

RP 319/2022 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen samt till vissa andra lagar

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det ändringar i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen samt i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om hemkommun. Dessutom föreslås det att en paragraf i socialvårdslagen upphävs.

I propositionen föreslås det bestämmelser om en möjlighet för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden att tills vidare upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus. Enligt den gällande lagen har dessa välfärdsområden denna möjlighet till utgången av 2032.

I propositionen föreslås det dessutom ändringar av i huvudsak teknisk natur i de bestämmelser om val av vårdenhet som finns i hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och lagen om hemkommun.

Lagarna avses träda i kraft i början av 2023.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
MOTIVERING	4
1 Bakgrund och beredning.....	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Beredning.....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget.....	5
2.1 Gällande lagstiftning.....	5
2.1.1 Lagstiftning om ordnande av hälso- och sjukvård	5
2.1.2 Styrningen av servicesystemet	8
2.1.3 Jour.....	8
2.1.4 Lagstiftningen om val av vårdenhet.....	12
2.1.5 Finansieringen av välfärdsområdena.....	13
2.2 Bedömning av nuläget.....	15
2.2.1 Jour.....	15
2.2.1.1 Det riksomfattande journätverket.....	15
2.2.1.2 Ordnande av jour i de områden som Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden omfattar	20
2.2.1.3 Behövlig finansiering för upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt	26
2.2.2 Lagstiftningen om val av vårdenhet.....	28
3 Målsättning.....	30
4 Förslagen och deras konsekvenser.....	30
4.1 De viktigaste förslagen.....	30
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna	30
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	30
4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna	30
4.2.3 Samhälleliga konsekvenser	31
5 Alternativa handlingsvägar	33
6 Remissvar	37
7 Specialmotivering.....	39
7.1 Lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen.....	39
7.2 Hälso- och sjukvårdslagen	41
7.3 Lagen om upphävande av 60 § i socialvårdslagen.....	42
7.4 Lagen om hemkommun.....	42
8 Ikraftträdande.....	43
9 Verkställighet och uppföljning	43
10 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	43
LAGFÖRSLAG.....	50
1. Lag om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen.....	50
2. Lag om ändring av 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen	51
3. Lag om upphävande av 60 § i socialvårdslagen.....	53
4. Lag om ändring av 3 b § i lagen om hemkommun.....	54

BILAGOR.....	55
PARALLELLTEXT	55
1. Lag om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen	55
2. Lag om ändring av 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen	56
4. Lag om ändring av 3 b § i lagen om hemkommun.....	59

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Jourbestämmelser

I och med den reform som gäller ordnandet av social- och hälsovården överförs ansvaret för att ordna social- och hälsovård från kommunerna och samkommunerna till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen vid ingången av 2023. Vissa uppgifter kommer också i fortsättningen att ordnas genom att de samlas till större helheter. En sådan uppgift är att ordna jour. Att ordna jour hör till välfärdsområdenas och, i Nyland, HUS-sammanslutningens uppgifter.

I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs det till och med den 31 december 2021 att samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt har en skyldighet att i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Varje sjukvårdsdistrikt har ett enda centralsjukhus, så i praktiken har denna reglering inneburit att varje distrikt kan upprätthålla endast en sådan jourenhet. Dessutom har det i de sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kunnat finnas fler än en enhet med samjour dygnet runt. Enligt bestämmelserna i lagen har en del sjukhus mer omfattande jour än andra. Syftet med en sådan centralisering har varit att garantera lika tillgång till tjänster samt kompetens och klient- och patientsäkerhet, och dessutom att hålla kostnaderna nere. Jourbestämmelserna har reviderats genom en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1516/2016, RP 224/2016 rd) samt genom statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017), nedan *jourförordningen*, och statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017), nedan *centraliseringsförordningen*, som båda utfärdades med stöd av den lagen. Övergångsperioderna för ikraftträdandet löpte i huvudsak ut vid ingången av 2018.

I Lappland och Södra Savolax motsvarar gränserna för välfärdsområdena inte gränserna för de tidigare sjukvårdsdistrikten. Lapplands välfärdsområde består av områdena för Lapplands sjukvårdsdistrikt och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, som båda har ett eget centralsjukhus (i Rovaniemi och Kemi). Södra Savolax välfärdsområde består av områdena för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, som även de har var sitt eget centralsjukhus (i S:t Michel och Nyslott). I hälso- och sjukvårdslagens jourbestämmelser har det vad terminologin beträffar gjorts uppdateringar som träder i kraft den 1 januari 2023. Genom dem får lagen i stället för bestämmelserna om sjukvårdsdistrikt bestämmelser om välfärdsområden och HUS-sammanslutningen (RP 56/2021, lag 581/2022). En praktisk följd av ändringarna av bestämmelserna om ordnandet av social- och hälsovården är att Lapplands välfärdsområde och Södra Savolax välfärdsområde inte kan ha två samjournheter med jour dygnet runt. I 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021), nedan *införandelagen*, finns en övergångsbestämmelse enligt vilken Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden fram till utgången av 2032 får upprätthålla fler än en samjournhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus, trots det som i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om jour.

Den nämnda bestämmelsen i införandelagen godkändes som ett led i antagandet av lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården (RP 241/2020 rd). Vid behandlingen av propositionen godkände riksdagen ett uttalande (RSv 111/2021 rd) enligt vilket riksdagen förutsätter att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden.

Bestämmelser om val av vårdenhet

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om rätten att välja vårdenhet för icke-brådskande vård inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Bestämmelserna trädde i kraft stegvis när lagen stiftades, så 47 och 48 § trädde i kraft vid olika tidpunkter. Bestämmelserna i 47 §, om val av vårdenhet för icke-brådskande vård, trädde i kraft den 1 maj 2011 när lagen huvudsakligen trädde i kraft, medan 48 §, om utvidgat val av vårdenhet för icke-brådskande vård, trädde i kraft den 1 januari 2013. Därför innehåller paragraferna överlappningar. När de tekniska ändringarna gjordes i lagen i anslutning till att ansvaret för att ordna social- och hälsovård överfördes till välfärdsområdena, uppdaterades de två paragraferna endast terminologiskt. I det sammanhanget upphävdes inte heller socialvårdslagens (1301/2014) 60 §, där det föreskrivs om ansökan om socialservice och vårdplats i ett annat välfärdsområde i vissa situationer, trots att motsvarande bestämmelse den 1 januari 2023 träder i kraft i 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). Bestämmelserna om val av vårdenhet kräver således ett tekniskt förtydligande.

1.2 Beredning

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Den har identifieringskoderna STM001:00/2022 och VN/321/2022. De arbetsdokument som gäller projektet finns under adress <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM001:00/2022>. Propositionen var ute på remiss mellan den 26 september och den 4 november 2022. Remissvaren behandlas i avsnitt 6.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Gällande lagstiftning

2.1.1 Lagstiftning om ordnande av hälso- och sjukvård

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 3 mom. i den paragrafen ska det allmänna, enligt vad som närmare föreskrivs genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Ordandet av hälso- och sjukvården styrs också av andra bestämmelser i grundlagen, såsom bestämmelserna om jämlikhet i 6 § och bestämmelserna om språkliga rättigheter i 17 §.

Ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster överförs den 1 januari 2023 från kommunerna och samkommunerna till 21 välfärdsområden och Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen. Välfärdsområdena är offentligrättsliga samfund som har självstyre inom sitt område och ett välfärdsområdesfullmäktige som utses genom välfärdsområdesval. Viktiga lagar som hänför sig till reformen är lagen om välfärdsområden (611/2021), lagen om ordnande av social- och hälsovård och lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021), nedan *Nylandslagen*. I dem föreskrivs det i fortsättningen om ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster.

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar välfärdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och det ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. För att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrationspersonal och annan personal som verksamheten kräver, förfoga över lämpliga lokaler och lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten. Dessutom ska välfärdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar. Enligt 10 § i den lagen ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana kunder och kundgrupper som behöver samordnade tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en kund.

Enligt 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård kan en del av uppgifterna inom social- och hälsovården sammanföras i större helheter som ordnas av ett eller flera välfärdsområden, om det är nödvändigt för att säkerställa tillgången till tjänster eller andra åtgärder och tjänsternas eller åtgärdernas kvalitet eller tillgodoseendet av kundernas rättigheter därför att uppgifterna är krävande, aktualiseras sällan eller medför stora kostnader. Bestämmelser om de uppgifter som sammanförs i större helheter och den arbetsfördelning som detta innebär utfärdas separat. I en proposition som gäller social- och hälsovårdsreformen konstateras det att jour som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen är en uppgift enligt 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som har sammanförts i en större helhet (RP 241/2020 rd, s.627–628).

Bestämmelser om anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter finns i 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Välfärdsområdena får enligt 12 § skaffa social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna från privata tjänsteproducenter på grundval av avtal, om det behövs för att sköta uppgifterna på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 2 mom. 3 punkten i den paragrafen får välfärdsområdet inte från en privat tjänsteproducent skaffa tjänster inom brådskande vård och jourtjänster som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen med undantag för den brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under dagtid eller kvällstid som avses i paragrafens 2 mom., och enligt 4 punkten inte heller prehospital akutsjukvård, med vissa undantag.

I 13 § 1 och 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård anges att vad som föreskrivs i 12 § också tillämpas på arbetskraft som välfärdsområdet skaffar av en privat tjänsteproducent för att producera social- och hälsovårdstjänster, det vill säga anskaffad arbetskraft, och på inhyrd arbetskraft.

Enligt 13 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård får välfärdsområdet oberoende av 12 § 2 mom. 3 punkten använda anskaffad och inhyrd yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal för att komplettera sin egen yrkesutbildade social- och hälsovårdspersonal även i sådana tjänster inom brådskande vård och jour dygnet runt som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. Vid en jourenhet ska den anskaffade och inhyrda arbetskraftens andel inom de olika grupperna av yrkesutbildade personer i så fall vara kompletterande i förhållande till den egna personalen vid välfärdsområdets verksamhetsenheter i primärvården och den specialiserade sjukvården i det område där kunderna hänvisas till jourenheten i fråga. Anskaffad och inhyrd arbetskraft kan likväl tillfälligt eller på grund av särskilda svårigheter som sammanhänger med

tillgången på arbetskraft användas vid en jourenhet också som annan än kompletterande arbetskraft, om det är nödvändigt för att säkerställa tillgången till brådskande vård och vårdens tillgänglighet med beaktande av avstånden mellan jourenheterna. Enligt 1 § 3 mom. i införandelagen ska den begränsning i 13 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård enligt vilken välfärdsområdet inom brådskande vård och jour dygnet runt får anlita anskaffad och inhyrd arbetskraft endast för att komplettera sin egen personal tillämpas från och med den 1 januari 2026.

I Nyland avviker organiseringsansvaret för social- och hälsovården och räddningsväsendet från lösningen för det övriga landet genom att Helsingfors stad fortfarande ska ansvara för ordnandet av dessa tjänster. Bestämmelser om detta finns i Nylandslagen. Dessutom ansvarar fyra välfärdsområden för ordnandet av tjänsterna i Nyland. I fortsättningen finns i Nyland också HUS-sammanslutningen, som ska ansvara för de funktioner och uppgifter inom den specialiserade sjukvården som sammanslutningen har enligt lag och enligt organiseringsavtalet för HUS. Ansvar för att ordna hälso- och sjukvård fördelas mellan välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen på det sätt som anges i lag och i organiseringsavtalet. Enligt 5 i Nylandslagen ansvarar HUS-sammanslutningen för ordnandet av brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen, med undantag av brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården. På välfärdsområdena i Nyland och på Helsingfors stad tillämpas enligt Nylandslagen dessutom vad som föreskrivs om välfärdsområden och ordnandet av social- och hälsovård i lagen om ordnande av social- och hälsovård eller annanstans i lag, om inte något annat föreskrivs i Nylandslagen.

Enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns det 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 välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen samtliga hör till olika samarbetsområden. Den förordning av statsrådet där områdena anges är statsrådets förordning om samarbetsområdena för social- och hälsovården (91/2022). Enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården ingå ett samarbetsavtal för varje fullmäktigeperiod. Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården. I samarbetsavtalet bestäms, med beaktande av vad som föreskrivs, arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena bland annat vid socialjour och jour inom hälso- och sjukvården och vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna. Närmare bestämmelser om de frågor som ska ingå i samarbetsavtalet får utfärdas genom förordning av statsrådet. En förordning om samarbetsavtal är under beredning vid social- och hälsovårdsministeriet. Jourförordningen innehåller närmare bestämmelser om frågor som det ska avtalas om i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. Vid social- och hälsovårdsministeriet bereds ändringar av vissa förordningar (STM105:00/2022, VN/28904/2022), bland annat sådana ändringar av jourförordningen och centraliseringsförordningen som beaktar ändringarna i bestämmelserna om ordnandet av hälso- och sjukvården. I jourförordningen ska det på motsvarande sätt även i fortsättningen finnas närmare bestämmelser om vissa frågor som det ska avtalas om i samarbetsavtalet.

I hälso- och sjukvårdslagen finns närmare bestämmelser om de tjänster som omfattas av organiseringsansvaret och om vissa strukturer som hänför sig till organisationen.

2.1.2 Styrningen av servicesystemet

I 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns det bestämmelser om styrningen. Enligt den lagen ankommer den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och tillsynen av social- och hälsovården på social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådet fastställer vart fjärde år riksomfattande strategiska mål för ordnandet av en jämlik, högklassig och kostnadsnyttoeffektiv social- och hälsovård. Målen ska basera sig på social- och hälsovårdsministeriets redogörelse och eventuella andra uppföljningsdata. I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns det en delegation för social- och hälsovård, med uppgift att bland annat förutse, följa och bedöma servicesystemet och kostnaderna inom social- och hälsovården och att behandla den inre arbetsfördelningen och samarbetet inom samarbetsområdena för social- och hälsovården samt främja samarbetet mellan samarbetsområdena.

Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar årligen separat med varje välfärdsområde om genomförandet av de uppgifter inom social- och hälsovården som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Finansministeriet deltar i förhandlingarna. Syftet med förhandlingarna är att granska en gemensam lägesbild och på strategisk nivå styra välfärdsområdet i dess organiseringsuppdrag med särskild hänsyn till de riksomfattande målen samt att främja samarbetet mellan ministerierna och välfärdsområdet. I förhandlingarna följer man upp och bedömer hur välfärdsområdets organiseringsansvar har uppfyllts. I förhandlingarna behandlas bland annat bedömning och prognostisering av behovet av och dimensioneringen på tjänster och andra åtgärder, jämlikheten i social- och hälsovårdstjänsterna samt tjänsternas ändamålsenlighet och tillräcklighet, frågor med anknytning till personal, funktionsförmåga och egen tjänsteproduktion, produktiviteten och kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården samt kostnadsutvecklingen och finansieringens tillräcklighet i välfärdsområdet.

Välfärdsområdet ska inom sitt område följa befolkningens hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, behovet av den social- och hälsovård som välfärdsområdet ordnar samt tillgången och kvaliteten på vården, vårdens verkningsfullhet, jämlikheten i vården, samordningen av kundernas tjänster, kostnaderna för vården och produktiviteten i vården. Välfärdsområdet ska dessutom årligen utarbeta en redogörelse för social- och hälsovården i välfärdsområdet och för välfärdsområdets ekonomiska läge.

Institutet för hälsa och välfärd utarbetar årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. I bedömningarna granskas bland annat befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningsfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar årligen en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå.

2.1.3 Jour

Ett välfärdsområde har i regel ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård för dem som bor i välfärdsområdet, det vill säga för dem vars i lagen om hemkommun (201/1994) avsedda hemkommun finns inom välfärdsområdets område, och i de situationer som anges i lag även för andra personer. Enligt 50 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde ge brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Med

brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdslagens 50 § innehåller bestämmelser om jour. I bestämmelserna föreskrivs det om ordnande av jour på olika nivå och i olika omfattning på det regionala planet. Jourbestämmelserna sågs över genom ett reformprojekt som ledde till att en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1516/2016, RP 224/2016 rd) trädde i kraft den 1 januari 2017. Samtidigt ändrades bestämmelserna om centralisering av den specialiserade sjukvården. I och med reformen föreskrevs det att det i Finland ska finnas 12 enheter med omfattande jour dygnet runt. Vid de övriga centralsjukhusen ordnas samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, vilket omfattar jour dygnet runt inom de specialområden som oftast behövs. I hälso- och sjukvårdslagens jourbestämmelser gjordes dessutom ytterligare en ändring som trädde i kraft vid ingången av 2020, då Vasa sjukvårdsdistrikt med stöd av regeringsprogrammet ålades en skyldighet att ordna en enhet med omfattande jour dygnet runt i anslutning till sitt central-sjukhus (lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen, 1214/2019, RP 38/2019 rd). Nu finns det alltså 13 enheter med omfattande jour dygnet runt, av vilka fem är universitetssjukhus som ger den mest krävande vården.

Enligt 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen är en del av sjukvårdsdistrikten, från och med den 1 januari 2023 en del av välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen, skyldiga att i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt avses sådan samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. Enheten med omfattande jour dygnet runt ska stödja de andra jourenheterna. Skyldigheten gäller HUS-sammanslutningen samt Egentliga Finlands välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, Södra Karelens välfärdsområde, Norra Karelens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Österbottens välfärdsområde, Södra Österbottens välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde och Lapplands välfärdsområde. Utgångspunkten är att de jourenheter som avses i momentet är en per välfärdsområde. I momentet finns det emellertid en bestämmelse om att de välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen i anslutning till sina sjukhus kan bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt upprätthåller med stöd av momentet samjoursenheter i anslutning till sina sjukhus i Hyvinge, Lojo och Borgå, och Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt i Oulainen.

Enligt 4 mom. ska andra sjukvårdsdistrikt, och i fortsättningen andra välfärdsområden, än de som avses i 3 mom. för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Samjouren ska ha tillräcklig kompetens inom de specialområden som behövs för att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Dessa välfärdsområden är Södra Savolax välfärdsområde, Kajanalands välfärdsområde, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Österbottens välfärdsområde och Kymmendalens välfärdsområde.

I 4 mom. finns det dessutom en bestämmelse enligt vilken samarbetsområdet, utöver det som i 3 mom. föreskrivs om enheten med omfattande jour dygnet runt, alltid ska ha rätt att utifrån samarbetsavtalet överenskomma att det i en enhet för samjour dygnet runt som är verksam i

dess område i anknytning till välfärdsområdets centralsjukhus kan bildas en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet som tjänsternas tillgänglighet, avståndet mellan jourmottagningarna och tillgodoseendet av befolkningens språkliga rättigheter förutsätter.

Enligt 50 a § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska i de enheter för omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. samt i den samjour inom primärvård och specialiserad sjukvård som avses i 50 § 4 mom. socialjour ordnas i samband med hälso- och sjukvårdens jour. Bestämmelser om socialjour finns i den nämnda 50 a § och i 29 och 29 a § i socialvårdslagen.

Ordnandet av jour hänger också samman med ordnandet av prehospita akutsjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagens 39 §, i den lydelse som träder i kraft den 1 januari 2023, ska välfärdsområdet och i Nyland HUS-sammanslutningen organisera den prehospita akutsjukvården inom sitt område. Den prehospita akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet. Välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen är förpliktade att fatta beslut om servicenivån för den prehospita akutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs hur den prehospita akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospita akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av samarbetsområdets central för prehospita akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är behövliga med tanke på vårdens organisering inom området. Innehållet i den prehospita akutsjukvården ska i beslutet definieras så att genomförandet av servicen är effektivt och ändamålsenligt och så att situationer där den prehospita akutsjukvården är utsatt för hög belastning samt samarbetsområdets resurser beaktas i servicen.

Enligt 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avståndet mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospita akutsjukvården. De gällande tillstånden har beviljats samkommunerna Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä och Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, staden Jakobstad, samkommunen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä (Idensalmi) och städerna Varkaus, Kouvola, Kuusamo och Jämsä, Enare kommun (Ivalo) och samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (Raseborg).

Ordnandet av jour är en i 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård avsedd uppgift som sammanförts i större helheter.

Jourförordningen innehåller bestämmelser om ordnande av brådskande mottagningsverksamhet, jourenheternas uppgifter, grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska specialiteter. I förordningen föreskrivs det dessutom om villkoren för att ordna jour inom de medicinska specialiteter där patienternas likvärdighet, patientsäkerheten och kvaliteten på jourtjänsterna kräver särskilda arrangemang. Förordningen innehåller också bestämmelser om förutsättningarna för sjukhus som sköter förlossningar. På de sjukhus med jour dygnet runt som sköter förlossningar sköts åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år. Tillstånd att avvika från detta krav kan också sökas hos social- och hälsovårdsministeriet.

Enligt 45 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska en del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning

för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården sammanslås till de större enheterna. Enligt paragrafens 2 mom. ska den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. För att arbetsfördelningen mellan sjukhusen ska vara ändamålsenlig sammanslås dessutom den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom.

Enligt 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt 4 mom. ska de välfärdsområden som har ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. I fråga om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten bestäms i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen finns det bemyndiganden att utfärda bestämmelser om centraliseringsfrågor genom förordning av statsrådet. Centraliseringsförordningen innehåller bestämmelser om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och om centraliseringen av vissa behandlingar. I praktiken handlar förordningen om att samla behandlingen av sjukdomstillstånd som är relativt sällsynta eller har en särskilt krävande behandling till större helheter. Det har för behandlingen av vissa sjukdomar bland annat slagits fast kvantitativa gränser för vid vilka sjukhus vilka slags operationer får utföras. Antalet primära höft- och knäprotesoperationer, antalet ryggkirurgiska operationer och antalet canceroperationer av ett visst slag på ett sjukhus får underskridas, om det i specialupptagningsrådets avtal om ordnande av specialiserad sjukvård överenskomms att det på grund av avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov är ändamålsenligt med tanke på upprätthållandet av den kirurgiska jourberedskapen och tillgången till personal att dessa operationer utförs i områdets centralsjukhus. Förordningen innehåller bestämmelser om vissa sjukvårdsdistrikts särskilda ansvar för planering och samordning av den nationella och regionala helheten, om specialiserad sjukvård som på riksnivå eller regionalt ska centraliseras till fem universitetssjukhus eller motsvarande enheter och om annan specialiserad sjukvård som ska centraliseras.

I och med jourreformen finns det alltså inom området för varje sjukvårdsdistrikt i regel en sådan jourenhet som avses i 50 § 3 eller 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. De sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kan ha fler än en sådan enhet. Gränserna för välfärdsområdena motsvarar inte helt och hållet gränserna för de tidigare sjukvårdsdistrikten. Lapplands välfärdsområde består av områdena för Lapplands sjukvårdsdistrikt och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, som båda har haft ett eget centralsjukhus. Södra Savolax välfärdsområde består på motsvarande sätt av områdena för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, och även de har haft var sitt eget centralsjukhus. Eftersom det utifrån de nämnda bestämmelserna i 50 § 3 och 4 mom. endast kan finnas ett centralsjukhus med jour dygnet runt i ett välfärdsområde som inte har ett universitetssjukhus, är det inte möjligt att upprätthålla fler än en enhet med samjour dygnet runt inom något av dessa två områden.

I 59 § i införelagen finns en övergångsbestämmelse enligt vilken Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden fram till utgången av 2032 får upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus, trots det som föreskrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den proposition som hänför sig till övergångsbestämmelsen i fråga gör

detta det möjligt att fortsätta med specialiserad sjukvård på centralsjukhusnivå, inklusive viss operationsverksamhet, på båda sjukhusen i dessa välfärdsområden tills den specialiserade sjukvården inom välfärdsområdet har planerats så att den motsvarar befolkningens behov. (RP 241/2020 rd, s. 364).

2.1.4 Lagstiftningen om val av vårdenhet

I hälso- och sjukvårdslagens 47 § finns det bestämmelser om val av vårdenhet för icke-bråds-kande vård och i lagens 48 § bestämmelser om utvidgat val av vårdenhet för icke-bråds-kande vård. I 47 § 1 mom. föreskrivs det för primärvårdens del att en person får välja vid vilken hälsostation vid sitt välfärdsområdes hälsovårdscentral han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap. I 48 § 1 mom. görs det dessutom möjligt att välja hälsovårdscentral eller en viss hälsostation vid hälsovårdscentralen också utanför välfärdsområdet. Förfarandet är detsamma i vartdera fallet. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som han eller hon anlitar för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet. I 48 § begränsas dessutom rätten att välja en hälsovårdscentral eller hälsostation utanför välfärdsområdet på så sätt att valet inte gäller skolhälsovård enligt 16 §, studerandehälsovård enligt 17 § eller långvarig slutet vård. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

I 47 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det dessutom att om en person på grund av arbete, studier, fritid, en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas utanför sin hemkommun i ett välfärdsområde inom vilket personen inte har sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänster i något annat välfärdsområde utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen ändras. Personen ska göra en anmälan om sitt val på motsvarande sätt som det som anges ovan.

I 47 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det i fråga om specialiserad sjukvård att om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, får den berörda personen välja vilken av det vårdgivande välfärdsområdets verksamhetsenheter för specialiserad sjukvård han eller hon vill anlita inom det samarbetsområde där hemkommunen finns. Enheten får också väljas inom ett annat samarbetsområde, om detta är behövligt för att tillgodose en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Enligt paragrafens 4 mom. kan en person i de situationer som avses i 2 mom., för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen, anlita en annan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården än en inom sitt eget välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen utan att vårdansvaret överförs. Vårdenheten ska även då väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Hälso- och sjukvårdslagens 48 § 2 mom. innehåller bestämmelser om en mer omfattande rätt att välja vårdenhet. Där föreskrivs det nämligen att om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver specialiserad sjukvård, får personen välja vilken behandlande verksamhetsenhet inom välfärdsområdets specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. I praktiken betyder det att patienten när det skrivs en vårdremiss kan välja vårdenhet var som helst i Finland för behandlingen av hälsoproblemet i fråga. Inom den specialiserade sjukvården överförs vårdansvaret till

den valda vårdenheten endast i fråga om den sjukdom eller det vårdbehov som har antecknats i remissen.

En förutsättning för ett val enligt 48 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen är att sjukhuset i fråga ger den vård som patienten behöver. Alla sjukhus har inte samma tjänsteutbud, bland annat eftersom det i centraliseringsförordningen föreskrivs om centralisering av vissa undersökningar, åtgärder och behandlingar. En patient har inte rätt att söka vård på sjukhus, om sjukdomen kan behandlas inom primärvården. Folkpensionsanstalten ersätter kostnaderna för resor till närmaste undersöknings- eller vårdplats.

Enligt 47 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett samarbetsområde under den tid då de på grund av sina studier måste vistas inom ett annat samarbetsområde beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet i samarbetsområdet i fråga. Detsamma gäller dem som på grund av sitt arbete måste vistas på främmande ort och situationer där någon annan orsak oundgängligen kräver att sjukvård ges inom ett annat samarbetsområde.

I motiveringen till 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen påpekas det dessutom att rätten att välja vårdenhet inte gäller situationer där det har bestämts om vård oberoende av patientens vilja (RP 90/2010 rd, s. 151, 155).

De lydelse i 47 och 48 § som anges ovan träder i kraft den 1 januari 2023 (RP 56/2021 rd, lag 581/2022) till den del det i dem hänvisas till välfärdsområden, HUS-sammanslutningen och samarbetsområden. I de lydelse som fortfarande gäller föreskrivs det om kommuner, sjukvårdsdistrikt och specialupptagningsområden. Till övriga delar ändrades paragraferna inte i samband med den nämnda lagändringen.

2.1.5 Finansieringen av välfärdsområdena

Lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021), nedan *finansieringslagen*, innehåller bestämmelser om beviljande av statlig finansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter för vilka välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden har organiseringsansvaret.

Syftet med statens finansiering till välfärdsområdena är att säkerställa att alla välfärdsområden trots skillnader i förhållandena och i invånarnas servicebehov ska ha förutsättningar att genomföra sina lagstadgade uppgifter. Finansieringen av välfärdsområdena baserar sig på en heltäckande statlig finansiering, avgifts- och försäljningsintäkter och vissa andra inkomster, såsom statens forskningsfinansiering och statens ersättning för specialiseringsutbildning. Välfärdsområdena har ingen beskattningsrätt. Den statliga finansieringen enligt finansieringslagen är en allmän inkomstpost för välfärdsområdet, och därmed är det välfärdsområdet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet.

Finansieringen av välfärdsområdena 2023 grundar sig på de kostnader som överförs från kommunerna. Dessa kostnader räknas kommunvis och summeras på välfärdsområdesnivå. Således utgörs grunden för finansieringen av varje välfärdsområde av de nuvarande utgifterna för kommunerna i området. Finansieringen 2023 baserar sig delvis på budgetuppgifterna för 2022. Finansieringskalkylerna korrigeras i efterhand från finansieringen för 2024 framåt, och dessutom betalas välfärdsområdena 2024 en engångsersättning enligt 35 a § i finansieringslagen. Genom denna ersättning korrigeras en eventuell snedvridning av finansieringen per välfärdsområde 2023 till följd av skillnaden mellan budgetuppgifterna för 2022 och bokslutsuppgifterna för det året.

Välfrädsområdena beviljas från och med 2023 icke-öronmärkt finansiering på kalkylmässiga grunder. Största delen av finansieringen riktas till välfärdssområdena på basis av faktorer som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården. Sådana faktorer är bland annat sjukfrekvens, åldersstruktur och socioekonomiska faktorer, som baserar sig på en undersökning som Institutet för hälsa och välfärd uppdaterade 2022. Dessutom riktas finansiering på basis av välfärdssområdets invånarantal, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet och åtgärder som främjar hälsa och välfärd (koefficienten för främjande av hälsa och välfärd tas i bruk 2026) samt riskfaktorer inom räddningsväsendet.

Övergången till statens kalkylerade finansiering medför välfärdssområdesvisa ändringar i finansieringen jämfört med den nuvarande nivån (kostnader som överförs från kommunerna). Under övergångsperioden 2023–2029 ska välfärdssområdena anpassa sin verksamhet till den kalkylerade finansieringen enligt det nya systemet. Under ikraftträdandeåret 2023 utjämnas skillnaden mellan de välfärdssområdesvisa kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen till fullt belopp mellan välfärdssområdena genom en övergångsutjämnning. Övergångsutjämnningen kan vara positiv eller negativ beroende på förändringens riktning. Övergångsutjämnningen är graderad 2023–2029, varefter den skillnad som överstiger -100/+200 euro per invånare jämnas ut tills vidare genom en permanent övergångsutjämnning.

Den årliga nivån på finansieringen till välfärdssområdena justeras på riksnivå. Grunden är föregående års finansiering. Dessutom beaktas en uppskattad ökning av servicebehovet, prisförändringar och eventuella ändringar av uppgifterna. Finansieringen för 2023 baserar sig exempelvis på de kostnader från 2022 som överförs från kommunerna, och i den görs de ovannämnda höjningar som följer av en uppskattad ökning av servicebehovet samt av priser och nya uppgifter. Finansieringsnivån justeras i efterhand så att den motsvarar de faktiska kostnaderna.

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

Bestämmelser om förfarandet för tilläggsfinansiering finns i 26 § i finansieringslagen. Tilläggsfinansieringen beviljas, på välfärdssområdets ansökan eller på initiativ av ett ministerium och genom beslut av statsrådet, av ett separat anslag som tas in i statsbudgeten. Beslutet kan förenas med villkor som gäller tjänsternas verkningsfullhet, kvalitet eller mängd eller ordnandet av tjänsterna på effektivt sätt. Ett välfärdssområde har rätt att få tilläggsfinansiering om förutsättningarna i lagen uppfylls, och beviljandet är till denna del inte beroende av beslutsfattarens prövning. Tilläggsfinansiering ska beviljas till ett belopp som gör det möjligt att tillhandahålla ovannämnda lagstadgade tjänster som tryggas i grundlagen och bestäms utifrån individens behov. Bedömningen grundar sig på de uppgifter som erhållits i samband med processen för bedömning av tillgången till tjänster och finansieringens tillräcklighet i enlighet med lagen om välfärdssområden och lagen om ordnandet av social- och hälsovård samt på andra utredningar och uppgifter som är tillgängliga vid beredningen och som gäller tillståndet för välfärdssområdenas ekonomi eller servicesystemet. Om det bedöms att problemen inte beror på att nivån på finansieringen till välfärdssområdet i regel är för låg utan att välfärdssområdet genom sina egna beslut kan trygga ordnandet av tjänsterna, styrs välfärdssområdet till att vidta sådana åtgärder som konstaterats i styrnings- och förhandlingsprocessen mellan staten och välfärdssområdena och som är möjliga att genomföra i välfärdssområdena och nödvändiga för att kontrollera kostnaderna samt eventuella övriga åtgärder.

Vid tilläggsfinansiering är det fråga om en tidsmässigt begränsad undantagsmekanism som gäller finansiering till ett enskilt välfärdsområde och som vid återkommande användning också, med stöd av 123 § i lagen om välfärdsområden, kan leda till ett utvärderingsförfarande som avses i 122 § i den lagen.

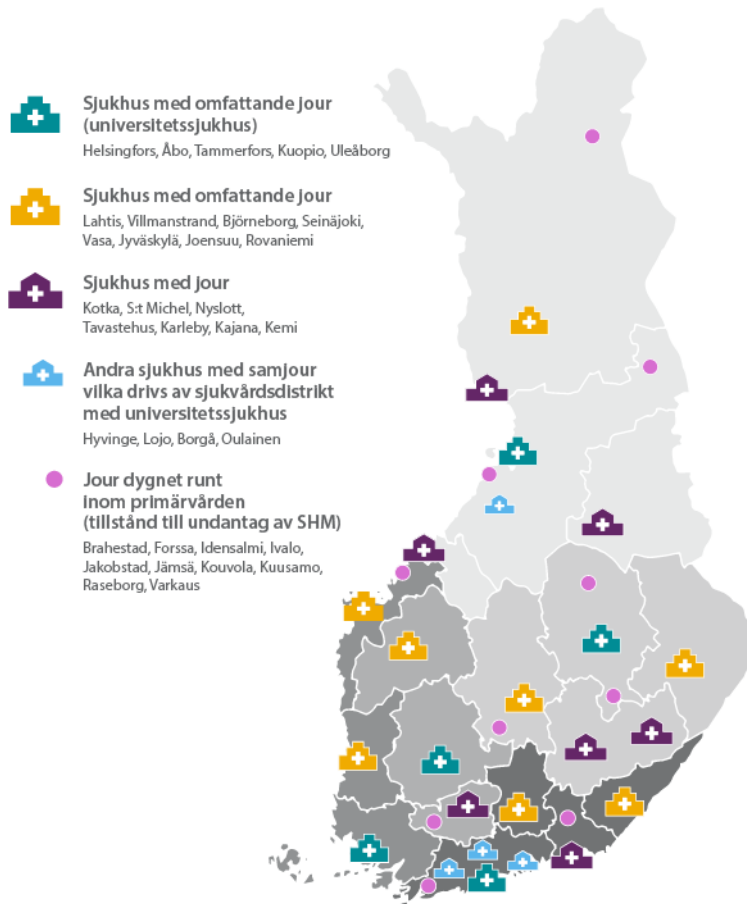
2.2 Bedömning av nuläget

2.2.1 Jour

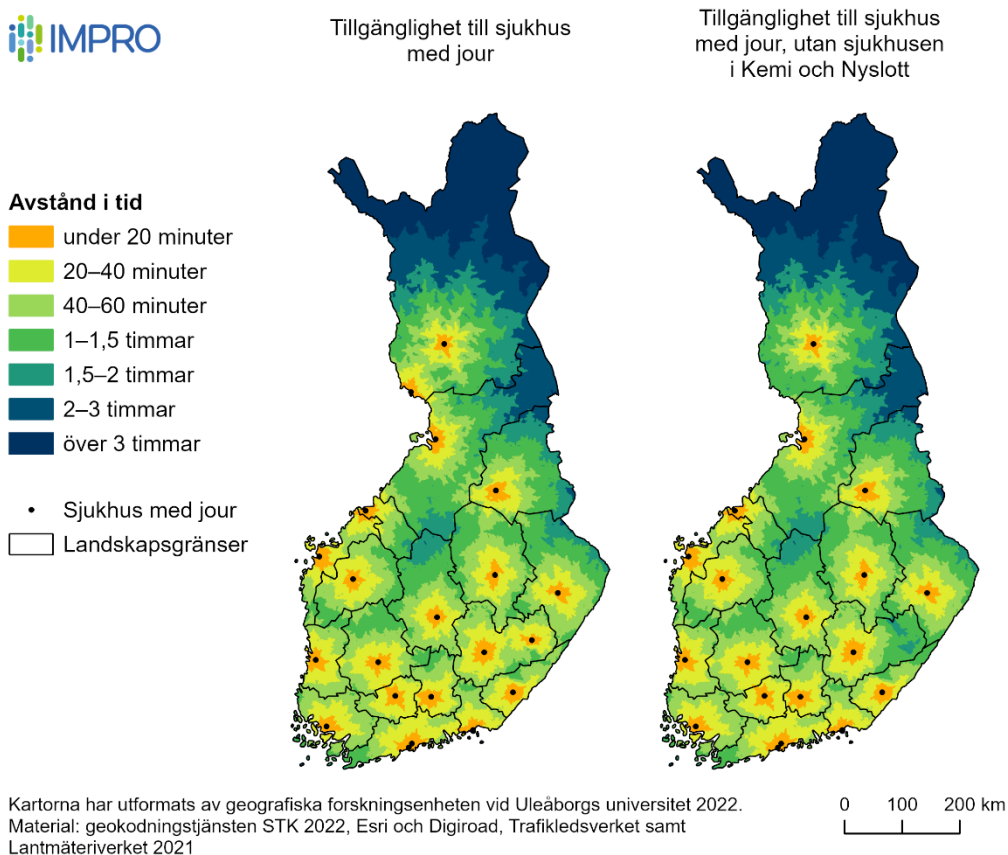
2.2.1.1 Det riksomfattande journätverket

Nätverket av sjukhus i Finland samt sjukhusens och jourmottagningarnas utbud av tjänster och arbetsfördelning ska behandlas som en helhet så att tjänster som är tillräckliga för hela landet och hela befolkningen kan tryggas i enlighet med 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen. Därför är det motiverat att utfärda sådana särskilda bestämmelser om sjukhusen med jour som till vissa delar är förpliktandet. Dessutom är det möjligt för välfärdsområdena, som nu ska inleda sin verksamhet, att inom ramen för sin självstyrelse delvis besluta om sin jourverksamhet.

Sjukhus och hälsovårdscentraler med jour, hösten 2022



Figur 1. Placeringen av de sjukhus och hälsovårdscentraler i Finland som har jour dygnet runt. Situationen hösten 2022.



Figur 2. Tillgängligheten till samjour dygnet runt inom den specialiserade sjukvården och primärvården via landsvägar (i enlighet med 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen). I motsats till figur 1 syns på denna karta inte de icke-lagstadgade samjoursenheter som upprätthålls av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt respektive Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt och inte heller de enheter med jour dygnet runt inom primärvården som upprätthålls med tillstånd till undantag som beviljats av social- och hälsovårdsministeriet.

Det servicenätverk som består av sjukhus i Finland med samjour dygnet runt ändrades vid ingången av 2017, när de reviderade bestämmelserna i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft. Dessa bestämmelser skulle börja tillämpas senast den 1 januari 2018. Vid utfärdandet av bestämmelserna om nätverket av sjukhus med jour beaktades bland annat sjukhusnätets täckning i landet, befolkningens servicebehov, befolkningens mängd och befolkningstäthet i olika områden, avstånd och tillgänglighet, sjukhusens läge och uppfyllandet av förutsättningarna för jourverksamhet så att kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet tillgodoses, samt kostnadsnyttoeffektivitet. Sjukhus med enheter med omfattande jour dygnet runt finns i Helsingfors, Tammerfors, Åbo, Uleåborg, Kuopio, Jyväskylä, Björneborg, Lahtis, Vasa, Seinäjoki, Villmanstrand, Joensuu och Rovaniemi. Enheter med annan samjour dygnet runt finns förutom i Kemi och Nyslott även i Kotka, S:t Michel, Tavastehus, Karleby och Kajana.

Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt upprätthåller dessutom samjoursenheter i anslutning till sina sjukhus i Hyvinge, Lojo och Borgå, och Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt i Oulainen, med stöd av den rätt som ett sjukvårdsdistrikt som är huvudman för ett universitetssjukhus har enligt 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Utöver samjourerna ordnas det, med stöd av 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, med tillstånd av social- och hälsovårdsministeriet jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen i regioner med långa avstånd. Sådana tillstånd gäller till och med den 31 december 2022 i Forssa, Idensalmi, Jakobstad, Brahestad och Varkaus samt till och med den 31 december 2024 i Ivalo, Jämsä, Kuusamo, Kouvola och Raseborg. Valfärdsområdena har ansökt om förlängning av tillstånden.

I praktiken varierar utbudet av jourtjänster stort mellan enheterna med jour dygnet runt. Bland universitetssjukhusen upprätthålls det mest omfattande jourutbudet inom medicinska specialområden av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, som i fråga om vissa patientgrupper och sjukdomar ansvarar för jourverksamheten i hela landet. Även de andra universitetssjukhusen har enligt den inbördes arbetsfördelningen sådan jourverksamhet som kräver specialkompetens och som ska vara tillgänglig för hela landets befolkning. Tjänsteutbudet vid enheterna med omfattande jour varierar likaså mellan sjukhusen, och samtidigt har sjukvårdsdistrikt med annan jour dygnet runt utökat antalet specialområden med jour så att de närmar sig tjänsteutbudet inom den omfattande juren. Tjänsteutbudet när det gäller jour lever i någon mån med tiden, beroende på beslut och exempelvis tillgången till personal. Vid planeringen av tjänsteutbudet har man i regionerna strävat efter att beakta särdrag, såsom svårframkomlighet, risk för storolyckor på grund av trafikens och industrins placering samt mängden säsonsboende och turister. Ur patientens perspektiv fungerar juren så att patienten i regel förs eller hänvisas till närmaste sjukhus som tillhandahåller den vård som behövs. Detta sker oberoende av var patientens hemkommun finns eller var patienten råkar befinna sig när behovet av hjälp uppstår. Största delen av besöken på jourmottagningarna sker antagligen ändå nära patientens bostadsort, och därför måste varje jourmottagnings tillgänglighet och tjänsteutbud planeras så att journätverket betjänar befolkningsunderlaget i respektive region. Dessutom måste förhållandena i övrigt i regionen beaktas, såsom en betydande andel säsonsboende och turister.

I figur 2 beskrivs restiden och tillgängligheten till sjukhus med samjour enligt den gällande hälso- och sjukvårdslagen. Upprätthållandet av samjuren vid sjukhusen i Kemi och Nyslott ökar tillgängligheten. Om det inte finns samjour vid de sjukhusen förlängs restiden till en enhet med samjour från dessa regioner men kommer ändå att vara mindre än två timmar även för deras del. Sträckan från Kemi till Uleåborg via landsväg är cirka 107 km och till Rovaniemi cirka 118 km. Från Nyslott till S:t Michel är sträckan via landsväg cirka 105 km och till Kuopio cirka 160 km. Det behöver beaktas att man utöver att upprätthålla samjour också kan göra jourhavande läkare tillgängliga dygnet runt med hjälp av jour inom primärvården eller akutmedicinen i enlighet med 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, vilket är ett lättare alternativ med tanke på de krav som ställs på organiseringen och med tanke på finansieringen. Detta alternativ behandlas närmare i avsnitt 5 Alternativa handlingsvägar.

Med tanke på befolkningens jämlikhet är det viktigt att servicesystemet i situationer som kräver brådskande jourvård klarar av att garantera tillgången till tjänster snabbt, högklassigt, säkert och effektivt. Tillgängligheten, det vill säga de fysiska avstånden till jourmottagningarna, kan aldrig vara helt och hållet densamma oberoende av patient och situation, när människor rör sig och bor på olika håll i Finland. Däremot måste det ses till att alla har lika möjligheter att få tillgång till jourtjänster med tanke på olika hälsoproblem och medicinska specialområden. Då hänvisas patienten till den jourenhet där den vård som behövs bäst finns att få vid det tillfället. Detta sker oberoende av var patientens hemkommun finns eller i vilken region patienten befinner sig när

han eller hon blir sjuk. Lika tillgång till jourtjänster har säkerställts genom lagstiftning, och den stöds ytterligare genom regionernas avtal och vård- och servicekedjor.

Jour dygnet runt förutsätter en rätt tung multiprofessionell personalresurs vid varje jourmottagning och dessutom bland annat tillräcklig beredskap för diagnostik samt andra stödtjänster. De ekonomiska resurser och personalresurser som krävs för att upprätthålla jourberedskapen gör att den övriga social- och hälsovården blir lidande. För att man i enlighet med befolkningens servicebehov ska kunna säkerställa tillgången till jourtjänster inom olika specialområden, tjänsternas kvalitet, patientsäkerheten samt genomslaget och kostnadsnyttoeffekten är regleringen av jourverksamheten mycket detaljerad. De gällande bestämmelserna handlar om förutsättningarna för ordnande av jour på olika nivå dygnet runt, samordning av tjänsterna, placering av tjänsterna (servicenätverk) och tillhandahållande av vård och tjänster för patienter och klienter i praktiken. Genom bestämmelserna har man begränsat kommunernas och sjukvårdsdistriktens möjligheter att upprätthålla jourer genom egna beslut utan samordning av jourerheten i fråga med den regionala och riksomfattande helheten av jourtjänster.

De ändrade jourbestämmelserna kan bedömas ha lett till att de uppställda målen har nåtts. Jourtjänsterna inom hälso- och sjukvården har under det senaste decenniet centraliserats till sådan samjour i anslutning till centralsjukhusen som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, särskilt i fråga om den specialiserade sjukvården. Även om centraliseringen av jourtjänsterna delvis har medfört längre väg och längre restider till jourer för dem som bor eller insjuknar längre bort, har centraliseringen tillsammans med den utvecklade prehospitalla akutsjukvården ändå garanterat befolkningen en jämlikare, kompetent och patientsäker jourtjänst inom ramen för samhällets ekonomiska resurser och personalresurser, i stället för det tidigare rätt splittrade och icke-samordnade arrangemanget.

Samjour av hög kvalitet måste kunna upprätthållas enligt de förutsättningar och med den kompetens som anges i lagstiftningen, samt kostnadsnyttoeffektivt. Under de senaste åren har utmaningarna i fråga om social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgången till sådan personal ökat avsevärt i hela Finland också inom den specialiserade sjukvården, medan problemen tidigare närmast var regionala och gällde tillgången till personal inom vissa specialområden eller yrkesgrupper. Tillgången till läkare inom olika medicinska specialiteter och i allt högre grad även till vårdare (exempelvis sjukskötare, närvårdare, laboratorieskötare, röntgenskötare) har helt klart blivit sämre. Den personalresurs som krävs för jourberedskapen gör att den övriga verksamheten blir lidande, och kan dessutom också påverka tillgången till personal vid samjourerna i närliggande välfärdsområden. Upprätthållandet av jourerheten får inte försämra välfärdsområdenas förmåga att trygga sina egna eller andra välfärdsområdets skötsel av övriga lagstadgade uppgifter eller leda till osund konkurrens mellan välfärdsområdena om personal och experter. I ett i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård avsett samarbetsavtal för ett samarbetsområde ska välfärdsområdena avtala om arbetsfördelning, samarbete och samordning i fråga om hur man inom samarbetsområdet säkerställer personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna. I praktiken förutsätter bestämmelsen att de välfärdsområden som ingår i ett samarbetsområde kommer överens om hurdan jour inom olika specialområden det är möjligt och ändamålsenligt att upprätthålla vid olika jourerheter för att jourverksamheten ska kunna genomföras i hela samarbetsområdet.

Det är motiverat att då och då se över behovet att utveckla den lagstiftning som gäller dessa frågor och göra en nationell helhetsbedömning. Det är inte särskilt länge sedan den senaste betydande översynen av jourbestämmelserna gjordes. Välfärdsområdena tar över organiseringsansvaret vid ingången av 2023, och de kommer inom ramen för den gällande lagstiftningen och

sin finansiering att forma det egna områdets servicesystem i enlighet med befolkningens servicebehov. Det går att under de närmaste åren göra en effektiv och balanserad helhetsbedömning på riksnivå av det servicenätverk som sjukhusen bildar och av sjukhusens tjänsteutbud, men det kan inte göras förrän välfärdsområdena har kommit längre med sina egna strategiska planer och beslut.

2.2.1.2 Ordnande av jour i de områden som Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden omfattar

Befolkningsprofilen i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden

Befolkningsprofilen i både Lapplands och Södra Savolax välfärdsområde avviker från landets medeltal enligt 2020 års utvärderingsrapport från Institutet för hälsa och välfärd (THL). Enligt prognosen minskar befolkningen i de båda områdena och befolkningstätheten är låg. Samtidigt är utlänningarnas andel av befolkningen mindre än genomsnittet. I synnerhet i Södra Savolax ökar andelen äldre i befolkningen påfallande snabbt. Befolkningen är, mätt enligt sjuklighetsindexet, sjukare än genomsnittet i landet i både Lapplands och Södra Savolax välfärdsområde.

Grundläggande uppgifter om området	Lappland	Södra Savolax	Finland
Befolkning 31.12.2020	176 665	132 702	5 533 793
Befolkningsprognos 2030	168 911	120 878	5 566 685
Befolkningsprognos 2040	161 697	110 545	5 525 528
Befolkningstäthet, inv./km ²	1,9	10,5	18,2
Befolkning med utländsk bakgrund/1000 inv.	31,9	35,8	80,2

Befolkning, 75 år fyllda	Lappland	Södra Savolax	Finland
Befolkning 31.12, 75 år fyllda, % av befolkningen			
2016	10	13	9
2017	10	13	9
2018	11	13	9
2019	11	14	10
2020	11	14	10
2021	11	15	10

THL:s sjuklighetsindex	Lappland	Södra Savolax	Finland
THL:s sjuklighetsindex*, åldersstandardiserat	114,1	112,4	100,0
Kranskärslsjukdom*	115,9	116,0	100,0
Cancer*	96,4	94,4	100,0

Cerebrovaskulär sjukdom*	101,9	106,7	100,0
Sjukdomar i rörelseorganen*	130,7	125,5	100,0
Mental hälsa*	116,7	113,9	100,0
Olycksfall*	125,7	108,7	100,0

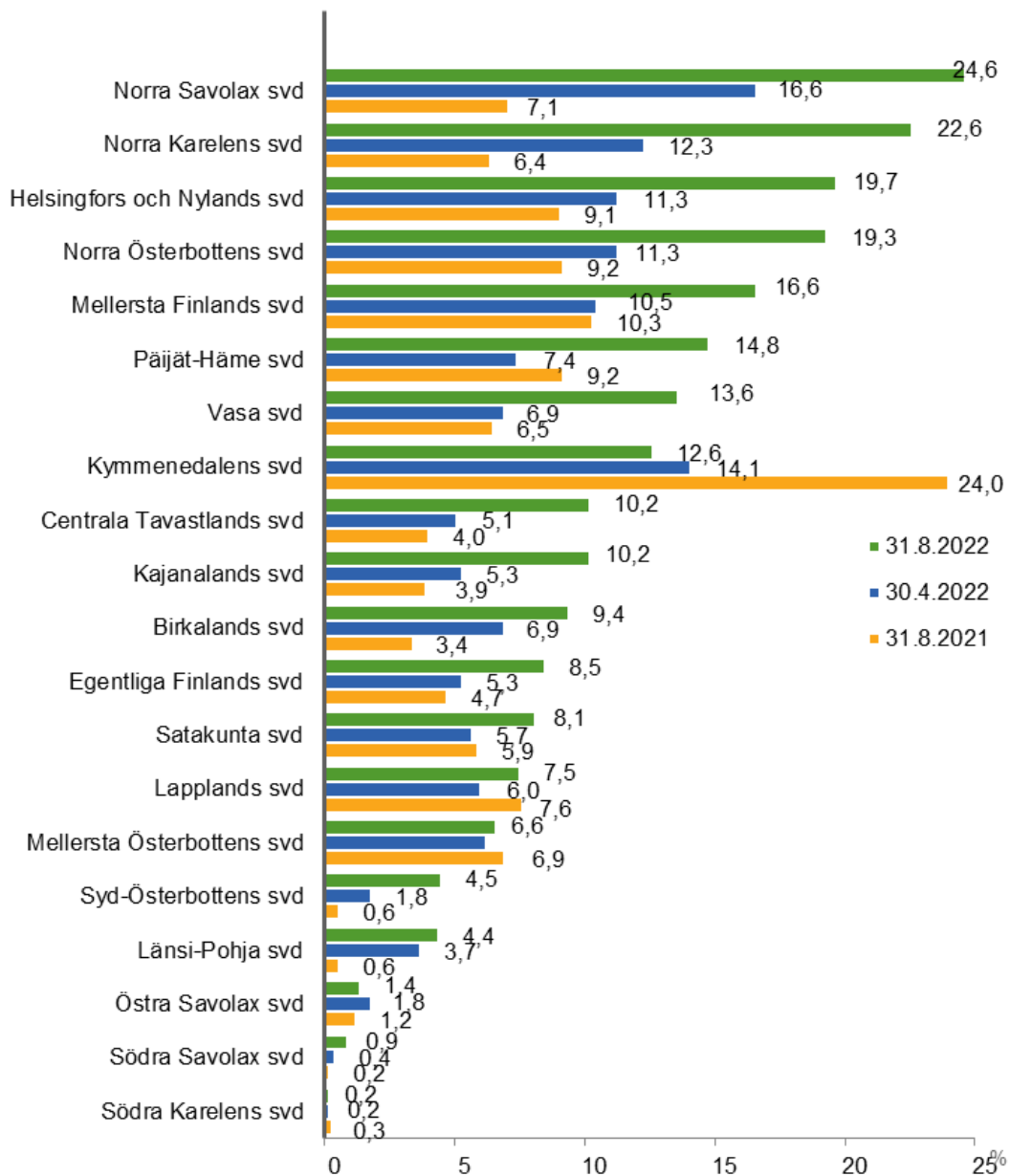
* åldersstandardiserat, 2017–2019

Tabell 1. Uppgifter om befolkningen samt THL:s sjuklighetsindex för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden jämfört med situationen i landet som helhet. Källa: THL.

Tillgången till specialiserad sjukvård i de områden som Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden omfattar

Eftersom upprätthållandet av samjouren har betydelse för sjukhusens övriga tjänsteproduktion och bland annat för den operativa verksamhetens förutsättningar, är det motiverat att också granska tillgången till icke-brådskande specialiserad sjukvård för befolkningen i områdena.

Enligt en statistikrapport från Institutet för hälsa och välfärd om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården den 31 augusti 2022 (Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa –tilastoraportti 31.8.2022) var tillgången till specialiserad sjukvård vid sjukhusen i Södra Savolax, Östra Savolax, Lapplands och Länsipohja sjukvårdsdistrikt bättre än genomsnittet i landet.



Tabell 2. Andelen personer som väntat på icke-brådskande vård i mer än ett halvt år av dem som väntar på vård vid sjukvårdsdistriktens sjukhus (%) 31.8.2022, 30.4.2022 och 31.8.2021. (Institutet för hälsa och välfärds statistikrapport om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården den 31 augusti 2022)

Patienterna väntade i augusti 2022 på att få icke-brådskande specialiserad sjukvård i genomsnitt 65,5 dygn (median). Medianen för väntetiden var 49 dygn i Södra Savolax, 35 dygn i Östra Savolax, 64 dygn i Lapplands och 63 dygn i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt.

Genom statistikrapporten från Institutet för hälsa och välfärd om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården följer man separat tillgången till vård i fråga om starroperationer och knä- och höftprotesoperationer. Dessa operationer är i allmänhet icke-brådskande och tillgången till vård varierar mycket mellan olika sjukvårdsdistrikt. Enligt rapporten för den 31 augusti 2022 från Institutet för hälsa och välfärd fanns det i sjukvårdsdistrikten i slutet av augusti sammanlagt 8 923 patienter som väntade på knä- eller höftprotesoperation. Av dem hade 2 229 (25,0 %) väntat i mer än ett halvt år. I Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt, Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, Östra Savolax sjukvårdsdistrikt och Lapplands sjukvårdsdistrikt fick alla som väntade på knä- eller höftprotesoperation vård inom mindre än 180 dygn. I Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt hade 1 patient väntat i mer än 6 månader. På motsvarande sätt fanns det i landet sammanlagt 11 495 personer som väntade på starroperation. Av dem hade 1 277 (11,1 %) väntat i mer än ett halvt år. I Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt och Vasa sjukvårdsdistrikt kunde alla patienter som väntade på starroperation behandlas inom mindre än 6 månader. I Lapplands sjukvårdsdistrikt hade 2 patienter och i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt 1 patient väntat i mer än 6 månader.

Jourverksamheten i de områden som Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden omfattar

Lapplands välfärdsområde omfattas av skyldigheten enligt 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen att ha en enhet för omfattande jour dygnet runt i anslutning till sitt centralsjukhus. Denna jour finns vid Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi. Enligt uppgift från Lapplands sjukvårdsdistrikt har Lapplands centralsjukhus jour inom de specialområden som omfattande jour förpliktar till, med undantag för jour dygnet runt inom akutmedicinen. Kardiologin sköts som larmuppdrag och den neurologiska kompetensen inom juren säkerställs genom distanskonsultation och genom neurologernas veckoslutsjourer. När det gäller diagnostiken är radiologi och laboratorium tillgängliga dygnet runt, men patologi bara på tjänstetid. Tillgången till jourläkare varierar och utgör för närvarande en utmaning bland annat inom specialområdena anesthesiologi och invärtesmedicin. När det gäller vårdpersonalen är bland annat tillgången till tillräckligt många barnmorskor en utmaning. Sjukhusen i Lapplands och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt samarbetar sporadiskt under jourtid.

I det område som Lapplands välfärdsområde omfattar finns dessutom Länsi-Pohja centralsjukhus i Kemi. Detta sjukhus ligger till och med den 31 december 2022 inom området för Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, och enheten i fråga är en jurenhet som avses i 50 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. För enhetens tjänsteproduktion svarar enligt ett avtal om utläggning Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, som är ett samägt företag grundat av kommunerna Kemi, Torneå, Keminmaa och Simo samt den privata tjänsteproducenten Mehiläinen. Avtalet om utläggning ingicks i december 2017. Det gäller i 15 år från det att tjänsteproduktionen inleddes. Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt har organiserings- och tillsynsansvaret i fråga om de tjänster som Mehiläinen Länsi-Pohja producerar. Syftet med arrangemanget var att säkerställa att centralsjukhusets tjänster stannar kvar i regionen trots omstruktureringen av social- och hälsovården och förändringarna i omvärlden, och att få ner kostnaderna.

Enligt uppgift från Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt producerar tjänsteproducenten jourtjänster inom följande specialområden: primärvård, invärtesmedicin, kirurgi (mjukdelskirurgi och ortopedi separat), anesthesiologi, gynekologi och obstetrik, pediatrik och radiologi. Vid jurenheten ska det under alla tider på dygnet finnas en legitimerad läkare som leder verksamheten vid enheten. Myndighetsuppgifterna har skötts av Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt via ett separat tjänsteläkarsystem inom juren. När det gäller diagnostiska tjänster finns det tillgång till bilddia-

gnostik och laboratorieservice dygnet runt. Enligt uppgift från Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt söker sig befolkningen inom sjukvårdsdistriktet huvudsakligen till Uleåborg och inte till Rovaniemi när de ska utträtta ärenden.

Enligt 12 § 2 mom. 3 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård är det förbjudet att skaffa jour från en privat tjänsteproducent, med undantag för brådskande mottagningsverksamhet inom primärvården under dagtid eller kvällstid. Dessutom föreskrivs det i lagens 13 § 3 mom. i fråga om inhyrd arbetskraft att välfärdsområdet får använda anskaffad och inhyrd yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal (enbart) för att komplettera sin egen yrkesutbildade social- och hälsovårdspersonal i sådana tjänster inom brådskande vård och jour dygnet runt som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen. I anslutning till regleringen finns det emellertid övergångsbestämmelser som är väsentliga med tanke på det avtal om utläggning som Länsi-Pohja centralsjukhus har. Med stöd av 20 och 25 § i införelagelagen överförs sjukvårdsdistriktens och kommunernas förbindelser i regel till välfärdsområdena den 1 januari 2023. Enligt 29 § i den lagen är emellertid avtal med privata tjänsteproducenter som gäller upphandling av social- och hälsovårdstjänster (*avtal om köpta tjänster*) och som övergår till välfärdsområdet på basis av 20 och 25 § eller villkor i sådana avtal samt därmed sammanhängande hyresavtal eller avtal om nyttjanderätt ogiltiga, om avtalet om köpta tjänster innehåller överenskommelser som står i strid med vad som föreskrivs i 12 § 2 mom. 2–4 punkten eller 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård eller med vad som föreskrivs om utövning av offentlig makt i 12 § 2 mom. 1 punkten i den lagen. Paragrafen innehåller också bestämmelser om uppsägning av avtal. Social- och hälsovårdsutskottet har ansett att avtalet om utläggning i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt sannolikt blir ogiltigt med stöd av villkor i flera bestämmelser (ShUB 16/2021 rd, s. 43). Paragrafen innehåller bestämmelser om förfaranden och andra omständigheter i samband med att avtal förklaras ogiltiga. Välfärdsområdet ska senast den 31 oktober 2023 underrätta avtalsparten och social- och hälsovårdsministeriet om att avtalet är ogiltigt eller sägs upp. Avtal eller avtalsvillkor är ogiltiga från och med den 1 januari 2026.

Bestämmelserna i införelagelagen förutsätter att det avtal som ingåtts med Länsi-Pohja Mehiläinen Oy inom Lapplands välfärdsområde ses över avsevärt för att avtalet ska kunna hävas och/eller sägas upp. Avtalet är mycket exceptionellt, och de åtgärder som krävs för att utträda ur avtalet kommer att vara krävande. Det blir sannolikt utmanande att omorganisera verksamheten så att den följer lagen.

Södra Savolax välfärdsområde har en skyldighet att ordna jour enligt 50 § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Välfärdsområdet bildades av två sjukvårdsdistrikt (Södra Savolax sjukvårdsdistrikt och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt), som båda till och med den 31 december 2022 är skyldiga att ordna jour enligt det momentet. Centralsjukhusen i S:t Michel och Nyslott har varit jorenheter.

Enligt uppgift från samkommunen för social- och hälsovården i Södra Savolax har centralsjukhuset i S:t Michel jour dygnet runt inom primärvård, pediatrik, gynekologi och obstetrik, anesthesiologi, kirurgi och invärtesmedicin. Som bakjour i fri form ordnas jour på specialistnivå inom allmän medicin för att stödja både jour med flera aktörer, hemvård och serviceboende, bakjour inom kirurgi (mjukdelskirurgi samt ortopedi och traumatologi), bakjour inom invärtesmedicin och jour inom kardiologi, radiologi, psykiatri, neurologi (veckoslut) och öron-, näs- och hals-sjukdomar (vardagar). Bilddiagnostiken och laboratorieservicen är tillgängliga dygnet runt. En del av jourläkarnas arbetsinsats skaffas som köpta tjänster. Vid centralsjukhuset i S:t Michel ordnas också Nyslottsregionens jourvård och vård på vårdavdelning för neurologiska patienter och avdelningsvård oberoende av patientens vilja för psykiatriska patienter. I uppgifter som fåtts från sjukvårdsdistriktet betonas ett befolkningsunderlag med en stor andel äldre med många

sjukdomar, ett exceptionellt stort antal fritidsboende, för vilka det behövs beredskap för jourtjänster, och långa avstånd till andra sjukhus med jour.

Enligt uppgift från samkommunen för Östra Savolax sjukvårdsdistrikt har det vid samjouren för centralsjukhuset i Nyslott ordnats primärjour inom allmän medicin och inom konservativ och operativ vård samt bakjour dygnet runt inom specialområdena invärtesmedicin, kirurgi och anesthesiologi, och de dagar då operationer har utförts inom specialområdena gynekologi, öron-, näs- och halssjukdomar eller tand- och munsjukdomar även jour dygnet runt inom dessa specialområden. Som nödarbete kan det utföras kardiologiska och radiologiska undersökningar och åtgärder. Patienter som behöver jourtjänster inom andra specialområden inom den specialiserade sjukvården och till exempel förlossningspatienter har närmast hänvisats till S:t Michel eller, om tjänster inom det aktuella specialområdet inte finns att tillgå där, till sjukhus med omfattande jour i enlighet med nivåstruktureringen av vården och arbetsfördelningen. Ungefär hälften av förlossningspatienterna i Nyslottsregionen föder i S:t Michel och hälften hänvisas enligt sin bostadsort att föda på annat håll. De diagnostiska tjänsterna bildiagnostik och laboratorieservice är tillgängliga dygnet runt. Särskilt läkarnas arbetsinsats när det gäller jour inom allmänmedicin och konservativ jour upphandlas (ca 30–40 %). Även i Östra Savolax finns det ett stort antal sommargäster och turister och den fasta befolkningen är ålderstigen och sjukare än genomsnittet. För befolkningen har jouren vid det egna sjukhuset också en stor psykisk betydelse och den upplevs som en säkerhetsfråga. Dessutom upplevs sjukhuset ha stor betydelse för regionens livskraft och det är också en betydande arbetsplats i regionen.

Det finns inte tillgång till heltäckande nationellt jämförbar statistisk information om hur effektiv serviceverksamheten är och hur klient- och patientsäkerheten tillgodoses vid olika sjukhus och jouter. Därför är det svårt att jämföra hur servicesystemet i olika sjukhus och regioner fungerar. Under de närmaste åren kommer kunskapsunderlaget att förbättras bland annat genom det informationsunderlag som förutsätts i den förordning om minimiinformation som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovård och genom utvecklandet av informationsunderlaget avseende kvaliteten, verkningsfullheten och säkerheten.

Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden skiljer sig från de övriga välfärdsområdena genom att man där har slagit samman två separata sjukvårdsdistrikt som vardera har haft ett eget centralsjukhus i decennier. Utöver servicen till befolkningen, i synnerhet jourtjänsterna, har det i dessa regioner uttryckts oro för att den betydande livskraft och kraft att hålla kvar de anställda som ett sjukhus på centralsjukhusnivå medför går förlorad, om man av lagstiftningsskäl blir tvungen att skära i utbudet av tjänster på sjukhusen.

Enligt motiveringen till 59 § i ikraftträdandelagen kommer Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden att jämfört med resten av landet ha en betydligt större utmaning i att samordna arbetsfördelningen och samarbetet mellan sjukhusen för att säkerställa tillgången till service och servicens tillgänglighet enligt befolkningens servicebehov, samt för att omforma servicenätet och verksamheten. Därför är en lång övergångsperiod fram till utgången av 2023 ändamålsenlig (RP 241/2020 rd, s. 852). Enligt motiveringen betalas det ingen särskild ersättning till Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden för den kostnad som två jourtjänster innebär, utan kostnaden ska täckas med finansiering med allmän täckning som avses i finansieringslagen (RP 241/2020 rd, s. 851).

Finansutskottet, som gav ett utlåtande om reformen i samband med reformen av social- och hälsovården, konstaterade att utskottet inte tar ställning till kommunindelningen i välfärdsområdena, men anser det nödvändigt att social- och hälsovårdstjänsterna i Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden även i framtiden tryggas på det sätt som förutsätts i 19 § 3 mom. i grund-

lagen. Utskottet betonade också betydelsen av ett fungerande samarbete mellan samarbetsområdena och den arbetsfördelning som man kommer överens om bland annat inom den specialiserade sjukvården samt den kostnadseffektivitet som uppnås på detta sätt. Utskottet ansåg det motiverat att man i den fortsatta beredningen fäster uppmärksamhet vid att finansieringen av Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden är tillräcklig och också vid att befolkningmängden i områdena, liksom i många andra områden, kan öka betydligt i och med säsong- och fritidsinvånarna. Detta ökar behovet av jour inom primärvården och den specialiserade sjukvården och skapar ett ökat tryck på ordnandet av tjänsterna (FiUU 1/2021 rd, s. 15).

Social- och hälsovårdsutskottet hänvisade i sitt betänkande till detta utlåtande och till andra utlåtanden som det fått och ansåg att förslaget till övergångsperiod är motiverat för att de kommande välfärdsområdena ska ha möjlighet att fördela arbetet mellan de två sjukhusen och utforma sin verksamhet på ett ändamålsenligt sätt med avseende på den specialiserade sjukvården inom hela välfärdsområdet samt se till att resurserna i den integrerade verksamheten fördelas på ett ändamålsenligt sätt mellan tjänsterna på basnivå och den specialiserade sjukvården. Utskottet behandlade i sitt betänkande de nuvarande jourbestämmelserna och ansåg att de var detaljerade (frågan behandlas närmare i avsnitt 5). Utskottet ansåg att regeringen vid behov måste vidta lagstiftningsåtgärder eller andra åtgärder för att trygga tillräckligt hög servicenivå på sjukhusen i Kemi och Nyslott.

Riksdagen har i sitt uttalande förutsatt att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden. Med beaktande av de omständigheter som framförs ovan är det motiverat att föreskriva att den ovannämnda möjligheten att upprätthålla samjour i anslutning till båda centralsjukhusen ska gälla tills vidare. På så sätt kan de berörda välfärdsområdena och samarbetsområdena inom ramen för sin självstyrelse ordna tjänsteutbudet vid sina sjukhus så att det är så ändamålsenligt och effektivt som möjligt med tanke på befolkningens servicebehov, tillgången till personal och tillgänglig finansiering.

2.2.1.3 Behövlig finansiering för upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt

Även om Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden får möjlighet att tills vidare upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt påverkar detta inte välfärdsområdenas lagstadgade finansiering med allmän täckning. Finansieringen av välfärdsområdena är kalkylmässig och bestäms för alla områden utifrån samma faktorer, såsom befolkningens behov av social- och hälsovårdstjänster samt regionala språk- och omgivningsfaktorer. Dessutom graderas ändringen av finansieringen 2023–2029 för varje välfärdsområde utifrån bestämmelserna om övergångsutjämnning i finansieringslagen. Dessa bestämmelser (35 §) föreslås bli ändrade genom regeringens proposition med förslag till lag om ändring av 35 och 35 a § i lagen om välfärdsområdenas finansiering (RP 309/2022 rd), som lämnades till riksdagen i november 2022. I den propositionen föreslås det att begränsningen av maxiändringen, som räknats enligt 2022 års nivå, ändras från -100 euro till -50 euro per invånare 2029. Enligt konsekvensbedömningarna i den propositionen ökar denna ändring övergångsutjämningslägget för Södra Savolax välfärdsområde från och med 2025 i enlighet med graderingen av övergångsperioden. Ändringen får inga konsekvenser för Lapplands välfärdsområde. Från och med 2029 blir övergångsutjämnningen bestående, även om dess reella betydelse minskar, eftersom ökande priser och servicebehov inte beaktas i övergångsutjämnningen. En graderad övergång bidrar till att garantera dels en områdesspecifik utgångsnivå för finansieringen, dels en kontrollerad övergång till en kalkylerad finansieringsnivå. Utgångspunkten är att finansieringsbasen i Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden bestäms utifrån de kostnader som enligt uppgifterna för 2021 och 2022 uppskattas bli överförda från kommunerna, i Södra Savolax välfärdsområde de sammanlagda

kostnaderna för de kommuner som hör till Södra Savolax och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt och i Lapplands välfärdsområde de sammanräknade kostnaderna för de kommuner som hör till Lapplands sjukvårdsdistrikt och Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt. Därmed omfattar välfärdsområdenas finansieringsbas under reformens första år den resurs som tidigare har använts till att driva två sjukhus med jour. Välfärdsområdena beslutar om fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse.

Enligt motiveringen till 59 § i införandelagen betalas det ingen särskild ersättning till Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden för den kostnad som två jourtjänster innebär, utan kostnaden ska täckas med finansiering med allmän täckning som avses i finansieringslagen (RP 241/2020 rd, s. 851).

På längre sikt kan det visa sig vara ekonomiskt betungande att upprätthålla två sådana jourenheter, och välfärdsområdena måste anpassa jourverksamheten till den helhet som består av de tjänster som de har organiseringsansvaret för och av tillgängliga resurser. Välfärdsområdena beslutar om fördelningen av den finansiering som de får och om innehållet i sitt servicenätverk, varvid välfärdsområdena även blir tvungna att bedöma vilka förutsättningar de har att driva två sjukhus som har jour, med tanke på verksamhetens effektivitet och finansieringens tillräcklighet. Om det inom området beslutas att jouren vid det ena sjukhuset ska läggas ner, får detta konsekvenser exempelvis för kostnaderna för transporter inom den prehospitäl akutsjukvården.

Enligt 11 § i finansieringslagen har välfärdsområdena rätt att få tilläggsfinansiering, om nivån på finansieringen annars skulle äventyra förutsättningarna för att ordna tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster eller räddningsväsendets tjänster. Då kan det för tilläggsfinansieringen ställas villkor som gäller tjänsternas verkningfullhet, kvalitet, mängd och effektivitet.

I den version av propositionen som sändes på remiss föreslogs det ingen extra finansiering till Lapplands eller Södra Savolax välfärdsområde för att de ska kunna upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour dygnet runt. I remissvaren (se avsnitt 6) ansåg flera aktörer inom dessa områden att finansiering måste anvisas för upprätthållandet av två enheter.

Vid förhandlingarna om lagstiftningsprogrammet för slutet av regeringsperioden drog regeringen upp följande riktlinjer (17.11.2022): Den informella ministerarbetsgruppen har slagit fast att man bereder sig på att från och med 2024 ersätta kostnaderna för upprätthållandet av jour dygnet runt vid Länsi-Pohja centralsjukhus och centralsjukhuset i Nyslott. Statsrådet reserverar behövliga anslag i planen för de offentliga finanserna 2024–2027. Det sätt på vilket finansieringen anvisas samt det ministerium som ansvarar för den behövliga lagstiftningen avgörs separat vid den fortsatta beredningen.

Med beaktande av det som ovan sägs om finansieringen och av att det är fråga om en möjlighet men inte en skyldighet för de berörda välfärdsområdena att upprätthålla en andra samjoursenhet med jour dygnet runt i ett välfärdsområde, är regeringens utgångspunkt att det för upprätthållandet av en andra enhet i området inte finns någon skyldighet, och således inte heller utifrån finansieringssystemet är nödvändigt för verksamheten, att anvisa särskild finansiering. Regeringen anser ändå att det med tanke på den historia som i synnerhet sjukhusen i Kemi och Nyslott har som sjukhus med jour och det faktum att man är medveten om att upprätthållandet av två enheter kan visa sig vara ekonomiskt betungande för ett område är motiverat att ersätta de merkostnader som upprätthållandet av en andra samjoursenhet i ett område ger upphov till, om områdena beslutar att upprätthålla två samjoursenheter. Utgångspunkten för lösningen med särskild finansiering bör vara att dessa områden inte beviljas dubbel finansiering för ordnandet av jour, utan att det uttryckligen endast är merkostnaderna för upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt som ska ersättas.

När propositionen var ute på remiss tog många andra regioner, exempelvis de där det upprätthålls fler än en samjoursenhet med stöd av den möjlighet som den gällande lagstiftningen ger (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt/ HUS-sammanslutningen samt Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt/välfärdsområde) inte ställning till propositionen eller finansieringen. Om särskild finansiering hade föreslagits i den version som var ute på remiss, är det möjligt att det i remissvaren från de andra regionerna antingen skulle ha framförts kritik eller föreslagits att särskild finansiering ska riktas också till andra regioner på motsvarande grunder.

Genomförandet av regeringens riktlinjer bereds vid social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet. Regeringen har för avsikt att lämna en separat proposition som gäller den särskilda finansieringen och som kompletterar denna proposition. Propositionerna åtskiljs från varandra av tidsmässiga skäl. På grund av regeringsperiodens slut är det motiverat att denna regeringsproposition lämnas till riksdagen först för att riksdagen ska ha mera tid att behandla helheten före utgången av riksdagens sessionsperiod den 3 mars 2023.

2.2.2 Lagstiftningen om val av vårdenhet

Bestämmelserna i 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft vid olika tidpunkter, även om båda paragraferna ingick i lagen när den stiftades. Bestämmelserna i 47 §, om val av vårdenhet för icke-brådskande vård, trädde i kraft den 1 maj 2011 när lagen huvudsakligen trädde i kraft, medan 48 §, om utvidgat val av vårdenhet för icke-brådskande vård, trädde i kraft den 1 januari 2013. Därför innehåller paragraferna överlappningar. När det gjordes tekniska ändringar i lagen i anslutning till att ansvaret för att ordna social- och hälsovården överfördes till välfärdsområdena, uppdaterades paragraferna endast vad terminologin beträffar (RP 56/2021 rd, lag 581/2022, träder i kraft 1.1.2023). På grund av behovet av tydlig lagstiftning är det ändå skäl att förtydliga bestämmelserna ytterligare.

Tydligast är diskrepansen mellan 47 § 3 mom. och 48 § 2 mom. I 47 § 3 mom. ställs det villkor för inom vilket område och av vilka orsaker en patient kan välja vilken vårdgivande enhet inom den specialiserade sjukvården han eller hon vill anlita, medan det i 48 § 2 mom. inte finns några sådana begränsningar. Dessutom har samma finska uttryck översatts till svenska på olika sätt i de två paragraferna.

I 47 § 1 mom. och 48 § 1 mom. regleras valet av hälsovårdscentral och hälsostation, i den första av paragraferna inom och i den andra utanför det egna välfärdsområdet, och de två momenten innehåller bestämmelser som till innehållet motsvarar varandra och gäller förfarandet vid byte av hälsovårdscentral eller hälsostation. Eftersom förfarandebestämmelserna är desamma är det motiverat att slå ihop de två bestämmelserna.

Enligt 48 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen gäller rätten att välja vårdenhet för primärvård inom ett annat välfärdsområdes område inte skolhälsovård enligt 16 §, studerandehälsovård enligt 17 § eller långvarig sluten vård. I fråga om skolhälsovården anges i den proposition som gäller hälso- och sjukvårdslagen som grund för avgränsningen att det ligger i barnens och de ungas intresse att den fysiska platsen för skolgången och elevvården bildar en helhet så att inte skolhälsovården genom möjligheten att välja åtskiljs från elevvårdshelheten. Även studerandehälsovården är en helhet som det för studerandenas skull är ändamålsenligt att behålla som en helhet (RP 90/2010 rd, s. 154–155). Motiveringen är aktuell, men motsvarande avgränsning skulle vara logisk också i fråga om de val som görs inom ett välfärdsområde eftersom avstånden kan vara stora även inom samma välfärdsområde.

I fråga om långvarig sluten vård anges i den proposition som gäller hälso- och sjukvårdslagen som motivering till avgränsningen att det vid den tidpunkten bereddes en ändring i lagen om

hemkommun och socialvårdslagen (710/1982) genom vilken personer i långvarig institutionsvård skulle få möjlighet att under vissa förutsättningar övergå till tjänster som ordnas av en annan kommun (RP 90/2010 rd, s. 154). Den bestämmelsen infördes som 16 a § i 1982 års socialvårdslag och trädde i kraft den 1 januari 2011. Vid reformen av socialvårdslagen överfördes bestämmelsen till 60 § i den nya socialvårdslagen (1301/2014).

I 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs att den som önskar flytta och bli invånare i en kommun som ligger inom ett annat välfärdsområdes område, men på grund av ålder eller funktionsnedsättning eller av någon annan liknande orsak inte kan bo där utan familjevård, service på institution eller boendeservice, kan ansöka om dessa tjänster och därtill andra socialtjänster som han eller hon behöver hos det välfärdsområde inom vars område kommunen i fråga ligger, på samma grunder som om han eller hon var invånare i kommunen. Paragrafen innehåller förfarandebestämmelser om saken. Enligt motiveringen till paragrafen motsvarar paragrafen i huvudsak 60 § i socialvårdslagen, med undantag för överföringen av kostnadsansvaret för ordnandet av tjänster. Formuleringarna skiljer sig en aning från varandra eftersom det enligt 60 § i socialvårdslagen är en person som inte kan bo självständigt som kan anhålla om service. I motiveringen anses uttrycket ”bo självständigt” inte vara ändamålsenligt, och det anges att avsikten är att ersätta detta uttryck med en hänvisning till den som inte kan bo utan familjevård, service på institution eller boendeservice (RP 241/2020 rd, s. 730). Således kan man dra slutsatsen att det är meningen att upphäva 60 § i socialvårdslagen och inte att föreskriva om sökande av vård på något olika grunder och med stöd av två olika lagar. Som en ny utveckling inom lagstiftningen kan nämnas att socialvårdslagens bestämmelser om boendeservice ändras vid ingången av 2023 (lagen om ändring av socialvårdslagen (790/2022)).

Eftersom 60 § i socialvårdslagen ändå inte har upphävts finns det överlappningar i bestämmelserna. Enligt 3 b § i lagen om hemkommun ändras en persons hemkommun om han eller hon flyttar till en annan kommun i en situation som avses i 60 § i socialvårdslagen. Det är motiverat att upphäva 60 § i socialvårdslagen och ändra hänvisningsbestämmelsen i lagen om hemkommun så att den hänvisar till 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Vid utfärdandet av 16 a § i 1982 års socialvårdslag sades följande i motiveringen: ”Det föreslås inte bli närmare bestämt i paragrafen vilken typ av tjänster ansökan kan gälla eller utifrån vilken lag frågan i första hand ska bedömas. [...] Det handlar i första hand om service enligt socialvårdslagen eller någon speciallag om socialvårdstjänster. Det ska inte heller finnas något absolut hinder för att de tjänster som en person behöver i en annan kommun ordnas vid någon verksamhetsenhet inom social- och hälsovården och delvis utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Således kan en person i långvarig vård till exempel på en hälsovårdscentralas bäddavdelning tack vare det föreslagna nya förfarandet flytta över till vård vid en hälso- och sjukvårdsenhet inom en annan kommun, om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i sitt beslut anser det motiverat.” (RP 101/2010 rd, s. 27). Trots att paragrafen finns i socialvårdslagen har det med stöd av den således också gått att söka sig till tjänster som räknas som hälso- och sjukvård. I praktiken är det ändå numera sällsynt att långvarig sluten vård ordnas på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar (i den ovannämnda propositionen används ordet ”bäddavdelning”).

Avgränsningen i 48 § i hälso- och sjukvårdslagen, att rätten att välja inte gäller långvarig sluten vård, är således inte alldeles aktuell, även om dess praktiska betydelse inom hälso- och sjukvården som ovan påpekas är liten. Att bestämmelserna i 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns just där och inte i socialvårdslagen ser ändå, med beaktande av det ovan sagda, också ur denna synvinkel ut att vara motiverat.

3 Målsättning

När det gäller jourbestämmelserna är syftet med propositionen att beakta riksdagens uttalande att riksdagen förutsätter att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden.

Syftet med bestämmelserna om val av vårdenhet är att göra lagstiftningen tydligare.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att den möjlighet som Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden har enligt 59 § i införandelagen att upprätthålla fler än en samjournsenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus ska vara en möjlighet som gäller tills vidare. Dessa välfärdsområden ska kunna driva två sådana sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter. Avsikten är att genomföra ändringen genom att 59 § i införandelagen ändras.

Enligt förslaget ska bestämmelserna om val av vårdenhet göras tydligare genom en sådan översyn av 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen som i regel inte ändrar på rättsläget enligt gällande rätt. I socialvårdslagen föreslås den paragraf som överlappar 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård bli upphävd, och i lagen om hemkommun föreslås en teknisk hänvisningsändring.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna i anslutning till möjligheterna för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden att upprätthålla två samjournsenheter med jour dygnet runt behandlas i sak i avsnitt 2.2.1.3, som innehåller en bedömning av nuläget vad finansieringen beträffar. Slutsatsen i det avsnittet är att det utifrån finansieringsprincipen inte är nödvändigt att anvisa tilläggsfinansiering för upprätthållandet av två samjournsenheter med jour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden, exempelvis genom en ändring av finansieringslagen. Av de orsaker som anges i avsnitt 2.2.1.3 har regeringen ändå slagit fast att dess vilja är att finansiering ska beviljas särskilt för de merkostnader som upprätthållandet av två samjournsenheter medför. Regeringen har för avsikt att bereda en separat kompletterande proposition om denna finansiering.

Ändringarna av bestämmelserna om val av vårdenhet har inga ekonomiska konsekvenser.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

De lagändringar som föreslås i fråga om juren har ringa direkta konsekvenser för myndighetsverksamheten i välfärdsområdena i och med att Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden med stöd av 59 § i införandelagen har möjlighet att upprätthålla fler än en samjournsenhet med jour dygnet runt i ytterligare tio år. Enligt den proposition som hänför sig till paragrafen i fråga är syftet med övergångsarrangemanget att göra det möjligt att fortsätta med specialiserad sjukvård på centralsjukhusnivå, inklusive viss operationsverksamhet, på båda sjukhusen i dessa välfärdsområden tills den specialiserade sjukvården inom välfärdsområdet har planerats så att den motsvarar befolkningens behov. Lagändringen ger välfärdsområdena i fråga visshet om att det

är tillåtet att driva två sjukhus med samjour dygnet runt, i praktiken i Rovaniemi och Kemi respektive S:t Michel och Nyslott. När verksamheten planeras är bakgrundsantagandet således inte att upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt ska upphöra senast vid utgången av 2032, och verksamheten kan planeras utgående från att två sådana jourenheter ska upprätthållas i välfärdsområdet.

Enligt den föreslagna formuleringen i 59 § i införandelagen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter. Välfärdsområdenas myndigheter ska således bedöma behovet av en andra samjoursenhet med jour dygnet runt och sina möjligheter att ordna jour i enlighet med de i lag angivna skyldigheterna att ordna jour och även i övrigt i enlighet med välfärdsområdets skyldigheter att ordna tjänster. Dessa myndigheter ska överväga upprätthållandet av två enheter också i förhållande till hur det påverkar ordnandet av andra social- och hälsovårdstjänster. I Lapplands välfärdsområde bidrar det avtal om utläggning som gäller sjukhuset i Kemi till att det i vilket fall som helst blir en modell med två sjukhus under de närmaste åren.

Enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård är ordnandet av jour en fråga som bestäms i ett samarbetsavtal mellan de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde. Därmed är ett beslut om att upprätthålla två sådana enheter inte en fråga enbart för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden, utan man kommer överens om juren som en helhet i samarbetsavtalet. Därför har propositionen konsekvenser också för myndigheterna i de andra välfärdsområden som hör till samarbetsområdet, när de bereder samarbetsavtalen och mer allmänt social- och hälsovårdstjänsterna i sin helhet. Eftersom fortsatt jour på sjukhusen är en viktig fråga för de berörda orterna med tanke på såväl tillgången till social- och hälsovårdstjänster som regionens allmänna livskraft, kan det i praktiken visa sig vara en mycket svår uppgift att ingå samarbetsavtal om man på det regionala planet överväger att lägga ner eller minska på sjukhusets jourverksamhet.

Social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet ska beakta regleringen i de styrningsuppgifter som avses i 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

De ändringar som föreslås i bestämmelserna om val av vårdenhet gagnar välfärdsområdenas myndigheter och de statliga myndigheter som utövar tillsyn över de förstnämndas verksamhet, genom att tydlig lagstiftning förhindrar uppkomsten av svåra lagtolkningssituationer.

4.2.3 Samhälleliga konsekvenser

Jourbestämmelserna bidrar till fullgörandet av det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Brådskande sjukvård hör också till de rättigheter som tryggas i 1 mom. i den paragrafen. Den föreslagna ändringen av jourbestämmelserna gör det i praktiken möjligt att upprätthålla det nuvarande nätverket av sjukhus med samjour dygnet runt. I Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden gör möjligheten att upprätthålla två jourenheter det möjligt att hålla kvar en sådan servicenivå på regionens sjukhus som man redan är van vid. Patienterna uppskattar att närservicen upprätthålls, och åtminstone i vissa situationer kan det ha en behandlingsmässig betydelse om en patient mycket snabb får komma till en närliggande regional jourenhet.

Även om välfärdsområdena någon gång beslutar att avstå från att ordna samjour vid det ena av sjukhusen i området, ska en patient fortfarande ha rätt till brådskande vård vid något av landets sjukhus med jour, beroende på var patienten befinner sig och vilket servicebehov han eller hon har. Avståndet till närmaste sjukhus med jour kan bli längre (se närmare avsnitt 2.2.1). Detta gäller i synnerhet dem som bor i Nyslott, Kemi eller deras närområden samt dem som vistas i dessa områden. I stället för samjour ska det också vara möjligt för välfärdsområdena att ändra tjänsteutbudet för jour dygnet runt så att det gäller jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen i enlighet med 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Då behåller området jour för att åtgärda de vanligaste akuta hälsoproblemen bland befolkningen. Upprätthållandet av sådan jour förutsätter tillstånd av social- och hälsovårdsministeriet.

Syftet med jourbestämmelserna är att genom centralisering av tjänsterna bland annat se till att det vid varje jourenhet finns tillräckligt med kompetent personal för att trygga kvaliteten på tjänsterna. Det råder brist på både läkare och skötare, även nationellt. Om de två sjukhusen i välfärdsområdet upprätthåller en omfattande servicenivå inom jouren, kan det leda till konkurrens om arbetstagare såväl mellan sjukhusen i området som med sjukhus i andra välfärdsområden. Samtidigt kan det faktum att det ordnas jour på ett sjukhus locka kompetent personal till sjukhuset på orten. Ändringar i vårdutbudet kan påverka undervisningen vid hälsovårdsläroanstalterna i området när det gäller vilken undervisning som kan ges och på vilket sätt. Detta gäller i synnerhet utbildningen av vårdpersonal. Upprätthållandet av två jourenheter kan också leda till att välfärdsområdets resurser används på ett snedvridet sätt för att säkerställa ordnandet av jour, vilket kan påverka ordnandet av andra social- och hälsovårdstjänster.

Att det ordnas samjour dygnet runt på ett sjukhus i regionen upplevs vara av betydelse med tanke på regionens livskraft och mer allmänt med tanke på bilden av regionen. Kemi–Torneå-regionen är ett betydande industrikluster i norra Finland. Det finns mycket turism i både Södra Savolax och Lappland. Propositionen kan bedömas stödja dessa regioners attraktivitet som en plats att bo på och en miljö att investera i, och dessutom stödja turismen i regionerna.

Bestämmelserna om val av vårdenhet har i regel inga direkta samhällsliga konsekvenser eftersom de till innehållet huvudsakligen motsvarar nuläget. I viss mån kan det faktiska tillgodoseendet av patienternas rättigheter främjas av att lagstiftningen är tydlig.

I propositionen föreslås det att man upphäver bestämmelsen i 47 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen om att en vårdenhet inom den specialiserade sjukvården får väljas också inom ett annat samarbetsområde än patientens eget, om detta är behövligt för att tillgodose en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter. Att bestämmelsen upphävs har inga konsekvenser för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna eftersom det i stället föreslås en bestämmelse som motsvarar det gällande 48 § 2 mom. och enligt vilken det inte ställs några ytterligare villkor (såsom tillgodoseende av språkliga rättigheter) för valet av vårdenhet inom den specialiserade sjukvården, utan patienterna får välja vårdenhet inom vilket samarbetsområde som helst utan några sådana ytterligare skäl. Upphävandet av 47 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen handlar alltså endast om att upphäva bestämmelser som är mer begränsande och inkonsekventa. I praktiken kan möjligheten att välja vårdenhet begränsas särskilt av bestämmelserna om centralisering av den specialiserade sjukvården (alla typer av behandling går inte att få vid alla sjukhus), men det beror inte på de ändringar som föreslås i denna proposition. Enligt såväl de gällande som de föreslagna bestämmelserna ska vårdenheten väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

I bestämmelserna om val av vårdenhet föreslås det en förtydligande ändring enligt vilken rätten att välja hälsovårdscentral eller hälsostation inte inbegriper rätt att välja var tjänster inom skol- eller studerandehälsovården tillhandahålls, oavsett om en person studerar inom eller utanför sitt

eget välfärdsområde. Enligt den gällande 48 § i hälso- och sjukvårdslagen gäller avgränsningen uttryckligen bara situationer där en person väljer hälsovårdscentral utanför sin hemkommun, och från och med den 1 januari 2023 utanför sitt eget välfärdsområde. Den föreslagna avgränsningen minskar i princip elevernas och studerandenas valmöjligheter inom det egna välfärdsområdet jämfört med den bestämmelse som träder i kraft den 1 januari 2023. Det är emellertid oklart om rätten att välja ens i nuläget har tolkats gälla valsituationer inom en kommun och om denna rätt har utövats. Avsnitt 2.2.2 innehåller en redogörelse för sådana orsaker i anslutning till logiken inom lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården som talar för en avgränsning.

5 Alternativa handlingsvägar

Jourbestämmelser

Enligt ett uttalande av riksdagen förutsätter den att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden. I uttalandet slås det inte fast någon uttrycklig åtgärd för att trygga en tillräcklig standard. Nedan behandlas alternativa sätt att beakta uttalandet på.

1) Jourbestämmelserna omarbetas fullständigt

Jourbestämmelserna är rätt detaljerade och styrande i förhållande till den allmänna utgångspunkten att kommuner och samkommuner, och i fortsättningen välfärdsområden, med organiseringsansvar allmänt taget ska ges spelrum att ordna sina lagstadgade uppgifter på det sätt de anser vara bäst, så länge villkoren i lagstiftningen uppfylls bland annat i fråga om tjänsternas innehåll och kvalitet. Bakgrunden till jourbestämmelserna beskrivs i avsnittet om nuläget, och där förklaras syftena med dem. Det kan bedömas att de tidigare ställda målen för dessa bestämmelser i sig har nåtts, såsom att säkerställa tillräcklig kompetens för juren, patientsäkerhet och kostnadsnyttoeffekt, men i en ständigt föränderlig omvärld är det motiverat att se över systemet med jämna mellanrum.

Vid behandlingen av reformen i fråga om ordnandet av social- och hälsovården konstaterade social- och hälsovårdsutskottet följande: ”Utskottets uppfattning är att det inte är nödvändigt med så detaljerad reglering av jourerna i olika omfattning och på olika nivåer, när organiseringsansvaret överförs till större välfärdsområden än de nuvarande anordnarna. I stället kan välfärdsområdenas beslutanderätt utökas inom ramen för de anslag som står till deras förfogande. För detta talar också det faktum att skillnaderna mellan nivåerna inte är noggrant avgränsade, särskilt inte inom omfattande samjour dygnet runt och annan samjour dygnet runt, eftersom andra sjukvårdsdistrikt än sjukvårdsdistrikten med omfattande jour dygnet runt själva har kunnat bestämma att deras jour är mer omfattande än vad lagen kräver. Skyldigheten att ha omfattande samjour dygnet runt har emellertid ansetts ha stor betydelse för sjukhusens status, rekrytering och utveckling.” (ShUB 16/2021 rd, s. 49).

Det är motiverat att vid något tillfälle se över jourbestämmelserna som en helhet. En övergripande översyn och revidering av bestämmelserna är emellertid ett projekt som fordrar ett grundligt utredningsarbete och tid, och det är inte möjligt att genomföra en sådan reform med en stram tidsplan. Innan en eventuell övergripande reform inleds är det också motiverat att granska hurdana lösningar och konsekvenser överföringen av organiseringsansvaret till välfärdsområdena samt inledandet av samarbetsområdenas verksamhet och de samarbetsavtal och andra avtal enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som ingås inom samarbetsområdena medför för jourverksamheten. Social- och hälsovårdsministeriet följer och utreder frågan som

en del av den nationella styrningen av ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och vid kartläggningen av kommande lagstiftningsbehov som gäller hälso- och sjukvårdslagen.

2) Det blir tillåtet för alla välfärdsområden att upprätthålla fler än en samjournsenhet med jour dygnet runt

Ett sätt att reformera jourssystemet är att tillåta att alla välfärdsområden får en möjlighet att upprätthålla fler än en samjournsenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus. Fördelen med en sådan modell är att välfärdsområdena behandlas mer jämlikt och får större rätt att besluta på vilket sätt juren ordnas. Modellen skulle leda till ökad regional självstyrelse. En sådan lösning innebär emellertid att 2017 års reform (delvis) rivs upp, och den kan medföra oönskade lösningar med tanke på kompetensfördelningen, en förnuftig användning av resurserna samt kostnaderna. En så omfattande reform är åtminstone delvis jämförbar med en totalreform enligt alternativ 1, och precis som en totalreform skulle modellen förutsätta att det inhämtas ett detaljerat kunskapsunderlag och görs en konsekvensbedömning som stöd.

3) Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden påförs en skyldighet att upprätthålla två samjournsenheter med jour dygnet runt

Ett sätt att beakta riksdagens uttalande är att föreskriva att upprätthållandet av två samjournsenheter med jour dygnet runt är en skyldighet för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden, alltså inte bara en möjlighet. Då ska dessa områden upprätthålla två sådana jurenheter, och det är ingen avvägningsfråga huruvida ett välfärdsområde upprätthåller två enheter eller inte. Detta kan uppfattas vara en lösning som i högre grad tryggar enheternas ställning, men samtidigt begränsar den välfärdsområdenas möjligheter att inom ramen för sin självstyrelse fatta ändamålsenliga beslut om ordnandet av tjänsterna. Enligt myndigheterna i dessa områden är denna modell den bästa lösningen (se avsnitt 6 Remissvar).

Ett sådant alternativ är inte motiverat med beaktande av de övriga jourbestämmelserna. I 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det att även HUS-sammanslutningen samt de välfärdsområden inom vars område det finns ett universitetssjukhus endast har rätt att upprätthålla fler än en jurenhet. Med tanke på befolkningens mängd och befolkningens servicebehov bedöms Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden inte vara sådana att det genom lagstiftning om ordnande av social- och hälsovård eller genom finansiering bör utövas en sådan styrning att just båda dessa områden säkert har två samjournsenheter med jour dygnet runt.

4) Juren vid det ena av välfärdsområdets sjukhus ändras till jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen

Genom 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen är det möjligt för social- och hälsovårdsministeriet att bevilja ett välfärdsområde tillstånd att ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen, om tillgängligheten till tjänsterna och avstånden mellan jourmottagningarna förutsätter detta och de tjänster som befolkningen behöver inte kan säkerställas tillräckligt väl genom den prehospitala akutsjukvården. Enligt 6 § i jourförordningen ska när det vid en sådan enhet ordnas jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen jurenheten placeras vid ett sjukhus där tjänster inom andra specialiteter är tillgängliga under tjänstetid. I enheten ska det under alla tider på dygnet vara möjligt att göra sådana laboratorieundersökningar och sådan bilddiagnostik som behövs för att ställa diagnos samt att med hjälp av telemedicin konsultera enheten för omfattande jour dygnet runt eller enheten för samjour. Det ska säkerställas att det är möjligt att snabbt flytta patienter till enheten för omfattande jour dygnet runt eller till enheten för samjour.

En möjlighet är att det ena av sjukhusen inom Lapplands respektive Södra Savolax välfärdsområde, i praktiken sjukhusen i Kemi och Nyslott, fortsätter med jourverksamhet som en enhet som avses i 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Detta skulle trygga upprätthållandet av jour dygnet runt också i fortsättningen, om befolkningens servicebehov förutsätter jour av denna typ men inte förutsätter samjour inom fler än ett specialområde. Denna modell kräver inga ändringar i bestämmelserna, utan välfärdsområdena kan ansöka om tillstånd hos social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och jourförordningen. En annan möjlighet är att lagen ändras så att välfärdsområdena i fråga inte behöver något särskilt tillstånd för att upprätthålla en sådan jourenhet utan får upprätthålla enheten direkt med stöd av lag. En sådan bestämmelse skulle innebära att alla välfärdsområden inte behandlas på samma sätt i fråga om de enheter som avses i 50 § 5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, men samtidigt gör införelag lagen det redan nu möjligt att behandla dessa områden på olika sätt i lagstiftningen när det gäller jour som avses i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

5) Riksdagens uttalande beaktas på andra sätt än genom bestämmelser om jourenheter

I riksdagens uttalande förutsätts det inte att statsrådet bereder ändringar uttryckligen i jourbestämmelserna. Enligt uttalandet förutsätter riksdagen att regeringen tryggar en tillräcklig standard på tjänsterna vid sjukhusen i Kemi och Nyslott och vid behov vidtar åtgärder för att garantera standarden.

Enligt 45 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, det vill säga jour som avses i 50 § 3 och 4 mom. i den lagen. De tjänster som sjukhusen erbjuder skulle bli fler och en tillräcklig standard på tjänsterna därmed kunna tryggas genom bestämmelser om att ett välfärdsområde får ordna sådan icke-brådslande operativ verksamhet som kräver anestesi och operationssal eller andra icke-brådslande ingrepp som kräver allmän anestesi vid en verksamhetsenhet i välfärdsområdet som inte har i 50 § 3 eller 4 mom. avsedd samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, om de förutsättningar som närmare anges i lagen uppfylls på ett sådant sätt att patientsäkerheten tryggas. En sådan möjlighet kan bidra till att sjukhus av detta slag blir attraktivare som arbetsplatser.

Den ovan beskrivna regleringsmodellen föreslogs i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (RP 312/2018 rd). Propositionen förföll emellertid vid utgången av regeringsperioden. Den gången motiverades förslaget bland annat med syftet att öka den jämlika behandlingen av privata och offentliga tjänsteproducenter. Om man överväger att införa en sådan regleringsmodell krävs det ytterligare en ny, övergripande översyn på nationell nivå med beaktande av reformen av ordnandet av social- och hälsovården. Det är inte ändamålsenligt att föreskriva att modellen ska gälla endast vissa välfärdsområden, utan det ska vara fråga om en sådan ändring av bestämmelserna som gäller alla välfärdsområden. Modellen kunde också vara ett nyttigt verktyg exempelvis för att åtgärda den eftersatta specialiserade sjukvården.

6) Det utfärdas inga bestämmelser just nu, utan regeringen ger akt på situationen och utövar styrning vid behov

De åtgärder som förutsätts i riksdagens uttalande kan också vara något annat än lagstiftningsändringar.

En modell är att inte utfärda några bestämmelser alls just nu. Med stöd av införelag får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour

dygnet runt vid sina sjukhus till utgången av 2032, det vill säga i 10 år till. Om jourbestämmelserna bedöms som en helhet under de närmaste åren är det sannolikt att de i vilket fall som helst revideras åtminstone till någon del före den tidpunkten.

Enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. I 36 § 1 mom. i den lagen anges det att syftet med samarbetsavtalet för ett samarbetsområde är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården. Enligt paragrafens 3 mom. bestäms arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena vid bedömningen och prognostiseringen av befolkningens servicebehov och vid uppföljningen och utvärderingen av ordnandet av social- och hälsovården. Befolkningens servicebehov och tryggheten av en servicenivå som är tillräcklig i förhållande till det även vid sjukhusen i Kemi och Nyslott ska bedömas som skyldigheter för såväl välfärdsområdet som samarbetsområdet redan utifrån gällande lagstiftning, och det finns många sätt att inom ramen för självstyrelsen trygga en tillräcklig servicenivå i välfärdsområdena.

Med stöd av 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård styr statsrådet välfärdsområdena på olika sätt. Lagens styrmedel är starkare än i den lagstiftning om detta som är i kraft ända till utgången av 2022. Social- och hälsovårdsministeriet för årligen förhandlingar med varje välfärdsområde där bland annat tjänsternas tillräcklighet och personalfrågor behandlas. Finansministeriet deltar i förhandlingarna. I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns det en delegation för social- och hälsovård, med uppgift att bland annat behandla den inre arbetsfördelningen och samarbetet inom samarbetsområdena för social- och hälsovården samt främja samarbetet mellan samarbetsområdena. Det finns således sätt för statsrådet att genom styrning trygga en tillräcklig servicenivå i dessa områden.

Riksdagens uttalande innehåller enligt regeringens uppfattning en sådan möjlighet att statsrådet inte behöver vidta andra åtgärder eller utfärda nya författningar, om en tillräcklig servicenivå annars tryggas inom ramen för välfärdsområdenas självstyrelse och genom åtgärder som gemensamt bestäms inom samarbetsområdet eller med hjälp av statsrådets styrning.

Till statsrådets andra åtgärder än lagstiftningsåtgärder för att säkerställa en tillräcklig servicenivå vid sjukhusen i fråga hör sådana allmänna åtgärder med större verkningar som syftar till att utveckla servicesystemet, det vill säga åtminstone finansiering av olika utvecklingsprojekt samt nationella program bland annat för att genom programarbete säkerställa att personalen räcker till och att det finns personal att tillgå.

Slutsatser

Sammanfattningsvis kan det i fråga om alternativen när det gäller att beakta riksdagens uttalande konstateras att många av dem skulle vara goda sätt att utveckla tjänsterna och servicesystemet i de aktuella välfärdsområdena också mer generellt. Mer omfattande reformer som även gäller de övriga välfärdsområdena kräver längre beredning. Riksdagens uttalande innehöll ingen tidsgräns för åtgärderna, men det förutsattes att statsrådet vidtar åtgärder för att garantera en tillräcklig standard på tjänsterna vid de nämnda sjukhusen. Syftet med uttalandet kan ändå antas vara att förplikta statsrådet att vidta åtgärder snabbare än först vid övergångsperiodens utgång 2032. Enligt regeringens uppfattning är det motiverat att på kort sikt genomföra den ändring som nu föreslås för att man i de välfärdsområden som berörs av reformen ska få större visshet

om möjligheten att fortsätta jourenhetens verksamhet på det sätt som befolkningens servicebehov förutsätter. De lagstiftningslösningar som nu föreslås hindrar naturligtvis inte kommande regeringar eller riksdagen från att göra ändringar i lagstiftningen.

Bestämmelser om val av vårdenhet

Vid beredningen av propositionen bedömdes i huvudsak inga alternativ i fråga om valet av vårdenhet eftersom de föreslagna bestämmelserna till största delen är av teknisk natur och syftar till att göra lagstiftningen tydligare. Syftet med detta lagprojekt är inte att utvärdera och ändra lagstiftningen om val av vårdenhet innehållsmässigt. I avsnitt 6 Remissyttranden beskrivs emellertid ett förslag till en sådan ändring av bestämmelserna som har beretts men som inte föreslås bli gjord just nu.

6 Remissvar

Propositionen var ute på remiss mellan den 26 september och 4 november 2022. Det kom 27 remissvar. Utlåtande lämnades av riksdagens biträdande justitieombudsman, finansministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården samt regionförvaltningsverken (gemensamt utlåtande), Lapplands välfärdsområde, samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt, Lapplands sjukvårdsdistrikt, Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, samkommunen för Norra Savolax sjukvårdsdistrikt, Egentliga Tavastlands sjukvårdsdistrikt, samkommunen för social- och hälsovården i Kajanaland, kommunerna Kemi, Keminmaa, Tervola, Övertorneå och Simo, Nyslotts stad, Södra Savolax landskapsförbund, Finlands Kommunförbund rf, KT Kommunarbetsgivarna, Lapin vihreät ry, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Suomen Hammaslääkäriliitto - Finlands Tandläkarförbund ry, Tehy rf, Finlands Sjukskötare rf, Läkarföretagen rf och Konsumentförbundet rf. Dessutom konstaterade inrikesministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och Birkalands sjukvårdsdistrikt att de inte har något att yttra om propositionen. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt samt Helsingfors stad meddelade att de inte lämnar något utlåtande.

Den version av 59 § i införandelagen som var på remiss motsvarade i sak den nu föreslagna bestämmelsen. I remissvarsversionen föreslogs det att det inte anvisas någon extra finansiering till Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden för upprätthållandet av en till samjoursenhet med jour dygnet runt i välfärdsområdet.

I remissvaren om jourförslaget var åsikterna delade. Flera remissinstanser (Finlands Kommunförbund, Lapplands sjukvårdsdistrikt, samkommunen för Norra Savolax sjukvårdsdistrikt, samkommunen för social- och hälsovården i Kajanaland, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Tehy rf, Finlands Sjukskötare rf, Läkarföretagen rf och regionförvaltningsverken) understödde eller förhöll sig generellt sett positiva till propositionen, även om flera kom med en del ytterligare synpunkter.

Lapplands välfärdsområde, samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt, kommunerna i Havslapland (Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Övertorneå), Nyslotts stad och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt ansåg att det ska vara en lagstadgad skyldighet för välfärdsområdet att driva två sjukhus med samjour dygnet runt, inte bara en möjlighet. Dessa aktörer, och därtill Södra Savolax landskapsförbund, ansåg att det ska anvisas finansiering för uppgiften. Största delen av dessa regionala aktörer ansåg att revideringen bör göras genom en ändring av finansieringslagen, så att driften av två sjukhus med jour dygnet runt anges som en omgivningsfaktor på basis av vilken finansiering beviljas. Samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt samt kommunerna i Havslapland ansåg att

det för driften av sjukhuset i Kemi behöver beviljas permanent tilläggsfinansiering på 6 miljoner euro som omgivningsfaktor i finansieringslagen. Nyslott föreslog att Södra Savolax och Lapplands välfärdsområden anvisas ett tilläggsanslag på sammanlagt 12 miljoner euro för uppgiften.

Lapplands välfärdsområde, samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt samt kommunerna i Havslapland framför i sina utlåtanden varför två sjukhus med jour ska förpliktas att vara verksamma i området och varför tilläggsfinansiering bör anvisas för detta. Som orsak nämns bland annat den åldrande befolkningsstrukturen, sjukfrekvensen, avstånden, attraktionskraften som arbetsplats för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och även i övrigt som plats att bo på, praktikplatser för studerande samt regionens livskraft och konkurrenskraft, inklusive industrin och turismen i regionen. Enligt utlåtandena äventyrar den föreslagna modellen ställningen för sjukhuset i Kemi och den fortsatta operativa verksamheten vid sjukhuset. Samkommunen för Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och sjukvårdsdistrikt samt kommunerna i Havslapland anser att det finns risk för att social- och hälsovårdens och räddningsväsendets tjänster i hela Lappland hamnar i kris vad gäller finansieringen och verksamheten. I Nyslotts stads utlåtande motiveras driften av två sjukhus med regionala särdrag inklusive avstånd, industrins behov, ett betydande antal fritidsboende och turister samt befolkningens höga ålder och med att regionen är glest bebodd, har många vattendrag, en stor skärgård och långa avstånd. Nyslotts stad anser att finansieringslagens omgivningsfaktorer inte beskriver regionen på rätt sätt. Samkommunen för Östra Savolax sjukvårdsdistrikt ansåg att det faktum att jourverksamheten är tidsbegränsad leder till en för verksamhetsmiljön självförstärkande negativ spiral som åter upp framtida investeringar och i värsta fall leder till långsam nedläggning i stället för till utveckling av verksamheten och gör området överlag mindre attraktivt både för nya investeringar och som plats att bo på.

Finansministeriet ifrågasätter i sitt utlåtande behovet av att ändra bestämmelsen. Ministeriet hänvisar till att man har uppfattat oron i Lapplands och Södra Savolax, men att den lyftes fram och behandlades ingående i samband med lagberedningen och riksdagsbehandlingen av social- och hälsovårdsreformen. Tröskeln för att ändra den gällande övergångsbestämmelsen bör vara mycket hög. Om det anses att en ändring av den gällande bestämmelsen är särskilt motiverad, ska ändringsförslaget främja uppnåendet av målen för reformen och stärka kohesionen i det nya servicesystemet. Ändringen av bestämmelsen behöver motiveras på ett mer detaljerat och noggrannare avgränsat sätt. Även om sjukhusens verksamhet kan konstateras ha konsekvenser till exempel för den regionala utvecklingen, anser finansministeriet det inte motiverat att sådana indirekta konsekvenser vid prövningen går före det allmännas primära uppgift när det gäller tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna eller användningen av offentliga medel.

Finansministeriet anser allmänt att den rätta utgångspunkten är att ändringen inte ska inverka på välfärdsområdenas finansiering. Ändringen av bestämmelsen ska inte heller medföra någon ökad finansiering eller särskild ersättning. Finansministeriet delar inte uppfattningen i propositionen att det är motiverat att beakta riksdagens uttalande på det sätt som anges i utkastet, utan anser att man vid den fortsatta beredningen bör fortsätta bedöma med vilka metoder riksdagens kläm bäst kan genomföras så att det kan säkerställas att de mål som satts upp för social- och hälsovårdsreformen uppnås och att den finansiering som med stöd av lag anvisas välfärdsområdena är tillräcklig. Också Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry och Läkarföretagen rf ansåg att särskild finansiering inte bör anvisas för uppgiften.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ansåg att man nu bör gå vidare i enlighet med alternativ 6 i avsnittet Alternativa handlingsvägar, det vill säga att det inte utfärdas några bestämmelser just nu, utan regeringen ger akt på situationen och utövar styrning vid behov. Verket hänvisar till att uppgiften inte ska få extra finansiering och att det vid den fortsatta

beredningen är viktigt att baserat på kunskap utreda och bedöma propositionens konsekvenser för välfärdsområdenas organiseringsansvar, vårdens kvalitet och patientsäkerheten.

Riksdagens biträdande justitieombudsman kunde med hänvisning till grundlagsutskottets praxis inte förvissa sig om att det genom den möjliggörande lagstiftning som föreslås i utkastet kan säkerställas på ett i konstitutionellt hänseende godtagbart sätt och på det sätt som förutsätts i riksdagens uttalande att servicenivån vid sjukhusen i Kemi och Nyslott är tillräcklig och uppfyller kraven i grundlagen.

Vid den fortsatta beredningen av propositionen preciserades ordalydelsen i 59 § så att det i den inte föreskrivs om de nämnda välfärdsområdenas möjlighet att upprätthålla ”flera än en” samjoursenhet med jour dygnet runt, utan antalet begränsas enligt lag till två, på de grunder som anges i specialmotiveringen till paragrafen. Vid den fortsatta beredningen kompletterades beskrivningen och bedömningen av nuläget inom jouren och i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden samt preciserades propositionens konsekvensbedömningar. I denna regeringsproposition föreslås det inte någon särskild finansiering för upprätthållandet av två samjoursenheter med jour dygnet runt, men i enlighet med vad som framförs i avsnitt 2.2.1.3 har regeringen för avsikt att beträffande särskild finansieringen lämna en regeringsproposition som kompletterar denna proposition.

När man drar slutsatser av remissvaren ska man vara medveten om att andra än de berörda välfärdsområdena ännu inte har uttalat sig om finansieringen. Alla välfärdsområden kommer att höras vid beredningen av den kompletterande regeringspropositionen.

Det kom relativt få kommentarer om valet av vårdenhet. I vissa kommentarer nämndes önskemål om förtydliganden samt behov att utveckla lagstiftningens innehåll. I den version som var på remiss föreslogs det att bestämmelserna om när en annan hälsovårdscentral eller hälsostation kan anlitas för vård enligt vårdplanen ändras. Den bestämmelse som träder i kraft i början av 2023 gäller situationer där en person regelbundet eller under en längre tid vistas utanför sitt eget välfärdsområde. I den version som var på remiss föreslogs det en sådan ändring att rätten att välja ska gälla vistelse också inom det egna välfärdsområdet och att en förutsättning för anlitan av en annan hälsovårdscentral ska vara att vistelseorten ligger långt ifrån den egna hälsostationen. Vid den fortsatta beredningen slopades uttrycket ”långt ifrån”, som i flera utlåtanden ansågs otydligt, och de ändringar som hänförde sig till det. I stället föreslås det att bestämmelserna till denna del inte ändras jämfört med de bestämmelser som träder i kraft den 1 januari 2023, eftersom syftet med detta lagprojekt inte var att se över innehållet i bestämmelserna om val av vårdenhet. Vid behov kan man i samband med en senare reform av hälso- och sjukvårdslagen återkomma till eventuella behov att precisera den lagstiftning som rör denna helhet. Riksdagens biträdande justitieombudsman ansåg att propositionens konsekvenser för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna i fråga om valet av vårdenhet måste bedömas närmare. Till bedömningen av propositionens samhälleliga konsekvenser fogades en bedömning av tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.

7 Specialmotivering

7.1 Lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen

59 §. *Samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden.* Enligt den gällande bestämmelsen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden fram till utgången av 2032 upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus, trots det som före-

skrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Det föreslås en sådan ändring att uttrycket ”fram till utgången av 2032” stryks, varvid möjligheten för dessa välfärdsområden att upprätthålla sådana samjoursenheter gäller tills vidare. Dessutom föreslås lydelsen ”fler än en” bli ändrad så att det föreskrivs om möjligheten att upprätthålla två sådana jourenheter. Orsaken till ändringen är att redan upprätthållandet av två sådana jourenheter i dessa regioner utgör ett undantag från jourbestämmelserna och att det med tanke på befolkningens servicebehov, kompetensfördelningen och personalresurserna inte finns grunder för att inrätta en tredje jourenhet eller fler. Om särskild finansiering för upprätthållandet av fler än en enhet anvisas i enlighet med regeringens riktlinjer av den 17 november 2022 (se avsnitt 2.2.1.3) är det dessutom motiverat att begränsa antalet jourenheter, så att den statliga finansieringen riktas till ändamålsenlig verksamhet.

En förutsättning för att upprätthålla två enheter ska enligt bestämmelsen vara att befolkningens servicebehov förutsätter det och att upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter.

När beslut om jour fattas i ett välfärdsområde ska lagstiftningen om ordnande av social- och hälsovård iakttas. Enligt 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Dessutom föreskrivs det bland annat i 8 § 2 mom. i den lagen att ett välfärdsområde ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap att ansvara för ordnandet av social- och hälsovård och att det ska se till att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. För att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrationspersonal och annan personal som verksamheten kräver, förfoga över lämpliga lokaler och lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten. Dessutom ska välfärdsområdet ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar. Enligt 50 § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska jourenheterna ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. Jourförordningen innehåller bestämmelser om förutsättningarna i fråga om olika medicinska specialområden. I 12 och 13 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om begränsningar i fråga om utläggning och i fråga om inhyrning av utomstående personal, i enlighet med den tidpunkt för tillämpningen som anges i införandelagen.

Av lagstiftningen om ordnande av social- och hälsovård följer att man vid beslut om jour exempelvis ska se till att juren i välfärdsområdet kan ordnas på ett sätt som tryggar kompetensen och funktionsförmågan. Det betyder att om det i ett välfärdsområde upprätthålls två enheter med jour dygnet runt, får detta till exempel inte leda till att enheterna inte har tillräckligt med kompetent personal enligt vad lagstiftningen förutsätter.

Enligt 50 § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska det avtalas om juren och dess omfattning i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, med beaktande av områdets prehospitala akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov. Eftersom det i samarbetsavtalet ska avtalas om juren som en helhet, kan ett beslut om upprätthållande av fler än en jourenhet eller om en jourenhets tjänsteutbud inom olika medicinska specialområden inte fattas bara av Lapplands eller Södra Savolax välfärdsområde, utan saken bestäms i ett samarbetsavtal mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet.

7.2 Hälso- och sjukvårdslagen

47 §. *Val av vårdenhet för icke-brådskande vård.* Det föreslås sådana lagtekniska ändringar i 47 och 48 § att paragraferna bildar en tydligare och mer logisk helhet. I 47 § 1 mom. föreskrivs det för närvarande om en persons rätt att välja en hälsostation vid sitt välfärdsområdes hälsovårdscentral. I det gällande 48 § 1 mom. föreskrivs det om val av hälsovårdscentral utanför det egna välfärdsområdet. Enligt förslaget ska 47 § 1 mom. i fortsättningen innehålla bestämmelser om val av hälsovårdscentral eller av hälsostation vid en hälsovårdscentral, oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Förfarandet när det gäller valet är detsamma i båda fallen.

Inga ändringar föreslås i förfarandebestämmelserna. Vårdansvaret ska också i fortsättningen övergå till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet. Om en person flyttar, utgör detta emellertid ett skäl till att välja vårdenhet på nytt även om det ännu inte har gått ett år sedan det föregående valet.

I det föreslagna 2 mom. ingår den bestämmelse som för närvarande finns i 48 § 1 mom. och som innehåller en avgränsning i fråga om de tjänster som rätten att välja inte gäller. Rätten att välja ska inte gälla skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Rätten att välja ska inte heller gälla långvarig sluten vård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har enligt förslaget ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område. Dessa avgränsningar handlar i den gällande lagen om val av hälsovårdscentral inom en annan kommuns område och enligt den lagstiftning som träder i kraft den 1 januari 2023 om val av hälsovårdscentral inom ett annat välfärdsområdes område. Om bestämmelsen utformas på det sätt som föreslås i 2 mom. gäller avgränsningen i fråga om skol- och studerandehälsovården också val som görs inom det egna välfärdsområdet. Motiveringen till avgränsningen i fråga om skol- och studerandehälsovården behandlas i avsnitt 2.2.2.

Skrivningen om långvarig sluten vård föreslås bli preciserad. Rätten att välja ska inte heller i fortsättningen gälla långvarig sluten vård, men en så här kategorisk avgränsning i paragrafen är i viss mån inexakt eftersom det i 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om sökande av vård i en kommun som ligger inom ett annat välfärdsområdes område. Den nya formuleringen föreslås lyda ”Rätten att välja gäller inte heller långvarig sluten vård, om inte något annat föreskrivs i lag”. Det hänvisas alltså i praktiken till 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, där det visserligen finns helt egna förfarandebestämmelser i anslutning till detta. I avsnitt 2.2.2 anges det att denna valmöjlighet i praktiken är av rätt liten betydelse inom hälso- och sjukvården eftersom det till exempel på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar knappast alls ordnas sådana tjänster längre. Avgränsningen i fråga om hemsjukvård ändras inte jämfört med den lag som träder i kraft den 1 januari 2023.

Till 3 mom. föreslås den bestämmelse som gäller val av vårdenhet inom den specialiserade sjukvården bli flyttad från 48 § 2 mom. i den gällande lagen. Bestämmelsen ändras inte i sak. Det föreslås att 47 § 3 mom. upphävs eftersom momentet står i strid med 48 § 2 mom. av orsaker som hänför sig till bestämmelsernas tillkomst (se avsnitt 2.2.2). I 47 § 3 mom. i den gällande lagen anges ytterligare förutsättningar för valet av vårdenhet, medan sådana avgränsningar inte finns för utvidgat val av vårdenhet enligt 48 § 2 mom. I paragrafen ska det således inte heller i fortsättningen anges några ytterligare förutsättningar för detta val. Det föreslås en översyn av den svenska språkdräkten.

Enligt 2 § 2 mom. i Nylandslagen tillämpas på välfärdsområdena i Nyland och på Helsingfors stad dessutom vad som föreskrivs om välfärdsområden och ordnandet av social- och hälsovård i lagen om ordnande av social- och hälsovård eller annanstans i lag, om inte något annat föreskrivs i den förstnämnda lagen. Enligt 2 § 5 mom. i Nylandslagen tillämpas på HUS-sammanslutningen dessutom vad som annanstans i lag föreskrivs om ordnande av hälso- och sjukvård. Hänvisningarna till välfärdsområden gäller således också Helsingfors stad, och i fråga om den specialiserade sjukvården även HUS-sammanslutningen. När hälso- och sjukvårdslagen ändrades på grund av social- och hälsovårdsreformen (lag 581/2022, RP 56/2021 rd) gick man in för en lösning där Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen inte nämns separat i lagarna utan särskilda skäl.

48 §. *Val av vårdenhet i vissa situationer.* Denna paragraf föreslås nu innehålla bestämmelser om så kallat utvidgat val av vårdenhet för icke-brådskande vård. Bestämmelserna i paragrafen flyttas och kombineras med 47 § på det sätt som beskrivs ovan. I fortsättningen föreslås det i 48 § ingå bestämmelser om val av vårdenhet i vissa situationer.

Det föreslagna 1 mom. gäller situationer där en person på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun. Bestämmelsen motsvarar 47 § 2 mom. i den lydelse som träder i kraft den 1 januari 2023.

Momentet föreslås dessutom innehålla den bestämmelse som för närvarande finns i 47 § 4 mom. och som gäller utnyttjande av tjänster inom den specialiserade sjukvården i de situationer som beskrivs ovan.

I den bestämmelse i 47 § 4 mom. som träder i kraft vid ingången av 2023 nämns HUS-sammanslutningen separat vid sidan av välfärdsområdet. Detta avviker från den bestämmelse i 48 § 2 mom. som träder i kraft vid samma tidpunkt och från det föreslagna 47 § 3 mom. eftersom HUS-sammanslutningen inte nämns separat i dem när det gäller tjänster inom den specialiserade sjukvården. Den uttryckliga hänvisningen till HUS-sammanslutningen föreslås bli struken i momentet eftersom det är klart att hänvisningen till välfärdsområdet också gäller HUS-sammanslutningen i detta sammanhang (se motiveringen till 47 § i fråga om hänvisningar till HUS-sammanslutningen).

I 2 mom. föreslås förfarandebestämmelser som motsvarar nuläget i fråga om det val som avses i 1 mom.

Det föreslagna 3 mom. innehåller den bestämmelse som för närvarande finns i 47 § 5 mom.

7.3 Lagen om upphävande av 60 § i socialvårdslagen

Bestämmelserna i 60 § i socialvårdslagen föreslås bli upphävda eftersom bestämmelser med motsvarande innehåll finns i 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, som träder i kraft den 1 januari 2023. Saken behandlas närmare i avsnitt 2.2.2.

7.4 Lagen om hemkommun

3 b §. *Ändring av hemkommun i vissa situationer.* Det föreslås en teknisk ändring som innebär att det i paragrafen hänvisas till 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård i stället för till socialvårdslagens 60 §, som föreslås bli upphävd.

8 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft i början av 2023.

Lagarna måste ändå inte nödvändigtvis vara i kraft den 1 januari 2023. Övergångsperioden enligt 59 § i införelagen fortsätter i vilket fall som helst till utgången av 2032. I fråga om lagstiftningen om val av vårdenhet (lagförslag 2–4) är den tidigaste möjliga tidpunkten för ikraftträdandet av de föreslagna lagarna den 1 januari 2023 på grund av tidpunkten för överföringen av organiseringsansvaret. Eftersom lagstiftningen om val av vårdenhet redan tidigare har uppdaterats så att den gäller välfärdsområden och eftersom förslagen handlar om att göra lagstiftningen tydligare, är det inte nödvändigt att lagarna träder i kraft just den 1 januari 2023. I praktiken är detta inte ens längre tidsmässigt möjligt. Med tanke på att lagändringarna ändå hänför sig till uppgifter som överförs till välfärdsområdena och att formuleringarna i den gällande lagstiftningen kan leda till oklara situationer, är det önskvärt att lagarna träder i kraft så tidigt som möjligt redan i början av 2023.

9 Verkställighet och uppföljning

Statsrådet följer och styr verksamheten i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden liksom även i de övriga välfärdsområdena, inklusive ordnandet av jour, som en del av styrningen enligt 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Styrningsstrukturerna beskrivs i avsnitt 2.1.2.

10 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Förslaget till jourbestämmelser ska bedömas särskilt med tanke på grundlagens bestämmelser om det allmännas skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt om jämlikhet.

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 6 § 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som nämns i bestämmelsen avser social- och hälsovårdstjänster. Enligt paragrafens 3 mom. ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

I 22 § i grundlagen förpliktas det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken.

I propositionen föreslås det att två välfärdsområden ska få möjlighet att tills vidare upprätthålla två enheter med samjour dygnet runt, medan denna möjlighet enligt införelagen gäller en viss tid och hänför sig till övergångsarrangemangen för reformen av ordnandet av social- och hälsovården.

I jourbestämmelserna har ett nätverk med samjour dygnet runt bildats genom att en del välfärdsområden (sjukvårdsdistrikt när lagen stiftades) har mer omfattande jour inom flera medicinska specialområden än andra. Syftet med bestämmelserna är att säkerställa en jämlik tillgång till tjänster, tillräcklig kompetens vid den vårdenhet som tillhandahåller tjänsterna samt klient- och patientsäkerheten, och dessutom att hejda kostnadsutvecklingen. På detta sätt finns det med

beaktande av avstånd och andra regionala särdrag tillgång till jour dygnet runt och annan högspecialiserad vård i alla delar av landet. (RP 224/2016 rd, s. 18).

HUS-sammanslutningen och de välfärdsområden i vilka det finns ett universitetssjukhus har rätt att upprätthålla fler än en samjoursenhet. Social- och hälsovårdsministeriet kan dessutom bevilja tillstånd att under vissa förutsättningar ordna jour dygnet runt inom primärvården eller akutmedicinen. Således är jourbestämmelserna inte heller för närvarande utformade exempelvis så att varje välfärdsområde har skyldighet och rätt att upprätthålla just en jourenhet av samma omfattning.

Det centrala vid bedömningen är enligt regeringens uppfattning om den föreslagna bestämmelsen tillförsäkrar var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster i enlighet med 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen och utan att likställighetsprincipen åsidosätts. Vid bedömningen av de föreslagna bestämmelserna ska det beaktas att jämlikhetsbestämmelserna i grundlagen gäller människor, inte exempelvis kommuner (se GrUU 9/2015 rd, s. 2). Att välfärdsområdena har olika rätt att upprätthålla jourer är således inte i sig en jämlikhetsfråga. Jämlikhetsgranskningen gäller däremot om invånare i olika välfärdsområden, eller mer allmänt i olika delar av landet, behandlas jämlikt i enlighet med grundlagen när tjänster ordnas.

Enligt förarbetena till 19 § 1 mom. (då 15 a § 1 mom.) i grundlagen tryggas rätten till akut sjukvård i stödsystemen som en av de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv (RP 309/1993 rd, s. 74/I). Grundlagsutskottet har konstaterat att den rätt som avses i det momentet är en subjektiv rättighet för alla (GrUB 25/1994 rd, s. 10/II, se även GrUU 31/1997 rd, s. 2/I, GrUU 18/2001 rd, s. 4/I). Med hänvisning till förarbetena till grundlagen har grundlagsutskottet påpekat att brådskande vård till stora delar är den typ av oundgänglig omsorg som 19 § i grundlagen avser (GrUU 41/2010 rd, s. 5/II).

Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen syftar framför allt på tryggad tillgång till tjänster. Det har för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Enligt dem kan en bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte utgå från en nivå som "ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället" (se RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter "i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte" (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/1). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 17/2021 rd, stycke 71 och GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3, och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 1/II–2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33/I, GrUB 25/1994 rd, s. 33/I).

Men också andra bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering, inverkar indirekt på tillgången till och sättet att ordna tjänster (GrUU 17/2021 rd, stycke 69, GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se även RP 309/1993 rd, s. 75). Förteckningen i 6 § 2 mom. i grundlagen är inte avsedd att vara uttömmande, utan diskriminering ska vara förbjuden också av någon annan orsak som gäller

någons person. En sådan orsak kan vara exempelvis boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47–48, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3/II).

Jämlikhetskravet är förpliktande också för lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag särbehandlas vare sig positivt eller negativt. Jämlikhetsbestämelsen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Jämlikhetsaspekter spelar en viss roll såväl när människor ges förmåner eller rättigheter genom lag som när de påförs skyldigheter. Å andra sidan är det utmärkande för lagstiftningen att den på grund av ett visst godtagbart samhälleligt intresse behandlar människor olika bland annat för att främja faktisk jämlikhet (RP 309/1993 rd, s. 46, se även GrUU 31/2014 rd, s. 3/I). Grundlagsutskottet har i sin praxis framhållit att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning går att läsa ut ur jämlikhetsprincipen när en reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se t.ex. GrUU 17/2021 rd, stycke 112, GrUU 20/2017 rd, s. 7).

Grundlagsutskottet har tidigare vid bedömningen av kommun- och servicestrukturreformen och totalrevideringen av social- och hälsovårdstjänsterna också ansett det viktigt att reformen verkställs med seriös hänsyn till att invånare i kommuner i olika delar av landet bemöts jämlikt och till deras faktiska möjligheter att få tjänster som är nödvändiga för deras grundläggande fri- och rättigheter (se GrUU 67/2014 rd och GrUU 37/2006 rd, s. 2–3). I utvärderingen av det valfritetssystem som föreslogs under förra valperioden fäste utskottet särskild uppmärksamhet vid att tjänsterna ska tillhandahållas på lika villkor (GrUU 26/2017 rd, s. 33–41). Enligt utskottet är det viktigaste med tanke på likabehandlingen i den föreslagna reformen att var och en ska tillförsäkras lika rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster på det sätt som förutsätts i 19 § 3 mom. i grundlagen. (GrUU 17/2021 rd, stycke 114).

Enligt regeringens uppfattning tryggar jourbestämmelserna fortfarande tjänster för invånarna i olika delar av landet. En närmare beskrivning av jourssystemet finns särskilt i avsnitt 2.2.1.

När det gäller bestämmelserna om brådskande vård och jour är det också skäl att beakta att brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ordnas för en patient som behöver det, oberoende av var han eller hon är bosatt. Patienten hänvisas till vård vid en jourenhet som tillhandahåller den vård som han eller hon behöver, oavsett inom vilket välfärdsområde han eller hon är bosatt eller befinner sig när behovet av vård under jourtid framkommer. Var jourenheterna finns och hur omfattande jourverksamhet en enhet har inom olika medicinska specialområden begränsar således inte enskilda patienters rätt att på lika villkor få den vård de behöver.

De bestämmelser om journätverket som föreslås gälla tills vidare motsvarar, trots ändringar i bestämmelserna om ordnandet av social- och hälsovården, i fråga om rätten att ordna jour till centrala delar de bestämmelser vars grundlagsenlighet grundlagsutskottet bedömde i samband med behandlingen av propositionen RP 224/2016 rd. Jourbestämmelserna har senare setts över genom en ändring som grundlagsutskottet ansåg vara den bästa lösningen för att tillgodose de språkliga rättigheterna i samband med behandlingen av den propositionen (se GrUU 63/2016 rd, s. 5–6 om Vasa sjukvårdsdistrikts rätt att upprätthålla en enhet för omfattande jour; denna rätt tillgodosågs genom en lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1214/2019, RP 38/2018 rd)).¹ Med andra ord gör bestämmelserna det i praktiken möjligt att ordna jour i samma

¹ I samband med social- och hälsovårdsreformen gjordes det strukturella ändringar i jourbestämmelserna när det gäller organiseringsansvaret i Nyland, men i fråga om rätten att ordna jour har HUS-sammanslutningen samma rätt som Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt att upprätthålla jourer (det vill

omfattning vid samma sjukhus trots social- och hälsovårdsreformen. Grundlagsutskottet konstaterade i sin bedömning i fråga om jourbestämmelserna och centraliseringen av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården i utlåtandet GrUU 63/2016 rd att propositionen tämligen ingående behandlar de fördelar som en centralisering i synnerhet av krävande vård kan medföra. Av utredningen kan man sluta sig till att med större hälso- och sjukvårdsenheter finns det bättre förutsättningar än utifrån den nuvarande strukturen att trygga en tillräckligt hög kompetensnivå, förbättra patientsäkerheten och garantera faktisk tillgång till behandling av sällsynta sjukdomar. Att förändringen innebär att tjänster centraliseras till färre och större enheter utgör enligt grundlagsutskottet inget konstitutionellt problem. (GrUU 63/2016 rd, s. 5).

Enligt den gällande lagstiftningen har Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden rätt att upprätthålla fler än en samjoursenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus endast till utgången av 2032. Grundlagsutskottet tog i samband med beredningen av lagstiftningen i anslutning till social- och hälsovårdsreformen inte uttryckligen ställning till bestämmelserna om antalet jour-enheter eller övergångsbestämmelserna (RP 241/2020 rd–GrUU 17/2021 rd, RP 56/2021 rd–GrUU 18/2022 rd), men i och med att utskottet har behandlat lagförslagen har bestämmelserna utfärdats med grundlagsutskottets medverkan.

Vid bedömningen av bestämmelserna kan det lyftas fram att propositionens konsekvenser på kort sikt sannolikt blir rätt små i förhållande till den gällande lagstiftningen, med tanke på att välfärdsområdena enligt 59 § i införelagelagen i vilket fall som helst alltså har möjlighet att upprätthålla enheterna i tio år till. Särskilt för de berörda välfärdsområdena och deras invånare kan lagändringen bedömas innebära en viss vetskap och visshet om möjligheten att fortsätta jourverksamheten på det sätt som befolkningens servicebehov förutsätter, även om de lagstiftningslösningar som man nu går in för naturligtvis inte i framtiden är bindande för lagstiftaren. I motiveringen till den fortsatta jourcen tas det till många delar också upp omständigheter som inte egentligen hänför sig till ordnandet av hälso- och sjukvården, såsom konsekvenserna för regionens livskraft ur exempelvis industrins perspektiv och för regionens övriga allmänna attraktivitet som en plats att bo på.

Vid granskningen av de grundläggande fri- och rättigheterna ska det i fråga om 6 § och 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen emellertid också bedömas om de föreslagna bestämmelserna kan få följder som på något sätt äventyrar ordnandet av tjänster. Bakom bestämmelserna om centralisering av jourtjänster och andra hälso- och sjukvårdstjänster ligger, i enlighet med det som sagts ovan, strävan att säkerställa en tillräcklig kompetens vid den enhet som tillhandahåller tjänsterna och att därmed trygga klient- och patientsäkerheten samt att hejda kostnadsutvecklingen. Om lagstiftningen exempelvis leder till att patientsäkerheten inte kan tryggas för att det inte finns tillräckligt med personal med behövlig kompetens för båda sjukhusen i välfärdsområdet, kan situationen vara problematisk. Dessutom kan en satsning av resurser på just jourtjänster på bekostnad av andra tjänster ha negativa konsekvenser för tjänsterna i välfärdsområdet även ur ett bredare perspektiv.

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

säga rätt att upprätthålla fler än en jourenhet utan att antalet begränsas i lagstiftningen). Grundlagsutskottet har tidigare bedömt särlösningen för Nyland i sitt utlåtande GrUU 17/2021 rd.

38). Utskottet har vid behandlingen av omstruktureringen inom ordnandet av social- och hälsovården betonat att statsrådet noggrant måste följa hur reformen påverkar tillgodoseendet av rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och utan dröjsmål ingripa i eventuella missförhållanden. Vid genomförandet av reformen är det dessutom av skäl som följer av 6 § och 19 § 3 mom. i grundlagen nödvändigt att se till att tillgången till tjänster är tillräcklig och jämlik både på riksomfattande nivå och inom olika välfärdsområden. (GrUU 17/2021 rd, stycke 74).

Enligt regeringens uppfattning tryggas tillräckliga tjänster genom de skyldigheter som följer av lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården. Bestämmelsen i 59 § i införandelagen innebär inte ens om den gäller tills vidare att ett välfärdsområde får låta bli att fullgöra de skyldigheter som även mer allmänt gäller för tjänsteproduktionen och välfärdsområdet. Enligt den föreslagna 59 § får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden trots det som föreskrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålla två samjoursenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter. Bestämmelsen medför ingen rätt att avvika från exempelvis 50 § 6 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt det momentet ska jourenheterna ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. I samma moment föreskrivs det att det ska avtalas om jouren och dess omfattning i det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, med beaktande av områdets prehospitala akutsjukvård, avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov. Som ett led i upprättandet av samarbetsavtalet ska det således i vilket fall som helst avtalas om ett tillräckligt och ändamålsenligt journätverk. Statsrådet har också en betydande roll i styrningen av verksamheten på det sätt som anges i 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Utgångspunkten för denna proposition är (se avsnitt 2.2.1.3) att det inte är nödvändigt att anvisa ett välfärdsområde ytterligare finansiering för upprätthållandet av två samjoursenheter, utan att kostnaderna kan täckas med finansiering med allmän täckning enligt finansieringslagen. Finansiering med allmän täckning bestäms för alla välfärdsområden på samma i finansieringslagen angivna grunder. Genom bestämmelserna om övergångsutjämning i den lagen utjämnas dessutom övergången från finansiering enligt de faktiska kostnaderna för kommunerna inom välfärdsområdets område till finansiering enligt välfärdsområdets kalkylerade kostnader. Skillnaden mellan de faktiska kostnaderna för kommunerna i området och välfärdsområdets kalkylerade finansiering enligt finansieringslagen jämnas ut till fullt belopp 2023. Under 2024–2029 ändras utjämningsbeloppet per invånare stegvis, och från och med 2029 utjämnas den andel av skillnaden som överstiger -100/+200 euro permanent. I propositionen RP 309/2022 rd föreslås det att begränsningen av maxiändringen under övergångsperioden ändras från -100 euro till -50 euro per invånare. Välfärdsområdena har således i början av reformen i regel en finansiering som motsvarar den nuvarande nivån också för att ordna sådan verksamhet som avses i förslaget. Sett till hela landet ökar finansieringen årligen i enlighet med finansieringslagen till följd av ett ökat servicebehov, en högre kostnadsnivå och eventuella nya uppgifter. Finansieringen fördelas områdesvis enligt bestämningsfaktorerna. Enligt 10 § i finansieringslagen justeras finansieringen till välfärdsområdena i efterhand så att den motsvarar de faktiska kostnaderna, men denna efterhandsjustering görs i finansieringen för hela landet och inte i fråga om enskilda välfärdsområden. Ett enskilt välfärdsområde har däremot rätt till tilläggsfinansiering enligt 11 § i den lagen, om nivån på finansieringen äventyrar ordnandet av tillräckliga grundlagstryggade tjänster i området.

Utskottet ansåg i sin bedömning av finansieringen av välfärdsområdena (GrUU 17/2021 rd, styckena 93 och 94) att till skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna i 22 § i grundlagen hör statens ansvar för att se till att områden enligt 121 § 4 mom. i grundlagen

har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter (GrUU 26/2017 rd, s. 23, se även GrUU 10/2015 rd och GrUU 37/2009 rd). Finansieringsprincipen ingår också i artikel 9.2 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse. Enligt den artikeln ska de lokala myndigheternas ekonomiska resurser motsvara de uppgifter som tilldelats dem i grundlag och annan lag. Grundlagsutskottet har dessutom ansett att tillgången till lagstadgade tjänster inte kan begränsas genom budgeten (GrUU 26/2017 rd, s. 24, se även GrUU 20/2004 rd, GrUU 63/2014 rd, GrUU 19/2016 rd). Finansieringsprincipens betydelse i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna framhåvs av de skyldigheter som avses i 19 § 3 mom. respektive 22 § i grundlagen. Grundlagsutskottet anser att finansieringen av de områden som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen i tillämpliga delar ska bedömas i ljuset av grundlagsutskottets praxis i fråga om finansieringsprincipen (GrUU 15/2018 rd). Finansieringsprincipens betydelse vid den konstitutionella bedömningen av bestämmelserna om förvaltningsområden som är större än kommuner avviker dock bland annat på grund av att beskattningsrätten saknas från bedömningen i fråga om kommunerna (GrUU 15/2018 rd, s. 21). Det är uttryckligen den statliga finansieringen och fördelningen av den som intar en avgörande ställning när det gäller att se till att välfärdsområdena klarar av att sköta sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (se GrUU 15/2018 rd, s. 21).

Grundlagsutskottet konstaterade i samband med behandlingen av reformen av ordnandet av social- och hälsovården också att den anser att det är möjligt att den finansiering som staten anvisar välfärdsområdena så småningom avviker från de faktiska kostnaderna för ordnandet av tjänsterna, särskilt i områden med hög kostnadsnivå. Enligt utskottet är bestämmelserna i 10 § i finansieringslagen om beaktande av faktiska kostnader och bestämmelserna i 11 § om välfärdsområdenas tilläggsfinansiering relevanta i detta avseende. (GrUU 17/2021 rd, styckena 99–102)

Enligt regeringens uppfattning förutsätter ändringen av 59 § i införelagen i regel ingen ökad finansiering eller särskild ersättning eftersom det i enlighet med vad som anförts ovan är fråga om en möjlighet att upprätthålla fler än en enhet, inte en skyldighet. Välfärdsområdena ska bedöma behovet av fler än en enhet med samjour dygnet runt och anpassa sin verksamhet till den anvisade finansieringen. När det gäller finansieringen tryggas välfärdsområdenas möjligheter att klara av sina uppgifter genom bestämmelserna i finansieringslagen, inklusive bestämmelserna om överföringsutjämning och i sista hand bestämmelserna i 11 § om tilläggsfinansiering.

I avsnitt 2.2.1.3 påpekas det emellertid att regeringen har slagit fast att man bereder sig på att från och med 2024 ersätta merkostnaderna för upprätthållandet av jour dygnet runt vid Länsi-Pohja centralsjukhus och centralsjukhuset i Nyslott. Regeringen anser att det – med beaktande av det som anförts i avsnitt 2.2.1.3 och ovan i fråga om finansieringen av välfärdsområdena – således inte finns någon egentlig skyldighet som följer av grundlagen att anvisa särskild finansiering för upprätthållandet av två samjournheter med jour dygnet runt. Vid beredningen av den kompletterande propositionen om särskild finansiering ska det bedömas separat om denna finansiering medför omständigheter som påverkar lagstiftningsordningen.

Bestämmelserna om val av vårdenhet förblir i huvudsak oförändrade jämfört med den gällande lagstiftningen. I hälso- och sjukvårdslagen föreslås enligt regeringens uppfattning endast smärre ändringar som hänför sig till konsekvensen i bestämmelserna. En redogörelse för detta finns i specialmotiveringen till 47 och 48 §. Hälso- och sjukvårdslagen stiftades med grundlagsutskottets medverkan, och utskottet hade inga andra konstitutionella anmärkningar om bestämmelserna om val av vårdenhet än i fråga om de eventuella merkostnader som valet av vårdenhet medför för kommunerna (GrUU 41/2010 rd). Grundlagsutskottet medverkade likaså till socialvårdslagens bestämmelser om val av vårdplats för långvarig vård och till de anknyttande bestämmelserna om hemkommun i lagen om hemkommun (GrUU 39/2010 rd). Med beaktande av att det är fråga om redan etablerade hälso- och sjukvårdsbestämmelser där det endast föreslås

vissa förtydligande preciseringar, att det för socialvårdens del endast upphävs bestämmelser som överlappar lagen om ordnande av social- och hälsovård och att finansieringen av välfärdsområdena har behandlats i grundlagsutskottets färska utlåtande GrUU 17/2021 rd, finns det enligt regeringens uppfattning inga konstitutionella problem med bestämmelserna om val av vårdenhet.

Enligt regeringens uppfattning är förslagen förenliga med grundlagen. Regeringen anser att de förslagna lagarna kan stiftas i vanlig lagstiftningsordning.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) 59 § som följer:

59 §

Samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden

Trots det som föreskrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden upprätthålla två samjournheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

2.

Lag

om ändring av 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 47 och 48 §, sådana de lyder i lag 581/2022,
som följer:

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation vid en hälsovårdscentral han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap., oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsovårdscentral eller hälsostation både till den hälsovårdscentral eller hälsostation som han eller hon anlitar för närvarande och till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsovårdscentralen eller hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral eller hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral eller hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Den i 1 mom. avsedda rätten att välja gäller inte skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Rätten att välja gäller inte heller långvarig sluten vård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, får personen välja vilken vårdgivande verksamhetsenhet inom ett välfärdsområdes specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita, oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

48 §

Val av vårdenhet i vissa situationer

Om en person på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen eller hälsostationen ändras. En person kan också i de situationer som avses ovan för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen utnyttja tjänsterna vid en sådan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården som finns i ett annat välfärdsområde än det egna utan att vårdansvaret överförs.

Personen ska välja hälsovårdscentral eller hälsostation genom en anmälan med iakttagande av vad som anges i 47 § 1 mom. Vårdenheten för specialiserad sjukvård ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Studierande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett samarbetsområde ska under den tid då de på grund av sina studier måste vistas i ett samarbetsområde inom vars område de inte har sin hemkommun beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet i samarbetsområdet i fråga. Detsamma gäller en person som på grund av sitt arbete måste vistas på främmande ort och situationer där någon annan orsak absolut kräver att sjukvård ges i ett samarbetsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun.

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

3.

Lag

om upphävande av 60 § i socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §

Genom denna lag upphävs i socialvårdslagen (1301/2014) 60 §, sådan den lyder i lag 589/2022.

2 §

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

4.

Lag

om ändring av 3 b § i lagen om hemkommun

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om hemkommun (201/1994) 3 b §, sådan den lyder i lag 669/2016, som följer:

3 b §

Ändring av hemkommun i vissa situationer

En persons hemkommun ändras om han eller hon flyttar till en annan kommun i en situation som avses i 55 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021).

Denna lag träder i kraft den 20 . _____

Helsingfors den 20 december 2022

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru

1.

Lag

om ändring av 59 § i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) 59 § som följer:

Gällande lydelse

59 §

Samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden

Trots det som föreskrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden fram till utgången av 2032 upprätthålla fler än en samjournsenhet med jour dygnet runt vid sina sjukhus.

Föreslagen lydelse

59 §

Samjour dygnet runt i Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden

Trots det som föreskrivs i 50 § 3 och 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden *upprätthålla två samjournsenheter med jour dygnet runt vid sina sjukhus, om befolkningens servicebehov förutsätter det och upprätthållandet av fler än en enhet inte äventyrar uppfyllandet av de i lag angivna förutsättningarna för välfärdsområdenas verksamhet eller fullgörandet av välfärdsområdenas i lag angivna skyldigheter.*

Denna lag träder i kraft den 20 .

2.

Lag

om ändring av 47 och 48 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 47 och 48 §, sådana de lyder i lag 581/2022, som följer:

Gällande lydelse

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken hälsostation vid sitt välfärdsområdes hälsovårdscentral han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av hälsostation både till den hälsostation som han eller hon anlitar för närvarande och till den valda hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Om en person på grund av arbete, studier, fritid, en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas utanför sin hemkommun i ett välfärdsområde inom vilket personen inte har sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänster i något annat välfärdsområde utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen ändras. Personen ska göra en anmälan om sitt val på det sätt som anges i 1 mom.

Föreslagen lydelse

47 §

Val av vårdenhet för icke-brådskande vård

En person får välja vid vilken *hälsovårdscentral eller vilken* hälsostation vid *en* *hälsovårdscentral* han eller hon vill få de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i 2 och 3 kap., *oavsett inom vilket välfärdsområdes område hälsovårdscentralen eller hälsostationen finns*. Personen ska göra en skriftlig anmälan om byte av *hälsovårdscentral eller* hälsostation både till den *hälsovårdscentral eller* hälsostation som han eller hon anlitar för närvarande och till den valda *hälsovårdscentralen eller* hälsostationen. Vårdansvaret övergår till den valda *hälsovårdscentralen eller* hälsostationen senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en *hälsovårdscentral eller* hälsostation åt gången. Personen kan välja *hälsovårdscentral eller* hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet.

Den i 1 mom. avsedda rätten att välja gäller inte skolhälsovård enligt 16 § eller studerandehälsovård enligt 17 §. Rätten att välja gäller inte heller långvarig sluten vård, om inte något annat föreskrivs i lag. Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

Gällande lydelse

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, får *den berörda* personen välja vilken av det vårdgivande välfärdsområdets verksamhetsenheter för specialiserad sjukvård han eller hon vill anlita inom det samarbetsområde där hemkommunen finns. Enheten får också väljas inom ett annat samarbetsområde, om detta är behövligt för att tillgodose en finsk-, svensk- eller samiskspråkig patients språkliga rättigheter. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

I de situationer som avses i 2 mom. kan en person, för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen, anlita en annan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården än en inom sitt eget välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen utan att vårdansvaret överförs. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett samarbetsområde ska under den tid då de på grund av sina studier måste vistas i ett samarbetsområde inom vars område de inte har sin hemkommun beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet i samarbetsområdet i fråga. Detsamma gäller dem som på grund av sitt arbete måste vistas på främmande ort och situationer där någon annan orsak oundgängligen kräver att sjukvård ges i ett samarbetsområde inom vars område de inte har sin hemkommun.

48 §

Utvidgat val av vårdenhet för icke-bråds-kande vård

En person får välja den hälsovårdscentral och den hälsostation vid hälsovårdscentralen som ska ansvara för personens primärvård och som han eller hon vill anlita för att få de tjänster som avses i 2 och 3 kap. En skriftlig anmälan om valet ska lämnas till hälsovårdscentralen både i det välfärdsområde som har vårdansvaret och i det valda välfärdsområdet. Vårdansvaret övergår till hälsovårdscentralen

Föreslagen lydelse

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver tjänster inom den specialiserade sjukvården, får personen välja vilken *vårdgivande verksamhetsenhet inom ett välfärdsområdes* specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita, *oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns*. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

(upphävs)

(upphävs)

48 §

Val av vårdenhet i vissa situationer

Om en person på grund av arbete, studier, fritid eller en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller av någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas i ett välfärdsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänsterna i ett annat välfärdsområde än det egna

Gällande lydelse

i det valda välfärdsområdet senast tre veckor efter det att anmälan har kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral och hälsostation åt gången. Personen kan välja hälsovårdscentral och hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet. Valet gäller inte skolhälsovård enligt 16 §, studerandehälsovård enligt 17 § eller långvarig slutenvård.

Ett välfärdsområde har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård enligt 25 § utanför sitt eget område.

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver specialiserad sjukvård, får personen välja vilken behandlande verksamhetsenhet inom välfärdsområdets specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Föreslagen lydelse

utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen eller hälsostationen ändras. En person kan också i de situationer som avses ovan för specialiserad sjukvård enligt vårdplanen utnyttja tjänsterna vid en sådan verksamhetsenhet inom den specialiserade sjukvården som finns i ett annat välfärdsområde än det egna utan att vårdansvaret överförs.

Personen ska välja hälsovårdscentral eller hälsostation genom en anmälan med iakttagande av vad som anges i 47 § 1 mom. Vårdenheten för specialiserad sjukvård ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett samarbetsområde ska under den tid då de på grund av sina studier måste vistas i ett samarbetsområde inom vars område de inte har sin hemkommun beredas sjukvård på ett sjukhus eller vid en annan verksamhetsenhet i samarbetsområdet i fråga. Detsamma gäller en person som på grund av sitt arbete måste vistas på främmande ort och situationer där någon annan orsak absolut kräver att sjukvård ges i ett samarbetsområde inom vars område personen inte har sin hemkommun.

Denna lag träder i kraft den 20 .

4.

Lag

om ändring av 3 b § i lagen om hemkommun

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om hemkommun (201/1994) 3 b §, sådan den lyder i lag 669/2016, som följer:

Gällande lydelse

3 b §

Ändring av hemkommun i vissa situationer

En persons hemkommun ändras om han eller hon flyttar till en annan kommun i en situation som avses i 60 § i socialvårdslagen (1301/2014).

Föreslagen lydelse

3 b §

Ändring av hemkommun i vissa situationer

En persons hemkommun ändras om han eller hon flyttar till en annan kommun i en situation som avses i 55 § i *lagen om ordnande av social- och hälsovård* (612/2021).

Denna lag träder i kraft den 20 .