

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSUTSKOTTETS BETÄNKANDE 13/2004 rd

Regeringens proposition med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 5 maj 2004 en proposition med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar (RP 77/2004 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning.

Utlåtande

I enlighet med riksdagens beslut har grundlagsutskottet lämnat utlåtande i ärendet (GrUU 20/2004 rd). Utlåtandet ingår som bilaga till betänkandet.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- riksdagens justitieombudsman Riitta-Leena Paunio
- biträdande avdelningschef Marja-Liisa Partanen, regeringsråd Pekka Järvinen, konsultativ tjänsteman Jouko Isolauri, konsultativ tjänsteman Riitta-Maija Jouttimäki och regeringssekreterare Päivi Kaartamo, social- och hälsovårdsministeriet
- specialmedarbetare Janne Aer, justitieministeriet
- konsultativ tjänsteman Hannele Savioja, inrikesministeriet
- branschchef Ismo Partanen, handels- och industriministeriet
- sakkunnigläkare Tiina Telakivi, Folkpensionsanstalten

- socialråd Kirsti Riihelä, länsstyrelsen i Södra Finlands län
- biträdande direktör Tarja Holli, Rättsskyddscentralen för hälsovården
- generalsekreterare Ritva Halila, Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården
- tf. överdirektör Juha Teperi, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården
- chefsöverläkare Jaakko Karvonen, samkommunen Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
- direktör Rauno Ihalainen, Birkalands sjukvårdsdistrikt
- biträdande direktör Markku Auvinen, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt
- chefsöverläkare Anne Kajander, Kouvolan-Valkealan kansanterveystyön kuntayhtymä
- chefsläkare Niilo Keränen, Taivalkoski kommun
- verkställande direktör Matti Toivola, Helsingfors hälsovårdscentral
- omsorgsdirektör Juha Metso, Esbo stad
- överläkare Antti Holopainen, Träskända socialsjukhus
- social- och hälsovårdschef Rolf Eriksson och förvaltningsöverläkare Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Finlands Kommunförbund
- förhandlingschef Ulla-Riitta Parikka, Kommunala arbetsmarknadsverket
- direktör Kimmo Alaniska, Mawell Oy

- jurist Merja Karinen, Centralförbundet för Mental hälsa
- social- och hälsovårdspolitisk sekreterare Riitta Koivuneva, Diabetesförbundet i Finland
- ombudsman Matti Pöyry och biträdande verksamhetsledare Anja Eerola, Finlands Tandläkarförbund
- generalsekreterare Sinikka Turunen, Finlands Konsumentförbund rf
- sekreterare för fackliga frågor Raija Moilanen, Finlands primärskötarförbund SuPer
- biträdande verksamhetsledare Santero Kujala, Finlands Läkarförbund
- styrelseledamot Seija Anttila och styrelseledamot Marja Nieminen, Patientombudsmännen i Finland rf
- verkställande direktör Kaarina Laine-Häikiö, Finlands Reumaförbund rf
- ordförande Katriina Laaksonen, Finlands sjuksköterskeförbund rf
- överläkare Hannu Vanhanen, Finlands hjärtförbund rf
- utbildningspolitisk ombudsman Tuula Pitkänen, Tehy rf
- ordförande Aino Penttilä och styrelseledamot Vesa Ekroos, Hälsovårdens tjänsteorganisationer rf
- professor Jussi Huttunen.

Dessutom har utskottet fått ett skriftligt utlåtande från Villmanstrands stad.

PROPOSITIONEN

I propositionen föreslås att hälso- och sjukvårdslagstiftningen preciseras i syfte att trygga tillgången till vård. Det föreslås ändringar i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om patientens ställning och rättigheter samt i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.

Enligt propositionen ska patienten omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen vardagar under tjänstetid och få en bedömning av behovet av icke brådskande vård av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inom tre dagar efter det att han eller hon tagit kontakt med vårdinrättningen. Vård som konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ges inom skälig tid, i primärvården senast inom tre månader från det att behovet av vård konstaterats. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård eller vid mun- och tandvård kan denna längsta tid om tre månader överskridas med högst tre månader om vården av välgrundade skäl kan uppskjutas utan att patientens hälsotillstånd äventyras. Inom specialiserad sjukvård ska bedömningen av vårdbehovet påbörjas inom tre veckor efter det att remissen anlänt till verksamhetsenheten inom häl-

so- och sjukvården. Specialiserad sjukvård som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska kunna fås senast inom sex månader efter det att vårdbehovet bedömdes. Vård som konstaterats vara nödvändig utifrån en bedömning som gjorts inom mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar ska med beaktande av hur brådskande vården är ordnas inom tre månader, såvida inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter förutsätter något annat. Om vård inte kan ges inom de föreskrivna längsta väntetiderna, ska kommunen eller samkommunen ordna vården genom att anskaffa den från andra serviceproducenter utan att klientavgiften för patienten påverkas. Vårdbeslutet ska liksom nu fattas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, i sista hand av en läkare eller tandläkare.

Propositionen ger inte patienten subjektiv rätt att få vård. Patienterna kommer inte heller att ha obegränsad rätt att få vilken vård som helst som de önskar, utan behovet av vård utifrån hälsotillståndet ska bedömas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Patientens möjlighet att få vård ska tryggas när det är fråga om

medicinskt eller odontologiskt motiverad vård som bestäms bl.a. utifrån nationella riktlinjer för vård eller på grund av vedertagen vårdpraxis. Större rättvisa och jämlikhet när det gäller tillgången till vård är en central värdegrund för tryggade möjligheter att få vård.

Det föreslås att ansvaret för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten förtydligas när det gäller vård för patienter som remitterats till ett sjukhus i sjukvårdsdistriktet. Alla invånare i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner ska tillhandahållas tjänster enligt samma principer. Även möjligheterna att få uppgifter om vårdtidpunkten stärks genom att det föreskrivs att verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården ska offentliggöra väntetiderna.

Lagen om patientens ställning och rättigheter ändras så att patienten ska underrättas om tid-

punkten för när han eller hon kan få vård. Om tidpunkten ändras ska patienten informeras om orsaken. I lagen föreslås dessutom en bestämmelse om en plan för undersökning eller vård, vilket ger i synnerhet för långtidspatienter och patienter inom medicinsk rehabilitering bättre villkor.

Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras så att systemet med specialavgiftsklasser hos läkare avskaffas liksom de extra avgifter som enligt systemet tagits ut av de patienter som vårdats i specialavgiftsklass. Specialavgiftsklassen ersätts med en särskild specialklinikverksamhet och högre avgifter än för normal poliklinikverksamhet ska kunna tas ut av patienterna.

Lagarna avses träda i kraft den 1 mars 2005.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Allmän motivering

Allmänt

Med hänvisning till propositionen och övrig information finner utskottet propositionen nödvändig och lämplig. Utskottet tillstyrker lagförslagen med följande anmärkningar och ändringsförslag.

I propositionen preciseras lagstiftningen om hälso- och sjukvård i syfte att trygga tillgången till vård. Ändringar föreslås i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om patientens ställning och rättigheter och i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Syftet är att lagarna exaktare ska ange i vilken omfattning hälsovårdstjänster tillhandahålls och hur arbetsfördelningen mellan primärvården och specialistvården ska läggas upp. Ändringarna avser att främja tillgången till hälsovårdstjänster och därmed trygga adekvat tillgång till vård. Propositionen bygger på statsrådets principbeslut från 2002 om tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden. Principbeslutet syftar till att garantera medicinskt relevant vård för alla inom en skälig tid oavsett den vårdbehövandes förmö-

genhet eller bostadsort. Propositionen har stor relevans och är en principiellt viktig reform med avseende på både medborgarna och den samlade hälso- och sjukvården, anser utskottet.

På grundval av 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelserna om bedömning av vårdbehovet och skyldigheten att ordna med vård inom en viss tid är av relevans med avseende på tryggad tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. På dessa punkter bidrar förslaget till att det allmänna och lagstiftaren ska kunna fullgöra sitt uppdrag enligt grundlagen, framhåller grundlagsutskottet i sitt utlåtande (GrUU 20/2004 rd). Bestämmelserna om bedömning och tillhandahållande av vård på enhetliga medicinska och odontologiska grunder harmonierar med jämlikhetsbestämmelserna i 6 § i grundlagen, framhåller grundlagsutskottet vidare. Med stöd av 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. Med oundgänglig omsorg avses bland annat tjänster som tryggar ett människovärdigt liv och innefattar rätt till akut sjukvård. Enligt förslaget måste man omedelbart få brådsakande vård. Förslagen utgör inga problem med avseende på 19 § 1 mom. i grundlagen heller, anser grundlagsutskottet.

Propositionen lägger stor vikt vid att verksamheterna och det som ingår i dem ska bli mer patientorienterade, framhåller social- och hälsovårdsutskottet. Det är en stor utmaning att samordna verksamheterna inom primärvården och specialistvården, inte minst i ett patientperspektiv. Det är angeläget att reformen genomförs med tonvikten lagd på större kontinuitet i vården och behandlingen och bättre informationsutväxling mellan aktörerna. Propositionen är ett viktigt led i det nationella hälsovårdsprogrammet som syftar till att hälso- och sjukvården ska fungera bättre i ett patientperspektiv. Propositionen kan också medverka till att minska de skillnader i primärvården som är ett faktum i dagsläget. Utskottet påpekar att satsningar på att förbättra tillgången till omsorgstjänster också kommer att göras med hjälp av det nationella utvecklingsprojektet inom det sociala området.

Enligt motiven till propositionen är det inte tänkt att patienterna ska ha en subjektiv rätt till vård. Inte heller ska patienterna ha obegränsad rätt att få vilken vård som helst enligt eget önskemål, utan vårdbehovet ska bedömas av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Kommunerna har redan nu en skyldighet att tillhandahålla brådsakande och icke brådsakande vård beroende på patientens hälsotillstånd och utifrån en individuell behovsprövning, understryker utskottet. Propositionen handlar snarare om hur och inom vilken tidsram den individuella behovsprövningen av icke brådsakande vård ska göras och behandling tillhandahållas.

Ekonomiska konsekvenser

Social- och hälsovårdsutskottet påpekar att kommunerna genom förslaget inte påförs några nya uppgifter utan propositionen gäller sättet att utföra de befintliga uppgifterna. Åtminstone till en början kommer kommunerna att få ökade utgif-

ter på grund av bestämmelserna om tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Kostnaderna har räknats in i statsandelarna som ett tillskottsbehov. Statsandelarna för social- och hälsovård till kommunerna har höjts och kommer fortfarande att höjas med cirka 400 miljoner euro enligt statsrådets rambeslut för 2004—2007, varav 288 miljoner euro går till hälso- och sjukvård. År 2005 höjs statsandelen till social- och hälsovårdens driftkostnader med 75 miljoner euro i enlighet med anslagsramen. Tanken bakom tryggad tillgång till vård och skyldighet att ordna vård inom en utsatt tid är att resurserna inom hälso- och sjukvården ska användas rationellt. Därmed uppnås också kostnadsbesparingar eftersom utgifterna för att folk väntar på vård minskar. Social- och hälsovårdsutskottet håller med grundlagsutskottet om att det måste följas upp och utvärderas vilka kostnadseffekter reformen har för kommunerna. Sammantaget sett kräver reformen en översyn av arbetsmetoderna och större samarbete mellan primärvården och specialistvården med målet att skapa bättre överensstämmelser mellan behov och utbud när det gäller hälso- och sjukvårdstjänster.

Tillgång till vård inom en utsatt tid

Enligt förslaget ska hälsovårdscentralerna ordna sin verksamhet så att patienterna vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. Vid kontakten med hälsovårdscentralen måste patienten få information om vilka åtgärder som är nödvändiga för en bedömning av vårdbehovet. Hälsovårdscentralen kan också ordna med tjänsterna på något annat sätt än att patienten kommer till hälsovårdscentralen. Kontakten kan också ske per telefon eller via certifierad elektronisk kommunikation. Hur kontaktmöjligheter ska ordnas utanför tjänstetid förefaller enligt den kontradiktoriska slutsats som kan utläsas ur bestämmelsen vara beroende av hälsovårdscentralernas fria prövning. Social- och hälsovårdsutskottet understryker att det finns särskilda bestämmelser om brådsakande vård. Patienterna måste tillförsäkras möjlighet att ta kontakt med hälsovårdscentralen eller en annan serviceproducent som avses i 15 b § 3

mom. i folkhälsolagen för att omedelbart få brådskande vård också på kvällar och veckoslut.

Kommunerna och hälsovårdscentralerna kan ordna med kontaktmöjligheter till exempel genom att integrera telefonjour och hälsovårdssupplysning i det offentliga hälsovårdssystemet. Utskottet understryker att bedömningar av vårdbehovet som görs per telefon måste vara åtskilda från den allmänna hälsovårdssupplysningen. När vårdbehovet bedöms per telefon krävs det som regel att den yrkesutbildade personalen har adekvat utbildning och kompetens, men också att personalen har nödvändig kontakt med den vårdgivande verksamhetsenheten och i förekommande fall har tillgång till patientjournaler och att uppgifterna om kontakten registreras i patientdatasystemet. Oavsett hur kontakten ordnas måste avseende fästas vid datasekretessfrågorna.

Enligt de föreslagna bestämmelserna ska en patient ha rätt att få en bedömning av behovet av icke brådskande vård senast den tredje vardagen från det att han eller hon tog kontakt med hälsovårdscentralen. Inom primärvården ska patienterna få komma under medicinskt eller odontologiskt nödvändig vård inom en skälig tid, och senast inom tre månader från det att vårdbehovet slogs fast. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och inom specialistvården i samband med primärvård, om vården av motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. Hälsovårdscentralen måste komma överens om vårdtidpunkten i samförstånd med patienten och ta hänsyn till patientens önskemål.

Enligt motiven till propositionen ska de längsta väntetiderna också gälla munhälsovård och mentalvårdstjänster för barn och unga. Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska vård ordnas senast inom tre månader eftersom frågan redan är reglerad i 6 a § i mentalvårdsförordningen och syftet inte är att vården ytterligare ska dra ut på tiden. Om mentalvård för barn och unga ordnas inom specialistvården i samband med primärvården ska vården ordnas inom tre månader, framhåller social- och hälsovårdsutskottet. Utskottet föreslår att bestämmelsen

preciseras. Utskottet föreslår att 15 d § 1 mom. i folkhälsolagen preciseras med att bedömningen av vårdbehovet i den specialistvård som ordnas inom ramen för primärvården ska inledas senast tre veckor efter att remissen har inkommit till verksamhetsenheten.

Enligt 31 § 3 mom. i den föreslagna ändringen av lagen om specialiserad sjukvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus i sjukvårdsdistriktet. Vård som konstaterats vara nödvändig ska ordnas och inledas med beaktande av hur brådskande vården är inom skälig tid, och senast inom sex månader från det att vårdbehovet bedömdes. I den information utskottet har fått uttrycks en viss oro för att de fortsatta utredningarna inte kommer att avancera på behörigt sätt när undersökningarna väl har inletts och att tillgången till vård därmed drar ut på tiden. Utskottet understryker att lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården kräver att de yrkesutbildade personerna tar hänsyn till den nytta patienten har av vården och tillämpar allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning. Förvaltningslagen som trädde i kraft den 1 januari 2004 har bestämmelser om rättssäkerhetsprinciper och serviceprinciper och de är också tillämpliga på offentliga hälsovårdstjänster. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och förvaltningslagen samt de yrkesetiska reglerna för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvård kräver att patienten får vård på det sätt som avses i lagförslaget, understryker utskottet. Också i detta hänseende bör lagförslaget följas upp och konsekvenserna bedömas, understryker social- och hälsovårdsutskottet.

Vårdkriterier

Enligt lagförslaget ska bedömningen av vårdbehovet och vården ordnas enligt enhetliga medicinska eller odontologiska grunder. Det är sjukvårdsdistrikten som ska lägga fast dessa s.k. vårdindikatorer. Enligt information till utskottet är samordnade vårdkriterier ett absolut krav för att de längsta väntetiderna till vård ska kunna genomföras och ett uppföljningssystem tas fram

för hela landet. I februari 2004 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en styrgrupp med uppgift att ta fram vårdkriterier för hälso- och sjukvården. Gruppen ska samordna det arbete som sjukvårdsdistriktet och hälsovårdscentralerna utför för att lägga upp samordnade vårdkriterier. Dessutom ska styrgruppen göra en utvärdering av hur väl arbetet med vårdkriterier täcker in de viktigaste medicinska verksamhetsområdena. I de viktigaste sjukdoms- och åtgärdsgrupperna kommer det att läggas fram riktlinjer för vårdkriterier. Riktlinjerna för icke brådskande vård täcker in merparten av den i förväg planerade vården inom respektive medicinskt verksamhetsområde. Utskottet understryker att vårdkriterierna och de anknyttande väntetiderna inte får leda till att systemet bara friserar siffrorna för tillgången till ingrepp som är planerade i förväg och genererar köer som kan uttryckas i siffror. Enligt utskottet är det A och O att primärvården och den preventiva hälso- och sjukvården har tryggade resurser. Utskottet föreslår ett uttalande om detta (*Utskottets förslag till uttalande*). Det är dessutom viktigt att reformen garanterar att klienter och patienter inom primärvården, psykiatriska och konservativa specialiteter samt omvårdnadstjänster och missbrukarvård får sitt vårdbehov bedömt och tillgång till vård på det sätt som lagen föreskriver. Riktlinjerna för vårdindikatorer måste uppdateras regelbundet.

Ansvar för ordnande av vård

Kommunen ska enligt 3 § i lagen om specialiserad sjukvård se till att invånarna i kommunen får behövlig specialiserad sjukvård i enlighet med lagen. Kommunen kan också utföra sina uppgifter inom den specialiserade sjukvården på alla de alternativa sätt som anges i 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården. Enligt 14 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård kan kommunen avtala om köp av tjänster av ett sjukvårdsdistrikt som den inte tillhör.

I och med reformen tydliggörs sjukvårdsdistriktets ansvar när det gäller specialiserad sjukvård. Ansvaret för att ordna vården för en patient som remitterats till specialistvård läggs på sjukvårdsdistriktet. Att det är sjukvårdsdistrik-

tet som har ansvaret för specialistvården innebär också att servicen till alla invånare i sjukvårdsdistriktets medlemskommuner ska ordnas enligt samma principer. Syftet med ett tydligare ansvar för sjukvårdsdistriktet är att öka den regionala jämlikheten och förhindra att kommunspecifika köer uppstår. Principerna för att ordna vården bör vara desamma oavsett om vårdbehovet uppstår i början eller slutet av året. Riksdagens justitieombudsman har efterlyst en tydligare och mer detaljerad lagstiftning om förhållandet mellan samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och dess medlemskommuner och deras ansvar för patientvården. Utskottet menar att det nya systemet är motiverat då det tydliggör hur ansvaret för patientvården är fördelat mellan samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och dess medlemskommuner.

Varje kommunfullmäktige avsätter medel i budgeten för specialiserad sjukvård och sjukvårdsdistriktets fullmäktige godkänner sjukvårdsdistriktets budget. Enligt propositionen är det sjukvårdsdistriktets styrelse som ansvarar för att de patienter som remitterats till specialistvård får den vård de behöver inom utsatt tid. I praktiken kan frågan om det är kommunen eller sjukvårdsdistriktet som bär det ekonomiska ansvaret för den specialiserade vården bli kontroversiell och därför understryker utskottet vikten av att kommunerna och samkommunerna för sjukvårdsdistriktet i sina budgetar beaktar bestämmelserna om bättre tillgänglighet till vård.

Vård utomlands

Om vård inte kan ordnas i Finland ska sjukvårdsdistriktet enligt 31 a § i förslaget ge patienten förhandstillstånd att på samkommunens bekostnad söka vård i ett EES-land eller Schweiz. Ändring i beslut om förhandstillstånd kan sökas såsom föreskrivs i förvaltningsprocesslagen.

Utskottet noterar att lagförslaget preciserar patientens rätt att få förhandstillstånd så tillvida att rätten uppstår när den lagfästa tidsfristen löpt ut. Det finns inga bestämmelser i artikel 22 i rådets förordning 1408/71 om tidsfrister för vård. Det är enligt utskottet motiverat att patientens

rätt att få vård stärks också med denna bestämmelse.

Arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

I 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården föreskrivs det att det är legitimerade läkare och tandläkare som beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om den hithörande vården och behandlingen. Nämda lag utgör enligt motiven till propositionen inget hinder för en ändamålsenlig arbetsfördelning och därför föreslår regeringen inga ändringar i lagen. I motiven påpekas det att bedömning av vårdbehovet inte är på medicinsk eller odontologisk undersökning byggande diagnostisering och vård och behandling i anknytning härtill. Utskottet framhåller att det blir lättare att förbättra arbetsfördelningen och samordna praxis när det väl finns riksnormer för vården.

När det gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har arbetsfördelningen setts över på många punkter under de senaste åren. Annan yrkesutbildad personal har numera hand om uppgifter som tidigare utfördes av läkare eller tandläkare. Denna personal är tack vare praktisk erfarenhet och tilläggsutbildning och inskolning kompetent att sköta uppgifterna. Som exempel kan tas mödrarådgivningarna där barnmorskorna och hälsovårdarna självständigt skriver ut remisser till specialistvård. Denna praxis bygger på gällande regionala vårdprogram och arbetsfördelningar.

Inom ramen för det nationella hälsovårdsprojektet utreds det också hur arbetsfördelningen kan utvecklas och vilka lagändringar som eventuellt behövs. När det gäller den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården poängterar utskottet att patientsäkerheten bör vägas in när utbildningen och arbetsfördelningen läggs om.

Intagning på sjukhus kräver enligt 31 § 1 mom. i andra fall en brådskande på läkar- eller tandläkarundersökning grundad remiss, om inte något annat föreskrivs genom förordning av statsrådet. Grundlagsutskottet påpekar i sitt utlåtande

att bemyndigandet måste preciseras genom formuleringar som begränsar eller styr bemyndigandet att utfärda förordning, t.ex. i vilket syfte eller med tanke på hurdana situationer det genom förordning kan föreskrivas något annat om det som avses i momentet. Social- och hälsovårdsutskottet föreslår att bemyndigandet stryks i bestämmelsen, eftersom social- och hälsovårdsministeriet för närvarande utreder när en läkar- eller tandläkarremiss inte behövs. När utredningen är klar gäller det att bedöma om lagen behöver ändras, konstaterar utskottet.

Resekostnader

När ett sjukvårdsdistrikt vänder sig till ett annat sjukvårdsdistrikt eller utomlands för att skaffa vård, får detta enligt propositionen inte påverka klientavgiften. Utskottet påpekar att resekostnader ibland kan vara större än klientavgiften. I 36 § i lagen om specialiserad sjukvård föreskrivs det att en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska sköta transporten av en i dess verksamhetsenhet intagen patient till någon annan verksamhetsenhet eller till en hälsovårdscentral för vård eller åtgärder. Kostnaderna för resor utomlands och till utlandet ersätts enligt nuvarande bestämmelser och tillämpningspraxis inte med stöd av sjukförsäkringslagen. En försäkrad har rätt till ersättning för resekostnader enligt sjukförsäkringslagen när han eller hon fått en betalningsförbindelse för undersökning eller vård i form av en köpt tjänst. Bestämmelserna om reseersättning håller just nu på att ses över. Riksdagen har fått en proposition med förslag till sjukförsäkringslag (RP 50/2004 rd) och i samband med den kommer beslut att fattas om vilken rätt en försäkrad har till ersättning för resekostnader. I propositionen föreslår regeringen inga ändringar i nuvarande tillämpningspraxis.

Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård — ikraftträdande

Enligt förslaget träder de nya bestämmelserna i kraft den 1 mars 2005 utan några övergångsbestämmelser för tidsgränser för rätten till vård. Tidsgränsen för patienter som köar för vård när lagen träder i kraft beräknas följaktligen från la-

gens ikraftträdande. Vård enligt folkhälsolagen bör ordnas senast den 31 maj 2005 eller i de i lagen nämnda undantagsfallen före den 31 augusti 2005 och vård enligt lagen om specialiserad sjukvård före den 31 augusti 2005.

Lagen om patientens ställning och rättigheter

Den föreslagna ändringen i lagen borgar för att patienten får veta när han eller hon får vård. Efter det går det inte att placera en patient i kö för oviss tid. Skyldigheten att ange tidpunkten tvingar kommunen eller samkommunen att fullgöra sin skyldighet innan den bortre tidsgränsen nås genom att bedömningen av vårdbehovet också inkluderar en bedömning av om vården kan ordnas själv eller om den måste läggas ut.

I lagen föreslås också en bestämmelse om en plan för undersökning och vård. Den bidrar till en starkare ställning för långtidssjuka och patienter i medicinsk rehabilitering. Utskottet anser att de föreslagna ändringarna i lagen om patientens ställning och rättigheter är motiverade.

Slopas specialavgiftsklass

Regeringen föreslår att systemet med specialavgiftsklass slopas och att det i stället föreskrivs om möjligheten att ta ut avgifter som avviker från de normala för specialpoliklinikverksamhet som drivs av ett sjukvårdsdistrikt. Systemet med specialavgiftsklass kan anses ha haft två viktiga syften: att ge patienterna möjlighet att välja behandlande läkare och erbjuda läkarna ett ekonomiskt incitament. I 33 § i lagen om specialiserad sjukvård står det att en patient inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamhetsenhetens verksamhet tillåter om möjligt ska beredas tillfälle att bland läkarna vid verksamhetsenheten välja den läkare som ska behandla honom eller henne. I 6 § i lagen om patientens ställning och rättigheter står det vidare att vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Med tanke på likabehandlingen av patienter anser utskottet det befogat att valet av behandlande läkare inte binds till att patienten

anmäler sig som patient i specialavgiftsklass. Den chans till extra inkomster som systemet erbjudit läkarna har utnyttjats av omkring en femtedel av sjukhusläkarna. Men även om specialavgiftsklassen varit populär har den begränsats till några fåtal specialiteter. Systemet ger inte heller den övriga sjukhuspersonalen samma möjligheter till extra inkomster trots att den deltar i vården och behandlingen av patienter i specialavgiftsklass. Det är helt på sin plats att specialavgiftsklassen slopas, menar utskottet.

Specialpoliklinikverksamhet

Den föreslagna specialpoliklinikverksamheten går ut på att sjukhuspersonalen på kvällar och under veckoslut efter tjänstetid vårdar och behandlar patienter på sjukhuset. Avgiften för vården tillfaller sjukhuset till fullt belopp. Enligt propositionen omfattas de avgifter som tas ut av patienterna på specialkliniker inte av de bestämmelser som genom förordning utfärdats om avgifternas maximibelopp eller av avgiftstaket. Avgiftsbeloppet begränsas dock av klientavgiftslagens 2 § 1 mom., som föreskriver att den avgift som uppbärs för servicen får vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen. Sjukvårdsdistrikten får med andra ord inte sätta ett högre pris på sin service än att det täcker kostnaderna för serviceproduktionen. Enligt förslaget får avgiften inte heller nedsättas eller efterskänkas. Utskottet framhåller att den föreslagna modellen är ny och att man därför inte har några erfarenheter av om den fungerar och går att använda. Närmare bestämmelser om specialklinikverksamheten är dessutom ännu inte färdiga. Utskottet understryker att patienterna alltid, om de så vill, med normal remiss har möjlighet att få sådan specialistvård som sjukvårdsdistriktet ska tillhandahålla. Det gäller att noga följa och bedöma hur specialklinikmodellen fungerar och i det sammanhanget särskilt ge akt på rättvisaspekterna och eventuella återverkningar på utvecklingen av normala hälso- och sjukvårdsfunktioner, menar utskottet.

Detaljmotivering

1. Lag om ändring av folkhälsolagen

15 b §. Bedömningen av vårdbehovet i den specialistvård som ges i samband med primärvård ska inledas inom samma tid som föreskrivs i 31 § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Enligt 2 § i lagen om specialiserad sjukvård gäller lagen inte specialiserad sjukvård som ordnas i samband med kommunernas folkhälsoarbete. Utskottet föreslår därför att 15 b § 1 mom. kompletteras med en bestämmelse om att bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor.

Utskottet föreslår att 2 mom. preciseras med att vårdbehovsdikterad vård i mentalvårdstjänster för barn och unga som tillhandahålls i samband med primärvård ska ordnas inom tre månader, om inte medicinska, terapeutiska eller andra liknande omständigheter kräver något annat. Det betyder att vården och behandlingen inte skulle kunna senareläggas från huvudregeln tre månader i första meningen annat än när patientens hälsotillstånd eller någon annan motsvarande omständighet kräver det.

49 §. Av orsaker som framgår av grundlagsutskottets utlåtande föreslår utskottet att normgivningsbemyndigandet i 1 mom. ändras så att det i bestämmelsen inte sägs något om att utfärda närmare föreskrifter om principerna för när patienten blir undersökt och får vård.

Likaså med hänvisning till grundlagsutskottets utlåtande föreslår utskottet att bemyndigandet att meddela anvisningar stryks eftersom det är obehövligt.

2. Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård

31 §. Grundlagsutskottet anser i sitt utlåtande att det i 1 mom. föreslagna bemyndigandet att utfär-

da förordning är problematiskt i sin öppenhet på grund av kopplingarna till de grundläggande fri- och rättigheterna. Enligt utredning till social- och hälsovårdsutskottet pågår en utredning om i vilket syfte eller med tanke på hurdana situationer det i lag kunde bestämmas om intagning för specialistvård utan remiss från läkare eller tandläkare. Därför föreslår utskottet att normgivningsbemyndigandet stryks i bestämmelsen.

59 §. Utskottet föreslår att paragrafen ändras i linje med 49 § i folkhälsolagen.

4. Lag om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

Ikraftträdandebestämmelsen. Av orsaker som framgår av grundlagsutskottets utlåtande föreslår utskottet att ikraftträdandebestämmelsen ändras så att lagen inte upphäver tillstånd som länsstyrelserna beviljat. Utskottet föreslår att bestämmelsen ges en allmänare formulering om att specialavgiftssystemet får tillämpas parallellt med specialklinikverksamheten fram till den 29 februari 2008.

Förslag till beslut

Med stöd av det ovan anförda föreslår social- och hälsovårdsutskottet

att lagförslag 3 godkänns utan ändringar,

att lagförslag 1, 2 och 4 godkänns med ändringar (Utskottets ändringsförslag) och

att ett uttalande godkänns (Utskottets förslag till uttalande).

*Utskottets ändringsförslag***1.****Lag****om ändring av folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972) 49 §, sådan den lyder i lagar 1219/2000 och 1216/2001, samt
fogas till lagen en ny 15 b § som följer:

15 b §

Hälsovårdscentralen skall ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid omedelbart kan få kontakt med hälsovårdscentralen. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. *Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård skall bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.* Brådskande vård måste patienten dock få omedelbart.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig skall med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetiden på tre månader kan överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård eller i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, vårdrelaterade eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. *Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med pri-*

märvård skall sådan vård, som på grundval av en bedömning av vårdbehovet som gjorts inom mentalvårdsarbetet bland barn och unga konstaterats vara nödvändig, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

(3 och 4 mom. som i RP)

49 §

Genom förordning av statsrådet kan närmare föreskrifter utfärdas om innehållet i och ordnandet av det mentalvårdsarbete som ingår i folkhälsoarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att främja en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare föreskrifter genom förordning av statsrådet utfärdas om (*utesl.*) när patienten *bör bli undersökt och få vård* samt om offentliggörandet av väntetider. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningar och arvoden av statsmedel för i 14 § 2 mom. avsedda rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en hälsovårdscentral.

(2 mom. *utesl.*)

Ikraftträdandebestämmelse
 (Som i RP)

2.

Lag**om ändring av lagen om specialiserad sjukvård**

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i lagen av den 1 december 1989 om specialiserad sjukvård (1062/1989) 10, 31 och 59 §, av dessa lagrum 10 § sådant det lyder i lagarna 1115/1998 och 993/2003 och 59 § sådant det lyder i lagarna 1220/2000 och 1217/2001, samt

fogas till lagen nya 31 a och 43 a § som följer:

10 §
(Som i RP)

31 §
Den som är i brådskande behov av sjukvård skall omedelbart ges den vård hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. För att någon skall kunna intas på ett sjukhus för sjukvård förutsätts i övrigt en på läkar- och tandläkarundersökning grundad remiss (*utesl.*) .

(2—6 mom. som i RP)

31 a och 43 a §
(Som i RP)

59 §
Genom förordning av statsrådet kan närmare bestämmelser utfärdas om innehållet i och ord-

nandet av mentalvårdsarbetet samt om verkställigheten av denna lag. För att trygga en jämlik tillgång till tjänsterna kan närmare bestämmelser genom förordning av statsrådet utfärdas om (*utesl.*) när patienten *bör bli undersökt och få vård*, offentliggörande av väntetider, samordning av hälso- och sjukvårdstjänster samt regionalt samarbete utfärdas av statsrådet. Genom förordning av statsrådet bestäms om ersättningsar och arvoden av statsmedel för rättsmedicinska undersökningar som utförs vid en verksamhetsenhet inom en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

(2 mom. *utesl.*)

Ikraftträdandebestämmelse
(Som i RP)

4.

Lag**om ändring av 9 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut

ändras i lagen av den 3 augusti 1992 om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 9 § som följer:

9 §
(Som i RP)

Ikraftträdandebestämmelse
(1 mom. som i RP)
Utan hinder av 9 § i denna lag kan patienter med tillstånd från länsstyrelsen vårdas fram till

den 29 februari 2008 förutom i sådan specialklinikverksamhet som avses i nämnda paragraf också i en specialavgiftsklass enligt 9 § sådan den lydte vid denna lags ikraftträdande. På av-

gifter som tas ut hos patienter som behandlas i en specialavgiftsklass tillämpas de bestämmelser som gäller vid denna lags ikraftträdande.

(3 mom. som i RP)

Utskottets förslag till uttalande

Riksdagen förutsätter att regeringen följer hur den nu godkända reformen

påverkar primärvården och den preventiva vården i kommunerna och hur kommunerna avsätter resurser för dessa vårdkategorier efter reformen.

Helsingfors den 9 juni 2004

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Valto Koski /sd
vordf. Eero Akaan-Penttilä /saml
medl. Sirpa Asko-Seljavaara /saml
Anneli Kiljunen /sd
Marjaana Koskinen /sd
Pehr Löw /sv
Riikka Moilanen-Savolainen /cent
Leena Rauhala /kd

Juha Rehula /cent
Paula Risikko /saml
Osmo Soininvaara /gröna
Tapani Tölli /cent
Raija Vahasalo /saml
Erkki Virtanen /vänst
Tuula Väättäinen /sd
ers. Jaana Ylä-Mononen /cent.

Sekreterare var

utskottsråd Harri Sintonen.

RESERVATION 1

Motivering

Lagen om vård i icke brådskande fall inom en skäligen tid ger lika villkor för medborgarna i hela landet i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. Beredningen av lagen, som inleddes under föregående regeringsperiod, har noggrant genomförts i samarbete med experter inom området, och de strukturella förutsättningarna att genomföra lagen finns. Representanter för sjukvårdsdistrikten har försäkrat att hälsovårdspersonalen har förmåga, vilja och en flexibel inställning till de ändringar i vårdarbetet lagen kräver. Finansieringen har emellertid blivit det avgörande problemet. Ministeriet har redan i detta skede varit tvunget att gå med på att framskjuta lagens ikraftträdande från januari till mars 2005. I själva verket beror genomförandet av den s.k. vårdgarantin på om kommunerna kan sköta den självfinansierade delen eller inte.

När de lagar genomförs som garanterar vård i icke brådskande fall ("vårdgaranti") blir hälsovårdsklienternas ställning mycket bättre eftersom sjukvårdsdistrikten i fortsättningen kan koncentrera sig på att endast ta hand om patienter inom ramen för den rekommenderade tiden. Den vård patienten behöver erbjuds vid behov till och med i ett annat EU-land. Med tanke på patienternas rättsliga ställning är reformen viktig och värd att understödjas. Arrangemangen förorsakar däremot stora ekonomiska problem i början för kommunernas ekonomi, speciellt i huvudstadsregionen. Bestämmelserna i lagarna om vårdgaranti förpliktar kommunerna att inom bindande tidsgränser tillhandahålla vård och anvisa medel för finansieringen av tjänsterna. Lagförslaget går inte närmare in på det behov av ekonomiska resurser som uppstår. Förslaget stöder sig på tidigare statsandelskompensation av kommunernas skatteinkomstbortfall och inte fullt ut genomförda indexjusteringar, som inte har utgjort tillskottsfinansiering för tjänster. Juste-

ringen av kostnadsfördelningen i efterhand är inte heller avsedd för nya uppgifter utan för att finansiera tidigare breddade uppgifter och öka de kostnader.

Det finns också en risk för att de begränsade medlen för hälso- och sjukvård måste prioriteras inom vården på ett sådant sätt att de redan nu minskade resurserna för preventiv hälsovård ytterligare måste skäras ner. Bland annat en utvidgning av vårdgarantin till att också gälla tandvård förutsätter en mycket större satsning, inte bara på preventiva åtgärder utan också på finansiering av sjukförsäkringen. Genom att höja taxorna för sjukförsäkringsersättningar till en nivå som motsvarar de verkliga kostnaderna kan man stärka hälso- och sjukvårdstjänsterna inom den privata sektorn och göra dem till ett alternativ som är jämställt med den offentliga hälsovården. Detta skulle i sin tur förkorta vårdköerna på hälsovårdscentralerna.

Enligt 19 § i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. Statens ansvar begränsas emellertid inte enbart till att stifta lagar utan den måste också se till att kommunerna verkligen har förutsättningar att ta ansvar för att genomföra lagstiftningen.

Regeringens åtgärder har inte gett den kommunala ekonomin de resurser den behöver för att klara av kostnaderna för vårdgarantin. Många kommuner har ekonomiska svårigheter och detta har inte i tillräcklig utsträckning beaktats i förslaget. Detta kan i en del kommuner i praktiken äventyra möjligheten att få vård ("vårdgaranti"). Adekvata ekonomiska resurser måste anvisas för verkställigheten av vårdgarantilagarna. Utöver att statsandelen för social- och hälsovård ökas behövs också egna satsningar från kommunerna. Detta förutsätter att åtgärder vidtas för att stabilisera den kommunala ekonomin.

Förslag

Med stöd av det ovan anförda föreslår vi

*att ett uttalande enligt reservationen
godkänns i utskottets betänkande.*

Reservationens förslag till uttalande

*Riksdagen förutsätter att regeringen se-
nast i oktober 2004 lämnar en redogö-
relse till riksdagen om de åtgärder med
vilka den kommunala ekonomin ska
stärkas så att kommunerna klarar av att
genomföra vårdgarantin.*

Helsingfors den 9 juni 2004

Eero Akaan-Penttilä /saml
Sirpa Asko-Seljavaara /saml
Paula Risikko /saml

Raija Vahasalo /saml
Leena Rauhala /kd

RESERVATION 2

Motivering

Regeringens proposition med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar (RP 77/2004 rd) tillförsäkrar alla medborgare rätt att på lika villkor få hälso- och sjukvård oavsett bostadsort, socioekonomisk bakgrund eller bostadsort precis som det förutsätts i det nationella hälsovårdsprogrammet. Lagförslaget medger att patienterna får komma för en första bedömning av sitt hälsotillstånd senast den tredje dagen efter kontakten med vårdinrättningen. Patienterna ska ha rätt att få en poliklinisk bedömning inom specialistvården inom tre veckor efter att de fått remiss. Vidare ska patienterna ha möjlighet att få medicinskt motiverad vård inom tre och senast inom sex månader. I det hänseendet är de föreslagna ändringarna mycket behjärtansvärda.

Sett i ett patientperspektiv är denna entydiga tidsregel en stor förbättring jämfört med dagsläget. Hädanefter ska patienterna ha en lagstadgad rätt att dels få vård, dels veta när han eller hon får vård. Som det ser ut i dag är många hälsovårdscentraler så överbelastade att patienterna inte ens får boka tid per telefon, för att inte tala om möjligheterna att utan dröjsmål få en läkartid för bedömning av sitt hälsotillstånd.

Den tryggade tillgången till vård medför betydande extra kostnader för sjukvårdsdistrikten och medlemskommunerna. Detta gäller särskilt övergångsperioden när de befintliga vårdköerna måste avvecklas inom en relativt kort tid och rationaliseringsvinsterna av systemskiftet inte hinna ge utdelning i form av lägre kostnader. Sjukvårdsdistrikten liksom kommunerna och deras representant Kommunförbundet har i sina yttranden uttryckt stor oro för hur resurserna ska räcka till. Kommunerna har allt nog med att klara av den basala finansieringen av hälso- och sjukvården.

Det går inte att införa en vårdgaranti utan att samtidigt entydigt se till att kommunerna och samkommunerna har tryggad tillgång till resurser. Om sjukvårdsdistriktens resurser inte räcker till, vilket är sannolikt under en övergångsperiod, måste en mycket stor del av tjänsterna upphandlas inom den privata sektorn. Det i sin tur blir en inkörsport till en kraftig privatisering av specialistvården, vilket i värsta fall resulterar i kraftiga prishöjningar och ökade hälsovårdskostnader för kommunerna. Ett annat alternativ är att tjänsteutbudet är otillräckligt trots lagen. Då är risken stor att patienterna i god tro har tagit utfästelserna om det nya systemet på allvar och blir svikna i sina förhoppningar när de inte får komma för undersökningar eller vård inom den utlovade tiden. Det är ett hot mot folks tilltro till det offentliga hälsovårdssystemet i vårt land och kan ha ödesdigra konsekvenser för vårt välfärdssamhälle.

I sina bedömningar av anslagsbehovet på grund av lagändringarna har både regeringen och en majoritet inom utskottet ansett att de redan beslutade förhöjningarna av statsandelarna till kommunerna räcker till för att kompensera sjukvårdsdistrikten och medlemskommunerna för det ökade anslagsbehovet på grund av lagändringarna. Men så är det inte. Deras syn bygger, som också Kommunförbundet framhåller i sitt yttrande, på tidigare statsandelskompensationer för förlorade skatteinkomster och ofullbordade indexjusteringar, som inte har inneburit något extra finansiellt tillskott för hälso- och sjukvårdstjänsterna. Inte heller den retroaktiva kostnadsfördelningen är tänkt att finansiera nya uppgifter, utan är avsedd för tidigare utbyggnader av uppgifterna och kostnadsökningar. Det är därför som statsandelarna till kommunerna måste höjas.

Förslag

På grundval av det ovan anförda föreslår jag

att utskottets betänkande kompletteras med ett uttalande i enlighet med reservationen.

Reservationens förslag till uttalande

Riksdagen förutsätter att statsandelarna till den kommunala hälso- och sjukvården utökas särskilt under en övergångsperiod och i förekommande fall också senare för att sjukvårdsdistrikten och kommunerna ska kunna fullfölja de uppgifter och skyldigheter som reformen för med sig.

Helsingfors den 9 juni 2004

Erkki Virtanen /vänst