitiderna för personer som fyllt 23 år gör det därmed i viss mån lättare att tillhandahålla tjänster inom de lagstadgade längsta väntetiderna också i dylika situationer.

I regeringens proposition 74/2022 rd konstaterades det vara mycket svårt att bedöma vilken inverkan lagstiftningen om skärpning av de längsta väntetiderna för att få vård skulle medföra i anslutning till det övriga trycket på den hälso- och sjukvård som mottagningscentralerna ansvarar för att ordna. Det konstaterades likaså vara mycket svårt att uppskatta kostnaderna för de kommande åren. Detta berodde på osäkerheten i fråga om antalet asylsökande och personer som söker och får tillfälligt skydd och exempelvis hur många som med tiden blir kommuninvånare (RP 74/2022 rd, s.76–77). Migrationsverkets anslag har utökats avsevärt på grund av det stora antalet ukrainare som kommit till landet. I samband med regeringens proposition 74/2022 rd riktades det dock ingen finansiering till Migrationsverket för den vårdgaranti som trädde i kraft den 1 september 2023, vilket innebär att förslaget om ett partiellt återställande av vårdgarantin till den tidigare nivån inte kommer att ha någon direkt inverkan på Migrationsverkets finansiering.

4.2.2.8 Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Då det föreskrevs om skärpning av vårdgarantin bedömdes tillsynen över den nya regleringen öka tillsynsmyndigheternas arbetsmängd, och deras finansiering utökades. Då de längsta

väntetiderna för att få vård återgår till den tidigare nivån för personer som fyllt 23 år, kan vårdanordnarna sannolikt bättre tillhandahålla vård inom dessa väntetider, vilket innebär att det behövs mindre myndighetstillsyn. Då de längsta väntetiderna för vård är långa för personer som fyllt 23 år, finns det däremot skäl för tillsynsmyndigheterna att utöva accentuerad tillsyn över att vård tillhandahålls inom en skälig tid också i enlighet med den föreslagna lagstiftningen. Detta är i sig betydligt mer utmanande än att bara utöva tillsyn över att en viss längsta väntetid iakttas, men det motsvarar situationen innan den nuvarande vårdgarantiregleringen trädde i kraft. Tillsynsmyndigheterna har i praktiken begränsade möjligheter att utöva tillsyn över att tillgången till vård tillgodoses inom en sådan skälig tid som är kortare än den längsta föreskrivna väntetiden. Missförhållanden kommer troligen att uppdagas närmast genom klagomål och patientskadeanmälningar. Tillsynsarbetet kompliceras också av att olika vårdgarantitider i fortsättningen kommer att gälla för människor i olika åldrar och av att det kommer att finnas fler längsta väntetider att utöva tillsyn över än för närvarande.

När det gäller lagens verkställighet och välfungerande myndighetstillsyn kommer också egenkontrollen i välfärdsområdena och hos de privata serviceproducenter som tillhandahåller tjänster för dem fortsättningsvis att vara av betydelse. Den gällande förpliktelsen att i det allmänna datanätet publicera information om tillgången till vård inom primärvården, inklusive mun- och tandvården, varje månad istället för var fjärde månad, samt det faktum att Institutet för hälsa och välfärd producerar den information som publiceras, kommer sannolikt att underlätta tillsynsmyndigheternas arbete åtminstone i någon mån.

4.2.2.9 Folkpensionsanstalten

Folkpensionsanstalten ska följa och bedöma kvaliteten på och genomslaget hos den studerandehälsovård för högskolestuderande som den ordnar samt dess kostnader, produktivitet och lönsamhet. Lindringen av vårdgarantin för personer som fyllt 23 år medför närmast administrativa åtgärder i samband med anordnandet av studerandehälsovård. När ändringen har trätt i kraft kommer Folkpensionsanstalten att se över de mål som har uppställts för Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS så att de motsvarar den föreslagna lagstiftningen och att tillsammans med stiftelsen uppdatera beskrivningen av studerandehälsovårdstjänsterna för högskolestuderande. Ändringarna av väntetiderna för vård kommer att beaktas också vid den uppföljning och revision av studerandehälsovården som Folkpensionsanstalten utför (i synnerhet vid uppföljningen av väntetiderna).

4.2.2.10 Konsekvenser för informationssystemen

Hur väl de längsta väntetiderna för vård iakttas följs upp av Institutet för hälsa och välfärd i Avohilmo-registret, som förutsätter att aktörerna inom hälso- och sjukvården registrerar de uppgifter som behövs för uppföljningen i enlighet med de klassificeringar som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. Förlängningen av de längsta vårdgarantitiderna, dock så att vårdgarantin för personer yngre än 23 år kvarstår oförändrad, förutsätter ändringar av klassificeringarna. Målet med de ändrade klassificeringarna är att tillgången till vård i fortsättningen ska registreras under samma koder oavsett hur långa de längsta vårdgarantitiderna är.

De ändringar som lagändringarna förutsätter i fråga om koderna för resultaten av bedömningarna av vårdbehovet, vilka används vid uppföljningen av tillgången till vård, kräver utbildning och anvisningar för de yrkesutbildade personer som utför bedömningar av vårdbehovet i välfärdsområdena, hos SHVS och inom hälso- och sjukvården för fångar. De ändringar av koderna som krävs i patientinformationssystemen kräver dessutom ekonomiska

resurser av välfärdsområdena, tid att genomföra ändringarna och uppdatera versionerna samt uppdateringar av anvisningarna för olika patientinformationssystem.

Ändringarna av patientinformationssystemen genomförs i praktiken som en del av de mer omfattande versionsbyten som regelbundet genomförs inom välfärdsområdena. Flera välfärdsområden håller som bäst på att skaffa nya patientinformationssystem, varvid ändringarna genomförs i samband med systemanskaffningarna. Förnyandet av patientinformationssystemen och versionsbytena samt ändringarna av verksamhetsprocesserna kräver tid inom välfärdsområdena. I Finlands program för hållbar tillväxt, som beskrivits i avsnitt 2.2.1, har det för åren 2022–2025 reserverats en miljon euro för THL som stöd för registreringen och fem miljoner euro för välfärdsområdena för utvecklande av registreringen. Denna finansiering kan användas också för de informationssystembehov som föranleds av den aktuella propositionen.

4.2.3 Övriga samhällseliga konsekvenser

4.2.3.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning och för tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna

En förlängning av den längsta väntetiden för personer som fyllt 23 år för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård så att väntetiden ändras tillbaka till tidigare tre månader och en förlängning av den längsta väntetiden för att få mun- och tandvård inom primärvården så att den ändras från tre månader tillbaka till sex månader, i kombination med den härmed sammanhängande minskade finansieringen, kan försämra möjligheterna för patienter som fyllt 23 år att få tillräckliga tjänster. Välfärdsområdena riktar sin finansiering med allmän täckning till skötseln av alla sina uppgifter som omfattas av organiseringsansvaret, vilket innebär att en minskning av finansieringen ändå inte nödvändigtvis kommer att gälla tjänsterna inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvårdstjänsterna. Å andra sidan kan besparingar i andra tjänster ha negativa konsekvenser för dem som behöver dessa tjänster. I detta hänseende kommer det sannolikt att finnas variationer mellan välfärdsområdena.

Ändringen kan också minska den regionala jämlikheten, eftersom det kan uppstå mera betydande regionala variationer i väntetiderna för att få vård om de längsta väntetiderna är långa. Samtidigt ska det uttryckligen vara fråga om längsta väntetider, och uppkomsten av oskäligt stora skillnader hindras av den i lagen inskrivna skyldigheten att alltid ordna den första vårdhändelsen inom skälig tid med beaktande av medicinska omständigheter och patientens individuella situation, medan de numeriska längsta väntetiderna är absoluta tidsgränser även i de minst brådskande fallen. Risken för en faktisk ökning av skillnaderna ökar dock till följd av att tillsynsmyndigheterna har begränsade möjligheter att övervaka att den i lag föreskrivna skäliga tiden för att få vård uppnås.

Den socioekonomiska ställningen har en stark koppling till användningen av hälso- och sjukvårdstjänster och den nytta som fås av dem. Ofta är en högre socioekonomisk ställning förknippad med bland annat en bättre medvetenhet om tillgängliga hälso- och sjukvårdstjänster samt med en möjlighet att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster och företagshälsovård och teckna försäkringar. Innan vårdgarantin skärptes den 1 september 2023 hade de som får sjukvårdstjänster inom företagshälsovården eller anlitar privata sjukvårdstjänster betydligt snabbare tillgång till vård än de som anlitar den offentliga sektorn. I och med förslaget kommer jämlikheten till denna del åter att minska i fråga om personer som fyllt 23 år när väntetiderna för att få vård inom den offentliga sektorn blir längre.

Bland dem som inte får företagshälsovård finns exempelvis äldre och arbetslösa, en del av invandrarna och personerna med funktionsnedsättning samt fångar. Enligt Finanssiala ry:s försäkringsundersökning från 2022 hade 22 procent av finländarna en frivillig sjukkostnadsförsäkring 2022. Vilken utbildning en person har inverkar i hög grad på tecknandet av försäkring. Sjukkostnadsförsäkringar är klart populärare bland dem som har en yrkeshögskoleutbildning (29 %) och högskoleutbildning (25 %) än bland hela befolkningen. Även hushållets inkomster inverkade på tecknandet av försäkringar. Av hushållen i den högsta inkomstklassen (över 70 000 euro/år) hade 30 procent tecknat en sjukkostnadsförsäkring, medan motsvarande andel av hushållen i den lägsta inkomstklassen (under 30 000 euro/år) var 13 procent. Samtidigt kan en del personer i en svagare socioekonomisk ställning dock ha sådana svårigheter till exempel i anslutning till förmågan att hantera vardagen och hälsolitteraciteten som de facto bidrar till att de inte söker vård, även om det i sig skulle vara möjligt att få vård. Man bör dock på alla sätt försöka undanröja hindren för att söka vård.

Som det konstateras i avsnitt 2.1.3 kan regleringen i 26 § 2 mom. i mottagningslagen tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådslande vård inom motsvarande längsta väntetider som de som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Därmed kan den föreslagna regleringen indirekt försämla ställningen för personer som fyllt 23 år och som omfattas av tillämpningsområdet för 26 § 2 mom. i mottagningslagen. Samtidigt minskar dock inte finansieringen av migrationssystemet till följd av ändringen, vilket tryggar tillgången till vård även i fortsättningen.

I mottagningslagen finns det i fråga om myndiga personer som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel inte någon motsvarande bestämmelse om att tjänsterna ska tillhandahållas på samma grunder som för personer med hemkommun. I praktiken söker sig dock också dessa grupper till de hälsovårdstjänster som ordnas av förläggningarna på samma sätt som personer som får tillfälligt skydd, och därför kan den föreslagna ändringen synas i form av en försämling också av den icke-brådslande vård som 23 år fyllda personer i dessa grupper får.

Vårdgarantitiderna lämpar sig också för nödvändig icke-brådslande vård som välfärdsområdet med stöd av 56 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård är skyldigt att ordna för så kallade papperslösa och personer i en situation som kan liknas vid att vara papperslös. Försämlingen i tillgången till vård kan således också beröra dem.

Samtidigt är det möjligt att en förlängning av vårdgarantitiderna för personer som fyllt 23 år balanserar fördelningen av resurser mellan det första vårdbesöket och tryggandet av kontinuiteten i vården samt tryggar en tillräcklig hälso- och sjukvårdspersonal med beaktande av servicesystemet som helhet. Dessa omständigheter kan anses lindra propositionens negativa konsekvenser när det gäller tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. Det är också skäl att notera att tryggandet av hållbara offentliga finanser kan säkerställa att flera av de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses på ett bättre sätt på lång sikt.

Propositionen försätter personer som fyllt 23 år i en annan ställning än barn och unga under 23 år när det gäller tillgången till vård, eftersom de föreslagna förlängningarna av de längsta väntetiderna för att få vård endast gäller personer som fyllt 23 år. Skillnader i de längsta väntetiderna för att få vård beroende på ålder försämlar dock inte jämlikheten mellan olika åldersgrupper, eftersom åtskillnaden inte är godtycklig eller oskäligen, utan grundar sig på att barnets bästa ska komma i första hand och även i fråga om unga under 23 år på de medicinska omständigheter som beskrivs i avsnitt 4.1. Dessutom tryggas tillräcklig tillgång till vård för

andra personer i utsatt ställning genom bestämmelserna om rätten att få vård inom skälig tid med beaktande av medicinska omständigheter och personens individuella situation.

Propositionens konsekvenser med tanke på tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna beskrivs närmare i avsnitt 11.

4.2.3.2 Språkliga rättigheter

Av de 21 välfärdsområdena är sju tvåspråkiga. De är Mellersta Österbotten, Österbotten, Egentliga Finland, Västra Nyland, Vanda-Kervo, Östra Nyland och Kymmenedalen. Dessutom är Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen tvåspråkiga. Österbotten är det enda välfärdsområdet med svenska som majoritetsspråk. Bestämmelser om patientens rätt att använda antingen finska eller svenska inom hälso- och sjukvården finns i lagstiftningen om hälso- och sjukvården. Ändringen påverkar inte bestämmelserna om språkliga rättigheter. Vid bedömningen av hur de språkliga rättigheterna tillgodoses bör man också bedöma hur rättigheterna tillgodoses i praktiken. I fråga om social- och hälsovårdstjänster är det viktigt såväl för klientsäkerheten som för rättssäkerheten att tjänsterna fås på personens eget språk, svenska eller finska, oberoende av om personen hör till välfärdsområdets språkliga minoritet eller majoritet.

Välfärdsområdena har olika förutsättningar att erbjuda tvåspråkiga social- och hälsovårdstjänster. Hur stor områdets språkliga minoritet är inverkar på möjligheterna att rekrytera språkkunnig personal. I regel är tillgången till språkkunnig personal bäst i regioner där den språkliga minoritetens andel är stor. Också var det finns social- och hälsovårdsutbildning i regionen kan ha betydelse för tillgången till personal. En förlängning av de längsta väntetiderna för att få vård för personer som fyllt 23 år kan bedömas förbättra möjligheten att erbjuda tjänster på minoritetsspråket för alla åldersgrupper.

4.2.3.3 Konsekvenser för befolknings hälsotillstånd och tillgången till tjänster

Genom de föreslagna lagändringarna kommer de längsta väntetiderna för personer som fyllt 23 år för att få vård inom den öppna sjukvården och mun- och tandvården inom primärvården att förlängas inom det offentliga servicesystemet, vilket för deras del sannolikt leder till längre faktiska väntetider för att få vård. Dessa tjänster tillhandahålls vid hälsovårdscentralerna och vid social- och hälsocentralerna, vars tjänster hela befolkningen har rätt att anlita. Till denna del kommer den försämrade tillgången till tjänster att beröra alla befolkningsgrupper som anlitar den offentliga hälso- och sjukvården på ett likartat sätt, med undantag för barn och unga under 23 år. De regionala skillnaderna i tillgången till tjänster kommer dock sannolikt att öka. Det kan också uppstå större skillnader i tillgången till tjänster än för närvarande mellan välfärdsområdena, studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar. Det kommer på nytt att bli större skillnad mellan tillgången till offentliga tjänster och tillgången till sjukvård inom den företagshälsovård som ordnas av arbetsgivare för den arbetande befolkningen. Likaså kommer skillnaden mellan den offentliga och den privata sektorn att öka när det gäller väntetiderna för att få vård. Propositionen kan alltså leda till ökade hälsoskillnader eller åtminstone till att den minskning av hälsoskillnaderna som skärpningen av vårdgarantin bedömdes leda till inte uppnås till den del väntetiden för att få vård på nytt blir längre för personer som fyllt 23 år i och med propositionen.

Bättre tillgång till tjänster i icke-brådskande ärenden gör att hälsoproblem och riskfaktorer som ännu inte uppdagats kan upptäckas snabbare. Detta accentueras i fråga om de patientgrupper vars huvudsakliga eller enda vårdplats är inom den offentliga primärvården. Till dessa grupper hör bland annat äldre, arbetslösa och personer som får rehabiliteringsstöd eller pension samt till

exempel psykiatriska patienter och missbrukspatienter. I dessa grupper finns många personer med långtidssjukdom, där tidig upptäckt och behandling och ingripande i riskfaktorer sker med fördröjning när tillgången till tjänster är dålig. Till exempel en del arbetslösa konstaterades vid införandet av den skärpta vårdgarantin befinna sig i en situation där deras behov av stöd för arbetsförmågan, vård och rehabilitering inte har identifierats och de inte fått tillgång till de tjänster de behöver eller inte fått rätt förmån. De erbjuds inte heller förebyggande hälso- och sjukvård i samma utsträckning som den arbetande befolkningen. När servicebehovet inte identifieras tillräckligt tidigt leder det till att problemen förvärras och anhopas. Sämre tillgång till tjänster innebär att hälsoskillnaderna också ökar på denna grund. Personer i särskilt utsatt ställning drar nytta av att de redan när de tar kontakt får en bedömning av vårdbehovet och i praktiken också en första mottagningstid som infaller under de närmaste dagarna. En del personer i utsatt ställning, exempelvis personer som har psykiska problem eller missbruksproblem, har begränsade resurser och orkar eller klarar inte av att ta kontakt eller besöka vården, om det dröjer länge innan det första besöket äger rum.

I regeringens proposition 74/2022 rd har det å andra sidan ansetts att skärpningen av vårdgarantin medför en risk för att man på grund av de skärpta längsta väntetiderna satsar enbart på att det första vårdbesöket blir av. Detta bedömdes utsätta i synnerhet personer som behöver många olika tjänster för risker. Om man till exempel strävar efter att säkra tillgången genom köpta tjänster eller servicesedlar eller genom att patienterna hänvisas till vilken yrkesutbildad person som helst utan att det dras försorg om att vård- och servicehelheten är planmässig och kontinuerlig, finns det en risk för att kundernas situation försämrats i och med att servicen splittras och informationen inte löper som den ska.

Vidare har det betonats att en skärpning av de längsta väntetiderna inte får leda till att den faktiska tillgången till tjänster, förebyggande tjänster eller vårdkontinuiteten lider, och det samma gäller planmässigheten och sammanhängande vård- och servicekedjor. En skärpning av de längsta väntetiderna får inte heller leda till att de uppskattade positiva effekter som den skärpta vårdgarantin har på befolkningens hälsotillstånd kan äventyras. Det är ännu för tidigt att bedöma om de gällande längsta väntetiderna har dessa konsekvenser och till vilka delar, men risken för dessa kunde i vilket fall som helst minska när de längsta väntetiderna för personer som fyllt 23 år för att få vård blir längre.

När den gällande vårdgarantin infördes uppskattades det i regeringens proposition 74/2022 rd att det för uppnående de skärpta vårdgarantitiderna är möjligt att utbudet av digitala tjänster ökar. Många äldre, multisjuka samt patienter som har en multiproblematik eller är i en svagare socioekonomisk ställning har begränsade möjligheter att anlita digitala tjänster. För sådana klientgrupper kan det praktiska genomförandet av digitala tjänster i stor omfattning leda till problem vad beträffar den faktiska tillgången till vård. Det är möjligt att en delvis lindring av vårdgarantin gör det möjligt att bättre beakta patientens önskemål när det gäller sättet att tillhandahålla tjänsterna.

4.2.3.4 Könskonsekvenser

Det finns skillnader mellan könen i fråga om välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukfrekvens och mortalitet¹⁶. Enligt Statistikcentralens befolkningsstatistik var den förväntade livslängden 83,8 år för kvinnor och 78,6 år för män 2022. Den förväntade livslängden för både kvinnor och män

¹⁶ THL (2024): Sukupuolten hyvinvointi- ja terveyserot. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/hyvinvointi-ja-terveys/sukupuolten-hyvinvointi-ja-terveyserot>

har sjunkit jämfört med tidigare år.¹⁷ Könet är en central särskiljande faktor också när granskningen görs med avseende på befolkningsgrupper¹⁸. Till exempel är inverkan av socioekonomiska faktorer avsevärt större hos män än hos kvinnor. När inkomstnivån beaktas är skillnaden i förväntad livslängd mellan den lägsta och den högsta inkomstdecilen mer än tio år för män och omkring sex år för kvinnor¹⁹. Långvariga sjukdomar²⁰ eller ohälsa är vanligare bland kvinnor än bland män, medan många av de bakomliggande orsakerna till social utslagning är vanligare bland män²¹.

Kvinnor har noterats använda många av social- och hälsovårdstjänsterna mer aktivt än män. Enligt Avohilmo-registret gjorde kvinnor 58 procent och män 42 procent av besöken inom den öppenvård som ingår i hälso- och sjukvården 2022. Av besöken inom mun- och tandvården gjordes 54 procent av kvinnor och 46 procent av män.²² Enligt undersökningen Hälsosamma Finland använder kvinnorna också mer elektroniska social- och hälsovårdstjänster. Under de senaste tolv månaderna hade två femtedelar av kvinnorna och en tredjedel av männen använt elektroniska social- och hälsovårdstjänster. Enligt åldersgrupp var andelen personer som använde elektroniska social- och hälsovårdstjänster högre i de lägre åldersgrupperna och bland kvinnor, med undantag för åldersgruppen över 74 år, där män (16 %) använde elektroniska tjänster oftare än kvinnor (10 %). I denna åldersgrupp upplevde kvinnorna också att de behöver mera handledning än männen när det gäller att använda nättjänster i samband med social- och hälsovård.²³

Det finns inga heltäckande forskningsrön om hälsan och välbefinnandet hos personer som hör till könsminoriteter eller om deras användning av tjänster, men det är känt att många av dem undviker eller dröjer med att söka vård på grund av tidigare erfarenheter av diskriminering eller rädsla för att bli diskriminerad. Sammanlagt 20 procent av de finländska transpersoner som besvarade den HBTQI-enkät som Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde 2020 hade undvikit hälsovården, och 23 procent hade upplevt diskriminering inom social- och hälsovården.²⁴

¹⁷ Finlands officiella statistik (FOS): Avlidna [webbpublikation]. Referenstidpunkt: 2022. ISSN=1798-2537. Helsingfors: Statistikcentralen. <https://stat.fi/sv/publikation/cl8jxd2ks9jb20dukeq98yupk>

¹⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Suomi: Maan terveystilanne 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264317017 (PDF). Series: State of Health in the EU. SSN 25227041 (online). https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf

¹⁹ THL (2019): Suomalaisten hyvinvointi 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

²⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Suomi: Maan terveystilanne 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264317017 (PDF). Series: State of Health in the EU. SSN 25227041 (online). https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf

²¹ THL (2017): Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-896-8>

²² THL (2019): Suomalaisten hyvinvointi 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

²³ THL (2023): Digitaaliset palvelut ja digitaalinen asiointi. https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/digitaaliset_palvelut_ja_digitaalinen_asiointi.html

²⁴ THL (2024): Palvelut ja sukupuoli. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/tasa-arvon-tila/hyvinvointi-ja-terveys/palvelut-ja-sukupuoli>

Som ovan konstateras kan det noteras skillnader mellan könen i fråga om användningen av hälso- och sjukvårdstjänster, vilket betyder att också förslagets konsekvenser riktar sig på olika sätt till de olika könen. Konsekvenserna av att tillgången till tjänster försämras för personer som fyllt 23 år berör i princip oftare kvinnor, eftersom kvinnor använder mest hälso- och sjukvårdstjänster, såväl när- som distanstjänster.

4.2.3.5 Konsekvenser för barn

Enligt Statistikcentralen fanns det 2022 i Finland sammanlagt cirka 550 000 familjer med minst ett barn under 18 år. I barnfamiljerna fanns det sammanlagt lite över en miljon minderåriga barn. Eftersom propositionen endast gäller personer som fyllt 23 år, har den inga direkta konsekvenser för barn eller unga. Om föräldrarna har sämre tillgång till vård kan detta dock ha indirekta negativa konsekvenser också för barnen. Som det konstaterats ovan står personer i en svag socioekonomisk ställning ofta utanför företagshälsovården och privata hälso- och sjukvårdstjänster. Barn till sådana föräldrar är redan i princip i en svagare ställning än andra barn, och en eventuell försämring av föräldrarnas hälsotillstånd kan försvaga deras ställning ytterligare.

4.2.3.6 Konsekvenser för klienter inom socialvården

En snabbare tillgång till vård har bedömts gynna i synnerhet klienter som behöver mycket service inte bara genom att tillgången till vård och dess verkningsfullhet förbättras, utan också genom att det stödbehov som uppkommit till följd av sjukdom eller skada och därmed också efterfrågan på motsvarande socialvårdstjänster minskar. Det stödbehov som hänför sig till funktionsförmågan och som föranleds av till exempel funktionsnedsättning, fysisk eller psykisk sjukdom, försvagning av krafter eller koordination till följd av åldrande eller sjukdomar eller användning av berusningsmedel, kan tillgodoses med många olika socialvårdstjänster. Beroende på funktionsförmåga och behov är dessa till exempel hemservice och hemvård, boendeservice eller service som stöder rörligheten. Snabbare tillgång till vård och inledande av rehabilitering har bedömts åtminstone till vissa delar minska de sociala, ekonomiska eller funktionsrelaterade utmaningar som sjukdomen eller skadan medför i vardagen, och påverkar således även socialvårdens verksamhet och servicebehoven.

Förutom personer med stort servicebehov har framför allt också personer i utsatt ställning bedömts dra nytta av att få vård snabbare. Med en person som behöver särskilt stöd avses i socialvårdslagen en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga tjänster. Behovet av särskilt stöd är inte bundet till en viss diagnos eller skada, utan definitionen omfattar till exempel personer vars behov av särskilt stöd grundar sig på flera sjukdomar eller skador och ett ännu odiagnostiserat syndrom som allvarligt försvagar funktionsförmågan. Socialvården har som en särskild uppgift att genom ändamålsenligt stöd säkerställa att den enskilde får de tjänster som han eller hon behöver till exempel av hälso- och sjukvården.

De ovannämnda fördelarna med snabb tillgång till vård går förlorade när väntetiderna för att få vård blir längre för personer som fyllt 23 år. Samtidigt använder klienter med ett stort servicebehov eller personer som behöver särskilt stöd dock inte nödvändigtvis mycket tjänster trots sina behov. En försämrad tillgång till vård kommer i vilket fall som helst sannolikt att ytterligare minska socialvårdsklienternas förtroende för servicesystemet och tillgången till tjänster.

4.2.3.7 Konsekvenser för klienter som behöver mentalvård, missbrukarvård eller beroendevård

Personer som lider av psykisk ohälsa och har missbruksproblem har varierande initiativförmåga och funktionsförmåga och i vissa situationer även varierande motivation till vård. Detta innebär att de bör ha möjlighet att snabbt och smidigt få vård i enlighet med det behov som de själva uppger sig ha. Enligt de enhetliga grunderna för icke-brådskande vård ska bedömningen av patienten och inledandet av behandlingen alltid ske snabbt på grund av risken för att störningen och dess psykosociala konsekvenser försvåras, med undantag för vissa undersökningsperioder som hänför sig till långvariga egenskaper eller symtombilder. Det är typiskt för psykiska störningar och missbruksproblem att fördröjd vård leder till förvärrade symtom och nedsatt funktionsförmåga. Genom att påskynda tillgången till vård kan man avsevärt förebygga att sjukdomar blir kroniska och att långvariga olägenheter uppkommer, såsom att personen blir arbetsoförmögen.

Propositionen kommer sannolikt att försämra tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården för personer som fyllt 23 år vid psykiska problem och missbruks- och beroendeproblem när personen söker vård för första gången och när sjukdomen återkommer eller försvåras, om vård enligt vårdplanen inte pågår. Propositionen kan således försämra tillgången till mentalvård och missbrukarvård inom primärvården och finansieringen av dessa. I den rekommendation som tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården godkände den 1 november 2018 konstateras det att psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som konstaterats vara effektiva hör till hälso- och sjukvårdens tjänsteutbud vid behandling av psykiska störningar och missbruksproblem. De utgör en del av en målinriktad behandling eller rehabilitering i deras samtliga faser, med början i primärvården. Den nu föreslagna ändringen kan fördröja genomförandet av behövlig psykosocial vård för personer som fyllt 23 år. Jämfört med nuläget inverkar propositionen inte på tillgången till mentalvård för barn och unga under 23 år.

I regeringens proposition 74/2022 rd ansågs risken med en skärpning av vårdgarantin å andra sidan vara att anordnarnas fokusering på att tillhandahålla snabb service för vårdsökande kan leda till att behandling erbjuds i alltför sällan återkommande perioder vid långtidsvård. Det är ännu för tidigt att bedöma om denna risk realiserar, men en lindring av vårdgarantin kunde eventuellt minska sannolikheten för att risken realiserar.

4.2.3.8 Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning

Majoriteten av personerna med funktionsnedsättning använder samma hälso- och sjukvårdstjänster som den övriga befolkningen. Således är propositionens konsekvenser för personer med funktionsnedsättning i princip likadana och liknande som konsekvenserna för hela befolkningen. Det bör dock beaktas att personer med funktionsnedsättning mer sällan är i arbetslivet än den övriga befolkningen, och de har således inte tillgång till företagshälsovårdstjänster i samma utsträckning som den övriga vuxna befolkningen. Personer med funktionsnedsättning behöver också mer hälso- och sjukvårdstjänster än den övriga befolkningen. Propositionen kan således i större utsträckning försvaga ställningen för sådana personer med funktionsnedsättning som fyllt 23 år, i jämförelse med många andra personer som fyllt 23 år. Dröjsmål med rehabiliteringstjänster när funktionsförmågan försämras kan äventyra möjligheterna att bo självständigt för en person med funktionsnedsättning och avsevärt öka behovet av service. En långsammare tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster kan försämra upprätthållandet av funktionsförmågan hos personer med funktionsnedsättning som fyllt 23 år, vilket kan öka deras behov av hjälp, vilket i sin tur förutsätter tjänster inom socialvården.

När den gällande vårdgarantin infördes konstaterades det i regeringens proposition 74/2022 rd å andra sidan att det vid en bedömning enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen finns en risk för att behovet av vård hos personer med funktionsnedsättning lätt bedöms vara förknippat med långtidssjukdom. Därför gjordes bedömningen att det är möjligt att tillgången till vård inom vårdgarantitiden för personer med funktionsnedsättning uppnås i lägre grad än för andra befolkningsgrupper, även om också till exempel nedsatt funktionsförmåga ska vara en grund för tillgång till vård inom vårdgarantitiden. För närvarande finns det inga närmare uppgifter om hur väl tillgången till vård för personer med funktionsnedsättning har förverkligats ur denna synvinkel efter den 1 september 2023.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

Syftet med propositionen är att genom att utveckla bestämmelserna om vårdgarantin

1. uppnå en permanent årlig besparing på minst 97 miljoner euro från och med 2025 inom den statsfinansierade offentliga hälso- och sjukvården
2. trygga en tillräcklig personal inom hälso- och sjukvården
3. göra det möjligt för dem som ordnar offentlig hälso- och sjukvård att mer flexibelt än för närvarande planera sina funktioner inom hälso- och sjukvården med beaktande av vården och servicesystemet som helhet.

De mål som ställts upp för propositionen begränsar i stor utsträckning vilka handlingsalternativ som är möjliga. Det är till exempel inte möjligt att uppnå målen genom att bevara nuläget eller förlänga vårdgarantitiderna för viss tid. Förutom genom den föreslagna permanenta förlängningen av vårdgarantitiderna kan målen nås genom ett alternativ som innebär att det inte alls föreskrivs om de längsta väntetiderna för att få vård. Enligt de nu föreslagna bestämmelserna ska den första vårdhändelsen i icke-brådskande vård ordnas inom skälig tid med beaktande av medicinska och odontologiska omständigheter samt patientens individuella situation i övrigt, i fråga om öppenvårdstjänsterna inom primärvården dock senast inom tre månader och inom mun- och tandvården inom sex månader. I ett alternativ där det inte alls föreskrivs om de längsta väntetiderna för att få vård skulle det till exempel vara möjligt att föreskriva endast om skyldigheten att tillhandahålla vård inom skälig tid.

Fördelen med detta andra alternativ kan anses vara att det ökar flexibiliteten inom servicesystemet ännu mer än det valda alternativet och på så sätt möjliggör en mer balanserad utveckling av servicesystemet. Dessutom skulle det vara möjligt att satsa ännu mer på kontinuiteten i vården i stället för på den första vårdhändelsen. Det är dock sannolikt att det finns få situationer där medicinska och odontologiska omständigheter gör det möjligt att ordna den första vårdhändelsen först efter tre eller sex månader. Således förblir de nämnda fördelarna i förhållande till det valda alternativet närmast på teoretisk nivå. Dessutom är det möjligt att de geografiska variationerna i väntetiderna för att få vård skulle bli större, liksom också skillnaderna mellan primärvård som ordnas inom ramen för hälso- och sjukvården för fångar och studerandehälsovården för högskolestuderande och av välfärdsområdena. Om det inte finns någon uttryckligen angiven tidsgräns för tillgången till vård, skulle tillsynen över efterlevnaden av bestämmelserna också vara mer arbetskrävande. Skillnaden får dock mindre betydelse i och med att tillsynsmyndigheterna också i det valda alternativet ska övervaka att det vid behov är möjligt att få vård snabbare än inom den lagstadgade längsta väntetiden, vilken inte är avsedd att vara en kategorisk väntetid för att få vård, utan en absolut tidsgräns.

Det kan också lyftas fram att bestämmelserna om de längsta väntetiderna för att få vård sedan 2005 har varit en del av regleringen av verksamheten inom vårt hälso- och sjukvårdssystem. Redan genom den reglering om vårdgarantin som gällde fram till den 1 september 2023 lyckades man förkorta värdköerna både inom den specialiserade sjukvården och inom primärvården. Genom att utveckla sina funktioner kom en del av anordnarna redan i god tid innan vårdgarantin inom primärvården skärptes nära målet om en väntetid på högst sju dygn inom primärvårdens öppna sjukvård och en väntetid på högst tre månader inom mun- och tandvården. Med beaktande av det som konstateras ovan är det mer motiverat att återgå till de vårdgarantitider som gällde fram till den 1 september 2023 än att återgå till situationen 2004, då det inte alls fanns några bestämmelser om de längsta väntetiderna.

Utgångspunkten för beredningen var först det alternativ från ramförhandlingarna våren 2024 som innebar att lindringen av vårdgarantin också skulle ha gällt barn och unga under 23 år. En fördel med detta alternativ skulle ha varit att besparingen årligen skulle ha blivit 19 miljoner euro större än besparingen enligt det valda alternativet. Vid beredningen har man dock bedömt att tryggheten av en snabb tillgång till vård för barn och unga är så viktigt med tanke på deras balanserade utveckling och framtid att besparingen riktas på annat sätt. Fördelen med det valda alternativet är också att det inte har några konsekvenser med tanke på den proposition om en terapigaranti för barn och unga som bereds av regeringen (STM083:00/2023) och där väntetiden för att få den psykosociala behandling som tryggas genom terapigarantin är bunden till väntetiden för föregående vårdhändelse (vårdgaranti).

Dessutom granskades ett mellanalternativ där endast psykiska besvär hos barn och unga under 23 år skulle ha kvarstått inom ramen för den nuvarande vårdgarantin. Detta alternativ uteslöts dock, eftersom en övergripande bedömning av barns och ungas psykiska och somatiska välbefinnande är nödvändig och det inte är möjligt att skilja mellan barns och ungas psykiska och fysiska hälsoproblem inom primärvården. De riktlinjer som gäller barn och unga motiveras närmare i avsnitt 4.1.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

5.2.1 Allmänt

Bestämmelser om de längsta väntetiderna för att få vård, den så kallad vårdgarantin, är ett sätt att öka tillgången till primärvård. Olika länder har mycket olika praxis och även vårdgarantitiderna och mätningen av vårdgarantin genomförs på olika sätt. I vissa länder arbetar allmänläkare och tandläkare närmast självständigt och ofta som egenföretagare, och sådana serviceproducenter som motsvarar Finlands multiprofessionella hälsocentraler finns det inte i alla länder. I många, särskilt i länder med försäkringsbaserade system, gör allmänläkarna många hembesök och tillgången till vård på mottagningen är inte betydelsefullt på samma sätt som i Finland. Av denna orsak är det svårt att jämföra olika länder.

5.2.2 Sverige

I Sverige tillämpas vårdgaranti inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om vårdgarantin finns i hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 och patientlagen 2014:821. I Sverige är hälso- och sjukvården och tandvården åtskilda från varandra. Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas inte på tandvården, utan om den finns det separata bestämmelser i tandvårdslagen 1985:125. Vårdgarantin omfattar endast mun- och tandvården till den del den genomförs som en del av hälso- och sjukvården. I Sverige finns det ingen separat vårdgaranti som gäller tandvården.

I Sverige har vårdgarantin graderats i fyra kategorier. Patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som han eller hon söker kontakt med primärvården.

En patient som tar kontakt med primärvården på grund av ett nytt eller förvärrat hälsoproblem har rätt att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar från det att han eller hon sökt kontakt.

Besöket på mottagningen inom den specialiserade sjukvården ska genomföras inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården. Planerad vård ska påbörjas inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat om vården.

Om den vårdgivande enheten inte kan tillhandahålla vård inom garantitiden, ska patienten informeras om saken och erbjudas möjlighet att få vård hos en annan vårdgivare i samma eller i en annan region utan extra kostnad för patienten. Patienten har rätt att avstå från erbjudandet om vård hos en annan vårdgivare och i stället välja att vänta kvar. I det fallet gäller inte längre tidsgränserna för vårdgarantin. Om patienten senare ångrar sitt val, kan han eller hon kontakta den vårdgivande enheten på nytt. Vårdgarantin börjar då gälla från det nya kontaktdatumet. Vårdgarantin gäller inte heller återbesök, laboratorie- och röntgenundersökningar, hjälpmedelsförsörjning (med undantag för utprovning av hörapparater) och situationer där det av medicinska skäl är motiverat att vänta längre än vårdgarantins tidsgränser.

I Sverige infördes 2009 ett ekonomiskt incitament för att förkorta köerna inom hälso- och sjukvården. Landsting (nuvarande regioner) som uppfyllde kriterierna för vårdgaranti fick en kömiljard. Incitamentet slopades 2015. Det ansågs ha bidragit till en situation, där det hände sig att patienter som hade ett mindre vårdbehov fick vård före patienter med ett större vårdbehov. I stället infördes ett annat lags incitament, professionsmiljarden, vars syfte var att på bredare front förbättra vårdkvaliteten. Efter att incitamentet kömiljarden slopade har köerna vuxit igen.

I Sverige har valfriheten ökat gradvis under drygt 30 år för att förbättra tillgängligheten. Regionerna ansvarar för ordnandet av primärvårdstjänsterna. Förutom vårdgarantin främjar patienternas möjlighet att välja sin vårdgivare för primärvårdstjänster i sin tur tillgången till tjänster. Även klienter inom tandvården kan själv välja sin vårdgivare. I Sverige tillämpas ett nationellt tandvårdsbidrag, som betalas till tjänsteleverantörer för att tillhandahålla vård till dem som har rätt till det enligt bostadsort eller socialförsäkringslagstiftningen.

5.2.3 Danmark

I Danmark tillämpas en vårdgarantitid förenad med valfrihet inom sjukhusvården. Bestämmelser om vårdgarantin finns i hälsolagen (Sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024). Inom primärvården och mun- och tandvården har det däremot inte fastställts några tidsfrister för vårdgaranti.

En patient som fått remiss till sjukhus har rätt att välja det sjukhus som ska genomföra bedömningen, undersökningen, behandlingen eller vården bland alla offentliga och vissa specialsjukhus i Danmark. Tillgång till offentlig sjukhusvård ska fås inom en månad från remissen. Denna väntetid är dock temporärt två månader fram till den 31 december 2024, men den gäller inte psykiatrisk vård. För vissa cancer- och hjärtsjukdomar föreskrivs det separat om en kortare längsta väntetid (förordning BEK nr 584 af 28/04/2015).

Om väntetiden överskrider den vårdgarantitid som fastställts i Danmark har patienten utökad frihet att välja sin vårdenhet. Patienten kan då som sin vårdenhet också välja ett privat eller

utländskt sjukhus, med vilka Danmarks regioner (Danske regioner) har avtal. Om patientens situation av medicinska skäl inte kan bedömas inom väntetiden på en månad, ska det för patienten ändå inom en månad upprättas en plan för fortsatta undersökningar.

Valfriheten i Danmark tillgodoses både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Där tillämpas ett försäkringsbaserat system. Enligt den danska hälsoförsäkringslagstiftningen får befolkningen välja mellan två olika försäkringsklasser. På basis av den betalar kunderna inom primärvården inga klientavgifter alls. De registrerar sig hos en läkare i primärvården, som i sin tur agerar portvakt till den specialiserade sjukvården. De betalar klientavgifter inom primärvården, men kan söka sig direkt till en specialistmottagning utan remiss.

Valfriheten inom primärvården tillgodoses då patienten registrerar sig hos önskad läkare. Klienten kan fritt välja behandlande läkare, om denne har plats på sin lista. Läkarens mottagning eller kliniken ska dock i allmänhet ligga inom 15 kilometer från kundens bostadsort (förordning BEK no. 1056 af 31/05/2021). Det finns inte några begränsningar när det gäller att byta till en annan läkare. Kunder inom mun- och tandvården kan fritt välja en kommunal eller privat tandläkare som sin vårdenhet.

5.2.4 Norge

I Norge tillämpas vårdgaranti både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Bestämmelser om vårdgarantin inom den specialiserade sjukvården finns i lagen om patient- och brukarrättigheter (Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63) och bestämmelser om vårdgarantin inom primärvården i förordningen om kommunernas allmänläkarsystem (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2012-08-29-842).

Inom primärvården tillämpas ett system med allmänläkare, där patienterna registrerar sig hos en läkare inom primärvården. Läkaren fungerar som portvakt till den specialiserade sjukvården. Enligt de regler som gäller allmänläkarsystemet ska allmänläkaren kunna ta emot och bedöma alla slags kontakter som inkommer under öppettiderna. Allmänläkaren ska tillhandahålla de listade patienterna konsultation så fort som möjligt och normalt inom fem vardagar. Företräde ges till fall som utifrån en medicinsk bedömning är brådskande och allvarliga.

Inom den specialiserade sjukvården har patienten rätt till en bedömning av hälsotillståndet utgående från remissen inom 10 dagar från det att remissen inkom. Remissen och patientens hälsotillstånd ska bedömas snabbare än den längsta väntetiden om patienten misstänks ha en allvarlig eller livshotande sjukdom. Den specialiserade sjukvården avgör vid bedömningen huruvida patienten är berättigad att få specialiserade sjukvårdstjänster eller om patienten kan få vård någon annanstans. Om patienten är berättigad till specialiserade sjukvårdstjänster, ska han eller hon meddelas en individuellt anpassad och bindande tidsfrist för när undersökningarna, behandlingen eller vården senast ska inledas. Dessutom ska ett första möte med patienten genomföras innan tidsfristen för att inleda behandlingen eller vården löper ut.

Om den individuella tidsfristen för att inleda vården av patienten överskrids, ska patienten erbjudas en vårdenhet på annat håll i Norge. Patienten betalar självriskandelen för den vård som ordnas på annat håll, men behövliga resekostnader ersätts. I vissa situationer kan man med specialtillstånd uppsöka vård utomlands. Patienten kan också välja att vänta på att det ordnas vård vid den ursprungliga vårdenheten.

Valfriheten i Norge tillgodoses både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Valfriheten inom primärvården tillgodoses då patienten registrerar sig hos önskad

läkare. Patienten kan fritt välja behandlande läkare, om denne har plats på sin lista. Det är också möjligt att välja en läkare utanför det egna bostadsområdet. Läkare kan bytas två gånger per år.

En patient som hänvisats till specialiserad sjukvård har rätt att välja vilken offentlig eller privat enhet som bedömer remissen och fattar beslut om specialiserad sjukvård. Det är möjligt att välja bedömande enhet och vårdplats bland alla offentliga sjukhus i landet samt bland de privata producenter som har ingått avtal med den offentliga specialiserade sjukvården. Patienten har dessutom rätt att få en ny bedömning av sitt hälsotillstånd, men i regel endast en gång för samma åkomma.

5.2.5 Estland

I Estland tillämpas vårdgaranti inom primärvården, mun- och tandvården och den specialiserade sjukvården. Tidsfristerna för tillgången till vård grundar sig på de anvisningar som utfärdats med stöd av lagen om ordnandet av primärvårdstjänsterna (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus RT I 2001, 50, 284 och anvisningen RTL 2010, 3, 52). Inom tjänster på specialnivå har det med stöd av Estlands sjukförsäkringslag fattats beslut om väntetidernas maximala längd (Eesti Haigekassa seadus, RT I 2000, 57, 3749 och beslut av rådet för den estniska sjukförsäkringskassan Eesti Haigekassa 11.1.2013 nro 5).

I Estland tillhandahåller privata yrkesutövare eller företag läkarmottagningstjänster inom primärvården. Inom primärvården tillämpas ett system med familjeläkare, där patienten fritt kan välja behandlande läkare, om denne har plats på sin lista. Patienten får välja en ny familjeläkare när han eller hon så önskar. I akuta situationer ska man få komma till familjeläkarens mottagning redan samma dag och i andra situationer inom fem arbetsdagar. Tillsammans med familjeläkaren arbetar en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård, vanligtvis en sjukskötare. Sjukskötare ska ha egen mottagning, där den mängd mottagningstider som tillhandahålls ska uppgå till minst 20 timmar per vecka.

För specialiserade sjukvårdstjänster och specialistläkare krävs en remiss av familjeläkaren förutom i vissa undantagsfall. En patient som omfattas av sjukförsäkring har rätt att fritt välja specialist och mottagningstid vid en vårdenhets som har avtal med Estlands sjukförsäkringskassa Eesti Haigekassa. En patient som hänvisas till tjänster på specialiserad nivå placeras i vårdkön enligt hur allvarligt hälsoproblemet är. Personen ska få vård innan hälsotillståndet avsevärt försämras. En patient ska få komma till specialistläkarens mottagning inom sex veckor från att han eller hon tog kontakt. Den längsta väntetiden för planerad sjukhusvård och dagkirurgiska operationer är i regel åtta månader. I fråga om vissa operationer är den längsta väntetiden ett och ett halvt år. Om vården inte kan tillhandahållas i Estland inom den medicinskt godtagbara väntetiden, har patienten rätt att söka vård även utomlands.

6 Remissvar

Det kom in 96 utlåtanden om propositionsutkastet. Av de sammanlagt 21 välfärdsområdena lämnades utlåtande av 12 välfärdsområden samt dessutom av Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Utlåtanden om propositionen lämnades dessutom av bland annat Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, Brottsförhållandenmyndigheten, Studenternas hälsovårdsstiftelse, Institutet för hälsa och välfärd, Folkpensionsanstalten, finansministeriet, justitieministeriet, riksdagens justitieombudsman, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, alla regionförvaltningsverk, diskrimineringsombudsmannen, barnombudsmannen, flera universitet och högskolor samt flera fackorganisationer och andra organisationer inom branschen. Alla remissinstanser tog inte ställning till alla frågor i begäran om utlåtande (de numeriska

fördelningarna nedan har beräknats utifrån dem som tagit ställning eller svarat på de flervälsfrågor som gäller saken).

I begäran om utlåtande ställdes en fråga om vilka eventuella utmaningar det funnits vid genomförandet av den tidigare skärpta vårdgarantin. Alla välfärdsområden som besvarade frågan samt Studenternas hälsovårdsstiftelse uppgav att de fortlöpande eller tidvis har problem med att iaktta de skärpta bestämmelserna om vårdgarantin. Största delen konstaterade dock att tillgången till vård antingen är på en god nivå eller åtminstone har förbättrats i och med skärpningen av vårdgarantin. Den största utmaningen ansågs vara tillgången på och kvarhållandet av personal, i synnerhet läkare, samt den ökade efterfrågan på tjänster som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller. De välfärdsområden som i sitt remissvar tog ställning till framtiden konstaterade att de fortsätter utvecklingsarbetet för att försnabba tillgången till vård, om inga ändringar görs i bestämmelserna om vårdgarantin, och många trodde att målet kan nås i framtiden. De övriga remissinstansernas åsikter pekade i samma riktning. Å andra sidan ansåg Egentliga Finlands välfärdsområde och Mellersta Finlands välfärdsområde att välfärdsområdets skärpta ekonomiska läge i nuläget utgör en risk med tanke på en snabbare tillgång till vård, och även Studenternas hälsovårdsstiftelse var kritisk.

Endast fem remissinstanser understödde en lindring av vårdgarantin: Södra Savolax välfärdsområde, Studenternas hälsovårdsstiftelse, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, Finlands Munhygienistförbund rf samt finansministeriet (samt i fråga om mun- och tandvård även Karelia Ammattikorkeakoulu Oy och Kajanalands välfärdsområde). Södra Savolax välfärdsområde konstaterade att det på ett allmänt plan välkomnar minskad normstyrning. Studenternas hälsovårdsstiftelse motiverade sin ståndpunkt med att den inte kunnat iaktta de skärpta bestämmelserna om vårdgarantin. Finansministeriet och Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna motiverade sin ståndpunkt med att en lindring ger anordnarna utrymme att organisera sin verksamhet på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt och svara på säsongsvariationer och tillfälliga variationer i efterfrågan på tjänster. De ansåg också att den strikta vårdgarantin orsakade betydande kostnadsökningar i en situation med brist på arbetskraft.

Alla andra remissinstanser som tog ställning till frågan motsatte sig den föreslagna lindringen av vårdgarantin. Remissinstanserna ansåg att de längsta väntetider för att få vård som tillämpades tidigare och som föreslås bli återinförda är oskäligt långa och att begreppet skälig väntetid för att få vård är inexact. Riksdagens justitieombudsman ifrågasatte om de föreslagna bestämmelserna tryggar tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 19 § 3 mom. i grundlagen.

Av dem som besvarade flervälsfrågan om väntetiderna för att få vård inom primärvårdens öppna sjukvård bedömde 9 procent att propositionen leder till att väntetiderna förlängs något eller inte alls, 49 procent att väntetiderna förlängs i någon mån och 43 procent att vårdtiderna förlängs avsevärt (motsvarande fördelning inom mun- och tandvården 19 % / 44 % / 36 %). Med tanke på väntetiderna för att få vård ansågs finansieringsnivån ha större betydelse än bestämmelserna om vårdgarantin. Flera av dem som svarade mer positivt på flervälsfrågan konstaterade vidare att om en lindring av bestämmelserna leder till en minskning av finansieringen inom primärvården i enlighet med utkastet till proposition, är det osäkert om tillgången till vård kan tillgodoses ens inom de föreslagna längsta väntetiderna. Vissa välfärdsområden uppgav att de försöker nå de nu gällande väntetiderna för att få vård trots att bestämmelserna om vårdgarantin lindras. Den minskade finansieringen ansågs dock försvåra detta. I flera utlåtanden bedömdes det att lindringen av vårdgarantin leder till ökade regionala skillnader i tillgången till vård. Justitieministeriet konstaterade att det förblir något oklart hur de föreslagna ändringarna tryggar att befolkningen i olika regioner har lika rätt till tjänster. Studenternas hälsovårdsstiftelse

bedömde att en lindring av vårdgarantin för alla åldersgrupper innebär att väntetiderna för att få vård inom dess tjänster inte kommer att förlängas eller förlängs mycket lite, eftersom Studenternas hälsovårdsstiftelse inte har förmått iakttä de skärpta bestämmelserna om vårdgaranti. Studenternas hälsovårdsstiftelse bedömde dock att väntetiderna för studerande som fyllt 23 år kommer att förlängas, om yngre studerande än så måste ges snabbare tillgång till vård. Brottsförhållanden ansåg det sannolikt att en lindring av vårdgarantin leder till att väntetiderna för personer som fyllt 23 år förlängs även inom hälso- och sjukvården för fångar.

Nästan alla remissinstanser som tog ställning till frågan bedömde att lindringen av vårdgarantin inte har någon inverkan på personalsituationen eller att den försämrar den. Detta motiverades med att den minskning av finansieringen som hänför sig till propositionen skulle tvinga välfärdsområdena till omfattande personalminskningar. Vidare ansågs det att en återgång till den tidigare vårdgarantin allvarligt skadar den offentliga hälso- och sjukvårdens anseende, och som en följd bedömdes dragnings- och hållkraften för personalen bli ännu sämre. Å andra sidan bedömdes det att enbart en lindring av bestämmelserna om vårdgarantin i viss mån kunde underlätta personalsituationen, eftersom personalens arbetstid kunde inriktas mer flexibelt på andra arbetsuppgifter, samt till exempel i samband med arbetstoppar, semestrar och annan frånvaro. Dessa och eventuella andra fördelar bedömdes dock i stor utsträckning utebli på grund av den minskade finansiering som hänför sig till propositionen. Till skillnad från merparten av remissinstanserna ansåg finansministeriet att propositionen bidrar till att trygga en tillräcklig personal.

I begäran om utlåtande frågades det om en lindring av vårdgarantin inom primärvården för personer som fyllt 23 år bättre än i nuläget skulle möjliggöra planering av verksamheten med beaktande av vården och servicesystemet som helhet (inkl. kontinuiteten i vården och slutförandet av vårdperioderna). Av dem som svarade på flervälsfrågan svarade 20 procent jakande i fråga om öppen sjukvård och 21 procent i fråga om mun- och tandvård. Nekande svar gavs av 80 och 79 procent. Den positiva ståndpunkten motiverades med att en lindrigare vårdgaranti ger bättre möjligheter till individuell planering av vården, hänvisning av patienten till en bekant yrkesutbildad person, allokering av resurserna till dem som har störst behov och förbättring av vårdens kvalitet samt med att en lindrigare vårdgaranti jämnar ut de årstidsberoende belastningstopparna inom studerandehälsovården när det gäller det första besöket inom mun- och tandvården. En del av dem som svarade jakande bedömde dock att den minskning av finansieringen som hänför sig till propositionen skulle leda till att de nämnda fördelarna helt eller delvis inte uppnås. Den negativa ståndpunkten motiverades i sin tur med att tillgången till vård och kontinuiteten i vården stöder varandra och att kontinuiteten också kan främjas medan den nuvarande vårdgarantin är i kraft. Som motivering till den negativa ståndpunkten lyftes det dessutom fram att en fördröjd tillgång till vård leder till att sjukdomar förvärras och till att jour och specialiserad sjukvård används på ett oönskat sätt, och att en minskning av finansieringen leder till betydande personalminskningar.

Nästan alla remissinstanser som tog ställning till frågan bedömde att en lindring av vårdgarantin har negativa konsekvenser för andra hälso- och sjukvårdstjänster: den bedömdes leda till ett ökat behov av jourtjänster, specialiserad sjukvård och andra dyrare tjänster när sjukdomarna förvärras under väntetiden, till onödig efterfrågan, till ineffektivitet när patienter under väntetiden söker sig till fel tjänster, såsom jourtjänster, samt till ett behov av socialvårdstjänster när funktionsförmågan hos en del av patienterna försämras under väntetiden. Flera remissinstanser bedömde att realiseringen av dessa negativa konsekvenser är beroende av om den föreslagna minskningen av finansieringen inom välfärdsområdet riktas till primärvården, varvid de faktiska väntetiderna för att få vård bedömdes bli avsevärt längre. I vissa svar bedömdes det också att användningen av privata hälso- och sjukvårdstjänster kommer att öka.

En knapp tredjedel av dem som besvarade flervälsfrågan bedömde att lindringen av vårdgarantin för den öppna sjukvården i någon mån minskar behovet av köpta tjänster, inhyrd arbetskraft eller servicesedlar, medan resten av remissinstanserna bedömde att detta inte påverkas eller påverkas obetydligt. När det gäller mun- och tandvården bedömde 52 procent att behovet minskar något (en del bedömde att minskningen är tillfällig), 48 procent bedömde att effekten är obefintlig eller liten och en remissinstans bedömde att behovet minskar avsevärt. Utifrån remissvaren verkar skillnaderna mellan välfärdsområdena i huvudsak kunna förklaras med i vilken utsträckning välfärdsområdena på grund av rekryteringssvårigheter har varit tvungna att använda sig av köpta tjänster, inhyrd arbetskraft och servicesedlar för att genomföra den skärpta vårdgarantin.

Som andra kritiska synpunkter lyftes det i remissvaren fram att propositionen särskilt drabbar personer i en svag ställning, såsom äldre, personer med funktionsnedsättning, arbetslösa, missbrukspatienter och psykiatriska patienter, och att den leder till ökade hälsoskillnader och ökad ojämlikhet. Det ansågs också att befolkningens förtroende för den offentliga hälso- och sjukvården kommer att minska i och med propositionen. Den minskning av finansieringen som hänför sig till propositionen ansågs utöver personalminskningar kräva en betydande gallring i servicenätet, och också vårdkontinuiteten bedömdes bli lidande. Vidare ansågs det att det inte har varit möjligt att bedöma propositionens faktiska konsekvenser eller att konsekvenserna inte har bedömts realistiskt i utkastet till proposition. I remissvaren lyftes det fram att social- och hälsovårdssystemet genomgår förändringar, att utvecklingsarbetet fortfarande pågår och att den nuvarande vårdgarantin nyligen trätt i kraft, och därför ansågs tidpunkten för ändringar vara dålig. Det konstaterades att primärvården är ett mycket dåligt sparobjekt och att propositionen urholkar hela den offentliga hälso- och sjukvården om den genomförs. Propositionen konstaterades strida mot social- och hälsovårdsreformens och regeringsprogrammets mål att till exempel stärka basnivån och förbättra tillgången till tjänster. Dessutom framfördes det att en ändring av samma bestämmelser flera gånger på en kort tid är ofördelaktigt ur servicesystemets och individernas perspektiv, och inte heller problemfritt ur grundlagsperspektiv. I remissvaren ansågs det att det vid beredningen borde ha gjorts en mer heltäckande bedömning av sådana alternativa objekt för besparingar som inte är så skadliga och som försämrar de grundläggande fri- och rättigheterna i mindre utsträckning. I flera svar nämndes till exempel en höjning av FPA-ersättningarna för privat hälso- och sjukvård. Dessutom betonades vikten av att bedöma de sammantagna konsekvenserna av propositionen och andra nedskärningar i den sociala tryggheten som regeringen genomfört och berett, särskilt med tanke på personer i utsatt ställning, och det påpekades att denna bedömning borde ha varit tillgänglig redan under remissbehandlingen av propositionen. I vissa remissvar påpekades det också att propositionen inte når sitt mål att avveckla onödigt detaljerad reglering av innehållet i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Detta motiverades med att de striktare vårdgarantitiderna har försnabbat tillgången till vård, vilket innebär att de inte kan anses vara onödiga, och med att regleringen blir mer komplicerad när det i fortsättningen föreskrivs om olika längsta väntetider för personer i olika åldrar.

Alla remissinstanser som tog ställning till frågan (välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen samt t.ex. regionförvaltningsverken, de universitet som yttrade sig i frågan, flera branschorganisationer och fackförbunden) bedömde att den besparing som lindringen av vårdgarantin ger är mindre än vad som uppskattats i utkastet till regeringsproposition. Uppskattningen i utkastet till proposition motsvarade den ökning av den statliga finansieringen som gjordes tidigare för att skärpa vårdgarantin. Ståndpunkten motiverades med att en lindring av vårdgarantin inte minskar patienternas behov, om inte patienten flyttar över till den privata sektorn, vilket inte ansågs vara att vänta i någon större omfattning. Samtidigt ansågs längre väntetider för att få vård leda till att sjukdomarna förvärras, till att dyrare tjänster används (jour och specialiserad sjukvård) och till onödigt efterfrågan. Välfärdsområdena och även andra

aktörer framfördes i sina remissvar att de har varit tvungna att använda den ökade finansiering som erhöles vid skärpningen av vårdgarantin för något annat ändamål än för primärvården (t.ex. i Norra Österbottens välfärdsområde för de ökade kostnaderna för barnskyddet och för täckande av underskotten) samt för att avhjälpa finansieringsunderskottet och de bristande resurserna inom den allmänna primärvården (besök som omfattas av vårdgarantin utgör endast en liten del av besöken inom primärvården). Många välfärdsområden uppgav och även flera andra remissinstanser bedömde att skärpningen av vårdgarantin i huvudsak har genomförts genom sådan utveckling av verksamheten som i vilket fall som helst borde ha gjorts, såsom genom omorganisering av produktionen och utnyttjande av ny teknik, och att särskild utvecklingsfinansiering har utnyttjats i detta utvecklingsarbete. I utlåtandena från flera välfärdsområden och andra aktörer bedömdes de föreslagna ändringarna medföra administrativa kostnader och kostnader för informationssystem.

Till exempel Institutet för hälsa och välfärd konstaterade att det är svårt att uppskatta eventuella besparingar i synnerhet eftersom välfärdsområdena har genomfört den skärpta vårdgarantin på många olika sätt. Även Institutet för hälsa och välfärd ansåg att det finns en risk för att besparingen blir mindre än beräknat. Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT och Finska Tandläkarsällskapet Apollonia rf påpekade dock att den skärpta vårdgarantin i en situation med brist på arbetskraft har tvingat välfärdsområdena att skaffa köpta tjänster och inhyrd arbetskraft till ett mycket högt pris. Även Birkalands välfärdsområde hänvisade till dessa orsaker när det konstaterade att skärpningen av vårdgarantin har kostat mer inom mun- och tandvården än den finansiering som beviljats för den. Finansministeriet konstaterade dessutom att propositionen bör kompletteras med uppgifter om grunden för allokeringen av minskningen samt med uppskattningar av de minskade kostnaderna och den minskade finansieringen för varje välfärdsområdes del.

I samband med skärpningen av vårdgarantin gjordes också vissa andra mindre författningsändringar, till exempel sådana som hänför sig till bedömningen av vårdbehovet. Till många delar var det fråga om att förtydliga regleringen och rättsläget. I utkastet till proposition föreslogs det att dessa ändringar kvarstår oförändrade till den del de bedömdes vara kostnadsneutrala och att de till övriga delar ändras så att de blir kostnadsneutrala. Under remissbehandlingen frågades det efter bedömningar av vilka eventuella kostnadseffekter skyldigheterna har, och remissvaren om detta var delade. Frågan behandlas närmare i avsnitt 4.2.1.3.

Enligt det utkast till proposition som var på remiss var avsikten att finansieringen till tillsynsmyndigheterna för hälso- och sjukvården (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken) minskas i samma mån som finansieringen ökade på grund av skärpningen av vårdgarantin. Alla remissinstanser som tog ställning till frågan ansåg att finansieringen till dessa aktörer inte bör minskas. Till exempel Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry och riksdagens justitieombudsman ansåg att det behövs tilläggsresurser för tillsynen eftersom det är betydligt mer arbetskrävande att övervaka att väntetiden för att få vård är skälig än att utifrån statistik över tillgången till vård övervaka att den längsta väntetiden uppnås. Regionförvaltningsverken själva ansåg att det inte är sannolikt att klagomålen eller andra tillsynsärenden minskar i och med propositionen. Regionförvaltningsverken och flera andra remissinstanser ansåg att tillsynen blir mera komplicerad när den längsta väntetiden för att få vård är beroende av åldern.

Av dem som tog ställning till propositionsutkastets förslag om att lindringen av vårdgarantin inte ska gälla barn och unga under 23 år understödde 63 procent förslaget (t.ex. nio välfärdsområden, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Suomen Hammaslääkäriliitto - Finlands Tandläkarförbund ry, Finska

Tandläkarsällskapet Apollonia rf, Tehy rf) och 37 procent motsatte sig förslaget (t.ex. tre välfärdsområden, alla regionförvaltningsverk, HUS-sammanslutningen, Studenternas hälsovårdsstiftelse, Åbo universitet, diskrimineringsombudsmannen).

Den positiva ståndpunkten motiverades i stor utsträckning på samma sätt som i motiveringen till utkastet till proposition: utvecklingsmässiga specialbehov i ungdomen och tidig vuxenålder (pågående fysisk och psykisk utveckling), eventuella konsekvenser av insjuknande i ung ålder för hela livsrytmen, genomförande av den terapigaranti för barn och unga som bereds av regeringen, vikten av en helhetsgranskning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa på primärvårdsnivå samt efterföljande fördelar också för äldre åldersgrupper i framtiden. Positiv särbehandling understöddes dock närmast med formuleringen att det är positivt att den nuvarande vårdgarantin bibehålls *åtminstone* i fråga om barns och ungas tillgång till vård, samtidigt som vikten av en snabb tillgång till vård för alla åldersgrupper betonades. Även många remissinstanser som förhöll sig positiva till en positiv särbehandling lyfte fram negativa aspekter i anslutning till den.

Positiv särbehandling av barn och unga under 23 år kritiserades på den grunden att risken för allvarliga somatiska sjukdomar är mindre hos 18–22-åringar än hos medelålders och äldre personer. Särbehandlingen ansågs också bryta mot den starka grundprincipen att vården inom hälso- och sjukvården ges i skyndsamhetsordning enligt behovet. Det ansågs inte finnas någon medicinsk grund för att kategoriskt gynna någon på basis av åldern. Åldersgränsen ansågs också komplicera bedömningen av vårdbehovet och organiseringen av arbetet samt öka byråkratin och till exempel kostnaderna för registrering och informationssystem. I remissvaren framfördes också att specialtjänster redan riktas till barn och unga via hälsovården vid rådgivningsbyråerna samt skol- och studerandehälsovården. Dessutom framfördes det att också andra utsatta grupper, såsom äldre, personer med funktionsnedsättning, arbetslösa, psykiatriska patienter och missbrukspatienter, bör beaktas. Diskrimineringsombudsmannen konstaterade att om det i fråga om en person i utsatt ställning kategoriskt inte bedöms några andra faktorer än åldern, kan ett absolut ålderskriterium i vissa situationer bli indirekt diskriminerande med stöd av diskrimineringslagen. Det konstaterades också att servicebehovet är störst bland äldre och sådana personer i arbetsför ålder som inte omfattas av företagshälsovården. Vidare bedömdes det att en kortare längsta väntetid för att få vård för en grupp, i en situation med begränsade resurser, ytterligare kommer att förlänga de faktiska väntetiderna för patienter som inte omfattas av den kortare väntetiden. Studenternas hälsovårdsstiftelse och Folkpensionsanstalten framförde i sina utlåtanden att endast cirka 25 procent av de studerande som omfattas av studerandehälsovården för högskolestuderande är under 23 år och att de studerande, oavsett ålder, i huvudsak har liknande livssituation och faktiska behov, och att äldre studerande också har större behov än yngre studerande till exempel när det gäller mun- och tandvård. Studenternas hälsovårdsstiftelse och Folkpensionsanstalten bedömde att åldersgränsen leder till ett missnöje hos äldre studerande med beaktande av att de även betalar lika stor avgift för studerandehälsovården.

I fråga om utkastet till paragrafer framfördes närmast vissa anmärkningar av teknisk natur.

Motiveringarna och konsekvensbedömningen i propositionen kompletterades och preciserades på basis av remissvaren och dessutom gjordes vissa preciseringar av teknisk natur i paragraferna. Bland propositionens mål ströks målet att avveckla onödigt detaljerad reglering av innehållet i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Remissvaren användes också som material i den slutliga bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna, men slutsatsen blev dock att bedömningarna förblev i enlighet med utkastet till proposition, med undantag för vissa justeringar av teknisk natur. Propositionen kompletterades dock med uppgifter om grunden för hur minskningen i den statliga finansieringen till välfärdsområdena riktas samt med

uppskattningar av hur kostnaderna och finansieringen minskar för varje välfärdsområde. Dessutom höjdes osäkerhets- och risknivån i propositionens konsekvensbedömningar så att risken för sådana negativa konsekvenser som lyftes fram i remissvaren togs upp i större utsträckning. Dessutom betonades det i större utsträckning än i det utkast till proposition som var på remiss vilken betydelse bestämmelserna om en skälig tid för att få vård har med tanke på tryggheten av en tillräckligt snabb tillgång till vård.

7 Specialmotivering

7.1 Hälso- och sjukvårdslagen

51 a §. *Att få vård inom primärvården.* I paragrafen föreskrivs det om de längsta väntetiderna för att få öppenvårdstjänster inom primärvården. I den gällande paragrafens 1 mom. bestäms det att den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom de 14 dygn som följer på bedömningen, om patienten söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. Enligt detta moment gäller den längsta väntetiden för vård alltså *den första vårdhändelsen för vård av en sjukdom eller skada vars vård hör till området allmänmedicin.* Utanför momentet faller därmed exempelvis hälsorådgivning, hälsokontroller, andra tjänster som främjar sexuell och reproduktiv hälsa än sjukvårdstjänster, vaccineringsbesök samt besök som genomförs för erhållande av intyg eller utlåtanden. Utanför momentet faller på grund av den avgränsning som berör allmänmedicin även besök hos specialistläkare inom andra medicinska verksamhetsområden än hos specialistläkare inom allmänmedicin, även om det är fråga om vård av en sjukdom eller skada. I paragrafens 3 mom. bestäms det ännu för tydlighetens skull uttryckligen att den längsta väntetiden på 14 dygn inte gäller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården och inte heller mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin. I samma moment bestäms det likaså för tydlighetens skull uttryckligen att den längsta väntetiden inte gäller vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, trots att det är uppenbart att dessa besök i praktiken inte kan utgöra ”första vårdhändelser”. När det gäller andra än i 1 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, som omfattas av en längsta väntetid på 14 dygn, ska enligt paragrafens 4 mom. den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten. Paragrafens reglering gäller inte alls screening eller vissa periodiska kontroller och inte heller vissa vaccineringsbesök, eftersom tillhandahållandet av dessa tjänster regleras särskilt.

Det föreslås att paragrafen ändras så att den längsta väntetiden på tre månader för att få icke-brådskande vård i fortsättningen gäller alla öppenvårdstjänster inom primärvården för personer som fyllt 23 år, och så att det inte för deras del längre föreskrivs särskilt om tjänster som omfattas av en vårdgarantitid på 14 dygn och om tjänster som omfattas av en vårdgarantitid på tre månader. Den nämnda åldersgränsen framgår av det föreslagna nya 3 mom. De tjänster som för närvarande faller utanför paragrafens tillämpningsområde kommer dock inte heller i fortsättningen att omfattas av dess tillämpningsområde. Det föreslås alltså att det i 1 mom. ska föreskrivas att den första vård- eller rehabiliteringshändelsen i sådan icke-brådskande sjukvård, rehabilitering och en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom en

tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen. Med tre månader avses på motsvarande sätt som i den gällande regleringen 90 dygn, och den längsta väntetiden räknas på samma sätt som för närvarande från dagen efter bedömningen.

Formuleringen ”den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen” är emellertid inte avsedd att tolkas så att de kriterier som anges i lagen alltid uppfylls i och med att vård tillhandahålls inom tre månader. Patienten har enligt 51 § i den gällande lagen rätt att efter att ha tagit kontakt få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. När det gäller hur brådskande vård skadan eller sjukdomen kräver, är det fråga om en helhetsbedömning som baserar sig särskilt på medicinska faktorer. Oftast kräver patientens hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp att det första vårdbesöket genomförs avsevärt tidigare än inom den längsta väntetiden på tre månader. I paragrafen förutsätts det därmed uttryckligen att tidpunkten för erhållande av tjänsten ställs i proportion till patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans förlopp, och tre månader är en ovillkorlig tidsgräns också i de allra minst brådskande fallen. För vården gäller den allmänna lagstiftning som berör hälso- och sjukvården, såsom patientens rätt till god vård (3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter), förpliktelsen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att tillämpa medicinskt motiverade metoder (15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården) samt välfärdsområdenas skyldighet att genomföra vården i enlighet med patientens medicinska eller odontologiska behov och de enhetliga grunderna för vård. Vården ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete (24 § i hälso- och sjukvårdslagen). En yrkeskunnigt utförd bedömning gör det möjligt att utifrån patientens situation fastställa mottagningstiden och mottagningssättet korrekt, och dess betydelse accentueras då den lagstadgade längsta väntetiden för tillgången till vård förlängs. Då patienten tar kontakt ska han eller hon alltid uppmanas att ta kontakt på nytt under väntetiden, om hans eller hennes situation förändras. Det kan hända att patientens sjukdom fortskrider under den tid han eller hon väntar på vård. Om patienten under väntetiden meddelar att symtomen har förvärrats eller förändrats eller att hans eller hennes nedsatta funktionsförmåga har försämrats, finns det utifrån detta skäl att precisera bedömningen av behovet av undersökningar och vård, hur brådskande behovet är och vilken yrkesutbildad person patienten ska hänvisas till.

Väntetiden till andra tjänster, såsom sådana förebyggande hälsovårdstjänster som avses i 13 § i hälso- och sjukvårdslagen eller erhållande av intyg eller utlåtanden, kan däremot ofta vara längre än för vård av en sjukdom eller skada, dock även i dessa fall högst tre månader. Såsom det har konstaterats i detaljmotiveringen i regeringens proposition RP 74/2022 rd, finns det emellertid även andra situationer än sådana som avser första besök med anledning av vård av en skada eller sjukdom där patientens arbets-, studie- och funktionsförmåga samt behov av tjänster förutsätter att en tjänst tillhandahålls betydligt snabbare än inom tre månader. En sådan situation föreligger exempelvis när det är fråga om avbrytande av havandeskap, eftersom lagstiftningen om avbrytande av havandeskap förutsätter att ett läkarutlåtande fås snabbt för att de lagstadgade övre tidsgränserna för avbrytande av havandeskap inte ska överskridas. Tillgången till vård och rehabilitering kan även grunda sig på en lagstadgad klientplan, till exempel en multiprofessionell sysselsättningsplan eller aktiveringsplan, varvid tjänsten ska tillhandahållas snabbare än inom tre månader. Exempelvis ska sådana vaccinerings- i anslutning till arbete och studier som hör till det allmänna serviceutbudet och sådan screening av

smittsamma sjukdomar som avses i 55 och 56 § i lagen om smittsamma sjukdomar ges enligt en tidtabell som möjliggör arbete och studier. Även patienten bär dock ansvar för att vara ute i så god tid som möjligt med saken.

I paragrafens 1 mom. bestäms för närvarande dessutom att den person som svarar för den första vårdhändelse som omfattas av vårdgarantin ska vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Det föreslås att denna bestämmelse av lagtekniska skäl flyttas till paragrafens 2 mom. Dessutom förtydligas bestämmelsens ordalydelse genom att det uttryckligen skrivs ut att villkoret gäller den första vård- eller rehabiliteringshändelsen. Regleringen ändras inte i sak.

I paragrafens gällande 2 mom. föreskrivs det om den situation där en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare. I detta fall ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. Eftersom det föreslås att den allmänna längsta väntetiden för vård ändras till tre månader, föreslås med anledning av detta en ändring också av 2 mom. Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska välfärdsområdet enligt momentet dessutom ordna sin verksamhet så att även mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom den tid som anges i 1 mom. från den bedömning som avses i 51 §. Även om den längsta väntetiden för ett besök som innebär en första vårdhändelse hos någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården enligt 1 mom. är tre månader, innebär detta i praktiken att välfärdsområdet måste schemalägga besöket och organisera sin verksamhet så att det vid behov kan erbjuda också ett besök hos en läkare inom en skälig tid, i varje fall innan den nämnda längsta väntetiden på tre månader löper ut, om behovet av detta konstateras vid mottagningen hos någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. För att vårdgarantitiden över huvud taget ska vara av betydelse, säkerställer man genom denna reglering att patienterna på grundval av bedömningen av vårdbehovet hänvisas till vård som är förenlig med deras behov inom vårdgarantitiden. Genom bestämmelsen tryggas också patientens rätt att få vård inom en skälig tid i sådana situationer där patienten på grund av en felbedömning eller en inexakt bedömning ursprungligen har sänts till någon annan yrkesutbildad persons mottagning istället för till en läkare. Samma skyldighet följer i och för sig redan av 3 § i lagen om patientens ställning och rättigheter, där det föreskrivs om patientens rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter samt rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. I detta sammanhang är också regleringen i 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård av betydelse. I den nämnda paragrafen bestäms det att välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och att det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter.

De föreslagna ändringarna gäller inte rätten för barn och unga som inte fyllt 23 år att få vård inom 14 dygn från bedömningen enligt 51 §, utan för deras del kvarstår rättsläget oförändrat. Rätten för barn och unga som inte fyllt 23 år att få vård inom 14 dygn regleras i fortsättningen i paragrafens nya 3 mom. Även om rättsläget inte ändras för deras del, utökas bestämmelsens ordalydelse i förhållande till det gällande 1 mom. med ett uttryckligt omnämnande av att vård ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp. Detta accentuerar det syfte med den gällande bestämmelsen

som innebär att också 14 dygn är en längsta väntetid och att medicinska omständigheter kan kräva att patienten får vård exempelvis redan inom sju dygn.

För att den längsta väntetiden på 14 dygn ska bli tillämplig förutsätts det, liksom för närvarande, enligt det föreslagna 3 mom. att vård söks på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och att det är fråga om vård inom området allmänmedicin. I övriga fall är den längsta väntetiden för att få vård tre månader också för barn och unga som inte fyllt 23 år, på motsvarande sätt som i nuläget, varvid det ändrade 1 och 2 mom. tillämpas på deras tillgång till vård. Såsom det konstaterats ovan, beslutade man sig för att i paragrafens gällande 3 mom. uttryckligen föreskriva att den längsta väntetiden på 14 dygn inte gäller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården och inte heller mottagningsbesök hos andra specialistläkare som är verksamma inom primärvården än specialistläkare inom allmänmedicin. Eftersom dessa avgränsningar emellertid är inkluderade redan i ordalydelsen i det gällande 1 mom. och i den motsvarande ordalydelsen i det föreslagna 3 mom., föreslås paragrafen inte längre innehålla något särskilt omnämnande av dem. Rättsläget ändras dock inte heller till denna del för barn och unga som inte fyllt 23 år, utan dessa tjänster omfattas för alla åldersgruppers del av den längsta väntetid på tre månader som föreskrivs i 1 mom.

I det föreslagna 3 mom. föreskrivs det dessutom i fråga om barn och unga som inte fyllt 23 år, att om patienten i ett sådant fall där vårdgarantitiden på 14 dygn blir tillämplig på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av sitt hälsoproblem har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. Bestämmelsen motsvarar det gällande 2 mom., och därmed kvarstår nuläget oförändrat för barn och unga som inte fyllt 23 år.

Med tanke på tillämpligheten av regleringen i 3 mom. är det avgörande hur gammal patienten är då han eller hon i enlighet med 51 § tar kontakt med en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De kortaste maximitider som anges i momentet blir tillämpliga även om patienten fyller 23 år mellan kontakten och den vårdhändelse som avses i momentet.

Det beslut som fattades vid beredningen angående positiv särbehandling av barn och unga som inte fyllt 23 år har motiverats ovan i avsnitt 4.1.

I och med att paragrafen utökas med ett nytt 3 mom. blir det gällande 3 mom. 4 mom. I detta moment föreskrivs det i fortsättningen att de längsta väntetider som föreskrivs i 1–3 mom. inte gäller vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, utan att vård och rehabilitering som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan ska ordnas i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen. I sak motsvarar regleringen det som föreskrivs om vård- och rehabiliteringsplaner i den gällande paragrafens 3 och 4 mom., men ordalydelsen förtydligas.

Det gällande 4 mom. stryks såsom onödigt, eftersom dess innehåll överförs till det nya 1 och 3 mom., till den del det förblir gällande.

Paragrafens 5 mom. ändras inte i sak. Dess ordalydelse ses emellertid över en aning, så att det tydligare framgår att hänvisningen till 1–4 mom. förutsätter att det som föreskrivs i dessa moment ska iaktas i sin helhet, och att inte bara de numeriska maximitider som anges i dem ska iaktas. Dessutom görs ändringar av teknisk natur i språkdräkten.

Till den del det inte föreslås ändringar i sak i 51 a §, hänvisas det i fråga om dess detaljmotivering till detaljmotiveringen i regeringens proposition 74/2022 rd.

Paragrafen tillämpas med stöd av hänvisningsbestämmelserna i gällande 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningsslagen också på sjukvården för fångar, och därför gäller de föreslagna ändringarna också den. Också regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen kan tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom de längsta väntetider som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

51 b §. *Att få mun- och tandvård inom primärvården.* I paragrafen föreskrivs det om de längsta väntetiderna för den mun- och tandvård som hör till primärvården. Enligt det 1 mom. som träder i kraft den 1 november 2024 ska, med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a §, sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen (enligt paragrafens temporärt gällande 1 mom. inom fyra månader). Det föreslås att momentet ändras så att den längsta väntetiden på sex månader, som gällde fram till den 1 september 2023, återinförs för personer som fyllt 23 år. Den nämnda åldersgränsen framgår av det föreslagna nya 4 mom. Med sex månader avses 180 dagar, och den längsta väntetiden räknas på samma sätt som för närvarande från dagen efter bedömningen.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs det redan för närvarande att ”sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp”. Betydelsen av denna bestämmelse accentueras ytterligare i och med att den längsta väntetiden för att få vård förlängs från tre till sex månader. När det gäller att definiera vad som är en skälig väntetid för att få vård handlar det i varje enskilt fall om en helhetsbedömning som baserar sig på odontologiska faktorer. Oftast kräver patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp att det första vårdbesöket genomförs avsevärt tidigare än inom den längsta väntetiden på sex månader, som är en ovillkorlig tidsgräns också i de allra minst brådskande fallen. Ifall det exempelvis lossnar en bit från en plomb krävs det inte alltid brådskande vård, men vården kan inte skjutas fram sex månader, eftersom en så lång väntetid kan leda bland annat till värk och till att tanden och vävnaden kring den inflammeras. Risken för att inflammationen sprider sig till andra delar av kroppen är å sin sida stor hos personer vars motståndskraft är försämrad exempelvis på grund av en sjukdom eller läkemedelsbehandling. För deras del bör tillgången till vård således tillgodoses snabbare än för friska personer. Utöver det som konstaterats ovan hänvisas det beträffande tillgången till vård inom en skälig tid i tillämpliga delar till detaljmotiveringen till det föreslagna 51 a § 1 mom.

I den gällande paragrafens 2 mom. föreskrivs det om den situation där en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, men en munhygienist eller tandskötare vid mottagningen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare. Enligt den gällande lagstiftningen ska tillgång till en tandläkare då ordnas inom fyra veckor från det att munhygienisten eller tandskötaren konstaterade behovet av tjänsten i fråga, eller alternativt inom fyra månader från den i 51 § 1 mom. avsedda bedömningen av behovet av undersökning eller vård. Valfärdsområdet har frihet att välja vilkendera av de längsta väntetiderna som iakttas.

I praktiken innebär detta att patienten i de situationer som avses i momentet alltid ska få tillgång till en tandläkare senast inom tre månader och fyra veckor.

Eftersom det föreslås att den allmänna längsta väntetiden för att få vård som anges i 1 mom. ändras till sex månader för personer som fyllt 23 år, föreslås det att också den längsta väntetiden i de situationer som regleras i 2 mom. ändras på motsvarande sätt för dessa personers del. Eftersom en väntetid på sex månader emellertid är betydligt längre än den temporärt gällande väntetiden på fyra månader och den väntetid på tre månader som träder i kraft den 1 november 2024, kan det inte betraktas som skäligt att någon måste vänta på vård hos en tandläkare längre än så. Därför föreskrivs det inte längre om två alternativa maximitider i momentet. Istället föreskrivs det enligt förslaget i momentet att välfärdsområdet ska ordna sin verksamhet så att även tillgång till en tandläkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 51 §, om en patient på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare. Även om den längsta väntetiden för ett besök som innebär en första vårdhändelse hos en munhygienist eller tandskötare enligt 1 mom. är sex månader, innebär detta i praktiken att välfärdsområdet måste schemalägga besöket och organisera sin verksamhet så att det vid behov kan erbjuda också ett besök hos en tandläkare inom en skälig tid, i varje fall innan den nämnda längsta väntetiden på sex månader löper ut, om behovet av detta konstateras vid en munhygienists eller tandskötarens mottagning. Logiken i den föreslagna bestämmelsen är densamma som i det föreslagna 51 a § 2 mom., så till övriga delar hänvisas det till det nämnda momentets detaljmotivering.

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska enligt paragrafens gällande 3 mom. tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten. Det föreslås att den längsta väntetiden även i dessa situationer ska ändras till sex månader för personer som fyllt 23 år. Dessutom föreslås det att paragrafen samtidigt preciseras så att den gäller också sådana situationer där behovet av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården konstateras av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvården än en tandläkare. Det är inte ändamålsenligt att regleringen om tillgången till vård i dessa fall begränsas bara till sådana situationer där behovet konstateras av en tandläkare, eftersom i praktiken också munhygienister och i vissa fall även tandskötare kan remittera patienten till en specialisttandläkare, exempelvis för en undersökning som berör tandreglering. I praktiken ordnas tillgången till vård i dessa situationer också för närvarande enligt samma principer, trots att bestämmelsen innehåller ett omnämnande bara av tandläkare.

Såsom det konstaterats ovan, gäller de föreslagna ändringarna inte vårdgarantin för barn och unga som inte fyllt 23 år, utan rättsläget fortgår för deras del i enlighet med de ändringar som träder i kraft den 1 november 2024. För barn och unga som inte fyllt 23 år regleras tillgången till vård i fortsättningen i paragrafens nya 4 mom. Med avvikelse från 1–3 mom., ska enligt 4 mom. den undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelse som avses i 1 mom. ordnas för barn och sådana unga personer som vid tidpunkten för kontakten enligt 51 § är under 23 år inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en patient i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Med tanke på

tillämpligheten av den ovan angivna regleringen är det avgörande hur gammal patienten är då han eller hon i enlighet med 51 § tar kontakt med en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De kortare maximitiderna blir alltså tillämpliga även om patienten fyller 23 år mellan kontakten och den ovan avsedda vårdhändelsen.

I det föreslagna 4 mom. föreskrivs det dessutom att om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om ett barn eller en ung person under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten. Med tanke på tillämpligheten av denna reglering är det avgörande hur gammal patienten är då en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården,

Regleringen i det föreslagna 4 mom. motsvarar, med undantag för åldersgränsen, i övrigt den reglering i 1–3 mom. som träder i kraft den 1 november 2024, förutom att det i momentet föreslås motsvarande preciseringar som i 3 mom. om att en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården kan remittera patienten till en specialisttandläkare. Det beslut som fattades vid beredningen angående positiv särbehandling av barn och unga som inte fyllt 23 år har motiverats ovan i avsnitt 4.1.

Då paragrafen utökas med ett nytt 4 mom. blir de gällande 4–6 mom. 5–7 mom. Regleringen i dessa moment gäller fortfarande alla åldersgrupper, och i dem föreslås inga ändringar i sak. I det nya 6 och 7 mom. föreslås endast ändringar av teknisk natur som berör hänvisningarna till olika moment, till följd av att det nya 4 mom. fogas till paragrafen.

Till den del det inte föreslås ändringar i sak i paragrafen, hänvisas det i fråga om dess detaljmotivering till detaljmotiveringen i regeringens proposition 74/2022 rd.

Paragrafen tillämpas med stöd av hänvisningsbestämmelserna i gällande 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktningsslagen också på sjukvården för fångar, och därför gäller de föreslagna ändringarna också den. Också regleringen i 26 § 2 mom. i mottagandelagen tolkas innebära en skyldighet att tillhandahålla personer som får tillfälligt skydd samt sådana personer under 18 år som söker internationellt skydd eller är offer för människohandel icke-brådskande vård inom de längsta väntetider som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

7.2 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

10 a §. Att få icke-brådskande vård. I denna paragraf föreslås motsvarande ändringar rörande studerandehälsovården som föreslås ovan i 51 a § i hälso- och sjukvårdslagen, och beträffande dem hänvisas det därmed till detaljmotiveringen till paragrafen i fråga. Också 10 a § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande utökas alltså med ett nytt 3 mom., där det föreskrivs att den längsta väntetiden för icke-brådskande vård för studerande under 23 år i likhet med nuläget är 14 dygn, då vård söks på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin. I den gällande paragrafens 3 mom. föreskrivs det dock uttryckligen att den längsta väntetiden på 14 dygn inte gäller mottagningsbesök hos en psykolog. Denna avgränsning ska kvarstå beträffande studerande som är yngre än 23 år och införs i det nya 3 mom. Då mottagningsbesöket hos en psykolog utgör den första vårdhändelsen gäller således också för studerande som är yngre än 23 år en längsta väntetid på tre månader, på samma sätt som i nuläget. Inom studerandehälsovården är det emellertid i praktiken en psykiater eller allmänläkare som hänvisar studeranden till en psykologs mottagning. På grund av vårdkedjorna

blir därmed i allmänhet inte heller regleringen om en längsta väntetid på tre månader tillämplig på psykologbesök, utan besöket genomförs i enlighet med den vårdplan som utarbetats för patienten.

Till den del det inte föreslås ändringar i sak i paragrafen, hänvisas det i fråga om dess detaljmotivering till detaljmotiveringen i regeringens proposition 74/2022 rd.

10 b §. *Att få vård inom mun- och tandvården.* I denna paragraf föreslås i fråga om den mun- och tandvård som hör till studerandehälsovården för högskolestuderande motsvarande ändringar som föreslås ovan i 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen, och beträffande dem hänvisas det därmed till detaljmotiveringen till paragrafen i fråga. Till den del det inte föreslås ändringar i sak i paragrafen, hänvisas det i fråga om dess detaljmotivering till detaljmotiveringen i regeringens proposition 74/2022 rd.

8 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft i den 1 januari 2025.

9 Verkställighet och uppföljning

Välfärdsområdenas finansiering är finansiering med allmän täckning, och propositionen ökar välfärdsområdenas spelrum vid allokeringen av finansieringen. I samband med statens styrning av välfärdsområdena bör det därmed följas upp att primärhälsovården i framtiden tilldelas tillräckliga resurser för att trygga sådana skäligena tider för tillgång till vård som det handlar om i den föreslagna regleringen. De föreslagna lagändringarnas konsekvenser bör noggrant följas upp efter deras ikraftträdande.

Uppföljningen och efterhandsutvärderingen av propositionen sker i anslutning till Institutet för hälsa och välfärd THL:s årliga utvärdering av social- och hälsovården. THL utvärderar social- och hälsovårdstjänsterna inom olika områden. Till det som utvärderas hör bland annat en jämlik tillgång till tjänster, ett kostnadseffektivt genomförande av tjänsterna samt befolkningens välbefinnande och hälsotillstånd per befolkningsgrupp. Hur väl man lyckats tillhandahålla tjänster inom olika områden granskas både per uppgiftsområde (inklusive primärvårdstjänster) och som en helhet.

Det är fortfarande viktigt att följa upp väntetiderna för vård, trots att de lagstadgade längsta väntetiderna förlängs för personer som fyllt 23 år till följd av de föreslagna lagändringarna. De uppgifter som serviceanordnarna publicerar om tillgodoseendet av tillgången till vård utarbetas även i fortsättningen av THL, vilket ökar jämförbarheten och därmed även bidrar till att underlätta tillsynen. THL publicerar regelbundet statistik om läget i fråga om tillgången till vård. Faktaunderlaget rörande tillgången till vård har förbättrats också genom särskilda utvecklingsprojekt, med hjälp av statsfinansiering. Tillsynsmyndigheterna, dvs. regionförvaltningsverken och Valvira, följer regelbundet tillgången till vård inom primärvårdens öppna sjukvård och mun- och tandvården, som en del av sin sedvanliga tillsynsverksamhet. Serviceanordnarna är dessutom förpliktade att utöva egenkontroll, som även omfattar egenkontroll av tillgången till vård.

Social- och hälsovårdsministeriet meddelade den 14 juli 2023 en anvisning om den ändrade vårdgarantilagstiftning som trätt i kraft den 1 september 2023 ("Bestämmelserna om tillgång till icke-brådskande vård skärps från och med 1.9.2023"). Också efter att de lagändringar som nu föreslås har trätt i kraft kommer anvisningen i sin gällande form att vara tillämplig på

genomförandet av vårdgarantilagstiftningen i fråga om personer som är yngre än 23 år, men den bör uppdateras i fråga om personer som fyllt 23 år.

10 Förhållande till andra propositioner

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för år 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

I planen för de offentliga finanserna för åren 2025–2028 har det angetts att ändringen av vårdgarantin för primärvårdens öppna sjukvård från 14 dygn till tre månader och ändringen av vårdgarantin för mun- och tandvård från fyra månader (från och med den 1 november 2024 tre månader) till sex månader tillsammans stärker de offentliga finanserna med uppskattningsvis 132 miljoner euro från och med år 2025. De offentliga finanserna stärks dock till följd av propositionen med ett belopp som är 32,7 miljoner euro mindre än detta år 2025: den finansiering som minskas från välfärdsområdenas finansieringsmoment (28.89.31) är 96,2 miljoner euro, från SHVS:s finansieringsmoment (33.60.35) 0,9 miljoner euro, från finansieringsmomentet för hälso- och sjukvården för fångar (33.01.06) 0,9 miljoner euro, från Brottsförvaltningsmyndighetens finansieringsmoment (25.40.01) 0,7 miljoner euro, från regionförvaltningsverkens finansieringsmoment (28.40.01) 0,6 miljoner euro och från Valviras finansieringsmoment (33.02.05) 0,1 miljon euro, dvs. sammanlagt 99,3 miljoner euro. Från och med år 2026 minskas välfärdsområdenas finansiering till följd av propositionen med bara 94,1 miljoner euro, och de övriga aktörernas finansiering med samma belopp som år 2025, varvid differensen mellan den årliga besparing som erhålls genom propositionen (97,2 miljoner euro) och den besparing som anges i planen för de offentliga finanserna ökar till 34,8 miljoner euro från och med år 2026. Orsakerna till differensen mellan den besparing som propositionen väntas kunna ge och besparingen enligt planen för de offentliga finanserna beskrivs ovan i avsnitt 4.2.1.

Vid social- och hälsovårdsministeriet pågår beredningen av en regeringsproposition med förslag till ändringar av social- och hälsovårdslagstiftningen för genomförande av en terapigaranti för barn och unga som är yngre än 23 år (STM083:00/2023, se närmare avsnitt 2.2.2). I propositionsutkastet föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ska utökas med en bestämmelse om att korttidspsykoterapi eller ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling ska inledas inom primärvården inom 28 dygn från det att behovet av sådan behandling konstaterades. Väntetiden för att få sådan psykosocial behandling som terapigarantin tryggar är anknuten till väntetiden (vårdgarantin) för den vård som föregår den psykosociala behandlingen. Den aktuella propositionen har emellertid inte direkta konsekvenser för terapigarantin, eftersom det inte föreslås ändringar av vårdgarantin för barn och personer yngre än 23 år.

11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

11.1 Grundläggande och mänskliga rättigheter i anslutning till propositionen

I propositionen föreslås det att den längsta väntetid på 14 dygn för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård som trädde i kraft den 1 september 2023 frångås och att man den 1 januari 2025 återgår till den tidigare regleringen, enligt vilken den första vårdhändelsen ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av medicinska omständigheter och patientens individuella situation, i samtliga fall dock senast inom tre månader. På motsvarande sätt föreslås det att den längsta väntetid på fyra månader för att få icke-brådskande mun- och tandvård inom primärvården som trädde i kraft den 1 september 2023 samt den längsta väntetid på tre månader som träder i kraft den 1 november 2024 frångås och

att man återgår till den tidigare regleringen, enligt vilken den första vårdhändelsen ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av odontologiska omständigheter och patientens individuella situation, i samtliga fall dock senast inom sex månader. Ändringarna ska dock inte gälla barn eller unga under 23 år.

De internationella människorättskonventioner om social- och hälsovården som är viktigast med avseende på denna proposition och som Finland som avtalspart har förbundit sig att iakttä är FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, *ESK-konventionen*), den reviderade europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002), FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016, *FN:s funktionsrättskonvention*) och FN:s konvention om barnets rättigheter.

Enligt artikel 12 i ESK-konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga psykiska och fysiska hälsa. Enligt punkt 2 d ska konventionsstaterna vidta åtgärder som är nödvändiga för att uppnå ett fullständigt utövande av denna rättighet i syfte att skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Vid tolkningen av konventionsbestämmelserna ska hänsyn tas till förpliktelserna enligt artikel 2.1 enligt vilken varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i konventionen gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning (så kallade klausuler om gradvis förverkligande och till fullo utnyttjande).

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén), som övervakar genomförandet av ESK-konventionen, framför i sin allmänna kommentar nr 14 sin tolkning av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa som främjar ett människovärdigt liv. Kommittén slår fast att tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), godtagbarhet (acceptability) och kvalitet (quality) är väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa. Det beror på de rådande förhållandena i konventionsstaten hur dessa tillämpas och vilket innehåll varje beståndsdel får. Med tillgång avses bland annat att det i en konventionsstat ska finnas tillräcklig tillgång till en fungerande offentlig hälso- och sjukvård och till vårdenheter, produkter, tjänster och program inom hälso- och sjukvården. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

Enligt ESK-kommittén innebär rätten till hälsa, liksom alla mänskliga rättigheter, också tre allmänna skyldigheter för konventionsstaterna: skyldighet att skydda, respektera och tillgodose rätten till hälsa. Skyldigheten att tillgodose rätten till hälsa inbegriper en skyldighet att underlätta, möjliggöra och främja tillgodoseendet av de hälsorelaterade rättigheterna. Det förutsätter också att staterna vidtar lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder, budgetrelaterade åtgärder, rättsliga åtgärder, främjande åtgärder och andra åtgärder för att till fullo tillgodose rätten till hälsa. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

ESK-kommittén konstaterar att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själva bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodoser rätten till hälsa under de särskilda förhållandena i den staten. Konventionen kräver dock tydligt att varje stat vidtar alla nödvändiga åtgärder för att se till att alla har tillgång till vårdenheter, hälsovårdsprodukter och hälso- och sjukvårdstjänster, så att varje människa så snart som möjligt kan åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt ESK-kommittén innebär det gradvisa förverkligandet av rätten till hälsa att konventionsstaterna har en särskild och kontinuerlig skyldighet att så snabbt och effektivt som möjligt gå i riktning mot att artikel 12 genomförs fullt ut. (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.)

I den sjunde periodiska granskningen gällande Finland (av den 30 mars 2021) framförde ESK-kommittén sin oro över att det inte finns tillräckligt med primärvårdstjänster tillgängliga i hela landet. Kommittén fäste vikt vid målen för reformen av ordnandet av social- och hälsovården bland annat när det gäller tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och rekommenderade att staten ska bevaka reformens konsekvenser för tillgången till social- och hälsovårdstjänster, lika tillgång, skäliga priser och tillgången i alla delar av landet. Kommittén rekommenderade att man i reformen, utöver att ta hänsyn till regionala särdrag, också bör ta itu med de hinder som försvårar tillgången till vård för grupper som arbetslösa, äldre och papperslösa personer. Kommittén fäste också särskild vikt vid mentalvårdstjänsterna och rekommenderade bland annat att tillgången till mentalvårdstjänster ska ökas. (E/C.12/FIN/CO/7.) Genomförandet av social- och hälsovårdsreformen, som trädde i kraft vid ingången av 2023, pågår fortfarande och det tar tid att uppnå bland annat målen för bättre tillgång och jämlikhet inom primärvården.

Den reviderade europeiska sociala stadgan innehåller flera bestämmelser som gäller hälsorelaterade rättigheter. Enligt artikel 11 strecksats 1 åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, att vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt kommittén för sociala rättigheter innebär denna punkt ur perspektivet *Access to Health care* bland annat att konventionsstaterna ska garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen. Det får inte kosta alltför mycket för patienterna. Dessutom bör man enligt kommittén i villkoren för tillgång till vård beakta rekommendation 1626 (2003) från Europarådets parlamentariska församling. Där uppmanas medlemsstaterna att som en mått på hur framgångsrikt deras hälso- och sjukvårdssystem är beakta om alla har effektiv och jämlik tillgång till hälso- och sjukvård, som är en grundläggande mänsklig rättighet. Tillgången till vård ska bygga på överskådliga nationellt överenskomna kriterier, och de ska ta hänsyn till risken för att patientens kliniska tillstånd eller livskvalitet försämras. Det ska finnas tillräckligt med personal och utrustning inom hälso- och sjukvården. (Se Europarådet, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 113–115.) Viktiga avtalsbestämmelser med avseende på hälsorelaterade rättigheter är också rätten till social och medicinsk hjälp (artikel 13), funktionshindrade personers rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet (artikel 15), minderårigas rätt till socialt, rättsligt och ekonomiskt skydd (artikel 17) och de äldres rätt till socialt skydd (artikel 23).

Enligt FN:s funktionsrättskonvention innefattar de personer med funktionsnedsättning som omfattas av konventionens tillämpningsområde bland annat personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra. Syftet med funktionsrättskonventionen är att i så stor utsträckning som möjligt täcka begreppet funktionsnedsättning. Utgångspunkten för hur en funktionsnedsättning beskrivs ska vara personens förhållande till det omgivande samhället och inte en definition som baserar sig på en medicinsk diagnos. De ledande principerna i konventionen är inkludering, diskrimineringsförbud, tillgänglighet och tillgång.

Enligt artikel 25.1 i funktionsrättskonventionen erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Enligt artikel 25.2 ska konventionsstaterna bland annat särskilt erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbild, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och

reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram, och även erbjuda sådana hälso- och sjukvårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av sin funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och tjänster som är avsedda att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, även för barn och äldre samt erbjuda dessa hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden. Vidare innehåller artikel 25.2 förbud mot olika former av diskriminering. Artikel 26 nämner rätten till rehabilitering.

FN:s konvention om barnets rättigheter gäller alla som är under 18 år. Syftet med konventionen är att trygga de grundläggande förutsättningarna för ett gott liv och en bra uppväxt för barnen. Konventionen innehåller fyra centrala allmänna principer: barnets bästa (artikel 3.1), barnets rätt att få sina åsikter beaktade (artikel 12), förbud mot diskriminering (artikel 2) och barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6). Dessa allmänna principer ska beaktas också vid tolkningen av andra rättigheter som garanteras i konventionen, och förpliktelserna i konventionen ska tolkas som en helhet. Ordandet av social- och hälsovårdstjänster har en väsentlig betydelse för fullgörandet av förpliktelserna i FN:s konvention om barnets rättigheter. Kommittén för barnets rättigheter, som övervakar genomförandet av konventionen om barnets rättigheter, har gett flera allmänna kommentarer som preciserar konventionens innehåll. Även om konventionsstaterna inte uttryckligen har förbundit sig att iakttä kommitténs rekommendationer och allmänna kommentarer, ska de som uttalanden av en ansedd människorättsinstans ges stor betydelse vid den nationella tolkningen av konventionen.

Enligt artikel 3 i konventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar till artikeln (General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1), 29.5.2013) konstaterat att det att barnets bästa ska komma i främsta rummet betyder att barnets intresse har högsta prioritet i frågor som rör barnet och är inte bara ett bland flera överväganden. Därför måste normalt större vikt fästas vid vad som bäst gagnar barnet om det uppstår en konflikt med andra intressen, om det inte är möjligt att samordna alla aktörers intressen. Enligt kommittén för barnets rättigheter är utgångspunkten att barnets bästa är en lösning som så väl som möjligt tryggar ett fullständigt och effektivt åtnjutande av barnets alla rättigheter (barnets mänskliga rättigheter) som erkänns i konventionen om barnets rättigheter och dess fakultativa protokoll samt barnets övergripande utveckling. Kommittén har lagt fram en icke-uttömmande och icke-hierarkisk förteckning över de omständigheter som alltid ska beaktas vid bedömningen av barnets bästa. Sådana omständigheter som ingår i förteckningen är till exempel omsorg, skydd och säkerhet, sårbarhet i barnets situation (till exempel flyktingskap eller funktionsnedsättning) samt barnets hälsa.

Enligt artikel 24.1 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. I artikel 24.2 anges de åtgärder som särskilt ska vidtas. Enligt led b ska konventionsstaterna vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården. Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar till artikeln (General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17.4.2013) konstaterat att barn har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet, däribland hälsofrämjande, förebyggande och behandling av sjukdomar samt rehabiliterande och palliativa tjänster. På basnivå ska dessa tjänster ordnas så att deras kvantitet, kvalitet och funktion är tillräckliga och att de är tillgängliga för hela barnbefolkningen både fysiskt och ekonomiskt och

är godtagbara för alla. Staterna bör i första hand sträva efter att garantera barn allmän tillgång till primärvårdstjänster som tillhandahålls så nära barnens och deras föräldrars bostadsort som möjligt, särskilt lokalt. Staterna är bland annat skyldiga att erbjuda adekvat vård, behandling och rehabilitering för barn med psykiska och psykosociala störningar. I den allmänna kommentaren betonas det också att förverkligandet av moderns rätt till hälsa samt föräldrars och andra omvårdares roll är nyckelfaktorer för barns hälsa, kost och utveckling. I konventionen fästs det också särskild uppmärksamhet vid barn som är i utsatt ställning av olika orsaker, till exempel i artikel 23 som gäller rättigheter för barn med funktionsnedsättning och i artikel 30 som gäller rättigheter för barn som tillhör en minoritet.

FN:s kommitté för barnets rättigheter, som övervakar genomförandet av konventionen, uppmanade i sina slutsatser om Finlands kombinerade femte och sjätte rapport (av den 2 juni 2023) Finland att stärka åtgärderna för att trygga barns tillgång till högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster snabbt och effektivt i hela landet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas marginaliserade grupper, såsom barn som är placerade i vård utom hemmet och barn som lever i fattigdom. Kommittén uppmanade också Finland att öka mentalvårdstjänsterna för barn. (CRC/C/FIN/CO/5–6.)

Bestämmelser om hälsa finns dessutom bland annat i FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 68/1986). I den konventionen och flera av de nämnda konventionerna finns det särskilda bestämmelser som framhäver att tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster för gravida kvinnor ska tryggas.

Utöver de tidigare nämnda människorättskonventionerna finns det förpliktande internationella bestämmelser om hälso- och sjukvård för fångar i Europakonventionen (FördrS 19/1990). Enligt artikel 3 i konventionen får ingen utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Enligt Europadomstolen är ett element i konventionsbestämmelsen att staten är skyldig att sörja för de frihetsberövades hälsa och välfärd. Fångar ska erbjudas den sjukvård som de behöver i fängelset (bl.a. Kudła mot Polen, 26.10.2000).

Propositionen ska bedömas särskilt med avseende på 19 § i grundlagen. Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet.

Grundlagsutskottet ansåg i samband med behandlingen av regeringens proposition 74/2022 rd, som innehåller de gällande bestämmelserna om vårdgarantin, att en skärpning av de längsta väntetiderna för att få vård är av betydelse framför allt med avseende på 19 § i grundlagen. Utskottet hänvisade särskilt till bestämmelserna i 19 § 3 mom. i grundlagen. Grundlagsutskottet konstaterade (GrUU 38/2022 rd, stycke 3) enligt sin etablerade ståndpunkt att bestämmelsen å ena sidan syftar på social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet och å andra sidan på utvecklingen av förhållandena i samhället inom olika delar av den offentliga sektorn på ett sätt som på ett allmänt plan främjar befolkningens hälsa. Det handlar framför allt om att trygga tillgången till tjänsterna. Också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se även RP 309/1993 rd, s. 75). Dessutom har man med den typ av regleringsförbehåll som används i 19 § 3 mom. i grundlagen, ”enligt vad som närmare bestäms genom lag”, velat

understryka att lagstiftaren har en mera begränsad rörelsefrihet som är bunden vid huvudregeln i grundlagen (GrUB 25/1994 rd, s. 6/II).

Grundlagsutskottet hänvisade också till att (GrUU 38/2022 rd, stycke 4 och 5) det för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen har etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Enligt dem utgår bedömningen av om servicen är tillräcklig från en sådan servicenivå som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (se RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 65/2014 rd, s. 4/II). Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II–2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (GrUU 26/2017 rd, s. 33).

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Bestämmelsen uttrycker inte bara ett krav på rättslig jämlikhet utan också tanken på faktisk jämställdhet. Den omfattar ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall (RP 309/1993 rd, s. 46). Jämlikhetskravet är förpliktande också för lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag särbehandlas vare sig positivt eller negativt. Jämlikhetsbestämmelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Jämlikhetsaspekter spelar en viss roll såväl när människor ges förmåner eller rättigheter genom lag som när de påförs skyldigheter. Å andra sidan är det utmärkande för lagstiftningen att den på grund av ett visst godtagbart samhälleligt intresse behandlar människor olika bland annat för att främja faktisk jämlikhet (RP 309/1993 rd, s. 46, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3/I).

Den allmänna jämlikhetsbestämmelsen kompletteras av det diskrimineringsförbud som ingår i 6 § 2 mom. i grundlagen enligt vilket ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. De grunder för särbehandling som nämns i bestämmelsen kan anses utgöra kärnområdet i förbudet mot diskriminering. Avsikten är inte att förteckningen ska vara uttömmande, utan diskriminering ska vara förbjuden också på grund av någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Exempel på sådana omständigheter är samhällelig ställning, egendom, deltagande i föreningsverksamhet, familjeförhållanden, graviditet, äktenskaplig börd, sexuell läggning och boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3). Grundlagens diskrimineringsförbud gäller också indirekt diskriminering, det vill säga åtgärder som till sina konsekvenser leder till ett diskriminerande slutresultat. Till denna del ska förekomsten av diskriminering bedömas mot de faktiska konsekvenserna av ett förfarande. Bestämmelsen måste anses förbjuda att någon favoriseras eller att en enskild person eller grupp ges en privilegierad ställning, om det i sak innebär diskriminering av andra (RP 309/1993 rd, s. 47–48). Bestämmelser om jämlikhet och icke-diskriminering finns också i flera konventioner om mänskliga rättigheter.

11.2 Försämring av de grundläggande och mänskliga rättigheterna

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna samt de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Vårdsområdena har ålagts en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i vårdsområdet och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt genom organisering av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster blir tryggade. Av principen kan man härleda en begränsning som gäller inskränkning av de grundläggande fri- och rättigheterna.

Principen om främjande av rättigheterna inom området för sociala rättigheter ingår också i artikel 2.1 i ESK-konventionen (skyldighet att vidta åtgärder för att gradvis förverkliga rättigheterna i sin helhet). Uppdragseffekten kan som motsats anses förutsätta ett försämringsförbud: om staten försämrar nivån på tillgodoseendet av de rättigheter som anges i konventionerna, fullgör staten inte de uppdrag som konventionerna fastställer. Å andra sidan begränsas förpliktelsen enligt nämnda konventionsbestämmelse dock av statens ”tillgängliga resurser”. Försämringsförbudet är således inte absolut, utan tillåter att den ekonomiska situationen kan beaktas vid tillgodoseendet av rättigheterna, och att det under vissa omständigheter kan göras försämringar av förmånerna.

ESK-kommittén har i sitt utlåtande om beslutet om att upprätta ett fakultativt protokoll (Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Statement, 21 September 2007, E/C.12/2007/1, s. 3) angett vilka aspekter den fäster vikt vid när den bedömer om en konventionsstats försämringar i området för de rättigheter som förtecknas i konventionen är motiverade när staten åberopar en minskning av de resurser som står till dess förfogande. Enligt utlåtandet bedömer kommittén då 1) den allmänna utvecklingsnivån i staten i fråga, 2) hur allvarlig försämringen är, det vill säga om den underskrider minimiinnehållet i de rättigheter som tryggas i konventionen, 3) den ekonomiska situationen i staten i fråga, särskilt om det är fråga om ekonomisk lågkonjunktur, 4) om det bakom minskningen av resurserna finns andra orsaker, såsom en naturkatastrof eller en intern eller extern väpnad konflikt, 5) om staten i fråga har övervägt möjligheten till alternativa sparåtgärder (t.ex. effektivisering av förvaltningen) och 6) om staten i fråga har ansökt om bistånd från det internationella samfundet eller eventuellt obefogat avslagit biståndsanbud vid genomförandet av bestämmelserna i ESK-konventionen.

I en skrivelse om budgetåtgärdsåtgärder som kommitténs ordförande 2012 riktade till konventionsstaterna (E/2013/22-E/C.12/2012/3, Annex VI (B)) accepteras också att ekonomiska kriser och avsaknad av ekonomisk tillväxt kan bromsa upp eller hindra en progressiv utveckling av de sociala rättigheterna och att justeringar av rättighetsnivån ibland är oundvikliga. Sådana sparåtgärder bör dock enligt kommittén uppfylla följande kriterier: 1) åtgärden är temporär och gäller endast under kristid, 2) åtgärden är nödvändig och proportionell i den meningen att iakttagandet av andra verksamhetsprinciper eller avstående från åtgärden skulle vara skadligare med tanke på de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, 3) åtgärden inte är diskriminerande och den är förenad med alla andra möjliga medel, såsom sociala inkomstöverföringar, inklusive skatteåtgärder, som minskar ojämlikheten i kristider och säkerställer att sparåtgärden inte får oproportionerliga konsekvenser för grupper i en mer utsatt ställning än andra och för marginaliserade grupper, och e) trots åtgärden bevaras kärnan i den rätt som tryggas i konventionen, och bevarandet av den ska säkerställas vid alla tidpunkter.

I en allmän kommentar till artikel 12 i ESK-konventionen (General Comment No. 14) konstaterar ESK-kommittén med hänvisning till bestämmelserna i artikel 2.1 att det, liksom i

fråga om andra rättigheter enligt konventionen, finns ett starkt antagande om att åtgärder som försämrar hälsan inte är godtagbara. Staten har bevisbördan när det gäller att bevisa att sådana åtgärder tillämpas först när man noga avvägt alternativen och att åtgärderna är godtagbara i förhållande till rättigheterna enligt konventionen som helhet, med beaktande av statens totala tillgängliga resurser.

I Europeiska sociala stadgan har det inte tagits in någon sådan allmän bestämmelse med klausuler om gradvis förverkligande och till fullo utnyttjande som motsvarar artikel 2 i ESK-konventionen. Enligt artikel G.1 i Europeiska sociala stadgan får de rättigheter som tryggas genom stadgan inte göras till föremål för andra inskränkningar eller begränsningar än de som anges [i del I och II] i stadgan, med undantag för sådana som anges i lag och som är nödvändiga i ett demokratiskt samhälle som garanti för andras fri- och rättigheter eller som skydd för samhällets intresse, den nationella säkerheten eller allmän hälsa eller moral. Europeiska kommittén för sociala rättigheter har i sin samling om sin tillsynspraxis (Digest) särskilt konstaterat i fråga om social trygghet (artikel 12) att alla försämringar av den sociala tryggheten inte automatiskt innebär en kränkning av artikel 12.3. Kommittén har preciserat att man vid bedömningen av försämringar ska fästa vikt vid försämringarnas karaktär (bl.a. konsekvenserna för förmånernas tillämpningsområde, förutsättningarna för beviljande och nivån på förmånerna), orsakerna till och målen med försämringarna, försämringarnas omfattning (vem de gäller), hur nödvändiga försämringarna är, de sociala understödets kompenserande effekt och försämringarnas konsekvenser i förhållande till målen. Det ska också fästas vikt vid den kumulativa effekten av enskilda försämringar. Kommittén har ansett att en balansering av de offentliga finanserna kan vara en godtagbar orsak till försämringar. Inte heller då får de försvaga den ”grundläggande ramen” för det sociala trygghetssystemet. (Europarådet, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 121–122.) De kriterier som kommittén fastställt motsvarar i stort sett de kriterier som grundlagsutskottet i enlighet med vad som anförs nedan har använt vid bedömningen av föreslagna försämringar i förmåner som tryggar oundgänglig och grundläggande försörjning.

Grundlagsutskottet har bedömt inskränkningar av de grundläggande fri- och rättigheterna, särskilt i fråga om förmåner, i situationer där grunden för inskränkningen varit det rådande läget inom de offentliga finanserna och sparmål. Grundlagsutskottet har i sin etablerade praxis ansett att det vid dimensioneringen av de sociala rättigheterna ligger helt i linje med den handlingsskyldighet som ålagts lagstiftaren att den sociala tryggheten planeras och utvecklas enligt samhällets ekonomiska resurser och att man kan ta hänsyn till den rådande situationen inom samhällsekonomin och de offentliga finanserna vid dimensioneringen av förmåner som direkt finansieras av det allmänna (se t.ex. GrUU 34/1996 rd, s. 2–3, GrUU 6/2009 rd, s. 7–8, GrUU 6/2015 rd, s. 2) samt att sparmålen kan utgöra en godtagbar grund för att i viss mån ingripa också i nivån på de rättigheter som tryggas i grundlagen (se GrUB 25/1994 rd samt t.ex. GrUU 25/2012 rd och GrUU 44/2014 rd). Inte heller då får bestämmelserna sammantaget äventyra tillgodoseendet av en grundläggande fri- och rättighet som tryggas i grundlagen (GrUU 14/2015 rd, s. 3). Om det absolut måste skäras i de offentliga utgifterna har dessutom bestämmelserna om mänskliga rättigheter relevans när det gäller att allokera besparingarna, och bestämmelserna om grundläggande fri- och rättigheter kan fungera som en sorts prioritetsordning vid beslut om budgetens innehåll (GrUB 25/1994 rd, s. 33). Utgångspunkten är alltså att nedskärningarna i första hand ska riktas mot andra rättigheter än de grundläggande fri- och rättigheterna.

En försämring är ur individens synvinkel till sina verkningar rätt likadan som en inskränkning, vilket innebär att frågan om huruvida en försämring är tillåten i tillämpliga delar kan bedömas utifrån de allmänna krav som ska uppfyllas för att de grundläggande fri- och rättigheterna ska kunna inskränkas och som grundlagsutskottet har härlett ur hela komplexet av grundläggande

fri- och rättigheter och ur rättigheternas karaktär av grundlagsfästa rättigheter. Till dessa hör delvis de ovannämnda kraven på att bestämmelser utfärdas genom lag, att lagen är exakt och noga avgränsad, att inskränkningarna är acceptabla och proportionella, att kärnan i en grundläggande fri- eller rättighet inte inskränks, att rättsskyddet är adekvat och att de förpliktelser som gäller de mänskliga rättigheterna iakttas. (GrUB 25/1994 rd, s. 5) Enligt grundlagsutskottet är det också klart att en försämring inte får omintetgöra kärnan i skyldigheterna i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna (t.ex. GrUU 14/2015 rd, s. 3).

Läget i de offentliga finanserna har försvårats avsevärt av att den ekonomiska tillväxten i Finland under de senaste drygt 15 åren har varit svag jämfört med tidigare och jämfört med de övriga nordiska länderna och EU-genomsnittet. Under de kommande åren kommer förutsättningarna för ekonomisk tillväxt att försvagas av den demografiska utvecklingen. De offentliga finanserna har uppvisat ett underskott sedan 2009. Utan en betydande förändring av den ekonomiska politiken kommer skuldkvoten att fortsätta öka under 2020-talet. Även om statens skuldhållbarhet fortfarande är god, kommer den att försämrats kontinuerligt, om de offentliga finanserna inte stärks. Eventuella kriser under de kommande åren kan medföra situationer där det allmänna på grund av budgetrestriktioner inte kan reagera ändamålsenligt på kriserna. I sådana situationer blir staten tvungen att alltför plötsligt skära ned de offentliga utgifterna och strama åt beskattningen.

Propositionen ingår i en helhet som regeringen valt för att stärka de offentliga finanserna. Vid sidan av lågkonjunkturen kan också sparmålet för statsfinanserna anses vara en godtagbar grund för att i någon mån ingripa i nivån på de sociala rättigheterna i en situation där det råder en långvarig strukturell obalans mellan utgifterna och inkomsterna i de offentliga finanserna. Enligt finansministeriet är underskottet i de offentliga finanserna stort och ökar skuldsättningen i Finland, och därför krävs det snabba och betydande åtgärder under de följande åren för att stabilisera skuldkvoten i de offentliga finanserna. Med hänsyn till det internationellt sett höga skattetrycket i Finland och målet att trygga förutsättningarna för ekonomisk tillväxt, kan en balansering enligt finansministeriet inte helt genomföras genom skärpt beskattning. Regeringens mål att balansera de offentliga finanserna förutsätter också direkta sparåtgärder. Med ekonomisk hållbarhet i de offentliga finanserna strävar regeringen efter att det allmänna i fortsättningen bättre ska kunna svara för sina förpliktelser, inklusive tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna.

De sparåtgärder som är nödvändiga för att vända skuldsättningsutvecklingen och som genomförs under regeringsperioden är omfattande och berör i stor utsträckning olika samhällssektorer. Eftersom hälso- och sjukvården står för en så betydande del av statens totala utgifter, är det enligt regeringens uppfattning inte möjligt att helt och hållet lämna den utanför sparåtgärderna med beaktande av omfattningen av de sparåtgärder som behövs. Regeringen har dock strävat efter att välja de sparobjekt som är minst skadliga med tanke på helheten, även om det i det samhälleliga beslutsfattandet i sig alltid också är fråga om värderingar.

Skillnaden mellan den nuvarande längsta väntetiden på 14 dygn och den föreslagna väntetiden på tre månader för icke-brådskande öppen sjukvård inom primärvården och skillnaden mellan den längsta väntetid på tre månader som träder i kraft den 1 november 2024 (nuvarande fyra månader) och den föreslagna väntetiden på sex månader för mun- och tandvård är betydande. Detta innebär att de försämringar som föreslås inte kan jämföras med den tidigare lindring av vårdgarantin från sju dygn till 14 dygn inom primärvårdens öppna sjukvård som gjordes innan vårdgarantin på 7 dygn trädde i kraft (RP 55/2023 rd). Vid granskningen är det dock skäl att beakta att det i de föreslagna bestämmelserna föreskrivs att vård alltid ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga,

behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp. Vårdgarantitiderna är alltså sådana längsta väntetider som inte får överskridas ens i de minst brådskande fallen. Vid den individuella bedömningen av vårdbehovet bedöms alltid om patienten behöver vård snabbare än inom den längsta väntetid som lagen tillåter. Det är fråga om en bedömning som grundar sig på medicinska omständigheter och i de flesta fall förutsätter bestämmelserna att patienten får vård betydligt snabbare än inom den längsta väntetiden. Detta tryggar patienternas rätt att få vård och därmed sådana hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen, trots att de i lag föreskrivna numeriska längsta väntetiderna förlängs. Frågan behandlas närmare i specialmotiveringen till lagförslagen.

Enligt propositionens konsekvensbedömningar kommer propositionen i vilket fall som helst att medföra att de faktiska väntetiderna för personer som fyllt 23 år för att få vård blir längre, men det är svårt att uppskatta hur mycket. Även om väntetiderna för att få vård har förkortats i och med skärpningen av vårdgarantin, har anordnarna ännu inte fullt ut uppnått de längsta väntetider för att få vård som lagen förutsätter. Å andra sidan genomfördes största delen av besöken inom den icke-brådskande öppna sjukvården inom primärvården inom 14 dygn och inom mun- och tandvården inom tre månader redan när det föreskrevs om en skärpning av vårdgarantitiderna 2022. Till skillnad från tiden före 2023 lyder primärvården, den specialiserade sjukvården och jourtjänsterna för närvarande i sin helhet under samma anordnare, och därför kan välfärdsområdena bedömas ha ett betydande incitament att förebygga behovet av dyrare tjänster genom att satsa på tillgången till vård på basnivå. Skärpningen av vårdgarantin har också genomförts genom utvecklingsarbete som fått omfattande statsunderstöd. Resultaten av utvecklingsarbetet kan bedömas stödja en snabb tillgång till vård trots lagändringarna. Dessa omständigheter kan, trots de föreslagna förlängningarna av vårdgarantitiderna, bedömas tala för att väntetiderna för personer som fyllt 23 år inte förlängs avsevärt.

När man granskar väntetiderna för att få vård före den 1 september 2023 är det dock skäl att notera att informationen om den kommande skärpningen av vårdgarantin redan flera år innan den trädde i kraft försnabbade tillgången till vård, eftersom anordnarna var tvungna att förbereda sig på den kommande skärpningen genom satsningar på tillgången till vård. Något sådant incitament kommer inte längre att finnas. Tillsynsmyndigheterna har också begränsade möjligheter att övervaka att vård fås inom en skälig väntetid som är kortare än den lagstadgade längsta väntetiden. På grund av det rådande ekonomiska läget är pressen dessutom redan tidigare stor på att välfärdsområdena ska hitta besparingar på kort sikt. I anslutning till den föreslagna lindringen av vårdgarantin för personer som fyllt 23 år kommer finansieringen till anordnarna också att minskas med motsvarande proportionella andel av finansieringen för genomförandet av den skärpta vårdgarantin. Om besparingen inte inriktas på tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården för personer som fyllt 23 år, måste anordnarna göra besparingen någon annanstans. Detta kan visa sig vara en utmanande uppgift. Ur denna synvinkel är det möjligt att väntetiderna för att få vård till följd av de föreslagna lagändringarna återgår till den nivå som rådde innan vårdgarantin skärptes. Man kan inte heller utesluta ett alternativ där läget blir ännu sämre på kort eller lång sikt. Om besparingen å andra sidan riktas till andra delar av servicesystemet, kan också detta ha negativa konsekvenser på andra håll. Anordnarna av hälso- och sjukvård har dock inom ramen för sina lagstadgade skyldigheter rätt och samtidigt skyldighet att rikta besparingen på det sätt de bedömer vara bäst.

Bestämmelser om vårdgarantitiderna inom hälso- och sjukvården togs för första gången in i lagen 2005 (RP 77/2004 rd). Då fastställdes den längsta väntetiden för att få icke brådskande sjukvård inom primärvården till tre månader och den längsta väntetiden för att få mun- och tandvård inom primärvården till sex månader. Grundlagsutskottet tog vid behandlingen av propositionen inte uttryckligen ställning till de längsta väntetiderna för att få vård, men utskottet framförde således inte heller några konstitutionella anmärkningar om de nämnda längsta

väntetiderna för att få vård (GrUU 20/2004 rd). Bestämmelserna om vårdgarantin överfördes från folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård till hälso- och sjukvårdslagen 2011 (RP 90/2010 rd). Vid behandlingen av propositionen konstaterade grundlagsutskottet att de föreslagna fristerna för tillgång till vård i förslaget till hälso- och sjukvårdslag i stort sett stämmer överens med folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som har stiftats *genom medverkan av grundlagsutskottet*, och grundlagsutskottet framförde inga konstitutionella anmärkningar om dem (se GrUU 41/2010 rd, s. 3). Dessa längsta väntetider för att få vård gällde fram till den 1 september 2023, då de nu gällande vårdgarantitiderna trädde i kraft.

Det bör också noteras att bestämmelserna om vårdgaranti endast gäller icke-brådskande vård, och det föreslås inga ändringar i bestämmelserna om brådskande vård. Enligt 50 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, alltså ges omedelbart. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Det kan också påpekas att en mycket stram vårdgarantitid med beaktande av läget inom servicesystemet i vissa situationer kan leda till negativa fenomen med tanke på de rättigheter som garanteras i 19 § i grundlagen. Om det i lag åläggs en strikt skyldighet att få vård i fråga om det första besöket inom icke brådskande vård och i vissa fall i fråga om det andra besöket, kan detta leda till att de besöken prioriteras på ett oändamålsenligt sätt när vårdtider delas ut, till exempel på bekostnad av fortsatt vård enligt vårdplaner. En längre väntetid för att få vård kan därmed i högre grad stödja utvecklandet av servicesystemet i en riktning som betonar kontinuiteten i vården. Kontinuitet är en viktig delfaktor inom god vård. Med beaktande av servicesystemets begränsade resurser är det därmed sett på befolkningsnivå inte entydigt bara negativt med tanke på rätten till hälsa att vårdgarantitiderna förlängs. Det dock skäl att beakta att också anordnarnas finansiering minskas i motsvarande mån när man lättar på skyldigheterna i anslutning till vårdgarantin. Därmed kommer anordnarna således inte i sig att ha ”extra” ekonomiska resurser som de alternativt kan använda till exempel för att förbättra kontinuiteten i vården. Samtidigt är det inte alltid ens med ekonomiska resurser möjligt att säkerställa att personalen räcker till.

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

Bestämmelser om grunderna för den kommunala självstyrelsen finns i 121 § i grundlagen. Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Grundlagsutskottet har ansett särskilt när frågan gäller finansiering att till skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i 22 § i grundlagen hör statens ansvar för att se till att de i 121 § 4 mom. avsedda områdena har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter. Grundlagsutskottet har dessutom ansett att tillgången till lagstadgade tjänster inte kan begränsas genom budgeten. När det gäller social- och hälsovårdstjänster framhävs finansieringsprincipens betydelse av de skyldigheter som avses

i 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen (GrUU 17/2021 rd, stycke 93). Enligt grundlagsutskottet kan det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården uppstå ett konstitutionellt problem i förhållande till 19 § 3 mom. i grundlagen om den föreslagna lagstiftningen inkluderar strukturella problem som med stor sannolikhet leder till att genomförandet av rättigheterna faktiskt äventyras (GrUU 17/2021 rd, stycke 74, GrUU 26/2017 rd, s. 38).

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

Grundlagsutskottet har med stöd av de allmänna förutsättningarna att inskränka de grundläggande rättigheterna (se GrUB 25/1994 rd, s. 4–5 och GrUU 21/2016 rd, s. 3) tillmätt konstitutionell betydelse åt att en försämring tidsmässigt begränsas till den tid de orsaker som motiverar inskränkningen existerar (se GrUU 11/2015 rd, s. 3 och GrUU 10/2015 rd, s. 3). Som det framförs i avsnitt 2.2.3 måste man trots de åtgärder som gäller personalen förbereda sig på att tillgången på personal inom branschen förblir svår ännu i flera år. Även under remissbehandlingen av nu den aktuella propositionen ansågs tillgången på personal vara den största utmaningen med tanke på iakttagandet av de gällande bestämmelserna om vårdgaranti. Personalsituationen varierar också regionvis. Även om den föreslagna förlängningen av vårdgarantitiderna i kombination med en minskning av finansieringen av hälso- och sjukvården i sig försämrar tillgången till hälso- och sjukvård, kan den således också trygga en tillräcklig personal inom hälso- och sjukvården ur hela den offentliga hälso- och sjukvårdens synvinkel. När man också i övrigt granskar läget inom det offentliga servicesystemet kan det konstateras att det offentliga servicesystemet och finansieringen av det utmanas från år till år och i framtiden inte bara av personalbristen utan också i allt högre grad av det ökade servicebehovet till följd av att befolkningen blir äldre och andra orsaker samt den vård-, service- och rehabiliteringsskuld som ackumulerats av flera orsaker. Det offentliga servicesystemet ställs inför utmaningar i hela Finland när det gäller att ordna tjänsterna på det sätt som lagarna förutsätter. Grundlagsutskottet konstaterade i samband med behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovården att det är möjligt att den finansiering som staten anvisar välfärdsområdena så småningom avviker från de faktiska kostnaderna för ordnandet av tjänsterna, särskilt i områden med hög kostnadsnivå (GrUU 17/2021, stycke 99–102). Grundlagsutskottet har också i enlighet med vad

som konstaterats ovan vid bedömningen av lagstiftningen om vårdgarantin ålagt statsrådet att vidta korrigerande åtgärder när tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och finansieringen förutsätter det (GrUU 38/2022 rd, stycke 8).

Som det konstateras ovan har anordnarna av hälso- och sjukvård ännu inte fullt ut uppnått de vårdgarantitider som trädde i kraft den 1 september 2023 och som i fråga om mun- och tandvård dessutom kommer att skärpas ytterligare den 1 november 2024. Det utvecklingsarbete som hänför sig till detta pågår dock fortfarande och omfattande statsunderstöd har beviljats för arbetet fram till utgången av 2025. Även om största delen av remissinstanserna under remissbehandlingen av propositionen förutspådde att den positiva utvecklingen i fråga om tillgången till vård kommer att fortsätta om bestämmelserna inte ändras, bedömde också flera anordnare av hälso- och sjukvård att det är osäkert om de gällande längsta väntetiderna för att få vård kommer att nås ens på längre sikt. Inte heller det svåra läget i statsfinanserna kan förväntas bli bättre ännu under de närmaste åren i sådan utsträckning att det efter en tid är möjligt att avstå från de skatte- och sparåtgärder som regeringen beslutat om för att åtgärda hållbarhetsunderskottet.

Med stöd av vad som anförts ovan finns det i det aktuella fallet godtagbara samhälleliga grunder för en försämring av nivån på de grundläggande fri- och rättigheterna, i synnerhet på grund av läget i de offentliga finanserna och samtidigt också på grund av säkerställandet av tillräcklig personal, både i konstitutionellt hänseende och med hänsyn till internationella människorättskonventioner. Även om grundlagsutskottet i sin tidigare tolkningspraxis har tillmätt konstitutionell betydelse åt att en försämring av en grundläggande fri- och rättighet begränsas tidsmässigt, är det i det aktuella fallet konstitutionellt sett godtagbart att föreskriva att försämringen gäller tills vidare. De föreslagna försämringarna kan inte anses vara oproportionerliga i förhållande till målen med dem. Med beaktande av att det på grund av verksamhetens karaktär inte är ändamålsenligt eller ens möjligt att föreskriva lika exakt om vården eller andra skyldigheter inom hälso- och sjukvården som om skyldigheterna inom många andra förvaltningsområden, är den föreslagna regleringen på lagnivå tillräckligt exakt. Regleringen berörs också av de normala rättsskyddsarrangemang som föreskrivits för hälso- och sjukvården. Försämringarna innebär inte heller ett ingrepp i kärnområdet för de rättigheter till hälso- och sjukvårdstjänster som tryggs i 19 § i grundlagen och i internationella människorättskonventioner. De föreslagna bestämmelserna uppfyller således de allmänna konstitutionella villkoren för en försämring av nivån på de grundläggande fri- och rättigheterna.

Grundlagsutskottet har konstaterat att sättet att ordna tjänster och tillgången till tjänster påverkas indirekt också av andra bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering. Propositionen är med tanke på dess praktiska konsekvenser av betydelse med tanke på jämlikheten enligt 6 § i grundlagen. Grundlagsutskottet (GrUU 26/2017 rd, s. 34) har i sina utlåtanden om social- och hälsovårdsreformen betonat kravet på ett tillräckligt utbud av hälso- och sjukvårdstjänster i hela landet. I praktiken har propositionen störst konsekvenser för dem som anlitar offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och som inte har tillgång till privat hälso- och sjukvård eller företagshälsovård, det vill säga till exempel arbetslösa personer, äldre personer och många personer med funktionsnedsättning. En längre lagstadgad längsta väntetid för att få vård möjliggör dessutom större regionala skillnader samt skillnader i tillgången till tjänster mellan välfärdsområdenas hälso- och sjukvård, studerandehälsovården för högskolestuderande och hälso- och sjukvården för fångar. Dock med beaktande av de omständigheter som beskrivs ovan och som alltjämt tryggar att alla får vård inom en tid som är skälig med beaktande av medicinska omständigheter och patientens individuella situation, är frågan inte problematisk ur grundlagssynpunkt.

11.3 Positiv särbehandling av barn och unga

Den försämring av tillgången till hälso- och sjukvård som propositionen medför gäller endast personer som fyllt 23 år, medan bestämmelserna om barn och unga under 23 år förblir oförändrade. Den positiva särbehandling av barn och unga under 23 år när det gäller tillgången till vård bör granskas i ljuset av jämlikheten enligt 6 § i grundlagen.

Utgångspunkten för grundlagen är att alla är lika inför lagen. Jämlikhetsbestämmelsen gäller också lagstiftaren. Vissa människor eller människogrupper får inte genom lag godtyckligt ges en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Jämlikhetsbestämmelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Det är typiskt för lagstiftningen att den för ett visst godtagbart samhälleligt intresses skull kan bemöta människor olika för att främja bland annat faktisk jämställdhet. Särbehandlingen av människor eller grupper av människor får dock inte leda till oskäligt resultat. Det samhälleliga intresse som ligger till grund för att man avviker från likställighetsprincipen bör stå i proportion till avvikelens betydelse. (RP 309/1993 rd, s. 46, se även t.ex. GrUU 18/2006 rd, s. 2/II, GrUU 38/2006 rd, s. 3/II och GrUU 31/2014 rd, s. 3/I.)

I regeringens proposition 200/2005 rd föreslogs det bestämmelser om att en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, som vid tidpunkten i fråga ännu ansvarade för ordnandet av den kommunala hälso- och sjukvården, med Försvarsmakten ska kunna överenskomma om att kommunen eller sjukvårdsdistriktet tillhandahåller tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården för personer vars hälso- och sjukvård Försvarsmakten ansvarar för. Enligt propositionen kunde undersökningar och vård enligt överenskommelserna tillhandahållas på andra grunder och snabbare än vad tjänster enligt lagen skulle tillhandahållas för invånarna i kommunen eller samkommunens medlemskommuner. Möjligheten att tillhandahålla tjänster på andra grunder och snabbare motiverades i propositionen med tryggheten av tjänstedugligheten hos personer vars hälso- och sjukvård Försvarsmakten ansvarar för. Grundlagsutskottet (GrUU 1/2006, s. 2–3) ansåg vid bedömningen av propositionen att detta var en godtagbar grund för en särbehandling, framför allt om man ser till kopplingen mellan tjänstgöringen och skyldigheten enligt 127 § i grundlagen att försvara landet å ena sidan och de särskilda hälsorisker som följer av tjänstgöringens natur å andra sidan. Trots att det förelåg en godtagbar grund konstaterade grundlagsutskottet att det medför vissa problem med avseende på jämlikhetsprincipen i 6 § 1 mom. i grundlagen att en patientgrupp får vård snabbare än andra. Grundlagsutskottet konstaterade att problematiken visserligen lindras av att det för kommuner och sjukvårdsdistrikt är frivilligt att ingå avtal med Försvarsmakten, vilket enligt motiveringen till propositionen var avsett att säkerställa att kommunerna och sjukvårdsdistrikten i fråga klarar av att sköta sina lagstadgade uppgifter. Enligt utskottet stred regleringen således inte mot jämlikhetsbestämmelserna i grundlagen. Grundlagsutskottet konstaterade att det ändå är angeläget att lagförslagen preciseras med en bestämmelse där det ovannämnda syftet framgår och som säger ut att varken ingåendet av avtalen eller tillhandahållandet av de tjänster som ingår i avtalen får äventyra kommunernas eller samkommunernas möjligheter att fullfölja sina lagstadgade uppgifter. Enligt grundlagsutskottet borde lagarna för tydlighetens skull dessutom kompletteras med en särskild passus om att bestämmelserna om särbehandling av personer vars hälsovård Försvarsmakten ansvarar för inte åsidosätter de bestämmelser som föreskriver att patienter med brådskande behov av vård måste behandlas omedelbart. För närvarande ingår denna reglering i sin helhet i 71 § i hälso- och sjukvårdslagen.

De särbehandlingsgrunder som räknas upp i 6 § 2 mom. i grundlagen, och därmed bland annat ålder, kan anses utgöra kärnan i diskrimineringsförbudet. Genom bestämmelsen om förbud mot diskriminering förbjuds dock inte all särbehandling av människor, inte ens när den grundar sig på någon av de orsaker som nämns explicit i bestämmelsen. Det väsentliga är om det är möjligt

att motivera särbehandlingen på ett sätt som är godtagbart med hänsyn till systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. (RP 309/1993 rd, s. 48/I, se även t.ex. GrUU 1/2006 rd, s. 2/I och GrUU 59/2002 rd, s. 2–3). Med hänsyn till diskrimineringsförbudet i 6 § 2 mom. i grundlagen har grundlagsutskottet dock betraktat reglering som grundar sig på en åldersgräns som känslig med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna och enligt utskottets etablerade praxis är kraven på motiv är höga, särskilt när det gäller de förbjudna särbehandlingsgrunder som räknas upp i 6 § 2 mom. i grundlagen. I utskottets praxis har det förutsatts att en godtagbar grund ska ha ett sakligt och nära samband med lagens syfte (se t.ex. GrUU 44/2010 rd, s. 6). Grundlagsutskottet har dock till exempel i sin bedömning av den socialrättsliga regleringen ansett att det inte stöter på några problem med hänsyn till grundlagen att förmåner för personer i olika åldrar fastställs på olika grunder, om särbehandlingen inte är godtycklig eller skillnaderna blir oskäligen (se t.ex. GrUU 34/2005 rd, s. 2/I, GrUU 60/2002 rd, s. 4–5, GrUU 46/2002). Grundlagens jämlikhetsbestämmelser utgör således inget hinder för nödvändig positiv särbehandling för att trygga den faktiska jämlikheten, det vill säga åtgärder som förbättrar ställningen och förhållandena för en viss grupp (RP 309/1993 rd, s. 48, se även t.ex. GrUU 34/2005 rd, s. 2/I, GrUU 40/2004 rd, s. 2/I, GrUU 4/2016 rd, s. 3).

Vid bedömningen av positiv särbehandling av barn och som en omständighet som talar för den är det skäl att fästa vikt vid barnens svagare och underordnade ställning och det behov av särskilt skydd som följer av den. Dessutom bör man beakta barnkonventionens princip om att barnets bästa ska komma i främsta rummet, vilken kan tolkas så att i situationer där det inte är möjligt att harmonisera alla åldersgruppers intressen ska barnets bästa ges företräde. Av betydelse är även det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

När vårdgarantitiderna inom hälso- och sjukvården infördes för första gången 2004 föreskrevs det att den längsta väntetiden för barn och unga för att få mentalvårdstjänster inom den specialiserade sjukvården var kortare (tre månader) än i fråga om motsvarande tjänster för vuxna (sex månader) (RP 77/2004 rd). Vid behandlingen av propositionen tog grundlagsutskottet inte ställning till frågan, men utskottet framförde således inte heller några konstitutionella anmärkningar om den nämnda positiva särbehandlingen av barn och unga (GrUU 20/2004 rd). När regleringen 2011 överfördes från lagen om specialiserad sjukvård till den nya hälso- och sjukvårdslagen preciserades bestämmelserna så att en kortare väntetid tillämpas på personer under 23 år (RP 90/2010 rd). Vid bedömningen av propositionen fäste grundlagsutskottet vikt vid att de föreslagna bestämmelserna i 53 § i hälso- och sjukvårdslagen gav unga under 23 år bättre möjligheter att få snabb psykiatrisk vård inom den specialiserade sjukvården än de som är äldre än 23 år. Grundlagsutskottet bedömde förslaget uttryckligen med avseende på 6 § 2 mom. i grundlagen. (GrUU 41/2010, s. 3)

Grundlagsutskottet konstaterade då att så tidig tillgång till psykiatrisk vård och service som möjligt är av största vikt för den psykiska utvecklingen hos barn och unga. Skyldigheten att ordna vård inom tre månader även för myndiga, men under 23 år gamla personer, är motiverad eftersom många unga fortfarande i den åldern befinner sig i en känslig fas av sin psykiska utveckling när livssituationen är stadd i förändring. Vidare hänvisade grundlagsutskottet till att det att särbehandlingen gäller denna grupp enligt motiven till propositionen beror på att det är en enhällig rekommendation från de ansvariga överläkarna inom ungdomspsykiatri i sjukvårdsdistrikten. Enligt utskottet fanns det alltså godtagbara skäl för bestämmelserna om man ser till de grundläggande fri- och rättigheterna. Grundlagsutskottet ansåg att det i och för sig är befogat att införa en samordnad åldersgräns också av den anledningen att de unga som behöver psykiatrisk vård behandlas lika oberoende av var de är bosatta. (GrUU 41/2010, s. 3–4)

Barn, det vill säga personer under 18 år, är på grund av sin ålder och utvecklingsnivå i en särskilt utsatt ställning och har rätt till särskild omsorg och hjälp. I avsnitt 4.1 presenteras relevanta medicinska och samhälleliga grunder för att det är särskilt viktigt att inte bara barn utan även 18–22-åringar snabbt får vård vid både psykiska och somatiska hälsoproblem. Som det konstateras ovan har positiv särbehandling av personer under 23 år redan i den gällande lagstiftningen med grundlagsutskottets medverkan identifierats som motiverad och godtagbar inom mentalvårdstjänsterna inom den specialiserade sjukvården när det föreskrivs om de längsta väntetiderna för att få vård. Grundlagsutskottet har i sin tidigare praxis i sin bedömning av om en åldersgräns är godtagbar med avseende på 6 § i grundlagen fäst vikt vid att lagstiftaren redan tidigare har ansett att samma åldersgräns på samma sätt är av betydelse (GrUU 44/2010 rd, s. 6/II).

Som det konstateras ovan i avsnitt 11.1 har FN:s kommitté för barnets rättigheter uttryckligen uppmanat Finland att stärka åtgärderna för att trygga barns tillgång till högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster snabbt och effektivt i hela landet, med särskild fokus på marginaliserade barn. Inom den privata hälso- och sjukvården får man vanligen vård redan samma dag. Anlitande av privata hälso- och sjukvårdstjänster är möjligt endast för sådana barn vars familjer har råd med det antingen via en privat sjukförsäkring eller på något annat sätt, och barnets egna möjligheter att påverka detta är obefintliga. Som det framförts ovan i avsnitt 2.2.2 och 2.4 har de frågor som kommittén lyft fram framför allt bemötts genom en skärpning av vårdgarantin i fråga om icke brådskande vård inom primärvården, vilket har bedömts förbättra ställningen i synnerhet för de barn som har det sämst ställt, såsom barn i mindre bemedlade familjer, barn med funktionsnedsättning eller psykiska problem och barn som är placerade i vård utom hemmet samt minderåriga asylsökande. Snabbare tillgång till vård inom den offentliga primärvården förbättrar alltså också jämlikheten mellan olika barn.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder för närvarande en regeringsproposition om en terapigaranti för barn och unga (STM083:00/2023). Avsikten är att propositionen ska lämnas till riksdagen i september 2024. I regeringspropositionen om en terapigaranti tryggs det genom lagstiftning uttryckligen att barn och unga under 23 år sinsemellan har lika tillgång till kortpsykoterapi eller annan effektiv psykosocial behandling på basnivå. Eftersom barns och ungas samtliga psykiska symtom eller andra vårdbehov inte kan bemötas med ur psykoterapin härledd strukturerad och tidsbegränsad psykosocial behandling eller psykoterapi, tryggar bibehållandet av den gällande längsta väntetiden på 14 dygn för att få icke-brådskande öppen sjukvård inom primärvården också snabb tillgång till vård för de barn och unga under 23 år som inte har nytta av terapigarantin.

Som det konstateras i avsnitt 4.1 är det viktigt med tidig identifiering och behandling av hälsoproblem i barndomen och ungdomen för att de ungas utvecklingsmöjligheter inte ska gå förlorade. Samtidigt är detta det effektivaste sättet att förebygga störningar i vuxen ålder. Bibehållandet av vårdgarantin för barn och unga under 23 år beaktar dessa personers utvecklingsmässiga behov och stöder deras tillgång till vård i de åldrar där det med tanke på deras balanserade utveckling, framtid och vuxenliv är särskilt viktigt att stödja utvecklingen och välbefinnandet. Särskild omsorg om barn och unga är också viktigt för att trygga välfärdsstatens bärkraft, också på grund av att nativiteten i Finland ligger på en historiskt låg nivå. Snabb tillgång till vård för barn och unga gynnar således på längre sikt också äldre åldersgrupper och hela samhället.

Under remissbehandlingen av propositionen ansåg majoriteten av remissinstanserna att en positiv särbehandling av barn och unga under 23 år i enlighet med propositionen är väl motiverad och värd att understödja. Å andra sidan innehöll även de kritiska utlåtandena beaktansvärda motargument. (Se avsnitt 6) Regeringen delar dock den åsikt som majoriteten av

remissinstanserna framfört och anser att de motiveringar som talar för den föreslagna särbehandlingen av barn och personer under 23 år väger tyngre. Det är också skäl att notera att kortare längsta väntetider för personer under 23 år för att få vård inte innebär att dessa personer i samtliga fall får vård snabbare än äldre personer. Det kan till exempel vara fråga om en situation där en bedömning av ett barns eller en ung persons vårdbehov blir av inom väntetiden på två veckor, samtidigt som bestämmelserna om en skälig väntetid för att få vård förutsätter att en äldre person på grund av sitt hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp får vård inom en vecka.

Eftersom det på grund av läget i de offentliga finanserna inte är möjligt att hålla vårdgarantin på nuvarande nivå för alla grupper, är det på ovan anförda grunder skäl att till denna del gynna uttryckligen barn och unga. Med beaktande av de i konstitutionellt hänseende godtagbara grunderna för särbehandling av barn och unga under 23 år och å andra sidan av att tillgången till vård också för äldre åldersgrupper, inklusive andra utsatta grupper, fortfarande tryggas inom en tid som är skälig, kan den föreslagna positiva särbehandlingen av barn och unga anses vara skälig och proportionerlig.

11.4 Slutsater

Allt det som anförts ovan innebär att det föreslagna återinförandet av de längsta väntetiderna för personer som fyllt 23 år för att få icke-brådskande vård inom primärvården till den nivå som gällde ännu för ett år sedan och som tillkommit med grundlagsutskottets medverkan under den nuvarande grundlagens giltighetstid uppfyller de allmänna konstitutionella villkoren för en försämring av nivån på de grundläggande fri- och rättigheterna. Den positiva särbehandling av barn och unga under 23 år som ingår i propositionen strider inte mot jämlikhetsbestämmelserna i 6 § i grundlagen, och propositionen strider inte heller i övrigt mot bestämmelsen i fråga. Propositionen strider inte heller mot internationella människorättskonventioner.

Med hänvisning till det som anförts ovan är förslagen enligt regeringens uppfattning förenliga med grundlagen och kan således behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom propositionen dock på det sätt som anges ovan i detta kapitel kan ha konsekvenser för tillgodoseendet av de rättigheter som tryggas i 19 § 3 mom. och 6 § 1 och 2 mom. i grundlagen anser regeringen det emellertid vara önskvärt att ett utlåtande om propositionen begärs av grundlagsutskottet.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 51 a och 51 b §,
sådana de lyder, 51 a § i lagarna 116/2023 och 1139/2023 samt 51 b § i lag 116/2023, som
följer:

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vård- eller rehabiliteringshändelsen i sådan icke-brådskande vård, rehabilitering och en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen.

Vid den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ska vårdgivaren, rehabiliteringsgivaren eller den som ger en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Valfärdsområdet ska dessutom ordna sin verksamhet så att även mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 51 §, om en patient på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare.

Med avvikelse från 1 och 2 mom. ska, om ett barn eller en sådan ung person som vid tidpunkten för kontakten enligt 51 § är under 23 år söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin, den i 1 mom. avsedda första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom de 14 dygn som följer på bedömningen enligt i 51 §. Om en patient i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De längsta väntetider som föreskrivs i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan. Vård och rehabilitering som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan ska ordnas i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen.

Om det när en patient vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att patienten för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, eller om det när hälso- och sjukvård ges i samband med socialvårdstjänster eller när tjänster i övrigt ges framkommer behov av

undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård, rehabilitering eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården, ska denna genomföras i enlighet med 1–4 mom.

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Välfärdsområdet ska dessutom ordna sin verksamhet så att även tillgång till en tandläkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 51 §, om en patient på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare.

Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten.

Med avvikelse från 1–3 mom. ska den undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelse som avses i 1 mom. ordnas för barn och sådana unga personer som vid tidpunkten för kontakten enligt 51 § är under 23 år inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en patient i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om ett barn eller en ung person under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen ifråga konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 och 4 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 5 mom. samt 4 mom. i fråga om tillgången till specialisttandläkare.

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 10 a och 10 b §, sådana de lyder, 10 a § i lagarna 118/2023 och 1140/2023 samt 10 b § i lag 118/2023, som följer:

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande vård och en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen.

Vid den första vårdhändelsen ska vårdgivaren eller den som ger en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Verksamheten ska dessutom ordnas så att även mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 10 §, om en studerande på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare.

Med avvikelse från 1 och 2 mom. ska, om en studerande som vid tidpunkten för kontakten enligt 10 § är under 23 år söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin, den i 1 mom. avsedda första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom de 14 dygn som följer på bedömningen enligt i 10 §. Om en studerande i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. Om den första vårdhändelsen är ett mottagningsbesök hos en psykolog, tillämpas dock de bestämmelser om att få vård som finns i 1 och 2 mom.

De längsta väntetider som föreskrivs i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan. Vård som ingår i en vårdplan ska ordnas i enlighet med vårdplanen.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges

framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska denna genomföras i enlighet med 1–4 mom.

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Verksamheten ska dessutom ordnas så att även tillgång till en tandläkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 10 §, om en studerande på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare.

Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten.

Med avvikelse från 1–3 mom. ska den undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelse som avses i 1 mom. ordnas för studerande som vid tidpunkten för kontakten enligt 10 § är under 23 år inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen. Om en studerande i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om en studerande under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen ifråga konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 och 4 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 5 mom. samt 4 mom. i fråga om tillgången till specialisttandläkare.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 23 september 2024

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Kaisa Juuso

1.

Lag

om ändring av 51 a och 51 b § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 51 a och 51 b §,
sådana de lyder, 51 a § i lagarna 116/2023 och 1139/2023 samt 51 b § i lag 116/2023, som
följer:

Gällande lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

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

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, *ska det ordnas mottagningsbesök hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.*

Föreslagen lydelse

51 a §

Att få vård inom primärvården

Den första vård- *eller rehabiliteringshändelsen* i sådan icke-brådskande vård, *rehabilitering och en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande* inom primärvården som vid en bedömning enligt 51 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen.

Vid den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ska vårdgivaren, rehabiliteringsgivaren eller den som ger en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Välfärdsområdet ska dessutom ordna sin verksamhet så att även mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 51 §, om en patient på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare.

Med avvikelse från 1 och 2 mom. ska, om ett barn eller en sådan ung person som vid tidpunkten för kontakten enligt 51 § är under 23 år söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin, den i 1 mom. avsedda första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom de 14 dygn som följer på bedömningen enligt i 51 §. Om en patient i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att patienten för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.

De längsta väntetider som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan, mottagningsbesök hos andra specialisläkare som är verksamma inom primärvården än specialisläkare inom allmänmedicin eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som avses i 22 § eller annars utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster inom icke-brådskande vård, rehabilitering och främjande av hälsa och välbefinnande inom primärvården ska den första vård- eller rehabiliteringshändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd, arbets-, studie- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader

De längsta väntetider som föreskrivs i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan. Vård och rehabilitering som ingår i en vård- eller rehabiliteringsplan ska ordnas i enlighet med vård- eller rehabiliteringsplanen.

(upphävs)

Gällande lydelse

från bedömningen enligt 51 § eller i enlighet med en vård- eller rehabiliteringsplan som uppgjorts för patienten.

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

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Om en patient på grundval av en bedömning som avses i 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Föreslagen lydelse

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

51 b §

Att få mun- och tandvård inom primärvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 51 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 51 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård inom primärvården ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader från den i 51 § avsedda bedömningen.

Välfärdsområdet ska dessutom ordna sin verksamhet så att även tillgång till en tandläkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 51 §, om en patient på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare.

Gällande lydelse

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 51 §

Föreslagen lydelse

Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten.

Med avvikelse från 1–3 mom. ska den undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelse som avses i 1 mom. ordnas för barn och sådana unga personer som vid tidpunkten för kontakten enligt 51 § är under 23 år inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en patient i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 51 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 51 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om ett barn eller en ung person under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom primärvården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen ifråga konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 och 4 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för patienten. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning

Gällande lydelse

framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

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

Föreslagen lydelse

enligt 51 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till rådgivningsbyråtjänsterna eller skol- och studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av *en* undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 5 mom. *samt 4 mom. i fråga om tillgången till specialisttandläkare.*

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 10 a och 10 b § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 10 a och 10 b §, sådana de lyder, 10 a § i lagarna 118/2023 och 1140/2023 samt 10 b § i lag 118/2023, som följer:

Gällande lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

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

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av det hälsoproblem som avses i 1 mom. har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, *ska det ordnas tillgång till mottagning hos en läkare inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen.*

Föreslagen lydelse

10 a §

Att få icke-brådskande vård

Den första vårdhändelsen i sådan icke-brådskande vård *och en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande* inom studerandehälsovården som vid en bedömning enligt 10 § har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska ordnas inom *en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp,* dock inom tre månader från bedömningen.

Vid den första vårdhändelsen ska vårdgivaren eller den som ger en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande vara en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Verksamheten ska dessutom ordnas så att även mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 10 §, om en studerande på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Med avvikelse från 1 och 2 mom. ska, om en studerande som vid tidpunkten för kontakten enligt 10 § är under 23 år söker vård på grund av insjuknande, skada, förvärrning av en kronisk sjukdom, symtomdebut eller nedsättning av funktionsförmågan och det är fråga om vård inom området allmänmedicin, den i 1 mom. avsedda första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom de 14 dygn som följer på bedömningen enligt i 10 §. Om en studerande i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar att den studerande för behandling av hälsoproblemet i fråga har behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en läkare, ska mottagningsbesök hos en läkare ordnas inom de sju dygn som följer på mottagningsbesöket hos den yrkesutbildade personen. Om den första vårdhändelsen är ett mottagningsbesök hos en psykolog, tillämpas dock de bestämmelser om att få vård som finns i 1 och 2 mom.

De längsta väntetider som föreskrivs i 1 och 2 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan, mottagningsbesök hos andra specialitläkare som är verksamma inom studerandehälsovården än specialistläkare inom allmänmedicin, mottagningsbesök hos psykologer eller vårdhändelser som genomförs enbart för erhållande av intyg eller utlåtanden som utfärdas inom hälso- och sjukvården.

När det gäller andra än i 1 och 2 mom. avsedda tjänster för icke-brådskande vård och för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården ska den första vårdhändelsen ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd, studie-, arbets- och funktionsförmåga, behov av tjänster samt sjukdomens eller skadans sannolika förlopp, dock inom tre månader från bedömningen

De längsta väntetider som föreskrivs i 1–3 mom. gäller inte vårdhändelser som ingår i en vårdplan. Vård som ingår i en vårdplan ska ordnas i enlighet med vårdplanen.

(upphävs)

Gällande lydelse

enligt 10 § eller i enlighet med en vårdplan som uppgjorts för den studerande.

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska den genomföras inom de längsta väntetider som anges i 1–4 mom.

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Om en studerande på grundval av en bedömning som avses i 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Föreslagen lydelse

Om det när en studerande vårdas eller ges en tjänst för främjande av hälsa eller välbefinnande upptäcks att den studerande för ett annat hälsoproblem än det som vårdhändelsen eller tjänsten gäller behöver undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, eller om det när tjänster i övrigt ges framkommer behov av undersökning eller vård i icke-brådskande sjukvård eller en tjänst för främjande av hälsa och välbefinnande inom studerandehälsovården, ska denna genomföras i enlighet med 1–4 mom.

10 b §

Att få vård inom mun- och tandvården

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 10 a § ska sådan undersökning som har konstaterats vara odontologiskt nödvändig eller den första undersöknings- eller vårdhändelsen för sådan vård som konstaterats vara nödvändig vid en i 10 § avsedd bedömning som gäller mun- och tandvård ordnas inom en tid som är skälig med beaktande av den studerandes hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom sex månader från den i 10 § avsedda bedömningen.

Verksamheten ska dessutom ordnas så att även tillgång till en tandläkare ordnas inom en i 1 mom. angiven tid från bedömningen enligt 10 §, om en studerande på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare.

Gällande lydelse

Om en tandläkare konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att tandläkaren konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning enligt 10 §

Föreslagen lydelse

Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att den yrkesutbildade personen i fråga konstaterade behovet av tjänsten.

Med avvikelse från 1–3 mom. ska den undersökning eller den första undersöknings- eller vårdhändelse som avses i 1 mom. ordnas för studerande som vid tidpunkten för kontakten enligt 10 § är under 23 år inom en tid som är skälig med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp, dock inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen. Om en studerande i en sådan situation på grundval av bedömningen enligt 10 § har hänvisats till någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades eller inom tre månader från den i 10 § avsedda bedömningen. Om en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård i fråga om en studerande under 23 år konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en specialisttandläkare som är verksam inom studerandehälsovården, ska tillgång till en specialisttandläkare ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att den yrkesutbildade personen ifråga konstaterade behovet av tjänsten.

Vårdperioden ska slutföras inom skälig tid utan onödigt dröjsmål mellan vårdbesöken. I vårdplanen ska anges en odontologisk motivering till att vården periodiseras.

Det som föreskrivs i 1 och 4 mom. tillämpas inte i en situation där individuella undersöknings- eller vårdintervall har bestämts för den studerande. Undersökningen eller vården ska ordnas i enlighet med undersöknings- eller vårdintervall som angetts i en vårdplan, om det inte vid en bedömning

Gällande lydelse

framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

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

Föreslagen lydelse

enligt 10 § framkommer omständigheter på basis av vilka det bör eller kan avvika från de individuella undersöknings- eller vårdintervallen.

Om en till studerandehälsovården hörande periodisk kontroll av munhälsan utförs av någon annan yrkesutbildad person inom mun- och tandvård än en tandläkare, och den yrkesutbildade personen konstaterar behov av en undersökning som utförs eller vård som ges av en tandläkare, ska det ordnas tillgång till en tandläkare inom fyra veckor från det att behovet av tjänsten konstaterades. På vården tillämpas dessutom 3 och 5 mom. *samt 4 mom. i fråga om tillgången till specialisttandläkare.*

Denna lag träder i kraft den 20 .