

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

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till den del lagen gäller beredskap och förberedelser samt hantering av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden.

Enligt propositionen ska välfärdsområdena inom ett samarbetsområde för social- och hälsovården även i fortsättningen i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena komma överens om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena när det gäller beredskapen. För beredskapen inför nationella och internationella hotbilder föreslås det att social- och hälsovårdsministeriet ska få behörighet för den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Till stöd för beredningen av beslutsfattandet i anslutning till detta föreslås det att det inrättas en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård, för vilken varje samarbetsområde utser en ansvarsperson.

Social- och hälsovårdsministeriet och i förvaltningsstadgorna angivna tjänsteinnehavare i de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus föreslås på de villkor som preciseras i lagen få ledningsansvar inom social- och hälsovården i samarbetsområdet eller nationellt, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan särskild anledning. Ett tydligare ledningsansvar inom samarbetsområdet eller nationellt behövs exempelvis i störningssituationer under normala förhållanden där välfärdsområdet inte har tillräckligt med egna social- och hälsovårdsresurser för att förutse eller hantera situationen. I sådana situationer kan man behöva använda och samordna resurser från flera välfärdsområden eller samarbetsområden. Förslaget gör det möjligt att inleda åtgärder inom social- och hälsovården tillräckligt snabbt i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Det har upptäckts brister i beredskapen inom social- och hälsovården vid störningssituationer som drabbar flera välfärdsområden samtidigt och som kräver resurser från fler än ett välfärdsområde. Bristerna framträdde i synnerhet under covid-19-pandemin, då en hotbild oförutsett realiserades i snabb takt och med stor omfattning. De regionala och nationella befogenheter som behövs för ledningen av de gemensamma resurserna är inte vare sig tydliga eller tillräckliga för att bemöta de utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilderna. Försvarsmakten förlitar sig så gott som helt på välfärdsområdenas servicesystem inom social- och hälsovården, såväl under normala förhållanden som när krig hotar och under krigstid, vilket kräver att social- och hälsovården kan fungera som en nationell helhet.

Genom de ändringar som föreslås i denna proposition kan man inom social- och hälsovården stärka beredskapen inför sådana störningssituationer enligt den nationella riskbedömningen som omfattar fler än ett välfärdsområde eller hela landet. Samtidigt kan man i fråga om social- och hälsovården till viss del göra det möjligt att uppfylla vissa förpliktelser som Finland ska förbinda sig till i och med anslutningen till Nordatlantiska fördragsorganisationen.

Den föreslagna lagen avses träda i kraft varen 2025.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING.....	3
1 Bakgrund och beredning.....	3
2 Nuläge och bedömning av nuläget	5
2.1 Allmänt	5
2.2 Bedömning av nuläget	6
2.2.1 Omvärlden ur social- och hälsovårdens synvinkel	6
2.2.2 Gällande lagstiftning	8
2.2.3 Nuvarande avtal	12
2.2.4 Internationella förpliktelser	13
2.3 Bedömning av nuläget	17
2.3.1 Den nationella riskbedömningen ur social- och hälsovårdens synvinkel.....	17
2.3.2 Bedömning av nuläget i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården	21
3 Målsättning	25
4 Förslagen och deras konsekvenser	26
4.1 De viktigaste förslagen	26
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	27
4.2.1 Osäkerhetsfaktorer i anslutning till konsekvensbedömningen	27
4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet	28
5 Alternativa handlingsvägar.....	32
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser	32
5.1.1 Omvandling av samarbetsområdet till en juridisk person	32
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	35
6 Remissvar	37
7 Specialmotivering.....	39
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	50
9 Ikraftträdande	51
10 Verkställighet och uppföljning	51
11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	52
LAGFÖRSLAG.....	57
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård.....	57
BILAGA	61
PARALLELLTEXTER.....	61
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård.....	61

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

Bakgrunden till propositionen är framför allt av de erfarenheter av beredskapen inom social- och hälsovården som erhöles i samband med covid-19-pandemin. Pandemin innebar en global kris, och för att hantera den förutsattes nationellt enhetliga åtgärder från social- och hälsovårdens sida samt omfattande anpassning av resurserna, ny inriktning av verksamheten samt samarbete. Covid-19-pandemin visade att den lokala nivån, de fem upptagningsområdena för högspecialiserad vård (nedan specialupptagningsområde), den nationella nivån och den internationella nivån måste utgöra en samspelt helhet. Under pandemin spelade samarbetet mellan social- och hälsovårdsministeriet (nedan SHM) och de fem specialupptagningsområdena en central roll för snabba lägesprognoser, materialanskaffning och trygghet av tillräckliga vårdresurser. De strukturer som bildades under coronapandemin borde underhållas och förstärkas även i fortsättningen.¹

Statsrådets försvarsredogörelse till riksdagen², den av säkerhetskommittén samordnade säkerhetsstrategin för samhället³ och den tväradministrativa nationella riskbedömning som beretts under inrikesministeriet (nedan IM) styr beredskapen inom olika förvaltningsområden och förenhetligar de nationella beredskapsprinciperna. Exempelvis befolkningens handlingsförmåga och service samt mentala kriställighet är enligt säkerhetsstrategin för samhället vitala funktioner som är nödvändiga för att samhällets ska fungera och som måste upprätthållas i samtliga situationer. Servicesystemet inom social- och hälsovården, som omfattas av välfärdsområdenas⁴ organiseringsansvar, samt SHM:s förvaltningsområde spelar en central roll för säkerheten i samhället. I den nationella riskbedömningen⁵ har identifierats cirka 20 nationella risker för samhällets funktion som man måste förbereda sig på. Samtliga dessa nationella risker har antingen direkta eller indirekta effekter på social- och hälsovården samt befolkningens hälsa och välfärd.

Nuläget när det gäller beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården har behandlats bland annat i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden sedan 2019. Dess uppgift är att planera och förbereda skötseln av social- och hälsovården under

¹ Ihalainen m.fl. (2022). *Beredskapen inom servicesystemet för social- och hälsovården inför en eventuell följande epidemivåg: Utredningsgruppens rapport*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:11 (på finska, med presentationsblad på svenska). Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

² Statsrådet. (2021). *Statsrådets försvarsredogörelse*. Statsrådets publikationer 2021:79. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-836-9>

³ Säkerhetskommittén. (2017). *Säkerhetsstrategi för samhället*. Statsrådets principbeslut 2.11.2017. Läst på adressen: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/04/YTS_2017_svenska.pdf

⁴ Termen välfärdsområde är i denna regeringsproposition avsedd att täcka alla aktörer som omfattas av organiseringsansvaret för social- och hälsovården, eftersom de skyldigheter som gäller beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer inom social- och hälsovården tillämpas förutom på de 21 välfärdsområdena även på Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Dessutom svarar HUS-sammanslutningen för södra samarbetsområdets beredskapscenter samt samordnar inom Nylands område HUS-sammanslutningens och välfärdsområdenas beredskap i samverkan med välfärdsområdena och kommunerna i Nyland och med de andra välfärdsområdena i sitt samarbetsområde för social- och hälsovården.

⁵ IM. (2023). *Nationell riskbedömning 2023*. Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

undantagsförhållanden samt de med beredskapen under normala förhållanden förknippade ärenden och stödåtgärder vilkas ordnande under normala förhållanden utgör grunden för förberedelser inför undantagsförhållanden (lagen om delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden, 1554/2011). Delegationens förslag låg till grund för att det 2021 genomfördes reformer i anslutning till enhetlig beredskap inom social- och hälsovården i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och socialvårdslagen (1301/2014) redan under covid-19-pandemin (ändringslagar 135/2021 och 136/2021). Även de beredskapsrelaterade lagreformer som genomfördes i samband med social- och hälsovårdsreformen baserade sig på arbete som utförts inom delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden. De mest nödvändiga skyldigheterna som gäller beredskap och skötsel av störningssituationer togs in i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt i de förordningar som utfärdades med stöd av 37 och 50 § i den lagen. Lagreformerna har i hög grad påverkats av förändringarna i den internationella säkerhetsomvärlden, såsom invasionen av Ukraina samt Finlands medlemskap i Nordatlantiska fördragsorganisationen (nedan Nato).

I regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering⁶ (nedan regeringsprogrammet) konstateras bland annat att social- och hälsovårdslagstiftningen utvecklas så att myndigheterna också vid störningar under normala förhållanden har tillräckliga metoder för att vid behov på ett bindande sätt styra och leda situationen samt anpassa verksamheten för att trygga tillräckliga tjänster och försörjningen. Dessutom utvecklas beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården att svara på internationella, nationella och regionala risker under normala förhållanden och undantagsförhållanden. Lagstiftningen preciseras så att arrangemangen för ledning, styrning och andra arrangemang inom välfärdsområdena och de fem samarbetsområdena och på riksnivå bildar en nationell helhet.

Regeringens proposition har beretts som tjänstearbete vid social- och hälsovårdsministeriet, som en del av verkställandet av den nationella servicereform som man beslutade om i regeringsprogrammet. I beredningen har deltagit särskilt tjänstemän med ansvar för beredskap och ledning inom social- och hälsovården samt räddningsväsendet från välfärdsområdena och ministerierna. Propositionens innehåll har behandlats under 2023 års förhandlingar med välfärdsområdena och samarbetsområdena enligt 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt i flera officiellt tillsatta grupper som behandlat välfärdsområdenas verksamhet. Propositionens innehåll har behandlats på SHM:s beredskapskommittés möten samt på SHM:s förvaltningsområdes gemensamma NATO-teams möten samt på SHM:s beredskapsseminarium den 25 april 2024.

Ärendet har behandlats på flera möten för delegationen för social- och hälsovård och dess sektion för beredskap, samt i välfärdsområdesdirektörernas nätverk. Utkastet till proposition har behandlats i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden eller dess sektioner och arbetsutskott och den har också presenterats i delegationen för räddningsväsendet enligt lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). Delegationen för smittsamma sjukdomar enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) behandlade utkastet till proposition den 29 februari 2024. Ordförandena för välfärdsområdesstyrelserna informerades om utkastet till proposition på möten som ordnades i januari–mars 2024. Information om utkastet till proposition har förmedlats till delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning enligt 13 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) den 23 februari 2024 och ärendet har behandlats i delegationen den 31 maj 2024.

⁶ Ett starkt och engagerat Finland: Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-795-9>

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Allmänt

Finlands omvärld har förändrats snabbt de senaste åren. De globala utvecklingstrender, fenomen och aktörer som påverkar hela samhället är mycket beroende av varandra. Eventuellt samtidiga fenomen, utmaningarnas storleksklass och deras komplicerade natur förutsätter gedigen förmåga att förstå vår omvärld och påverka den samt att förbereda sig på förändringar och kriser. I synnerhet förändringarna i Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska omvärld har påverkat Finlands förpliktelser att upprätthålla intern beredskap även för social- och hälsovårdens del. De allmänna principerna för beredskapen i det finländska samhället presenteras i Säkerhetsstrategin för samhället.⁷ De hot som berör Finlands omvärld har också behandlats i bland annat den utrikes- och säkerhetspolitiska redogörelsen.⁸ I redogörelsen från 2020 nämns sådana hot i omvärlden som klimatförändringarna, hybrid- och cyberhot, omfattande migration samt terrorism. Redogörelsen uppdateras som bäst, eftersom förändringarna i omvärlden är snabbare samt mer omfattande och flerdimensionella än förr och sannolikheten för störningssituationer har ökat avsevärt.

I den nationella riskbedömningen⁹ identifieras risker som är av omfattande nationell betydelse. I riskbedömningen har deras inverkan på samhällets vitala funktioner bedömts. Syftet med riskbedömningen är att förutse händelser som relativt plötsligt kan drabba Finland och som kräver att myndigheterna agerar på ett sätt som avviker från det normala eller att de ber om hjälp från andra länder. Riskbedömningen, som utarbetats genom förvaltningsövergripande samarbete, har en koppling till den nationella beredskapen och lägger grunden för den beredskap som avses i säkerhetsstrategin för samhället. Förvaltningsområdena har identifierat hotmodeller och störningssituationer som påverkar samhällets vitala funktioner nationellt, och dessa beskrivs enligt en enhetlig struktur i riskbedömningen. Den nationella riskbedömningen bildar en grund som anger vilken typ av risker de olika förvaltningsområdena och de övriga aktörerna ska förbereda sig på. Den nationella riskbedömningen bygger på Europaparlamentets och rådets beslut om en civilskyddsmekanism för unionen¹⁰. Finlands första nationella riskbedömning bereddes 2015. År 2018 utarbetades följande nationella riskbedömning, som uppdaterats under 2022 och 2023.

Beredskap innebär verksamhet som säkerställer att man vid störningar under normala förhållanden och under undantagsförhållanden kan sköta uppgifterna med minsta möjliga störning och vidta de extraordinära åtgärder som eventuellt behövs.¹¹ Ett mål för samhällets beredskap är att trygga de vitala funktionerna så att rättsstatsprincipen beaktas. Beredskapen syftar till förebyggande av olyckor och störningssituationer, handlingsberedskap i fall av eller vid hot om sådana och planering av återhämtningen. Beredskapsåtgärder är bland annat beredskapsplanering, kontinuitetshantering, förberedelser, utbildning och beredskapsövningar.

⁷ Säkerhetskommittén. (2017). *Säkerhetsstrategi för samhället*. Statsrådets principbeslut 2.11.2017. Läst på adressen: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/04/YTS_2017_svenska.pdf

⁸ Statsrådet. (2020). *Statsrådets utrikes- och säkerhetspolitiska redogörelse*. Statsrådets publikationer 2020:31. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-884-7>

⁹ IM. (2023). *Nationell riskbedömning 2023*. Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

¹⁰ 1313/2013/EU

¹¹ Suhonen, S. (red.). (2009). *Beredskaps- och befolkningsskyddsordlista*. Terminologicentralen TSK 39. (Originalverket publicerades 2007).

Den behöriga myndigheten ansvarar för beredskapsplaneringen och tillhörande samverkan. Beredskapen grundar sig på beredskapsskyldigheten enligt beredskapslagen (1552/2011), räddningslagen (379/2011) och annan speciallagstiftning, till exempel lagen om ordnande av social- och hälsovård. Utöver den nationella lagstiftningen styr även Europeiska unionens (EU) lagstiftning, bilaterala avtal samt Finlands bindande internationella förpliktelsen beredskapen.

Reglering av beredskapen avser åtgärder genom vilka en eller flera organisationers funktioner försätts att agera i en situation som motsvarar respektive hot. Inom beredskapsplaneringen används tämligen allmänt beredskapsnivåerna grundberedskap – höjd beredskap – full beredskap, men dessa nivåer är inte likadana inom olika förvaltningsområden och olika organisationer¹².

Finlands beredskap bygger på s.k. övergripande säkerhet, en samarbetsmodell där myndigheterna, näringslivet, organisationer och medborgare samverkar för att ta hand om samhällets vitala funktioner, även social- och hälsovården.

2.2 Bedömning av nuläget

2.2.1 Omvärlden ur social- och hälsovårdens synvinkel

Inledning

Social- och hälsovården samt SHM:s förvaltningsområde spelar en aktiv roll i fråga om alla nationellt identifierade risker, eftersom de berör utan undantag även social- och hälsovårdens kunder eller åtgärder inom SHM:s förvaltningsområde.

Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö

*Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö*¹³ har förändrats så avsevärt de senaste åren att Finland beslöt att ansöka om att bli fullvärdig medlem av Nato. Det internationella säkerhetsläget är instabilt och svårt att förutse. Instabiliteten och oförutsägbarheten i omvärlden ökar allteftersom konkurrensen mellan stormakterna hårdnar och det internationella regelbaserade systemet försvagas. Reglerna i internationella avtal följs inte längre till alla delar. Exempelvis radiostörning är typisk verksamhet som kopplas till undantagsförhållanden. Konflikter, kriser och störningssituationer utvecklas också snabbare och är mer oförutsägbara än tidigare. Som medlem i försvarsalliansen Nato deltar Finland fullskaligt i Natos kollektiva försvar och beslutsfattande och omfattas av säkerhetsgarantier enligt artikel 5 i Nordatlantiska fördraget. Social- och hälsovården i Finland eller beslutsfattandet i anslutning till den har dock ännu inte byggts upp på ett sätt som gör det möjligt för Finland att delta fullskaligt i Natos kollektiva försvar eller i beslutsfattande som kräver snabba, nationella riktlinjer. Det är värt att lägga märke till att vårt servicessystem producerar en betydande del av försvarsmaktens medicinalvård i fält och de social- och hälsovårdstjänster som Natotrupperna behöver. Bland annat kriget i Ukraina har visat att social- och hälsovårdens infrastruktur är ett centralt krigsmål

¹² Beredskapsplanering. (31.1.2024) Läst på adressen: <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/valmiussuunnittelu>

¹³ IM. (2023). Finlands förändrade utrikes- och säkerhetspolitiska miljö. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 18 - 19)*. Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

och att social- och hälsovårdens förmåga att vårda och rehabilitera patienter påverkar avsevärt ett lands försvarsförmåga.¹⁴

Globala värde- och leveranskedjor

*Globala värde- och leveranskedjor*¹⁵ är centrala för att råvaror, komponenter och slutprodukter som är kritiska för social- och hälsvården ska nå Finland. Merparten av den kritiska infrastrukturen, servicen och produktionen produceras och upprätthålls av privata företag, så störningar i värde- och leveranskedjorna påverkar i synnerhet privata företag genom att deras verksamhetsförutsättningar försämrats. Även det globala dataflödet har blivit en central förutsättning för digitaliseringen av social- och hälsvården och till exempel klient- och patientdatasystemens funktionsduglighet. Social- och hälsvården är beroende av fungerande infrastruktur och stödtjänster samt av produkter inom hälso- och sjukvård och läkemedel. Störningar i värde- och leveranskedjorna har ofta multiplikatoreffekter, som riktar sig mot samhället på bred front.

*Ett digitaliserat samhälle*¹⁶ har gjort IT-tjänster och informations- och kommunikationsnät till en del av vardagen inom alla områden i livet. Inom social- och hälsvården har informationssystem redan länge varit en central del av verksamhetsprocesserna. Strävan har varit att effektivisera och utvidga e-tjänsterna och användning av digitala servicekanaler. I bästa fall kan digitaliseringen förbättra vårdens kvalitet, tillgången på vård och möjligheterna att få vård. Digitalt producerade tjänster skapar automatiskt information om och en lägesbild över både verksamheten och eventuella störningar, vilket hjälper ledningen att styra resurserna ändamålsenligt. Samtidigt har social- och hälsvårdens funktionsduglighet ändå exponerats för informationssystemens och teleförbindelsernas funktionsduglighet. Socialvården, som välfärdsområdena ansvarar för, spelar dessutom en särskild roll för att säkerställa att människor har tillräcklig försörjning även vid allvarliga störningssituationer i banksystemet eller FPA:s betalningssystem. Även störningar på andra håll i världen kan avsevärt påverka social- och hälsvårdens verksamhet i Finland genom olika gränsöverskridande informationssystem. När det gäller den mest kritiska myndighetskommunikationen och lägesbilden stödjer sig social- och hälsvården särskilt på förvaltningens säkerhetsnät (TUVE). Den prehospitla akutsjukvården är skyldig att använda säkerhetsnätet, och i övrigt har kritiskt viktiga aktörer inom social- och hälsvården rätt att använda säkerhetsnätet i samarbete med andra myndigheter (lag om verksamheten i den offentliga förvaltningens säkerhetsnät, 10/2015).

*Hybridpåverkan*¹⁷ handlar om illvillig extern påverkan, genom vilken en statlig aktör genom att kombinera olika metoder försöker systematiskt påverka ett land eller en större helhet, till exempel EU:s eller Natos enighet eller verksamhet. Det finns allt fler observationer av hybridpåverkan inom social- och hälsvården i Finland. Kritisk social- och hälsvårdsinfrastruktur samt känsliga personuppgifter som social- och hälsvården ansvarar för har blivit föremål för hybridpåverkan, eftersom de är av central betydelse för människors vardag

¹⁴ Cullinan. (2022). *Attacks on Health Facilities Are Becoming 'Part of War Strategy' in Conflict Zones, Warns WHO*. Health Policy Watch. Läst på adressen: <https://healthpolicy-watch.news/attacks-on-health-facilities-appear-part-of-war-strategy-amid-crises-in-ukraine-tigray/>

¹⁵ IM. (2023). Globala värde- och leveranskedjor. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 20-21).

Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

¹⁶ IM. (2023). Ett digitaliserat samhälle *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 23-25). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

¹⁷ IM. (2023). Hybridpåverkan. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 25-28). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

och välfärd. Genom påverkan med en fysisk dimension eftersträvas ofta en psykologisk effekt, som om den realiseras belastar social- och hälsovården, särskilt de redan överbelastade mentalvårdstjänsterna.

2.2.2 Gällande lagstiftning

De grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tryggas av det allmänna i enlighet med grundlagen och internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Till de grundläggande rättigheterna räknas bland annat rättigheter till personlig trygghet och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Tolkningen av de grundläggande och mänskliga rättigheterna samt tillämpningen av grundlagens bestämmelser påverkas av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden.

Beredskapslagen innehåller bestämmelser om konstaterande av undantagsförhållanden samt myndigheternas förberedelser inför och befogenheter under undantagsförhållanden. Tröskeln för att tillämpa lagen är hög och lagen har tillämpats i praktiken bara två gånger, 16 mars–15 juni 2020 och 1 mars 2021–27 april 2021 på grund av covid-19-pandemin. Befogenheterna enligt lagen om smittsamma sjukdomar och övrig social- och hälsovårdslagstiftning räckte inte till för att hantera situationen så att man på ett tillräckligt sätt skulle ha kunnat säkerställa verksamheten inom social- och hälsovården under undantagsförhållandena. Lagen om smittsamma sjukdomar innehåller inga sådana befogenheter att man med stöd av den skulle ha kunnat besluta regionalt eller nationellt om social- och hälsovårdsenheternas verksamhet. Därför tog man i bruk bl.a. 86 § i beredskapslagen, där det bestäms om social- och hälsovårdsenheternas verksamhet och ändring av den. Enligt 86 § i beredskapslagen kan social- och hälsovårdsministeriet och inom sitt verksamhetsområde regionförvaltningsverket ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats, och ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till välfärdsområdets eller statliga myndigheters förfogande.

Det finns sammanlagt 21 välfärdsområden. Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar varje välfärdsområde för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Dessutom svarar Helsingfors stad för ordnandet av social- och hälsovård samt räddningsväsendet inom sitt område, och i Nyland svarar HUS-sammanslutningen för ordnandet av specialiserad sjukvård. Den ansvariga aktören ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. Centrala aktörer med tanke på välfärdsområdenas självstyre är varje välfärdsområdes välfärdsområdesfullmäktige och välfärdsområdesstyrelse. Enligt 22 § i lagen om välfärdsområden ska varje välfärdsområde ha ett välfärdsområdesfullmäktige som ansvarar för välfärdsområdets verksamhet och ekonomi samt utövar välfärdsområdets beslutanderätt. Välfärdsområdesfullmäktige tillsätter välfärdsområdesstyrelsen och välfärdsområdets övriga organ samt väljer välfärdsområdesdirektören. Enligt 42 § i lagen om välfärdsområden leder välfärdsområdesstyrelsen välfärdsområdets verksamhet, förvaltning och ekonomi.

Enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns fem samarbetsområden för social- och hälsovården för samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena. Vilka välfärdsområden som hör till vart och ett av samarbetsområdena fastställs genom förordning av statsrådet så att de i 34 §

avsedda välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen samtliga hör till olika samarbetsområden. Samarbetsområdena ska vara geografiskt sammanhängande och utgöra funktionella helheter med hänsyn till ordnandet och produktionen av social- och hälsovården för områdets befolkning, klient- och patientsäkerheten och tillgången till tjänsterna. Ett samarbetsområde är inte en självständig juridisk person. För varje samarbetsområde upprättas ett samarbetsavtal mellan de välfärdsområden som ingår. Närmare bestämmelser om samarbetsavtalet finns i lagen om ordnande av social- och hälsovård (36, 37 och 50 §) samt i hälso- och sjukvårdslagen (4, 5, 9 och 10 §). Dessutom bestäms det om innehållet i samarbetsavtalet i statsrådsförfordningar som utfärdats med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård samt hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 150 § i lagen om välfärdsområden ska välfärdsområdet se till att dess verksamhet fortsätter så störningsfritt som möjligt vid störningar under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Enligt lagens 95 § ska välfärdsområdets förvaltningsstadga innehålla behövliga bestämmelser om organiseringen av förvaltningen och verksamheten, besluts- och förvaltningsförfarandet samt välfärdsområdesfullmäktiges verksamhet under undantagsförhållanden och vid störningar under normala förhållanden. Enligt 50 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska ett välfärdsområde i samråd med kommunerna inom sitt område och de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet för social- och hälsovården genom beredskapsplaner och andra åtgärder i förväg skaffa sig beredskap inför störningssituationer och undantagsförhållanden. Med avseende på denna beredskap ska välfärdsområdet se till att tjänsternas kontinuitet säkerställs även när de skaffas hos privata tjänsteproducenter genom avtal eller med servicesedlar. Detta kan göras genom villkor i de avtal som ingås med tjänsteproducenterna. Ju mer omfattande användningen av privata tjänster är, desto viktigare är det att beakta deras kapacitet och tjänster i beredskapsplaneringen. Enligt 51 § 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård har social- och hälsovårdsministeriet i särskilt betydande störningssituationer rätt att ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Med stöd av 36, 37 och 50 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utfärdades våren 2023 genom statsrådsförfordningar närmare bestämmelser om välfärdsområdenas beredskap inom social- och hälsovården. Förfordningarnas syfte var att förenhetliga beredskapsåtgärderna inom social- och hälsovården i välfärdsområdena och på så vis förbättra social- och hälsovårdens kriställighet i enlighet med verksamhetsmodellen för övergripande säkerhet. I 5 § i statsrådets förfordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023) är strävan att främja beredskapsplaneringen inom social- och hälsovården samt användningen, styrningen och ledningen av resurserna i sådana störningssituationer eller under sådana undantagsförhållanden som överskrider resurserna för ett välfärdsområde. I 2 § i statsrådets förfordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (308/2023) bestäms att välfärdsområdet ska för sitt område upprätta en lägesbild för social- och hälsovården, i syfte att trygga kontinuiteten i verksamheten och tillgången till tjänster i störningssituationer och under undantagsförhållanden. Välfärdsområdet ska lämna ut uppgifter som rör lägesbilden till beredskapscentret för social- och hälsovården (nedan beredskapscentret).

Beredskapscentrens verksamhet baserar sig på 36 § 3 mom. 10 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt på beredskapscentrets uppgifter enligt 51 § i den lagen. Beredskapscenter finns i universitetssjukhusstäderna Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Kuopio och Uleåborg och täcker således samtliga fem samarbetsområden. Beredskapscentren samarbetar nationellt i frågor som omfattar hela Finland. Beredskapscentren sammanställer och analyserar information om störningssituationer och risken för sådana inom social- och hälsovården samt upprättar och upprätthåller en lägesbild som beskriver beredskapen i hela

servicesystemet för social- och hälsovården i området, tillsammans med SHM och i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd (nedan THL). Lägesbilden innehåller bland annat uppgifter om hur servicesystemet fungerar och hur hårt det belastas, vilka personal- och materialresurser som finns att tillgå och hur stödtjänsterna fungerar. Beredskapscentren stödjer också beredskapen, beredskapsplaneringen och upprätthållandet av beredskapen på samarbetsområdesnivå.

I 46 § i räddningslagen föreskrivs det om skyldighet för statliga myndigheter, välfärdsområdesmyndigheter och kommunala myndigheter, inrättningar och affärsverk att under räddningsverkets ledning delta i planeringen av räddningsverksamheten och att vid olyckor och tillbud handla så att räddningsverksamheten kan skötas effektivt. Lagens 34 § innehåller bestämmelser om ledning av räddningsverksamhet och 31 a § om skyldighet för räddningsväsendets myndigheter att ordna lägesbildsverksamhet för beredskapen för räddningsverksamhet, regleringen av beredskapen inom räddningsväsendet och tryggheten av produktionen av tjänster inom räddningsväsendet. I lagens 38 § finns bestämmelser om internationell räddningsverksamhet. I den sägs att utöver det som har överenskommit mellan stater och om ingenting annat följer av lagen om beslutsfattande om internationellt bistånd, samverkan eller annan internationell verksamhet (418/2017), kan inrikesministeriet på begäran av Europeiska unionen, en annan stat eller en internationell organisation besluta att vid räddningsinsatser lämna bistånd till utlandet, om detta är motiverat för att skydda människor, miljön eller egendom, vid behov vid räddningsinsatser begära internationellt bistånd från Europeiska unionen, en annan stat eller en internationell organisation, och på begäran av en behörig myndighet besluta om givande av assistans vid räddningsinsatser till en annan myndighet för uppdrag som den myndigheten utför utanför finskt territorium. Till räddningsverksamheten hör enligt 32 § i räddningslagen att ta emot larm, varna befolkningen, avvärja överhängande olyckor, skydda och rädda offer för olyckor samt människor, miljö och egendom som är i fara, släcka eldsvådor och begränsa skador, samt ha hand om ledning, kommunikation, underhåll och andra stödfunktioner i anslutning till de ovannämnda uppgifterna.

I 5 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021) bestäms att riksomfattande och regionala arrangemang för läges- och ledningscentraler kan samlas till större helheter som ordnas av ett eller flera välfärdsområden. Genom den lag som trädde i kraft den 1 januari 2024 fogades till räddningslagen skyldigheter på samarbetsområdesnivå inom räddningsväsendet för att stödja beredskapen, förberedelserna och hanteringen av störningssituationer på välfärdsområdesnivå.

Välfärdsområdena ska ordna social- och hälsovårdstjänster på bred basis för olika slags stödbehov även i störningssituationer i vardagen, under undantagsförhållanden och i plötsliga krissituationer, med iakttagande av all lagstiftning om innehållet i servicen under normala förhållanden. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller särskilda bestämmelser om de hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Hälso- och sjukvårdslagens 39 och 40 § innehåller bestämmelser om prehospital akutvård, 5 kap. om arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och 6 kap. om att få icke brådskande och brådskande vård. Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Bestämmelser om socialservice som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar ingår i 14 § i socialvårdslagen. Enligt 12 § i socialvårdslagen har alla som vistas i ett välfärdsområde rätt att i brådskande fall få socialservice, så att hans eller hennes rätt till nödvändig vård, omsorg och försörjning inte äventyras. Enligt 33 a § i socialvårdslagen får socialtjänster sammanslås nationellt och regionalt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa

specialkompetensen och därvid klientsäkerheten och den kvalitativa nivån på tjänsterna. Hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen förpliktar att ordna social- och hälsovårdsjour dygnet runt för att trygga brådsökande och nödvändig hjälp för alla. Dessutom förpliktar lagarna att samordna psykosocialt stöd till en individ eller gemenskap i akuta traumatiska situationer.

En gemensam uppgift för den centrala för prehospitalet sjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen och den socialjour som avses i 29 § i socialvårdslagen är att medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområdena så att planerna bildar en nationell helhet. Centralerna för prehospitalet sjukvård och socialjourerna bereder och samordnar också var för sig anvisningar om prehospitalet sjukvård och socialjour.

Syftet med lagen om obligatorisk lagring av läkemedel (979/2008) är att trygga tillgången på läkemedel och möjligheten att använda läkemedel i situationer där den normala tillgången på läkemedel har försvårats eller är förhindrad. Lagen tillämpas på bland annat verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården och Institutet för hälsa och välfärd (nedan THL), som ska lagra bland annat läkemedelssubstanser och läkemedelspreparat på det sätt som bestäms i lagen om obligatorisk lagring av läkemedel. I lagen definieras läkemedelspreparat närmare och anges hur mycket läkemedelspreparat huvudmannen för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården är skyldig att lagra.

Syftet med lagen om smittsamma sjukdomar är att förebygga smittsamma sjukdomar och spridningen av dem samt deras negativa konsekvenser för människor och samhället. De statliga myndigheterna och sakkunniginrättningarna samt välfärdsområdena ska systematiskt bekämpa smittsamma sjukdomar och förbereda sig på störningar inom hälso- och sjukvården. Välfärdsområdena är skyldiga att inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar enligt den lagen. Välfärdsområdet ska ha en läkare i tjänsteförhållande som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Syftet med lagen om tryggnad av försörjningsberedskapen (1390/1992) är att med tanke på undantagsförhållanden och allvarliga störningar som kan jämföras med undantagsförhållanden trygga de ekonomiska funktioner och därtill hörande tekniska system som är nödvändiga för befolkningens utkomst, landets näringsliv och landets försvar (försörjningsberedskap). Lagen innehåller bestämmelser om statens säkerhetsupplag. I dem lagras råvaror och produkter som är nödvändiga för befolkningens försörjning, näringslivets verksamhet och den produktion som stöder försvaret samt sådana råvaror och produkter som är nödvändiga med tanke på Finlands internationella avtalsförpliktelser som gäller försörjningsberedskapen. För utvecklandet och upprätthållandet av försörjningsberedskapen finns Försörjningsberedskapscentralen, som bland annat har till uppgift att upprätthålla statens säkerhetsupplag.

Statsrådet har utfärdat en förordning om grunderna för ibruktagande av säkerhetsupplagade läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning (279/2006). Läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning som ingår i statens säkerhetsupplag kan tas i bruk då användningen av dem är nödvändig för ändamålsenlig vård av befolkningen eller förebyggande av sjukdomar och det inte finns tillräckliga kommersiella upplag i landet av produkten eller utrustningen i fråga. Läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning kan tas i bruk efter att social- och hälsovårdsministeriet har konstaterat att det finns grunder för ibruktagandet.

I gränsbevakningslagens (578/2005) 15 c § bestäms om gränsbevakningsväsendets deltagande i internationella uppdrag och i 15 d § om begäran om och lämnande av gränssäkerhetsbistånd. I lagens 16 § föreskrivs sedan 2022 att statsrådet kan besluta att ett gränsövergångsställe ska stängas eller att gränsövergångstrafiken ska begränsas för viss tid eller tills vidare, om

stängningen eller begränsningen är nödvändig för att avvärja ett allvarligt hot som riktas mot den allmänna ordningen, den nationella säkerheten eller folkhälsan. Under covid-19-pandemin 2020–2022 begränsade statsrådet gränsövergångstrafiken vid de yttre gränserna också utan att gränsövergångsställena stängdes helt. Till följd av massinvandring eller sådan invandring som orsakas av en annan stats påverkan kan det även vara behövt att koncentrera ansökan om internationellt skydd till ett eller flera gränsövergångsställen, om det är nödvändigt för att avvärja ett allvarligt hot mot den allmänna ordningen, den nationella säkerheten eller folkhälsan som orsakas av invandring. Detta gjordes vid årsskiftet 2023–2024.

Bestämmelser om statsrådets lägescentral finns i lagen om den (300/2017). Statsrådets lägescentral finns vid statsrådets kansli, och den tar fram information om säkerhetsincidenter i realtid och sammanställer en lägesbild på basis av uppgifter från de behöriga myndigheterna. Lägescentralen för samman uppgifter från olika myndigheter och från öppna källor och lämnar utifrån dessa en rapport till statsledningen och de olika myndigheterna. Lägescentralen är också Finlands nationella kontaktpunkt bland annat gentemot Europeiska unionen på det sätt som anges särskilt. Ministerierna samt ämbetsverken och inrättningarna inom deras förvaltningsområde ska informera statsrådets lägescentral om olyckor, farosituationer, exceptionella händelser och andra motsvarande störningar eller hot om störningar som gäller det egna ansvarsområdet och som enligt myndighetens bedömning kan vara av betydelse vid utformandet av en lägesbild (säkerhetsincident).

Enligt 4 § i hälsoskyddslagen (763/1994) utövas den högsta ledningen och styrningen av den allmänna planeringen av och tillsynen över hälsoskyddet av social- och hälsovårdsministeriet. Lagen fastställer också Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens, regionförvaltningsverkens, kommunernas och Försvarsmaktens uppgifter när det gäller beredskap för störningssituationer som påverkar hälsoskyddet och livsmiljön. Till lagens 19 § fogades från och med 2022 att tryggheten av kvaliteten på hushållsvatten och varmt bruksvatten ska grunda sig på förebyggande beredskap och riskhantering. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ska upprätta en plan för tryggheten av hushållsvattnets kvalitet vid olyckor och i andra motsvarande exceptionella situationer. Bestämmelser om hälsoskydd och miljöskydd och olika aktörers ansvar för dessa finns utöver i hälsoskyddslagen även i miljöskyddslagen (527/2014), lagen om vattentjänster (119/2001), vattenlagen (587/2011), avfallslagen (646/2011), strålsäkerhetslagen (859/2018), arbetarskyddslagen (738/2002), bygglagen (751/2023), lagen om friluftsliv (606/1973), lagen angående vissa grannelagsförhållanden (26/1920), livsmedelslagen (297/2021), konsument säkerhetslagen (920/2011), tobakslagen (549/2016), veterinärvårdslagen (285/2023) och lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009).

Enligt 4 § i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) ska regionförvaltningsverken bl.a. samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen. När det gäller regionförvaltningsverkens uppgifter är det dock viktigt att lägga märke till att enligt regeringsprogrammet kommer tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifterna under denna regeringsperiod att koncentreras till en ny sektorsövergripande myndighet som övertar de uppgifter som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken sköter samt de relevanta uppgifterna inom Närings-, trafik- och miljöcentralernas ansvarsområden för miljö och miljöresurser.

2.2.3 Nuvarande avtal

Utöver lagstiftningen styr nationella och regionala avtal social- och hälsovårdens beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer. De viktigaste avtalen har ingåtts mellan försvarsmakten och respektive välfärdsområde. Försvarsmakten ansvarar för hälsovården och bedömning av tjänstedugligheten i fråga om dem som med stöd av värnpliktslagen (1438/2007) och lagen om frivillig militärtjänst för kvinnor (194/1995) tjänstgör inom försvarsmakten och gränsbevakningsväsendet samt i fråga om sådana studerande som ska utbildas för militära tjänster. Enligt 22 § i värnpliktslagen ska välfärdsområdena och Helsingfors stad ordna hälsoundersökning på förhand av de värnpliktiga, och ett behövt antal läkare till uppbådet. I lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) bestäms att försvarsmakten ska anordna avgiftsfri hälsovård (inkluderar individuell hälsovård, hälsovård för trupp samt miljöhälsovård) och sjukvård (inkluderar första hjälp, sjuktransport, öppen vård och sjukhusvård) för dem vars hälso- och sjukvård den ansvarar. Enligt lagens 8 § kan hälsovård anordnas genom att tjänster anskaffas hos ett välfärdsområde eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent, på det sätt som särskilt avtalas. De gällande avtalen mellan försvarsmaktens logistikverk och välfärdsområdena undertecknades den 24 augusti 2023 och gäller hälso- och sjukvårdstjänster som produceras för dem som kallas till uppbåd och värnpliktiga¹⁸. Försvarsmakten har också upprättat ett avtal med SHM. Dessutom har STM avtal med HUS-sammanslutningen, Norra Österbottens välfärdsområde samt Vanda och Kervo välfärdsområde i anslutning till nationella och internationella specialuppgifter inom beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer. En del av Gränsbevakningsväsendets förvaltningenheter har ingått avtal med välfärdsområden. De nationella avtalen är i nuläget otillräckliga och alltför splittrade i förhållande till Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilder och förpliktelser enligt internationella avtal.

2.2.4 Internationella förpliktelser

Finland har förbundit sig att iakttä ett stort antal internationella avtal och internationell lagstiftning, varmed strävan är att säkerställa att olika stater har enhetliga minimiregler i fråga om förfaranden och krav. Väsentliga förpliktelser med tanke på beredskap och förberedelser är till exempel krav i anslutning till gränsöverskridande hälsohot och internationell handräckning. EU:s civilskyddsmekanism¹⁹ har inrättats för att förbättra och effektivisera samarbetet mellan länderna i Europa och underlätta samordningen av räddningstjänster i syfte att förebygga, förbereda sig på och bistå vid katastrofer orsakade av naturen eller människan.²⁰ Som en del av EU:s civilskyddsmekanism inrättas gemensamma beredskapsupplag för Europeiska unionen. Inom Finlands rescEU-projekthelhet utvecklas som bäst medicinsk upplagring samt upplagring med tanke på kemiska, biologiska, strålnings- och kärnhot (nedan CBRN-hot).²¹

¹⁸ Försvarsmakten. (25.8.2023). Puolustusvoimien ja hyvinvointialueiden palvelusopimus allekirjoitettu (ung. Försvarsmaktens och välfärdsområdenas serviceavtal har undertecknats). Läst på adressen:

<https://puolustusvoimat.fi/-/puolustusvoimien-ja-hyvinvointialueiden-valinen-palvelusopimus-allekirjoitettu>

¹⁹ 1313/2013/EU; EU Civil Protection Mechanism. I mekanismen deltar EU:s alla medlemsstater samt Island, Norge, Serbien, Montenegro, Nordmakedonien och Turkiet (Participating States, PS).

²⁰ Räddningsväsendet. (2024). Internationell verksamhet. Läst på adressen:

<https://pelastustoimi.fi/sv/raddningsvasendet/internationell-verksamhet>

²¹ Med CBRN-hot avses missbruk av kemiska ämnen (C), biologiska patogener (B), radioaktiva ämnen (R) och kärnvapen (N). Det är också möjligt att använda termen CBRNE, då eventuellt missbruk av explosiva ämnen (E) inkluderas i hoten. IM. (2017). *Kansallinen CBRNE-strategia 2017* (Nationell CBRNE-strategi 2017, på finska, med presentationsblad på svenska). Inrikesministeriets publikationer 29/2017. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-166-4>

EU-kommissionen arbetar för att skapa en stark europeisk hälsounion där alla EU-länder gemensamt förbereder sig för och ingriper vid folkhälsokriser. Som ett led i detta arbete inrättades Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (Hera) i Europa hösten 2021. Dess uppgift är att identifiera olika hotscenarion och styra pengar till beredskapen för dem. Dess kärnuppgifter är bland annat att säkerställa utveckling, tillverkning, upphandling och jämlik distribution av centrala medicinska motåtgärder.²² När ett hot mot folkhälsan föreligger övergår Hera till krisläge. Kommissionen får på grundval av ett sakkunnigutlåtande från Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), andra relevanta unionsbyråer eller unionsorgan och den rådgivande kommittén formellt fastställa att ett hot mot folkhälsan på unionsnivå föreligger. När ett hot mot folkhälsan föreligger kan rådet på förslag av kommissionen anta en förordning som aktiverar åtgärder i anslutning till nödsituationen. Till åtgärderna hör att inrätta en hälsokrisstyrelse (Health Crisis Board) och att följa behovet av medicinska motåtgärder och råmaterial i anslutning till kriser samt att konkurrensutsätta och upphandla sådana. Andra åtgärder gäller produktion och försörjning av samt tillgång till motåtgärder och råmaterial samt produktionsökning, inklusive inventering av produktionsanläggningar, konsumtionsvaror, utrustning och infrastruktur i anslutning till kriser. Åtgärderna kan också omfatta aktivering av brådskande forsknings- och innovationsplaner, inklusive användning av unionsomfattande nätverk för kliniska prövningar och plattformar för datadelning, samt krisfinansiering. Hälsokrisstyrelsen säkerställer samordning av de åtgärder som vidtas av rådet, kommissionen, relevanta unionsbyråer och unionsorgan samt medlemsstaterna för att säkerställa försörjning av och tillgång till medicinska motåtgärder. Den ombesörjer också bl.a. beslut om samordning och informationsutbyte i fråga om åtgärder enligt unionens civilskyddsmekanism. Till hälsokrisstyrelsen hör representanter för kommissionen och en representant för varje medlemsstat.

Till de senaste exemplen på internationella förpliktelser hör Europaparlamentets och rådets direktiv om kritiska entiteters motståndskraft (CER-direktivet (EU) 2557/2022, på engelska Critical Entities Resilience Directive) och direktiv om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen (NIS2-direktivet, (EU) 2555/2022). Direktivens förpliktelser införlivas i den nationella lagstiftningen under inrikesministeriets²³ samt kommunikationsministeriets²⁴ ledning. Direktiven tillämpas i stor utsträckning inom social- och hälsovården i Finland inom såväl den privata som den offentliga sektorn. NIS2-direktivets syfte är att förbättra samhällets kristålighet genom att uppnå en hög cybersäkerhetsnivå. CER-direktivets syfte är att fastställa och identifiera entiteter som är kritiska med tanke på samhällets funktionsförmåga och att förbättra deras motståndskraft. Direktivet tillämpas inom 11 sektorer, varav särskilt hälsa, dricksvatten och offentlig förvaltning berör SHM:s förvaltningsområde. Det centrala nationella ramverket består av en strategi för kritiska entiteters motståndskraft, en riskbedömning som utförs av medlemsstaterna med fyra års mellanrum, identifiering och förteckning av kritiska entiteter och en behörig myndighet eller behöriga myndigheter samt en nationell gemensam kontaktpunkt för gränsöverskridande samarbete.

²² Europeiska kommissionen. (2023). Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser. Läst på adressen: https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_sv

²³ Kyberturvallisuudirektiivin (NIS2-direktiivi) kansallista toimeenpanoa tukeva työryhmä (ung. Arbetsgrupp till stöd för det nationella genomförandet av cybersäkerhetsdirektivet (NIS2-direktivet)). (2022). Läst på adressen: <https://valtioneuvosto.fi/sv/projektet?tunnus=LV044:00/2022>

²⁴ Lagstiftningsprojekt: Identifiering av kritiska aktörer och förbättring av den kritiska infrastrukturens motståndskraft. (2024). Läst på adressen: <https://valtioneuvosto.fi/sv/projektet?tunnus=SM047:00/2022>

Utöver de förpliktelser som gäller alla medlemsländer i Europarådet, Organisationen för säkerhet och samarbete i Europa OSSE eller Förenta nationerna har finska staten eller enskilda områden förbundit sig att iaktta bilaterala eller multilaterala internationella avtal, i huvudsak med grannstater. Flera av dessa avtal innehåller noggrant fastställda förpliktelser som gäller användningen av offentliga social- och hälsovårdsresurser som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar. Alternativ kan en utlösning av avtalen, dvs. att sådana överföringar av social- och hälsovårdsresurser som överenskommits i dem realiseras, ha negativa påföljder för servicesystemet, om välfärdsområdena inte har förberett sig tillräcklig på förpliktelserna enligt dessa internationella avtal.

Finska staten har ingått det nordiska hälsoberedskapsavtalet, som trädde i kraft den 16 februari 2004²⁵. Regeringarna i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige upplevde redan då att det är nödvändigt med samarbete mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i staterna för att öka de nordiska ländernas förmåga att hantera kriser och katastrofer. Till dessa situationer räknas naturkatastrofer och händelser (olyckor och terrorhandlingar) med bl.a. radioaktiv strålning, biologiska och kemiska ämnen. Ett motsvarande statsfördrag undertecknades den 20 januari 1989 om räddningsbranschens samarbete: Nordiskt samarbetsavtal om räddningstjänst.

Finland har fördjupat det bilaterala försvarssamarbetet med Sverige. Det rådande säkerhetsläget har snabbat upp utvecklingen av bland annat värdlandsstödsarrangemangen mellan Finland och Sverige under 2022 som ett led i det fördjupade försvarssamarbetet mellan Finland och Sverige. Den 7 juni 2022 undertecknade Finland och Sverige ett samförståndsavtal om värdlandsstöd, som stärkte Finlands och Sveriges försvar och fördjupade det bilaterala samarbetet mellan länderna i alla säkerhetssituationer, skapade förutsättningar för ett operativt samarbete i fredstid och gjorde det smidigare att avtala om värdlandsstödet i fråga om övningsverksamhet²⁶. Avtalet och de dokument som preciserar det innehåller särskilda förpliktelser som gäller bland annat hälsoskydd och hälso- och sjukvård för trupper (inklusive medicinskt evakueringsystem MEDEVAC, strategisk evakuering STRATEVAC och veterinärvård).

Regionala avtal om samarbete över riksgränserna har upprättats i bl.a. Lappland i fråga om prehospital sjukvård i de norra delarna av Finland, Sverige och Norge samt av Åland med aktörer inom den specialiserade sjukvården i Sverige till exempel med tanke på allvarliga fartygsolyckor. Dessutom har ett avtal om Saima kanal ingåtts med Ryssland.

När Finland blev fullvärdig medlem av Nato den 4 april 2023 stärktes både Finlands säkerhet i den förändrade omvärlden och stabiliteten och säkerheten i Östersjöregionen och Nordeuropa. Finlands starka försvarsförmåga och resiliens stärker också Nato och alliansens kollektiva försvar. Samtidigt ökade Nato-medlemskapet också antalet sådana internationella avtal som på ett bindande sätt styr den nationella beredskapen, förberedelserna samt hanteringen av störningssituationer. Innan Finland blev fullvärdig medlem hade finska staten förbundit sig till bland annat ett samförståndsprotokoll om värdlandsstöd med Nato den 4 september 2014 och ett preciserande dokument om teknisk arrangemang²⁷ den 24 maj 2022. När Finland blev

²⁵ Republikens presidents förordning om sättande i kraft av det nordiska hälsoberedskapsavtalet (Fördr 8/2004). Läst på adressen: https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2004/20040008/20040008_1

²⁶ Statsrådet. (2022). Finland och Sverige undertecknar ett samförståndsavtal om värdlandsstöd. Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/-/suomi-ja-ruotsi-allekirjoittavat-isantamaatukea-koskevan-yhteisymmarruspoytakirjan?languageId=sv_SE

²⁷ Statsrådet. (2022). Finland och Nato undertecknade ett dokument om tekniska arrangemang för värdlandsstöd. Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/sv/-/finland-och-nato-undertecknade-ett-dokument-om-tekniska-arrangemang-for-varldlandsstod?languageId=sv_SE

fullvärdig medlem av Nato blev vi förpliktade att inom ett år godkänna alla avtal som gäller medlemskapet i Nato och Natos verksamhet fullt ut: Ottawaavtalet, Nato Sofa, Parisprotokollet, informationssäkerhetsavtalet, Atomavtalet, avtalet om ömsesidigt sekretesskydd för patentsökta försvarsrelaterade uppfinningar, avtalet om överföring av teknisk information för försvarsändamål samt Brysselavtalet. Finlands anslutning till en del av dessa avtal var fortfarande under arbetet när denna regeringsproposition utarbetades.

Enligt artikel 5 i nordatlantiska fördraget²⁸ tolkas ett angrepp mot ett medlemsland som ett angrepp mot alla. Finland omfattas av säkerhetsgarantier enligt artikel 5. Artikel 3 i fördraget förpliktar åter Finland att tillsammans med de andra medlemsländerna utveckla sin förmåga att försvara sig mot väpnade angrepp. Verkställandet av fördraget är i väsentlig grad förenat med bl.a. presenationsförmågor med kopplingar till social- och hälsovårdens resurser samt kraven från krisresponssystem.

Nato Sofa är ett avtal mellan de fördragsslutande parterna i nordatlantiska fördraget som slöts i London 1951 och som innehåller bestämmelser om avtalsparternas trupper. Behovet av avtal om ställningen för trupper från Natos medlemsstater har framhävts när den militära alliansen växer och det militära samarbetet i fredstid ökar. Ett exempel på detta är staternas gemensamma militärövningar samt styrkor som för längre tid placeras på andra staters territorium.

Bestämmelserna i Parisprotokollet (protokollet om status för internationella militära högkvarter som inrättats i enlighet med nordatlantiska fördraget) och Nato Sofa utsträcks också till Natos högkvarter och deras militära och civila personal i andra medlemsstater. Bestämmelserna gäller bl.a. inreseformalityter, rätten att bära vapen, utövande av domsrätt, rätten till och avstående från skadestånd och om styrkornas privilegier och immunitet. Som deltagande stat i Natos Partnerskap för fred har Finland redan de facto tillämpat dessa avtal i mindre skala sedan 1997. Som ny Natomedlem måste Finland dock ansluta sig till dem fullt ut. Statsrådet lämnade den 30 november en regeringsproposition till riksdagen som gäller Finlands anslutning till Nato Sofa och Parisprotokollet (RP 90/2023 rd).

Ottawaavtalet är ett avtal om status för Nordatlantiska fördragsorganisationen, nationella representanter och organisationens internationella personal som slöts i Ottawa 1951. Avtalet tillämpas på Natos nationella företrädare och internationella personal och det gäller deras privilegier och immunitet. För Finlands del trädde avtalet i kraft internationellt när Finland deponerade ratificeringsinstrumentet i Washington den 7 juni 2023.

Avtalet mellan parterna i nordatlantiska fördraget om informationssäkerhet innehåller bestämmelser om ömsesidigt skydd och trygghet av säkerhetsskyddsklassificerad information. Avtalet trädde i kraft för Finlands del den 23 augusti 2023.

Bryselfördraget innehåller bestämmelser om privilegier och immunitet för tredjestaters delegationer och representanter vid Nato. Fördraget trädde i kraft genom statsrådets förordning (1053/2023) den 30 november 2023.

Det bilaterala avtalet om försvarssamarbete mellan Finland och Förenta staterna (Defence Cooperation Agreement, DCA) undertecknades den 18 december 2023²⁹. Avtalet tar upp bl.a.

²⁸ Lagen om nordatlantiska fördraget 442/2023. Läst på adressen:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2023/20230442>

²⁹ Utrikesministeriet. (2023). Avtal om försvarssamarbete med Förenta staterna (DCA). Läst på adressen:

<https://um.fi/avtal-om-forsvarssamarbete-med-forenta-staterna-dca->

praktiska frågor som gäller styrkornas inresa, lagring av försvarsmateriel och beskattning. Avtalet kan ha direkta effekter på eller indirekta kopplingar till social- och hälsovårdens resurser och verksamhetsmodeller.

2.3 Bedömning av nuläget

2.3.1 Den nationella riskbedömningen ur social- och hälsovårdens synvinkel

Social- och hälsovården har beredskap och vidtar förberedelser för risker på nationell nivå, såsom pandemier, terrordåd, cyberattacker, störningar i kraftförsörjningen, användning av militära maktmedel, massinvandring och CBRN-hot. I följande avsnitt presenteras några av de viktigaste hoten för social- och hälsovården i den senaste nationella riskbedömningspublikationen.

*Störningar i hälsosäkerheten*³⁰, såsom resistens mot antimikrobiella läkemedel, pandemier eller epidemier av djursjukdomar, kan hota ett stort antal människors hälsa, välfärd, ekonomi och säkerhet. Covid-19-coronaviruspandemin belastade social- och hälsovården kännbart, men påverkade funktionssäkerheten och stabiliteten hos samhällets nästan alla vitala funktioner ekonomiskt eller funktionellt. Under den pandemin blev man tvungen att inskränka på människornas grundläggande fri- och rättigheter i en situation där den utbredda sjukligheten hotade att överstiga hälso- och sjukvårdens bärkraft och äventyra samhällets funktionssäkerhet. De ekonomiska och sociala konsekvenserna av karantäner, inreserestriktioner och andra restriktiva åtgärder kan vara omfattande och långvariga. Pandemin orsakade utmaningar för bland annat ledningen, försvaret, den inre säkerheten, energiförsörjningen, transporterna och livsmedelsförsörjningen. Sjukdom bland social- och hälsovårdspersonen, dödsfall i anslutning till pandemin och personalbrist ökade belastningen på dem som var i arbete. De negativa konsekvenserna för individers fysiska, psykiska, sociala och mentala välmående var direkta eller uppstod indirekt genom förändringar i familjen, gemenskapen eller samhället. Befolkningens servicebehov ökade samtidigt som social- och hälsovårdens kriställighet och förmåga att svara på störningar försämrades.

Tröskeln för *användning av militära maktmedel*³¹ har sänkts i dagens svårförutsägbara omvärld. Krigshandlingarna i Ukraina har visat att Ryssland är berett att använda militära maktmedel som redskap för sin maktpolitik mot grannstater. Ryssland har stött sina militära handlingar med kraftigt hybridpåverkan, som också har riktats mot stater som stödjer Ukraina, såsom Finland, samt i större utsträckning än tidigare också direkt mot social- och hälsovården. Rysslands anfallskrig i Ukraina har undergrävt samhällets stabilitet bl.a. i och med energi- och livsmedelskrisen och den växande inflationen. När det gäller social- och hälsovården bör man lägga märke till att förvarningstiden har blivit kortare och välfärdsområdenas roll för att stödja Finlands försvar är större än någonsin tidigare. För att utgöra en förebyggande spärr mot användning av och hot om militära maktmedel förutsätts mer övergripande förmåga än tidigare att upptäcka hot på förhand och höja beredskapen samt prestationsförmåga som motsvarar hoten i den aktuella situationen. Den militära prestationsförmåga som försvarsmakten ansvarar för är i Finland beroende av den civila prestationsförmågan bl.a. inom social- och hälsovården. Krigshandlingarna mot Ukraina visar att det är nödvändigt att inom social- och hälsovården utveckla snabbare aktionsberedskap, förmåga att svara på långvarig militär påtryckning,

³⁰ IM. (2023). Störningar i hälsosäkerheten. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 66-75). Inrikesministeriets publikationer 2023:4. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

³¹ IM. (2023). Användning av militära maktmedel. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 37-41).

Inrikesministeriets publikationer 2023:4. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

förmåga att bekämpa omfattande anfallsoperationer i flera riktningar samtidigt samt förmåga att skydda befolkningen och kritisk social- och hälsovårdsinfrastruktur samt funktioner som välfärdsområdena ansvarar för. Behovet av att svara på ett allvarligt militärt hot eller hanteringen av andra allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden har inte beaktats tillräckligt inom social- och hälsovårdens ledningssystem, beredskapsreglering och verksamhetsarrangemang.

CBRN-medel kan utnyttjas på olika sätt som en del av hybridpåverkan eller direkt användning av militära maktmedel. I en allvarliga CBRN-situation uppstår omfattande och allvarliga hälsorisker samt avsevärda olägenheter för människors levnadsförhållanden, miljön och eventuellt även näringslivet. Beroende på vilken effekt som eftersträvas försöker anfallaren påverka objektet genom att förorena eller exponera objektet för skada med ett visst ämne eller en viss patogen, sprida ett ofarligt ämne som liknar ett riktigt ämne till objektet eller hota objektet med ett CBRN-ämne och vapen. En CBRN-attack kan förutom mot objekt inom försvaret riktas mot en enskild byggnad, ett allmänt kommunikationsmedel, ett omfattande område, livsmedel, dricksvatten eller enskilda personer, såsom i förgiftningsfallet som gällde Sergej och Julia Skripal den 4 mars 2018. Avsiktlig användning av växt- och djursjukdomar i syfte att skada växt- eller spannmålsproduktionen och produktionsdjur utgör också ett potentiellt hot. En attack som utförts med CBRN-material kan ha en betydande psykologisk effekt på befolkningen. Detta kan leda till att sådan personer söker sig till social- och hälsovårdstjänster som de facto inte har exponerats för materialet i fråga. De attacker mot kärnkraftverk som genomförts i samband med Rysslands anfallskrig i Ukraina har lett till att atomenergi och strålsäkerhet nu lyfts fram tydligt i diskussionen om försörjningsberedskap och annan beredskap. CBRN-beredskap behövs också med tanke på olyckor. Den sällsynta störningssituation som ledde till snabbstopp av Olkiluotos reaktor 2 den 10 december 2020 var en viktig påminnelse om detta. En allvarlig kärnkraftsolycka kan innebära en betydande, långvarig minskning av Finlands elproduktion, framför allt om övriga enheter på kärnkraftverket måste stoppas. Dessutom kan en omprövning av kärnenergianvändningens säkerhet innebära att driften av kärnkraftverken.

*Massinvandring*³² innebär en situation där det till en stats gräns eller gränser på kort tid kommer många utlänningar som ansöker om internationellt skydd eller som saknar sådana förutsättningar för inresa som anges i utlänningslagen eller kodexen om Schengengränserna. Faktorer som ger upphov till massinvandring är krig och konflikter, miljö- och klimatförändringar, ojämn fördelning av förmögenhet och andra resurser samt hopp om ett bättre liv. Invandringen till Europa ökar och flyttningsrörelsen kommer antagligen i allt högre grad att utnyttjas som en politisk påtryckningsmetod. Även småskalig invandring kan ge upphov till en störningssituation under normala förhållanden, om den är ett led i instrumentaliserad hybridpåverkan eller om myndigheternas förmåga att sköta sina uppgifter i anslutning till hantering av invandringen äventyras. Befolkningens förtroende för att myndigheterna har situationen under kontroll är en central faktor som stärker samhällets mentala kriställighet. Invandringsoperationer kan också innefatta informationspåverkan på att stärka motsättningar och rubba den allmänna ordningen. Finland utsattes för dylik hybridpåverkan vid årsskiftet 2023–2024, då antalet asylsökande som försökte ta sig till Finland via Ryssland ökade avsevärt. Okontrollerad invandring är förknippad med risker för den inre säkerheten, vilka måste kunna förebyggas. Gränsövergångsställena i Imatra, Kuusamo, Nuijamaa, Raja-Jooseppi, Salla och Vartiuss stängdes 30 november–14 december 2023 och 15 december 2023–14 april 2024.

³² IM. (2023). Massinvandring och påtryckning genom styrning av invandrare. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 41-44). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

Statsrådet beslutade den 4 april 2024 att Finlands östra gräns ska hållas stängd tills vidare.³³ En viktig beredskapsmetod inför omfattande och instrumentaliserad migration är tydlig lagstiftning och tillräckliga befogenheter för myndigheterna att agera på ett förebyggande och effektivt sätt i störningssituationer. När det gäller social- och hälsovårdens uppgifter förutsätter detta en tydligare lagstiftning och ledningsstruktur än tidigare för situationer som överskrider välfärdsområdenas resurser och de geografiska gränserna, så att social- och hälsovårdsresurser vid behov kan överföras från andra områden för att stödja ett enskilt välfärdsområdes resurser. Enligt lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011) ingår social- och hälsovårdstjänster i de mottagningstjänster som förläggningen ordnar. I praktiken kan förläggningarna ändå inte producera bl.a. prehospital akutsjukvård eller specialiserad sjukvård, utan dessa tjänster produceras i välfärdsområdena även för personer som ansöker om internationellt skydd. I en massinvandringssituation kan hälsotillståndet hos de personer som kommer till landet förutsätta brådskande vård, vilket måste beaktas i välfärdsområdenas beredskap och beredskapsplaner.

*Störningar i energiförsörjningen*³⁴ kan uppstå till följd av omfattande tekniska eller av människan eller klimatet orsakade störningar i t.ex. produktionen, överföringen eller distributionen av el. Jämfört med tidigare år har hotnivån i fråga om störningar i energisystemet stigit särskilt på grund av det anfallskrig som Ryssland startat och klimatförändringarna. Effekterna på energiflödena har fått energipriserna att skjuta i höjden och rubbat prisstabiliteten samt försvårat tillgången till energi. Hotnivån har stigit också i fråga om hybrid- och cyberoperationer som riktas mot energiinfrastrukturen. Om en stor störning av elsystemet förverkligas kan de påverka många sektorer, eftersom störningsfri tillgång till el är en synnerligen kritisk sak med tanke på samhällets funktion och försörjningsberedskapen. Hösten 2022 varnade Fingrid Oyj för en långvarig störning i kraftförsörjningen under en köldperiod som varade längre än vanligt. Inom social- och hälsovården förberedde man sig då på att vid behov evakuera särskilt utsatta klienter samt hela enheter för vård eller omsorg dygnet runt i ett visst geografiskt område. Slutresultatet var att man inte behövde vidta de planerade åtgärderna, men SHM utarbetade ett styrningsbrev för servicesystemet i syfte att utveckla beredskapen och förberedelserna med tanke på framtida störningar i kraftförsörjningen³⁵.

*Störningar i informations- och kommunikationsnät och i kommunikationstjänster*³⁶ är numera vardag inom social- och hälsovården. Brotten riktade mot informationsnät, såsom dataintrång eller omfattande kränkningar av integritetsskyddet hotar befolkningens grundläggande rättigheter. Statliga aktörers olagliga verksamhet på nätet eller i informationssystem innebär hot mot den nationella säkerheten. Social- och hälsovårdens informationssystem och datanät har blivit föremål för cyberattacker, eftersom de innehåller information och funktioner som är av väsentlig betydelse för samhället. Inom social- och hälsovården finns det många anordningar samt många människor som anställda, patienter och klienter, vilket innebär många möjligheter för brottslig verksamhet. Följderna av en cyberattack för vårdköerna och vårdens kvalitet är direkta och allvarliga, om serviceverksamheten inte längre kan ta hand om normalt antal klienter eller klient- och patientsäkerheten äventyras, när sjukhuset till exempel inte längre känner till

³³ Statsrådet. (2024). Situationen vid Finlands östra gräns. Läst på adressen: <https://valtioneuvosto.fi/sv/situationen-vid-finlands-ostra-grans>

³⁴ IM. (2023). Störningar i energiförsörjningen. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 53-59). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

³⁵ SHM. (2022). Beredskapen för elavbrott inom servicesystemet vintern 2022-2023 (VN/27130/2022).

³⁶ IM. (2023). Störningar i informations- och kommunikationsnät och i kommunikationstjänster. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 59-62). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

vilka mediciner eller allergier en patient som kommer för operation har eller patientens donationsvilja. Anställda och informationssystem kan också bli föremål för brott mot informationssäkerheten av en slump. Multiplikatoreffekterna av enskilda systemstörningar kan bli betydande när fel och störningar bildar kedjor eller effekterna riktar sig mot människors välmående. Det dataintrång hos Psykoterapicentret Vastaamo som blev känt 2020 riktade sig mot 33 086 klienter och visade i hur stor omfattning läckta patientuppgifter eller utpressning i anslutning därtill kan försämra människors psykiska välmående och undergräva förtroendet för samhället tjänster och för myndigheternas verksamhet. Fel, störningar eller sårbarheter i samutnyttjade e-plattformar kan samtidigt påverka flera organisationer vad gäller tjänsternas tillgänglighet samt informationens konfidentialitet och riktighet. Exempelvis utpressningsprogrammet WannaCry, ett skadeprogram som spreds i form av en mask 2017, infekterade över 200 000 datorer i över hundra länder. I Finland slog WannaCry till mot Tammerfors universitetssjukhus bilddiagnostiska utrustning³⁷. En störning som riktar sig mot ett enskilt informationssystem eller en enskild dataförbindelses funktion eller säkerhet kan påverka en eller flera tjänster som är av central betydelse för samhällets verksamhet. Hösten 2018 slogs e-tjänster som använder Suomi.fi-identifiering, såsom FPA:s och skatteförvaltningens tjänster, ut i ungefär tre och en halv timmes tid eftersom de utsattes för en överbelastningsattack.

Hotet om *terroråd eller andra våldsdåd*³⁸ har ökat enligt skyddspolisens hotbedömning. Skyddspolisens har identifierat högerextremistiska och radikala islamistiska aktörer som sannolikt har vilja och förmåga att begå våldsamma attacker. Det största hotet för ett terroråd utgörs av enskilda aktörer eller små grupper som är anhängare av högerextrem eller radikalislamistisk ideologi.³⁹ Ökad ojämlikhet kan öka missnöjet, den våldsbejakande radikaliserings och den allmänna konfliktbenägenheten i samhället. Det första islamistiska terrorådet i jihadistiskt syfte i Finland utfördes i Åbo den 18 augusti 2017. Enligt Olycksutredningscentralens rapport⁴⁰ var myndigheternas beredskap att agera i samband med knivådet i Åbo ganska god. Under situationen flyttade de regionala fältledarna för landskapets akutvård beredskap närmare Åbo. Med beredskapsflyttningarna tryggades akutvårdens aktionsberedskap i Åbo. Åbo stads social- och krisjour samordnade det psykosociala stödet. Åbo universitetscentralsjukhus ger akutsjukvård inom hela Egentliga Finlands område och på sjukhuset fanns tillgång till alla medicinska specialiteter som behövdes för att behandla de skador som uppstått i våldssituationen. Myndigheternas beredskap att agera kunde ha varit sämre i ett området där det till exempel inte finns något universitetssjukhus eller om en större grupp människor hade varit föremål för attacken. Med tanke på dylika allvarliga störningssituationer skulle det vara nödvändigt för social- och hälsovården att kunna agera

³⁷ Hankonen, R. (9.1.2019). Pahat mielessä - terveydenhuollon tieto kiinnostaa rikollisia (ung. Ont i sinnet – hälso- och sjukvårdsinformation intresserar brottslingar). *Tehy-lehti*. Läst på adressen:

<https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/pahat-mielessa-terveydenhuollon-tieto-kiinnostaa-rikollisia>

³⁸ IM. (2023). Terroråd eller annat våldsdåd mot samhällets strukturer eller stora folksamlingar. *I verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 44-46). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen:

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

³⁹ Skyddspolisens. (2023). Nationell terrorhotbedömning 2023. Läst på adressen:

<https://supo.fi/sv/terrorhotbedomning>

⁴⁰ Olycksutredningscentralen. (2018). *Knivhuggningarna i Åbo 18.8.2017. Utredningsrapport 7/2018*. Läst på adressen:

https://www.turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/sv/muutonnettomuudet/2017/QotDMj8rH/P2017-01_Turku_SV_korjattu.pdf

smidigare i en situation som berör flera myndigheter, samt att snabbt överföra social- och hälsovårdsresurser över gränserna mellan välfärdsområdena.

*Transporternas kontinuitet*⁴¹ samt därigenom social- och hälsovårdens verksamhet och försörjningsberedskap kan störas av till exempel Östersjöns varierande väderförhållanden, en stängning av luftrummet i Finlands närområde eller störningar i de globala transportsystemen. Exempelvis isbrytarmaterielen borde inte minskas när klimatet snabbt blir varmare, eftersom svåra isförhållanden förväntas förekomma även när istäcket i Östersjön krymper. Finlands nordliga läge på den yttre gränsen av EU:s inre marknad och det faktum att Finland är beroende av transportflöden via Östersjön är beaktansvärda riskfaktorer när det gäller att upprätthålla samhällets funktionssäkerhet och den nationella försörjningsberedskapen. Exempelvis stoppet i Suezkanalen den 23–29 mars 2021, vattenbrist i Panamakanalen till följd av El Niño, dvs. uppvärmningen av Stilla havet, och de störningar som covid-19-pandemin orsakade i det globala containertransportsystemet ledde till multiplikatoreffekter för bl.a. social- och hälsovården. Särskilt när det gäller produktionen av medicinska tekniska produkter, vårdmaterial och läkemedel måste man i stor utsträckning förlita sig på global produktion, särskilt i Kina och Indien, och logistiken i anslutning till den är känslig för störningar. I Finland finns det för närvarande inte någon läkemedelsproduktion eller tillgång på råvaror och förpackningsmaterial i sådan omfattning att man genom inhemsk produktion skulle kunna möta alla behov inom social- och hälsovården. Störningar i transporterna kan avsevärt försämra tillgången till läkemedel eller så är kritiskt underhåll eller reparation av anordningar inte möjlig. Ur Finlands synvinkel har EU:s inre marknad och dess funktionssäkerhet en stor stabiliserande effekt på kontinuiteten i samhällets kritiska funktioner och den allmänna kriståligheten. RescEU-projektet är ett exempel på den roll som social- och hälsovården i Finland spelar för beredskapen på EU-nivå. Den gemensamma upphandlingen av coronavacciner är ett annat exempel på beredskap på EU-nivå, där deltagandet i den globala konkurrensen om vacciner förutsatte nationella och internationella lösningar över de lokala ledningssystemen för social- och hälsovården. Med tanke på beredskapen är det väsentligt att vid behov kunna jämna ut social- och hälsovårdsmaterial och andra resurser över gränserna mellan välfärdsområdena.

2.3.2 Bedömning av nuläget i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården

Verksamheten inom social- och hälsovården har traditionellt varit tämligen splittrad. Särskilt när det gäller beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer har social- och hälsovården saknat enhetliga verksamhetsmodeller och nationella ledningsstrukturer. När social- och hälsovården var kommunbaserad fanns det över 200 anordnare, vilket gjorde det utmanande att genomföra enhetliga beredskapsprinciper. I det kommunbaserade systemet var sjukvårdsdistriktens beredskap mer enhetlig än inom basservicen. Nödvändiga uppgifter om de nationella resurserna har emellertid inte funnits systematiskt tillgängliga ens för sjukhusens del. Exempelvis våren 2020 var det svårt att hitta samlad information om intensivvårdsplatser, som var väsentliga med tanke på covid-19-pandemin.

Strukturreformen inom social- och hälsovården bringade klarhet i beredskapen och hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården. Välfärdsområdena, som inledde sin verksamhet den 1 januari 2023, och den beredning som startade på samarbetsområdesnivå då har förbättrat beredskapen och samarbetet i de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde samt samlat kompetens och resurser även på välfärdsområdesnivå. Utrymme

⁴¹ IM. (2023). Störningar i transporternas kontinuitet. I *verket Nationell riskbedömning 2023* (s. 63-66). Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5>

för förbättringar har iakttagits när det gäller att stärka informationsproduktionen inom socialvården samt i fråga om störningssituationer som berör flera samarbetsområden än ett, såväl för författningarnas som verksamhetens del. Covid-19-pandemin visade i praktiken att betydande störningssituationer inte följer de administrativa områdesindelningarna. Under pandemin behövde man dela på de gemensamma resurserna till exempel våren 2020, då universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt genomförde gemensam upphandling av skyddsmaterial och fördelade det till alla social- och hälsovårdsaktörer, upprättade en gemensam lägesbild enligt modellen med fem specialupptagningsområden samt öppnade vårdplatser för intensivvårdspatienter till följd av pandemin i alla specialupptagningsområden.

Inom social- och hälsovården har man förberett sig regionalt på traditionella hot, såsom storolyckor där det behövs specialiserad sjukvård samt brandsituationer som förutsätter social- och krisjouråtgärder. Beredskapen för långvariga störningssituationer som överskrider gränserna mellan välfärdsområdena eller är allvarliga har varit varierande, och beredskapen för störningar inom servicen på basnivå har inte varit på samma nivå som beredskapen inom den specialiserade sjukvården. Utdragna störningar som covid-19-pandemin orsakar i allmänhet också en vård- och serviceskuld, som förutsätter kontinuerlig beredskap och anpassning av verksamheten inom servicesystemet.

När det gäller beredskapen inom socialvården bör särskild uppmärksamhet fästas vid tillgången till lagstadgad service, kontinuiteten i servicen och ökat servicebehov. Sådan kritisk service är bland annat socialjour, barnskydd och hemvård. Covid-19-pandemin och andra störningssituationer har visat att befolkningens behov av stöd och handledning ökar. Undersökningar visar att till exempel våldet i nära relationer också ökar i krissituationer. I framtiden måste man i beredskapen också beakta att befolkningen blir äldre och att den kulturella mångfalden ökar. Störningssituationer påverkar särskilt utsatta personer, såsom barn, personer med invandrarbakgrund, äldre och personer med funktionsnedsättning, samt personer vars funktionsförmåga är nedsatt på något annat sätt.⁴² Utsatta grupper har ofta väldigt få möjligheter att påverka sina levnadsförhållanden och deras sociala nätverk kan vara smala. Särskilt inom institutionsservice, där vården och den rehabiliterande verksamheten är kontinuerlig, bär det välfärdsområde som producerar eller ordnar servicen ett stort ansvar för att kontinuerlig service tryggas under alla förhållanden, också i störningssituationer.⁴³ Detsamma gäller också annan heldygnservice inom socialvården, såsom serviceboende med heldygnsomsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. Allt flera som behöver särskilt stöd bor ensamma. Särskilt behoven hos personer som bor hemma och omfattas av social- och hälsovårdstjänster måste beaktas i störningssituationer och under undantagsförhållanden, eftersom allt fler kroniskt sjuka, personer med funktionsnedsättning och personer som nått hög ålder får den vård och omsorg de behöver och annan service i hemmet.⁴⁴

⁴² Sainio m.fl. (2021). Koronapandemian ja sen rajoittamistoimien vaikutukset toimintarajoitteisten ihmisten elämään (ung. Coronapandemins och restriktionernas inverkan på livet för personer med funktionsnedsättning). *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2021:58 (s. 235-252).

⁴³ Kestilä m.fl. (2022). *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022* (ung. Covid-19-epidemins inverkan på välfärden, servicesystemet och samhällsekonomi: Expertbedömning, våren 2022). THL, Raportti 4/2022. Läst på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

⁴⁴ Rieppo m.fl. (2023). *Åtgärder för att personer med funktionsnedsättning och invandrare ska klara av allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden: Handlingskort som stöder förberedelser*. Institutet för hälsa och välfärd THL, Handledning 11/2023. Läst på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-091-0>

Exempelvis i evakueringssituationer betyder detta att social- och hälsovården ansvarar för fler personer som behöver oundgänglig vård samt enheter för vård och omsorg dygnet runt.⁴⁵

De hot som beskrivs i den nationella riskbedömningen följer inga geografiska gränser eller personalens normala semestertider. Många risker, till exempel strömavbrott, är sannolikare i glesbygdsområden än i tillväxtcentrum. I dessa störningssituationer är det motiverat att inrikta social- och hälsovårdens resurser så att de stöder områdena. Detta betyder att det behöver skapas en modell på nationell nivå som gör det möjligt att snabbt överföra social- och hälsovårdsresurser, såsom material över gränserna mellan välfärdsområdena eller till Åland.

I störningssituationer överbelastas ett enskilt välfärdsområdes social- och hälsovårdskapacitet lätt, eftersom verksamheten även i en normal situation är mycket effektiviserad. Funktionsförmågan i störningssituationer och under undantagsförhållanden bygger på resurserna och verksamhetsmodellerna för verksamheten under normala förhållanden. De social- och hälsovårdsresurser som behövs i störningssituationer måste kunna styras över välfärdsområdenas och även Finlands gränser flexiblare än nu. Social- och hälsovårdens strukturer och verksamhetsformer kan inte i nuläget svara tillräckligt effektivt på allvarliga krisituationer över välfärdsområdenas gränser till exempel med den snabbhet och i den omfattning som till exempel Natos system för krisrespons förutsätter. När hoten blir mångsidigare och den offentliga ekonomin försämras behövs det också arbetsfördelning i fråga om beredskaps- och förberedande uppgifter som är särskilt krävande eller som förutsätter sällsynt social- och hälsovårdskompetens.

I nuläget har ledningssystemet för social- och hälsovården inte tillräckligt med inbyggda processer, förmågor eller befogenheter över välfärdsområdesgränserna för att stödja välfärdsområdena eller till exempel Försvarsmakten i allvarliga störningssituationer eller under undantagsförhållanden. Innehållet i 50 och 51 i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt i statsrådets förordning som utfärdats med stöd av lagens 50 § hänför sig särskilt till upprättandet av en lägesbild, men inte till de åtgärder som ska vidtas utifrån lägesbildsuppgifterna. Enligt regeringens proposition som ledde till att lagen om ordnande av social- och hälsovård stiftades (RP 241/2020 rd)⁴⁶ ”överskrider hotbilderna som gäller beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården och miljö- och hälsoskyddet i regel gränserna mellan kommunerna och välfärdsområdena. Därför är det nödvändigt att beredskapsplanerna samordnas inom samarbetsområdet, och på riksomfattande nivå mellan samarbetsområdena. De situationer som avses i [50 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård] är ofta också så betydande att ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga resurser för att sköta dem.”

Under coronapandemin lärde vi oss att beredskap samt höjning och omfördelning av kapaciteten inte är endast regionala åtgärder, utan de förutsätter åtgärder som planeras på nationell nivå och samordnas mellan välfärdsområdena. Under covid-19-pandemin var det nödvändigt att flytta patienter mellan specialupptagningsområdenas vårdinstitutioner. Utöver samarbetet mellan sjukvårdsdistrikten under covid-19-pandemin spelade samarbetet mellan SHM:s beredskapsenhet, THL och sjukvårdsdistrikten för de fem universitetssjukhusen (inklusive samordnings- och lägesbildsarbetet för den nationella intensivvården) en central roll för upprättandet av en lägesbild och tryggheten av hälso- och sjukvårdens bärkraft. Social- och

⁴⁵ IM. (2024). *Anvisning om planering och genomförande av evakueringar : Förflyttning av befolkning i undantagsförhållanden*. Inrikesministeriets publikationer 2024:3. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-992-9>

⁴⁶ På sidorna 724-725 i specialmotiveringen beskrivs innehållet i 50 § närmare.

hälsovårdens lägesbild har senare kompletterats med uppgifter om social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå utöver den specialiserade sjukvården. Det finns dock fortfarande betydande skuggområden i social- och hälsovårdens nationella och regionala kunskapsunderlag. Särskilt kunskapsunderlaget om social- och hälsovårdspersonal ger inte för närvarande möjlighet att på ett tillförlitligt sätt förutsäga personal- och utbildningsbehovet. Saken bedöms inom ett projekt inom ramen för statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (VN TEAS)⁴⁷.

En lägesbild som baserar sig på ett korrekt, tillräckligt och aktuellt nationellt och internationellt kunskapsunderlag är en väsentlig del i all ledning. En gemensam lägesbild, framförhållning och reaktion är centrala element för att bekämpa en pandemi. En gemensam lägesbild över organisationsgränserna och så välplanerade åtgärder som möjligt bidrar till att styra social- och hälsovårdens begränsade resurser förnuftigt och effektivt. Eftersom ledningen i krissituationer i så stor utsträckning som möjligt ska baseras på ledningssystemen för normala förhållanden, borde dessa system underhållas kontinuerligt. En så automatiserad uppgiftsinsamling som möjligt för upprättandet av lägesbilden lägger grunden för prognostisering och ledning av störningssituationer.⁴⁸

De fem beredskapscenter för social- och hälsovården som inrättats i samarbetsområdena inledde sin verksamhet i början av 2023. Beredskapscentren stärker den riksomfattande beredskapen och förbättrar samhällets beredskap att svara på olika störningssituationer och undantagsförhållanden. Enligt den bedömning av de enskilda samarbetsområdena om THL publicerat har Södra och Norra Finland hunnit längst med att utveckla beredskapscentrens verksamhet.⁴⁹

Trots skyldigheterna enligt 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och förordningarna⁵⁰ samt det utvecklingsarbete som utförts under 2023 har man ännu inte åstadkommit ett gemensamt underlag inom social- och hälsovårdens beredskapsplanering och regleringen av beredskapsnivåerna i fråga om tillräckligt många hot enligt den nationella riskbedömningen. I fortsättningen måste man förbereda sig på de viktigaste störningssituationshoten i den nationella riskbedömningen med gemensamma principer och genom nära samarbete över gränserna mellan förvaltningsområdena. Med gemensamma principer avses en gemensam uppfattning om bland annat beredskapsplanernas centrala innehåll, olika beredskapsnivåer, de åtgärder som ska vidtas på olika beredskapsnivåer,

⁴⁷ Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi (ung. Prognostisering av social- och hälsovårdens personal- och utbildningsbehov) (SOTEHEN 3/23-3/24). Läst på adressen: [Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi \(SOTEHEN\) | Tieto käyttöön \(tietokayttoon.fi\)](https://www.sote.fi/fi/tietokayttoon)

⁴⁸ Ihalaainen m.fl. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon. Selvitysryhmän raportti* (Beredskapen inom servicesystemet för social- och hälsovården inför en eventuell följande epidemivåg Utredningsgruppens rapport, på finska med presentationsblad på svenska). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:11. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

⁴⁹ Croell m.fl. (2023). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen yhteistyöalueilla. Asiantuntija-arvio, syksy 2023. Päätösten tueksi 45/2023* (ung. Ordnande av social- och hälsovård i samarbetsområdena. Expertbedömning, hösten 2023, Stöd för beslut 45/2023, Nationell sammanfattning på svenska). Läst på adressen: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147854/PT2023_045_YTA-raportti_30112023%20korjattu_s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

⁵⁰ Enligt 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdena bereda de delar av samarbetsavtalet som avser förberedelser och beredskap i samarbete med SHM. Statsrådets förordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (308/2023) ger mer exakt handledning för beredskapsplaneringen.

larmarrangemang och upprättandet av lägesbilden. Man måste också kunna reglera beredskapen samstämmig på nationell nivå till exempel med Försvarsmakten och vidta beredskapsåtgärder, till exempel anskaffning och förflyttning av material. En nationellt och på samarbetsområdesnivå enhetlig beredskapsplanering måste också ligga till grund för den regionala beredskapsplaneringen för att åtgärder som vidtas i välfärdsområdet, samarbetsområdet och nationellt ska utgöra en nationellt enhetlig helhet av beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården. CER-direktivet medför inom SHM:s ansvarsområde nya beredskapsskyldigheter särskilt för aktörer inom den privata sektorn. Förfarandet för anmälan av störningar kommer bland annat att förutsätta god samordning och informationsutbyte mellan de behöriga myndigheterna enligt CER-lagen samt beredskapscentren i de välfärdsområden som är huvudmän för de fem universitetssjukhusen och SHM.⁵¹

Beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården när det gäller Försvarsmaktens stöduppgifter och andra stöduppgifter som ska utföras med stöd av statsfördrag behöver stärkas under normala förhållanden och särskilt med tanke på allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden. Tilkka sjukhus, som fungerat som centralmilitärsjukhus, lades ner 2005, då Försvarsmakten lade ut tjänsterna på specialiserad sjukvårdsnivå till de offentliga sjukhusen, som numera vilar på välfärdsområdenas ansvar. Största delen av hälso- och sjukvårdstjänsterna på basnivå produceras på garnisonernas allmänläkarledda hälsostationer. Under normala förhållanden skaffas en betydande del av dessa hälso- och sjukvårdstjänster som garnisonerna behöver genom att de köps från välfärdsområdena på det sätt som överenskommits särskilt. Försvarsmakten stödjer sig på den offentliga social- och hälsovårdens kompetens, personalresurser, lokaler och förnödenheter under såväl normala förhållanden som undantagsförhållanden och när det råder försvarstillstånd. Hälso- och sjukvårdstjänster ordnas också för tillfälligt sammankallade övningstrupper. När övningarna utökas, utvidgas, blir mångsidigare och internationaliseras följer nya slags krav på beredskap och förberedelser för social- och hälsovården, som stödjer sig på civil verksamhet. Planeringen av medicinsk beredskap för allvarliga störningssituationer och undantagssituationer samt hälso- och sjukvård inom militär krishantering kräver mera samarbete än nu med välfärdsområdena. Man kan svara effektivt på hot mot Finlands yttre och säkerhetsmiljö inom Försvarsmakten och Nato bara om beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården i Finland utvecklas över gränserna mellan välfärdsområdena, utifrån nationell och internationell samordning.

3 Målsättning

Enligt regeringsprogrammet utvecklas social- och hälsovårdslagstiftningen så att myndigheterna också vid störningar under normala förhållanden har tillräckliga metoder för att vid behov på ett bindande sätt styra och leda situationen samt anpassa verksamheten för att trygga tillräckliga tjänster och försörjningen. Dessutom utvecklas beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården att svara på internationella, nationella och regionala risker under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Lagstiftningen preciseras så att arrangemangen för ledning, styrning och andra arrangemang inom välfärdsområdena och de fem samarbetsområdena och på riksnivå bildar en nationell helhet. I nuläget motsvarar de rättigheter som behövs för att leda social- och hälsovården vid

⁵¹ Försörjningsberedskapscentralen. (2023). Genomförandet av CER-direktivet bör byggas in i det nuvarande försörjningsberedskapssystemet. Läst på adressen: <https://www.huoltovarmuuskuskeskus.fi/sv/a/genomforandet-av-cer-direktivet-bor-byggas-in-i-det-nuvarande-forsorjningsberedskapssystemet>

störningssituationer och under undantagsförhållanden inte allvaret hos de nationella och internationella utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilderna.

Avsikten är att på samarbetsområdesnivå och nationellt stödja välfärdsområdenas beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården samt hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden. Det är ändamålsenligt att samarbetsområdena ansvarar för styrningen och ledningen av social- och hälsovårdsresurserna i situationer där ett välfärdsområdes egna resurser inte räcker till för att hantera en situation som hotar befolkningens säkerhet, hälsotillstånd och välfärd vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Nationellt ansvar för styrningen och ledningen av social- och hälsovården är ändamålsenligt vid störningssituationer eller under undantagsförhållanden där ett samarbetsområdes resurser inte räcker till för att hantera en situation som hotar befolkningens säkerhet i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Nationellt styrnings- eller ledningsansvar behövs också i situationer vilkas omfattning förutsätter att nationella resurser används eller att gemensamma resurser delas och inriktas på ett nationellt ändamålsenligt sätt. Dessa situationer förutsätter i allmänhet också internationellt samarbete med andra stater eller organisationer (t.ex. EU, Nato).

Syftet med de ändringar som föreslås i lagen om ordnande av social- och hälsovård är att precisera lagstiftningen i den mån att lagen vid störningssituationer och under undantagsförhållanden ger tillräckliga befogenheter för att möjliggöra ledning och beslutsfattande över välfärdsområdesgränserna. Genom de ändringar som föreslås i propositionen kan man inom social- och hälsovården förbereda sig bättre på hotbilderna enligt den nationella riskbedömningen och samtidigt göra det möjligt uppfylla de förpliktelser som hänför sig till Finlands fullvärdiga medlemskap i Nato för social- och hälsovårdens del. Propositionen förbättrar möjligheterna att åstadkomma en enhetlig riksomfattande helhet när det gäller beredskapen och förberedelserna inom servicesystemet för social- och hälsovården. Den möjliggör också bättre ledning av verksamheten under normala förhållanden och förbättrar förutsättningarna för informationsutbyte och samarbete med och mellan olika aktörer.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till den del som den gäller beredskap, förberedelser samt hantering av överraskande och exceptionella störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

I propositionen föreslås bestämmelser om samarbetsstrukturer för att skapa och samordna en enhetlig beredskapsplanering inom social- och hälsovården samt för att hantera störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Regionalt kommer välfärdsområdena överens om dessa inom samarbetsområdet för social- och hälsovården i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Nationellt anvisas beslutanderätten social- och hälsovårdsministeriet, som tillsätter en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård. Beredskapsgruppen ska ha medlemmar från välfärdsområdena, HUS-sammanslutningen, Helsingfors stad samt ministerierna.

Social- och hälsovårdsministeriet samt de i enlighet med propositionen i förvaltningsstadgan angivna ansvariga tjänsteinnehavarna ska ges ledningsansvar inom social- och hälsovården på de villkor som preciseras i propositionen på samarbetsområdesnivå eller nationellt, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller

av någon annan motsvarande anledning. Det kan vara nödvändigt att en tjänsteinnehavare tar ledningsansvaret inom ett samarbetsområde eller nationellt till exempel i en allvarlig störningssituation eller under undantagsförhållanden, där ett välfärdsområdes social- och hälsovårdsresurser inte räcker till eller det krävs samordning för att olika välfärdsområdets resurser ska användas ändamålsenligt.

En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska leda och samordna en ändamålsenlig användning av samarbetsområdets social- och hälsovårdsresurser i enlighet med de principer och förfaranden som fastställts i samarbetsområdets gemensamma beredskapsplaner på det sätt som överenskommit om dem i det samarbetsavtal för välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om Södra Finlands samarbetsområde utövar HUS-sammanslutningens och Helsingfors stads tjänsteinnehavare ovannämnda befogenhet inom de ramar som har överenskommit i fråga om saken i ovannämnda samarbetsavtal.

De beredskapscenter som de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ansvarar för ska samarbeta sinsemellan så att beredskapsplaneringen utförs enligt nationellt enhetliga principer och så att det är möjligt att upprätta en riksomfattande lägesbild under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden utifrån beredskapscentrens lägesbildsuppgifter.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Osäkerhetsfaktorer i anslutning till konsekvensbedömningen

Konsekvensbedömningen är förenad med osäkerhet, eftersom konsekvenserna är beroende av förändringar i samhällets omvärld samt av sättet att definiera störningssituationer i anslutning till social- och hälsovården samt av situationernas karaktär. Under beredningen av regeringens proposition har strävan varit att i så stor utsträckning som möjligt beakta de risker och hotbilder som påverka kontinuiteten och verksamheten inom social- och hälsovården i Finland. Propositionen har inga betydande konsekvenser för social- och hälsovården under normala förhållanden, om det inte uppstår några störningssituationer eller undantagsförhållanden där ett enskilt välfärdsområdes resurser inte räcker till.

Osäkerhetsfaktorer i anslutning till förhandsbedömningen av de föreslagna ändringarnas konsekvenser, realiseringen av konsekvenserna och deras verkningsfullhet är skalan av de åtgärder som ska vidtas med stöd av lagen och sambanden med annan lagstiftning. Hanteringen av störningssituationer under normala förhållanden grundar sig på sedvanliga befogenheter och lagstiftningen för normala förhållanden. De befogenheter som denna lag medför och som effektiviserar beredskapen och ledningen i störningssituationer ändrar inte social- och hälsovårdstjänsternas lagenliga innehåll. Dessutom kan propositionens konsekvenser vara indirekta och yppa sig först på längre sikt, eftersom förändringar i omvärlden samt välfärdsområdenas verksamhet och arbetsfördelningen mellan områdena utvecklas stegvis. Välfärdsområdena inledde sin verksamhet först den 1 januari 2023, så kunskapsunderlaget som gäller välfärdsområdenas inledande verksamhet är också förenat med osäkerheter. Bedömningen av välfärdsområdenas verksamhet 2023 grundade sig till största delen på uppgifter från den kommunbaserade modellen 2021 och 2022.

Realiseringen av konsekvenserna påverkas av hur effektivt lagen verkställs när det gäller beredningen av avtal och uppdateringen av förvaltningsstadgor. Det kan hända att de uppskattade fördelarna för beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården inte realiserar eller att de åtminstone fördröjs, om samarbetet över välfärdsområdenas gränser inte

anvisas tillräckligt med resurser som den nuvarande lagen om ordnande av social- och hälsovård förutsätter eller om man inte når samförstånd om samarbetet genom avtal mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena. En del av de nationella och internationella beredskaps- och förberedelseuppgifter som utvecklas kan förutsätta att de nuvarande resurserna omfördelas och dessutom att även ny kompetens utvecklas utifrån den arbetsfördelning som välfärdsområdena kommit överens om.

Vissa av de föreslagna ändringarna väntas ha indirekta konsekvenser via ganska långa verkningskedjor, och deras verkningsfullhet är beroende av faktorer som det inte föreskrivs om i den föreslagna lagen. Exempelvis lokal samt privat och tredje sektorns beredskap och förberedelser grundar sig på frivillighet samt på de förpliktelser som uppräknas i beskrivningen av nuläget. Beredskapen inom social- och hälsovården löser inte ensam andra sektorers beredskapsförpliktelser. Man klarar inte heller av varken störningssituationer under normala förhållanden eller undantagsförhållanden enbart med åtgärder inom social- och hälsovården. I ett ömsesidigt beroende samhälle borde också krishanteringsförmåga, beredskap och hantering av störningssituationer främjas på bred basis.

4.2.2 Ekonomiska konsekvenser

Propositionen anses inte ha några betydande självständiga ekonomiska konsekvenser för välfärdsområdenas eller statens finanser. Genom propositionen ges välfärdsområdena inga nya eller mer omfattande uppgifter på det sätt som avses i 9 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021). Välfärdsområdena är redan med stöd av den gällande lagstiftningen skyldiga att genom beredskapsplaner och andra åtgärder förbereda sig på störningssituationer och att sköta dem under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Dessutom samlar välfärdsområdena med stöd av de gällande bestämmelserna regelbundet lägesbildsuppgifter som stöd för ledningen av den egna verksamheten och som en del av beredskapscentrens lagstadgade uppgifter. För att stödja verkställandet av den gällande lagstiftningen beviljade SHM statsunderstöd för utvecklande av lägesbilsarbetet våren 2023.

De föreslagna ändringarna och de avtal som upprättas med stöd av dem ökar samarbetet och arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena när det gäller beredskapen och förberedelserna. Samarbetet kan bidra till att stödja mer omfattande ibruktagande av kostnadseffektivare praxis och verksamhetsmodeller än tidigare både regionalt och nationellt. Välplanerat införande av gemensamma verksamhetsmodeller kan i bästa fall spara resurser och ge upphov till måttliga positiva effekter på välfärdsområdenas finanser. Arbetsfördelning och specialisering mellan välfärdsområdena i fråga om sällsyntare beredskapsuppgifter kan i bästa fall också spara resurser och ha måttliga positiva ekonomiska konsekvenser, om man genom arbetsfördelning kan gallra i välfärdsområdenas överlappande verksamheter. Slutresultatet är att välfärdsområdenas beredskap inte behöver vara på samma nivå till alla delar, utan mellan välfärdsområdena är det möjligt att genomföra en ändamålsenlig arbetsfördelning inom samarbetsområdet eller mellan samarbetsområden. Varje välfärdsområde utvecklar sin egen beredskap och kompetens i enlighet med den gällande lagstiftningens förpliktelser, samarbetsavtalen och de nationella principerna genom att främja effektivare användning av de befintliga resurserna. Beredskap på samarbetsområdesnivå och nationell nivå stöder detta arbete som utförs i välfärdsområdena.

Arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen enligt avtalen mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena kan ha konsekvenser för kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena jämfört med den statliga finansiering till välfärdsområdena som avses i lagen om välfärdsområdenas finansiering. Det föreslås inga särskilda bestämmelser om kostnadsfördelningen i anslutning till välfärdsområdenas ansvar inom samarbetsområdet, utan

samarbetsområdets välfärdsområden kommer överens om det sinsemellan genom samarbetsavtal i enlighet med 36 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Utöver gemensam användning av välfärdsområdenas befintliga resurser kan staten enligt 52 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ekonomiskt medverka i utvecklandet och upprätthållandet av den riksomfattande och regionala beredskap och de riksomfattande och regionala förberedelser som behövs inom social- och hälsovården samt i hanteringen av exceptionella störningssituationer. Denna verksamhetsform enligt den gällande lagstiftningen påverkar inte statsfinanserna, eftersom det har reserverats och måste även i fortsättningen reserveras tillräckliga resurser för att svara på de allvarligaste nationella hoten och på Nato-förpliktelserna oberoende av denna proposition

4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

De föreslagna ändringarna förenhetligar och klarlägger de regionala och nationella tjänsteinnehavarnas ansvar och uppgifter under normala förhållanden, vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. De föreslagna ändringarna förbättrar förutsättningarna för de tjänsteinnehavare som ansvarar för social- och hälsovården att hantera omfattande eller annars exceptionella störningssituationer och undantagsförhållanden på regional och nationell nivå. Genom ändringarna stärks myndigheternas samarbete särskilt på välfärdsområdes- och samarbetsområdesnivå. SHM ansvarar i nuläget för beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården i välfärdsområdena vid störningar under normala förhållanden och under undantagsförhållanden⁵². Genom de föreslagna preciseringarna får det allmänna bättre förutsättningar att i enlighet med grundlagen trygga välfärdsområdenas samt social- och hälsovårdssystemets funktionsduglighet och kontinuitetshantering.

Förslaget underlättar välfärdsområdesmyndigheternas administrativa uppgifter i anslutning till beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer, när en stor del av dem sköts enhetligt i samarbetsområdet och i tillämpliga delar nationellt och alla välfärdsområden inte behöver skapa egna verktyg och verksamhetsformer för att sköta dem. Propositionen undanröjer ändå inte alla välfärdsområdets skyldighet att förbereda sig och ombesörja kontinuitetshantering av sina funktioner. Verksamheten i anslutning till beredskap och förberedelser samt störningssituationer under normala förhållanden i samarbetsområdena och på nationell nivå ska skötas genom gemensam användning av välfärdsområdenas befintliga resurser och har sålunda inga betydande nya personalkonsekvenser för välfärdsområdena. Den starkare beslutanderätt som föreslås för social- och hälsovårdsministeriet inverkar på arbetet inom ministeriet. Den kan inverka på social- och hälsovårdsministeriets arbetsordning och jourssystem. Social- och hälsovårdsministeriet har även för närvarande ett system med jour dygnet runt, så propositionen bedöms ändå inte öka kostnaderna till denna del. Dessutom kan propositionen ha konsekvenser för social- och hälsovårdsministeriets egen beredskapsplanering. Processen bedöms inte medföra något behov av fler årsverken, eftersom det regionala samarbetet och stödjandet av det redan med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård hör till ministeriets uppgifter.

Välfärdsområdenas tjänsteinnehavare är redan inom ramen för den gällande lagstiftningen skyldiga att delta i samarbetsgrupper på välfärdsområdesnivå, samarbetsområdesnivå och nationell nivå som behandlar beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer.

⁵² Lagen om statsrådet (175/2003), Reglementet för statsrådet (262/2003), SHM:s arbetsordning (519/2017) och bl.a. det gällande 51 § 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Välfärdsområdenas övertagande av organiseringsuppgiften har gett stor erfarenhet av att inrätta dylika samarbetsgrupper och av deras arbetsformer, så den nya beredskapsgruppen borde inte innebära några betydande administrativa utmaningar. Förslaget ger de myndigheter som ansvarar för social- och hälsovården möjlighet att reagera snabbt, på bred basis och på ett enhetligt sätt i överraskande och exceptionella störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Ändringarna klarlägger samarbetsområdenas roll och verksamhet samt skapar element och strukturer som stärker social-, hälso- och räddningsmyndigheternas samarbete. De föreslagna ändringarna förbättrar styrningen och samordningen av socialvårdens, hälso- och sjukvårdens och räddningssvarens funktioner, som är kopplade till varandra i många av vardagens störningssituationer samt under undantagsförhållanden. De föreslagna ändringarna förbättrar också myndighetssamarbetet när det gäller att förbereda sig på nationella risker och bemöta hot. Dessutom medför den föreslagna ändringarna flexibilitet vid hanteringen av situationer som kräver flera myndigheters insatser. De centrala nationella säkerhetsmyndigheterna arbetar redan på omfattande regionala eller riksomfattande grunder. Genom de föreslagna ändringarna kan säkerhetsmyndigheterna tydligare än förr identifiera de social- och hälsovårdsmyndigheter och tjänsteinnehavare som är viktigast för samarbetet mellan flera myndigheter.

När beredskapscentren enligt den gällande lagstiftningen får en starkare roll i enlighet med förslaget möjliggörs beredskap enligt enhetliga, nationellt överenskomna principer genom de fem arbetsområdena. Stärkt beredskapsplanering och lägesbildsarbete som omfattar social- och hälsovårdens hela verksamhetsfält gör det möjligt att åstadkomma och styra en bättre och mer heltäckande lägesbild även på nationell nivå.

4.2.4 Miljökonsekvenser

De föreslagna ändringarna och gemensam användning av välfärdsområdenas resurser kan i bästa fall spara resurser, förbättra beredskapsplaneringen och utveckla välfärdsområdenas kompetens, vilket kan ha positiva konsekvenser för miljön. Social- och hälsovårdens viktigaste konsekvenser för miljön hänför sig till verksamhetsenheternas, såsom sjukhusens eller boendeserviceenheternas, materialförbrukning, avfall, logistik samt energi- och vattenförbrukning⁵³. Om social- och hälsovården inte förbereder sig tillräckligt på störningssituationer, till exempel sådana extrema väderfenomen som utdragna värmeböljor, som ökar till följd av klimatförändringarna, kan man bli tvungen att ta till ekologiskt ohållbara nödlösningar för att klara av störningssituationen. På samarbetsområdesnivå och nationellt kan man däremot stödja en högre klassigare förhandsplanering än nu. Därmed kan det också vara möjligt att välja ekologiskt hållbarare åtgärder för att hantera störningssituationer.

4.2.5 Samhälleliga konsekvenser

De föreslagna ändringarna har bedömts ha positiva konsekvenser för samhället. Bättre beredskap och förberedelser för störningssituationer under normala förhållanden och för undantagsförhållanden inom social- och hälsovårdssystemet bidrar till att stärka samhällets kriställighet samt befolkningens känsla av säkerhet och förtroende för servicesystemet. Psykisk

⁵³ Pulkki m.fl. (2023). *Ekologisesti kestävä sosiaali- ja terveydenhuolto. Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista* (Ekologiskt hållbar social- och hälsovård. Utredning om ett nationellt mål och styrmekanismer, på finska med presentationsblad på svenska). Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2023:49. Läst på adressen: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-491-0>

hälsa är en central delfaktor i välbefindandet, som påverkar samhällets stabilitet, arbetets produktivitet och den offentliga ekonomin.⁵⁴

Propositionen har positiva konsekvenser för tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, eftersom de föreslagna ändringarna ger det allmänna bättre förutsättningar att främja människors välbefindande, hälsa och säkerhet samt trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Effekterna av förslaget på tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna samt på välfärdsområdenas självstyre beskrivs mer ingående ur ett juridiskt perspektiv i avsnitt 11 i regeringens proposition.

Den gemensamma användningen av välfärdsområdenas resurser och arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena kan förbättra tillgången på social- och hälsovårdsresurser, såsom kompetent personal, samt underlätta värvningen av arbetskraft särskilt vid störningssituationer under normala förhållanden. Detta förbättrar befolkningens möjligheter att få tillträde till lagstadgad bedömning av servicebehovet samt att få behovenliga social- och hälsovårdstjänster även i exceptionella situationer. Samtidigt förbättrar det befolkningens jämlika rätt att få hjälp vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Ändringarna har speciellt positiva konsekvenser för socialvården samt för klienternas ställning och service, eftersom socialvården har saknat strukturer för att samordna serviceverksamheten och beredskapen. Inom hälso- och sjukvården har man tidigare vidtagit samordnande åtgärder i sjukvårdsdistrikten och specialupptagningsområdena.

Det föreslagna samarbetet mellan välfärdsområdena har speciellt positiva konsekvenser för trygghet av utsatta personers välbefindande. Störningssituationer under normala förhållanden samt undantagsförhållanden, såsom extrema väderfenomen och störningar i energi-, livsmedels- och läkemedelsproduktionen samt vattendistributionen, påverkar snabbt utsatta gruppers välbefindande och trygghet om de förverkligas. I bedömningen av nuläget beskrivs hur välfärdsområdet ansvarar för att alla har skäliga levnadsförhållanden och service trots störningssituationer, samt för att erbjuda särskilt stöd till alla som behöver det, till exempel personer som måste evakueras från sina hem. Förutom personer som omfattas av institutionsvård eller boendeservice dygnet runt och äldre, personer med funktionsnedsättning och barn som behöver särskilt stöd i hemmet har även andra utsatta grupper beaktats. Tillgången på service för till exempel personer som lider av sällsynta sjukdomar eller personer som får vård oberoende av vilja och servicens kvalitet kan tryggas bättre även vid störningssituationer och under undantagsförhållanden, om välfärdsområdena i enlighet med propositionen har ett starkare samarbete och arbetsfördelning på nationell nivå i enlighet med propositionen. En bättre lägesbild än nu av befolkningens olika hjälpbehov samt en mer heltäckande beredskap i samarbete mellan flera myndigheter stödjer välfärdsområdena vid tryggandet av rättigheterna och servicen för klienter som behöver särskilt stöd.

De språkliga rättigheterna inom social- och hälsovården och i kontakterna med välfärdsområdet tryggas i lagen om ordnande av social- och hälsovård. De föreslagna ändringarna kan i bästa fall ha positiva konsekvenser för de språkliga rättigheterna och likabehandlingen av olika språkliga minoriteter eller språkgrupper, om man i avtalen mellan välfärdsområdena och samsamarbetsområdena beslutar att utveckla samarbetet och

⁵⁴ Vorma m.fl. (2020). *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020 - 2030*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7. Läst på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4140-3>

arbetsfördelningen i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården till exempel för den svensk- och samiskspråkiga befolkningens del.

Social- och hälsovården samt brand- och räddningsväsendet hör med stöd av 18 § 6, 12 och 13 punkten i självstyrelselagen för Åland till landskapets behörighet, och lagen om ordnande av social- och hälsovård omfattar således inte landskapet Åland när det gäller organisering av myndighetsverksamhet. De föreslagna ändringarna står inte i konflikt med bestämmelserna i fråga och propositionen medför inga nya skyldigheter för Ålands landskapsförvaltning eller aktörer på Åland. Enligt 27 § 34 punkten i självstyrelselagen ingår beredskapen inför undantagsförhållanden i rikets lagstiftningsbehörighet. De bestämmelser om beredskapsplanering som föreslås i regeringens proposition är inte förpliktande för Åland, utan myndigheterna i riket och i landskapet Åland samarbetar, på samma sätt som under covid-19-pandemin, vid upprättandet av lägesbilden och i fråga om beredskapsplaneringen.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

5.1.1 Omvandling av samarbetsområdet till en juridisk person

Enligt 2 § i lagen om välfärdsområden är ett välfärdsområde ett offentlighetsligt samfund som har självstyre inom sitt område enligt vad som föreskrivs i den lagen. Enligt den gällande lagstiftningen är ett samarbetsområde däremot inte en juridisk person och har inte ansvar för finansiering eller ordnande av tjänster. För den regionala samordningen, utvecklingen och samarbetet inom social- och hälsovården har det bildats fem samarbetsområden. Välfärdsområdena inom ett samarbetsområde ansvarar för samarbetets innehåll och de administrativa beslut som samarbetet och finansieringen förutsätter.

Under remissbehandlingen av regeringens proposition från 2014 (RP 324/2014 rd⁵⁵) framfördes oro för att förvaltningsnivåerna kan öka och förvaltningsmodellen bli tyngre och svårbegripligare om specialupptagningsområdena skulle omvandlas till juridiska personer. Problemet är detsamma om samarbetsområdena skulle omvandlas till juridiska personer. Att införa en ny förvaltningsnivå är en tung process, som skulle ha kännbara negativa ekonomiska konsekvenser och komplicera social- och hälsovårdens politiska omvärld ytterligare. Att skapa en fristående juridisk person och fastställa befogenheter för samarbetsområdena som övergår välfärdsområdena organiseringsansvar skulle också krympa handlingsutrymmet inom det regionala självstyret för dem som nu är organiseringsansvariga. En ny förvaltningsnivå skulle inte heller svara på behovet att klarlägga verksamheten och ledningssystemen inom social- och hälsovården vid störningssituationer och under undantagsförhållanden, utan skulle som en fristående aktör kunna fördröja verksamheten och beslutsfattandet inom social- och hälsovården jämfört med nuläget. En helt ny och fristående juridisk person inom social- och hälsovårdens beredskapsfält skulle ytterligare komplicera avtalen om samarbete och arbetsfördelning. När det gäller utvecklandet av verksamheten är det särskilt oroväckande att det skulle vara betydligt svårare för en från välfärdsområdena fristående samarbetsområde-juridisk person att främja gemensam användning av välfärdsområdena resurser eller att utnyttja och involvera experter och välfärdsområdena linjeledning.

⁵⁵ Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den

5.1.2 Totalreform av beredskapslagen

Syftet med beredskapslagen är att under undantagsförhållanden trygga befolkningens försörjning och landets näringsliv, upprätthålla rättsordningen, de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna samt trygga rikets territoriella integritet och självständighet. I beredskapslagen ingår bestämmelser om befogenheter som avviker från det normala till exempel för att avvika från de grundläggande fri- och rättigheterna, för att sköta statsfinanserna och ordna förvaltningen under undantagsförhållanden. Behovet av en totalreform av beredskapslagen har identifierats och beredningen av totalreformen har inletts. För beredningen av totalreformen har det tillsatts en arbetsgrupp bestående av företrädare för ministerierna och republikens presidents kansli samt juridiska sakkunniga och en parlamentarisk uppföljningsgrupp som ska följa och stödja arbetsgruppens arbete. Avsikten är att regeringens proposition ska lämnas till riksdagen senast under höstsessionen 2025. Totalreformen av beredskapslagen skulle således med avseende på utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården träda i kraft alltför sent för att svara på de förpliktelser som hänför sig till Natomedlemskapet samt de aktuella hotbilderna inom Finlands utrikes- och säkerhetsmiljö.

Förutom den sena tidtabeller är det inte heller ändamålsenligt att reglera tillvägagångssätten under normala förhållanden eller vid störningssituationer i beredskapslagen, eftersom det inte är möjligt att införa de tillvägagångssätt som föreskrivs i beredskapsplanen i sådana störningssituationer inom social- och hälsovården där man inte har kunnat konstatera undantagsförhållanden eller det inte är motiverat att konstatera undantagsförhållanden. Tidigare erfarenheter har också visat att agerande i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden bör grunda sig på tillvägagångssätten under normala förhållanden. Dessutom kan skillnaden mellan störningssituationer under normala förhållanden och undantagsförhållanden vara så hårfin inom social- och hälsovården, som i vardagen kämpar med frågor om liv och död, att det inte är ändamålsenligt att använda undantagsförhållanden som villkor för verkställande av arrangemang som är nödvändiga vid allvarliga störningssituationer inom social- och hälsovården. Till följd av detta är det ändamålsenligt att göra de ändringar som gäller beredskap och förberedelser för störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården i social- och hälsovårdslagstiftningen.

5.1.3 Alternativ som baserar sig på den gällande lagstiftningen

Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö har förändrats och scenariona i anslutning till beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården har blivit radikalt allvarligare i enlighet med vad som beskrivits tidigare i denna proposition. Konflikter, kriser och störningssituationer är mer oförutsägbara och plötsligare än förr och ofta överskrider de också nationsgränserna. Detta har visat i praktiken att lagstiftningen i anslutning till social- och hälsovård samt beredskap och förberedelser i sin nuvarande form inte längre är ändamålsenlig eller tillräcklig. Beredskap för de faktiska hoten i den förändrade omvärlden förutsätter starkare regionalt, nationellt och internationellt samarbete över gränserna för ansvarsområdena och välfärdsområdena med till exempel räddningsväsendet, Gränsbevakningsväsendet, Försvarsmakten, Nato och flertalet andra aktörer.

Den avtalsbaserade verksamhetsmodellen är inte tillräckligt bindande, tydlig och enhetlig för att svara på de nationella och internationella hot som berör social- och hälsovården. Avtalsbasis och dess beroende av regionala beslut säkerställer inte tillräckligt att social- och hälsovårdssystemet fungerar som en enhetlig helhet på samarbetsområdesnivå eller nationell nivå. En del av specialupptagningsområdena inte har nått något avtal och stannat för att verka i ett avtalslöst tillstånd under flera års tid. Till exempel inom specialupptagningsområdet för Uleåborgs universitetssjukhus beslutades det om ett avtal om ordnande för perioden 2018–2021

först sommaren 2019 och inom specialupptagningsområdet för Kuopio universitetssjukhus upprättades ett avtal om ordnande första gången våren 2021. Till de svåraste frågorna hörde arbetsfördelningslösningarna mellan sjukhusen i fråga om vissa operationer och jourer, som uttryckligen är sådana teman som det skulle vara nödvändigt att avtala om med tanke på störningssituationer och undantagsförhållanden. Utöver kraven på kvalitet, verkningfullhet, tillgång till kompetens och upprätthållande av jourberedskapen har ingåendet av avtalen försvårats också av starka regionalpolitiska och regionalekonomiska synpunkter. Beslutsfattandet enligt den gällande lagstiftningen är alltför splittrat i förhållande till behoven enligt hotbilderna i vår omvärld. Organen enligt den gällande lagstiftningen, såsom delegationen för social- och hälsovård enligt 23 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, har inte heller sådan beslutanderätt som skulle behövas i särskilt betydande störningssituationer eller undantagsförhållanden.

Avtalsskyldigheten på samarbetsområdesnivå enligt den gällande lagstiftningen behöver kompletteras med möjlighet att ingå avtal mellan samarbetsområden. Nato-förpliktelserna och beredskapen för nationella hot förutsätter gemensam användning av samarbetsområdenas resurser och nationellt enhetliga principer. Statsrådet har försökt främja åstadkommandet av avtal om ordnande och samarbetsavtal i första hand genom informationsstyrning och genom att utfärda förordningar om saken. Statsrådet har tills vidare inte utnyttjat sin befogenhet enligt det tidigare 43 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen eller 38 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård att bestämma om innehållet i ett avtal om ordnande, i det fall att ett avtal inte kan nås eller avtalet inte uppfyller alla villkor. Detta visar att tröskeln att använda sådan beslutanderätt är mycket hög.

Räddningslagens verksamhetsmodell är inte ändamålsenlig att kopiera direkt till lagen om ordnande av social- och hälsovård, eftersom ansvarsområdenas ledningsstrukturer och verksamhetsmodeller skiljer sig från varandra. Sett till personalresurserna är social- och hälsovårdsväsendet ett ungefär 30 gånger större ansvarsområde än räddningsväsendet⁵⁶. Ansvarsområdets storlek förutsätter ett så brett kompetensunderlag av de ansvariga myndigheterna att skötseln av uppgiften de facto förutsätter att tjänsteansvaret fördelas inom social- och hälsovården, beroende av uppgiften eller till exempel störningssituationens karaktär. Således är det inte ändamålsenligt att i överensstämmelse med 34 § 1, 3 och 4 mom. i räddningslagen alltid utse samma ledare för social- och hälsovården att vara ansvarig myndighet för hantering av störningssituationen. Det kan också vara tydligare att definiera en olycka eller ett tillbud enligt 34 § 1 mom. i räddningslagen och nödvändighet enligt 34 § 4 mom. i den lagen inom räddningsväsendet än inom social- och hälsovården, där man dagligen möter små och även allvarliga störningssituationer.

En verksamhetsmodell baserad på lagstiftningen om social- och hälsovårdens innehåll skisserades 2020, på det sätt som beskrivits tidigare i denna proposition.⁵⁷ Man stannade dock inte för denna modell, eftersom man inom välfärdsområdena måste ha beredskap för och förbereda sig på de hot som identifierats i den nationella riskbedömningen på ett övergripande sätt. I enlighet med verksamhetsmodellen för övergripande säkerhet måste välfärdsområdets social- och hälsovård och räddningsväsende agera som en enhetlig helhet, som förmår samarbeta friktionsfritt med flera olika myndigheter och parter, till exempel Försvarsmakten.

⁵⁶ Löner inom kommunsektorn 2022, Statistikcentralen.

⁵⁷ RP om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen; Bestämmelser om beredskap och hantering av störningssituationer. (2020). Läst på adressen: <https://www.lausuntopalvelu.fi/SV/Proposal/Participation?proposalId=9cff78aa-ab9c-4ba8-8ddf-7dfdf20fddf2>

Att splittra lagstiftningen om tillvägagångssätt på socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar och eventuellt andra substanslagar främjar inte dessa vision. Särskilt för socialvårdens del skulle detta vara nästan omöjligt, eftersom det i socialvårdslagen inte har fastställts några sådana ansvariga myndigheter för socialvården, gemensamma organ för socialvården eller ledningsmodeller som skulle behövas för detta ändamål och som skulle säkerställa att verksamheten samordnas med hälso- och sjukvården och andra ansvarsområden. Dessa frågor kommer att granskas som ett led i arbetet med att utveckla social- och hälsovårdslagstiftningens innehåll enligt den nationella servicereformen, bland annat i samband med reformen av socialvårdslagen.

En modell baserad på beredskapscentren övervägdes när denna regeringsproposition bereddes. Man avstod dock från den, eftersom målsättningen var en så tydlig ledningsmodell för social- och hälsovården som möjligt, som respekterar välfärdsområdenas självstyre och som överensstämmer med de nuvarande verksamhetsmodellerna under normala förhållanden. En modell baserad på beredskapscentren skulle dessutom kunna försvåra samordningen av social- och hälsovården samt räddningsväsendet i störningssituationer, eftersom beredskapscentren enligt 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård har kunskapsunderlag, befogenheter och kompetens endast i fråga om social- och hälsovården. En modell baserad på beredskapscentren skulle också ha förutsatt betydande tilläggsresurser för beredskapscentren som oundvikligheten skulle ha haft kostnadseffekter. Dessutom bör man beakta att ledningen i första hand ska basera sig på ledningssystemet under normala förhållanden och under normala förhållanden har beredskapscentren ingen ledningsuppgift.

En modell baserad på direktioner för samarbetsområdena övervägdes vid beredningen av propositionen. Enligt denna modell skulle det vid vart och ett av de fem samarbetsområdena ha inrättats ett gemensamt organ med företrädare för alla välfärdsområden inom samarbetsområdet. I och med det gemensamma organet skulle ett samarbetsområde för social- och hälsovården enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård vid behov ha kunnat företräda välfärdsområdena inom samarbetsområdet och till exempel vara avtalspart i avtal med staten, Försvarsmakten, Försörjningsberedskapscentralen och motsvarande samarbetspartner. Man valde ändå att inte gå in för denna modell, eftersom målsättningen var en så tydlig ledningsmodell för social- och hälsovården som möjligt, som respekterar välfärdsområdenas självstyre och som överensstämmer med de nuvarande verksamhetsmodellerna under normala förhållanden.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

I utlandet styrs de offentliga resurserna i regel enligt en mer centraliserad modell än i Finland, särskilt med beaktande av Finlands relativt låga invånarantal. Ledningen av och finansieringen via flera kanaler till social- och hälsovården i Finland har under flera årtionden hört till de system i världen som är mest decentraliserade och präglade av silotänkande. Ett decentraliserat system är inte en optimal eller med avseende på flera internationella förpliktelser ens möjlig modell för styrning och hantering av störningssituationer under normala förhållanden och av undantagsförhållanden.

I denna proposition beskrivs de metoder som använts i de nordiska länderna mer ingående. Krisberedskapssystemen i Sverige, Norge och Danmark är sinsemellan mer enhetligare än i Finland, trots att regional beredskapsplanering förutsätts i alla länder. De andra nordiska länderna har nationella krishanteringsmyndigheter, vilkas uppgifter är att koordinera och samordna krisberedskapsåtgärder på myndighetsnivå. Även social- och hälsovårdssystemen är annorlunda än i Finland, så de nordiska systemen kan inte användas direkt som jämförelseobjekt. Dessutom överensstämmer de nuvarande hotbilderna i de nordiska länderna i

många avseenden med hotbilderna i den nationella riskbedömningen och i fortsättningen krävs mer samordning mellan de nordiska länderna. Rysslands anfallskrig har påverkar säkerhetsläget i hela Östersjöområdet. Utöver Finland delar Norge landgräns med Ryssland.

I Sverige vilar det huvudsakliga ansvaret för ordnande och finansiering av hälso- och sjukvården på 21 regioner⁵⁸, av vilka var och en sedan den 1 oktober 2022 har varit en del av ett av sex civilområden som ansvarar för krisberedskapen⁵⁹. Var och en av de 21 regionerna svarar för ordnandet av både primärvård och specialiserad sjukvård. Bland annat skolhälsovården och hemsjukvården samt socialvårdsuppgifterna vilar i sin helhet på de 290 kommunernas ansvar. Det svenska socialdepartementet samt inrättningarna och myndigheterna under det stödjer regionerna och kommunerna. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, som lyder under det svenska försvarsdepartementet stödjer samhällets beredskap vid olyckor, kriser och krig. MSB behandlar särskilt frågor i anslutning till räddningstjänster, förebyggande av olyckor, krisberedskap, medborgaransvar, cybersäkerhet och skydd av telekommunikationer. MSB spelar också en viktig koordinerande roll i samarbetet mellan olika sektorer och samordningen av ansvar samt försörjningsberedskapsfrågor. MSB underlättar internationellt samarbete genom att vara myndighetskontakt i olycks- och krisberedskapsärenden. MSB har en egen lägescentral, som sammanställer den nationella lägesbilden. Till lägescentralens uppgifter hör också att förmedla aktuell information till den portal som inrättats för krisinformation⁶⁰, och som är avsedd för medborgarnas bruk.

I Norge är ministeriet (Helse- og omsorgsdepartementet) samt de myndigheter som lyder under ministeriet (bl.a. HelseDirektoratet) nationella aktörer inom social- och hälsovården. Norge är indelat i 356 kommuner, 15 fylken och fyra regioner. Oslo stad sköter såväl kommunens som fylkets uppgifter. Kommunerna ansvarar för ordnandet av läkartjänster inom primärvården genom avtal med enskilda yrkesutövare (egenläkarlistor) samt ordnandet av socialvårdstjänster. Fylkenas organiseringsansvar omfattar tandvård. I varje region finns ett statsägt regionalt hälsoföretag som svarar för offentliga tjänster inom den specialiserade sjukvården (Regionale Helseforetak), vilkas dotterbolag (Lokale Helseforetak) äger sjukhusen i regionen. I Norge regleras den nationella beredskapen av en lag om nationell säkerhet (Lov om nasjonal sikkerhet, 2019), en lag om materiell beredskap framför allt inom livsmedelsförsörjningen, bränsleförsörjningen och fartygstrafiken (Lov om næringsberedskap, 2012) samt en beredskapslag från 1950 (Beredskapslovet)⁶¹. Varje ministerium svarar för beredskapsfrågor inom det egna förvaltningsområdet. I Norge har de olika myndigheternas beredskap att agera i störningssituationer och under undantagsförhållanden stärkts avsevärt efter terrordådet på

⁵⁸ Janlöv ym. (2023). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 25 No. 4. Läst på adressen: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>

⁵⁹ Länsstyrelsen Stockholm. (30.9.2022). Nya civilområden bidrar till stärkt motståndskraft. Läst på adressen: <https://www.lansstyrelsen.se/stockholm/om-oss/pressrum/nyheter/nyheter---stockholm/2022-09-30-nya-civilomraden-bidrar-till-starkt-motstandskraft.html>

⁶⁰ Krisinformation.se. (29.1.2024). Haettu osoitteesta: <https://www.krisinformation.se/>

⁶¹ Niskanen m.fl. (2024). Norja. *Teoksessa Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista* (Norge. I verket Finns det ett behov för civil beredskap i Finland? Begreppet, användningen och mervärdet av civil beredskap som en del av den nationella beredskapen, på finska, med presentationsblad på svenska) (s. 71-74). Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2024:1. Läst på adressen: [Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista \(valtioneuvosto.fi\)](https://onko.siviilivalmiudelle.tarvetta.suomessa?Siviilivalmiuden%20k%C3%A4site,%20k%C3%A4ytt%C3%B6%20ja%20lis%C3%A4arvo%20osana%20kansallista%20varautumista%20(Valtioneuvosto.fi))

Utøya 2011.⁶² DSB, dvs. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, är en aktör under justitieministeriet vars uppgift är att förebygga samt ha beredskap och krishantering för olyckor, kriser och andra oönskade händelser. DSB planerar, samordnar och övervakar frågor i anslutning till samhällets säkerhet och beredskap och gör lägesanalyser samt svarar för civilförsvaret och dess utveckling. DSB producerar information om kriser och beredskapen för dem för befolkningen.⁶³

Danmarks social- och hälsovårdssystem har tre nivåer och omfattar ett styrsystem på nationell nivå samt fem regioner och 98 kommuner. Statens ansvarar för att samordna högspecialiserade tjänster, samla specialiteterna och säkerställa tjänster av god kvalitet. Det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården vilar på Sundheds- og Ældreministeriet samt på Sundhedsstyrelsen som lyder under det. För socialvården ansvarar Social- og Indenrigsministeriet samt Socialstyrelsen som lyder under det. Regionerna ansvarar för att upprätthålla sjukhus och specialiserad sjukvård i samband med dem samt verksamheten i institutioner inom det sociala området för vissa specialgrupper. Till kommunernas uppgifter hör socialväsendet, inklusive äldreomsorg, samt förebyggande vård, hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård, hemsjukvård och rehabilitering (exkl. krävande rehabilitering).⁶⁴ En beredskapsmyndighet under försvarsministeriet, Beredskabsstyrelsen (BRS), leder den nationella räddningsberedskapen och svarar för samordningen av åtgärder och planering inom samhällets krisberedskap. Samhällets krisberedskaps har utvecklats efter terrorattacken i Köpenhamn 2015 och massskjutningen 2022. För krisberedskapen inom hälsosektorn svarar Sundhedsstyrelsen, till vars uppgifter hör rådgivning och information om hälsofrågor till medborgarna, hälsoministern, kommunerna och andra myndigheter. I särskilt betydande kriser samordnar Sundhedsstyrelsen vid behov verksamheten på regional och lokal nivå. Sundhedsstyrelsens uppgifter har sedan 2015 delvis fördelats på de myndigheter som svarar för styrningen, läkemedelsbranschen, patientsäkerheten samt informationshanteringen inom hälso- och sjukvården.

6 Remissvar

Lagförslaget var på remiss 17.5.2024–28.6.2024. Det kom in sammanlagt 45 utlåtanden. Av utlåtandena kom 13 från välfärdsområden, fem från kommuner och samkommuner, sju från andra ministerier, tio från föreningar och sammanslutningar samt tio från statliga ämbetsverk och inrättningar.⁶⁵

Remissvaren från servicesystemet för social- och hälsovården var i huvudsak positiva och lagförslaget ansågs vara behövligt. Bland välfärdsområdenas remissvar framgick tydligt att de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus stöder propositionen. Också andra än de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus förhöll sig i huvudsak positiva till propositionen, men i utlåtandena betonades det att även mindre välfärdsområden vill bli en del av den nationella ledningsgruppen. Också många andra

⁶² Ministry of Justice and Public Security. (2022). *National counterterrorism strategy, version 2022*. Läst på adressen: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a74960882df34d28a5e272071b4e7d80/national-counterterrorism-strategy.pdf>

⁶³ DSB. (29.1.2024). Läst på adressen: <https://www.dsb.no/>

⁶⁴ Danish Patient Safety Authority - EU Health Insurance. (12.1.2023). How the Danish healthcare system works? Läst på adressen: <https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system/how-the-danish-healthcare-system-works>

⁶⁵ Projekt STM121:00/2023: Regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård (beredskap och förberedelser).

remissinstanser önskade få sina representanter i den nationella ledningsgruppen. I flera remissvar önskades också bestämmelser på lagnivå om nationellt enhetliga nivåer av beredskapsbestämmelser. I den fortsatta beredningen har man strävat efter att betona dessa i motiveringen till propositionen och att regelmässigt använda enhetliga nivåer för beredskapsbestämmelserna, dvs. grundberedskap, höjd beredskap och full beredskap.

Utlåtanden med centrala ändringsförslag kom från justitiekansler, justitieministeriet och finansministeriet.

I justitiekanslers utlåtande ansågs det problematiskt att den föreslagna ledningsgruppens organisatoriska ställning och rättsliga karaktär förblir oklar. Enligt justitiekanslern omfattar ledningsgruppens uppgifter utövande av offentlig makt, varmed bestämmelser om de allmänna grunderna för organet ska utfärdas genom lag. Också den rättsliga karaktären av ledningsgruppens beslut förblev enligt utlåtandet oklar. Enligt justitiekanslern ska lagförslaget förhållande till grundlagen bedömas närmare i motiveringarna till lagstiftningsordningen. Enligt justitiekanslerns utlåtande ändrades den nationella ledningsgruppens karaktär och organisatoriska ställning i den fortsatta beredningen av propositionen så att den egentliga beslutsfattaren är social- och hälsoministeriet, som stöds av en nationell beredskapsgrupp som i sig inte har beslutanderätt. Beredskapsgruppen ska bestå av företrädare för servicesystemet och statsförvaltningen och vara underställd social- och hälsovårdsministeriet.

I justitieministeriets utlåtande fästes uppmärksamhet vid att beredskapsledningsgruppens organisatoriska ställning förblir oklar och att det av propositionsutkastet inte framgår vad det innebär att ledningsgruppen verkar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Justitieministeriets utlåtande lyfter fram att grundlagen inte identifierar en sådan gemensam myndighet för staten och det självstyrande området som skisserats och att det inte heller är ändamålsenligt att inrätta en separat ny myndighet för ärendet i fråga. Om en ny myndighet ändå inrättas ska lagen innehålla mer omfattande bestämmelser om myndighetens verksamhet. Justitieministeriet lyfter även fram det vilseledande namnet ”ledningsgrupp”. I justitieministeriets utlåtande behandlades dessutom frågor om Ålands särställning. På basis av justitieministeriets utlåtande ändrades lagförslaget i den fortsatta beredningen så att både namnet ledningsgrupp och ledningsgruppens ställning som gemensam myndighet för staten och det självstyrande området slopades.

I finansministeriets utlåtande anses propositionsutkastets mål om beredskap på samarbetsområdesnivå och nationell nivå inom välfärdsområdenas social- och hälsovård samt stödandet av hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden vara motiverat. I sitt utlåtande fäste finansministeriet uppmärksamhet vid andra reformprojekt som är under beredning inom statsförvaltningen, såsom reformen av styrningen av välfärdsområdena, reformen av beredskapslagen och reformen av regionförvaltningen, vilka enligt finansministeriet ska beaktas bättre i det aktuella propositionsutkastet. Bilateral förhandlingar fördes om detaljerna i finansministeriets utlåtande mellan social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriets tjänstemannakår och bakgrunden och syftet till propositionsutkastet preciserades. Vid beredningen efter remissbehandlingen gick man också tillsammans med finansministeriet igenom de ändringar som gjorts i propositionsutkastet i fråga om social- och hälsovårdsministeriets beslutanderätt och den nationella beredskapsgruppens roll, varmed oron som finansministeriet framförde i sitt ursprungliga utlåtande inte längre var relevant.

Den fortsatta beredningen och ändringar i propositionsutkastet:

Den fortsatta beredningen efter remissbehandlingen gjordes sommaren och hösten 2024. Under den fortsatta beredningen gick man igenom det ändrade propositionsutkastet i flera möten med intressentgrupper där man samtidigt bad om servicesystemets synpunkter om det ändrade propositionsutkastet. Det ändrade propositionsutkastet presenterades under hösten 2024 åtminstone i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden, i social- och hälsovårdsdelegationens sektion för beredskap, i nätverket för välfärdsområdesdirektörerna, vid social- och hälsovårdsministeriets överläkardagar samt vid flera andra möten med representanter för servicesystemet. Vid dessa möten gavs deltagarna möjlighet att kommentera propositionen och ge sina synpunkter på den. Den allmänna åsikten om den ändrade propositionen var positiv och särskilt företrädarna för social- och hälsovårdens servicesystem ansåg att det fortfarande är nödvändigt att bestämmelserna ändras i den föreslagna riktningen.

Utifrån remissvaren ändrades särskilt den nationella ledningsgruppens verksamhet och dess organisatoriska ställning i lagförslaget. Utifrån remissvaren överfördes den beslutanderätt som i utkastet föreslogs till den nationella ledningsgruppen nu till social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med 50 b § i lagförslaget i fråga. Som stöd för social- och hälsovårdsministeriets beslutsfattande föreskrivs det om en nationell beredskapsgrupp enligt 50 c §, som i stället för den beslutsorganisation som skisserats i det tidigare utkastet är den rådgivande gruppen som social- och hälsovårdsministeriet ska höra. Dessutom gjordes ändringar i 50 a § om beredskap inom samarbetsområdet där hänvisningarna till den nationella ledningsgruppen som avsågs i det tidigare propositionsutkastet slopades. De åsikter som omfattande framfördes i remissvaren om medlemmarna i ledningsgruppen för den nationella beredskapen beaktades så att det till den nationella beredskapsgruppen, utöver de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus, föreslås att medlemmar från finansministeriet och ett välfärdsområde som inte har något universitetssjukhus utnämns.

7 Specialmotivering

36 §. *Samarbetsavtal mellan välfärdsområden.* Enligt förslaget ska 3 mom. 10 punkten i paragrafen ändras så att det i samarbetsavtalet mellan välfärdsområden bestäms om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena även vid hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården, som avses i förslaget i 50 a §. Närmare bestämmelser om de ärenden som bestäms i samarbetsavtalet finns i den föreslagna 50 a §. I fråga om skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 § förblir innehållet i 10 punkten oförändrat.

37 §. I den föreslagna nya 50 a § finns bestämmelser om ärenden som välfärdsområdena ska bestämma om i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 37 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de punkter i samarbetsavtalet som gäller förberedelser och beredskap beredas i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. De nya punkter i samarbetsavtalet om vilka det föreskrivs i 50 a § i lagpropositionen innehåller eller kan innehålla helheter som med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) är sekretessbelagda. Därför föreslås det till 37 § 2 mom. en tredje mening, enligt vilken social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna har rätt att av välfärdsområdena i samarbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får dock inte innehålla personuppgifter.

38 §. I 38 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns bestämmelser om statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden i vissa situationer. Enligt

paragrafens 2 mom. bereds statsrådets beslut gällande detta vid social- och hälsovårdsministeriet. Syftet med bestämmelsen är att försäkra att samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena överensstämmer med 36 § i lagen.

När det i enlighet med den föreslagna 50 a § i samarbetsavtalet ska eller kan bestämmas om saker som med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet är sekretessbelagda, föreslås det en ny, tredje mening till paragrafens 2 mom. Enligt den har ministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter om innehållet i samarbetsavtalen som det behöver även till den del de eventuellt innehåller sekretessbelagda uppgifter. De föreslagna bestämmelserna är nödvändiga för att försäkra att statsrådet kan bedöma och vi behov bestämma om innehållet i samarbetsavtalen mellan välfärdsområden så att de uppfyller förutsättningarna enligt lagen. De uppgifter som lämnas ut till social- och hälsovårdsministeriet får dock inte innehålla personuppgifter.

50 a §. *Hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården.* Till lagen föreslås en ny 50 a §, i vilken det ska föreskrivas om hantering av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården. I paragrafens 1 mom. finns närmare bestämmelser om innehåll om vilka det bestäms i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård gällande social- och hälsovårdens beredskap och förberedelser samt hanteringen av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Enligt 37 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet vad gäller de uppgifter som avser förberedelser och beredskap. Genom detta säkerställs för sin del nationell styrning och nationellt enhetliga strukturer vid ledningen av beredskap och förberedelser.

Flera av de helheter som presenteras i denna paragraf är eller kan vara sådana att de med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet är sekretessbelagda. I praktiken kan välfärdsområdena till exempel gå till väga så att de allmänna grunderna för de ärenden om vilka det föreskrivs i denna paragraf bestäms i offentliga dokument som välfärdsområdesfullmäktige har godkänt, och i detta sammanhang ska andra myndigheter i välfärdsområdet bemyndigas att godkänna detaljerade föreskrifter om ärenden som avses i denna paragraf till den del de innehåller sekretessbelagda uppgifter, enligt de allmänna grunder som fullmäktige godkänt. Såsom för övrigt i ett samarbetsavtal mellan välfärdsområden kan ärenden gällande beredskap och förberedelser som avses i denna paragraf ingå i en separat bilaga till samarbetsavtalet, som i sin tur kan innehålla separata sekretessbelagda bilagor.

Enligt paragrafens 1 mom. 1 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de gemensamma grunderna för beredskapsnivåer och alarmarrangemang och för förfarandena för dessa i välfärdsområdena i samarbetsområdet. Genom förslaget tryggas jämställdheten mellan invånarna i de välfärdsområden som hör till ett och samma samarbetsområde genom att se till att alla välfärdsområden i samarbetsområdet har enhetliga grunder och förfaranden för att sköta störningssituationer och undantagsförhållanden. Enhetlig reglering av beredskapen gör det till exempel möjligt att organisationer kan bedöma och förutse sin egen verksamhet i förhållande till hur situationen utvecklas. Enhetlig reglering av beredskapen gör det möjligt att samtidigt inleda enhetliga åtgärder i olika välfärdsområden. Enhetliga nivåer för regleringen av beredskapen samordnar verksamheten och samarbetet med bland annat försvarsmakten. De allmänt använda beredskapsnivåerna inom social- och hälsovården är grundberedskap, höjd beredskap och full beredskap. I samarbetsavtalen ska man därför bestämma hur och i vilka situationer man övergår från grundberedskap till höjd beredskap eller full beredskap och hur alarmarrangemangen i anknytning till regleringen av beredskapen ska genomföras. Övergången

till höjd beredskap innebär vanligen åtminstone att organisationers kommunikation effektiveras, organisationers nyckelperson kontaktas och informeras samt arrangemang som gör det möjligt att vid behov få organisationsledningen på plats till exempel till läges- eller ledningscentralen.

Enligt paragrafens 1 mom. 2 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om gemensamma förfaranden i välfärdsområdena i samarbetsområdet på olika beredskapsnivåer. Därmed ska det till exempel avtals om ledningsarrangemang av olika slag och ändringar i verksamheten till vilka det övergår i och med ändringarna i beredskapsnivån. Genom förslaget tryggas tillräcklig beredskapsplanering inom social- och hälsovården och enhetliga verksamhetsmetoder på olika beredskapsnivåer i samarbetsområdena. Beredskapsplanerna ska utvecklas enhetligt på samarbetsområdesnivån (enligt den föreslagna ändringen i 51 § under ledning av ett beredskapscenter) så att det blir lättare och möjligt att gemensamt använda resurserna i de välfärdsområden som hör till samarbetsområdet i störningssituationer. Dessutom ökar förslaget samarbetet och den gemensamma utvecklingen av kunnandet mellan de välfärdsområden som hör till samarbetsområdet, i synnerhet vid förutseendet av allvarliga störningssituationer och deras hantering genom delad användning av resurser.

Enligt 1 mom. 3 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om det stöd och den styrning som de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad ordnar för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga resurser att hantera. Med förslaget säkerställs att när resurserna för ett enskilt välfärdsområde överskrids, ska det till sina resurser största välfärdsområdet i samarbetsområdet, som också upprätthåller beredskapscentret, stödja välfärdsområdet i fråga genom att utreda andra välfärdsområdens förutsättningar att stödja det välfärdsområde som störningssituationen gäller samt genom att stödja fördelningen av de övriga välfärdsområdenas stödåtgärder på ett ändamålsenligt sätt inom det välfärdsområde som drabbas av störningssituationen. Det stöd och den styrning som välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad ordnar för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet ska basera sig på en gemensam, delad lägesbild om störningssituationen, om åtgärderna för att hantera situationen och om dess konsekvenser. Stödet kan vara till exempel kartläggningen av tillgången till expertstöd och dess anskaffande i kemiska, biologiska eller strålningsrelaterade hotsituationer eller stöd i anknytning till tillgången till aggregat eller nödbostadsutrustning. Ordlandet av det stöd som avses i bestämmelsen innebär inte att ledningsansvaret överförs till ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad utan varje välfärdsområde ska alltså leda sina egna resurser inom social- och hälsovården i situationer i vilka 1 mom. 3 punkten i den föreslagna paragrafen tillämpas.

Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka de förfaranden på olika nivåer av regleringen av beredskapen som avses i den föreslagna 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om användningen av dem. Syftet med förslaget är att se till att överföringen av ledningsansvaret på det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus eller på HUS-sammanslutningen enligt den föreslagna 1 mom. 5 punkten sker efter gemensamma förberedelser. Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt kan välfärdsområden i förväg komma överens om de principer enligt vilka nödvändigheten av detta förfaringssätt bedöms.

Enligt paragrafens 1 mom. 5 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas att de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad har rätt att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller

hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela resurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet. Genom förslaget tryggas möjligheten att i allvarligare störningssituationer och under undantagsförhållanden leda eller samordna välfärdsområdenas resurser över välfärdsområdesgränser. Denna punkt i momentet är nödvändig, eftersom störningssituationerna i den nationella riskbedömningen, som har beskrivits ovan i propositionens bedömning av nuläget, inte följer välfärdsområdenas geografiska gränser. Därför är det nödvändigt att skapa en bestämmelse som utöver verksamhetsledningen även möjliggör överföring eller utnyttjande av resurser över välfärdsområdesgränser. Bestämmelserna om utnyttjandet av befogenheter i anknytning till en dylik situation finns i paragrafens 2 mom. Resurser som överförs kan vara till exempel anställda inom social- och hälsovården, vårdmaterial, utrustning, fordon, expertstöd eller stödtjänster.

Enligt 1 mom. 6 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera. Utgångspunkten för bestämmelserna i den föreslagna 50 a § är att ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus samt i Nyland HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad, som de största aktörerna inom sina områden, stödjer andra välfärdsområden i sina områden. Regleringen ska emellertid även beakta en situation där dessa områden uttryckligen är i behov av stöd från andra välfärdsområden i området för att hantera en störningssituation. När det bestäms om principerna, ska man ta hänsyn till att i de omständigheter som avses i det föreslagna 50 a § 2 mom. ska de tjänsteinnehavare som har rätt att utöva befogenheter fastställas enligt nämnda 2 mom. även i de fall där stödet enligt paragrafens 1 mom. 6 punkt riktas till ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad.

Enligt 1 mom. 7 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas i ett annat samarbetsområde. I enlighet med de överenskomna principerna kan resurserna hos flera välfärdsområden i ett samarbetsområde även användas i samarbetet med andra samarbetsområden för störningssituationer under normala förhållanden. Mellan samarbetsområdena ska bestämmas hur det ageras i situationer i vilka det behövs resurser inom social- och hälsovården, till exempel material eller personal, över samarbetsområdesgränser. Sådan här verksamhet kan vara till exempel sammanställande av kirurgiska team (mobilkirurgi) eller grupper för taktisk akutvård, i vilka personal och eventuellt också material behövs från flera välfärdsområden och samarbetsområden. Om principerna ska bestämmas så att sådant avtalande som avses i denna punkt är avtalande mellan välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus inom ramen för de principer som avses i denna punkt.

Enligt 1 mom. 8 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskomms med en statlig myndighet. En dylik situation kan till exempel uppstå vid omfattande immigration där myndighetsverksamheten vid gränsen förutsätter stöd från social- och hälsovården på ett enhetligt sätt längs hela landgränsen. I praktiken ska det i samarbetsavtalet till exempel bestämmas hur det från välfärdsområden i ett samarbetsområde samlas gemensamma resurser för hanteringen av sådana störningssituationer i vilka det behövs resurser inom social- och hälsovården från flera samarbetsområden och för vilka beredskapen har planerats på nationell nivå.

Enligt paragrafens 2 mom. kan en tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus inleda de åtgärder som avses i 1

mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna ska inte bedömas genom till exempel nödvändighet som orsakas av externa faktorer utan välfärdsområdena i samarbetsområdet ska komma överens om tröskeln för inledandet av åtgärder och behovet att överskrida den i enlighet med paragrafens 1 mom.

Avsikten med förslaget enligt 2 mom. är att lyfta till författningsnivån sådana bestämmelser som ingår i välfärdsområdenas nuvarande förvaltningsstadgar. I praktiken har välfärdsområdena redan till vissa delar bedömt att ett dylikt förfaringsätt är ändamålsenligt. I nästan alla gällande förvaltningsstadgar för välfärdsområden ingår en mening av följande slag gällande verksamheten i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden och förberedelserna för dessa: *”Avvikelse från behörighetsbestämmelserna i de övriga kapitlen i förvaltningsstadgan kan göras av tvingande skäl vid allvarliga störningar och under undantagsförhållanden. Sådana orsaker kan vara t.ex. hot mot liv och hälsa, avbrytande av livsviktiga tjänster, hot mot ekonomi, fastigheter, annan egendom eller miljö, som medför omedelbar fara eller någon annan allvarlig funktionell eller ekonomisk risk.”*⁶⁶ Enligt den föreslagna bestämmelsen ska befogenheterna i förvaltningsstadgar för enskilda välfärdsområden genom samarbetsavtalet utvidgas att uttryckligen på samarbetsområdesnivån gälla ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Under beredningen av propositionen har det bedömts att det kan vara ändamålsenligt att i förvaltningsstadgarna ge till exempel välfärdsområdesdirektören de i paragrafen beskrivna befogenheterna, eftersom tjänsteinnehavaren i fråga har befogenheten att leda såväl social- och hälsovården som räddningsväsendet. Beroende på naturen av störningssituationen eller undantagsförhållandena kan det dock vara ändamålsenligt att delegera ledningsansvar från välfärdsområdesdirektören till den högsta tjänsteinnehavaren i välfärdsområdet som ansvarar för socialvården, den högsta tjänsteinnehavaren i välfärdsområdet som ansvarar för hälsovården eller till tjänsteinnehavaren som ansvarar för beredskap. Med anledning av detta har ordet välfärdsområdesdirektör inte direkt använts i förslaget utan välfärdsområdesfullmäktige har getts möjligheten att utse tjänsteinnehavarna och deras ställföreträdande enligt den lokala organisationsstrukturen och tjänstebeteckningarna.

Områdesstyrelserna i alla välfärdsområden i ett samarbetsområde ska utan dröjsmål underrättas om inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna. Till exempel avslutandet av åtgärder är en väsentlig förändring som avses i bestämmelsen. Om åtgärdernas längd samt om eventuell tidsmässig fördelning i anknytning till dem bestämmer välfärdsområdena i samarbetsområdet som en del av de principer som avses i 1 mom. Dessutom ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna meddelas om användningen av åtgärderna. Det verkar naturligt att informationen ska gå via föredraganden för välfärdsområdesstyrelsen eller till exempel via samarbetsområdenas ledningsgrupper eller motsvarande grupper.

Genom hänvisningsbestämmelsen i 2 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland anses ett organ som motsvarar välfärdsområdesstyrelsen i ett sådant sammanhang som avses i 2 mom. vara styrelsen för HUS-sammanslutningen samt Helsingfors stads stadsstyrelse. Om dessa föreskrivs inte separat.

⁶⁶ Förvaltningsstadgans ordalydelse gällande befogenheter i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden är likadan hos HUS-sammanslutningen, alla välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt i 14 andra välfärdsområden. Hos tre välfärdsområden är ordalydelsen annorlunda. [den 11 december 2024]

Enligt paragrafens 3 mom. 1 punkt fungerar i Södra Finlands samarbetsområde som tjänsteinnehavare enligt paragrafens 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård. Enligt 2 punkten fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga. I fråga om Södra Finlands samarbetsområde avses här i nuläget till exempel HUS-sammanslutningens chefsöverläkare samt Helsingfors stads sektorchef för social- och hälsovården samt räddningsväsendet. Sektorchefen för social- och hälsovården och räddningsväsendet i Helsingfors stad ska enligt de föreslagna bestämmelserna ha rätt att inleda åtgärder i hela Södra Finlands samarbetsområde, om störningssituationen förutsätter fördelning av resurser i ärenden som gäller socialvården och primärhälsovården.

Flera av de bestämmelser som föreslås i denna paragraf förutsätter i praktiken uppdatering av förvaltningsstadgan för i synnerhet välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus. I synnerhet med tanke på hur bestämmelserna i det föreslagna 1 mom. fungerar i praktiken är det väsentligt att de nödvändiga ändringarna med tanke på beaktandet av befogenheterna för de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus även ska göras i förvaltningsstadgan för alla andra välfärdsområden i samarbetsområdet. Därtill ska man försäkra sig om att de tjänsteinnehavare som avses i 2 och 3 mom. har utsetts i förvaltningsstadgan och att de på basis av bestämmelserna i förvaltningsstadgan eller annat beslutsfattande inom välfärdsområdet har en tillräckligt omfattande kedja av ersättare. Bestämmelser om tidtabellen för uppdateringen av förvaltningsstadgorna finns i övergångsbestämmelserna.

50 b §. *Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården.* Enligt förslaget ska det till lagen fogas en ny 50 b §, i vilken det föreskrivs om den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. I nuläget ansvarar varje välfärdsområde för sina egna förberedelser för störningssituationer samt för hanteringen av störningssituationer, men det existerar varken regionala eller riksomfattande strukturer som stöd för välfärdsområdena. I den aktuella propositionen ska det regionala stödet på det sätt som beskrivs i 50 a § bygga på samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena och på välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt i Nyland på HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Välfärdsområdena har dock ingen nationell samarbetsstruktur, och det är inte heller ändamålsenligt att separat föreskriva om en sådan bara med tanke på beredskap och förberedelser. I den föreslagna verksamhetsmodellen ska social- och hälsovårdsministeriet trygga att beredskapen och förberedelserna fungerar på riksomfattande nivå och kunna fatta beslut i sådana störningssituationer som på de grunder som närmare bestäms i paragrafen förutsätter beslutsfattande och ledning på nationell nivå. Förslaget möjliggör social- och hälsovårdens funktion som en nationellt enhetlig helhet i synnerhet i situationer som förutsätter åtgärder över samarbetsområdenas gränser. Förslaget skapar enhetliga verksamhetssätt i hela landet, vilket för sin del tryggar tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna enhetligt i olika delar av landet på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen.

Enligt paragrafens 1 mom. fattar social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ändamålsenlig användning av resurserna, för tryggnad av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommit inom ramen för internationellt samarbete.

I paragrafens 1 mom. avses med beslutet om ledningen av verksamheten i första hand det att ministeriet ska besluta vilket välfärdsområde som ansvarar för den allmänna ledningen av störningssituationen. Enligt 51 § 6 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård kan ministeriet i särskilt betydande störningssituationer ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården. Ändring av verksamheten kan till exempel betyda att någon funktion läggs ned, utvidgas eller att verksamheten fysiskt överförs till en annan plats. Observera att det bara är möjligt att ändra verksamheten inom ramen för den gällande lagstiftning som gäller uppgiftshelheten och att de föreslagna bestämmelserna inte som sådana gör det möjligt att avvika från kraven i den lagstiftning som gäller uppgiften i fråga. Enligt 86 § i beredskapslagen har social- och hälsovårdsministeriet under undantagsförhållanden rätt att bestämma om ändringar i verksamheten av en verksamhetsenhet för social- och hälsovården, men under normala förhållanden innehåller den gällande lagstiftningen inga motsvarande begränsningsmöjligheter.

Fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena innebär att personal, expertstöd, material, maskiner och utrustning överförs från ett välfärdsområde till ett annat. Utgångspunkten är att det inom ett samarbetsområde bestäms om fördelningen av resurserna enligt den föreslagna 50 a §, men social- och hälsovårdsministeriet ska även vid behov kunna bestämma om fördelningen inom ett samarbetsområde. I regel sker sådan fördelning av resurser genom ministeriets beslut som avses i denna paragraf närmast i situationer som förutsätter beslutsfattande över samarbetsområdesgränser. Bestämmelserna om samarbetsavtal inom social- och vården i 36 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård gör inte som sådana det möjligt att fördela resurser mellan samarbetsområden på basis av avtal mellan välfärdsområden. Såsom det konstaterades ovan i anknytning till ändringen av verksamheten ska man även vid fördelningen av resurserna ta hänsyn till förutsättningarna i den uppgiftsbaserade lagstiftningen, och fördelningen av resurser mellan välfärdsområden kan inte leda till att något område med anledning av detta inte kan ta hand om sina lagstadgade uppgifter.

Störningssituationens omfattning eller särskilda karaktär kan förutsätta begärande och mottagande av internationellt bistånd samt fördelning av biståndet. På motsvarande sätt kan Finland få begäran om att sända internationellt bistånd. Enligt 2 § i lagen om beslutsfattande om lämnande av och begäran om internationellt bistånd fattas beslut om att lämna eller begära bistånd vid statsrådets allmänna sammanträde efter föredragning från ministeriet i fråga. Ministeriets befogenheter enligt 50 b § i mom. i den aktuella lagen ska alltså gälla situationer i vilka statsrådets beslut om lämnande av och begäran om bistånd har fattats och det är meningen att verkställa detta beslut. Ministeriet fattar i så fall beslut om fördelningen av biståndet mellan välfärdsområden och samarbetsområden på ett ändamålsenligt sätt på basis av den existerande lägesbilden. Dylika resurser inom internationellt bistånd som begärs från EU-länder, tredje länder eller internationella organisationer kan vara till exempel medicinska enheter såsom kliniker och fältsjukhus samt hälsovårdsmaterial eller förnödenheter för befolkningen inom livsmedelsförsörjningen och basservicen eller kontanta bidrag och betalningsmedel för deras anskaffande. Integreringen av sådana här resurser med de tjänster som välfärdsområden erbjuder eller det stöd som riktas till befolkningsgrupper som behöver mest stöd ska samordnas med välfärdsområdenas social- och hälsovårdstjänster under social- och hälsovårdsministeriets ledning. Enligt paragrafens 2 mom. är social- och hälsovårdsministeriets beslut tidsbundet. I störningssituationer under normala förhållanden är beslutet i kraft högst tre månader åt gången. Under undantagsförhållanden är beslutet i kraft högst så länge undantagsförhållandena varar. Eftersom det i praktiken är fråga om beslut som riktar sig till välfärdsområdenas verksamhet, ska även verkställandet av beslutet i beslutet åläggas en eller flera välfärdsområden. I paragrafens 2 mom. finns också bestämmelser om företrädesordningen av beslut som fattas av ett välfärdsområde och ministeriet och som riktar sig till samma ärende. Enligt bestämmelsen ska välfärdsområdets beslut i ärendet tillämpas i första hand. Om ministeriet fattar ett beslut

som gäller samma ärende, ska skyldigheterna enligt välfärdsområdets beslut i praktiken tillämpas så att de kompletterar skyldigheterna enligt ministeriets beslut. Om besluten står i strid med varandra, tillämpas de skyldigheter som ställs i ministeriets beslut. I bestämmelsens struktur har strävat efter enhetlighet med bestämmelserna i lagen om smittsamma sjukdomar, som beskriver förhållandet mellan beslut som ett välfärdsområde och regionförvaltningsverket fattat gällande samma område. I det föreslagna 2 mom. konstateras dock direkt att ministeriets beslut tillämpas i konfliktsituationer.

Enligt paragrafens 3 mom. kan social- och hälsovårdsministeriet fatta beslut om de frågor som avses i det föreslagna 1 mom. utan beredning i den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård. I detta fall är förutsättningen att hanteringen av störningssituationen brådskar eller störningssituationens art eller omfattning eller någon annan jämförbar anledning.

I förslaget har ministeriets beslutandeprocess uppdelats i två alternativa rutter beroende på störningssituationens art. I en situation där omedelbart beslutsfattande inte är nödvändigt med anledning av att ärendet brådskar, ska den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård som avses i den föreslagna 50 c § delta i beredningen av ministeriets beslut. När det i 1 mom. som tröskel för beslutsfattande vid ministeriet används uttrycket ”om beslutet behövs”, blir en av de centrala uppgifterna för den nationella beredskapsgruppen uttryckligen att bedöma behovet av och förutsättningarna för beslutsfattandet vid ministeriet. Den andra alternativa ruten är ministeriets direkta beslutsfattande utan beredning i beredskapsgruppen, som avses i 3 mom. Förutsättningen för detta är alltså att direkt beslutsfattande utan beredning i den nationella beredskapsgruppen är nödvändigt med anledning av att hanteringen av ärendet brådskar eller av någon annan jämförbar anledning.

När behandlingen i den nationella beredskapsgruppen som första skede av ministeriets beslut även som snabbast tar flera dygn, är det nödvändigt att göra beslutsfattandet möjligt även i sådana störningssituationer som förutsätter brådskande beslutsfattande och i vilka åtgärderna måste inledas utan att vänta att den nationella beredskapsgruppen har berett ärendet. Vid beredningen av bestämmelserna har det sökts vägledning från 34 § 4 mom. i räddningslagen (379/2011), enligt vilket inrikesministeriets räddningsmyndighet kan överta ledningen av en situation, om det är nödvändigt på grund av de riksomfattande arrangemang som behövs eller på grund av olyckans art eller omfattning. Nödvändighetsbedömningen i den nu föreslagna bestämmelsen avses vara jämförbar med denna bestämmelse i räddningslagen.

Man kan anta att områdena i de flesta situationer inleder hanteringen av störningssituationen utan dröjsmål och snabbare än vad som är möjligt för en aktör på nationell nivå. Efter den initiala hanteringen av situationen kan en regional aktörs resurser dock ta slut eller störningssituationen kan eskalera eller annars visa sig vara mer omfattande än man först trodde. Ministeriets befogenheter på grund av ärendets brådskande natur kan komma i fråga åtminstone i situationer i samband med vilka nationella resurser fördelas. Oftast torde det dock vara fråga om en störningssituation vars omfattning överskrider ett enskilt samarbetsområdes gränser eller resurser. Då är det i praktiken nödvändigt att ledningsansvaret för hanteringen av störningssituationen ligger på nationell nivå, och beslutet om överföringen av ledningsansvaret behövs snabbt. Eftersom det inte på ett uttömmande sätt är möjligt att i bestämmelserna på förhand ta hänsyn till störningssituationernas omständigheter och art, ska det även vara möjligt att ministeriet använder sina befogenheter med anledning av att hanteringen av ärendet brådskar eller av någon annan jämförbar anledning. I bestämmelsen är tröskeln för användningen av befogenheterna på dessa grunder dock tämligen hög.

Enligt 4 mom. får närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av

resurser enligt 1 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet. I princip ska det bestämmas om föreningen av kostnaderna mellan välfärdsområden i anknytning till det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om situationer som överskrider samarbetsområdesgränserna behöver det dock föreskrivas särskilt om bemyndigandet att utfärda förordning. I fråga om statliga ersättningar hänvisas det i 4 mom. till 52 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 52 § 1 mom. i den lagen kan staten medverka i utvecklandet och upprätthållandet av den riksomfattande och regionala beredskap och de riksomfattande och regionala förberedelser som behövs inom social- och hälsovården genom att till den aktör som social- och hälsovårdsministeriet har utsett och bemyndigat betala ersättning för skötseln av en särskild uppgift. När propositionen utarbetades, hade det ingåtts avtal om riksomfattande särskilda uppgifter med tre välfärdsområden. Social- och krisjouren i Vanda och Kervo välfärdsområde har utsetts till den riksomfattande aktören inom psykosocialt stöd, HUS-sammanslutningen har utsetts till aktören för nationell beredskap inom sjuk- och hälsovården och Norra Österbottens välfärdsområde ansvarar för utvecklingen och upprätthållandet av den nationella beredskapsplaneringsportalen. Därtill kan staten med stöd av 52 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård medverka i hanteringen av exceptionella störningssituationer genom att finansiera verksamhet som det av särskilda skäl är ändamålsenligt att ersätta av statsmedel när välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens resurser inte är tillräckliga för att hantera situationen. Det är då fråga om en exceptionell situation, till exempel en storolycka, där situationen medför oskäligen kostnader för välfärdsområdet. Välfärdsområdets uppgifter omfattar organiserings- och kostnadsansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna också i akuta och överraskande situationer, och därmed är den statliga ersättningen bara avsedd för mycket exceptionella situationer. Som exempel har i det tidigare lagberedningsmaterialet (RP 241/2020 rd, s. 728) nämnts naturkatastrofen i Sydostasien 2004, bussolyckan i Malaga 2008 samt vissa våldsdåd i skolor och läroanstalter. Den statliga ersättning som staten med stöd av denna bestämmelse betalar är behovsprövad och ska i princip inte täcka alla de kostnader som hanteringen av störningssituationen orsakar.

I lagförslaget ingår inga separata bestämmelser om ändringssökande i social- och hälsovårdsministeriets beslut som avses i den föreslagna 50 b §. Bestämmelser om sökande av ändring i beslut som en statlig myndighet fattat finns i 60 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt den sker sökande av ändring i ministeriets beslut enligt bestämmelser i lagen om rättegång i förvaltningsärenden. Med tanke på naturen av ministeriets beslut, har det under beredningen inte ansetts vara ändamålsenligt att ha separata bestämmelser om möjliggörandet av begäran om omprövning av ministeriets beslut.

50 c §. *Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård.* Enligt förslaget ska det till lagen fogas en ny 50 c §, i vilken det föreskrivs om den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård. Syftet med beredskapsgruppen är att fungera som stöd för social- och hälsovårdsministeriet vid beredningen och verkställandet av beslut som avses i 50 b §. När ministeriets beslut gäller till exempel ändringar i välfärdsområdenas verksamhet eller fördelningen av välfärdsområdenas resurser, kan man genom beredning i beredskapsgruppen trygga tillgången till aktuell information om välfärdsområdenas situation och behov vid hanteringen av störningssituationer.

Enligt paragrafens 1 mom. tillsätter statsrådet på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård. Gruppen tillsätts för beredningen av beslut som avses i den föreslagna 50 b §. Som verksamhetsform är den föreslagna beredskapsgruppen ny, men beredningsgrupper av motsvarande slag tillsätts till exempel för beredningen av vissa beslut av statsrådet (15 § i lagen om välfärdsområden, 26 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering). Medlemmarna i den nationella beredskapsgruppen arbetar under tjänsteansvar.

Enligt paragrafens 1 mom. 1 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande vid social- och hälsovårdsministeriet som avses i 50 b § 1 mom. När förutsättningen för beslutsfattande vid social- och hälsovårdsministeriet är en lägre tröskel än nödvändighetskriteriet, är det den nationella beredskapsgruppens uttryckliga uppgift att bedöma om det överhuvudtaget finns förutsättningar för beslutsfattandet vid ministeriet. Detta innebär att den nationella beredskapsgruppens bedömning om huruvida det finns behov av och allmänna förutsättningar för beslutsfattande i en situation som inte förutsätter omedelbart beslutsfattande på det sätt som avses i det föreslagna 50 b § 3 mom. i praktiken är förutsättningen för att ministeriet överhuvudtaget kan fatta beslut på det sätt som avses i 50 b § 1 mom.

Enligt paragrafens 1 mom. 2 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som social- och hälsovårdsministeriet fattar med stöd av i 50 b § 1 mom. När ministeriets beslut är tidsbundna, är det den nationella beredskapsgruppen som gör en bedömning av ändringar i dem. Den nationella beredskapsgruppen kan bedöma ändrande av ett beslut som fattats av social- och hälsovårdsministeriet även när beslutet har fattats utan beredning i den nationella beredskapsgruppen enligt 50 b § 3 mom. Social- och hälsovårdsministeriet kan dock ändra ett dylikt beslut som det fattat utan beredning i beredskapsgruppen, om de förutsättningar för detta förfarande som avses i 50 b § 3 mom. alltså uppfylls.

Enligt 1 mom. 3 punkten i paragrafen har beredskapsgruppen till uppgift att göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation. Såsom det har konstaterats ovan i motiveringen till 50 b § 1 mom. kan ändring av verksamheten till exempel betyda att någon funktion läggs ned, utvidgas eller att verksamheten fysiskt överförs till en annan plats. Som annan åtgärd kan den nationella beredningsgruppen göra framställningar om till exempel det välfärdsområde till vilket ledningsansvaret för hanteringen av en störningssituation i social- och hälsovårdsministeriets beslut hänvisas.

Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation. Utredningen av välfärdsområdenas resurser avses vara en av beredskapsgruppens centrala uppgifter och i flera situationer en förutsättning för att social- och hälsovårdsministeriet kan bestämma om fördelningen av resurser mellan välfärdsområden eller om fördelningen av nationella resurser till välfärdsområden. Ett av de väsentligaste syftena med beredningsgruppsstrukturen är att erbjuda beslutsfattaren på nationell nivå detaljerad och uppdaterad lägesinformation om välfärdsområdenas resurser och behoven i anknytning till dem. Enligt bestämmelsen ska den nationella beredskapsgruppen också göra framställningar om en ändamålsenlig fördelning av resurser mellan välfärdsområden. Såsom det har konstaterats ovan kan resurser i social- och hälsovårdsministeriets beslut också fördelas över samarbetsområdesgränser.

Enligt paragrafens 1 mom. 5 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser. I praktiken är det fråga om resurser vars fördelning i princip är beroende av någon statlig myndighetens prövning. Den nationella beredskapsgruppen ska därmed göra framställningar i anknytning till denna punkt närmast på en statlig myndighets initiativ. Bestämmelsen kan bli tillämplig till exempel i en situation där förnödenheter delas ut från statens säkerhetslager till välfärdsområden. Vid fördelningen ska de principer för fördelningen av resurser som ifrågasatt statliga myndigheter bestämt beaktas. Principerna kan till exempel ha anknytning till fördelningen av resurser i förhållande till antalet invånare eller basera sig på behovet genom objektivt beaktande

av behovet i olika områden. Genom förslaget tryggas till exempel fördelningen av specialiserat kunnande inom hälso- och sjukvården, utjämnandet av patientplatser i överbelastningssituationer, fördelningen av nationellt skaffade vaccin eller nationellt material i statens säkerhetslager till välfärdsområdena och samarbetsområdena på ett ändamålsenligt sätt. Denna punkt i momentet har nära samband med utredningen av välfärdsområdenas resurser och de slutsatser som dras ur den, som avses i 4 punkten i momentet.

Enligt paragrafens 1 mom. 6 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut. Eftersom beredskapsgruppen i samband med beredningen av sina förslag även för övrigt är väl insatt i frågor i anknytning till hanteringen av störningssituationen i fråga, är det naturligt att beredskapsgruppen också lägger fram ett förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.

Enligt paragrafens 2 mom. ska ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Enligt paragrafens 2 mom. 1 punkt ska till beredskapsgruppen utses en företrädare för finansministeriet. Enligt 2 mom. 2 punkten ska till beredskapsgruppen utses en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Därtill ska till beredskapsgruppen enligt 2 mom. 3 punkten höra en företrädare för Helsingfors stad och enligt 4 punkten en företrädare för HUS-sammanslutningen. Enligt 5 punkten ska till beredskapsgruppen också höra en företrädare för ett välfärdsområde som inte är huvudman för ett universitetssjukhus. Där är ändamålsenligt att den ledamot som representerar ett annat välfärdsområde ska bytas ut efter varje mandatperiod för beredskapsgruppen. Det finns dock skäl att låta välfärdsområdena avgöra detta och inte föreskriva om detta separat. Enligt förslaget ska det i den nationella beredskapsgruppen finnas sammanlagt 10 ledamöter inklusive ordförandena.

Enligt paragrafens 3 mom. ska det för varje ledamot i beredskapsgruppen utnämnas ett tillräckligt antal personliga ersättare. Syftet med regleringen är att i beredskapsgruppens verksamhet ska från välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen delta den tjänsteinnehavare som på basis av den inom området överenskomna ersättarkedjan vid varje tidpunkt är den i 50 a § 2 och 3 mom. avsedda tjänsteinnehavaren. Därför ska alla ställföreträdare i tillsättningsbeslutet utses till ersättare, och vid behov ska beredskapsgruppens sammansättning ändras, när det sker förändringar i tjänsteinnehavare som har rätt att använda befogenheterna och i deras ersättare. Genom förslaget vill man se till att alla medlemmar samt den expertis som behövs för den nationella beredskapsgruppens arbete är tillgängliga för den nationella beredskapsgruppen även i situationer i vilka en del av de tjänsteinnehavare som är utsedda till ordinarie ledamöter är förhindrade.

Enligt paragrafens 3 mom. ska de ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. Syftet med förslaget är att se till att de tjänsteinnehavare som utses till den nationella beredskapsgruppen har tillräckligt med sådan erfarenhet och sakkunskap som uppgiften förutsätter samt tillräckliga befogenheter i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Ledamöterna i den nationella beredskapsgruppen ska utses enligt organisation. Syftet med den nationella beredskapsgruppen är att samla bästa möjliga erfarenhet och omfattande sakkännedom inom servicesystemet för social- och hälsovården samt beredskap och förberedelser. Ledamöterna i den nationella beredskapsgruppen ska främja det nationella intresset med sin expertis och inte representera sitt eget område eller sin hemorganisation. Social- och hälsovårdens förvaltningsområde är brett, och i störningssituationer samt under undantagsförhållanden ska man kunna bedöma situationens inverkan och de nödvändiga

åtgärderna inom hela förvaltningsområdet. Covid-19-pandemin visade att frågor inom såväl den specialiserade sjukvården som inom primärhälsovården och socialvården ska beaktas. En verksamhetsmodell av motsvarande slag har konstaterats fungera väl tidigare när syftet har varit att på nationell nivå skapa en bred representation av synpunkter från olika aktörer som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården och trygga gruppens funktionsförmåga i störningssituationer och under undantagsförhållanden.

Enligt paragrafens 3 mom. fjärde meningen tillämpas bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) inte på den nationella beredskapsgruppens sammansättning. Detta beror för det första på förutsättningen i anknytning till 2 mom. 2–4 punkten i paragrafen, som innebär att enbart tjänsteinnehavare som avses i 50 a § i förslaget kan utses till beredskapsgruppen som ledamot eller ersättare. Detta innebär enligt den föreslagna 50 a § att det i praktiken i varje sådant område som avses i 2–4 punkten bara finns som alternativ några få tjänsteinnehavare som i förvaltningsstadgan getts exceptionella befogenheter i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Dessutom kan förutsättningen om företrädnas sakkunskap i enlighet med paragrafens 3 mom. tillsammans med bestämmelsen i 50 a § om de personer bland vilka valet ska göras i vissa situationer vara besvärliga att samordna med kvotbestämmelsen i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män.

Enligt paragrafens 3 mom. sista meningen fattas beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandatperiod av social- och hälsovårdsministeriet. När beredskapsgruppens mandatperiod är högst fem år, kan man anta att det under den här tiden sker flera ändringar i sammansättningen. Det kan inte anses vara ändamålsenligt att statsrådet fattar beslut om dylika ändringar. Det att ministeriet beslutar om ändringar i sammansättningen är gängse praxis till exempel när det gäller delegationer som statsrådet utsett.

Vid den nationella beredskapsgruppens sammanträden förutsätts ingen fysisk närvaro, om det är möjligt att försäkra sig om att mötets informationssäkerhet kan tryggas med till exempel den offentliga förvaltningens säkerhetsnätverksamhet. Detta är nödvändigt med tanke på beredskapsgruppens verksamhet, eftersom ledamöterna är tjänsteinnehavare som även ansvarar för åtgärder i anknytning till hanteringen av en störningssituation inom sitt område. Dessutom är det i vissa situationer möjligt att den nationella beredningsgruppen måste sammankallas på väldigt kort varsel. Syftet med distansdeltagandet är att se till att den nationella beredskapsgruppen kan sammanträda och göra förslag även då tidtabellen är exceptionellt brådskande och i särskild betydelsefulla störningssituationer, i vilka det inte nödvändigtvis är möjligt att på kort varsel få alla företrädare i den nationella beredskapsgruppen med på ett fysiskt möte.

Enligt paragrafens 4 mom. samarbetar den nationella beredskapsgruppen med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Med förslaget tryggas smidigt samarbete, gemensam beredskapsplanering och riskbedömning samt dubbelriktad men nationellt samordnad hjälp mellan till exempel kommunerna, försvarsmakten, Gränsbevakningsväsendet, polisen, FPA och andra myndighetsaktörer. I vissa fall kan det också vara fråga om en behörig myndighet i en annan stat med vilken det är nödvändigt att utföra uppgifter i anknytning till beredskap, förberedelser eller en störningssituation under normala förhållanden eller under undantagsförhållanden. Den nationella beredningsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sakkunniga som stöd för hanteringen av gruppens uppgifter. I bestämmelsen ingår också en informativ bestämmelse om att den nationella beredskapsgruppen i den mån det är möjligt också ska höra andra aktörer med koppling till hanteringen av störningssituationen. Bestämmelsen omfattar på ett brett sätt eventuella aktörer i den privata sektorn och tredje sektorn med koppling till hanteringen av störningssituationer, till exempel

Finlands Röda Kors. Vid hanteringen av störningssituationer ska även privata tjänsteleverantörer som välfärdsområden anlitar och deras företrädare höras.

51 §. Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården. Till 2 mom. i paragrafen, som gäller uppgifterna för beredskapscentret för social- och hälsovården, föreslås en ny 5 punkt, enligt vilken beredskapscentret har till uppgift att inom sitt samarbetsområde styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer som avses i 1 mom. Genom förslaget stärks beredskapscentrets roll i beredskapsplaneringen för social- och hälsovården och i dess styrning. I praktiken har beredskapscentren redan nu utfört styrningsskyldigheten av ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus inom beredskapsplaneringen enligt den nuvarande lagstiftningen.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Den föreslagna lagen innehåller ett bemyndigande att utfärda förordning. I 50 b § föreskrivs det om den nationella ledningen i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Enligt 4 mom. närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt paragrafens 1 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet. Då man i samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena kommer överens om kostnadsfördelningen för fördelningen av resurserna inom varje samarbetsområde, är användningsområdet för bemyndigandet att utfärda förordning som nu avses närmast situationer där resurserna fördelas över samarbetsområdesgränserna på basis av social- och hälsovårdsministeriets beslut.

9 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft våren 2025.

I lagen föreslås vissa övergångsbestämmelser.

Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. Eftersom välfärdsområdena enligt övergångsbestämmelsen har nio månader på sig att uppdatera bestämmelserna i förvaltningsstadgan, kan den nationella beredskapsgruppen första gången tillsättas så att alla ledamöter som utses inte nödvändigtvis är sådana tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.

I 50 a § i lagförslaget finns flera bestämmelser som ska beaktas separat i samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena inom respektive samarbetsområde för social- och hälsovården. Enligt övergångsbestämmelsen ska samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.

Flera bestämmelser i lagförslaget leder till att välfärdsområdenas förvaltningsstadga måste ändras. Ändringarna gäller i huvudsak förvaltningsstadgarna för de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Också andra välfärdsområden bör dock bedöma om till exempel bestämmelserna om användning av de befogenheter som avses i 50 a § för tydlighetens skull även bör finnas i förvaltningsstadgarna för dessa områden. Enligt den föreslagna övergångsbestämmelsen ska varje välfärdsområdes förvaltningsstadga bringas i överensstämmelse med detta lagförslag inom sex månader från ikraftträdandet av lagen.

10 Verkställighet och uppföljning

Samarbetet mellan välfärdsområdena har under året 2023 och i början av 2024 intensifierats när det gäller beredningen av samarbetsavtalen enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetet mellan välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen gällande beredskap har också förstärkts under ledning av social- och hälsovårdsministeriets beredskapsenhet efter att beredskapscentren den 1 januari 2023 inledde sin verksamhet. Syftet är att i fråga om socialvård och primärhälsovård stärka samarbetet och kunnandet i beredskapsrelaterade uppgifter under nationell ledning under 2024. Verkställandet av de föreslagna ändringarna kan beredas mot slutet av 2024 innan lagen träder i kraft, i vilket fall exceptionellt korta övergångsperioder är motiverade. Social- och hälsovårdsministeriet har gott om tidigare erfarenhet om lednings- och styrgruppsarbete på nationell nivå. Social- och hälsovårdsministeriet är i beredskap att starta arbetet av den ledningsgruppen för beredskap inom social- och hälsovården omedelbart efter att de åtgärder som behövs för dess grundande har vidtagits av välfärdsområdena. Funktionen av den föreslagna lagens bestämmelser granskas regelbundet, i synnerhet om det förekommer allvarliga nationella eller internationella störningssituationer i anknytning till social- och hälsovården. Dessutom bedöms bestämmelsernas funktion som en del av beredskapslagens totalreform och utvecklingen av innehållslagstiftningen för social- och hälsovården enligt den nationella servicereformen.

11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Enligt 19 § 1 mom. har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. I 19 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs att det allmänna ska, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen har en nära koppling till rätten till liv som tryggas i 7 § i grundlagen. Med oundgänglig försörjning och omsorg avses sådan inkomstnivå och service som tryggar förutsättningarna till ett människovärdigt liv. Till ett sådant stöd hör t.ex. att se till att den stödbehövande får den föda och har möjlighet till sådant boende som är en förutsättning för att hälsan och livskraften ska bevaras. (RP 309/1993 rd, s. 73). När det gäller ordnandet av social- och hälsovård medför bestämmelsen en skyldighet för det allmänna att trygga nödvändiga social- och hälsovårdstjänster i hela landet även i störningssituationer och undantagsförhållanden. Målet med det aktuella lagförslaget är att skapa bättre förutsättningar för detta än för närvarande.

Människors rätt till hälsa och välfärd samt rätt till hälso- och sjukvårdstjänster har som en mänsklig rättighet erkänts i flera konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. De viktigaste av dessa är den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, ESK-konventionen) som ingåtts inom ramen för FN. Enligt artikel 2.1 förpliktar sig varje konventionsstat att vidta åtgärder för att uppnå syftet med konventionen. Artikel 4 i konventionen innehåller förutsättningar med stöd av vilka de i konventionen tillförsäkrade rättigheterna kan begränsas. En konventionsstat kan endast underkasta dessa rättigheter sådana begränsningar som är angivna i lag och då enbart i den utsträckning detta är förenligt med rättigheternas natur samt uteslutande i syfte att främja det allmänna välbefindandet i ett demokratiskt samhälle. Även om någon rättighet begränsas, ska de minimiskyldigheter som följer av rättigheten alltid respekteras. En konventionsstat får under inga omständigheter berättiga ett underlåtande att fullgöra sina minimiskyldigheter och får inte avvika från dessa skyldigheter.

Enligt artikel 6 i FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (FördrS 8/1976, MP-konventionen) har varje människa en inneboende rätt till livet och denna

rättighet ska skyddas genom lag. Efterlevnaden av MP-konventionen övervakas av FN:s kommitté för mänskliga rättigheter, som 2019 utarbetade en allmän rekommendation om tolkningen av rätten till liv, som erkänns som en mänsklig rättighet i konventionen. Enligt rekommendationen innebär rätten till liv att staterna aktivt ska vidta lämpliga åtgärder för att åtgärda sådana allmänna missförhållanden i samhället som kan orsaka direkta hot mot liv eller hindrar personer från att med värdighet åtnjuta sin rätt till liv. Enligt rekommendationen innebär detta att staterna ska se till att alla utan dröjsmål har tillgång till sådana förnödenheter och tjänster som är nödvändiga för deras liv. Med nödvändiga tjänster avses enligt rekommendationen bland annat nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om vilka bristfällighet kan orsaka fara för en persons liv. (CCPR/C/GC/36, punkt 26.)

I del I punkt 11 i Europarådets reviderade europeiska sociala stadga (FördrS 78–80/2002) har konventionsstaterna åtagit sig att eftersträva förhållanden där var och en har rätt att åtnjuta alla åtgärder som kan bidra till att ge bästa möjliga hälsotillstånd. I artikel 11 i del II i stadgan fastställs rätten till bästa möjliga hälsotillstånd och rätten till hälso- och sjukvård. I artikel 13 i del II i stadgan föreskrivs det om rätten till social och medicinsk hjälp. Artikel 14 i stadgan gäller rätten till sociala tjänster och artikel 16 och 17 om familjens samt barnens och ungas rätt till socialt, rättsligt och ekonomiskt skydd.

Dessutom har till exempel FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59–60/1991), som är bindande för Finland, erkänt bland annat rätten till bästa möjliga hälsotillstånd och tryggnad hälso- och sjukvårdstjänster som en mänsklig rättighet.

Genom att stärka samarbetet mellan välfärdsområdena och förtydliga ledningsansvaret för hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden svarar man också bättre än tidigare på de krav som internationella konventioner om mänskliga rättigheter ställer på Finland.

I 22 § i grundlagen förpliktas det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. För social- och hälsovårdens del avses med det allmänna både staten och välfärdsområdena. 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 hälso- och sjukvårdstjänster blir tryggade. Den finansiering och de resurser som verksamheten kräver utgörs nu i huvudsak av finansiering med allmän täckning som staten beviljar välfärdsområdena.

Propositionen innehåller bestämmelser om samarbetet mellan välfärdsområdena i ett samarbetsområde, om samarbetet mellan samarbetsområdena samt om samarbetet mellan samarbetsområdena och staten. Genom samarbetet garanteras att välfärdsområdena kan ansvara för sina lagstadgade uppgifter även i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden.

Social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela systemet för grundläggande fri- och rättigheter, såsom med tanke på jämlikhet och förbud mot diskriminering (RP 309/1993 rd, s. 71). De föreslagna bestämmelserna tryggar enhetliga verksamhetssätt i hela landet. På det här sättet förbättras invånarnas jämlikhet regionalt, och tillgången till nödvändiga och brådskande tjänster och hjälp tryggas även under exceptionella förhållanden. Som ett sätt att trygga de grundläggande fri- och rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen har det godkänts en arbetsfördelning av tjänster inom social- och hälsovård och deras samlande i större enheter, om detta är nödvändigt för att trygga specialiserat kunnande och därmed klientsäkerhet och tjänsternas kvalitet. Regionalt enhetlig beredskap i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården förutsätter

specialkunskaper i flera områden för att det ska vara möjligt att uppnå och upprätthålla tillräcklig skicklighet och kunskap i anknytning till beredskap och förberedelser. På det här sättet tryggas även, på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen, att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses jämlikt i olika delar av landet.

Enligt 17 § i grundlagen är Finlands nationalspråk finska och svenska, och genom bestämmelsen tryggas de språkliga rättigheterna. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas till exempel på grund av språk. Bägge bestämmelserna visar lagstiftarens vilja att trygga nationalspråkens jämlikhet i verkligheten. Den viktigaste lagen som gäller användning av nationalspråken är språklagen, men det föreskrivs om språkliga rättigheter även i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt till exempel i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter samt i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. De föreslagna ändringarna som ska stärka samarbetet mellan välfärdsområdena och en ändamålsenlig användning av resurserna över välfärdsområdenas gränser vid behov, kan även antas främja de språkliga rättigheterna och jämlikheten mellan olika språkliga minoriteter och språkgrupper.

Enligt 121 § 1 mom. i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyre för kommunens invånare. Enligt 121 § 2 mom. utfärdas bestämmelser om de uppgifter som åläggs kommunerna genom lag. Enligt 121 § 4 mom. bestäms om självstyre på större förvaltningsområde än kommuner genom lag. Ett välfärdsområde är ett offentligrättsligt samfund som har självstyre inom sitt område på det sätt som föreskrivs i lagen om välfärdsområden. Grundlagsutskottet har betonat att de nödvändiga baselementen för självstyrelse i områden större än kommuner är att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets uppgifter och förvaltning (GrUU 17/2021 rd och 26/2017 rd).

Finland har ratificerat Europarådets stadga om lokalt självstyre (FördrS 66/1991) där de viktigaste egenskaperna i fråga om lokalt självstyrelse definieras. Enligt artikel 3 i stadgan innebär lokalt självstyre de lokala myndigheternas rätt och behörighet att med stöd av lagen reglera och sköta en betydande del av de offentliga angelägenheterna på eget ansvar och i lokalbefolkningens intresse. Denna rätt utövas av de fullmäktige eller möten vars ledamöter har valts genom sluten omröstning genom fria direkta val i enlighet med principen om lika och allmän rösträtt och som kan ha verkställande organ som är ansvariga inför dem.

Propositionen innehåller bestämmelser som är av betydelse för välfärdsområdenas självstyrelse och för Helsingfors stads del också med tanke på den kommunala självstyrelsen. Det samarbete inom varje samarbetsområde för social- och hälsovården som ingår i samarbetsavtalet för välfärdsområdena, regleringen av den nationella beredskapsgruppen inom social- och hälsovården samt den beslutanderätt som i vissa situationer föreslås för social- och hälsovårdsministeriet när det gäller den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden som ingår i förslaget är av betydelse med tanke på välfärdsområdets självstyrelse.

I propositionen föreslås det att välfärdsområdena i varje samarbetsområde ska komma överens om frågor som gäller beredskap i det samarbetsavtal mellan välfärdsområdena som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska till exempel avtala om verksamhetspraxis, såsom gemensamma nivåer för reglering av beredskapen och larmarrangemang samt till exempel om arrangemang i fråga om hanteringen av störningssituationer, såsom principerna för fördelning av resurser mellan välfärdsområdena. I vissa situationer kan de tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus utöva behörighet för alla

välfrädsområden på det sätt som överenskommits i samarbetsavtalet mellan välfrädsområdena och bestämts i förvaltningsstadgan för välfrädsområdena i området.

Bakgrunden till de ovan beskrivna förslagen är alltså de beslut som fattats i enskilda välfrädsområden inom ramen för självstyrelsen. Ur välfrädsområdets synvinkel kan förslagen särskilt i fråga om behörigheten att fördela resurser och leda verksamheten anses vara relativt betydande med tanke på välfrädsområdets självstyrelse, eftersom det föreslagna förfarandet med författningsbaserat avtal kan tolkas som obligatoriskt samarbete mellan välfrädsområdena. Som utgångspunkt för förslaget har dock den demokratiska styrningen av välfrädsområdena beaktats så att utövandet av behörigheten grundar sig på samarbetsavtalet och på de förvaltningsbestämmelser som godkänns i välfrädsområdesfullmäktige i varje välfrädsområde inom samarbetsområdet. Eftersom välfrädsområdena inom samarbetsområdet för det första kommer överens om de störningssituationer som utövandet av behörigheten kan hänföra sig till och för det andra om den tröskel över vilken behörigheten kan utövas, föreslås det inte i propositionen att till exempel kravet på nödvändighet som bedöms utifrån uppfylls som grund för utövandet av behörigheten. Eftersom välfrädsområdena i de olika samarbetsområdena är olika är det mer ändamålsenligt att välfrädsområdena avtalar om saken.

Genom de föreslagna bestämmelserna stärks enhetligheten i verksamheten i de välfrädsområden som hör till samma samarbetsområde samt möjligheterna att stödja sig på stödet från andra välfrädsområden i området när de egna resurserna visar sig otillräckliga i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Genom den föreslagna lagstiftningen tryggas social- och hälsovårdstjänsterna för invånarna i välfrädsområdena även under förhållanden som avviker från det normala och jämlikheten mellan invånarna ökas genom att säkerställa att alla välfrädsområden i samarbetsområdet har enhetliga grunder och förfaranden för att hantera störningssituationer och undantagsförhållanden.

Enligt förslaget kan social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden fatta beslut om ledningen av välfrädsområdets social- och hälsovärdsverksamhet och om ändring av verksamheten samt om fördelningen av resurserna mellan välfrädsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för att resurserna ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt, för att trygga ordnandet av tjänsterna eller för att samordna verksamheten. Social- och hälsovårdsministeriets behörighet utvidgas något jämfört med nuläget i och med förslaget. Med tanke på välfrädsområdenas självstyrelse kan detta dock inte betraktas som ett väsentligt mer omfattande ingripande i välfrädsområdenas självstyrelse än vad som är möjligt redan inom ramen för 51 § 6 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård. Med stöd av nämnda lagrum kan social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer som gäller två eller flera välfrädsområden eller HUS-sammanslutningen och ett eller flera välfrädsområden förordna ett av dessa välfrädsområden eller HUS-sammanslutningen, då störningssituationen gäller den, att leda och samordna situationen inom social- och hälsovården, och särskilt i betydande störningssituationer kan social- och hälsovårdsministeriet överta ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Enligt 121 § 4 mom. bestäms om självstyre på större förvaltningsområde än kommuner genom lag. Genom bestämmelsen uttrycks möjligheten att ordna större självstyrande områden än kommuner i enlighet med principerna för självstyre (RP 1/1998 rd, s. 176/II). Grundlagsutskottet har konstaterat att 121 § 1 mom. i grundlagen tillsammans med 121 § 4 mom. i grundlagen bildar en helhet (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 20/2013 rd, s. 9/II). Enligt grundlagsutskottet kan det av 121 § 4 mom. i grundlagen eller dess förarbeten inte utläsas likadana krav för landskapens självstyrelse som det i grundlagens 121 § 1–3 mom. ställs för

självstyrelsen för kommunens invånare (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 26/2017 rd, s. 21). Enligt grundlagsutskottet kan grundlagstiftaren inte anses ha avsett att självstyrelsen i områden som är större än kommuner ska vara likadan som självstyrelsen för kommunens invånare som har långa historiska traditioner och uttryckliga bestämmelser om särskilda konstitutionella garantier (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 26/2017 rd, s. 21).

Enligt artikel 4.3 i Europarådets stadga om lokalt självstyre ska offentliga uppgifter i allmänhet i första hand skötas av de myndigheter som står närmast medborgaren. När en uppgift anförtros en annan myndighet ska uppgiftens omfattning och karaktär samt effektivitets- och lönsamhetskrav beaktas. De lokala myndigheternas befogenheter ska i allmänhet vara fullständiga och obegränsade. Central- eller regionförvaltningsmyndigheten får inte försvaga eller begränsa dem om inte något annat föreskrivs i lag. Genom den föreslagna lagen ges social- och hälsovårdsministeriet i vissa situationer rätt att ta ledningsansvaret nationellt i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Det är fråga om situationer där det med beaktande av uppgiftens omfattning och karaktär kan bedömas att tryggheten av social- och hälsovårdstjänsternas verksamhet kräver att ministeriet fattar beslut på nationell nivå.

Den föreslagna lagstiftningen gör det inte möjligt att avvika från de lagstadgade kraven på skötseln av uppgifter i störningssituationer under normala förhållanden. De föreslagna bestämmelserna som möjliggör avvikelse från den normala behörigheten kan alltså tillämpas vid störningssituationer under normala förhållanden endast inom de gränser som den uppgiftsspecifika lagstiftning som gäller vid tidpunkten i fråga möjliggör. Klienter och patienter ska med andra ord ha rätt till tjänster på normalt sätt, och vid ordnandet av tjänsterna iaktas till exempel de maximitider som föreskrivs för tillhandahållandet av tjänsterna. Det är inte heller möjligt att bestämma att enskilda verksamhetsenheters verksamhet ska utvidgas eller ändras på annat sätt. De föreslagna behörighetsbestämmelserna har inte heller några konsekvenser för anställningsvillkoren för anställda inom social- och hälsovården. De föreslagna bestämmelserna står därför inte i strid med det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Det är en annan sak att man under undantagsförhållanden kan ta i bruk befogenheter enligt beredskapslagen med stöd av vilka man kan ingripa i tjänsternas innehåll och sättet att ordna dem.

De föreslagna bestämmelserna är också av betydelse med tanke på finansieringen av välfärdsområdenas och Helsingfors stads verksamhet och finansieringsprincipen. Propositionen har utarbetats så att man i situationer där resurser överförs mellan välfärdsområdena också ska komma överens om kostnadsfördelningen i anslutning till detta i välfärdsområdenas samarbetsavtal. Det föreslagna förfarandet medför alltså inga ekonomiska förluster för välfärdsområdena.

Människors sociala rättigheter och rätt till hälsa och liv har tryggats som en grundläggande rättighet både i Finlands grundlag och i flera internationella konventioner om mänskliga rättigheter. I olika störningssituationer under normala förhållanden och i synnerhet under undantagsförhållanden finns det risk för att dessa rättigheter inte tillgodoses.

Vid bedömningen av förhållandet mellan de föreslagna bestämmelserna och det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster och välfärdsområdenas självstyrelse enligt 129 § 4 mom. i grundlagen, ska det anses att det allmännas skyldighet att skydda människornas viktigaste grundläggande fri- och rättigheter är en skyldighet för vars genomförande den lokala självstyrelsen kan begränsas. Överföringen av beslutanderätten till social- och hälsovårdsministeriet är enligt propositionen temporär och hänför sig till särskilda omständigheter där social- och hälsovårdens

verksamhet ska säkerställas på nationell nivå. Ministeriets behörighet är också tidsbegränsad i lagen.

Med stöd av vad som anförts ovan anses det att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom det i propositionen i synnerhet i fråga om samarbetet mellan välfärdsområdena (50 a §) och ministeriets styrning av välfärdsområdena (50 b och c §) delvis är fråga om en ny typ av reglering i förhållande till välfärdsområdenas självstyrelse (121 § i grundlagen), anser regeringen det dock nödvändigt att grundlagsutskottets utlåtande inhämtas i frågan.

Kläm

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

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 10 punkten, 37 § 2 mom., 38 § 2 mom. och 51 § 2 mom. 4 punkten samt
fogas till lagen nya 50 a–50 c § och till 51 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

36 §

Samarbetsavtal mellan välfärdsområden

Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena

10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, vid den hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården som avses i 50 a § och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 §,

37 §

Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande

Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. För denna uppgift har social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena i samarbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.

38 §

Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden

Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet. Ministeriet har oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter som det behövs för beredningen av statsrådets beslut. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.

50 a §

Hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården

I det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § bestäms

- 1) de gemensamma grunderna för nivåerna på regleringen av beredskapen och för alarmarrangemang och förfarandena för dessa i välfärdsområdena i samarbetsområdet,
- 2) förfarandena på olika nivåer på regleringen av beredskapen,
- 3) det stöd och den styrning som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad ska ordna för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,
- 4) de principer enligt vilka de förfaranden som avses i 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om förfarandena,
- 5) rätten för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela social- och hälsovårdsresurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet,
- 6) de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,
- 7) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde,
- 8) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskomms med en statlig myndighet.

En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska fatta beslut om ibruktagande av de åtgärder som avses i 1 mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna ska då utan dröjsmål meddelas alla välfärdsområdesstyrelser i samarbetsområdet. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna informeras om användningen av åtgärderna.

I det samarbetsområde till vilket HUS-sammanslutningen hör

- 1) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård,
- 2) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten i detta moment en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga.

50 b §

Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården

Social- och hälsovårdsministeriet fattar i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom

social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ändamålsenlig användning av resurserna, för trygghet av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommit inom ramen för internationellt samarbete.

Ministeriets beslut är i störningssituationer under normala förhållanden i kraft högst tre månader åt gången och under undantagsförhållanden högst så länge undantagsförhållandena varar. Verkställigheten av ett beslut ska i beslutet åläggas ett eller flera välfärdsområden. Om både ministeriets beslut för hantering av en störningssituation och ett välfärdsområdes beslut som står i strid med ministeriets beslut i samma fråga är i kraft samtidigt, tillämpas ministeriets beslut.

Social- och hälsovårdsministeriet kan fatta beslut om de frågor som avses i 1 mom. utan den beredning som avses i 50 c §, om det är nödvändigt med anledning av att hanteringen av störningssituationen brådskar, med anledning av störningssituationens art eller omfattning eller av någon annan jämförbar anledning.

Närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om statliga ersättningar för hanteringen av exceptionella störningssituationer finns i 52 §.

50 c §

Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård

Statsrådet tillsätter på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård för beredningen av beslut som avses i 50 b § 1 mom. Beredskapsgruppen har till uppgift att:

- 1) bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande som avses i 50 b § 1 mom.,
- 2) göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som avses i 50 b § 1 mom.,
- 3) göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation,
- 4) utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation,
- 5) vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser,
- 6) lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.

Ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen ska vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Övriga ledamöter i beredskapsgruppen utses enligt följande:

- 1) en företrädare för finansministeriet,
- 2) en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,
- 3) en företrädare för Helsingfors stad,
- 4) en företrädare för HUS-sammanslutningen,
- 5) en företrädare för ett annat välfärdsområde än de som avses i 2 punkten.

För varje ledamot i beredskapsgruppen ska det utses ett tillräckligt antal personliga ersättare. De ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten och deras ersättare ska vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. I beredskapsgruppens sammansättning ska sakkunskap i ordnande av social- och hälsovård, servicesystemet inom social- och hälsovården

samt beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården beaktas i den mån det är möjligt. Bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) tillämpas inte på beredskapsgruppens sammansättning. Beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandattid fattas av social- och hälsovårdsministeriet.

Beredskapsgruppen samarbetar med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Beredskapsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sakkunniga och höra andra aktörer och experter med koppling till hanteringen av störningssituationen.

51 §

Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården

De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde

4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälsovårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild, 5) styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. När beredskapsgruppen tillsätts för första gången kan till ledamöter i gruppen utses också andra tjänsteinnehavare än de som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.

Samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena och välfärdsområdenas förvaltningsstadgor ska bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.

Helsingfors den 19 december 2024

Statsminister

Petteri Orpo

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 10 punkten, 37 § 2 mom., 38 § 2 mom. och 51 § 2 mom. 4 punkten samt
fogas till lagen nya 50 a–50 c § och till 51 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

36 §

Samarbetsavtal mellan välfärdsområden

Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena

10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 § 2 mom.,

37 §

Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande

Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som

36 §

Samarbetsavtal mellan välfärdsområden

Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena

10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, *vid den hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården som avses i 50 a § och* vid ordnandet av verksamheten vid det beredskaps-center som avses i 51 §,

37 §

Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande

Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som

Gällande lydelse

tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet.

38 §

*Statsrådets behörighet att besluta om
samarbetsavtal mellan välfärdsområden*

Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet.

(Ny)

Föreslagen lydelse

tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. *För denna uppgift har social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena i samarbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.*

38 §

*Statsrådets behörighet att besluta om
samarbetsavtal mellan välfärdsområden*

Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet. *Ministeriet har oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter som det behöver för beredningen av statsrådets beslut. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.*

50 a §

***Hantering av störningssituationer och
undantagsförhållanden i
samarbetsområdena för social- och
hälsovården***

*I det samarbetsavtal mellan
välfärdsområden som avses i 36 § bestäms*

*1) de gemensamma grunderna för nivåerna
på regleringen av beredskapen och för
alarmarrangemang och förfarandena för
dessa i välfärdsområdena i
samarbetsområdet,*

2) förfarandena på olika nivåer på regleringen av beredskapen,

3) det stöd och den styrning som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad ska ordna för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,

4) de principer enligt vilka de förfaranden som avses i 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om förfarandena,

5) rätten för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela social- och hälsovårdsresurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet,

6) de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,

7) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde,

8) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskomms med en statlig myndighet.

En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska fatta beslut om ibruktagande av de åtgärder som avses i 1 mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens

brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna ska då utan dröjsmål meddelas alla välfärdsområdesstyrelser i samarbetsområdet. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna informeras om användningen av åtgärderna.

I det samarbetsområde till vilket HUS-sammanslutningen hör

1) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård,

2) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten i detta moment en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga.

(Ny)

50 b §

Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälso-vården

Social- och hälsovårdsministeriet fattar i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ända-målsenlig användning av resurserna, för tryggnad av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommit inom ramen för internationellt samarbete.

Ministeriets beslut är i störningssituationer under normala förhållanden i kraft högst tre månader åt gången och under undantagsförhållanden högst så länge undantagsförhållandena va-rar.

Verkställigheten av ett beslut ska i beslutet åläggas ett eller flera välfärdsområden. Om både ministeriets beslut för hantering av en störningssituation och ett välfärdsområdes beslut som står i strid med ministeriets beslut i samma fråga är i kraft samtidigt, tillämpas ministeriets beslut.

Social- och hälsovårdsministeriet kan fatta beslut om de frågor som avses i 1 mom. utan den beredning som avses i 50 c §, om det är nödvändigt med anledning av att hanteringen av störningssituationen brådskar, med anledning av störningssituationens art eller omfattning eller av någon annan jämförbar anledning.

Närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om statliga ersättningar för hanteringen av exceptionella störningssituationer finns i 52 §.

(Ny)

50 c §

Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård

Statsrådet tillsätter på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård för beredningen av beslut som avses i 50 b § 1 mom. Beredskapsgruppen har till uppgift att

1) bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande som avses i 50 b § 1 mom.,

2) göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som avses i 50 b § 1 mom.,

3) göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation,

4) utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation,

5) vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser,

6) lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.

Ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen ska vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Övriga ledamöter i beredskapsgruppen utses enligt följande:

1) en företrädare för finansministeriet,

2) en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,

3) en företrädare för Helsingfors stad,

4) en företrädare för HUS-sammanslutningen,

5) en företrädare för ett annat välfärdsområde än de som avses i 2 punkten.

För varje ledamot i beredskapsgruppen ska det utses ett tillräckligt antal personliga ersättare. De ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten och deras ersättare ska vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. I beredskapsgruppens samman-sättning ska sakkunskap i ordnande av social- och hälsovård, servicesystemet inom social- och hälsovården samt beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården beaktas i den mån det är möjligt. Bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) tillämpas inte på beredskapsgruppens sammansättning. Beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandattid fattas av social- och hälsovårdsministeriet.

Beredskapsgruppen samarbetar med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Beredskapsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sak-kunniga och höra andra aktörer och experter med koppling till hanteringen av störningssituationen.

51 §

Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården

De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde

4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälsovårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild.

51 §

Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården

De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde

4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälsovårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild,

5) styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. När beredskapsgruppen tillsätts för första gången kan till ledamöter i gruppen utses också andra tjänsteinnehavare än de som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.

Samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena och välfärdsområdenas förvaltningsstadgor ska bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.