

RP 66/2026 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om reformering av ansvaret för ordnande och finansiering av ambulanstransporter och transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och om ändring av klientavgifter inom social- och hälsovården

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, sjukförsäkringslagen och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras. Dessutom föreslås att det stiftas en helt ny lag om särskild finansiering av vissa transporter som sköts på Åland.

Propositionen hänför sig till regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering samt till den plan för de offentliga finanserna 2025–2028 som utarbetades i samband med ramförhandlingarna i april 2024 och till regeringens indexjusteringsriktlinje enligt de beslut om nya anpassningar av utgifterna som antecknats i samband med den ovannämnda planen för de offentliga finanserna. Genom propositionen tillgodoses också det regleringsbehov som gäller klientavgifter inom social- och hälsovården och som framkommit under regeringsperioden. Genom propositionen strävar man i och med genomförandet av de politiska beslut som ligger bakom reformen efter att förenkla systemet för flerkanselfinansiering av hälso- och sjukvården samt att ordna ambulanstransporter på ett ändamålsenligt sätt. Ett annat syfte med propositionen är att med de medel som står till statsmaktens förfogande säkerställa att de transporter som ingår i den prehospita akutsjukvården samt andra transporter som sker med ambulans också i fortsättningen finns på samma sätt tillgängliga utöver annanstans i Finland än på Åland även på Åland och att befolkningen där till denna del är i samma ställning som befolkningen i det övriga Finland. Syftet med propositionen är också att stärka de offentliga finanserna och välfärdsområdenas ekonomiska förutsättningar att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster.

I propositionen föreslås att hela finansieringsansvaret för de transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och hela organiserings- och finansieringsansvaret för andra ambulanstransporter som Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter som sjuktransport överförs till välfärdsområdena. Ersättningarna för sjuktransporter enligt sjukförsäkringslagen, det vill säga ersättningarna för de transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och för andra sjuktransporter som sker med ambulans ska enligt förslaget upphöra. Enligt förslaget ska transporterna i fortsättningen finansieras med finansiering som anvisas av staten till välfärdsområdena och det föreslås bestämmelser om att välfärdsområdena ska ha rätt att ta ut klientavgifter för denna service. För att skaffa behövlig statlig finansiering på ett ur statens synvinkel kostnadsneutralt sätt höjs de försäkrades finansieringsandel av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring och sänks statens finansieringsandel i motsvarande grad.

I propositionen föreslås att särskild finansiering på 0,8 miljoner euro överförs till landskapet Åland från och med 2028 med stöd av ny lagstiftning. Finansieringen ska årligen justeras i enlighet med utvecklingen av prisindexet för välfärdsområdena och med beaktande av förändringar i servicebehovet.

Det föreslås att hälso- och sjukvårdslagen ändras så att de gällande bestämmelserna om patienttransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård förtydligas och att det utfärdas bestämmelser om välfärdsområdenas skyldighet att sköta de patienttransporter med ambulans som det för närvarande med stöd av sjukförsäkringslagen är möjligt att få ersättning för av Folkpensionsanstalten.

Dessutom föreslås det att lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras så att i lagen föreskrivs om klientavgifter för prehospitalet akutsjukvård samt för patienttransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård och som välfärdsområdena i fortsättningen ska ansvara för. Samtidigt ändras de gällande bestämmelserna om avgiftsfri transport av inskrivna patienter.

I lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården föreslås också andra ändringar. Klientavgifternas belopp samt de belopp för personligt bruk och de inkomstgränser som hänförelse sig till vissa klientavgifter binds i fortsättningen till prisindexet för välfärdsområdena, och indexjusteringarna görs årligen. Dessutom ska tillämpningsområdet för den avgift som tas ut för oanvänd service utvidgas till vissa så kallade familjerättsliga tjänster samt till övervakat och stöttat umgänge mellan barn och förälder.

Propositionen har på grund av den exceptionellt långa tid som verkställandet av de föreslagna reformerna kräver konsekvenser för budgeten för 2028, och avsikten är att de ska läggas fram i samband med behandlingen av budgetpropositionen för 2028.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft stegvis. Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen träder i kraft sommaren 2026, men de påverkar inte omfattningen av välfärdsområdenas organiseringsansvar förrän den 1 januari 2028. Den föreslagna lagen om ändring av sjukförsäkringslagen avses träda i kraft den 1 november 2027 och tillämpas från och med den 1 januari 2028. Lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården avses i huvudsak träda i kraft sommaren 2026. Lagens bestämmelser om klientavgifter för prehospitalet akutsjukvård och för vissa patienttransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård tillämpas dock första gången på indexjusteringar för år 2027 och på social- och hälsovårdsministeriets meddelande om avgifters maximibelopp som utfärdas i november 2026. Med stöd av dessa bestämmelser kan klientavgifter inte tas ut före den 1 januari 2028. Lagen om särskild finansiering av vissa transporter som sköts på Åland avses träda i kraft den 1 januari 2028.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING	5
1 Bakgrund och beredning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Beredning.....	6
2 Nuläge och bedömning av nuläget	7
2.1 Nuläge.....	7
2.1.1 Prehospital akutsjukvård och överflyttning av patienter som omfattas av vårdsområdets organiseringsansvar.....	7
2.1.2 Ersättningar för sjuktransporter	13
2.1.3 Finansieringen av sjukförsäkringen	18
2.1.4 Landskapet Ålands behörighet och finansiering.....	19
2.1.5 Internationella situationer	20
2.1.6 Klientavgifter inom social- och hälsovården	22
2.2 Bedömning av nuläget	26
2.2.1 Regleringen kring den prehospitala akutsjukvården och transport av inskrivna patienter	26
2.2.2 Finansieringsansvaret för och ordnandet av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som ersätts som sjuktransporter	26
2.2.3 Klientavgifter inom social- och hälsovården	28
3 Målsättning	30
4 Förslagen och deras konsekvenser	30
4.1 De viktigaste förslagen	30
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	32
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	33
4.2.1.1 Allmänt om de ekonomiska konsekvenserna	33
4.2.1.2 Konsekvenser för den offentliga ekonomin.....	42
4.2.1.3 Konsekvenser för företag och andra aktörer.....	50
4.2.1.4 Konsekvenser för de privata hushållens ställning	53
4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet	60
4.2.3 Samhälleliga konsekvenser.....	65
4.2.4 Konsekvenser för internationella situationer	81
5 Alternativa handlingsvägar.....	83
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser	83
5.1.1 Överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och genomförande av den på Åland och fastlandet	83
5.1.2 Införandet av vårdsområdesindexet.....	86
5.1.3 Den avgift som tas ut för oanvänd service.....	86
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet	87
6 Remissvar	88
6.1 Remissvar	89
6.2 Utlåtandet av rådet för bedömning av lagstiftningen	95
7 Specialmotivering.....	96
7.1 Lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och sjukvårdslagen.....	96

7.2 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen.....	103
7.3 Lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	104
7.4 Lagen om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland	114
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag	115
8.1 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen.....	115
8.2 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	115
9 Ikraftträdande	115
9.1 Lagen om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen.....	115
9.2 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen.....	116
9.3 Lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	116
9.4 Lagen om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland	116
10 Verkställighet och uppföljning.....	117
11 Förhållande till budgetpropositionen.....	117
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning	118
12.1 Allmänt	118
12.2 Jämlikheten	118
12.3 Rätten till social trygghet.....	119
12.4 Rättsskyddet.....	121
12.5 Den straffrättsliga legalitetsprincipen.....	122
12.6 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen och Ålands självstyrelse.....	122
12.7 Författningsnivå.....	125
LAGFÖRSLAG.....	126
1. Lag om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen	126
2. Lag om ändring av sjukförsäkringslagen.....	128
3. Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	130
4. Lag om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland	134
BILAGOR	136
PARALLELLTEXTER.....	136
1. Lag om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen	136
2. Lag om ändring av sjukförsäkringslagen.....	140
3. Lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården.....	144

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering¹ överförs finansieringsansvaret för transporter som hänför sig till den prehospitla akutsjukvården som helhet till välfärdsområdena i enlighet med förslaget av den parlamentariska arbetsgruppen för flerkanalsfinansiering.

Den parlamentariska arbetsgruppen som beredde avvecklingen av flerkanalsfinansieringen föreslog i sin slutrapport som färdigställdes i november 2021², att det i fråga om överföringen av de transporter som ingår i prehospitla akutsjukvård är möjligt att fatta ett beslut om överföringen av finansieringsansvaret då organiseringsansvaret för social- och hälso- och sjukvård överförs till välfärdsområdena. Den parlamentariska arbetsgruppen utredde inte frågor som gäller reformens omfattning. Vid beredningen av avvecklingen av flerkanalsfinansieringen har man tidigare bedömt att reformen bör gälla en överföring av alla transporter som ersätts som sjuktransporter av Folkpensionsanstalten till finansierings- och organiseringsansvaret för anordnarna av hälso- och sjukvården, vilka för närvarande utgörs av välfärdsområdena. I regeringsprogrammet finns det även på en mer allmän nivå en skrivning som gäller den nu aktuella reformen, enligt vilken den prehospitla akutsjukvården utvecklas som en integrerad del av jourtjänsterna och samarbetet mellan myndigheter. Dessutom har ett mer omfattande mål skrivits in i regeringsprogrammet bland annat om främjande av tjänster som förs hem till klienten och mobila tjänster.

Efter att regeringsprogrammet utarbetats har genomförandet av överföringen av finansieringsansvaret för transporter inom prehospitla akutsjukvård preciserats vid ramförhandlingarna år 2024. Enligt planen för de offentliga finanserna 2025–2028³, som utarbetades i detta sammanhang, överförs finansieringsansvaret för transporter inom prehospitla akutsjukvård i enlighet med regeringsprogrammet som helhet till välfärdsområdena från och med år 2026. Enligt planen för de offentliga finanserna genomförs överföringen ur statens synvinkel kostnadsneutralt genom att statens ansvar för finansieringen av sjukvårdsförsäkringen minskas. I planen för de offentliga finanserna konstateras därtill att landskapet Åland beaktas i genomförandet av överföringen och att finansieringen även i denna utsträckning sköts kostnadsneutralt.

Redan vid dessa ramförhandlingar beslöt man sig för att binda även klientavgifterna inom social- och hälsovården till prisindexet för välfärdsområdena (nedan välfärdsområdesindexet). Regeringens beslut om nya utgiftsanpassningar⁴ innehåller ett yttrande om att klientavgifterna binds till välfärdsområdesindexet och att avgifterna framöver indexjusteras årligen, så att indexförändringen bättre motsvarar den verkliga kostnadsutvecklingen.

¹ [Ett starkt och engagerat Finland. Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023.](#)

² [Slutrapport av den parlamentariska arbetsgruppen för avveckling av flerkanalsfinansieringen.](#)

³ [Planen för de offentliga finanserna för åren 2025–2028.](#)

⁴ [Regeringens beslut om nya utgiftsanpassningar 16.4.2024 \(korrigerat 17.4.2024\).](#)

De ändringar som föreslagits i denna proposition i regleringen kring avgiften för oanvänd service baserar sig å sin sida på beredningen av utvidgandet av tillämpningsområdet för denna avgift, vilken inletts utifrån de uppgifter som fått av välfärdsområdena via Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab.

1.2 Beredning

Propositionen har beretts som ett tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Vid beredningen av överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som för närvarande ersätts som sjuktransporter av Folkpensionsanstalten utnyttjades Folkpensionsanstaltens expertis och statistik i fråga om de nuvarande ersättningarna och ersättningspraxis. De specialfrågor som hänför sig till överföringen av finansieringsansvaret har dessutom beretts i samarbete med finansministeriet, justitieministeriet samt myndigheterna i landskapet Åland. Separata samråd har även förts med FinnHEMS Oy om beloppet av den finansiering som överförs som en följd av reformen och Gränsbevakningsväsendet har hörts skriftligen om detta.

Den 10 mars 2025 ordnades ett samråd i form av ett webinarium för reformens intressentgrupper kring överföringen av finansieringsansvaret och reformen av organiseringsansvaret i fråga om transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter. Inbjudan till evenemanget sändes till alla välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, inrikesministeriet, finansministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Folkpensionsanstalten, Gränsbevakningsväsendet, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, FinnHEMS Oy, Hyvinvointiala Hali ry, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Förbundet för Akutvård i Finland rf, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Suomen Sairaankuljetusliitto SSK ry, Tehy rf samt Handikappforum rf. Vid evenemanget presenterades riktlinjerna för beredningen och en del av deltagarna höll ett kort anförande om deras synpunkter på reformen. Även korta skriftliga synpunkter begärdes av de inbjudna och 11 synpunkter mottogs.

Under beredningen av propositionen begärdes även uppgifter från välfärdsområden genom en begäran om information (nedan även enkäten). Den första begäran om information sändes i januari 2025 och besvarades av sammanlagt 17 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. En andra begäran om information sändes i brådslande ordning i mars 2025 och besvarades av sammanlagt 18 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Med begäran om information utreddes välfärdsområdenas synpunkter på de reformer som är under beredning. Ett ytterligare mål var att sammanställa ett kunskapsunderlag i synnerhet för bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna.

Ett remissförfarande om utkastet till regeringsproposition ordnades på finska mellan den 14 april och den 25 maj 2025 och på svenska mellan den 9 maj och den 19 juni 2025. Ett utlåtande begärdes av sammanlagt 123 instanser och därtill hade även andra instanser möjlighet att avge ett eget utlåtande om propositionsutkastet om de så önskade. Ett utlåtande begärdes bland annat av vissa ministerier, statsmyndigheter, välfärdsområdena, Ålands landskapsregering och Ålandsdelegationen, de centrala arbetsmarknadsorganisationerna och av de organisationer som mångsidigt företräder olika klient- och arbetstagargrupper. Remissvaren beskrivs nedan i avsnitt 6. Utifrån remissvaren gjordes vissa ändringar och kompletteringar i propositionen, vilka behandlas mer ingående i avsnitt 6. Efter remissförfarandet fattades därtill ett beslut om att avskilja den del som gäller höjningen av avgiften för oanvänd service till en separat regeringsproposition, så att denna reglering kan sättas i kraft redan enligt det tidigare tidsschemat för år 2026, då den övriga regleringshelheten fortfarande förutsätter fortsatt beredning.

Innehållet med koppling till Åland i propositionen har i huvudsak beretts som en separat helhet. Ett separat remissförfarande ordnades även om denna helhet mellan den 10 och den 24 juni 2025. I anknytning till denna partiella helhet ordnades den 12 juni 2025 ett evenemang dit såväl företrädare för Ålands landskapsregering som Ålands landshövding som företrädare för Ålandsdelegationen var inbjudna. En representation från finansministeriet och justitieministeriet bjöds även in till evenemanget. Alla andra aktörer än Ålandsdelegationen hade en representation i evenemanget. Vid den tidpunkten presenterades det utkast till proposition som då redan var på remiss för deltagarna och en diskussion fördes om propositionens innehåll. Eftersom remissförfarandet för utkastet redan pågick vid den tidpunkten, begärdes inga separata skriftliga kommentarer av de särskilt inbjudna till evenemanget.

Under den fortsatta beredningen av propositionen har man gjort ändringar och preciseringar som gäller verksamhetsmiljön, eftersom verksamhetsmiljön har förändrats under denna tid. Under beredningen har republikens president stadfäst lagstiftning som gäller såväl ändringar i utkomststödet som det allmänna stödet, vilka för egen del även påverkar personer som betalar klientavgifter inom social- och hälsovården.

Propositionen har behandlats i välfärdsområdesdelegationen den 11 februari 2026 och också rådet för bedömning av lagstiftningen har gett ett utlåtande om propositionen den 18 mars 2026. Detta utlåtande och de ändringar som gjorts i propositionen utifrån det beskrivs i ett separat avsnitt.

Bakgrundsmaterialet till propositionen är till centrala delar tillgängligt på adressen valtioneuvosto.fi/sv/projekt under koden STM108:00/2023. Allt beredningsmaterial som publicerats på dessa sidor uppfyller tyvärr inte tillgänglighetskraven. Om någon behöver en tillgänglig version av en beredningshandling, rekommenderas att han eller hon begär en tillgänglig handling direkt från den aktör som utarbetat den.

Vid beredningen av propositionen utnyttjades för egen del regeringspropositionen om klientavgifter inom social- och hälsovården RP 129/2020 rd och den förfallna regeringspropositionen om avveckling av ersättningar för sjuktransporter RP 297/2018 rd.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Nuläge

2.1.1 Prehospital akutsjukvård och överflyttning av patienter som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar

Ordnanande av prehospital akutsjukvård

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

Välfrädsområdet får sköta sina uppgifter självtt eller avtala om överföring av organiseringsansvaret på ett annat välfrädsområde. Dessutom kan ordnandet av välfrädsområdenas uppgifter utifrån vissa grunder samlas till ett eller flera välfrädsområden.

Välfrädsområdet svarar för finansieringen av sina uppgifter även om organiseringsansvaret har överförts på ett annat välfrädsområde eller när ett annat välfrädsområde enligt lag svarar för skötseln av uppgiften, om inte annat bestämts.

I Nyland ordnas hälso- och sjukvårdstjänsterna av de fyra välfrädsområdena i Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. I lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) finns det bland annat föreskrifter om fördelningen av organisationen av social- och hälsovårdsuppgifter mellan dessa i Nyland. Enligt 5 § i denna lag ansvarar HUS-sammanslutningen för att ordna prehospital akutsjukvård enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) finns det fem samarbetsområden för social- och hälsovården för samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfrädsområdena. De välfrädsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen hör var och en till olika samarbetsområden. Samarbetsområdena utgörs av Södra Finlands, Östra Finlands, Inre Finlands, Västra Finlands och Norra Finlands samarbetsområden. Enligt 36 § i lagen ska de välfrädsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården för varje fullmäktigepåriod ingå ett samarbetsavtal. I samarbetsavtalet ska man komma överens bland annat om arbetsfördelningen i välfrädsområdena, samarbetet och samordningen av ordnandet av uppgifterna för centralen för prehospital akutsjukvård och samordningen av den prehospitala akutsjukvården med den övriga verksamheten.

Enligt 39 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska välfrädsområdet och i Nyland HUS-sammanslutningen organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen som tillhandahåller hälso- och sjukvård och 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.

Hälso- och sjukvårdslagens 40 § innehåller bestämmelser om innehållet i den prehospitala akutsjukvården. Enligt 1 mom. 1 punkten i paragrafen innehåller den en sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen.

Enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar den prehospitala akutsjukvården dessutom upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård, vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen, medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter och aktörer, och handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Hälso- och sjukvårdslagens 39 § innehåller även bestämmelser om skyldigheten för välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen att fatta ett beslut om servicenivån i den prehospitalkakutsjukvården. I beslutet om servicenivån fastställs bland annat sättet att anordna den prehospitalkakutsjukvården, tjänstens innehåll, de mål som beretts av centralen för prehospitalkakutsjukvård i samarbetsområdet om den tid då befolkningen ska nås och övriga omständigheter som är behövliga för att ordna den prehospitalkakutsjukvården i området.

Enligt hälso- och sjukvårdslagens 40 § kan välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen i beslutet om servicenivån besluta om att inkludera första insatsen i den prehospitalkakutsjukvården. Med första insatsen avses att någon annan enhet än en ambulans vilken kan larmas via nödcentralen larmas i syfte att förkorta insattiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitalkakutsjukvården. En enhet inom den första insatsen transporterar en patient endast i undantagsfall.

I enlighet med 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och 46 § i hälso- och sjukvårdslagen ska välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen administrera en central för prehospitalkakutsjukvård på sätt att det finns en central per samarbetsområde. Centralen för prehospitalkakutsjukvård är en struktur inom det administrativa samarbetet, vilken har olika uppgifter i anknytning till planeringen och utvecklingen av den prehospitalkakutsjukvården. Dess uppgift är bland annat att samordna patientöverföringar som hör till den prehospitalkakutsjukvården och på det sätt som överenskommit i samarbetsavtalet ansvara för den medicinska verksamheten med läkarhelikoptrar samt samordna verksamhet med övriga centraler för prehospitalkakutsjukvård till en helhet som är enhetlig på det riksomfattande planet.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospitalkakutsjukvård (585/2017) har utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. Förordningen innehåller närmare bestämmelser om uppdrag inom prehospitalkakutsjukvård och centralerna för prehospitalkakutsjukvård, angelägenhetsklasserna för uppdrag inom prehospitalkakutsjukvård samt om ledningen. I 8 § i förordningen finns det bestämmelser om enheterna inom den prehospitalkakutsjukvården. Med en enhet inom den prehospitalkakutsjukvården avses ett fortskaffningsmedel som hör till den operativa verksamheten inom den prehospitalkakutsjukvården samt dess personal. Enheter inom den prehospitalkakutsjukvården är ambulanser samt olika slags fortskaffningsmedel för prehospitalkakutsjukvård, läkar- och sjukvårdshelikoptrar och andra nödvändiga fordon. I ovan nämnda 8 § i förordningen finns det bestämmelser om utbildningskraven på personalen vid enheterna inom den prehospitalkakutsjukvården för en enhet för första insatsen, en enhet inom den prehospitalkakutsjukvården på basnivå samt separat för varje enhet på vårdnivå. Det är möjligt att tillfälligt avvika från dessa krav i situationer där den prehospitalkakutsjukvården är utsatt för hög belastning och i speciellsituationer. Kraven tillämpas varken på Gränsbevakningsväsendets helikopterenheter sammansättning och utrustning eller på besättningens kompetens i verksamhet enligt sjöräddningslagen.

I 9 § i lagen om välfärdsområdena står det att om inte något annat föreskrivs genom lag, får välfärdsområdet producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar självt eller i samarbete med andra välfärdsområden eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproduceter. Det finns separata bestämmelser om servicesedlar i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009).

Även om ett välfärdsområde skaffar tjänster från en annan tjänsteproducent, har det fortfarande organiseringsansvaret. Tjänsteproducentens ansvar för tjänsterna fastställs dessutom utifrån vad

som föreskrivs i lagen och vad välfärdsområdet och tjänsteproducenten kommit överens om i fråga om ansvarsfördelningen.

I 3 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns det bestämmelser om förutsättningarna för de tjänster som skaffas från privata tjänsteproducenter. I 12 § i denna lag regleras de tjänster som ingår i prehospital akutsjukvård och som inte får skaffas från privata tjänsteproducenter. Det är inte tillåtet att skaffa en tjänst enligt 40 § 1 mom. 1 punkten i paragrafen från en privat tjänsteproducent, det vill säga sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten samt förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen. Enligt 27 § i räddningslagen (379/2011) kan räddningsverket producera tjänster i anknytning till den prehospitala akutsjukvården i enlighet med vad välfärdsområdet beslutar om saken.

Luftfartsservicen inom prehospital akutsjukvård tillhandahålls av FinnHEMS Oy, som sedan år 2020 har varit ett statligt specialuppdragsbolag. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för ägarstyrningen av FinnHEMS Oy och bolagets verksamhet finansieras i sin helhet av staten. Statsrådet beslutar om placeringen av flygbaserna för läkarhelikoptrar för luftfartstjänster inom prehospital akutsjukvård. För närvarande tillhandahåller FinnHEMS Oy luftfartstjänster inom prehospital akutsjukvård från åtta flygbaser (Vanda, Åbo, Birkala, Seinäjoki, Kuopio, Kouvola, Uleåborg och Rovaniemi). Centralerna för prehospital akutsjukvård vid samarbetsområdena har till uppgift att på överenskommet sätt ansvara för jouren på läkarnivå inom det egna områdets första insats, ansvara för den medicinska verksamheten på läkarhelikoptrar och samordna verksamheten till en riksomfattande helhet. I praktiken ligger ansvaret för prehospital akutsjukvård i anslutning till sjukvårdshelikoptrar i synnerhet hos de välfärdsområden som driver ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen, vilka har placerat akutläkare till dessa helikoptrars manskap. Den första insatsen produceras å sin tur i huvudsak av välfärdsområdenas räddningsväsenden och avtalsbrandkårerna och därtill även av bland annat Finlands Röda kors och Gränsbevakningsväsendet.

Utöver medicinhelikopterverksamheten opererar några andra första insatsenheter i Finland, bland annat den läkarambulans som opererar dygnet runt i Helsingfors, vars syfte är att föra en läkare till patienten och inte att transportera patienten.

Vanligen inleds tillhandahållet av prehospital akutsjukvård på så sätt att patienten själv eller en person som befinner sig i situationen ringer nödcentralen. Nödcentralverket tar emot nödmeddelanden som görs till det riksomfattande nödnumret (112), bedömer behovet av hjälp och larmar lämpliga myndigheter för situationen, inklusive den prehospitala akutsjukvården. Omkring hälften av alla larm som förmedlats till myndigheterna hänförs sig till den prehospitala akutsjukvården.

Tabell 1. Antalet uppdrag som Nödcentralverket förmedlat till myndigheterna från och med 2015. Ett uppdrag kan omfatta en eller flera larmenheter, såsom ambulanser. Källa: Nödcentralverket.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prehospital akutsjukvård	756 939	776 341	792 982	802 974	800 525	779 646	828 969	861 123	823 288	733 990
Polisen	526 506	509 918	518 862	513 236	515 615	527 740	513 328	498 066	504 177	503 560

Räddning	71 363	73 864	72 964	79 098	85 597	85 253	85 373	82 195	84 416	83 010
Socialservice	23 063	28 216	39 282	45 494	52 646	53 388	61 125	66 771	89 209	92 130
Totalt	1 377 871	1 388 339	1 424 090	1 440 802	1 454 383	1 446 027	1 488 795	1 508 155	1 501 090	1 412 690

Gränsbevakningsväsendets uppdrag i anknytning till den prehospitla akutsjukvården

Gränsbevakningsväsendet ansvarar för sjöräddningsverksamheten, som kan ha en koppling till den prehospitla akutsjukvården. Det finns bestämmelser om prehospitla akutsjukvård i havsområden i sjöräddningslagen. Social- och hälsovårdsmyndigheterna är skyldiga att utan ersättning delta i sjöräddningsuppdrag, om det är motiverat med tanke på de uppgifter som ingår i deras verksamhetsområden eller om det är nödvändigt med beaktande av hur allvarlig den farliga situationen är eller dess särskilda karaktär, och utförandet av uppgiften inte avsevärt äventyrar myndighetens utförande av någon annan viktig lagstadgad uppgift. Social- och hälsovårdsmyndigheterna ansvarar för att ordna den prehospitla akutsjukvården och för att producera läkartjänster som förmedlas per telefon. Gränsbevakningsväsendet ansvarar för till exempel evakuering av patienter från fartyg till havs och till exempel en läkare från läkarhelikopterverksamheten kan då åka med på dessa uppdrag. I synnerhet i samarbetsområdena i Södra Finland och Västra Finland har välfärdsområdena ingått avtal om samarbete med Gränsbevakningsväsendet i kust- och skärgårdsområdet. Gränsbevakningsväsendet är dessutom med i flera välfärdsområdens larmarrangemang för prehospitla akutsjukvård som första insats eller enhet för prehospitla akutsjukvård, om så överenskommit med välfärdsområdet.

Överflyttning av patienter som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar

I 73 § i hälso- och sjukvårdslagen finns det bestämmelser om överflyttning av patienter, vilka ett välfärdsområde ansvarar för att ordna och finansiera och vilka inte ingår i prehospitla akutsjukvård. I paragrafens 1 mom. föreskrivs att om vårdtiden för en patient som har sin hemkommun inom området för ett annat välfärdsområde och som är intagen på vårdplats i välfärdsområdets hälsovårdscentral uppskattas överstiga den genomsnittliga vårdtiden, och även annars då patienten begär det, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är det välfärdsområde inom vars område patienten har sin boende- och hemkommun, förutsatt att överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Om en patient i en ovan avsedd situation är intagen på en vårdplats i välfärdsområdets hälsovårdscentral och HUS-sammanslutningen har organiseringsansvar för patientens hälso- och sjukvård till denna del, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är HUS-sammanslutningen. Om en patient i en ovan avsedd situation är intagen på en vårdplats i HUS-sammanslutningens hälsovårdscentral och ett välfärdsområde har organiseringsansvar för patientens hälso- och sjukvård till denna del, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är det välfärdsområde som har organiseringsansvaret.

I 2 mom. i ovan nämnda paragrafen föreskrivs att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom kräver det, ska söra för att patienten transporteras för vård eller åtgärder till någon annan verksamhetsenhet eller hälsovårdscentral. I specialmotiveringen till momentet konstateras att ”då en patients sjukdom förutsätter att han flyttas från ett sjukhus, en poliklinik eller någon annan verksamhetsenhet till ett annat sjukhus eller till en hälsovårdscentral för vård bör den

sjukvårdsinrättning som skickar honom ordna transporten och stå för dess kostnader. I övriga fall bör patienten, enligt motiveringarna, svara för transportkostnaderna och då få ersättning enligt sjukförsäkringslagen.” (RP 90/2010 rd, s. 170).

Regleringen i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen gäller i praktiken för de patienter som är inskrivna på en hälsovårdscentral, ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården.

Finansieringen till välfärdsområdena

Lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021, nedan finansieringslagen) innehåller bestämmelser om beviljande av statsfinansiering för att täcka kostnaderna för de uppgifter som hör till ansvaret för att ordna social- och hälsovård för välfärdsområdena enligt lagen om välfärdsområden.

Syftet med den statliga finansieringen till välfärdsområdena är att säkerställa att alla välfärdsområdena trots förhållandena i området och skillnaderna mellan servicebehoven hos välfärdsområdets invånare har förutsättningar att fullgöra sin lagstadgade uppgift. Finansieringen till välfärdsområdena baserar sig på omfattande statsfinansiering och avgifts- och försäljningsintäkterna samt på vissa andra inkomster, såsom statens forskningsfinansiering och statens ersättning för specialiseringsutbildning.

Statsfinansiering enligt finansieringslagen är icke-öronmärkt finansiering för ett välfärdsområde, varför välfärdsområdet beslutar om användningen och allokeringen av finansieringen inom ramen för dess självstyrelse och behörighet.

Icke-öronmärkt finansiering beviljas till välfärdsområdena utifrån kalkylerade grunder. Största delen av finansieringen allokeras till välfärdsområdena utifrån omständigheter som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården. Dessa är bland annat prevalens, åldersstruktur och socioekonomiska faktorer, vilka baserar sig på en undersökning av Institutet för hälsa och välfärd. Dessutom allokeras finansiering på basis av välfärdsområdets invånarantal, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, skärgårdsförhållanden, samiskspråkighet, universitetssjukhustillägg, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet.

Ett övergångsutjämningsstillägg eller övergångsutjämningsavdrag hänförs sig därtill till en del områden beroende på hur den kalkylerade finansieringen motsvarat de kostnader som överförs från områdets kommuner.

Koefficienten för främjande av välfärd och hälsa har införts från och med finansieringen för år 2026. I juni 2025 godkände riksdagen en reform av finansieringslagen (RP 38/2025 rd). Viktningsvärdet för koefficienten för främjande av välfärd och hälsa höjs från tidigare cirka 1 procent till omkring 1,5 procent. Ett motsvarande avdrag hänförs till hälften till den invånarbaserade andelen och till hälften till den behovsbaserade andelen. Dessutom innehöll lagändringarna en uppdatering av teknisk karaktär av sektorvikterna för social- och hälsovården, beräkningen av behovskoefficienten som ett tvåårsmedelvärde och besparingar av engångsnatur i övergångsutjämningsarna för åren 2026 och 2027. Även riskkoefficienten för räddningsväsendet preciserades. Ändringarna trädde i kraft från och med ingången av 2026.

Den årliga nivån av finansieringen till välfärdsområdena justeras på riksnivå. Föregående års finansiering ligger till grund för den. Dessutom beaktas den uppskattade uppgången i

servicebehovet, prispförändringar och eventuella ändringar av uppgifterna. Finansieringsnivån justeras i efterhand på riksnivå så att den motsvarar de faktiska kostnaderna med två års dröjsmål.

Enligt 9 § 1 mom. i finansieringslagen beaktas en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret till fullo när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Den statliga finansieringen kan höjas eller sänkas utifrån ändringar i uppgifternas omfattning eller art. Ändringen i uppgifternas omfattning eller art kan grunda sig på statsbudgeten, till den del ingenting annat föranleds av lagstiftningen om välfärdsområdenas uppgifter.

Enligt 9 § 2 mom. i finansieringslagen höjs eller sänks även den statliga finansieringen på det sätt som avses i 1 mom. på basis av en ändring i nivån på, grunderna för eller omfattningen av en kundavgift som tas ut för en uppgift som hör till välfärdsområdenas organiseringsansvar, om ändringens inverkan på finansieringen på förhand kan bedömas och beaktas på ett sätt som tryggar välfärdsområdenas finansiering.

Den statliga finansieringen till välfärdsområden var år 2025 sammanlagt cirka 26,3 miljarder euro. Tillväxten år 2024 är omkring 2,2 miljarder euro (9 procent), vilken förklaras av den justering i efterhand av finansieringen vilken gjorts för första gången. Nivån på finansieringen i justeringen i efterhand höjs för att motsvarar de faktiska kostnaderna i områdena med två års dröjsmål. Skillnaden mellan den finansiering som betalades till områdena och de faktiska nettokostnaderna år 2023 var omkring 1,3 miljarder euro. Förhöjt till 2025 års nivå ökade detta finansieringen med omkring 1,4 miljarder euro.

De uppgiftsändringar inom social- och hälsovården vilka hänfördes till år 2025 minskade finansieringen med sammanlagt omkring 252 miljoner euro. Utifrån uppgången i servicebehovet och prispförändringarna höjde finansieringsnivån med omkring 970 miljoner euro.

Finansieringslagen innehåller även bestämmelser om de förfaranden utifrån vilka ett välfärdsområde kan få tilläggsfinansiering.

Dessutom innehåller den övriga lagstiftningen separata bestämmelser om ersättningar i en situation där en patient som inte är välfärdsområdets klient vårdas i välfärdsområdet. I 57 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs att om ett välfärdsområde utifrån lagen eller samarbetsavtal mellan välfärdsområden tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört. Paragrafen innehåller föreskrifter om möjligheten att genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärda bestämmelser om ersättningsgrunderna för tjänsterna och fakturering och betalning av kostnader, men ingen sådan förordning har hittills getts.

2.1.2 Ersättningar för sjuktransporter

Lagstiftningen och ersättningspraxis

Resekostnader som hänför sig till vård av en sjukdom, graviditet och förlossning ersätts till en försäkrad enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004). Försäkrad är den som arbetar, är verksam som företagare eller är bosatt i Finland i enlighet med 4–10 § i lagen om bosättningsbaserad social trygghet i gränsöverskridande fall (16/2019) eller med stöd av 11–13 § i den lagen anses ha ställning som bosatt i Finland. Reseersättningar ur sjukförsäkringen är i princip ersättningar som betalas till en försäkrad för resekostnader som orsakats för en försäkrad, vilka kan redovisas även direkt till producenten av transporttjänsten inom ramen för det direktersättningsförfarande som den försäkrade godkännt.

I 2 kap. i sjukförsäkringslagen finns det bestämmelser om de allmänna principerna för sjukvårdsersättningar. En försäkrad har rätt att i fråga om det belopp som överstiger självriskandelen få ersättning för nödvändiga sjukvårdskostnader samt för nödvändiga kostnader vid graviditet och förlossning. En försäkrad ersätts för kostnaderna för sjukvård till det belopp kostnaderna för vården skulle ha uppgått till för den försäkrade med undvikande av onödiga kostnader, men utan äventyrande av den försäkrades hälsa.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts inte sjukvårdskostnader då välfärdsområdet ordnar sjukvården på det sätt som avses i 7 och 9 § i lagen om välfärdsområden. Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts inte heller klientavgifter som med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992, nedan klientavgiftslagen) debiterats för hälsotjänster som ordnats av ett välfärdsområde och inte heller sjukvårdskostnader för en tid under vilken den försäkrade är i offentlig institutionsvård eller i motsvarande vård.

Folkpensionsanstalten ansvarar för uppgifterna i anknytning till genomförandet av sjukförsäkringen och därtill deltar arbetsplatskassorna i genomförandet av sjukförsäkringslagen. På Åland ordnas för närvarande de transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och de ambulanstransporter vars kostnader denna proposition handlar om på så sätt att Ålands hälso- och sjukvård ÅHS sköter avtalshanteringen i anknytning till genomförandet av transporter och övriga anknutna praktiska arrangemang. Finansieringen för uppgifterna fås dock från Folkpensionsanstalten med stöd av regleringen i sjukförsäkringslagen, vilken är en del av socialförsäkringen som omfattas av rikets lagstiftningsbehörighet, och utifrån de självrisker som tas ut av de försäkrade med stöd av sjukförsäkringslagen. Även om reseersättningar ur sjukförsäkringen är ersättningar till de försäkrade har man i fråga om Åland i praktiken förfarit på så sätt att Folkpensionsanstalten redovisar ersättningarna till ÅHS, som sköter betalningen av serviceproducenternas fordringar.

Det finns bestämmelser om ersättning av resekostnader i 4 kap. i sjukförsäkringslagen. En försäkrad har rätt till ersättning för behövliga kostnader som orsakats av en resa som gjorts på grund av en sjukdom, graviditet eller en förlossning. Ersättning betalas även utifrån lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005, nedan rehabiliteringslagen) för resor som gjorts på grund av rehabilitering som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten. Dessutom ersätts resekostnader till en följeslagare och en familjemedlem som deltagit i vården av en försäkrad och resekostnader som orsakats av ett hembesök hos den försäkrade av en läkare, tandläkare och en annan i sjukförsäkringslagen avsedd yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Resor för patienter som är inskrivna i offentlig institutionsvård ersätts inte med stöd av sjukförsäkringslagen.

Kostnaderna för en försäkrads resa till en icke brådskande undersökning eller till icke brådskande vård ersätts högst enligt vad resan skulle ha kostat om den hade påbörjats vid den enligt lagen om hemkommun (201/1994) bestämda bostad i hemkommunen som antecknats i befolkningsdatasystemet. Om den försäkrade inte har någon hemkommun i Finland, anses resan ha påbörjats på den adress där den försäkrade enligt egen uppgift huvudsakligen vistas.

Resekostnaderna för en försäkrad ersätts högst enligt vad resan skulle ha kostat till närmaste undersöknings- och vårdenhet där den försäkrade kan få behövlig undersökning och vård enligt sjukförsäkringslagen utan att hans eller hennes hälsotillstånd äventyras.

En försäkrad har rätt att få ersättning för resekostnader i anslutning till vård av en sjukdom om resan gäller besök hos en statlig eller ett välfärdsområdes verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Om välfärdsområdet har ordnat hälso- och sjukvården enligt 7 och 9 § i lagen om välfärdsområden, ersätts resekostnaderna till den plats där vården getts. Om den försäkrade å sin sida har valt en vårdenhet med stöd av 47 eller 48 § i hälso- och sjukvårdslagen, ersätts resekostnaderna högst enligt kostnaden för en resa till statens eller välfärdsområdets närmaste undersöknings- och vårdenhet vid en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Folkpensionsanstaltens nuvarande ersättningspraxis har under de senaste åren varit i viss mån mer tillåtande än i ovan beskrivna formulering i sjukförsäkringslagstiftningen, vilket även gjort det möjligt att bidra till att främja den valfrihet som tryggats i hälso- och sjukvårdslagen. När en försäkrad uppsöker en vårdplats inom det egna välfärdsområdet, ersätts färden enligt nuvarande ersättningspraxis till den plats där vård tillhandahållits. Om den försäkrade har en betalningsförbindelse eller servicesedel för vård från välfärdsområdet eller ett rehabiliteringsbeslut från Folkpensionsanstalten, ersätts resan till den plats varifrån vården eller rehabiliteringen har fått. När den försäkrade utifrån valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen valt en vårdplats inom primärvården utanför det egna välfärdsområdet, ersätts resan högst till det belopp som resan skulle kosta från den stadigvarande hemadressen till social- och hälsocentralen i det egna välfärdsområdet, där omfattande hälso- och sjukvårdstjänster är tillgängliga. Resan till specialiserad sjukvård ersätts till den enhet inom specialiserad sjukvård som tillhandahållit vården och som finns i samarbetsområdet enligt den egna stadigvarande boendeplatsen. När den försäkrade utifrån valfriheten i hälso- och sjukvårdslagen valt en vårdplats inom den specialiserade sjukvården utanför det egna samarbetsområdet, ersätts resan högst till det belopp som resan skulle kosta från den stadigvarande hemadressen till universitetssjukhuset i det samarbetsområde som fastställs utifrån det egna välfärdsområdet.

De resekostnader som orsakats en försäkrad som för vård av en sjukdom besökt en verksamhetsenhet inom den privata hälso- och sjukvården eller en yrkesutövare ersätts endast om undersökningen eller vården ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen. I enlighet med bestämmelserna i sjukförsäkringslagen ersätts bland annat en rehabiliteringsklient med behövliga och skäliga resekostnader som orsakats av rehabilitering som ordnats eller ersatts utifrån lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005).

En försäkrads resekostnader ersätts enligt kostnaden för resan genom att använda det förmånligaste till buds stående färd sättet. Med det billigaste färd sättet avses i första hand resor med anlåtande av offentlig, för alla tillgänglig reguljär kollektivtrafik och sådana resor med anlåtande av olika trafikmedel vilka kombinerats med kollektivtrafiken genom sammanlänkning, eller servicetrafik eller anropsstyrd kollektivtrafik. Om de färd sätt som avses ovan inte står till buds, men samtransport med ett specialfordon har ordnats, har den försäkrade rätt att få ersättning i enlighet med kostnaderna för ett sådant färd sätt.

Enligt 4 kap. 5 § i sjukförsäkringslagen ersätts en försäkrads resekostnader dock enligt kostnaderna för anlåtande av specialfordon, om den försäkrades sjukdom, grava handikapp eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon används. Med specialfordon avses egen bil, taxi, fordon med handikapputrustning, minibuss, sjuktransportfordon, motorbåt, snöskoter, helikopter och något annat motsvarande fordon. När kostnaderna för färd sjöledes i

skärgårdsförhållanden ersätts, beaktas som merkostnad de speciella omständigheterna i skärgården, såsom avsaknad av fasta vägförbindelser eller av trafik- och transportservice samt väderleksförhållandena.

I 4 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen finns det bestämmelser om ersättningar för sjuktransporter. En försäkrad får ersättning för kostnaderna för prehospital akutsjukvård enligt 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen. En ersättning betalas utifrån de kostnader som färden orsakat. Prehospital akutsjukvård som getts före eller under transporten ersätts inte med stöd av sjukförsäkringslagen.

I regel betalas inte någon ersättning för uppdrag inom prehospital akutsjukvård vilka inte lett till någon transport. Om den försäkrades tillstånd tack vare sådan prehospital akutsjukvård som getts på platsen har förbättrats så att transport till en plats för fortsatt vård inte behövs, ersätts kostnaderna för sjuktransportfordonets besök på platsen såsom en kostnad för den försäkrade. Sådana ersättningsgilla uppdrag som inte leder till en transport utgörs av uppdrag där uppdraget inkommit via nödcentralen, en läkare konsulterats om vården av patienten och om att inte transportera honom eller henne och hälsotillståndet för den patient som getts prehospital akutsjukvård har förbättrats på så sätt att ingen transport till någon vårdplats behövs. Ett uppdrag som uppfyller ovan nämnda förutsättningar utreds till Folkpensionsanstalten med koden X-81 och med koden X-12, då patienten avlider trots återupplivning.

De transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och som ersätts av Folkpensionsanstalten omfattar färder som gjorts med ambulans, helikopter och Gränsbevakningsväsendets båtar. Patienttransporter med helikopter görs av FinnHEMS Oy och Gränsbevakningsväsendet och dessutom av helt privata aktörer.

Utöver transporter som ingår i prehospital akutsjukvård ersätter Folkpensionsanstalten så kallade icke brådsakande sjuktransporter. De icke brådsakande sjuktransporter som ersätts utgörs av 1) överflyttning som ersätts som en sjuktransport, det vill säga transporter med ambulans av oinskrivna patienter från det första verksamhetsstället inom hälso- och sjukvården till följande verksamhetsställe inom hälso- och sjukvården, 2) utskrivningstransporter av patienter då hälsotillståndet kräver ambulanstransport och 3) hälso- och sjukvårdsfärder där den försäkrade har ett SV 67-intyg som beviljats av hälso- och sjukvården i fråga om ambulansbehovet. Den sist nämnda färdgruppen omfattar även de relativt sällsynta situationer där en person behöver ambulanstransporter för att delta i rehabilitering som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten.

Ersättningar för sjuktransporter som betalas ur sjukförsäkringen baserar sig på de lagstadgade ersättningstaxorna. Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning för användning av sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av statsrådet. Ersättningstaxan för sjuktransportfordon baserar sig på de kostnader som orsakas av transporten och de disponibla medlen. Vid beredningen av förordningen och ändringar av den ska social- och hälsovårdsministeriet höra Folkpensionsanstalten och de organisationer som företräder de berörda aktörerna. Enligt statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport (490/2018) utgörs ersättningstaxan av ersättningsgrunden för grundavgift, kilometeravgift, tilläggsavgift för en andra ambulanschaufför och väntetidsavgift, ersättningsgrunderna för transportkostnader för flera än en försäkrad och returfärden.

Bestämmelser om den ersättningstaxa som utgör ersättningsgrund vid användning av ett annat specialfordon än taxi och ett sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet ska höra Folkpensionsanstalten när ministeriet utarbetar förordningen och ändringar av den. Social- och hälsovårdsministeriets

förordning om taxan enligt 4 kap. 5 § i sjukförsäkringslagen gällande ersättande av resekostnader för anlitande av specialfordon (1337/2004) innehåller bestämmelser om ersättningsgrunder för motorfordon (bil, motorbåt, snöskoter, motorcykel), helikopter, taxibåt och sjöräddningsfartyg.

Enligt inrikesministeriets förordning om avgifter för Gränsbevakningsväsendets prestationer åren 2024–2026 (1246/2023) finns bestämmelser om ersättningsgrunderna för brådskande sjuktransport som görs med Gränsbevakningsväsendets luftfartyg och som ersätts av Folkpensionsanstalten i social- och hälsovårdsministeriets förordning (1337/2004). Övriga ersättningstaxor för Gränsbevakningsväsendets transporter baserar sig på inrikesministeriets förordning (1246/2023) (till exempel Gränsbevakningens båtar).

De resekostnader som orsakas för en försäkrad ersätts i sin helhet till den del som de överskrider självriskandelen på 25 euro för en enkelriktad resa. Denna reglering gäller för färder till hälso- och sjukvård eller rehabilitering, transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och de icke brådskande sjuktransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten. Tjänsteproducenten av sjuktransporten tar ut självrisken av klienten med en faktura. Ersättningen betalas utifrån de faktiska kostnaderna, dock högst utifrån det belopp som fastställts enligt ersättningstaxan. Om färden har gjorts med ett fordon för vilket det inte finns någon fastställd ersättningstaxa, betalas till den försäkrade skäliga kostnader för resan.

Samtalen med företrädarna för Ålands landskapsregering gav en uppfattning om att ovan nämnda förordningar om ersättningstaxorna inte egentligen bundit ÅHS i dess prövning av grunderna för att betala ersättningar för transporter till serviceproducenterna. I praktiken har regleringen i förordningarna dock använts som avgiftsgrunder som styr ärendet.

Om det sammanlagda beloppet av de resekostnader för ersättningsgilla resor enligt sjukförsäkringslagen eller rehabiliteringslagen som den försäkrade själv ska betala och som uppstått under ett och samma kalenderår överstiger 300 euro (det så kallade resetaket), ersätts den del som överskrider detta till fullt belopp, dock högst till ett belopp som motsvarar den fastställda ersättningstaxan. Folkpensionsanstalten följer om resetaket uppnåtts och återbetalar den del som överskrider resetaket till den försäkrade, om tjänsteproducenten tagit ut självrisken efter att resetaket uppnåtts.

Den resespecifika självriskandelen på 25 euro och den årliga självriskandelen på 300 euro har legat på nuvarande nivå från och med ingången av år 2016 (RP 106/2015 rd).

Utbetalda ersättningar

År 2024 ersattes sammanlagt 530 000 färder som ingår i prehospitalet akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter och ersättningarna för dessa resor uppgick till totalt 109,7 miljoner euro.

År 2024 ersattes sammanlagt 437 000 färder som hänför sig till hälso- och sjukvården eller som gäller utskrivning från hälso- och sjukvården, vilka gjorts med ambulans. Detta antal färder omfattar såväl transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård som icke brådskande sjuktransporter. Ersättningarna uppgick till 86,7 miljoner euro. Antalet Vård på plats-uppdrag som ingår i prehospitalet akutsjukvård uppgick till 46 000 (inklusive Vård på plats-uppdrag som utförts av en enhet för prehospitalet akutsjukvård med en person). Ersättningarna uppgick till 6,0 miljoner euro. De ersatta resor som gjordes med helikopter uppgick till 712 och ersättningarna för dessa till 2,0 miljoner euro. De resor som gjordes med Gränsbevakningsväsendets båtar uppgick till 120 och ersättningar för dessa till 160 000 euro.

År 2024 ersattes sammanlagt 43 000 icke brådskande sjuktransporter med ambulans. Ersättningarna uppgick till 13,6 miljoner euro. Dessutom betalades tilläggsersättningar för färder som hänför sig till prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransport, det vill säga överträdelser av resetaket, till ett belopp av 1,2 miljoner euro för omkring 5 000 färder.

Ersättningar som hänför sig till ambulansresor betalas i praktiken i sin helhet med direktersättningsförfarandet till tjänsteproducenterna. De transporter för vilka ersättning betalades utifrån ersättningsansökningar som gjorts av klienterna uppgick till sammanlagt under 100 år 2023. Antalet avtal om direktersättning med olika tjänsteproducenter uppgår till omkring 160 och utifrån 89 av dessa ansöktes ersättningar från Folkpensionsanstalten under år 2024.

Av de transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och de icke brådskande sjuktransporterna och de ersättningar som ska betalas för dessa hänför sig omkring 75 procent till offentliga aktörer, såsom välfärdsområdena och räddningsverken, och 25 procent å sin sida till privata sjuktransportaktörer.

År 2024 ersattes sammanlagt 2 170 resor som ingår i prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter på Åland och de utbetalda ersättningarna uppgick till sammanlagt 0,67 miljoner euro. Sammanlagt 2 000 färder som hänför sig till hälso- och sjukvården eller som gäller utskrivning från hälso- och sjukvården gjordes med ambulans. Ersättningarna uppgick till knappt 0,3 miljoner euro. De ersatta resor som gjordes med helikopter uppgick till 140 och ersättningarna för dessa till knappt 0,4 miljoner euro. De ersatta resor som gjordes med Gränsbevakningsväsendets båt uppgick till 17 och ersättningar för dessa till 30 000 euro. De övriga reseersättningar som hänför sig till den prehospitala akutsjukvården var låga på Åland.

2.1.3 Finansieringen av sjukförsäkringen

Det finns bestämmelser om finansieringen av sjukförsäkringen i 18 kap. i sjukförsäkringslagen. Finansieringen av sjukförsäkringen är indelad i finansieringen av sjukvårdsförsäkringen och finansieringen av arbetsinkomstförsäkringen. Sjukförsäkringsfondens minimibelopp ska vid slutet av varje år vara minst åtta procent av de årliga totala kostnaderna för sjukförsäkringen. Intäkterna av sjukförsäkringsfondens egendom dras av från kostnaderna.

De kostnader som hänför sig till sjukvårdsförsäkringen och som betalas ur sjukförsäkringsfonden utgörs av läkemedelsersättningar, ersättningar för vård och undersökningar, reseersättningar samt utgifter för rehabilitering som Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter. Andra kostnader för sjukvårdsförsäkringen utgörs av de sjukvårdskostnader som hör till grundskyddsdelen i en försäkring mot olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar för jordbruksföretagare och de ersättningar som betalas utifrån 9 § 2–4 mom. och 20 och 21 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Som utgifter för sjukvårdsförsäkringen räknas också de driftskostnader som Folkpensionsanstalten orsakas av att verkställa de ovan nämnda förmånerna och ersättningarna. Även den inverkan den årliga förändringen av de ovan nämnda utgifterna har på tryggheten av sjukförsäkringsfondens minimibelopp beaktas i dessa utgifter.

Ur statens medel finansieras ersättningar som betalas utifrån 9 § 2–4 mom. och 20 och 21 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård i den utsträckning som de kostnadsersättningar som erhållits från utlandet utifrån de sjukvårdsförmåner som getts i Finland inte täcker dessa.

Staten finansierar 51,4 procent av de övriga kostnaderna för sjukvårdsförsäkringen, det vill säga bland annat läkemedelsersättningar, vård- och undersökningsersättningar, reseersättningar och

utgifter för rehabilitering som ordnas och ersätts av Folkpensionsanstalten. Staten garanterar dessutom likviditeten för sjukförsäkringen, det vill säga att staten till Folkpensionsanstalten betalar medel till ett sådant belopp att likviditeten i sjukförsäkringsfonden hela tiden är tryggad. Statens finansieringsandel av kostnaderna för sjukvårdsförsäkringen år 2025 var omkring 1,7 miljarder euro.

Sjukvårdsförsäkringens förmåner och ersättningar finansieras genom sjukförsäkringens sjukvårdspremie, som tas ut hos alla försäkrade på basis av den inkomst som beskattas vid kommunalbeskattningen. För FöPL-/LFöPL-försäkrade används FöPL-/LFöPL-arbetsinkomsten som grund för betalning av sjukvårdspremien. De försäkrades finansieringsandel har delats mellan löntagarna och företagarna samt förmånstagarna. Med sjukvårdspremierna för de försäkrade finansieras 48,6 procent av kostnaderna för sjukvårdsförsäkringen.

År 2026 uppgår sjukvårdspremien för löntagare och företagare till 1,10 procent av beloppet av den beskattningsbara förvärvsinkomsten i kommunalbeskattningen. Sjukvårdspremien för pensions- och förmånstagare är 1,49 procent av beloppet av de beskattningsbara pensions- och förmånsinkomsterna. Försäkringspremieintäkternas andel är omkring 1,6 miljarder euro.

Enligt 18 kap. 23 § 1 mom. i sjukförsäkringslagen justeras premieprocentsatsen för sjukförsäkringens sjukvårdspremie så att intäkterna av sjukvårdspremierna och statens finansieringsandel täcker utgifterna för sjukvårdsförsäkringen. Premieprocentsatsen justeras med två decimalers noggrannhet. Enligt 18 kap. 23 § 2 mom. i lagen fastställs premieprocentsatsen årligen genom förordning av statsrådet, vilken utfärdas före den 23 november. Om premien emellertid understiger 0,90 procent eller överstiger 1,20 procent av den förvärvsinkomst som beskattas vid kommunalbeskattningen och av de andra grunder för sjukvårdspremien som avses i 18 kap. 14 och 16–19 § i lagen, ska bestämmelser om premieprocentsatsen utfärdas genom lag.

2.1.4 Landskapet Ålands behörighet och finansiering

Det aktuella reformprojektet om överföring av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten hänför sig även till landskapet Åland. Med tanke på reformen är det viktigt att gestalta fördelningen av lagstiftningsbehörigheten mellan landskapet Åland och riket, dess koppling till transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten och till hur riket finansierar de uppgifter som hör till Ålands självstyrelse.

Enligt 18 § 12 punkten i självstyrelselagen för Åland (1144/1991) har landskapet lagstiftningsbehörighet i fråga om hälso- och sjukvård med vissa undantag som föreskrivs i självstyrelselagen. Inget av dessa undantag har någon direkt koppling till den prehospitalet akutsjukvården. Följaktligen har Åland redan för närvarande, på liknande sätt som välfärdsområdena, ansvaret för att ordna den prehospitalet akutsjukvården och utifrån sin lagstiftningsbehörighet möjlighet att utfärda bestämmelser om avgifter i anknytning till detta inom landskapets område (med undantag för självrisker för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård som för närvarande reglerats via sjukförsäkringsregleringen). Med undantag från annan stans i Finland än på Åland, ordnar landskapets hälso- och sjukvårdsmyndighet ÅHS i praktiken redan transporter som ersätts som icke brådskande sjuktransporter av Folkpensionsanstalten och endast denna finansiering kommer i enlighet med sjukförsäkringslagen från Folkpensionsanstalten. Med stöd av 29 § 3 punkten i självstyrelselagen hör ärenden som gäller socialförsäkringen till rikets lagstiftningsbehörighet och så som framgår ovan baserar sig denna reglering om socialförsäkringen på de ersättningar

som ålänningarna för närvarande fått för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och transporter som ersätts som icke brådsakande sjuktransporter av Folkpensionsanstalten samt de självrisker som de betalat. I praktiken har Ålands hälso- och sjukvårdsmyndighet ÅHS dock skött utbetalningen av direktersättningar till de tjänsteproducenter som producerar transporter, faktureringen av klienternas självrisker samt administreringen av avtal, vilka i huvudsak ingås med tjänsteproducenterna.

I fråga om transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ovan nämnda andra transporter, som Folkpensionsanstalten ersätter, baserar sig finansieringen på Åland på de ersättningar som Folkpensionsanstalten betalat för transporterna med stöd av sjukförsäkringslagen. Finansieringen av den prehospitala akutsjukvården och övriga hälso- och sjukvårdstjänster har å sin sida ordnats via det allmänna ekonomiska systemet för Åland, som beskrivs kort nedan.

Ålands ekonomiska system baserar sig på att medel överförs från statsbudgeten till Åland för finansieringen av de utgifter som hänförs sig till självstyrelsen. Enligt självstyrelselagen sker detta huvudsakligen genom avräkning och skatteavräkning. Därtill finns det möjlighet för Åland att få extra anslag och tillskott under exceptionella förhållanden. Syftet med Ålands ekonomiska system är att trygga behoven i anknytning till självstyrelsen under normalförhållanden.

Det belopp som landskapet får årligen via avräkningssystemet, det vill säga avräkningsbeloppet, räknas på så sätt att inkomsterna i statens bokslut, med undantag för förvärvs- och kapitalinkomstskatt, rundradioskatt, källskatt som betalats av de begränsat skattskyldiga, samfundsskatt, tonnageskatt och lotteriskatt samt nya statslån, multipliceras med ett visst relationstal, som kallas för avräkningsgrunden. När avräkningsbeloppet räknas, ska man även beakta hälften av förändringen i befolkningstalet för Åland i förhållande till hela Finlands befolkningstal från och med den 31 december 2020.

Enligt 47 § i den nuvarande självstyrelselagen är avräkningsgrunden 0,45 procent. I lagen om ändring av den avräkningsgrund som avses i självstyrelselagen för Åland (911/2020) har utjämningsgrunden dock ändrats till 0,47 procent från och med ingången av år 2021. Även om avräkningen görs årligen i efterskott för varje kalenderår, betalas ett månatligt förskott av avräkningsbeloppet. Med beaktande av att en ändring på 0,01 procentenheter av avräkningsgrunden grovt uppskattat motsvarar en ändring på omkring 4,4 miljoner euro, är det penningbelopp som överförs till landskapet via avräkningen i sin helhet relativt betydande.

Enligt 49 § i självstyrelselagen återförs till landskapet Åland dessutom årligen av statsmedel beloppen för de på Åland för respektive skatteår debiterade statliga förvärvs- och kapitalinkomstskatterna, källskatten som betalats av begränsat skattskyldiga, samfundsskatten och tonnageskatten samt lotteriskatt som betalats på Åland. Denna återbäring kallas för skatteavräkning. I praktiken påverkas skatteavräkning, vid sidan om de skatter som betalats av enskilda personer, av beskattningsnivån överlag, det vill säga att avsevärda ändringar som gäller skattavräkningen kan uppkomma främst då beskattningsnivån ändras. Följaktligen kan ovan beskrivna avräkningssystem betraktas som den huvudsakliga finansieringskanalen för självstyrelseuppgifterna.

2.1.5 Internationella situationer

Utöver välfärdsområdets klienter kan även personer som bor utomlands få ett behov av att få transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra transporter som för närvarande ersätts som sjuktransport då de vistas i Finland.

Europaparlamentets och rådets förordningar (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen och nr 987/2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (nedan samordningsförordningarna), partnerskapsavtalet mellan EU och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland (nedan Storbritannien) samt de bilaterala avtal om sjukvård och social trygghet som finska staten ingått med Australien, kanadensiska Quebec, de nordiska länderna och Israel bestämmer patientens rätt att få hälso- och sjukvårdstjänster till det pris som bestäms enligt klientavgiftslagen samt ersättningar som bestäms enligt sjukförsäkringslagen.

Dessutom finns det reglering kring vårdrätten i den nationella lagstiftningen, såsom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård, lagen om ordnande av social- och hälsovård och hälso- och sjukvårdslagen. Tjänsterna ska ordnas för personerna inom ramen för omfattningen av deras vårdrätt, men i princip betalar de själv eller till exempel med en reseförsäkring kostnader för de tjänster som de fått.

När en person som inte har någon hemkommun i Finland eller som inte är sjukförsäkrad i Finland får prehospitalet akutsjukvård eller sjuktransporttjänster då han eller hon vistas i Finland kan han eller hon, producenten av transporttjänsten eller anordnaren av offentlig hälsovård (välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen) ha rätt att få ersättning för kostnaderna för färden med stöd av EU-lagstiftningen eller internationella avtal som binder Finland, även om förutsättningarna enligt Finlands nationella lagstiftning inte är uppfyllda. I den gällande lagstiftningen beror ersättningen av uppkomna kostnader av den aktör som ordnar den ifrågakvarande tjänsten.

Om en anordnare av offentlig hälso- och sjukvård, det vill säga ett välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen, ordnar prehospitalet akutsjukvård som en del av dess egen verksamhet, kan de ansöka om statlig ersättning för de uppkomna kostnaderna från Folkpensionsanstalten i enlighet med 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Statsfinansiering betalas för kostnader som uppkommit av en tjänst inom den offentliga hälso- och sjukvården för en andel som eventuellt överstiger klientavgiften, om hälso- och sjukvårdstjänsten getts till en person utan hemkommun, som med stöd av en EU-lag eller en internationell lag eller ett EU-avtal eller ett internationellt avtal eller nationell lagstiftning har rätt att få hälso- och sjukvårdstjänster i Finland. I sådana situationer kan statlig ersättning betalas även för kostnader för vård av en person med hemkommun, om en annan EU- eller EES-stat, Schweiz eller Storbritannien ansvarar för kostnaderna för hälso- och sjukvård som getts till personen i fråga utifrån EU-lagstiftningen eller ett internationellt avtal. Dessutom är det möjligt att betala statlig ersättning, om personen har getts hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av 50 § i hälso- och sjukvårdslagen (brådskande vård) eller 56 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (ordnande av hälso- och sjukvård för vissa personer som vistas i ett välfärdsområde) eller 56 b § (ordnande av hälso- och sjukvård för personer som vistas olagligt i landet). I fråga om de sista nämnda finns det dock en förutsättning om att man först försökt ta ut de kostnader som orsakats av tjänsterna av personen själv eller någon annan aktör.

En anordnare av offentlig hälso- och sjukvården kan få statlig ersättning från Folkpensionsanstalten även för kostnader för förflyttning till ett sjukhus, då personen flyttas till ett annat sjukhus i Finland. Förutsättningen är att personen är inskriven i den enhet som tillhandahåller offentlig hälso- och sjukvård från vilken han eller hon flyttas. Statlig ersättning betalas även för kostnader som orsakas av förflyttning från ett sjukhus till ett annat nordiskt land utifrån Nordiska konventionen om social trygghet. I dessa situationer handlar det om en person som fått vård inom Finlands offentliga hälso- och sjukvård och som flyttas till fortsatt vård till ett annat nordiskt land. En förutsättning för statlig ersättning är att den person som bor

i ett annat nordiskt land är inskriven för vård i den offentliga hälso- och sjukvården och att han eller hon flyttas till sjukhusvård i sitt boendeland.

Om en anordnare av offentlig hälso- och sjukvård skaffar prehospita akutsjukvård av en privat serviceproducent eller av räddningsväsendet, kan ersättningen för kostnaderna för en färd som gjorts med ett sjuktransportfordon betalas till producenten av transporttjänsten, om personen utifrån EU-lagstiftningen eller ett internationellt avtal har rätt till ersättning och producenten av transporttjänsten dragit av ersättningen från transportpriset. Personen ska ha kunnat påvisa sin rätt med ett giltigt intyg över vårdrätten, till exempel ett europeiskt sjukvårdskort. Om personen betalat kostnaderna själv, kan Folkpensionsanstalten betala en ersättning enligt sjukförsäkringslagen till honom eller henne. Det finns skäl att beakta att ersättningar i fråga om en tjänst som tillhandahållits av en privat serviceproducent inte kan betalas till ovan nämnda så kallade självbetalande personer.

Folkpensionsanstalten kan fortfarande fakturera en ersättning för prehospita akutsjukvård och sjuktransport som betalats utifrån EU-lagstiftningen (ersättning enligt sjukförsäkringslagen eller en ersättning som betalats som en statlig ersättning) av en annan EU- eller EES-stat, Schweiz eller Storbritannien, om den andra staten ansvarar för kostnaderna för den sjukvård som getts till personen (19 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Beroende på situationen får Folkpensionsanstalten uppgifterna om de kostnader som ska faktureras antingen utifrån en personklients ansökan, redovisningen av producenten av transporttjänsten eller ansökan om statlig ersättning av en anordnare av offentlig hälso- och sjukvård.

På motsvarande sätt kan ett behov av att få prehospita akutsjukvård eller sjuktransporttjänster uppkomma för personer som bor stadigvarande och som är sjukförsäkrade i Finland då de vistas utomlands.

Med stöd av EU-lagstiftningen (bland annat samordningsförfordningarna) och internationella avtal kan en person som är sjukförsäkrad i Finland och en person för vars sjukvårdskostnader Finland ansvarar få rätt till ersättningar för vård som getts utomlands eller kostnader som gäller färder som gjorts utomlands, då han eller hon bor eller vistas tillfälligt i en annan EU- eller EES-stat, Schweiz eller Storbritannien. Kostnaderna för tillhandahållen vård ersätts utifrån 9 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Ersättningen bestäms utifrån kostnadsnivån och klientavgiften i det välfärdsområde, Helsingfors stad eller HUS-sammanslutningen, som har ansvaret att ordna vården av personen. En förutsättning för att betala en ersättning är att personen själv varit tvungen att betala alla kostnader som orsakats av vården. Således betalas inte någon ersättning till personen själv, om han eller hon redan fått tjänster inom hälso- och sjukvården till priset på en klientavgift eller självrisk enligt lagstiftningen i det land som tillhandahållit vården. Resekostnader som orsakats av användning av vård som getts i ett EU- och EES-stat, Schweiz eller Storbritannien ersätts enligt sjukförsäkringslagen (11 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Utifrån sjukförsäkringslagen ersätts även kostnader som en person betalat för prehospita akutsjukvård eller sjuktransport utomlands, vilka i det ifrågavarande landet inte anses ingå i kostnaderna för vård som tillhandahållits utomlands.

Folkpensionsanstalten ersätter inte kostnader för vård som tillhandahållits utanför EU- eller EES-länderna, Schweiz eller Storbritannien eller färder som ingår i prehospita akutsjukvård eller andra färder i anknytning till sådan vård. Personen ska själv eller till exempel med hjälp av en reseförsäkring betala kostnader för de tjänster som han eller hon fått.

2.1.6 Klientavgifter inom social- och hälsovården

Regleringen kring den prehospitla akutsjukvården och transport av inskrivna patienter

I 5 § i klientavgiftslagen finns det föreskrifter om hälso- och sjukvårdsavgifter som är avgiftsfria för patienterna. I 1 a punkten i denna paragraf föreskrivs att prehospital akutsjukvård enligt 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen, utom sjuktransport vid prehospital akutsjukvård, är avgiftsfri. Med andra ord är det möjligt att ta ut en avgift endast för transporten i fråga om prehospital akutsjukvård. I förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992, nedan klientavgiftsförordningen) har avgifterna för sjuktransporter preciserats på så sätt att en avgift kan tas ut även då patientens tillstånd tack vare den prehospitla akutsjukvården som tillhandahållits har förbättrats i den mån att transport till vårdplatsen inte har behövts. I praktiken har de situationer där ett välfärdsområde tagit ut en avgift för sjuktransport i anknytning till prehospital akutsjukvård sannolikt varit väldigt få eller så har sådana inte alls förekommit bland annat på grund av Folkpensionsanstaltens direktersättningsförfarande.

Enligt 5 § 8 punkten i klientavgiftslagen är av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård avgiftsfri. Denna bestämmelse fogades till klientavgiftslagen i enlighet med det förslag som förvaltningsutskottet gav då lagen stiftades (se FvUB 7/1992). Utskottet motiverade sitt förslag med att dessa transporter var avgiftsfria med stöd att den övriga reglering som gällde vid den tidpunkten. Den reglering som gällde vid den tidpunkten redogör dock inte på entydigt sätt för vilka transporter som utgjorde de i bestämmelsen nämnda transporterna av en inskriven patient med sjuktransportfordon till hemvård. Inte heller förvaltningsutskottet preciserade detta i samband med att lagen stiftades. Lagstiftningen kan således i en viss mån anses lämna utrymme för tolkning.

Indexbundenheten för klientavgifterna inom social- och hälsovården

Den nuvarande indexregleringen kring klientavgifter inom social- och hälsovården kan karakteriseras som utspridd reglering. Det finns bestämmelser om ärendet såväl i klientavgiftslagen som i klientavgiftsförordningen. I klientavgiftslagen finns det bestämmelser om den indexreglering som ska tillämpas separat i paragrafen för respektive avgift och de egentliga klientavgifterna i lagen är bundna till folkpensionsindexet. Bestämmelserna om beloppet för personligt bruk (7 c § i lagen) och inkomstgränserna (10 e §) i lagen i anknytning till vissa inkomstbundna avgifter för långvarig service är dock bundna till arbetspensionsindex. Det belopp av avgiftstaket, som har som mål att göra avgiftsbelastningen för en klient skälig, och avgiften för uppehälle för kortvarig institutionsvård och institutionservice, vilken kan tas ut om avgiftstaket uppnåtts, är bägge två bundna till folkpensionsindexet på samma sätt som klientavgifterna. I klientavgiftsförordningen finns det å sin sida en paragraf med bestämmelser om indexbundenheten för de avgifter som fastställts i förordningen. Dessa avgifter är bundna till folkpensionsindexet.

Folkpensionsindexet följer levnadskostnadsindexet. Levnadskostnadsindexet räknas av Statistikcentralen, som fastställer indexet utifrån priserna på centrala produkter och tjänster. Arbetspensionsindexet påverkas å sin sida av förändringen i prisnivån (80 procent) och förändringen i löntagarnas förvärvsnivå (20 procent). Således har förändringarna i prisnivån en central betydelse i bägge dessa index, även om de bildas på ett något avvikande sätt. I enlighet med dess namn har arbetspensionsindexet för närvarande, utöver bestämmelserna om beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna, en inverkan på arbetspensionerna, det vill säga att de arbetspensioner som ska betalas ut bildas dels utifrån förändringar i förvärvsnivån, dels utifrån

förändringar i kostnadsnivån. Folkpensionsindexet påverkar å sin sida många förmåner som betalas av Folkpensionsanstalten, såsom folkpensionerna, utkomststödets grunddel, grunddagpenningen i utkomstskyddet för arbetslösa, arbetsmarknadsstödet (framöver även det allmänna stödet), stödet för barnvård och handikappförmånerna.

Även om två olika index används i lagstiftningen om klientavgifter, är det gemensamma för indexjusteringen utifrån dessa index att justeringarna görs med två års mellanrum på det sätt som föreskrivits i lagen och förordningen. Således förändras klientavgifterna, beloppet för personligt bruk, inkomstgränserna och avgiftstaket inte alls vart annat år, även om den kostnads- och förvärvsnivå som påverkar indexen förändras. När indexen bestäms används det indexpoängtal som fastställts för det föregående året då det indexjusterade beloppet träder i kraft. Således baserar sig en indexjustering alltid på en faktisk indexförändring. Vid indexjusteringar i euro enligt klientavgiftslagstiftningen utifrån arbetspensionsindexet och folkpensionsindexet är skillnaden med stöd av den gällande lagstiftningen dock av att förändringar enligt arbetspensionsindexet avrundas till närmaste fulla euro, medan förändringar av folkpensionsindexet avrundas till närmaste 0,1 euro.

I fråga om praxis i anknytning till indexjusteringarna kan det konstateras att genomförandet av indexjusteringar regleras noggrant i lagen, och att det inte finns någon separat publicerad rättspraxis om detta. Social- och hälsovårdsministeriet publicerar indexjusterade belopp i Finlands författningssamling under november varje justeringsår. Under justeringstiden uppdateras inte de indexjusterade beloppen i klientavgiftslagen. De belopp som föreskrivits i klientavgiftsförordningen uppdateras däremot alltid genom en förordningsändring så att de svarar mot beloppen enligt de senaste indexjusteringarna. Huruvida välfärdsområdena inför avgiftsbelopp som indexjusterats till fullt belopp kan beslutas av dem själva, med undantag för ändringar som sker till en klients fördel till följd av indexjusteringarna, vilka är direkt förpliktande för välfärdsområdena. Sådana utgörs av höjningar av beloppen för personligt bruk och inkomstgränserna och sänkningar av maximibeloppen av de så kallade jämnstora klientavgifterna då man innan indexjusteringarna i området tagit ut högre klientavgifter än vad det längre är möjligt att ta ut efter indexjusteringarna. Genomförandet av indexjusteringar förutsätter administrativt arbete av välfärdsområdena bland annat i form av beslutsfattande, uppdatering av prislister, systemändringar och kommunikation. Som en följd av indexjusteringarna ska välfärdsområdena fatta nya individuella klientavgiftsbeslut för de långvariga inkomstrelaterade klientavgifter som påverkas av regleringen kring beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna.

Den avgift som tas ut för oanvänd service

Det har tidigare funnits reglering om avgiften för oanvänd service (nedan även oanvänd och icke avbokad service) i såväl klientavgiftslagen som klientavgiftsförordningen, men i samband med den senaste större reformen av klientavgiftslagen överfördes regleringen i sin helhet till klientavgiftslagen. För närvarande möjliggör lagen i omfattande grad att en avgift tas ut för tjänster som inte använts och inte avbokats för mottagningstider inom hälso- och sjukvården samt kortvariga vård- och boendeserviceplatser inom social- och hälsovården, om de lagstadgade förutsättningarna är uppfyllda. Med stöd av den nuvarande lagstiftningen kan avgiften vara högst 73,70 euro. Den lagstadgade maximiavgiften höjdes genom en lagändring (RP 117/2025 rd) i början av år 2026. Storleken av den avgift som tas ut av en person för oanvänd service med stöd av lagstiftningen begränsas av bestämmelsen i 2 § i klientavgiftslagen, enligt vilken en avgift får tas ut högst till beloppet av kostnaderna för att producera servicen.

Betydelsen av den ordalydelse som gäller sådana mottagningstider inom hälsovården som nämns i 3 § i klientavgiftslagen, vilken gäller den avgift som tas ut för oanvänd service, har förklarats mer ingående i regeringens proposition 129/2020 rd. Enligt specialmotiveringen i propositionen gäller regleringen för mottagningstider som bokats för alla hälso- och sjukvårdstjänster, det vill säga alla självständiga mottagningar för hälso- och sjukvårdstjänster samt undersöknings- eller vårdbesök i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Enligt specialmotiveringen utgörs dessa av till exempel besök i samband med en undersökning eller vård på sjukhus och på en läkares, sjukskötares, fysioterapeuts, ergoterapeuts eller motsvarande yrkesutbildad persons mottagning inom hälso- och sjukvården. I specialmotiveringen konstateras dessutom att ordalydelsen i paragrafen även tillåter att avgift tas ut också för en oanvänd och icke avbeställd mottagning på distans. I specialmotiveringen påpekas även att rätten att ta ut den avgift som avses i paragrafen inte är beroende av om det får tas ut en avgift för själva tjänsten eller inte. Således är det även för sådana tjänster inom hälso- och sjukvården vilka med stöd av 5 § i klientavgiftslagen är avgiftsfria för närvarande möjligt att ta ut en avgift, då tjänsten inte används och inte avbokas och då övriga lagstadgade förutsättningar för att ta ut en avgift uppfylls.

De övriga tjänster som avgiften för oanvänd service omfattar för närvarande utgörs av ställen för kortvarig vård och boendeservice inom social- och hälsovården. Dessa termer har preciserats i specialmotiveringen i ovan nämnda regeringsproposition med en hänvisning till att regleringen gäller kortvarig vård eller service vid enheter för institutions- och familjevård samt boendeservice. Vad som avses med kortvarig vård och service har inte separat förklarats i detta sammanhang. Således utgörs utgångspunkten av den regel som framgår av 7 b § i klientavgiftslagen, enligt vilken långvarig vård och service är sådan vård och service som de facto varat eller de facto bedöms vara i minst tre månader. Kortare vård- eller serviceperioder än så kan med andra ord tolkas som kortvarigare perioder.

Med tanke på om en avgift kan debiteras för oanvänd service, är det i princip inte av betydelse om klient själv eller hans eller hennes företrädare bokat en besökstid eller en plats vid en vård- eller serviceenhet vilken inte avbokats. Enligt specialmotiveringen till den gällande bestämmelsen (se RP 129/2020 rd) avses med företrädare klientens lagliga företrädare och den som med klientens bemyndigande handlar för klientens räkning, samt klientens anhöriga eller andra närstående i en situation där klienten till följd av nedsatt förmåga till självbestämmande på grund av sjukdom, hög ålder, skada eller någon annan motsvarande orsak inte klarar av att sköta sina klientavgiftsärenden. När en klient eller en företrädare för honom eller henne bokar tid eller en plats, ska han eller hon underrättas om att det är möjligt att en avgift tas ut för en tjänst som inte avbokats, och han eller hon ska ges anvisningar för att avboka en tid eller en plats. Det är möjligt att ta ut en avgift för oanvänd service även då ett välfärdsområde på en klients eller dennes företrädares initiativ har bokat en mottagningstid eller en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats för klienten. I så fall förutsätter debiteringen av en avgift dessutom att ett skriftligt meddelande om att denna avgift kan tas ut ges till klienten eller hans eller hennes företrädare, att skriftliga anvisningarna lämnas om avbokningen av en tid eller en plats och att klienten eller dennes företrädare ges en påminnelse om den bokade tiden eller platsen.

Utöver de förutsättningar som kommit fram ovan och som avviker en aning från varandra beroende på tidsbokningssättet finns det även två andra (gemensamma) förutsättningar som är oberoende av tidsbokningssättet. Den första av dessa är att klienten inte har kommit i tid eller till platsen utan godtagbar orsak. Om en klient har en godtagbar orsak till sin frånvaro, kan avgiften inte debiteras. Enligt specialmotiveringen i ovan nämnda regeringsproposition är godtagbara orsaker åtminstone sådana akuta skäl som hänför sig till omständigheterna och som klienten inte har haft möjlighet att påverka och som klienten eller dennes företrädare inte har känt till när tiden har bokades. Enligt regeringens proposition är en godtagbar orsak exempelvis

akut insjuknande eller olycksfall, en försämring av en långvarig sjukdom eller skada samt att ett hjälpmedel som används av en person med funktionsnedsättning har gått sönder. Det är också en godtagbar orsak om en person med funktionsnedsättning inte kommer till mottagningen på grund av att hans eller hennes assistent eller den transport som han eller hon beställt är försenad eller inte anländer alls. I regeringens proposition framlyfts även att en godtagbar orsak dessutom kan vara en akut kris som drabbat klienten eller hans eller hennes familj, såsom förlust av en närstående och den handlingsförmåga som den orsakat.

En annan förutsättning som är oberoende av boknings sättet för en tid eller plats för att ut en avgift är att debiteringen av en avgift inte får vara oskälig. I specialmotiveringen i ovan nämnda regeringsproposition framhävs för det första att en sådan situation kan vara en situation där en klient inte fått information om en tid som hans eller hennes företrädare bokat för honom eller henne. För det andra bedöms oskäligheten alltid från fall till fall, och vid bedömningen kan till exempel hänsyn tas till klientens unga ålder, långvariga svåra livssituationer, en utvecklingsstörning, minnessjukdom, neuropsykiatriska störningar eller psykiska problem. Det skulle alltid vara oskäligt att ta ut en avgift om klienten på grund av sina omständigheter inte hade haft möjlighet att agera på något annat sätt i praktiken. Om klienten objektivt sett inte skäligen kan förutsättas komma ihåg eller kunna avbeställa den tjänst eller den plats som han eller hon har reserverat, skulle det vara oskäligt att ta ut den avgift som avses i paragrafen.

Inga avgöranden av någon domstol eller justitiekanslern är offentligt tillgängliga om de avgifter som debiteras för oanvänd service. Inte heller riksdagens justitieombudsman har i sina offentliga avgöranden behandlat avgiften efter senaste mer omfattande regleringsändring.

Antalet tjänster som inte använts och som inte avbokats och de avgifter som debiterats varierar enligt välfärdsområde. Utifrån de uppgifter som fåtts från välfärdsområdena i början av år 2025 har man bildat en uppfattning om att i snitt omkring 2 procent av alla besök inte används eller avbokas på riks nivå, men det förekommer regionala skillnader i detta. Mellan välfärdsområdena och inom varje välfärdsområde finns det dessutom servicespecifika skillnader i fråga om besök som inte använts eller inte avbokats. Enligt de uppgifter som välfärdsområdena gett och de uppskattningar som gjorts utifrån dessa har de totala beloppen av de avgifter som områdena fakturerat för oanvänd service under den senaste tiden varierat kraftigt mellan omkring 50 000 och något över 1 miljon euro. Antalen påverkas naturligtvis av antalet invånare i välfärdsområdet och volymen på tjänsterna. Enligt de uppgifter som fåtts från områdena påverkas bildandet av den slutliga inkomsten bland annat av fakturor som annullerats i efterskott på grund av godtagbara skäl som rättfärdigar ett uteblivet besök eller en oskälig situation samt av kreditförluster. Välfärdsområdena har även olika praxis för tidsboknings-, påminnelse- och avbokningsförfaranden, registreringen av besök och informationshanteringen.

2.2 Bedömning av nuläget

2.2.1 Regleringen kring den prehospitla akutsjukvården och transport av inskrivna patienter

Regleringen kring prehospitla akutsjukvård i hälso- och sjukvårdslagen är redan för närvarande fungerande. Så som framkommit ovan, är det dock behövt att till övriga delar ändra hälso- och sjukvårdslagen som en följd av den nu planerade reformen. Transporter som ingår i prehospitla akutsjukvård och överflyttning av inskrivna patienter hör till välfärdsområdenas organiseringsansvar, men däremot inte de andra icke brådskande ambulanstransporter av oinskrivna patienter vilka Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter. Bestämmelser om organiseringsansvaret för dessa ska utfärdas i hälso- och sjukvårdslagen. I samma sammanhang är det behövt att tydliggöra den gällande regleringen kring överflyttningar av inskrivna patienter vilka hör till välfärdsområdets organiseringsansvar. Den nuvarande regleringen kring

överflyttningar i hälso- och sjukvårdslagen är relativt svårtydd och den motsvarar inte verksamhetsmiljön till den del som den innehåller hänvisningar till en hälsovårdscentral vid HUS-sammanslutningen, eftersom HUS-sammanslutningen i egenskap av anordnare av specialiserad sjukvård inte har hälsovårdscentraler. Dessutom ordnar välfärdsområdena redan för närvarande sådana transporter för inskrivna patienter, vars avsikt är till exempel att inom ramen för en vårdperiod testa om en patient klarar sig hemma. Organiseringsansvaret för dessa transporter har dock inte hittills föreskrivits separat i lagstiftningen.

2.2.2 Finansieringsansvaret för och ordnandet av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som ersätts som sjuktransporter

Under de senaste årtiondena har det bedömts att det försäkrad- och färdspecifika ersättningssystemet för sjukförsäkringen i omfattande grad förhindrar utvecklandet av den prehospitala akutsjukvården. Man har länge försökt reformera finansieringsmodellen för den prehospitala akutsjukvården och flera utredningar har gjorts om denna fråga.⁵ Man har kommit fram till lösningsförslag som går i samma riktning i olika arbetsgrupper och utredningar.

Under de senaste årtiondena har den prehospitala akutsjukvården ändrats från sjuktransporter till en allt tätare del av jourtjänsterna inom hälso- och sjukvården, där fokus inte ligger på att transportera patienten till en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, utan på att bedöma patientens vårdbehov, inleda och tillhandahålla vård och efter behov transportera patienten till den egentliga vården eller hänvisa patienten till tjänster inom den övriga social- och hälsovården. Ersättningssystemet och ersättningspraxis för sjukförsäkringen härstammar från en tid då betoningen i verksamheten inom prehospital akutsjukvård, i stället för vård på platsen, i högre grad än för närvarande låg på transport av en patient till en jourenhet, vilken även genomfördes av små privata aktörer. I det nuvarande systemet för ersättning av sjuktransporter betalas ersättning för en resa och inte för prehospital akutsjukvård som tillhandahållits före eller under transporten. Så som framgår av beskrivningen av nuläget ovan betonas transportens betydelse i systemet med ersättningar för sjuktransporter. Detta har bedömts styra och uppmuntra till transport av en patient utan att beakta bedömningen av patientens tillstånd och vården av honom eller henne. Det har bedömts att ersättningssystemet lett till att det varit möjligt att en patient transporterats i onödan till en vårdinstitution eller att en patient transporterats till närmaste vårdplats i stället för den ändamålsenligaste vårdplatsen, vilket förutsätter fortsatta transporter.

Den nuvarande finansieringsmodellen främjar inte bästa genomslag för den prehospitala akutsjukvården, och servicesystemets resurser kan inte användas på det ändamålsenligaste sättet. En ändring av finansieringen för den prehospitala akutsjukvården på så sätt att betoningen ligger på tjänstehelheten, innehållet och beredskapen i stället för transporten, främjar en målinriktad och ändamålsenlig utveckling av den prehospitala akutsjukvården och minskar de oändamålsenliga transporterna i anknytning till prehospital akutsjukvård.

⁵ [Slutrapport av den parlamentariska arbetsgruppen för avveckling av flerkanalfinansieringen; Inverkan av styrning på den prehospitala akutsjukvårdens tjänstens funktion. Revisionsberättelse om resultatet. Revisionsberättelser av Statens revisionsverk 9/2019; Nationell utredning om verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården.Slutrapport.Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:67; Promemoria av utvecklingsarbetsgruppen för finansiering av prehospital akutsjukvård.Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:13.](#)

Utifrån det ovan beskrivna finns det skäl att förnya finansieringssystemet för den prehospitla akutsjukvården på så sätt att man övergår från ett försäkrad- och färdspecifikt ersättningssystem till finansiering av den övergripande servicen. Detta är möjligt att genomföra genom att överföra finansieringsansvaret för prehospitla akutsjukvård som helhet till de aktörer som ansvarar för att ordna hälso- och sjukvården, det vill säga till välfärdsområdena, och genom att även landskapet Åland har tillgång till sådan finansiering som förutsätts för att fortsätta verksamheten. Det är befogat att överföra ansvaret för att ordna och finansiera andra transporter än transporter som ingår i prehospitla akutsjukvård vilka görs med ambulans och vilka Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter till samma aktör som framöver har det övergripande ansvaret för att ordna och finansiera den prehospitla akutsjukvården i syfte att säkerställa en ändamålsenlig användning av resurserna och undvika överlappande administrativa system i de olika typerna av ambulanstransporter. Ändringen främjar utvecklingen av den prehospitla akutsjukvården som en del av jourssystemet för hälso- och sjukvården, stärker principen om att föra tjänsterna till patienten och säkerställer en ändamålsenlig resursanvändning.

Annanstans i Finland än på Åland är det möjligt att genomföra klienternas nuvarande självrisk i form av en klientavgift, varvid den ackumulerar avgifterna i klientavgiftstaket inom hälso- och sjukvården. Om man så önskar är det även i landskapet Åland möjligt att utfärda bestämmelser om en klientavgift, som täcker det finansieringsunderskott som föranleds av att debiteringen av de självriskandelar som hör till Folkpensionsanstaltens ersättningssystem avvecklas. I fråga om Åland har landskapet dock behörighet att utfärda bestämmelser om en eventuell klientavgift, och det är inte möjligt att förutsätta detta av landskapet som en del av den riksomfattande reformen.

Under beredningen av propositionen har det bildats en uppfattning om att landskapet Åland har bra färdigheter att även framöver ordna och administrera de transporter som övergår till välfärdsområdenas ansvar annanstans i Finland än på Åland. En förutsättning för att ordna transporterna är dock att Åland framöver får ett penningbelopp för att ordna transporterna vilket motsvarar det belopp som Åland hittills fått via de ersättningar som Folkpensionsanstalten betalar. Med tanke på jämlikheten är det centralt att finansieringen tryggas på ett sätt som i så hög grad som möjligt liknar finansieringen till välfärdsområdena. Finansieringen ingår för närvarande inte i avräkningsgrunden för Åland och därför ska bestämmelser om överföringen till landskapet utfärdas separat genom lag.

2.2.3 Klientavgifter inom social- och hälsovården

Avgifter i anknytning till den prehospitla akutsjukvården och överflyttning av en inskriven patient

På grund av förändringarna i den prehospitla akutsjukvårdens karaktär är det framöver inte längre motiverat att bibehålla en reglering med stöd av vilken en avgift kan tas ut endast för transport som ingår i prehospitla akutsjukvård. Den prehospitla akutsjukvården handlar inte endast om transport, utan omfattar även en bedömning av patientens vårdbehov, inledande och tillhandahållande av vård eller hänvisning till andra social- och hälsovårdstjänster.

I verkligheten har betydelsen för ovan beskrivna reglering som gäller för närvarande sannolikt redan minskats av att 10 § i klientavgiftsförordningen innehåller bestämmelser som motsvarar Folkpensionsanstaltens nuvarande ersättningspraxis om att den avgift som kan tas ut för transport med ett sjuktransportfordon kan tas ut även då patientens status på grund av den prehospitla akutsjukvården som tillhandahållits förbättrats i sådan mån att det inte funnits

något behov av transport till en vårdplats. Den nuvarande regleringen har inte möjliggjort att klientavgifter tas ut eller att ersättningar enligt sjukförsäkringslagen betalas i praktiken till exempel i de situationer där en enhet inom den prehospitala akutsjukvården åker till en patient och endast gör en bedömning av vårdbehovet. Vid beredningen av propositionen har det bedömts att det framöver är ändamålsenligt att inkludera dessa situationer i regleringen kring avgifter. I verkligheten är bedömning av vårdbehovet verksamhet som motsvarar hälso- och sjukvård och som bedrivs på jourerna, med den skillnaden att patienten får tjänster utanför en hälso- och sjukvårdsenhet. Därför är det ändamålsenligt att framöver för tjänsten ta ut en avgift som motsvarar avgiften för ett besök på hälsovårdscentralen.

Så som konstaterats ovan i beskrivningen av nuläget har den nuvarande regleringen kring avgiftsfriheten för inskrivna patienter partiellt lämnat utrymme för tolkning. Därför finns det skäl att förtydliga regleringen och som en följd av den föreslagna reformen delvis ändra den jämfört med den nuvarande regleringen.

Klientavgifternas indexbundenhet

De indexjusteringar av beloppen vilka föreskrivits i klientavgiftslagen och klientavgiftsförordningen inkluderades i lagstiftningen år 2008. Vid den tidpunkten infördes indexjusteringarna i lagstiftningen så att avgifterna, avgiftstaket, inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk enligt föreskrifterna i klientavgiftslagen och klientavgiftsförordningen bättre följer den allmänna utvecklingen för kostnaderna och i synnerhet för inkomsterna och betalningsförmågan för förmånsmottagarna.

Justering av beloppen av klientavgifterna enligt folkpensionsindexet vartannat år har inneburit att välfärdsområdenas klientavgifter inte följt med utvecklingen för den verkliga kostnadsnivån i tillräcklig mån. Som en följd av indexjusteringarna har beloppen av klientavgifterna för närvarande i typfallet ändrats relativt måttligt, vilket i sig varit befogat med tanke på klientens intresse, och man har inte ansett att indexjusteringarna orsakar någon oskälig ökning av avgiftsbördan för dessa klienter. Även bundenheten till arbetspensionsindexet för inkomstgränserna och minimibeloppet för personligt bruk i fråga om avgifter som hänför sig till långvarig service har förändrat beloppen relativt måttligt. Indexjusteringarna orsakar i viss mån administrativt arbete för olika aktörer, men den nuvarande justeringen som görs vartannat år har minskat dessa konsekvenser.

Med beaktande av trygghandet av hållbarheten i den offentliga ekonomin och välfärdsområdenas utmaningar med finansieringens tillräcklighet, är det befogat att ändra indexregleringen i en riktning som innebär att i synnerhet klientavgifterna bättre än för närvarande hålls på en nivå som motsvarar kostnadsutvecklingen i anknytning till serviceproduktionen. Reformen bör dock genomföras på så sätt att den inte orsakar oskälig belastning för klienterna, med beaktande av deras tillgängliga inkomster och utvecklingen för dessa.

Den avgift som tas ut för oanvänd service

I 3 § i den gällande klientavgiftslagen avgränsas för vilka social- och hälsovårdstjänster det är möjligt att ta ut en avgift då tjänsten inte anlitas och inte avbokas. Regleringens innehåll har förklarats till denna del ovan i avsnitt 2.1.6.

Oanvända eller icke avbokade tjänster orsakar resursslöseri och extra kostnader för välfärdsområdena och avgiften för oanvänd och icke avbokad service kan bidra till att kompensera detta. Oanvända och icke avbokade tjänster förlänger också kötiderna för

patienterna och klienterna, i synnerhet då det inte är möjligt att direkt använda tiderna för andra ändamål.

Syftet med regleringen kring den avgift som tas ut för oanvänd och icke avbokad service är att täcka de kostnader som orsakas av icke avbokade besök i välfärdsområdena. Om kostnaderna för att producera tjänster i någon tjänst understiger den högsta avgiften för service som inte använts eller avbokats enligt den gällande lagen, får välfärdsområdena ta ut en avgift för oanvänd service högst upp till beloppet av kostnaderna för att producera tjänsten. Detta är befogat även framöver trots att detta i många tjänster innebär att de kostnader som uppkommer för välfärdsområdena kan kompenseras endast delvis med intäkterna av avgifterna för oanvänd service.

Så som framgått ovan, innehåller den nuvarande regleringen kring avgiften för oanvänd service flera förutsättningar för att debitera avgiften. Detta reducerar de facto användningsområdet för avgiften. Regleringen förutsätter att välfärdsområdena uppfyller förutsättningarna för att ta ut en avgift som hänför sig till deras verksamhet och i viss mån även administrativt arbete. Den nuvarande regleringen har dock ansetts vara ändamålsenlig för att skydda klientens ställning. Det är känt att det bland de klienter som använder offentliga social- och hälsovårdstjänster finns ett stort antal personer som kan ha utmaningar med livskompetenserna eller funktionsförmågan samt till följd av detta utmaningar för att uträta ärenden och sköta ekonomin.

Enligt de uppgifter som fås från välfärdsområdena orsakar även de så kallade familjerättsliga tjänsterna och övervakat och stöttat umgänge mellan ett barn och en förälder oanvända tider och kostnader för välfärdsområden, vars belopp varierar mellan områdena. I de flesta fallen kan välfärdsområdena inte använda oanvända tider på nytt. Den nuvarande regleringen möjliggör dock inte att en avgift tas ut för oanvända och icke avbokade ordnade familjerättsliga tjänster eller för stöd och stött och övervakat umgänge mellan ett barn och en förälder, varvid onödiga kostnader som inte ersätts uppkommer av dessa oanvända besök för välfärdsområdena. Det är befogat att ändra regleringen på så sätt att välfärdsområdena framöver utifrån samma förutsättningar som för närvarande har möjlighet att ta ut en avgift även för oanvända och icke avbokade familjerättsliga tjänster och övervakat och stött umgänge mellan ett barn och en förälder.

3 Målsättning

Målet med denna proposition är att genomföra skrivningen i regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering, enligt vilken finansieringsansvaret för transporter i anknytning till prehospital akutsjukvård som helhet överförs till välfärdsområdena i enlighet med förslaget av den parlamentariska arbetsgruppen för flerkanalsfinansiering samt även de beslut som anknyter till genomförandet av reformen vilka fattades vid ramförhandlingarna. Målet med propositionen är att förenkla systemet för flerkanalsfinansiering av hälso- och sjukvården och att vid sidan om transporter som ingår i prehospital akutsjukvård sörja för att andra typer av ambulanstransporter ordnas på ändamålsenligt sätt och att säkerställa att de är tillgängliga på ett jämlikt sätt såväl annanstans i Finland än på Åland som i landskapet Åland.

Därtill har propositionen som mål att främja välfärdsområdenas ekonomiska förutsättningar att trygga social- och hälsovårdstjänsterna för var och en och bidra till att stärka statsfinanserna. Genom propositionen genomförs för egen del planen för de offentliga finanserna 2025–2028 och målet enligt ramförhandlingarna på våren 2024 om att välfärdsområdenas inkomster av klientavgifter på längre sikt ska motsvara kostnadsutvecklingen i områdena bättre än för närvarande. Med propositionen eftersträvas även social- och hälsovårdspolitiska mål för att

främja tillgången på service. Det centrala är fortfarande att trygga att avgiftsregleringen även framöver hålls på skälig nivå för klienterna inom hälso- och sjukvården och att klientens ställning säkerställs på tillräckligt sätt genom regleringen.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås att finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och organiserings- och finansieringsansvaret för ambulanstransporter som Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter som en sjuktransport i sin helhet överförs till välfärdsområdena. De ersättningar för sjuktransporter som betalats utifrån sjukförsäkringslagen, det vill säga ersättningar för transporter i anknötning till prehospital akutsjukvård och icke brådskande transporter av oinskrivna patienter med ambulans, slopas från och med ingången av år 2028. Den finansiering som motsvarar ersättningsutgiften överförs till välfärdsområdena, Helsingfors stad, landskapet Åland, FinnHEMS Oy och Gränsbevakningsväsendet. För att genomföra en lösning som är kostnadsneutral för staten höjs finansieringsandelen på 48,6 procent för de försäkrade för kostnaderna för sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring till 50,4 procent och på motsvarande sätt sänks statens finansieringsandel från 51,4 procent till 49,6 procent.

Enligt förslaget fastställs ovan beskrivna procentuella andelar för finansieringen av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring utifrån behovet av att överföra statsmedel till olika aktörer för att trygga genomförandet av reformen. Inga ändringar föreslås för ersättningar för överflyttningar av oinskrivna patienter med taxi, vilka betalas utifrån sjukförsäkringslagen.

Som en följd av att ersättningarna för sjuktransporter slopas föreslås en ändring i hälso- och sjukvårdslagen på så sätt att lagen innehåller bestämmelser om skyldigheten för ett välfärdsområde och HUS-sammanslutningen att sköta patienttransporter av oinskrivna patienter vilka görs med ambulans och vilka inte ingår i prehospital akutsjukvård. Dessutom förtydligas regleringen i hälso- och sjukvårdslagen om överflyttning av inskrivna patienter från en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård till en annan. På Åland har landskapets hälso- och sjukvårdsmyndighet ÅHS de facto redan ansvarat för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och de transportuppdrag som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som överförs till välfärdsområdena som en följd av reformen. Det föreslås att staten tryggar genomförandet av jämlika hälso- och sjukvårdstjänster i landskapet i förhållande till annatstans i Finland än på Åland, genom att sörja för att den finansiering som förutsatts för att ordna dessa tjänster tryggas för Åland i samband med reformen. För att trygga finansieringen föreslås det att en lag som gäller tills vidare utfärdas om den särskilda statliga finansiering som ska betalas till Åland.

I propositionen föreslås det även att klientavgiftslagen ändras så att lagen framöver innehåller bestämmelser om en klientavgift för prehospital akutsjukvård och klientavgifter för patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård i stället för självriskan enligt sjukförsäkringslagen. Beloppet av klientavgiften är samma för prehospital akutsjukvård och de ambulanstransporter av patienter vilka inte ingår i prehospital akutsjukvård och högre än den nuvarande självriskandelen. Bägge avgifter ackumulerar även framöver avgiftstaket för klientavgifter i stället för årssjälvriskan enligt den nuvarande sjukförsäkringslagen, det vill säga resetaket. Genom förslagen i propositionen utvidgas även tillämpningsområdet för den avgift som tas ut för prehospital akutsjukvård i vissa situationer jämfört med nuvarande reseersättningspraxis. Framöver kan avgiften tas ut även för sådana besök av en enhet inom prehospital akutsjukvård, vilka inte innehåller vård eller inte leder till transport till fortsatt vård.

Förutsättningen för att ta ut avgiften är att åtminstone en bedömning av vårdbehovet gjorts för patienten. I propositionen föreslås dessutom en ändring av den nuvarande regleringen kring klientavgifter i fråga om bestämmelserna om avgiftsfriheten för transporter av en inskriven patient. Med ändringen förtydligas nuläget och genomförs avgiftsfriheten ännu bättre för transporter i samband med vård eller rehabilitering av en inskriven patient av en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Framöver regleras avgiften för transport som görs med ambulans i anknötning till utskrivning enhetligt för alla patienter som en del av de avgifter som tas ut för patienttransporter som görs med ambulans och som inte ingår i prehospitat akutsjukvård.

I fråga om transporter som ingår i prehospitat akutsjukvård genomförs skrivningen i regeringsprogrammet genom reformen. Även i fråga om andra ambulanstransporter är det ändamålsenligt att genomföra reformen, eftersom om dessa transporter även framöver fortsättningsvis ersätts med stöd av sjukförsäkringslagen, motsvarar ändringen inte målen om förenkling av flerkanalsfinansieringen för hälso- och sjukvården i tillräcklig grad och Folkpensionsanstalten har i så fall fortfarande på ett oändamålsenligt sätt uppgifter i anknötning till verkställandet av ersättningar för sjuktransporter. Överlag genomför den föreslagna reformen bättre än för närvarande målet om att förenkla flerkanalsfinansieringen för hälso- och sjukvården, då ansvaret för att ordna och finansiera dess tjänster framöver i sin helhet innehas av välfärdsområdena, som ansvarar för att ordna hälso- och sjukvården.

I propositionen föreslås att en helt ny lag utfärdas, med vilken den fortsatta finansieringen stöds på Åland i fråga om de transporter som ingår i prehospitat akutsjukvård och de andra ambulanstransporter vilka framöver omfattas av välfärdsområdenas finansierings- och ordnandeansvar annanstans i Finland än på Åland, då ersättningsregleringen om transporter slopas i sjukförsäkringslagen. Den nya lagen innehåller bestämmelser om beloppet av den särskilda finansiering som årligen överförs till Åland från och med den tidpunkt då lagen träder i kraft, men också om en justeringsmekanism enligt vilken finansieringen justeras årligen. Det är behövligt att utfärda separata bestämmelser om finansieringen, eftersom det handlar om finansiering av sådana uppgifter som för närvarande inte ingår i avräkningsgrunden. Separat lagstiftning är en metod för att trygga att tillräcklig finansiering för att ordna uppgifterna anvisas till Åland på ett så likadant sätt som möjligt som i fråga om välfärdsområdena och på så sätt trygga en jämlik ställning i synnerhet för invånarna på Åland jämfört med invånarna annanstans i Finland än på Åland.

Reformens ikraftträdandetidpunkt avviker från ikraftträdandetidpunkten enligt den ursprungliga riktlinjen vid ramförhandlingarna, men detta är nödvändigt med beaktande av omfattningen av de frågor som utreddes separat vid beredningen, den tid som förutsätts för verkställigheten i synnerhet vid välfärdsområdena och till sist det allmännas skyldighet att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Den tidigare tidpunkten för reformens ikraftträdande skulle leda till att välfärdsområdena inte har faktiska möjligheter att sköta de uppgifter som enligt föreskrifterna hör till deras organiseringsansvar.

I propositionen föreslås att klientavgifterna på det sätt som bestämts i ramförhandlingarna binds till välfärdsområdesindex och indexjusteringen görs varje år. Detta skapar bättre ekonomiska förutsättningar för välfärdsområdena att klara av att sköta uppgifterna inom social- och hälsovården. För att skydda klienternas ställning föreslås dessutom att även beloppet för personligt bruk och de inkomstgränser som hänför sig till vissa klientavgifter som fastställs enligt betalningsförmågan binds till välfärdsområdesindexet. Däremot föreslås inga ändringar i indexbundenheten för beloppet av avgiftstaket och den avgift för uppehälle som tas ut efter att avgiftstaket för kortvarig institutionsvård och service uppnåtts, det vill säga att dessa förblir

bundna till folkpensionsindexet och justeras endast med två års mellanrum även framöver. På så sätt skyddas ställningen i synnerhet för klienter som i hög grad anlitar service.

I propositionen föreslås även att tillämpningsområdet för den avgift som tas ut för oanvända och icke avbokade social- och hälsovårdstjänster utvidgas. Målet är att på så sätt bidra till att täcka de kostnader som orsakas för välfärdsområdena av obefogade uteblivna besök. Den ändring som gäller det utvidgade tillämpningsområdet skapar en möjlighet för välfärdsområdena att få extra inkomster.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

De huvudsakliga konsekvenserna av propositionen konkretiseras i synnerhet ur klienternas och de samhälleliga konsekvensernas synvinkel via de ändringar som äger rum i klientavgifterna och ersättningsregleringen i sjukförsäkringslagen. Propositionen har även nedan beskrivna konsekvenser för myndigheternas verksamhet i synnerhet då transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter av oinskrivna patienter vilka ersätts av Folkpensionsanstalten övergår till välfärdsområdenas finansierings- och organiseringsansvar.

Bedömningen av konsekvenserna av de ändringar som föreslås i klientavgiftslagen är i många avseenden utmanande av flera olika skäl. Även om överföringen av organiseringsansvaret från kommunerna till välfärdsområdena avsevärt har harmoniserat områdenas avgiftsgrunder, finns det dock fortfarande även skillnader i dessa, såsom även i avgiftspraxis. Statistiken över användningen av tjänster innehåller inga uppgifter om de avgifter som tagits ut för tjänsterna, utan de måste grovt uppskattas med hjälp av uppgifter om användningen av tjänsterna. Dessutom motsvarar klassificeringarna och definitionerna i det statistiska materialet inte heller alltid definitionerna i lagstiftningen, och i statistikmaterialet kan det helt saknas uppgifter som inverkar på fastställandet av klientavgiften. Det sistnämnda gäller särskilt för inkomstrelaterade avgifter.

Trots det ovan konstaterade har man i propositionen strävat efter att på ett så tillförlitligt och noggrant sätt som möjligt bedöma de konsekvenser som är förknippade med reformens innehåll. I propositionen har man även konstaterat de eventuella osäkerheter som är förknippade med uppskattningarna. De beräkningar som använts till grund för konsekvensbedömningen i propositionen har dels gjorts med SOTE-SISU-utvidgningen av SISU-mikrosimuleringsmodellen (läs mer om modellen och utvidgningen till exempel i Tervola et al. 2020⁶), dels utifrån de svar som fåtts på de begäranden om information som sänts till välfärdsområdena. I SOTE-SISU-modellen har klientavgifterna och beloppet av de självrisker som tas ut för transporter inom prehospitalet akutsjukvård uppskattats utifrån registreringarna om användning av tjänster i vårdanmälningsregistret vid Institutet för hälsa och välfärd, eftersom ingen registerinformation på individuell nivå om klientavgifter som betalats i Finland är tillgänglig i Finland.

Beräkningarna har gjorts med en förmodan om att välfärdsområdena tar ut de maximiavgifter som föreskrivits för tjänsterna i lagstiftningen om klientavgifter. De bestämmelser om klientavgifter som trädde i kraft från början av år 2025 i finansieringslagen förutsätter att ändringar som görs i regleringen kring klientavgifter i princip ska beaktas till fullt belopp i finansieringen till välfärdsområdena då ändringens konsekvens kan uppskattas och beaktas i

⁶ Tervola J, Aaltonen K, Heino P, Kajantie M, Heini K, Ollonqvist J (2020). Kotitalouksien terveystienojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. INVEST Working Papers 1/2020.

förväg. Kravet gäller inte i denna form för indexjusteringar, men det gäller för de avgifter som ligger till grund för dem och ändringar som gjorts eller görs i dessa. På grund av ändringen av finansieringslagen har till exempel de klientavgiftshöjningar som gjorts från och med ingången av år 2025 på grund av ändringen av finansieringslagen beaktats till fullt belopp som en faktor som minskar välfärdsområdenas finansiering. Det finns dessutom skäl att observera att beräkningarna med mikrosimuleringen är så att säga statiska, det vill säga att den inte beaktar hur förändringar i avgifterna påverkar användningen av tjänster. I fråga om landskapet Åland gäller konsekvensbedömningarna endast de ekonomiska konsekvenserna i avsnitt 4.2.1.

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

4.2.1.1 Allmänt om de ekonomiska konsekvenserna

I detta avsnitt beskrivs konsekvenserna av de föreslagna ändringarna ändring för ändring. Det material som använts vid bedömningen av konsekvenserna beskrivs i tabell 2.

Tabell 2. Det viktigaste materialen som använts i bedömningarna

Förändring	De viktigaste använda materialen
Avvecklingen av ersättningar för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som ersätts som sjuktransport	Folkpensionsanstaltens sjukförsäkringsregister, SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning
Utfärdande av bestämmelser om klientavgiften för prehospital akutsjukvård och klientavgifter för transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård samt om den nya avgiften för prehospital akutsjukvård	SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning, begäran om information till välfärdsområdena
Bindning av klientavgifterna till välfärdsområdesindex	SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning
Utvidgning av tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service	Begäran om information till välfärdsområdena

I de beräkningar som gjorts med mikrosimuleringarna har man uppskattat klientavgifterna utifrån den besöksinformation som gäller tjänsterna och som registrerats i vårdanmälningsregistret (nedan (HILMO) vid Institutet för hälsa och Välfärd. Med hjälp av mikrosimulering kan man i bedömningen beakta till exempel effekten av att avgiftstaket enligt klientavgiftsregleringen uppnås. De uppskattningar som gjorts genom mikrosimulering och som fanns i det utkast till proposition som var på remiss baserade sig på relativt gammalt material från år 2017 om användningen av service. Efter detta har nytt material om användningen av tjänsterna år 2022 fåtts för modellen och de uppskattningar som tagits fram genom mikrosimuleringarna i propositionen har uppdaterats med detta nya material. Det nya materialet är förknippat med brister i fråga om primärvårdens HILMO-uppgifter. I synnerhet i huvudstadsregionen har det förekommit brister i besöksuppgifterna hos vissa

serviceproducenter år 2022⁷. På grund av detta har de besöksuppgifter som fattas imputerats i det HILMO-material för år 2022 vilket använts i SOTE-SISU-modellen. Imputationen har genomförts genom att plocka besöksuppgifter från materialet för år 2017 till materialet för år 2022 i den proportion som det är känt att det finns brister som gäller huvudstadsregionen i materialet för år 2022. De besöksuppgifter som plockats från materialet för år 2017 har utifrån statistiska slutsatser hänförs till personer som bor i huvudstadsregionen. Imputationen kan orsaka en liten inexacthet i synnerhet vid simulering av allokeringen av avgifterna i befolkningen.

Efter remissförfarandet har de beräkningar som tagits fram genom mikrosimuleringar som gäller avveckling av ersättningarna för ambulanstransporter som ingår i prehospitat akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts som sjuktransport, utöver materialuppdateringen, uppdaterats för att överensstämma med Folkpensionsanstaltens registeruppgifter om ersatta resor. Alla färder som Folkpensionsanstalten ersatt ingår inte i det färdmaterial som används i SOTE-SISU-utvidgningen av SISU-modellen, varför de uppskattningar som modellen tagit fram har skalats för att överensstämma med Folkpensionsanstaltens uppgifter om ersatta färder. Dessutom har vissa preciseringar gjorts i de beräkningar som gjorts med SOTE-SISU-modellen.

I simuleringarna har man använt de lagstadgade maximibeloppen för avgifterna. Avgiftstaket har beaktats kalkylmässigt i beräkningen. Klienten ansvarar för att följa om avgiftstaket uppnåts och det är sannolikt att en del av klienterna inte upptäcker att avgiftstaket uppnåts och kan betala avgifter även efter att avgiftstaket uppnåts. I denna utsträckning kan beräkningen underskatta konsekvenserna för avgiftsackumuleringen. Uppgifterna om reseersättningar i SOTE-SISU-modellen baserar sig på Folkpensionsanstaltens registeruppgifter över reseersättningar som betalats av Folkpensionsanstalten. De beräkningar som gjorts med SISU-modellen är statiska, det vill säga att man i dessa inte beaktat eventuella ändringar i beteendet på grund av ändringarna av avgifterna. Utifrån de senaste undersökningarna vet man att nivån på klientavgifterna kan inverka på användningen av tjänster, framför allt inom primärvården. Simuleringen ger inte heller möjlighet att göra någon bedömning av de ekonomiska konsekvenserna för den avgift som tas ut av ett barns eller ung persons inkomster av barnskyddet, de avgifter som tas ut under ledighet i fråga om stöd för närståendevård (och inte heller under ledigheten för en person som sköter en anhörig) och inte heller för de avgifter som tas ut för stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet, eftersom dessa är socialvårdstjänster och inga uppgifter om dessa sparas i registret över vårdanmälningar. Simuleringen möjliggör inte heller att beräkningar görs om avgiften för oanvänd service eller om avgifter som tas ut för intyg och utlåtanen.

De uppskattningar som gäller det utvidgade tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service baserar sig på de uppgifter som samlats in genom de begäranden om information som social- och hälsovårdsministeriet skickat till välfärdsområdena under beredningen. Begärandena om uppgifter omfattade bland annat frågor om oanvända och icke avbokade besök, avgifter, kostnaderna för att producera service samt om bokningspraxis.

⁷ Närmare information: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit/avohilmorekisterin-havaitut-tietopuutteet>

Avvecklingen av ersättningar för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts som sjuktransport

De reseersättningar som Folkpensionsanstalten betalar för prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransport med ambulans uppgick år 2024 till omkring 109,7 miljoner euro, varav omkring 2,0 miljoner euro gällde uppgifter som utförts med helikopter, omkring 0,2 miljoner euro uppgifter som utförts med Gränsbevakningsväsendets båtar och 107,6 miljoner euro andra uppgifter. Av dessa uppgifter som utförs med ett annat forskaffningsmedel än helikopter och Gränsbevakningsväsendets båtar betalades omkring 280 000 euro för transporter för personer som bor i landskapet Åland och omkring 150 000 euro för transporter för personer som bor utomlands.

Folkpensionsanstalten har bedömt att ersättningarna ökar till 121 miljoner euro fram till år 2028. Valfärdsområdenas och Helsingfors stads uppgifter har ändrats utifrån den regeringsproposition som gällde jourerna inom hälso- och sjukvården och kirurgisk verksamhet (RP 149/2024 rd), vilken enligt uppskattning skulle öka Folkpensionsanstaltens ersättningsutgifter med omkring 7,6 miljoner euro år 2026. När dessa utgifter läggs till i ersättningarna år 2024 i den kalkylerade nivån för år 2024, innebär den prognostiserade ersättningsnivån för år 2028 en uppgång på omkring fyra procent från år 2024, det vill säga en årlig tillväxt på omkring en procent. Denna prognos om en relativt måttlig utveckling är förknippad med en observation om att antalet ambulanstransporter inom prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter med ambulans har utvecklats måttligt och till och med minskat. Samma fenomen gäller för transporter inom prehospital akutsjukvård med skärgårdsbåtar. Å andra sidan har ersättningsbeloppen för prehospital akutsjukvård som tillhandahålls med helikopter dock ökat. Med tanke på denna skillnad har den genomsnittliga tillväxttakten för åren 2020–2024, det vill säga omkring 5,2 procent, tillämpats på uppskattningen av ersättningarna för prehospital akutsjukvård som tillhandahållits med helikopter. För övriga aktuella fordon har den återstående tillväxten graderats, varvid tillväxttakten är omkring 0,8 procent. Uppskattat på detta sätt uppgår ersättningarna i anknytning till prehospital akutsjukvård med ambulans och icke brådskande sjuktransport enligt den gällande regleringen för valfärdsområdena och Helsingfors stad till uppskattningsvis omkring 118,1 miljoner euro och omkring 118,4 miljoner euro⁸ i hela riket år 2028. För att kompensera avvecklingen av ersättningar överförs finansiering till valfärdsområdena, Helsingfors stad och landskapet Åland.

Med nuvarande reglering skulle ersättningarna för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransport vilka gjorts med helikopter och skärgårdsbåtar uppgå till omkring 2,6 miljoner euro år 2028, varav ersättningarna till landskapet Åland står för omkring 0,5 miljoner euro, ersättningarna till FinnHEMS Oy för 1,7 miljoner euro och ersättningarna till Gränsbevakningsväsendet för 0,4 miljoner euro. Avvecklingen av transporter som görs med helikopter kompenseras till fullt belopp med 0,5 miljoner euro till landskapet Åland. I fråga om annanstans i Finland än på Åland övergår de ersättningar som avvecklas till denna del till liksom även ersättningar för färder som gjorts med skärgårdsbåt för invånarna i landskapet Åland till FinnHEMS Oy och Gränsbevakningsväsendet i stället för finansiering till valfärdsområdena. Enligt uppskattning fördelas utgifterna enligt den nuvarande regleringen i

⁸ Det föreslås dock att 112,5 miljoner euro överförs till valfärdsområdena och Helsingfors stad som en följd av reformen, eftersom det uppskattas att områdena får extra inkomster på omkring 5,6 miljoner euro, vilket beror på de i propositionen tillägnade lösningarna för regleringen kring klientavgifter beträffande transporter.

2026 års nivå till 1,7 miljoner euro till FinnHEMS Oy och till 0,4 miljoner euro till Gränsbevakningsväsendet.

Ändringen påverkar de hälso- och sjukvårdsavgifter som klienterna betalar på två sätt. För det första skulle avvecklingen av ersättningarna för transporter som görs med ambulans och som ingår i prehospitalet akutsjukvård samt som för närvarande ersätts som sjuktransporter minska självriskerna för de färder som klienterna betalar med omkring 11,9 miljoner euro. Självrisker som anknyter till sjuktransport enligt sjukförsäkringslagen har betalats något mer än detta (utifrån mikrosimuleringen omkring 12,8 miljoner euro), men i beräkningen har man även beaktat inverkan av resetakets för de försäkrades självrisker. När de självrisker som anknyter till sjuktransport i anknytning till prehospitalet akutsjukvård inte längre räknas med i resetakets, ökar självriskerna för de reseersättningar som ska betalas ur sjukvårdsförsäkringen med omkring 0,9 miljoner euro. För det andra ökar utfärdandet av bestämmelser om klientavgifterna för prehospitalet akutsjukvård och klientavgifterna för transport som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård och som gjorts med ambulans klientavgifterna med uppskattningsvis omkring 14,4 miljoner euro. Detta skulle vara omkring 1,6 miljoner euro mer än de självriskandelarna som klienterna för närvarande betalar för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra transporter som görs med ambulans och som ersätts som sjuktransport. I uppskattningen har det förmodats att klientavgiften uppgår till 43,70 euro år 2028. Uppskattningarna av avgiftsinkomsterna har angetts i 2028 års nivå.

Den avgift för en ambulanstransport som ingår i prehospitalet akutsjukvård eller en annan ambulanstransport vilken betalas av en klient stiger i och med den föreslagna lagstiftningen från 25 euro (den nuvarande självrisk) till uppskattningsvis 43,70 euro år 2028. Bedömt som helhet kan ändringen antingen öka eller sänka klientens hälso- och sjukvårdsavgifter. För de personer för vilka avgiftstaket enligt lagstiftningen om klientavgifter har uppnåtts redan innan ändringen, minskar ändringen de hälso- och sjukvårdsavgifter som betalas av personen, då de avgifter för ambulanstransporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och de andra ambulanstransporter som ersätts som sjuktransporter vilka klienten betalar övergår från det separata avgiftstaket till resetakets. En avsevärd del av dem som använder den prehospitalet akutsjukvården uppnår för närvarande det kalenderårsvisa avgiftstaket för klientavgifter inom hälso- och sjukvården, eftersom de personer som använder den prehospitalet akutsjukvården ofta använder andra hälso- och sjukvårdstjänster i hög grad. Ändringen ökar de hälso- och sjukvårdsavgifter som betalas av personer som inte uppnår avgiftstaket för klientavgifter inom hälso- och sjukvården under året. Som helhet ökar överföringen av finansieringsansvaret för transporter från staten till välfärdsområdena kostnaderna för de hälso- och sjukvårdsavgifter som klienterna betalat utifrån den nuvarande regleringen med omkring 2,5 miljoner euro. I denna uppskattning har man även beaktat ökningen med 0,9 miljoner euro i de transporter som stannar kvar inom klienternas resetak och som utgörs av andra transporter än de som ingår i prehospitalet akutsjukvård eller transporter som görs med ambulans och som ersätts av Folkpensionsanstalten (såsom FPA-taxifärder).

Sammanlagt minskar utgifterna i sjukvårdsförsäkringen med omkring 121,9 miljoner euro, varav omkring 121 miljoner euro orsakas av den direkta nedgången i ersättningsutgifterna och omkring 0,9 miljoner euro av att beloppet av självriskandelarna för övriga reseersättningar ökar. Beloppet av självriskandelarna för andra reseersättningar som ska betalas ur sjukvårdsförsäkringen ökar, eftersom självriskandelarna i anknytning till prehospitalet akutsjukvård och icke brådskande sjuktransport avlägsnas från avgiftstaket, men resetakets förblir i övrigt oförändrat.

Utöver det som konstaterats ovan är det enligt propositionen möjligt att i princip ta ut en avgift för prehospitalet akutsjukvård även då en enhet för prehospitalet akutsjukvård gjort en bedömning

av vårdbehovet. Propositionen utvidgar med andra ord rätten att ta ut en avgift jämfört med nuläget. Utifrån den begäran om information som social- och hälsovårdsministeriet framförde till välfärdsområdena i mars 2025 är det möjligt att få inkomster av klientavgifter för reseersättningar för prehospitalet akutsjukvård utifrån förekomsten för koden X-5⁹ till ett belopp som är omkring 5,4 miljoner euro högre med den uppskattade nivån på klientavgiften på 43,70 euro år 2028. När avgiftstakets inverkan och de administrativa kostnaderna och kreditförlusterna för debiteringen av kostnaderna beaktas, kan ändringen bedömas förbättra välfärdsområdenas ekonomiska ställning med omkring 4 miljoner euro.

Bindning av klientavgifterna till välfärdsområdesindex

Det finns bestämmelser om indexjusteringar av klientavgifter inom social- och hälsovården i såväl lagen som förordningen om klientavgifter. Klientavgiftsförordningen innehåller bestämmelser om de jämnstora avgifterna inom social- och hälsovården, inklusive maximibeloppen av den avgift som tas ut utifrån ett barns eller en ung persons inkomster i barnskyddet samt om indexjusteringarna av maximibeloppen. Klientavgiftslagen innehåller å sin sida bestämmelser om avgiftstaket, det uppehälle som ingår i kortvarig institutionsvård och -service, ledigheten för en närståendevårdare (och en person som sköter en anhörig eller närstående), stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet, den maximavgift som tas ut för oanvänd service och indexjusteringarna av grunderna för vissa inkomstrelaterade social- och hälsovårdsavgifter. I konsekvensbedömningarna beträffande ändringen av indexjusteringarna i propositionen har man beaktat de ändringar av indexjusteringarna vilka föreskrivits i klientavgiftslagen och klientavgiftsförordningen. Ingen information om tjänster under ledighet för närståendevårdare eller personer som vårdar en anhörig eller närstående, stöd för boende för barn som ordnas utanför hemmet eller oanvända tjänster är dock tillgänglig i det material som använts i mikrosimuleringen, varför ändringarna i avgifterna för dessa tjänster inte beaktats i de uppskattningar som gjorts med mikrosimuleringen. I de uppskattningar som gjorts genom mikrosimuleringen har man inte heller beaktat den ändring som gäller maximibeloppet av den avgift som ska tas ut från ett barns eller en ungs inkomster enligt 20 § 2 mom. i klientavgiftsförordningen eller indexjusteringen av maximibeloppet av avgiften för ett läkarintyg enligt 23 § i klientavgiftsförordningen. De uppskattningar som producerats med mikrosimuleringen genererar till denna del en underskattning av konsekvenserna av de ändringar som gäller indexjusteringarna.

Den avgiftshöjande konsekvensen av indexförändringen baserar sig i huvudsak på konsekvensen av ändringen av indexjusteringar enligt klientavgiftsförordningen, eftersom de högsta beloppen av de jämnstora klientavgifterna i huvudsak regleras i klientavgiftsförordningen. I fråga om vissa inkomstrelaterade avgifter för långvarig service vilka föreskrivs i klientavgiftslagen minskar ändringarna inflödet av avgifter i förhållande till den gällande lagstiftningen.

Med den reglering som gäller för närvarande görs inga indexjusteringar alls för år 2027, utan indexjusteringarna görs för år 2028 i enlighet med indexutvecklingen under två år. I och med propositionen justeras avgifterna årligen enligt välfärdsområdesindexet för första gången redan år 2026 (de indexjusterade beloppen träder i kraft från år 2027). Undantaget till detta utgörs av avgiftstaket och den så kallade avgiften för uppehälle som tas ut för kortvarig institutionsvård

⁹ Hälsostatus har definierats, inget behov av prehospitalet akutsjukvård eller vårdåtgärder

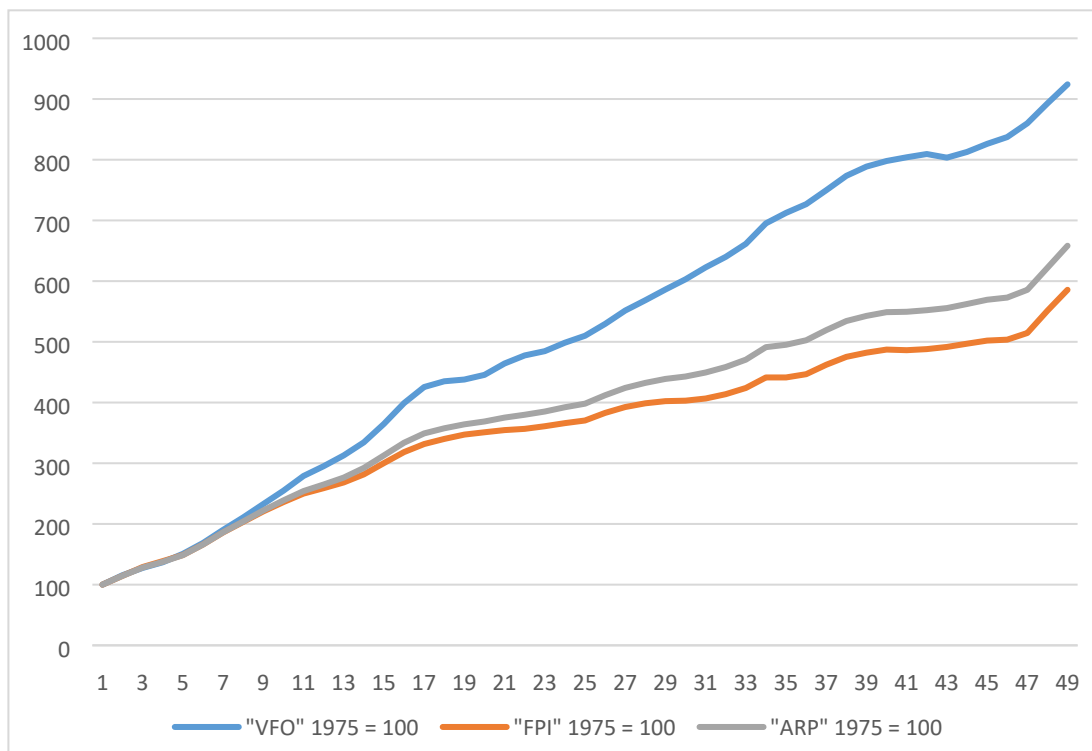
och service efter att avgiftstaket uppnåtts, vilken fortfarande revideras med två års mellanrum utifrån förändringen i folkpensionsindexet.

Så som framgått ovan, är viktningen av utvecklingen för förvärvsnivån större i välfärdsområdesindexet än i arbetspensionsindexet och folkpensionsindexet är helt bundet till den allmänna utvecklingen för prisnivån. Figur 1 nedan innehåller en beskrivning av den historiska utvecklingen för de tidsserier¹⁰ som följer välfärdsområdesindexet, arbetspensionsindexet och folkpensionsindexet. Den tidsserie som följer välfärdsområdesindexet mellan åren 1975 och 2023 har på ett år ökat med omkring 1,1 procentenheter snabbare än den tidsserie som följer folkpensionsindexet och 0,8 procentenheter snabbare än den tidsserie som följer arbetspensionsindexet.

I realla förhållanden för ekonomisk tillväxt, det vill säga i förhållanden där inflationen beaktas, stiger förvärvsnivån på lång sikt snabbare än prisnivån. Eftersom en förändring i förvärvsnivån påverkar välfärdsområdesindexet mer än en förändring i prisnivån, förutspås det att ändringen av det index som används i indexjusteringen på lång sikt höjer de jämnstora klientavgifterna inom social- och hälsovården snabbare än med stöd av den gällande lagstiftningen. Det förutspås även att de inkomstgränser som används som grund för avgifterna för kontinuerliga tjänster och regelbundna tjänster som ges i hemmet och det minsta beloppet för personligt bruk som hänför sig till viss långvarig service som en följd av ändringen stiger snabbare, vilket till denna del har en konsekvens som på lång sikt sänker klienternas avgifter. Som helhet bedöms ändringen öka klientavgifterna inom social- och hälsovården på lång sikt.

3Figur 1. Utvecklingen för välfärdsområdesindex, folkpensionsindex och arbetspensionsindex åren 1975–2023

¹⁰ Den tidsserie som följer välfärdsområdesindexet har byggts upp utifrån förtjänstnivåindexet, levnadskostnadsindexet och avgifterna för social trygghet inom den lokala förvaltningen. Den tidsserie som baserar sig på folkpensionsindexet baserar sig på årsförändringen av levnadskostnadsindexet i stället för förändringen av medelvärdet av månaderna i det tredje årskvartalet och de anpassningar som gjorts i folkpensionsindexet under vissa år har inte beaktats i den. Den tidsserie som följer arbetspensionsindexet baserar sig på årsförändringen i det tredje årskvartalet för levnadskostnadsindexet och förtjänstnivåindexet och i fråga om förvärvsnivån på informationen om utfallet i stället för ändringen utifrån förhandsinformationen.



I bedömningen av ändringens konsekvenser för åren 2027 och 2028 har man använt förmodandena om indexens utveckling i finansministeriets ekonomiprognos från april år 2025¹¹. Tabell 3 innehåller den förmodade indexuppgången som använts i beräkningen för åren 2027–2028.

Tabell 3. De förmodandena som använts i uppskattningarna av klientavgifternas indexförändringar åren 2027–2028.

¹¹ Finansministeriet (2025). Ekonomisk översikt, Våren 2025. Finansministeriets publikationer 13/2025.

Lagstiftningsalternativ	2027	2028
Gällande lagstiftning	Inga indexhöjningar	Förhöjningar enligt folkpensions- och arbetspensionsindexet för två år <ul style="list-style-type: none"> - Ändring av folkpensionsindexet åren 2025–2027 = +2,6 % - Ändring av arbetspensionsindex åren 2025–2027 = +3,3 %
Lagstiftning enligt förslaget	Höjning enligt välfärdsområdesindexet för år 2027 (årsförändringen 2027 = +2,6 %)	Höjningar enligt folkpensionsindex för två år (förändring åren 2025–2027 = +2,6 %) <p>Höjning enligt välfärdsområdesindexet för år 2028 (årsförändringen 2028 = +2,7 %)</p>

Den indexjustering som ska göras år 2027 uppskattas öka inflödet av klientavgifter till välfärdsområdena med omkring 11 miljoner euro år 2027. År 2028 bedöms avgiftsinkomsterna öka med omkring 13,1 miljoner euro jämfört med att indexjusteringarna görs enligt den nuvarande lagstiftningen. På lång sikt förutspås det att avgiftsinkomsterna ökar mer under udda år jämfört med jämna år, då indexjusteringar görs med stöd av den nuvarande lagstiftningen. Det har förutspåtts att uppgången i poängtalet i folkpensionsindexet förblir liten åren 2025–2027. På grund av detta ökar avgiftsinkomsterna enligt den nuvarande uppskattningen även år 2028 från året innan i en jämförelse med den gällande lagstiftningen.

Inverkan av ändringarna av indexjusteringarna på inkomsterna av klientavgifterna för välfärdsområdena ackumuleras i sakta mak. Denna ackumulerade långsiktiga konsekvens har illustrerats i tabell 4 nedan¹². I tabellen jämförs ändringens konsekvens i förhållande till

¹² Från och med år 2029 har den årliga förändringen i konsumentprisindexet förmodats vara 2 procent och den årliga förändringen i förtjänstnivåindexet vara 3,6 procent. Det har förmodats att den årliga ändringen för socialskyddsavgifterna för välfärdsområdesarbetsgivare motsvarar den årliga förändringen i förtjänstnivåindexet. Utifrån dessa har förmodanden härletts för folkpensionsindexet, arbetspensionsindexet och välfärdsområdesindexet. De förmodade indexjusteringarna årligen: välfärdsområdesindexet 2027; 2,6 % 2028; 2,7 % 2029; 2,7 % 2030; 2,7 % 2031; 2,7 % 2032; 2,7 % 2033; 2,7 % 2034; 2,7 % 2035; 2,7 % 2036; 2,7 % folkpensionsindexet 2027; 0,0 % 2028; 2,5 % 2029; 0,0 % 2030; 4,0 % 2031; 0,0 % 2032; 4,0 % 2033; 0,0 % 2034; 4,0 % 2035; 0,0 % 2036; 4,0 %

indexhöjningar enligt den gällande lagstiftningen. Konsekvensen ökar gradvis, eftersom indexjusteringar enligt den gällande lagstiftningen görs med två års mellanrum, men justeringar enligt välfärdsområdesindexet görs årligen. Ändringens kumulativa konsekvens för intäkterna av klientavgifterna har dock inte beaktats till fullt belopp i tabell 4. Beräkningen har bildats mekaniskt genom att räkna ihop den förutspådda konsekvensen för ett och två år för de kommande åren. I verkligheten multipliceras konsekvensen så småningom (den så kallade ränta på ränta-konsekvensen). Till denna del underskattar beräkningen de långsiktiga konsekvenserna för intäkterna av klientavgifterna. Beräkningen beaktar inte heller konsekvenserna för avgiftstaket till fullt belopp. Avgiftstaket hålls fortfarande bundet till folkpensionsindexet. På lång sikt förväntas välfärdsområdesindexet öka snabbare än folkpensionsindexet, varvid de jämnstora klientavgifterna inom hälso- och sjukvården ökar snabbare än avgiftstaket. Detta påverkar på så sätt att uppgången i inflödet av avgifter på grund av ändringen av indexjusteringarna minskar så småningom. Till denna del överskattar tabell 4 ändringens konsekvens för avgiftsintäkterna. Konsekvensen är dock liten. Som helhet är konsekvenserna av ändringarna av indexjusteringarna på lång sikt förknippade med osäkerhet på grund av såväl de omständigheter som gäller ovan beskrivna beräkningsförmodanden som osäkerheten i indexutvecklingen.

Tabell 4. Den förutspådda långsiktiga konsekvensen av indexförändringarna för inkomsterna av klientavgifter.

År	Konsekvensen av indexförändringarna för inkomsterna av klientavgifter (miljoner €)
2027	11
2028	13
2029	21
2030	17
2031	32
2032	28
2033	42
2034	38
2035	53
2036	49

På tio år ökar maximibeloppen av de jämnstora social- och hälsovårdsavgifterna med uppskattningsvis omkring 9 procent mer än vid indexjustering som görs utifrån folkpensionsindexet enligt den gällande lagstiftningen. Detta motsvarar grovt sett den reala uppgången även för de jämnstora klientavgifterna under en motsvarande tioårsperiod. De nominella jämnstora avgifter ökar med uppskattningsvis omkring 30 procent under 10 år. På

arbetspensionsindexet 2027; 0,0 % 2028; 3,4 % 2029; 0,0 % 2030; 4,5 % 2031; 0,0 % 2032; 4,5 % 2033; 0,0 % 2034; 4,5 % 2035; 0,0 % 2036; 4,5 %.

motsvarande sätt ökar de inkomstgränser som används som grund för avgifterna för kontinuerlig och regelbunden service som ges i hemmet och långvarig boendeservice samt det minsta beloppet för personligt bruk i långvarig service under 10 år med uppskattningsvis omkring 6 procent mer än med indexjusteringar som görs utifrån arbetspensionsindexet i enlighet med den gällande lagstiftningen. Uppskattningen är förknippad med avsevärd osäkerhet i anknytning till indexens utveckling på lång sikt. Syftet med uppskattningarna på lång sikt är att illustrera ändringens konsekvenser för avgifterna på lång sikt utifrån vissa förmodanden om indexens utveckling.

Utvidgning av tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service

Social- och hälsovårdsministeriet samlade in uppgifter från välfärdsområdena genom begäranden om information i januari 2025 och i mars 2025 för beredningen av propositionen. Begärandena om information innehöll frågor om besök som inte använts och inte avbokats och de avgifter som tagits ut utifrån dessa. I synnerhet begäran om information från januari innehöll uppgifter med anknytning till det utvidgade tillämpningsområdet för avgiften. I svaren förekom stor variation bland annat i fråga om antalet oanvända och icke avbokade besök och i bokningspraxis och anteckningarna om kundrelationer. Utifrån svaren kan det föreslagna utvidgade tillämpningsområdet för oanvända och icke avbokade tjänster öka välfärdsområdenas avgiftsinkomster med några hundra tusen euro, men det är inte möjligt att uppskatta detta med tillräcklig precision, för att det ska kunna beaktas på det sätt som avses i 9 § i finansieringslagen så att det minskar statsfinansieringen till välfärdsområdena.

I lagstiftningen förutsätts att den avgift som tas ut av en person för oanvänd och icke avbokad service inte får överskrida produktionskostnaderna för servicen. Utifrån svaren på begäranden om information ser det ut som om det antal tjänster där det kan vara fallet är lågt, även efter det nu föreslagna utvidgandet av tillämpningsområdet.

4.2.1.2 Konsekvenser för den offentliga ekonomin

Konsekvenser för statsfinanserna

Propositionen har konsekvenser för budgeten för år 2028 och avsikten är att presentera dessa i samband med behandlingen av budgetpropositionen för år 2028. I planen för de offentliga finanserna 2026–2029 har man berett sig på de kostnader som orsakas av överföringen av ansvaret för att finansiera transporter inom prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter. I den här överföringen av finansieringen beaktats från och med år 2027. Ändringen av tidsschemat för ikraftträdandet av överföringen av ansvaret för att finansiera och ordna transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i den vidare till år 2028 behandlas i samband med beredningen av planen för de offentliga finanserna för åren 2027–2030.

Konsekvenserna enligt moment har samlats nedan i tabell 5. Propositionen minskar budgetutgifterna med 6,1 miljoner euro från och med år 2028.

Tabell 5. Konsekvenser för statsbudgeten

Moment	Konsekvens 2028, budget, euro	Beskrivning
28.89.31. Finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet i välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen	+112 500 000	Ändringarna i regleringen kring välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och klientavgifter: avvecklingen av sjuktransporter och den nya klientavgiften för händelser inom prehospitalet akutsjukvård vilka inte omfattar transport
33.30.60. Statens andel av de utgifter som föranses av sjukförsäkringslagen	-121 500 000	Förändringen i statens utgifter i sjukförsäkringsfonden: avvecklingen av ersättningarna för sjuktransport, inklusive nedgången i ersättningsutgifterna samt uppgången i självriskandelarna för andra resor
33.60.40. Statsfinansiering av utgifterna för läkar- och sjukvårdshelikopter verksamheten	+1 700 000	Förändringen av finansieringsbehovet för FinnHEMS: avvecklingen av ersättningarna för resor som ingår i prehospitalet akutsjukvård
26.20.01. Gränsbevakningsväsendets driftskostnader	+400 000	Förändringen av finansieringsbehovet för Gränsbevakningsväsendet: avvecklingen av ersättningarna för resor som ingår i prehospitalet akutsjukvård
33.60.34 Statlig ersättning för vissa kostnader inom hälso- och sjukvården	+800 000	Förändringen i finansieringsbehovet för landskapet Ålands självstyrelse: avvecklingen av ersättningarna för sjuktransporter
Totalt	-6 100 000	

Konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi

Avvecklingen av ersättningarna i anknytning till den prehospitalet akutsjukvården och icke brådskande sjuktransporter minskar de ersättningar som fås från Folkpensionsanstalten för välfärdsområdena, Helsingfors stad eller de privata producenter av prehospitalet akutsjukvård

som bedriver verksamhet för deras räkning med uppskattningsvis 118,1 miljoner euro i 2028 års nivå. Avvecklingen av ersättningarna har tolkats vara en ändring som gäller en uppgift i enlighet med 9 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering, varför den finansiering till välfärdsområdena som staten betalar till denna del ökar med 118,1 miljoner euro från och med år 2028.

De val som ska göras i fråga om allokeringen av den finansiering som överförs från sjukförsäkringsfonden till välfärdsområdena är i fråga om konsekvenser viktiga på grund av omfattningen av den finansiering som överförs. Finansieringen kan riktas utifrån kriterierna enligt finansieringslagen för välfärdsområdena. I fråga om finansieringsöverföringen i och med avvecklingen av ersättningarna i anknytning till prehospitalet akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter har man å ena sidan identifierat ett behov av att beakta behovet av hälso- och sjukvårdstjänster och å andra sidan befolkningstätheten i välfärdsområdet, som i fråga om kriterierna enligt finansieringslagen beaktar befolkningstäthetskoefficienten. Tabell 6 nedan innehåller en sammanställning av hur överföringen av finansieringen på grund av avvecklingen av ersättningarna riktas, då viktningvärdet för det kriterium som beskriver behovet av hälso- och sjukvård är 85 procent och viktningvärdet för befolkningstäthetskoefficienten är 15 procent¹³. I regeringens proposition om jourer inom hälso- och sjukvården och kirurgisk verksamhet (RP 149/2024 rd) har uppskattningsarna av reseersättningar enligt välfärdsområde räknats in i ersättningarna för prehospitalet akutsjukvård i 2028 års nivå. Kajanalands välfärdsområde och Lapplands välfärdsområde, vilka har den största befolkningstäthetskoefficienten och med andra ord på samma gång den lägsta befolkningstätheten, får störst finansiering per invånare jämför med nuläget om överföringen riktas på detta sätt. De största förlorarna i allokeringen, Norra Österbottens välfärdsområde och Södra Savolax välfärdsområde, ingår i de välfärdsområden vars reseersättningar för prehospitalet akutsjukvård bedömdes öka i regeringens proposition om kirurgisk verksamhet och jourer inom hälso- och sjukvården. Den osäkerhet som beror på det kalkylerade tillägg som gjorts utifrån ovan nämnda regeringsproposition är med andra ord förknippad även med uppskattningsarna av dessa områdens ersättningsutgifter år 2028. Det finns skäl att observera att koefficienterna för hälso- och sjukvårdskriteriet och invånartäthetskriteriet kommer att uppdateras för finansieringen för år 2028. Det kriterium som gäller behovet av hälso- och sjukvård och som tillämpas från och med finansieringen för år 2027 uppdateras våren 2026.

Tabell 6. Hur överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra transporter som Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter som sjuktransporter hänförs sig till välfärdsområdena

¹³ Kombinationerna av viktningarna för kriterierna i anknytning till hälso- och sjukvård och invånartäthet granskades med följande nyckeltal (inom parentes finns den optimala viktningen av andelen för kriteriet i anknytning till behovet av hälso- och sjukvård): maximi för den absoluta invånarspecifika skillnaden (86), den största negativa invånarspecifika skillnaden (72), medelvärdet av de absoluta invånarspecifika skillnaderna (89), standardavvikelsen för de absoluta invånarspecifika skillnaderna (89), summan av den absoluta invånarspecifika skillnaderna (87), summan av kvadraterna av de invånarspecifika skillnaderna (87).

Område	Ersättningar för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård o.d. i 2028 års nivå, euro	Ersättning per invånare, euro	Finansieringsöverföring, euro	Finansieringsöverföring per invånare, euro	Skillnaden mellan finansieringsöverföringen och ersättningen, euro	Skillnad per invånare, euro
Södra Karelen	2 186 991,75	17,48	2 559 969,75	20,47	372 978,00	2,98
Södra Österbotten	5 137 577,67	27,05	4 529 821,83	23,85	-607 755,84	-3,20
Södra Savolax	4 739 116,15	36,63	3 420 036,58	26,43	-1 319 079,57	-10,20
Helsingfors	9 662 960,78	14,13	11 166 731,34	16,33	1 503 770,56	2,20
Östra Nyland	2 212 468,99	22,25	1 875 000,92	18,86	-337 468,08	-3,39
Kajanaland	2 110 137,44	30,30	2 602 354,27	37,37	492 216,84	7,07
Egentliga Tavastland	3 201 390,96	18,89	3 480 092,55	20,54	278 701,59	1,64
Mellersta Österbotten	1 594 030,33	23,54	1 602 106,70	23,66	8 076,36	0,12
Mellersta Finland	6 596 525,85	24,07	5 705 303,23	20,81	-891 222,62	-3,25
Mellersta Nyland	4 675 642,66	22,58	3 483 092,57	16,82	-1 192 550,09	-5,76
Kymmenedalen	4 248 433,39	26,98	3 442 476,97	21,87	-805 956,42	-5,12
Lappland	7 657 991,00	43,47	8 956 838,29	50,85	1 298 847,29	7,37
Västra Nyland	8 402 979,53	16,74	7 855 743,97	15,65	-547 235,57	-1,09
Birkaland	8 958 957,64	16,43	10 680 896,45	19,58	1 721 938,81	3,16
Österbotten	3 345 945,07	18,72	3 450 507,03	19,30	104 561,96	0,58
Norra Karelen	4 526 283,69	27,92	4 564 254,57	28,16	37 970,88	0,23
Norra Österbotten	12 896 463,46	30,83	9 460 550,88	22,61	-3 435 912,59	-8,21
Norra Savolax	6 528 015,39	26,24	5 878 920,90	23,63	-649 094,50	-2,61
Päijänne-Tavastland	3 337 750,12	16,31	4 243 409,03	20,74	905 658,91	4,43
Satakunta	4 319 010,40	20,44	4 397 617,11	20,82	78 606,71	0,37
Vanda och Kervo	4 672 006,92	16,13	4 843 253,56	16,72	171 246,65	0,59
Egentliga Finland	7 102 535,04	14,35	9 914 235,75	20,04	2 811 700,70	5,68
Totalt	118 113 214,27	21,07	118 113 214,27	21,07	0,00	0,00

Utifrån simuleringen leder avvecklingen av ersättningarna för sjuktransport i anknytning till prehospital akutsjukvård och för icke brådskande sjuktransport som görs med ambulans och debiteringen av klientavgifter som är högre än den nuvarande självriskandelen till att de klientavgifter som klienterna betalar enligt klientavgiften för prehospital akutsjukvård och klientavgiften för ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård enligt nuvarande praxis är omkring 1,6 miljoner euro högre i 2028 års nivå än de självrisker som klienterna betalat utifrån den nuvarande regleringen. Uppgång i den finansiering som fås av klienterna minskar från finansieringen till välfärdsområdena med stöd av 9 § i finansieringslagen. Det finns dock inte någon tillgänglig tillförlitlig information om hur uppgång i den finansiering som fås av klienterna fördelas enligt välfärdsområde, varför ingen närmare allokering görs för den med stöd av kriterierna i finansieringslagen. En del av remissinstanserna lyfte fram att till den del som den inkomst som fås från klientavgifterna för prehospital akutsjukvård beaktas i finansieringen till välfärdsområdena, ska man i beräkningarna beakta de administrativa kostnader och kreditförluster som orsakas av debiteringen av avgifterna som en omständighet som minskar välfärdsområdenas

avgiftsinkomster. Även i nuläget har välfärdsområdena eller de serviceproducenter som verkar för ett välfärdsområdes räkning dock tagit ut en självriskandel enligt sjukförsäkringslagen av klienten, vilket orsakat administrativa kostnader och kreditförlust. Med tanke på administrativa kostnader eller kreditförluster som orsakas av de avgifter som tas av en klient för prehospital akutsjukvård avviker propositionen med andra ord inte avsevärt från nuläget.

Den i propositionen föreslagna möjligheten att ta ut en klientavgift för prehospital akutsjukvård i sådana situationer där det tillsvidare inte varit möjligt, bedöms förbättra välfärdsområdenas ekonomiska ställning med omkring 4 miljoner euro och utifrån detta minskas finansieringen till välfärdsområdena med stöd av 9 § i finansieringslagen.

I och med propositionen är klientavgiften för prehospital akutsjukvård och klientavgifterna för ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård avgiftsinkomster uteslutande för välfärdsområdena, medan självriskerna för transporter för närvarande varit inkomster för serviceproducenten. Dessutom har reseersättningarna i huvudsak betalats direkt till tjänsteproducenten. Detta syns sannolikt framöver som en uppgång i det penningbelopp som de privata serviceproducenterna fakturerar av välfärdsområdena utifrån avtalen.

Överföringen av finansieringsansvaret för prehospital akutsjukvård och organiserings- och finansieringsansvaret för patients ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård leder även till konsekvenser för välfärdsområdena, vilka gäller i synnerhet beslutsfattandet, avtals- och konkurrenskonsekvenserna, ändringar av informationssystemen och informationshanteringen. Vid beredningen av propositionen har det inte ansetts vara möjligt att bilda någon uppskattning av dessa, vilken ska beaktas som en konsekvens i euro för välfärdsområdenas ekonomi.

Förslaget om att binda maximibeloppen av klientavgifterna till välfärdsområdesindex påverkar inte finansieringen till välfärdsområdena i förväg, eftersom det inte tolkats att det ingår i de ändringar som avses i 9 § i finansieringslagen. Ändringen påverkar dock välfärdsområdenas ekonomi, eftersom maximibeloppen av avgifterna framöver bättre än för närvarande följer med utvecklingen för kostnadsnivån. Dessutom granskas maximibeloppet av klientavgifterna årligen, varvid inflödet av avgifter ökar varje år i stället för vartannat år enligt det nuvarande justeringsintervallet. En uppskattning av konsekvensen av ändringen av förfarandena för indexjustering för inflödet av avgifter har sammanställts till tabell 4 ovan.

En ökad ackumulering av avgifter genom indexjusteringarna som en följd av den föreslagna ändringen stärker välfärdsområdenas ekonomi, vilket kan synas genom att finansieringen till välfärdsområdena minskar vid justeringen i efterhand enligt 10 § lagen om välfärdsområdenas finansiering. I svaren på den begäran om information som social- och hälsovårdsministeriet skickade i januari 2024 ansåg en del av välfärdsområdena att årliga indexjusteringar orsakar nya administrativa kostnader, som uppkommer till exempel utifrån det politiska beslutsfattandet och uppdateringen av prislister för avgifter, avgiftsbeslut som gäller vissa långvariga tjänster vars avgifter är inkomstrelaterade, systemändringar samt informationen. I snitt uppskattades dessa kostnader uppgå till omkring en miljon euro på riksnivå, vilket i enlighet med den årliga justeringscykel som propositionen för med sig genomförs vartannat år. En del av välfärdsområdena ansåg dock att nya kostnader inte uppstår. Områdena lyfte fram att till exempel avgiftsbeslut om till exempel de inkomstbundna avgifterna i varje fall bereds årligen. Inkomsterna av de inkomstrelaterade avgifterna är ofta förknippade med inkomster som årligen justeras enligt indexen, såsom pensioner. En eventuell uppgång i de administrativa kostnaderna är i varje fall väldigt måttlig i förhållande till den potentiella uppgången i avgiftsinflödet på grund av ändringen av indexjusteringsförfarandet för beloppen av klientavgifterna, varför administrativa kostnader inte beaktas i förväg i finansieringen till välfärdsområdena.

Genom den föreslagna regleringen blir det framöver möjligt att ta ut en avgift för oanvända och icke avbokade besök även för familjerättsliga tjänster och övervakat och stött umgänge mellan ett barn och en förälder. Utifrån svaren på begärandena om information är andelen för de oanvända och icke avbokade besöken i dessa tjänster något större än till exempel i hälso- och sjukvårdstjänsterna, även om det också i de familjerättsliga tjänsterna finns en stor spridning i fråga om hur besök förblir oanvända i olika områden och i olika tjänster. För en del områden förekommer oanvända besök egentligen inte alls i dessa tjänster och till exempel i fråga om besök som anknyter till adoptionsrådgivning är andelen för oanvänd och icke avbokad och oanvänd service väldigt liten. Införandet av avgiften och de jämförelsevis snäva förutsättningarna för att ta ut den kan minska de oanvända tjänsterna och de negativa kostnadskonsekvenser som orsakas av dessa, i synnerhet om välfärdsområdena vidareutvecklar sina funktioner och sina förfaranden i fråga om praxis för tidsbokning, påminnelser och avbokning i de egna elektroniska systemen. Det är även möjligt att uppskatta att bättre förhandsinformation än för närvarande om tidsboknings- och avbokningspraxis i viss mån kan leda till att tider vid behov flyttas eller avbokas oftare än för närvarande. I nuläget kan avgiftsinflödet för välfärdsområdena som en följd av att bestämmelser om avgiften utfärdas öka med endast uppskattningsvis några hundratusentals euro. På grund av den osäkerhet som är förknippad med ärendet och den jämförelsevis ringa ekonomiska betydelsen beaktas ändringen inte i förväg som en minskning av den statliga finansieringen till välfärdsområdena.

De omständigheter som påverkar den finansiering som staten betalat till välfärdsområdena har sammanställts till tabell 7 nedan. På grund av propositionen höjs nivån på finansieringen till välfärdsområdena med sammanlagt 112,5 miljoner euro från och med år 2028.

Tabell 7. De ändringar som påverkar den finansiering som staten betalar till välfärdsområdena

Förändring	Finansieringsförändring år 2028, euro	Allokeringen
Överföringen av kostnadsansvaret för resor som ingår i prehospital akutsjukvård o.d.	118 100 000	Behovsfaktorn inom hälso- och sjukvården och befolkningstäthetskoefficienten
Konsekvensen av överföringen av kostnadsansvaret för resor som ingår i prehospital akutsjukvård o.d. för avgiftsinkomsterna (inklusive avgiftshöjningen)	-1 600 000	För hela finansieringen
De nya klientavgifterna för prehospital akutsjukvård för händelser som inte omfattar transport eller där prehospital akutsjukvård inte ges	-4 000 000	För hela finansieringen
Totalt	112 500 000	

Ersättningsutgifterna för landskapet Åland uppgick i 2028 års nivå till uppskattningsvis 753 000 euro, inklusive helikopteruppgifter, men exklusive skärgårdsbåttransporter. Utifrån detta föreslås att den särskilda finansieringen för Åland år 2028, med vilken man täcker de ersättningar som avvecklas, uppgår till 0,8 miljoner euro. Utgångspunkten i propositionen är att man i bedömningen av beloppet av den särskilda finansieringen inte beaktar den finansieringsandel som hittills flutit in utifrån klienternas självrisker. År 2024 debiterades omkring 55 000 euro i självrisker av invånarna i landskapet Åland för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter som gjorts med ambulans. Landskapet kan fritt besluta om det framöver i syfte att täcka kostnaderna till exempel tar ut klientavgifter av personer som anlitar transporter enligt Folkpensionsanstaltens nuvarande självriskpraxis eller enligt den klientavgiftspraxis som föreslagits för andra delar av Finland än Åland.

Den justeringsmekanism som föreslås för den särskilda finansieringen motsvarar justeringen av välfärdsområdenas finansiering, men enligt nuvarande prognoser ökar den årligen det finansieringsbelopp som ska betalas med statens medel. Således krymper de kostnader som orsakas för staten av propositionen inte endast till det föreslagna beloppet för den särskilda finansieringen i propositionen. Så som det kan observeras av tabell 8 nedan har de ersättningsutgifter för Folkpensionsanstalten vilka berört de transporter som genomförts i landskapet Åland varit på uppgång under de senaste tio åren och enligt prognoserna stiger utgifterna även framöver. Ersättningsutgifterna har som lägst varit 444 000 euro och som högst 731 000 euro. De ersättningar som nämns i tabell 8 omfattar före år 2018 inte ersättningarna för skärgårdsbåttransporter, vilka uppgår till omkring 20 000–50 000 euro. Således har de totala kostnaderna på lång sikt de facto inte ökat lika mycket som siffrorna indikerar.

Tabell 8. Reseersättningar för prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransport på Åland

År	Mottagare	Antal resor	Ersättningar, euro
2024	1 392	2 167	670 661
2023	1 417	2 353	688 470
2022	1 322	2 138	646 915
2021	1 236	1 976	731 427
2020	1 256	1 920	672 917
2019	1 128	1 650	455 403
2018	1 313	1 979	485 517
2017	1 159	1 735	444 081
2016	1 150	1 714	463 397
2015	1 108	1 678	506 482

I tabell 9 nedan beskrivs den förutspådda utvecklingen för den särskilda finansieringen till Åland under åren 2028–2032 som en följd av det föreslagna justeringsförfarandet. Utgifterna för de transporter med skärgårdsbåtar som ingår i tabell 8 ovan har inte beaktats i den särskilda finansieringen. I beräkningen har utgångspunkten utgjorts av den nuvarande regleringen i lagen om välfärdsområdenas finansiering och den prognos över utvecklingen för välfärdsområdesindexet och den årliga ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården, vilken tagits fram utifrån den kalkyl över utgiftstrycket i välfärdsområdenas finansiering som getts ut av finansministeriet.

Tabell 9. Uppskattning av den särskilda finansiering som fås av Åland åren 2027–2032

År	Förändring i servicebehovet	Välfärdsområdesindexet, förändring	Höjning totalt	Särskild finansiering, euro
2028				800 000
2029	1,06 %	2,70 %	3,74 %	837 945,73
2030	1,04 %	2,70 %	3,55 %	874 701,92
2031	1,04 %	2,70 %	3,55 %	913 070,40
2032	1,04 %	2,70 %	3,55 %	953 121,90

Konsekvenser för sjukvårdsförsäkringens utgifter och finansiering

Avvecklingen av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter som görs med ambulans sänker reseersättningsutgifterna med uppskattningsvis 121,9 miljoner euro år 2028. Av detta belopp orsakas omkring 121 miljoner euro av den direkta nedgången i ersättningsutgifterna och omkring 0,9 miljoner euro av ökningen av beloppet av självriskerna för övriga reseersättningar.

Avvecklingen av ersättningsutgifterna för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter sänker de statsfinansierade utgifterna i sjukvårdsförsäkringen med 62,2 miljoner euro och de utgifter i sjukvårdsförsäkring vilka finansieras av de försäkrade med 58,8 miljoner euro. Nedgången i de utgifter som finansieras av de försäkrade sänker försäkrades sjukvårdspremie med 0,04 procentenheter. För att genomföra kostnadsneutraliteten i reformen höjs dock de försäkrades finansieringsandel på 48,6 procent av sjukvårdsförsäkringen till 50,4 procent, varvid sjukvårdspremien förblir oförändrad jämfört med tidigare år. På motsvarande sätt sänks statens finansieringsandel från 51,4 procent till 49,6 procent, vilket minskar statens finansieringsandel av utgifterna i sjukvårdsförsäkringen med uppskattningsvis 58,8 miljoner euro. Således minskar statens finansieringsandel för utgifterna i sjukvårdsförsäkringen med sammanlagt 121 miljoner euro och de försäkrades finansiering i euro förblir oförändrad.

Ökningen av självriskandelarna för reseersättningar för andra färder är färder som ingår i prehospital akutsjukvård med 0,9 miljoner euro sänker statens finansieringsandel med 0,5

miljoner euro och de försäkrades finansieringsandel med 0,4 miljoner för de reseersättningar som Folkpensionsanstalten betalar.

Avvecklingen av ersättningarna för sjuktransporter minskar arbetet med avgöranden hos Folkpensionsanstalten. Ändringen sänker det årliga personalbehovet och verksamhetsutgifterna med uppskattningsvis 0,7 miljoner euro. Konsekvenserna av övergångsperioden för Folkpensionsanstaltens verksamhetsutgifter bedöms vara små.

Konsekvenser för Gränsbevakningsväsendets ekonomi

Framöver får Gränsbevakningsväsendet inte ersättningar från Folkpensionsanstalten för resor som det gjort i anknytning till den prehospitla akutsjukvården. Om det som en följd av reformen utfärdas bestämmelser om att Gränsbevakningsväsendet inte kan fakturera kostnader av välfärdsområdena och inte heller av landskapet Åland, så som man tänkt i beredningen av propositionen, kompenseras Gränsbevakningsväsendet för detta genom ett tillägg av 0,4 miljoner euro i verksamhetsutgiftsmomentet för Gränsbevakningsväsendet i statsbudgeten.

4.2.1.3 Konsekvenser för företag och andra aktörer

Reformen har konsekvenser för privata företag med anledning av att ersättningarna för sjuktransporter enligt sjukförsäkringslagen avvecklas och att ansvaret för att ordna och finansiera helheten koncentreras till välfärdsområdena. Till övriga delar har man vid beredningen bedömt att reformen inte har några väsentliga konsekvenser för företagen.

Som en följd av reformen upphör ersättningarna till privata sjuktransportföretag vilka Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter med stöd av sjukförsäkringslagen utifrån transporter som ingår i prehospitla akutsjukvård och icke brådskande sjuktransporter med ambulans för oinskrivna patienter. För närvarande har företagen själva kunnat ansöka om ersättningar från Folkpensionsanstalten för sina resor och fakturera självriskandelen för resan av sin klient utifrån direktersättningsavtalen. Utifrån de uppgifter som fås från Folkpensionsanstalten har det funnits sammanlagt 30 privata serviceproducenter som producerat sjuktransporter och som gjort redovisningar till Folkpensionsanstalten år 2023 (som jämförelsetal kan det nämnas att de som omfattas av den offentliga produktionen uppgår till 55). Siffrorna i statistiken omfattar företag som producerat såväl transporter som ingår i prehospitla akutsjukvård som icke brådskande sjuktransporter. Utifrån den statistik som fås från Folkpensionsanstalten har andelen privata serviceproducenter som gjort redovisningar minskat år för år; till exempel år 2017 fanns det 55 privata serviceproducenter, medan antalet var 45 år 2020. Under de motsvarande åren uppgick redovisningar av de producenter som omfattas av den offentliga produktionen till 107 år 2017 och till 76 år 2020. Både offentliga och privata tjänsteproducenter av sjuktransporter kan ha såväl uppdrag inom prehospitla akutsjukvård som uppdrag som gäller icke brådskande sjuktransporter. Vid beredningen hade man inte tillgång till statistisk information om hur skötseln av uppdragen fördelat sig kvantitativt.

Reformen bedöms i sig inte direkt påverka efterfrågan på de ifrågavarande tjänsterna, men som en följd av reformen innehar välfärdsområdena ansvaret för att ordna och finansiera samtliga ovan nämnda tjänster, vilket leder till att den helhet som utgörs av ovan nämnda tjänster, valet av genomförandesätten och de lösningar som ska härledas ur dessa till alla delar omfattas av välfärdsområdenas bestämmanderätt. Vid beredningen har man identifierat och bedömt de sannolika eller potentiella konsekvenserna för företagen, men de konsekvenser som till slut realiserar för företagen och deras verksamhet beror till stor del på hur de olika transportservicehelheterna för närvarande genomförs i det enskilda välfärdsområdet och i

synnerhet på de olika områdenas lösningar för produktionen av tjänsterna. Således är det omöjligt att fullständigt tillförlitligt bedöma dessa konsekvenser som helhet och konsekvensernas omfattning kan på ovan konstaterade sätt i viss mån variera.

Målet med reformen är att hanteringen av tjänstehelheten förbättras, då tjänsterna omfattas av välfärdsområdets organiserings- och finansieringsansvar. Ändringen leder sannolikt i fråga om transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård även till att nya enhetliga principer tas fram av välfärdsområdena, med vilka välfärdsområdena säkerställer att ändamålsenliga och målenliga tjänster tillgodoses. Det är möjligt att välfärdsområdena gör en striktare tolkning än vad som är fallet för Folkpensionsanstaltens nuvarande ersättningspraxis i fråga om en patients behov av att använda ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård. Detta beror på att välfärdsområdena framöver har ansvaret för att finansiera dessa transporter, medan de andra reseersättningar som anknyter till den hälso- och sjukvård som ordnas av välfärdsområdena (med undantag för transporter av inskrivna patienter vilka även för närvarande omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar) fortsättningsvis finansieras genom statens och de försäkrades finansieringsandelar via sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring. Om detta blir fallet, kan användningen av ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård minska, såvida detta inte kompenseras till exempel med att sådana transporter behövs i tilltagande grad på en nivå som omspannar hela befolkningen i takt med att befolkningen blir äldre.

Reformen kan leda till bland annat avtalsändringar och konkurrensutsättningskonsekvenser för företagen, liksom även konsekvenser för informationshanteringen och informationssystemen (se närmare i avsnitt 4.2.2 om informationshantering och system med tanke på myndigheternas verksamhet), fakturerings- och avgiftspraxis samt grunderna för prissättningen. Dessa förändringar har sannolikt konsekvenser av olika art, omfattning och storlek för de olika företagen. Redan för närvarande har välfärdsområdena ansvaret för att ordna prehospitalet akutsjukvård och utifrån det kunskapsunderlag som användes vid beredningen är omkring 75 procent av transporter inom prehospitalet akutsjukvård offentliga och omkring 25 procent privat serviceproduktion. I fråga om prehospitalet akutsjukvård pågår därtill redan för närvarande ett arbete för att utveckla informationshanteringen och informationssystem i och med införandet av fältledningssystemet (nedan KEJO). För de företag som producerar tjänster inom prehospitalet akutsjukvård kan konsekvenserna således vara måttligare och mer enhetliga i det skede då reformen genomförs. Ändringen kan dock ha större konsekvenser för företag som producerar sådana ambulanstransporter som för närvarande inte omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Framöver ansvarar välfärdsområdena för finansieringen av tjänsterna och då de skaffar tjänster från privata företag för betalningen för tjänsteproduktionen till dem och de uppbär även klientavgifter för prehospitalet akutsjukvård och transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård. Ovan konstaterade ändringar kan, beroende på de nuvarande avtalen, förutsätta att företag som producerar tjänster inom den prehospitala akutsjukvården gör väsentliga avtalsändringar och som en följd av detta kan de leda till nya konkurrensutsättningar. Det finns inte ännu avtal om transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård med välfärdsområdena, varvid välfärdsområdena ska konkurrensutsätta upphandlingarna av tjänster, om de tröskelvärden som fastställts i lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016) överskrids.

Reformens eventuella konsekvenser för företagen beror, utöver de tjänster som de producerar, i väsentlig grad på hurdana val välfärdsområdena gör framöver i fråga om ordnandet av de tjänster som hör till helheten, genomförandesätten och praxis samt på hurdana konsekvenser som orsakas för företagen av konkurrensutsättningarna. När välfärdsområdena ansvarar för att ordna tjänsterna och kostnaderna för dessa, väljer välfärdsområdena även sätten att producera tjänsterna. I så fall kan välfärdsområdenas val påverkas av till exempel realiserade och

eventuella förändringar i verksamhetsmiljön och områdenas lösningar på basis av uppskattningar och utvecklingsplaner för tjänsterna och sätten att genomföra dessa i sitt område. Det kan även förmodas att områdena gör lösningar som gäller ordnandet genom att på ett omfattande sätt bedöma de olika produktionssätten och deras konsekvenser ur olika synvinklar.

Väldigt sannolikt kommer välfärdsområdena inte heller framöver att producera alla tjänster själva, utan de skaffar även framöver tjänster också från privata producenter, antingen som köpta tjänster eller genom att ordna tjänster med servicesedlar. I varje fall ändrar förslaget det nuvarande systemet och således garanterar det inte nödvändigtvis att verksamhet av nuvarande form fortsätter för alla företag. Så som är fallet i allmänhet i val och konkurrensutsättningar som gäller de tjänster som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar, är det således även möjligt att alla nuvarande tjänsteproducenter framöver inte nödvändigtvis kan fungera som tjänsteproducenter enligt nuläget som en följd av reformen. Företagens verksamhetsförutsättningar kan för egen del påverkas även av företagets varierande möjligheter att utveckla och anpassa sin verksamhet vid en förändring i verksamhetsmiljön.

På ovan konstaterade sätt ändras modellen för att genomföra icke brådskande ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård på ett centralt sätt som en följd av reformen. För närvarande väljer Folkpensionsanstalten inte tjänsteproducenter utifrån konkurrensutsättning, utan patienten väljer själv tjänsteproducenten, betalar en självriskandel till denne och Folkpensionsanstalten ersätter kostnaderna på transportbasis utifrån ersättningstaxan till de privata serviceproducenterna. Transporter har även beställts och förmedlats via företagets egna förmedlingscentraler/telefonnummer. Framöver är en sådan verksamhetsmodell inte längre möjlig i denna form. Då välfärdsområdena konkurrensutsätter transporterna är det möjligt att sådana företag som inte är framgångsrika i konkurrensutsättningarna helt avlägsnar sig från marknaden åtminstone inom ett visst område. Detta beror på att dessa företag, i motsats till exempelvis taxiföretagare, sannolikt inte har någon kundkrets som själv betalar för tjänsten, åtminstone inte någon stor sådan. Enligt den information som getts av Hyvintiala Hali ry finns det för närvarande ”minst över tio” företag som producerar icke brådskande sjuktransporter inom sektorn för privat prehospitalet akutsjukvård och som inte har avtal med välfärdsområdena. I beredningen har det inte uppkommit någon noggrann bild av hur mycket icke brådskande transportuppgifter det finns på årsnivå. Utifrån de synpunkter som lagts fram i ärendet har det vid beredningen uppstått en grov uppskattning om att dessa ligger på omkring 35 000–50 000 på årsnivå. Betoningen i de icke brådskande sjuktransporterna ligger på Nyland.

Det är svårt att göra någon tillförlitlig uppskattning av propositionens alternativa konsekvenser och sannolikheterna för dessa för olika aktörer. Social- och hälsovårdens verksamhetsmiljö och verksamhetsfältet för tjänsterna har överlag förändrats och förändras kontinuerligt. I de nya strukturerna utvecklar välfärdsområdena i omfattande grad servicesystemet, servicenätet och sina tjänster, vilket väsentligt påverkar även konsekvenserna av den nu föreslagna reformen.

I och med att ersättningarna avvecklas förlorar FinnHEMS Oy, som ansvarar för läkarhelikopterverksamheten tillsammans med välfärdsområdena, uppskattningsvis 1,7 miljoner euro av sin finansiering år 2028. Detta kompenseras till FinnHEMS Ab genom att lägga till ett motsvarande belopp i det moment som är avsett för finansiering av bolaget i statsbudgeten. Den föreslagna reformen kan i viss mån ha konsekvenser även för aktörerna inom försäkringsbranschen, då regleringen kring ersättningstaxan för sjuktransporter upphävs. Konsekvenserna kan synas till exempel i reglerna för och anvisningarna om ersättningspraxis och i ersättningsbeloppen.

4.2.1.4 Konsekvenser för de privata hushållens ställning

Propositionen har som helhet konsekvenser för de privata hushållens ställning och de privata hushållens finansieringsandel av kostnaderna för den offentliga social- och hälsovården. På det sätt som beskrivs nedan har propositionen konsekvenser som såväl ökar som sänker en klients avgiftsbelastning. Generellt kan det konstateras att den andel som de privata hushållen täcker av finansieringen av de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna ökar något med anledning av höjningarna av klientavgifterna på grund av den föreslagna regleringen, men konsekvenserna för de privata hushållens ställning varierar även enligt tjänsterna och användningen av dessa.

Överföringen av finansieringsansvaret för sjuktransporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och icke brådskande transporter som görs med ambulans bedöms inte ha direkta avsevärda konsekvenser för de privata hushållens ställning, eftersom nivån av sjukvårdspremien för de försäkrade förblir oförändrad och behovet av tilläggsfinansiering för välfärdsområdena, landskapet Åland, Gränsbevakningsväsendet och FinnHEMS Oy överförs från Folkpensionsanstaltens sjukförsäkringsfond.

De privata hushållens ställning påverkas dock av bestämmelserna om klientavgiften för prehospitalet akutsjukvård och klientavgiften för transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård. Den största konsekvensen följer av att de klientavgifter som kan tas ut är av högre nivå än den nuvarande självriskandelen enligt sjukförsäkringslagen. Den redan nämnda möjligheten att ta ut en avgift för prehospitalet akutsjukvård i vissa sådana situationer där självriskandel enligt sjukförsäkringslagen hittills inte tagits ut och där ersättningar inte betalats skulle dessutom ha en konsekvens som på allmän nivå ökar utgifterna när det gäller de privata hushållens ställning.

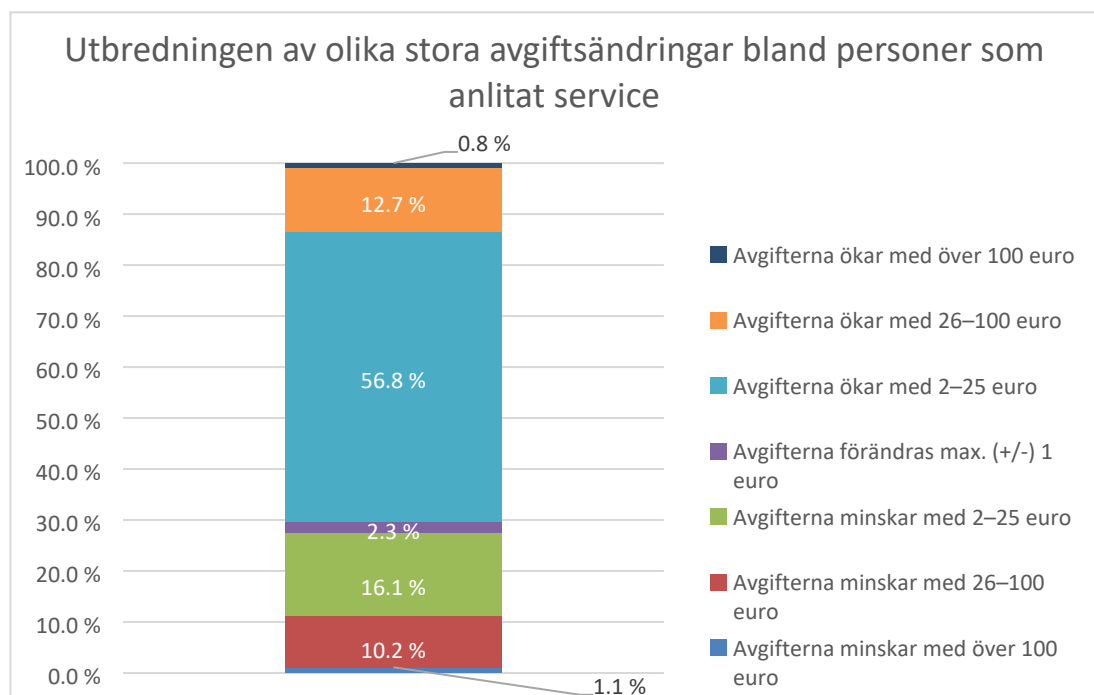
För närvarande beaktar Folkpensionsantalen alla resekostnader för klienten enligt sjukförsäkringslagen som ackumuleringar i årssjälvrisk, det vill säga i det så kallade resetaket. En kedja av resor som gjorts med olika fordon beaktas på så sätt att klienten betar endast en självriskandel på 25 euro för en enkelriktad resehelhet. Efter att finansieringsansvaret övergått till välfärdsområdena ackumuleras klienternas självriskandelar och/eller klientavgifterna i två årliga ackumuleringar, det vill säga i resetaket och avgiftstaket för klientavgifter. De nu föreslagna klientavgifterna för prehospitalet akutsjukvård och klientavgifterna för en patienttransport som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård och som inkluderas i regleringen i hälso- och sjukvårdslagen ackumulerar framöver avgiftstaket. Även framöver ska utgångspunkten vara att klienten betalar en avgift för en enkelriktad resehelhet för klientavgifter för prehospitalet akutsjukvård och klientavgifterna för transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård, vilka föreskrivits i klientavgiftslagen. En klient måste dock betala såväl självriskandelen enligt sjukförsäkringslagen som klientavgiften för tjänsten för en kedja av resor som gjorts med taxi och ambulans.

I figur 2 visas hur klientavgifterna inom social- och hälsovården och självriskandelarna för reseersättningar för de patienter som använt tjänster påverkas av att ambulanstransporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som för närvarande ersätts som sjuktransport överförs från sjukförsäkringen till systemet med klientavgifter. För största delen av användarna ökas avgifterna av ändringen, eftersom nivån på den klientavgift som tas ut för dessa tjänster är högre än självriskandelen. När ersättningarna för transporter inom prehospitalet akutsjukvård och andra transporter som görs med ambulans avvecklas, är det dessutom möjligt att självriskerna för övriga reseersättningar ökar för personer som redan för närvarande uppnått resetaket. Å andra sidan kan avgifterna sjunka för personer vars avgiftstak för klientavgifter inom social- och hälsovården har uppnåtts redan för närvarande. En avsevärd del av dem som för närvarande fått reseersättningar har i hög grad klientavgifter inom social- och hälsovården.

Utifrån materialet för år 2022 uppnår omkring 31 procent av dem som fått ersättning för resekostnader för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård avgiftstaket före ändringen. Delvis på grund av detta uppskattas hälso- och sjukvårdsavgifterna minska med anledning av ändringen för 27 procent. Nedgången i avgifterna är vanligare bland de äldre än bland hela befolkningen, eftersom de äldre ofta använder social- och hälsovårdstjänster i hög grad och de med större sannolikhet har uppnått avgiftstaket redan för närvarande. Å andra sidan står de äldre för en stor del av de patienter som använder transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra ambulanstransporter, varför även en uppgång i avgifterna berör många äldre användare av tjänsten. Proportionellt sett finns det dock något mer patienter med avgifter som höjs än i den arbetsföra befolkningen.

För största delen av de personer som är föremål för ändringen är konsekvenserna på årsnivå dock högst några tiotals euro och för genomsnittliga användare av tjänsterna ökar avgifterna något. Den genomsnittliga ändringen för klienter som anlitat transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra transporter som ersätts som sjuktransport är 7 euro per år, medan median är 18,7 euro per år. Även den vanligaste ändringen i en klients avgifter är 18,7 euro per år, vilket motsvarar höjningen av klientavgiften enligt propositionen i proportion till den nuvarande självriskandelen på 25 euro. För en liten mängd kan ändringen dock öka eller minska avgifterna med över 100 euro. För omkring 1,1 procent av de personer som använt en tjänst minskar avgifterna med över 100 euro och för omkring 0,8 procent ökar avgifterna med över 100 euro. Utifrån simuleringen uppgår de största avgiftshöjningarna till flera hundra euro per år. Bedömt utifrån simuleringen är så stor avgiftsuppgång dock väldigt sällsynt. Den största potentiella nedgången i avgifterna är 300 euro, vilket motsvarar den nuvarande självriskandelen för reseersättningar, det vill säga resetaketen. Som helhet berör ändringen omkring fem procent av befolkningen på årsnivå.

Figur 2. Hur ändringen hänför sig till avgifterna för patienter som använt transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra ambulanstransporter (inklusive klientavgifterna och självriskerna för reseersättningarna). Källa: SHM:s beräkningar med SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning.



Bindningen av klientavgifterna till välfärdsområdesindexet i stället för folkpensionsindexet framöver och den årliga indexjusteringen av avgifterna bidrar utifrån nuvarande uppskattningar till att öka klienternas avgifter och propositionen har således konsekvenser för de privata hushållens ställning. Å andra sidan skyddas ställningen för klienter med avgifter för vissa långvariga tjänster av det minsta beloppet för personligt bruk och dessutom binds inkomstgränserna framöver till välfärdsområdesindexet, varvid detta till denna del balanserar konsekvenserna för klienternas ställning. På samma sätt fortsätter det avgiftstak som bidrar till att skydda ställningen i synnerhet för personer som använder tjänster i hög grad att vara bundet till folkpensionsindexet. Detta innebär att även om enskilda jämnstora klientavgifter framöver stiger snabbare då de är bundna till välfärdsområdesindexet, påverkar propositionen inte nivån på avgiftstaket, varvid detta bidrar till att minska konsekvenserna för klienter som anlitar tjänster i hög grad. I förhållande till höjningar enligt den nuvarande lagstiftningen, är de kortsiktiga konsekvenserna för nivån av de jämnstora avgifterna av ändringen relativt små. Tabell 10 visar exempel på ändringens potentiella konsekvenser för de lagstadgade maximibeloppen av vissa jämnstora avgifter.

Tabell 10. De potentiella konsekvenserna av de ändringar som gäller indexjusteringarna för de reglerade maximibeloppen av vissa jämnstora klientavgifter. De förmodade höjningarna baserar sig på prognoserna över indexutvecklingen i FM:s ekonomiprognos från september 2025.

Avgift		Avgiftens maximibelopp fr.o.m. 1.1.2026	Maximibeloppet år 2028 med indexjustering enligt den gällande lagstiftningen	Maximibeloppet år 2028 med indexjustering enligt propositionen
Avgift för besök hos hälsocentralsläkare	Klientavgiftsförordning 7 §	30,2	30,7	31,9
Poliklinikavgift för sjukhus	Klientavgiftsförordning 8 §	71,3	72,6	75,3
Protetiska åtgärder inom munhälsövården: kronor och bryggor	Klientavgiftsförordning 9 §	268,3	273,2	283,2

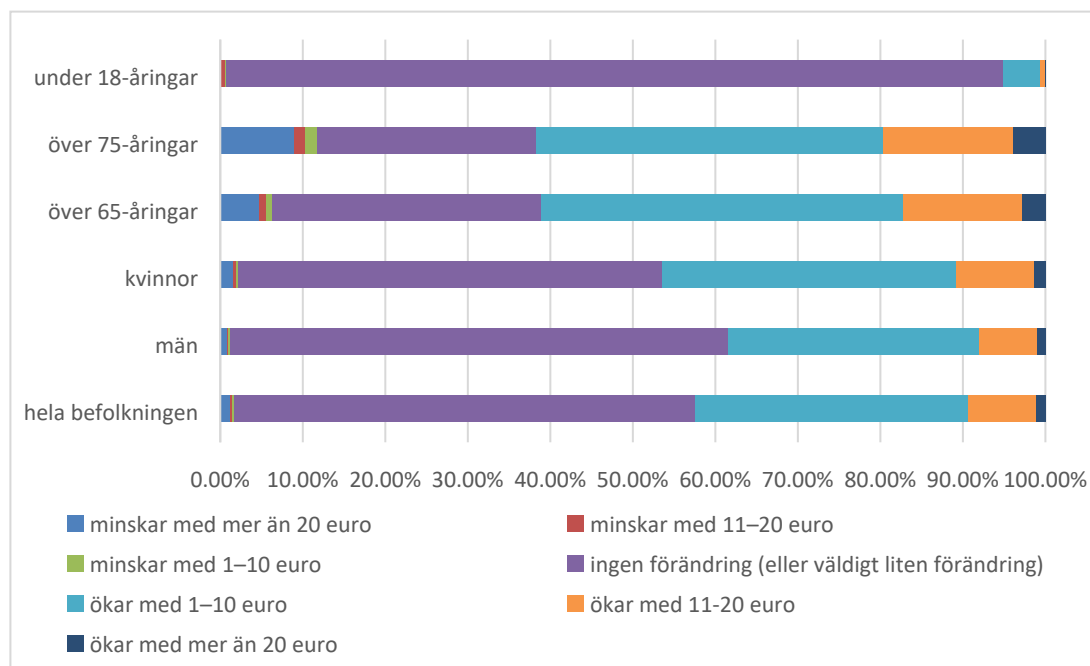
Ändringen påverkar klientavgifterna på två sätt. För det första förväntas välfärdsområdesindexet stiga snabbare än folkpensionsindexet och arbetspensionsindexet på lång sikt, varför avgifternas maximibelopp, inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk stiger snabbare än med höjningar enligt den nuvarande lagstiftningen. På grund av detta ökar de jämnstora klientavgifterna för social- och hälsovårdstjänster, medan de inkomstrelaterade avgifterna som omfattas av bestämmelserna om beloppet för personligt bruk och inkomstgränsen minskar i förhållande till en utveckling enligt den gällande lagstiftningen. För det andra görs höjningarna av avgifternas maximibelopp, inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk årligen med undantag för avgiftstaket och avgiften för uppehälle för kortvarig institutionsvård eller institutionsservice, då indexjusteringarna för närvarande görs vartannat år. I förhållande till den gällande lagstiftningen ökar detta med andra ord klientavgifterna under ett sådant år då höjningar inte görs i enlighet med den lagstiftning som gäller för närvarande.

Som en följd av ändringen av indexjusteringarna ökar klientavgifterna i snitt jämfört med den gällande lagstiftningen. För personer som anlitar tjänster bland annat inom långvarig institutionsvård, långvarig familjevård, långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg eller hemvården kan propositionen dock även minska klientavgifterna i förhållande till den gällande lagstiftningen. Inkomsterna för personer som betalat sådana inkomstrelaterade avgifter utgörs i huvudsak av förmåner såsom pensioner, som i regel är bundna till folkpensions- eller arbetspensionsindexet. Om de inkomstgränser som används som grund för bland annat kontinuerlig och regelbunden service som ges i hemmet och långvarig boendeservice samt det minsta beloppet för personligt bruk på det föreslagna sättet binds till välfärdsområdesindexet, ökar inkomstgränserna och beloppet för personligt bruk på lång sikt i huvudsak snabbare än förmånsnivåerna, vilket minskar den inkomst som flyter in för välfärdsområdena av dessa avgifter på lång sikt i förhållande till indexhöjningar enligt den gällande lagstiftningen.

Figur 3 innehåller en granskning över hur ändringarna av indexjusteringarna hänför sig till klientavgifterna för olika befolkningsgrupper på kort sikt. Figuren innehåller en granskning av klientavgifterna år 2028, utifrån en förmodan om att klientavgifterna har höjts enligt propositionen åren 2027 och 2028. Avgifterna jämförs med avgifterna enligt den gällande lagstiftningen samma år. För största delen är konsekvenserna av indexförändringarna relativt

små på kort sikt. I hela befolkningen ökar klientavgifterna för 42 procent åtminstone något som en följd av ändringen (en förändring på minst 1 euro). På kort sikt hänför sig en uppgång på över 20 euro till omkring en procent av befolkningen. På motsvarande sätt minskar avgifterna med över 20 euro bland omkring en procent av befolkningen. Konsekvensen av en indexförändring är större för personer som använder social- och hälsovårdsavgifter i hög grad. Därför hänför sig ändringens konsekvenser i synnerhet till den äldre befolkningen. Hos personerna över 75 år ökar avgifterna åtminstone något för 62 procent. Även en nedgång i avgifterna är i jämförelse med den övriga befolkningen vanlig bland de äldre, eftersom de äldre i hög grad betalar sådana inkomstrelaterade social- och hälsovårdsavgifter (långvarig institutionsvård, serviceboende med heldygnsvård, hemvård) på vilka reformen har en avgiftssänkande inverkan. Avgifterna minskar med över 20 euro för omkring 9 procent och ökar med över 20 euro för omkring 4 procent av personerna över 75 år. Bland personer under 18 år är avgiftsförändringar väldigt sällsynta, eftersom hälso- och sjukvården för personer under 18 år i stor utsträckning är avgiftsfri. Avgifterna ökar med endast omkring 5 procent för personer under 18 år. Ändringarna riktar sig något mer på kvinnor än på män. För omkring 46 procent av kvinnorna ökar avgifterna, medan motsvarande siffra för män är omkring 38 procent och 42 procent för hela befolkningen. Åldersfördelningen är en (dock inte den enda) orsak till att ändringarna hänför sig något mer till kvinnor än till män.

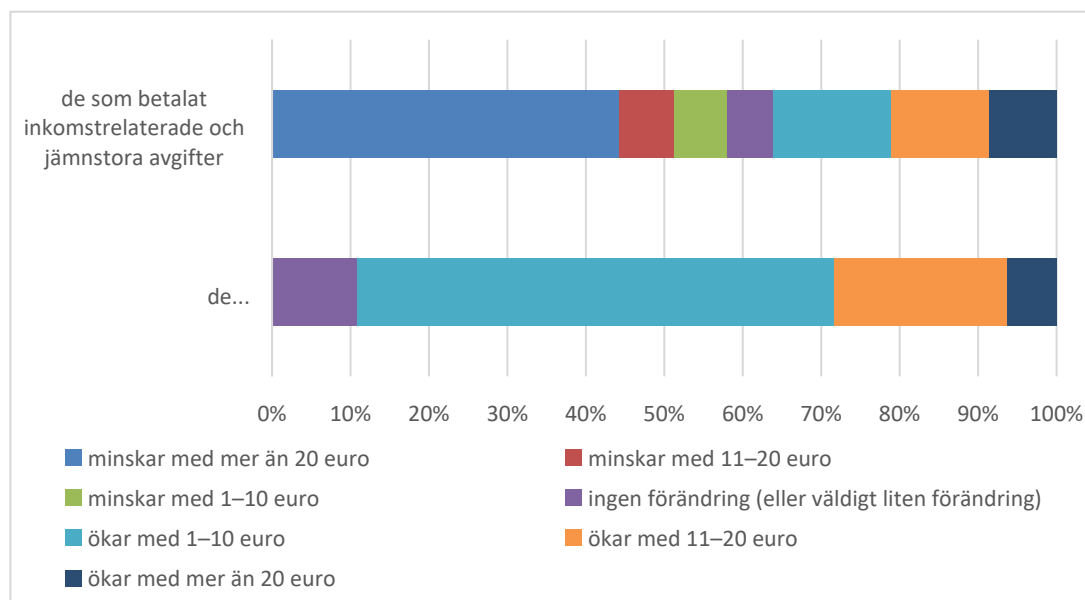
Figur 3. Hur indexförändringarnas i olika befolkningsgrupper. Granskningsår 2028, då förhöjningarna enligt välfärdsområdesindexet gjorts för två år i enlighet med förslaget. Granskningsenheten utgörs av personer. Källa: SHM:s beräkningar med SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning.



Figur 4 innehåller en illustration av indexförändringarnas konsekvens för avgifterna för privata hushåll som betalat jämnstora klientavgifter (inklusive avgifter för munhälsovård) och jämnstora avgifter samt inkomstrelaterade avgifter. I figuren granskas avgiftsförändringarna år 2028 i förhållande till den gällande lagstiftningen. Figuren visar att nedgången i avgifterna

hänför sig till de inkomstrelaterade klientavgifter som berörs av regleringen kring inkomstgränser och beloppet för personligt bruk. Av de privata hushåll som betalat inkomstrelaterade och jämnstora klientavgifter minskar avgifterna för omkring 44 procent med över 20 euro. I förhållande till de inkomstrelaterade avgifter som de privata hushållen betalat är förändringarna dock små, eftersom de inkomstrelaterade avgifterna kan uppgå till flera tusen euro på årsnivå. Å andra sidan bedöms även att avgifterna ökar med över 20 euro för nio procent av de personer som betalat sådana inkomstrelaterade avgifter som reformen bedöms sänka, då de jämnstora avgifter som dessa personer betalar ökar snabbare än vid indexjusteringar enligt den gällande lagstiftningen. Genom att jämföra figur 3 med figur 4 kan man observera att även om en indexförändring har en sänkande inverkan på avgifterna för en avsevärd del av dem som betalat vissa inkomstrelaterade avgifter, betalar endast en liten del de ifrågavarande inkomstrelaterade avgifterna på en nivå som omspannar hela befolkningen. Således är det relativt sällsynt att avgifterna minskar som en följd av en indexförändring på en nivå som omspannar hela befolkningen. För personer som endast betalat jämnstora klientavgifter har indexförändringarna i regel en konsekvens som höjer avgifterna, eftersom det förutspås att det lagstadgade maximibeloppen av de jämnstora avgifterna (inklusive avgifterna för munhålsvården) ökar mer med en justering enligt välfärdsområdesindexet än med en justering enligt folkpensionsindexet. Förändringens storlek är ju större, desto mer jämnstora avgifter det privata hushållet har. Konsekvensen av avgiftstaket för de personer som betalat allra mest avgifter är små. Dock uppskattas att den ändring som gäller indexjusteringarnas ökar avgifterna med över 20 euro redan år 2028 för sex procent av dem som endast betalats jämnstora avgifter (1 procent då granskningen gäller hela befolkningen). Denna grupp omfattar personer som i hög grad betalar jämnstora avgifter, vars avgiftstak dock inte uppnås som en följd av uppgången i avgifterna.

Figur 4. Hur indexförändringar hänför sig till privata hushåll som betalat vissa inkomstrelaterade och jämnstora avgifter. Granskningsår 2028, då förhöjningarna enligt välfärdsområdesindexet gjorts för två år i enlighet med förslaget. Källa: SHM:s beräkningar med SISU-mikrosimuleringsmodellens SOTE-SISU-utvidgning.



Ovan i figurerna 3 och 4 beskrivs konsekvenserna av ändringen av indexjusteringarna på kort sikt. Tabell 11 visar den teoretiska maximihöjningen av klienternas avgifter till följd av indexändringen under en tioårsperiod efter ändringen. Målet med beräkningen är att illustrera hur stora ändringens konsekvenser högst kan vara för en klients avgifter på lång sikt utifrån vissa förmodanden om indexens utveckling. Beräkningen baserar sig på samma förmodanden om utvecklingen för indexen som i tabell 4. Naturligtvis är utvecklingen för indexen förknippad med avsevärd osäkerhet på så lång sikt. Under de två första åren efter ändringen, det vill säga åren 2027–2028, är de teoretiska maximihöjningarna uppskattningsvis något över 20 euro per år. Under en tioårsperiod kan den teoretiska maximihöjningen i en klients avgifter på grund av ändringen vara omkring 70 euro per år. Den teoretiska maximihöjningen beskriver höjningen av de jämnstora social- och hälsovårdsavgifterna på grund av indexändringen, med vilken nivån på avgiftstaket uppnås under året. Avgiftsökningar enligt den teoretiska maximihöjningen är relativt sällsynta i befolkningen, men konsekvenserna av de ändringar som gäller indexjusteringarna för till exempel en person som före ändringen betalar jämnstora avgifter till ett belopp över 500 euro är på lång sikt dock några tiotals euro per år. Utifrån mikrosimuleringen är omkring 7 procent av befolkningen personer som betalar jämnstora avgifter till ett belopp av över 500 euro per år före ändringen.

Tabell 11. Uppskattningen av den teoretiska maximiförhöjningen av en klients avgifter på grund av indexändringen. Uppskattningarna har angetts i de fasta priserna för år 2027.

År	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
Det teoretiska maximibeloppet för höjningen i klientens avgifter (euro per år)	21	22	43	34	53	45	64	55	74	66

Utvidgningen av tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd och icke avbokad service till familjerättsliga tjänster och stött och övervakat umgänge mellan ett barn och en förälder kan även innebära en uppgång i avgiftsbelastningen för de privata hushållen. Propositionen påverkar dock uppgången i avgiftsbelastningen endast om en klient låter bli att använda en tjänst och inte avbokar tjänsten i förväg. Om en oanvänd tjänst avbokas i förväg i enlighet med anvisningarna eller om det inte är möjligt att ta ut någon avgift på grund av de lagstadgade förutsättningarna och begränsningarna för att ta ut en avgift, uppkommer inte heller avgiftskonsekvenser för klienten. Dessa lagstadgade förutsättningar och begränsningar för att ta ut en avgift, vilka beskrivits närmare i specialmotiveringen och i avsnitten om nuläget i propositionen, påverkar således även eventuella konsekvenser för en enskild klient eller ett privat hushåll på ett väsentligt sätt. Dessa förutsättningar och begränsningar är jämförelsevis strikta, vilket skyddar klientens ställning och minskar konsekvenserna av det utvidgade tillämpningsområdet för de privata hushållen.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Reformen av finansieringsmodellen för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård möjliggör att välfärdsområdena har möjlighet att mer ingående planera och styra helheten av tjänster inom prehospital akutsjukvård. Så som lagts fram i bedömningen av nuläget i propositionen (avsnitt 2.2.2) har tjänsterna inom prehospital akutsjukvård under de senaste årtiondena ändrats från transport av sjuka till en allt tätare del av jourtjänsterna inom hälso- och sjukvården. Fokus ligger inte på att transportera patienten till en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, utan på att bedöma patientens vårdbehov, inleda prehospital akutsjukvård och efter behov transportera patienten till den egentliga vården eller hänvisa patienten till service inom den övriga social- och hälsovården. Som en följd av ändringarna främjar även finansieringsmodellen att välfärdsområdena i egenskap av anordnare av prehospital akutsjukvård som helhet kan utveckla verksamheten på så sätt att det är möjligt ge patienten vård enligt hans eller hennes behov på en ändamålsenlig plats och så att systemet är tydligare och enklare att styra än för närvarande för välfärdsområdena.

Transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som gäller transport av oinskrivna patienter till sjukvård och som görs med andra fordon än ambulans och transporter med andra fordon än ambulans till rehabilitering som ersätts av Folkpensionsanstalten omfattas även framöver av Folkpensionsanstaltens ersättningsansvar, och välfärdsområdena deltar tills vidare inte finansieringen av dessa. Detta innebär att det eventuellt framöver är möjligt att det förekommer oändamålsenlig partiell optimering i ordnandet av tjänster och valet av transportsätt. Vid halvtidsöversynen 2025 beslutade regeringen att utifrån en utredning utreder och förbereder en proposition till överföring av finansieringsansvaret för färder som ersätts av Folkpensionsanstalten till välfärdsområdena.

På operativ nivå är de ändringar som gäller ordnandet av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård samt ändringarna av finansieringsmodellen en betydande ändring för välfärdsområdena, vilken kräver omsorgsfull planering och omsorgsfullt genomförande. Välfärdsområdena ska bedöma i vilken mån de producerar sådana tjänster som egen verksamhet och i vilken mån de drar nytta av köpta tjänster. På ovan konstaterade sätt kan upphandlingarna av service förutsätta att konkurrensutsättningar ordnas. Enligt 46 § i hälso- och sjukvårdslagen har centralen för prehospital akutsjukvård i samarbetsområdet till uppgift att samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården och tillsammans med andra samarbetsområden bereda och samordna nationella anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården. Inom välfärdsområdena är planeringen och styrningen av genomförandet i enlighet med lagen en uppgift för centralen för prehospital akutsjukvård. Propositionen har konsekvenser även för informationssystemen och informationshanteringen. Dessa ändringar behandlas nedan. På grund av den tid som genomförandet kräver föreslås i propositionen att ändringarna i fråga om prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som ingår i prehospital akutsjukvård träder i kraft först i början av år 2028.

De föreslagna ändringarna kan leda till ändringar i nuvarande faktureringspraxis i välfärdsområdena i situationer där den fakturerande aktören är ett annat välfärdsområde eller till exempel ett försäkringsbolag. Den nuvarande ersättningstaxan enligt statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport (490/2018) har utnyttjats för att beräkna kostnaderna i välfärdsområdena bland annat då fakturan har betalats av ett försäkringsbolag. I reformen upphävs bestämmelser om ersättningar av sjuktransporter i sjukförsäkringslagen och statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport, vilken utfärdats med stöd av dessa, varför en sådan taxa som normerats på riksomfattande planet inte längre är i bruk framöver. Detta innebär att varje välfärdsområde fastställer priset på produktionen av tjänsten

och att det kan finnas skillnader i faktureringspriserna mellan välfärdsområdena. Denna situation är i sig redan vardag i övrigt i social- och hälsovårdstjänsterna, eftersom det inte heller för övriga tjänster finns riksomfattande taxor som iakttas i sådan fakturering. I 57 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs att om ett välfärdsområde tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. För närvarande har välfärdsområdena uppenbarligen i regel inte fakturerat varandra för transporter, eftersom Folkpensionsanstalten betalat en reseersättning. Det är möjligt att förutspå att välfärdsområdena framöver i regel fakturerar varandra för dessa transporter, vilket i viss mån orsakar administrativt arbete. Om de så önskar, kan välfärdsområdena dock komma överens även om ett annat arrangemang.

Genomförandet av reformen av prehospital akutsjukvård och andra ambulanstransporter som för närvarande ersätts av Folkpensionsanstalten innebär även att kommunikationssamarbetet mellan välfärdsområdena ökar i synnerhet i det skede då ändringen genomförs. Det är möjligt att de personer som anlitar service och deras anhöriga i viss mån kontaktar välfärdsområdena. Naturligtvis innebär ändringen även att välfärdsområdena ska sörja för att dela informationen om den internt till sina arbetstagare och uppdatera deras kunskande till behövliga delar.

Propositionen bedöms inte ha direkta konsekvenser för myndigheterna i landskapet Åland. På det sätt som de lokala förfarandena anger måste man i landskapet dock sannolikt bedöma via vilken kanal man framöver skaffar den finansieringsandel för transporter som hittills uppburits i form av självrisker för klienterna och på samma sätt som i välfärdsområdena fastställa de transporttaxor som används i landskapet, då de förordningar som gäller dessa upphävs.

Avvecklingen av ersättningarna för sjuktransporter minskar arbetet med avgöranden hos Folkpensionsanstalten. Folkpensionsanstalten ansvarar för kommunikationen om ändringen i de ärenden som omfattas av Folkpensionsanstaltens ansvar. Under övergångsperioden har Folkpensionsanstalten till uppgift att avsluta avtalen (uppsägningstiden för avtalen är tre månader) och sköta övriga uppgifter i anknytning till avvecklingen av verkställandet av ersättningar för sjuktransport. Den retroaktiva tiden på sex månader för att ansöka om ersättningar för sjuktransport förutsätter att Folkpensionsanstalten upprätthåller en beredskap att handlägga ersättningsansökningar ännu under de sex första månaderna av år 2028 för de resor som gjorts under år 2027.

Enligt 8 § 2 mom. i lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019, nedan informationshanteringslagen) ska det ministerium som ansvarar för verksamhetsområdet göra en bedömning enligt 5 § 3 mom. då bestämmelser som är under beredning återverkar på informationsmaterial och informationssystem. Dessutom ska ministeriet bedöma planerade bestämmelsers konsekvenser för handlingsoffentligheten och handlingssekretessen. Enligt 5 § 3 mom. i informationshanteringslagen ska informationshanteringsenheten vid planeringen av väsentliga administrativa reformer som har konsekvenser för innehållet i informationshanteringsmodellen och i samband med att informationssystem tas i bruk bedöma de ändringar som hänför sig till åtgärderna och deras konsekvenser i förhållande till ansvaren för informationshanteringen, informationssäkerhetskraven och informationssäkerhetsåtgärderna, kraven på skapande och sättet för utlämnande av informationsmaterial, kraven på ärendehantering och informationshantering i samband med tjänsteproduktion och, enligt vad som föreskrivs någon annanstans i lag om handlingsoffentlighet, sekretessbeläggning, skyddande av information samt informationsrättigheter.

Vid beredningen har man identifierat att i synnerhet de ändringar som gäller ambulanstransporter och den prehospitalkvården orsakar behov av att ändra informationssystemen. Å ena sidan slopas behovet av att behandla uppgifter i anknytning till dessa hos Folkpensionsanstalten. Å andra sidan ska välfärdsområdena framöver kunna få uppgifter om användningen av prehospitalakutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalakutsjukvård på så sätt att den kan ersätta kostnaderna till tjänsteproducenter som de eventuellt använt då tjänsterna tillhandahållits och fakturera klienterna enligt den föreslagna regleringen. En förutsättning för att införa de klientavgifter som de andra förslagen till regleringsändringar möjliggör förutsätter att välfärdsområdena uppdaterar uppgifterna om de nya avgifterna i sina informationssystem.

När propositionen var på remiss genomfördes en utredning av reformens konsekvenser för informationssystemen och informationshanteringen i synnerhet i anknytning till överföringen av välfärdsområdenas ansvar att ordna och finansiera ambulanstransporter som ingår i prehospitalakutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i den. Utredningen genomfördes av Nordic Healthcare Group Oy på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet. Utredningen gjordes enligt det snäva tidsschema som författningsberedningen förutsätter, varför det i den var möjligt att bedöma konsekvenserna av överföringen av ordnande- och finansieringsansvaret för informationssystemen och informationshanteringen endast på preliminär och grov nivå. I utredningsarbetet utreddes konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen bland annat som en del av de ändringar som till följd av reformerna krävs i informationsmodellen, användargränsnittet och integrationerna samt de grova kostnadskonsekvenserna och tidschemana för genomförandet för dessa ändringskonsekvenser.

I utredningen konstaterades att konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen visar sig på olika sätt i fråga om olika tjänster (ambulanstransporter som ingår i prehospitalakutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalakutsjukvård) för olika aktörer, såsom välfärdsområdena, Institutet för hälsa och välfärd och serviceproducenter av olika storlek och i viss mån även som oklara och osäkra konsekvenser. I utredningen konstaterades att omfattningen av ändringarna i informationshanteringen och informationssystemen beror på servicen och lösningarna i anknytning till klientavgiftsregleringen och den praktiska tillämpningen av regleringen. I utredningen belystes även att områdenas utgångssituationer och förutsättningar för att göra ändringar i informationshanteringen och informationssystemen och till exempel för att utnyttja nationell elektronisk faktureringsinformation är varierande. I utredningen bedömdes tidsschemat för reformen vara snävt i synnerhet i fråga om genomförandet i välfärdsområdena. Man bedömde att risken i anknytning till tidsschemat i avsevärd grad accentueras i synnerhet i de situationer där genomförandet förutsätter mer omfattande ändringar som gäller övertagandet av ordnandet och konkurrensutsättningar (i synnerhet transporter som inte ingår i prehospitalakutsjukvård).

Områdena har för närvarande ordnat den prehospitalkvården och de transporter som ingår i den på varierande sätt, vilket kan innebära konsekvenser som avviker från varandra i fråga om konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen. I en del av områdena är all serviceproduktion i anknytning till den prehospitalkvården och de transporter som ingår i den egen verksamhet, medan denna har lagts ut på entreprenad delvis eller helt i en del områden.

I den nationella informationshanteringen av prehospitalakutsjukvård pågår redan för närvarande en fundamental ändring i och med införandet av Fältledningssystemet KEJO och den anknutna elektroniska nationella journalen för prehospitalakutsjukvård (nedan EHK). Största delen av välfärdsområdena använder redan för närvarande KEJO EHK och målet är att

det har införts på hela det riksomfattande planet före ingången av år 2027. I fråga om de aktörer som redan använder KEJO visar sig konsekvenserna av den föreslagna ändringen som de allra minsta och tydligaste. I och med det nationella införandet är konsekvenserna av ändringen av finansieringsansvaret för prehospital akutsjukvård enhetliga för alla välfärdsområdena och den kan avgöras på centraliserat sätt till den del som konsekvenserna gäller KEJO och EHK samt registret för prehospital akutsjukvård (faktureringsinformationsinnehållen). Välfärdsområdena ska docka anpassa sitt faktureringsystem för att uppbära klientavgifter och genomföra organisationsfaktureringen. Områdenas nuvarande färdigheter att utnyttja det faktureringsinformationsinnehåll som Institutet för hälsa och välfärd tillhandahåller till gränssnittet för registret för prehospital akutsjukvård varierar och i de områden som tar i bruk KEJO i ett senare skede ska informationsöverföringen från gränssnittet till faktureringsystemet genomföras med ett relativt snävt tidsschema. I utredningen konstaterades att kostnader orsakas för välfärdsområdena åtminstone av de lösningar för dataöverföring som anknyter till faktureringsystemet och eventuella ändringar i det system med vilket faktureringen av klientavgifter sköts i välfärdsområdet. Den tid som behövs i genomförandet av ändringarna i områdena beror på områdenas situationer och lösningar. I utredningen var det inte möjligt att bilda kostnadsuppskattningar i euro för genomförandet av ändringen på grund av den osäkerhet som är förknippad med kunskapsunderlaget och lösningarna.

I fråga om ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård verkar konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen utifrån utredningen vara mer utmanande än för den prehospitala akutsjukvården. I dessa tjänster är det även mer utmanande att bedöma konsekvenserna än i fråga om prehospital akutsjukvård. Sätten att producera ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård och servicehelheten är varierande. Det finns inte någon enhetlig informationsmodell eller enhetliga informationssystem. För närvarande sköter serviceproducenterna faktureringen visavi Folkpensionsanstalten och faktureringen av självriskan från klienterna. För närvarande förekommer det situationer där det inte alls finns någon dataöverföringsförbindelse mellan välfärdsområdet och serviceproducenten, eftersom ansökan om och utbetalningen av ersättningar sker mellan serviceproducenterna och Folkpensionsanstalten. Utifrån utredningen är det inte möjligt att ta ställning till hur uppgifterna framöver sköts i de olika områdena. Beroende på välfärdsområdets lösningar varierar även konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen mellan olika aktörer. Sannolikt leder ändringen till konsekvenser åtminstone i anknytning till registreringsplattformen och dataöverföringsförbindelsen. Om uppgifterna ordnades som egen produktion för välfärdsområdet (inte som prehospital akutsjukvård), skulle detta innebära att servicehelheten och helheten för förmedling av uppgifter ska byggas upp och hanteras och att den elektroniska registreringen och de dataöverföringsförbindelser som behövs för faktureringen ska utvecklas.

Utöver eventuell konkurrensutsättning av serviceproduktionen kan lösningarna i anknytning till informationshanteringen och systemen förutsätta konkurrensutsättning beroende på områdenas nuvarande och framtida lösningar och system. I den mest begränsade situationen gäller den registreringsplattformen för faktureringsinformation (såvida området inte redan använder en sådan) och uppbyggandet av en dataöverföringsförbindelse till välfärdsområdets fakturering.

Utifrån utredningen är det möjligt att bedöma att ambulanstransporter som ingår i prehospital akutsjukvård och i synnerhet ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård orsakar konsekvenser för informationshanteringen och informationssystemen, vars omfattning och således även tidsmässiga genomförande och kostnader i väsentlig grad beror såväl på de nuvarande lösningarna och systemen som på välfärdsområdets lösningar i och med överföringen av organiserings- och finansieringsansvaret. I utredningen har det dock inte varit möjligt att ta fram någon tillförlitlig uppskattning i euro av kostnaderna för informationssystem- och

informationshanteringskonsekvenserna för ambulanstransporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård.

De föreslagna ändringarna i klientavgiftslagen, vilka gäller indexregleringen, den avgift som tas ut för oanvänd och icke avbokad service och avgifterna för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som gjorts med ambulans, har inte till övriga delar bedömts ha avsevärda direkta konsekvenser för myndigheternas verksamhet. Förslagen ökar dock i någon mån det administrativa arbetet i välfärdsområdena. Ändringen av indexjusteringen av avgifterna till en årlig justering leder framöver till ett årligt berednings- och verkställighetsarbete, som omfattar genomförande av ändringarna i informationssystemen, även om man vid beredningen bedömt att detta arbete inte innebär någon ändring i välfärdsområdenas verksamhet eller uppgång i arbetsmängden i välfärdsområdena (se konsekvenserna för välfärdsområdenas ekonomi). I bedömningen av konsekvenserna har man i fråga om utvidgningen av tillämpningsområdet för klientavgiften för oanvänd service identifierat att debitering av denna avgift sannolikt förutsätter varierande åtgärder av flera välfärdsområden, bland annat i fråga om informationssystemen, så att välfärdsområdena uppfyller de krav som ställts för att ta ut avgiften. Enligt bedömning är det möjligt att välfärdsområdena genom att utveckla dessa metoder redan i sig främjar att tjänsterna inte förblir oanvända i den nuvarande utsträckningen.

Den ändring som gäller indexjusteringarna av klientavgifterna leder till små konsekvenser även för statsrådets verksamhet, då de indexjusteringar som berör klientavgifterna, inkomstgränserna och beloppet för personligt bruk ska göras årligen. Detta leder bland annat till att klientavgiftsförordningen utfärdas årligen uppdaterad med nya belopp. Det föreslagna justeringsförfarandet för den särskilda finansieringen för landskapet Åland innebär dessutom att finansieringsbeloppet justeras årligen vid social- och hälsovårdsministeriet. Finansieringen ska inkluderas i den budget som utarbetas för varje år.

Förslagen bedöms inte ha väsentliga direkta konsekvenser för utkomststödet eller utsökningen. På grund av till exempel de indexjusteringar som ska göras i de jämnstora klientavgifterna ökar dock avgifterna på längre sikt snabbare än för närvarande, vilket har konsekvenser även för utkomststödet. Å andra sidan är det genom de föreslagna lösningar som gäller inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk samt avgiftstaket möjligt att för egen del minska ett behov av utkomststöd uppkommer, och då klientavgifterna ökar i och med indexjusteringarna kan det förmodas att även klienternas inkomster ökar, vilket sannolikt minskar de konsekvenser som gäller utkomststödet.

När konsekvenserna bedömts har man dock identifierat att klienter med låga inkomster kan ha svårigheter att klara av sina klientavgifter på grund av de individuella situationerna. I dessa individuella situationer kan vissa ändringsförslag som gäller avgifterna ha små indirekta konsekvenser för utkomststödet och utsökningen.

I fråga om propositionens myndighetskonsekvenser finns det skäl att vara medveten om att man i beredningen av den granskat även de eventuella konsekvenserna för denna proposition av projektet för insamling av information om offentligt stödda transporter, vilket pågår inom kommunikationsministeriets förvaltningsområde. Genom lagen om temporär ändring av lagen om transportservice (387/2025) har man föreskrivit en skyldighet för vissa välfärdsområden att delta i informationsinsamlingen om vissa offentligt understödda persontransporter som gjorts i deras områden åren 2026–2027. Målet med insamlingen av informationsresursen är bland annat att hitta metoder för att effektivisera anordnandet av transporter i framtiden. Dessa transporter omfattar i sig de ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten och som är föremål för granskning i denna proposition, men som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Som en följd

av den tidsmässiga begränsningen för informationsinsamlingen har överföringen av organiserings- och finansieringsansvaret för dessa transporter i enlighet med denna proposition inte någon konsekvens för insamlingen av det egentliga testmaterialet och denna proposition ändrar således inte konsekvenserna av lagstiftningen för denna test i välfärdsområdena eller hos de andra myndigheterna.

4.2.3 Samhälleliga konsekvenser

För att förstå bedömningarna avseende propositionens samhälleliga konsekvenser finns det skäl att till en början gestalta att behovet av hälso- och sjukvårdstjänster har ett samband med den socioekonomiska bakgrunden. Icke-sysselsatta (såsom arbetslösa, arbetsoförmögna, personer som får ålderspension) har ett större behov av att använda hälso- och sjukvårdstjänster än sysselsatta. Arbetstagare använder i allmänhet företagshälsovårdstjänster, även om det finns skillnader i innehållen i företagshälsovårdstjänsterna, och till exempel munhälsovården ingår i allmänhet inte i företagshälsovårdstjänsterna. Det är vanligare att höginkomsttagare använder privata hälsotjänster. Bland annat på grund av dessa orsaker hänför sig klientavgifterna för offentliga hälso- och sjukvårdstjänster mer till privata hushåll med låga inkomster än privata hushåll med höga inkomster. Dessutom finns det utifrån de vetenskapliga rönen tecken på att användningen av tjänster bland låginkomsttagare kan ändras mer än bland den övriga befolkningen som en följd av avgiftsändringarna¹⁴.

I Finland har omkring 1 300 000 personer fyllt 65 år. I takt med att åldern stiger uppkommer mer hälsoproblem och de äldre använder social- och hälsovårdstjänster mer än den övriga befolkningen. Ju äldre en person är, desto sannolikare är det att ändringar som hänför sig till avgifterna påverkar honom eller henne. De minderåriga är å sin sida befriade från många avgifter inom hälso- och sjukvården, varför de ändringar som hänför sig till avgiftsbeloppen sannolikt påverkar dem i relativt liten utsträckning. Nedan behandlas hur den aktuella propositionen riktar sig på olika befolkningsgrupper i fråga om äldre, barn och barnfamiljer, personer med funktionsnedsättning och jämställdheten mellan könen mer ingående i separata avsnitt.

Så som framgår ovan, är klientavgiften för prehospitalet akutsjukvård framöver högre än den nuvarande självriskandelen i sjukförsäkringen. Hos största delen ökar avgifterna för tjänster måttligt som en följd av ändringen, medan avgifterna minskar för en del av användarna av servicen. Större avgiftsändringar är sällsyntare. De faktiska konsekvenserna beror i hög grad på personens behov och användning av service och de kostnader som följer av detta å ena sidan före ändringen och å andra sidan efter den. Det bör beaktas att det inte varit möjligt att bedöma debiteringen av den föreslagna avgiften för prehospitalet akutsjukvård i fler situationer än för närvarande genom mikrosimulering, eftersom det material som använts i bedömningen innehåller uppgifter endast om sådana besök för vilka reseersättningar betalats för närvarande. Överlag är det dock möjligt att bedöma att ändringen sannolikt minskar hälso- och sjukvårdsavgifterna för dem som uppnått klientavgiftstaket, då avgifterna för prehospitalet akutsjukvård och transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård och som gjorts med ambulans övergår från Folkpensionsanstaltens resetak till välfärdsområdenas klientavgiftstak. I synnerhet personer som använder tjänster i hög grad och vars avgiftstak hittills redan uppnåtts under kalenderåret drar således fördel av ändringen. Utifrån de tillgängliga metoderna har det

¹⁴ Haaga, T., Böckerman, P., Kortelainen, M., Tukiainen, J. (2023a) Effects of Nurse Visit Copayment on Primary Care Use: Do Low-Income Households Pay the Price? Version 4, 2023; <https://osf.io/skuv9/>.

dock inte varit möjligt att uppskatta hur ökningen av avgiftsbelastningen på grund av att tillämpningsområdet utvidgas jämfört med nuvarande praxis för klientavgiften för prehospitat akutsjukvård hänför sig till de olika befolkningsgrupperna.

Man har inte identifierat att propositionen har direkta samhälleliga konsekvenser för landskapet Åland, med undantag för tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna för invånarna i landskapet. Propositionen bidrar för egen del till att statsmakten säkerställer att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses, framför allt i fråga om tillgången på tillräckliga social- och hälsovårdstjänster, genom att stödja landskapet Åland ekonomiskt så att det har möjlighet att genomföra prehospitat akutsjukvård och andra ambulanstransporter på så sätt att tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster inte äventyras för landskapets invånare. På grund av bestämmelserna om behörighetsfördelningen i självstyrelselagen föreslås i fråga om Åland i denna proposition inte att bestämmelser utfärdas om klientavgifter som gäller prehospitat akutsjukvård eller transporter i landskapet. Således kan propositionen inte bedömas ha direkta människogruppspecifika konsekvenser inom landskapet Åland.

Ändringen av indexbundenheten för de jämnstora avgifterna ökar avgifterna jämfört med den nuvarande indexjusteringarna. Det finns skillnader i inriktningen på de jämnstora avgifterna inom hälso- och sjukvården på grund av att de olika befolkningsgrupperna använder olika tjänster på olika sätt. Avgifterna inom primärvården (med undantag för munhälsovård) hänför sig i synnerhet till låginkomsttagare, medan avgifterna inom den specialiserade sjukvården och munhälsovården hänför sig relativt jämnt i inkomstfördelningen.

Så som framgår ovan justeras även inkomstgränserna och beloppet för personligt bruk i anknytning till avgifter för viss långvarig service framöver utifrån välfärdsområdesindexet, vilket utifrån beräkningarna bedömts vara en gynnsam förändring för en klient. Denna gynnsamma konsekvens riktar sig på alla befolkningsgrupper som använder tjänsterna i fråga, det vill säga till exempel äldre personer, mentalvårds- och missbrukarvårdsklienter och de personer med funktionsnedsättning som får tjänster med stöd av socialvårdslagen.

Den finns inte någon samlad statistisk information om oanvända och icke avbokade tjänster och avgifterna för dessa, varför man vid beredningen genom en separat begäran om information samlat in information om oanvända och icke avbokade tjänster samt de avgifter som tas ut för dessa. Utifrån de uppgifter som fås från välfärdsområdena har det inte varit möjligt att ta fram någon tillförlitlig bild som kan generaliseras i fråga om hur den aktuella avgiften riktar sig i olika tjänster och på olika användare. Därför har det inte varit möjligt att på något annat än ett beskrivande sätt granska hur avgiftsändringen fördelar sig bland befolkningen. Mellan områdena ser det ut att finnas skillnader i de tjänster som i högst grad blir oanvända, såsom även i fråga om tidsbokningar, avbokningar och debiteringspraxis, vilket påverkar möjligheten för ett välfärdsområde att med stöd av lagstiftningen ta ut en avgift för oanvänd service. Områdena kan även utveckla sin praxis som en följd av ändringen.

Konsekvenser för människors hälsa

Propositionen bedöms inte försvaga tillgången på tjänster och inte heller äventyra någons rätt till de social- och hälsovårdstjänster som de behöver. Som en följd av de föreslagna reformerna ökar de jämnstora klientavgifterna för hälso- och sjukvårdstjänster och socialvårdstjänster i och med indexjusteringarna framöver något mer än i nuläget, varför klienterna framöver betalar något mer för sina social- och hälsovårdstjänster. Samtidigt med de förutspådda höjningar som bedömts till följd av reformerna kommer dock också klienternas inkomster sannolikt att öka

något. Genom överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård avvecklas inte hälso- och sjukvårdstjänsterna, utan tjänster är tillgängliga för medborgarna även framöver. Framöver ansvarar välfärdsområdena som helhet för att ordna alla dessa tjänster som föreskrivits i hälso- och sjukvårdslagen. Framöver tas ut en klientavgift som är något högre än den nuvarande självriskan för ambulanstransporter som omfattas av sjukförsäkringen, men framöver ackumulerar avgiften avgiftstaket, vilket skyddar ställningen i synnerhet för klienter som i hög grad behöver hälso- och sjukvårdstjänster och låginkomsttagare.

Utifrån den senaste tidens vetenskapliga rön är det känt att nivån på klientavgifterna inom hälso- och sjukvården kan påverka användningen av servicen i synnerhet inom primärvården. Således kan ändringen av indexjusteringarna för i synnerhet de jämnstora avgifterna ha små konsekvenser även för användningen av service. Haaga et al. (2023b¹⁵, 2023c¹⁶) har i sina studier bedömt att priselasticiteten för besök hos hälsocentralsläkare är $-0,26$ eller $-0,27$ (inverkan av en höjning av avgiften med 10 procent). Om ändringen av indexjusteringarna under en tioårsperiod ökade avgifterna för besök hos hälsocentralsläkare med omkring 9 procent i förhållande till indexjusteringarna enligt den gällande lagstiftningen, skulle antalet besök hos hälsocentralsläkare kunna sjunka med omkring 2 procent under samma tid som en följd av indexändringen. De vetenskapliga rönen redogör dock inte närmare för inverkan av de minskade besöken på klienternas hälsa. Inte heller i fråga om andra hälso- och sjukvårdstjänster är motsvarande vetenskapliga rön tillgängliga. Vid den tidpunkt då denna proposition utarbetas finns det inte vetenskapliga rön som visar att de senaste årens höjningar av klientavgifterna inom social- och hälsovården har påverkat hur klienterna uppsöker service. Bland annat på grund av detta har det varit omöjligt att beakta eventuella beteendekonsekvenser på grund av denna proposition i konsekvensbedömningarna av denna propositions ekonomiska konsekvenser.

Inom ramen för de tillgängliga vetenskapliga rönen är det utöver ovan nämnda undersökningar möjligt att få en närmare bild av beteendekonsekvenserna av klientavgifterna utifrån den enkätbaserade undersökningen Hälsosamma Finland vid Institutet för hälsa och välfärd. Som en del av undersökningen har man från och med år 2020 producerat en jämförbar indikator beträffande upplevelsen av hur klientavgifterna påverkar uppsökandet av vård. Indikatorn redogör för den procentuella andelen för de personer som hör till befolkningsgruppen som under de senaste tolv månaderna upplevt att de varit tvungna att pruta på läkarbesöken på grund av brist på pengar. Indikatorn baserar sig på följande fråga till personer som slumpmässigt valts till undersökningens urval: ”Har du någon gång under de senaste tolv månaderna låtit bli att besöka en läkare på grund av brist på pengar?” Svartalternativen för frågorna var 1) nej och 2) ja. Resultatets tillförlitlighet påverkas av att svarsbortfall förekommer i urvalsmaterialet. Till exempel när den senaste tillgängliga indikatorn togs fram år 2024 var svarsaktiviteten bland personer i åldern 20–64 år avsevärt lägre än bland personer som är minst 65 år gamla.

¹⁵ Haaga, T., Böckerman, P., Kortelainen, M., Tukiainen, J. (2023a) Do Adolescents from LowIncome Families Respond More to Cost-Sharing in Primary Care?, version 2, February 2023, article: <https://osf.io/vmuzf/>,

¹⁶ Haaga, T., Böckerman, P., Kortelainen, M., Tukiainen, J. (2023b) Does Abolishing a Copayment Increase Doctor Visits? A Comparative Case Study, version 2, February 2023, article: <https://osf.io/8q5b2/>

Utifrån den föregående indikatorn har man även redigerat en indikator där svaren har satts i proportion till utbildningsnivån hos svarspersonerna. Denna indikator redogör för att personer med en lägre utbildningsnivå oftare än högt utbildade upplever att de måste pruta på läkarbesöken. I tolkningen av denna indikator bör det observeras att den ger uttryck för en upplevd ojämlikhet i proportion till utbildningsnivån, men indikatorn förklarar inte på vad ojämlikheten beror. Utbildningsnivån kan ha ett samband med personens inkomstnivå, men detta är inte nödvändigtvis fallet.¹⁷

I synnerhet i behandlingen av klientavgifter finns det skäl att förstå deras roll som en del av den bredare helhet som gäller tillgång på social- och hälsovårdstjänster. Om klientavgifterna stiger till en oskäligt hög nivå i förhållande till personens ekonomiska situation, kan de leda till att han eller hon uppsöker servicen med dröjsmål. I fråga om hälso- och sjukvårdstjänster har man under de senaste åren i synnerhet via indikatorerna följt primärvårdens genomslag. I den ena indikatorn ligger fokus på vårdperioder på bäddavdelningar inom den specialiserade sjukvården vilka börjat med jour för personer med en sådan sjukdom för vilken det är känt att dröjsmål i den prehospitala akutsjukvården kan leda till ett behov av jourvård, medan den andra utöver dessa personer granskar förekomsten av vårdperioder på bäddavdelningar inom primärvården vilka börjat med jour hos dessa personer. Perioder av sjukhusvård som kan undvikas har plockats till indikatorn utifrån diagnoserna och åtgärderna under vårdperioderna. I fastställandet av vårdperioderna har man beaktat sjukhusöverflyttningar och överflyttningar mellan sjukhusavdelningar på så sätt att om personen har två vårdhändelser som följer på varandra med en dag däremellan, har det fastställts att händelserna hör till samma vårdperiod. Vid produktionen av indikatorerna har det utifrån personbeteckningarna för de personer som fått vård varit möjligt att förena inkomstuppgifterna med hälsouppgifterna och på så sätt har man fått information om utbredningen av vårdperioder i olika inkomstkventiler. På så sätt har man bildat en indikator där värdet 1 redogör för att vårdperiodernas utbredning ligger på samma nivå i båda extremerna av inkomstfördelningen. Ett indikatorvärde som överstiger talet 1 redogör för att förekomsten av perioder är allmännare i befolkningen med låga inkomster. När indikatorernas jämförelsetal räknas har man genom kalkylerade metoder avlägsnat konsekvenserna av den åldrande befolkningen från utvecklingen för indikatorvärdet. Den senaste tidens indikatoruppgifter redogör för att antalet vårdperioder bland befolkningen med låga inkomster är mångfaldig i förhållande till den andel av befolkningen som har höga inkomster. Utifrån indikatorerna är det dock inte möjligt att direkt dra någon slutsats om vad som förklarar den högre förekomsten av vårdperioder bland befolkningen med låga inkomster. Ur denna propositions synvinkel har indikatorvärdet främst en betydelse som talar för att man i propositionen för att undvika en ogynnsam utveckling i framtiden, bland annat genom lösningar som gäller avgiftstaket och den avgift för uppehälle som tas ut för kortvarig institutionsvård efter att avgiftstaket uppnåtts, ska försöka sträva efter att se till att avgiftsbelastningen av klientavgifterna även framöver hålls på en skälig nivå i synnerhet med tanke på låginkomsttagarna, så att uppsökandet av service inte fördröjs på grund av för höga klientavgifter och så att den avgiftsbelastning som upplevs av personer i behov av kortvarig institutionsvård på grund av vården utifrån en objektiv bedömning hålls på en skälig nivå.¹⁸

¹⁷ Indikatorstabellerna i undersökningen Hälsosamma Finland, vilka beskriver andelen för dem som på grund av brist på pengar prutat på läkarbesök bland annat enligt olika åldrar och utbildningsnivåer är tillgängliga på adressen:

https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/kyselyosuus_2024/ath_absdeprivation_doctor.html

¹⁸ Den beskrivna indikatorn finns för påseende på adressen:

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbMy7HWNQQA®ion=s07MtDZxt87VMwQA>

Vid granskningen av propositionens konsekvenser för människornas hälsa ska man beakta konsekvenserna av den föreslagna reformen av prehospital akutsjukvård och transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård för personernas möjligheter att använda tjänster inom den privata hälso- och sjukvården. Folkpensionsanstalten ersätter en färd till privat hälso- och sjukvård i regel då vård som getts i den privata hälso- och sjukvården kan ersättas ur sjukförsäkringen. I Folkpensionsanstaltens ersättningspraxis är det möjligt att få en ersättning för en färd till privat hälso- och sjukvård även i en situation där en åtgärd som vidtagits av en läkare inte kan ersättas ur sjukförsäkringen, men åtgärden handlar om vård av en sjukdom. Ersättningarna av sjuktransporter som gjorts till en privat vårdplats har varit låg på årsnivå. Antalet förmånsmottagare och avlagda färder har hållits så gott som på samma nivå under de senaste åren. År 2024 fick 64 mottagare ersättningar för sjuktransport för en färd till en privat vårdplats och ersättningar betalades till ett belopp av sammanlagt omkring 34 000 euro för 143 färder. När ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård övergår till välfärdsområdenas organiseringsansvar, betalas inte längre ersättningar för sjuktransport för icke brådskande överflyttningar som hänför sig till den privata hälso- och sjukvården och som gjorts med ambulans samt för andra ambulanstransporter. I så fall skulle klienten själv ansvara för kostnaderna för dessa färder till privat hälso- och sjukvård. Antalet mottagare av ersättningar har dock varit väldigt lågt och ändringen bedöms således inte ha konsekvenser för tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster och därmed på människornas hälsa.

Konsekvenser för äldre personer

Så som konstaterats ovan behöver äldre personer social- och hälsovårdstjänster oftare än den övriga befolkningen. Därmed kan ändringar som gäller klientavgifter inom social- och hälsovården allmänt anses hänföra sig i synnerhet till äldre personer. Den föreslagna utvidgningen av de situationer med debitering av avgiften för prehospital akutsjukvård till ett tillämpningsområde som är bredare än Folkpensionsanstaltens nuvarande praxis för debitering och ersättning av kostnaderna för självrisk ökar sannolikt de avgifter som betalas av äldre personer. Bland de äldre patienter som anlitar transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra ambulanstransporter som ersätts som sjuktransport uppnår fler än i snitt avgiftstaket under kalenderåret. För personer vars klientavgiftstak uppfylls under kalenderåret redan före ändringen kan överföringen av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som genomförs med ambulans från resetakets till klientavgiftstaket minska de avgifter som orsakas av användning av hälso- och sjukvården, såvida inte en person som en följd av ändringen faktureras till ett högre belopp än för närvarande för självriskandelarna för resor som genomförs med andra fordon och som ersätts av Folkpensionsanstalten. Bland de äldre patienter som inte uppnår avgiftstaket under kalenderåret, ökar den ändring som gäller transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra icke brådskande transporter av oinskrivna patienter med ambulans avgifterna, oberoende av om de som en följd av reformen får klientavgifter för prehospital akutsjukvård för situationer som för närvarande inte ersätts med stöd av sjukförsäkringslagen och för vilka inga självrisker således heller tagits ut.

I synnerhet på lång sikt bedöms propositionen mätt i euro öka hälso- och sjukvårdsutgifterna för äldre personer, då de jämnstora avgifterna inom social- och hälsovården som en konsekvens av de ändringar som gäller indexjusteringarna ökar snabbare än med indexjusteringar enligt den gällande lagstiftningen. För äldre personer är detta sannolikt av betydelse främst för de framtida

[&year=sy5ztTbS0zUEAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.5&buildTimestamp=202505220800](#). Det bör beaktas att övergripande information om endast välfärdsområdena (exklusive information om landskapet Åland) inte är tillgänglig.

höjningarna av de jämnstora hälso- och sjukvårdsavgifterna, men de kan även bli föremål till exempel för avgiften för service under ledighet av en närstående vårdare enligt klientavgiftslagen. Denna avgift är dygnspecifik och den ackumulerar inte avgiftstaket. De ändringar som gäller indexjusteringarna av klientavgifterna minskar å sin sida vissa inkomstrelaterade avgifter inom social- och hälsovården på lång sikt. Dessa inkomstrelaterade avgifter riktar sig i synnerhet på den äldre befolkningen, som använder bland annat tjänster inom långvarig institutionsvård, boendeservice med heldygnsomsorg och hemvård.

När avgifterna ökar som en följd av den föreslagna regleringen, bidrar avgiftstaket, som framöver förmodas stiga långsammare än avgiftsnivån, till att skydda att avgiftsbelastningen hålls på en skälig nivå. Dessutom skulle välfärdsområdena i vissa situationer, till exempel då avgiften äventyrar förutsättningarna för en persons försörjning, ha en skyldighet att nedsätta eller efterskänka avgifter som påförts för samtliga socialvårdstjänster och som påförts för hälso- och sjukvårdstjänster utifrån betalningsförmågan. I sista hand tryggas en individs utkomst av utkomststödet, då de jämnstora avgifterna inom hälso- och sjukvården stiger.

Konsekvenser för barnen

Överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och de anknutna lagändringarna, i synnerhet de nya klientavgifterna, har inte betydande konsekvenser för personer under 18 år på befolkningsnivå, eftersom prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård i typfallet behövs av äldre personer. Det bör dock observeras att de föreslagna bestämmelserna om prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård inte innehåller någon begränsning för att ta ut en avgift för en tjänst som använts av en person under 18 år. Följaktligen kan reformen direkt påverka även den avgiftsbelastning som orsakas för vissa minderåriga personer och deras föräldrar. I praktiken kan konsekvenserna gå i samma riktning som bland de andra befolkningsgrupperna, det vill säga att avgifterna beroende på barnets situation kan ändras i någonda riktningen.

Hälso- och sjukvården för personer under 18 år är i stor utsträckning avgiftsfri, varför de föreslagna ändringarna i indexbundenheten för klientavgifterna direkt påverkar de avgifter som tas ut för hälso- och sjukvårdstjänster för väldigt få personer under 18 år (se figur 3, omkring 5 procent är föremål för någon form av förändring). Minderåriga är befriade från avgifterna för läkartjänster inom öppenvården vid en hälsocentral, vård som ges vid en hälsocentralsjour, på en poliklinik inom den specialiserade sjukvården, inom munhälsovården samt vård som ges i serier. Avgifter tas ut även för tjänster som de använt inom specialiserad sjukvård som hänför sig till mun och käkar, de sju första vård dagarna för kortvarig institutionsvård, dag- och nattvård samt rehabiliteringsvård. Eftersom personer med funktionsnedsättning kan bedömas behöva social- och hälsovårdstjänster oftare än i snitt, är det möjligt att anse att även de nu föreslagna ändringarna i indexregleringen riktar sig mer på barn med funktionsnedsättning än barn utan funktionsnedsättning. Den omfattande avgiftsfriheten för hälso- och sjukvårdstjänster gäller dock naturligtvis även för barn med funktionsnedsättning, varför konsekvenserna inte bedöms vara väsentliga, även om de enligt en försiktig uppskattning hänför sig mer till dem än till barn utan funktionsnedsättning. I praktiken går konsekvenserna i fråga om avgifterna för dessa tjänster i samma riktning som konsekvenserna av reformen överlag, det vill säga att det kan bedömas att reformen i viss mån ökar den avgiftsörda som ackumuleras för vårdnadshavarna för de tjänster som minderåriga fått och denna konsekvens ökar under årens lopp.

Som en särskild konsekvens som riktar sig på barn till följd av ändringen av indexregleringen finns det skäl att nämna att regleringen gäller maximibeloppet av den månadsavgift som tas ut

för stöd till boendet för barn som ska ordnas utanför hemmet med stöd av lagen om funktionshinderservice. Eftersom det förutspås att ändringen av indexregleringen ökar avgifterna snabbare än för närvarande, innebär detta med andra ord att även maximiavgiften på 500 euro för stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet stiger snabbare än i en situation enligt den nuvarande regleringen. Om det till exempel förmodas att avgiften i och med ändringen av indexjusteringen ökar enligt samma förmodanden som använts i avsnitt 4.2.1.1 i anknötning till tabell 4, skulle maximiavgiften om fem år vara omkring 31 euro högre än om den indexjusterades enligt den nuvarande lagstiftningen. Enligt statistiken bodde 122 barn eller ungdomar överlag utanför hemmet i slutet av år 2023. Information om antalet personer som hittills beviljats stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet och om hur stor grupp som berörs av denna reglering ännu efter att övergångstiden för den nya lagen om funktionshinderservice gått ut är inte tillgänglig för närvarande. Utifrån den tidigare statistiken är det dock möjligt att bedöma att gruppen av barn som använder tjänster inte är så väldigt stor. På samma gång ska man dock beakta servicens karaktär som en särskild tjänst för de familjer med barn med funktionsnedsättning för vilka stöd som ordnas i hemmet inte är tillräckligt. Detta förutsätter att avgiften hålls på skälig nivå även framöver.

Om en klient har barn och omfattas av långvarig service och betalar vissa inkomstrelaterade avgifter som är föremål för ändringen, har den föreslagna bindningen av inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk till välfärdsområdesindexet för dessa tjänster en fördelaktig konsekvens även för barnfamiljer och minderåriga barn. Om en minderårig själv är en betalande klient för dessa inkomstrelaterade långvariga tjänster och han eller hon har inkomster, kan de föreslagna ändringarna av dessa tjänster vara fördelaktiga även för minderåriga klienter. En minderårig får dock ofta tjänster med stöd av speciallagstiftningen, varvid de avgiftsregleringen kring dessa tjänster påverkar avgifterna och avgiftsfriheten.

Ändringarna av indexregleringen kring de inkomstgränser som används för att fastställa fortlöpande och regelbunden service som ges i hemmet kan även ha konsekvenser för barnfamiljer. Detta därför att denna avgift kan tas ut bland annat för hemservice för barnfamiljer. På samma sätt som även i andra långvariga tjänster i vilka inkomstgränserna påverkar de avgifter som tas ut för dessa har regleringsändringarna sannolikt en fördelaktig konsekvens för de klienter som använder dessa tjänster och de lättar även på klienternas avgiftsbelastning. På samma sätt som i andra motsvarande tjänster innebär ändringarna främst att förmågan för barnfamiljsklienter att klara av de avgiftshöjningar som indexändringen i övrigt för med sig för egen del skyddas. Det kan dock förmodas att detta minskar ett eventuellt behov som uppkommer för barnfamiljerna att ansöka om lättnad med stöd av 11 § i klientavgiftslagen för de avgifter som påförts dem.

Det bör beaktas att ändringen av indexregleringen påverkar den i klientavgiftsförordningen föreskrivna maximiavgiften för vissa tjänster enligt barnskyddslagen, vilken ska tas utifrån en barns och en ung persons inkomster. För närvarande uppgår maximiavgiften till 2 190,5 euro per månad. Om den konsekvens i euro som uppkommer under fem år på grund av indexregleringen uppskattades på samma sätt som ovan för avgiften för stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet, skulle maximiavgiften efter fem år vara omkring 100 euro högre än den indexjusterade avgiften enligt den nuvarande lagstiftningen. Även om höjningen är jämförelsevis stor i euro, bedöms det i praktiken inte alls finnas sådana barn och ungdomar vars inkomster som beaktas då klientavgiften bestäms (inklusive underhållsbidrag som betalas till ett barn) överskrider maximibeloppet av avgiften. Välfärdsområdet har dessutom i varje fall en skyldighet att sänka socialvårdsavgifterna eller att helt låta bli att ta ut dem, om de äventyrar förutsättningarna för utkomsten för en minderårig eller hans eller hennes familj.

Även den föreslagna utvidgningen av tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service påverkar barnen och barnfamiljerna. Eftersom det inte är möjligt att ta ut någon avgift för oanvänd service av personer under 18 år, är konsekvenserna för barn främst indirekta. Om utvidgningen av tillämpningsområdet för oanvänd service och förutsättningarna för debitering av en avgift i nya situationer leder till att välfärdsområdena utvecklar bland annat sin praxis för att ge föräldrarna information om tider som kan bokas eller bokade tider för familjerättsliga tjänster och tider för umgänge mellan ett barn och en förälder, är det möjligt att förslaget om bestämmelser om förutsättningarna för att ta ut en avgift indirekt även förbättrar barnets möjligheter att få tillräckligt underhåll av och kontakt med en sådan förälder hos vilken barnet inte bor. I dessa situationer kan det bedömas att barnets bästa tillgodoses bättre än för närvarande. I synnerhet om informationen om de jämförelsevis strikta förutsättningarna för att debitera klientavgiften för oanvänd service inte når föräldrarna, är det dock möjligt att detta påverkar en förälder då han eller hon överväger om han eller hon överlag vågar förbinda sig till exempelvis övervakat och stöttat umgänge. I så fall kan konsekvenserna av avgiftsregleringen vara skadliga för barnets bästa.

En central internationell konvention för barn är FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59 och 60 /1991, nedan barnkonventionen). Enligt artikel 9 i konventionen ska konventionsstaterna respektera rätten för det barn som är skilt från den ena av eller båda föräldrarna att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa.

Enligt artikel 24 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Enligt samma artikel ska konventionsstaterna sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. FN:s kommitté för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar om artikel 24 (CRC/C/GC/15) konstaterat att konventionen förutsätter att konventionsstaterna inför alla lämpliga lagstiftningsmässiga, administrativa och övriga åtgärder för att tillgodose barnens rätt till hälsa utan diskriminering. Kommittén har ansett att konventionsstaterna genom lagstiftningsåtgärder ska säkerställa att barnets rätt till nödvändiga och barnvänliga hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet samt till tillhörande tjänster förverkligas oberoende av barnets betalningsförmåga. Enligt kommittén får lagstiftningen inte orsaka diskriminerande konsekvenser eller hinder för tillgodoseendet av barnets hälsa (punkt 94).

Enligt artikel 26 i barnkonventionen ska konventionsstaterna erkänna varje barns rätt att åtnjuta social trygghet, inklusive socialförsäkring, och vidta nödvändiga åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt i enlighet med nationell lagstiftning. Förmånerna, där så är lämpligt, ska enligt konventionen beviljas med hänsyn till de resurser som barnet och de personer som ansvarar för dess underhåll har och deras omständigheter i övrigt samt med hänsyn till varje annat förhållande som är av betydelse i samband med en ansökan om en sådan förmån från barnet eller för dess räkning. Kommittén för barnets rättigheter har dock inte tagit ställning till vad som närmare avses med social trygghet. I Finland förstås det att den sociala tryggheten omfattar bland annat de förmåner som tryggar försörjningen vid sjukdom eller arbetslöshet, utkomststödet som är ett sistahandsstöd och de förmåner som riktar sig på barnfamiljer och personer med funktionsnedsättning. Ersättningar för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och sjuktransporter som inte ingår i den handlar i sig om sådan socialförsäkring som nämns i artikeln, men när denna del av socialförsäkringen slopas i och med de föreslagna ändringarna blir dessa färder en del av de hälsovårdstjänster för vilka tillgången ska säkerställas enligt artikel 24 i konventionen.

Enligt artikel 27 i konventionen om barnets rättigheter erkänner konventionsstaterna varje barns rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och

sociala utveckling. Föräldrar eller andra som är ansvariga för barnet, har inom ramen för sin förmåga och sina ekonomiska resurser, huvudansvaret för att säkerställa de levnadsvillkor som är nödvändiga för barnets utveckling. Enligt samma artikel ska konventionsstaterna i enlighet med nationella förhållanden och inom ramen för sina resurser vidta lämpliga åtgärder för att bistå föräldrar och andra som är ansvariga för barnet att genomföra denna rätt och vid behov tillhandahålla materiellt bistånd. I en allmän kommentar av kommittén för barnets rättigheter och i dess rekommendationer till konventionsstaterna har tillräcklig levnadsstandard uttrycks i konkret form bland annat genom hänvisningar till tillräcklig näring, nåbar hälsa och kläder (<http://hrlibrary.umn.edu/crc/comment9.html>, punkt 3 och <https://www.refworld.org/policy/polrec/crc/2003/en/37934>, punkt 56).

Med beaktande av de barn som är föremål för direkta konsekvenser av reformerna i och med att de ökar vårdnadshavarnas avgiftsbelastning på grund av barnen, den låga proportionella andelen och att avgifterna för ett barn och hans eller hennes vårdnadshavare i enlighet med klientavgiftslagen kan ackumulera samma avgiftstak, att en patient de facto vårdas i hälso- och sjukvården samt att tjänster fås från socialvården utan att patientens eller klientens betalningsförmåga verifieras i förväg, kan det aktuella förslaget på allmän nivå anses stå i samklang med förpliktelseerna i barnkonventionen. Dessutom tryggas tillräcklig försörjning för barnen och tillgången på hälsovårdstjänster för barnen och deras vårdnadshavare genom den nationella sociala tryggheten, i sista hand genom utkomststödet, även om beviljandet av avgiftsnedsättningar eller -befrielser i fråga om vissa avgifter är primärt i förhållande till utkomststöd med stöd av klientavgiftslagen och även om det finns befintlig praxis av grundlagsutskottet om att klientavgifter inte får leda till ett behov av utkomststöd som är sistahandsstödet (till exempel GrJU 21/2016 rd).

Med tanke på barnkonventionen bör man ännu även beakta eventuella indirekta konsekvenser för barnen av de föreslagna ändringarna. De avgifter som tas ut av ett barns vårdnadshavare kan påverka deras underhållsförmåga. Förvärrat och utdraget ekonomiskt trångmål för barnfamiljer och eventuella utdragna och förvärrade hälsoproblem för föräldrarna, vilket kan vara en följd i synnerhet av de upplevda avgiftshöjningarna, kan vara skadliga för barnens välbefinnande och hälsa. I synnerhet om konsekvenserna av ändringen av indexregleringen ackumuleras och i de situationer där barnets båda vårdnadshavare eller barnets enda vårdnadshavare lever på olika socialförmåner, vars nivå förmodligen ökar långsammare än nivån på de jämnstora klientavgifterna, är det möjligt att det föreligger vissa få enskilda fall som är problematiska med tanke på den artikel som tryggar levnadsstandarden. Dessa utmaningar kan dock för egen del avvärjas genom att det avgiftstak som skyddar dem som i hög grad använder tjänster förmodligen ökar långsammare än avgiftsnivån och i sista hand genom det redan nämnda utkomststödet.

Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning

När man talar om personer med funktionsnedsättning, finns det skäl att beakta att man i Finland inte använder en enda definition av person med funktionsnedsättning eller status för funktionsnedsättningen. I Finland finns det inte heller något register eller någon statistik över det totala antalet personer med funktionsnedsättning. Det är möjligt att få en fingervisning om antalet personer med funktionsnedsättning till exempel utifrån det antal som använder funktionshinderservicen eller antalet mottagare av Folkpensionsanstaltens handikappförmåner. I konsekvensbedömningen av de föreslagna reformerna har en fingervisning om situationen för personer med funktionsnedsättning fåtts genom att uttryckligen skilja åt personer som får handikappbidrag för vuxna och personer som får handikappbidrag för barn från Folkpensionsanstalten. Denna granskningsvinkel avgränsar å ena sidan sådana personer med

funktionsnedsättning som är i pension och på grund av detta får vårdbidrag för pensionstagare och å andra sidan inkluderar den sådana personer som inte nödvändigtvis är berättigade till exempelvis funktionshinderservice i gruppen av personer med funktionsnedsättning. Enligt den uppskattning som publicerats år 2024 av Institutet för hälsa och välfärd uppgår användarna av funktionshinderservicen till sammanlagt omkring 130 000 personer, vilket är 2,3 procent av befolkningen i Finland.

Det är känt att mottagarna av handikappförmåner, inklusive mottagare av vårdbidrag för pensionstagare, oftare får grundläggande utkomststöd än den övriga befolkningen. Stödbehovet är dock ofta kortvarigt. Det har även uppskattats att personer med funktionsnedsättning i stor utsträckning får sina inkomster från inkomstöverföringar. (<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721376/vammaisetuukisien-saajat-saavat-selvasti-muuta-vaestoa-yleisemmin-perustoimeentulotukea>.) Det kan bedömas att personer med funktionsnedsättning i snitt oftare behöver social- och hälsovårdstjänster och eftersom personer med funktionsnedsättning i stor utsträckning får sin inkomst utifrån olika förmåner, kan det bedömas att de använder i synnerhet offentliga tjänster. Det bör dock observeras att personer med funktionsnedsättning inte är en homogen grupp, utan gruppen omfattar även personer som klarar sig bra ekonomiskt och vars utkomst inte äventyras av en uppgång i avgiftsbelastningen på grund av offentliga tjänster och som kan anlita även privata social- och hälsovårdstjänster om de så vill. I den stora bilden är det dock viktigt att avgifterna för enskilda social- och hälsovårdstjänster och den övergripande avgiftsbelastningen av social- och hälsovårdstjänster hålls på en skälig nivå i synnerhet för personer med funktionsnedsättning.

I samband med beredningen av propositionen har man granskat hur överföringen av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten från sjukförsäkringen till systemet med klientavgifter påverkar i synnerhet personer med funktionsnedsättning. I granskningen beaktades nivån på det handikappbidrag som personen får (handikappbidrag med grundbelopp, handikappbidrag med förhöjt belopp eller handikappbidrag med högsta belopp). Såsom i den övriga befolkningen är det relativt sällsynt att transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller andra ambulanstransporter som för närvarande ersätts av Folkpensionsanstalten används av mottagare av handikappbidrag. I granskningen observerades inte heller skillnader mellan hur ändringen riktar sig mellan personer med funktionsnedsättning och den övriga befolkningen. Som helhet kan den reform som gäller transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och andra transporter som görs med ambulans sänka eller höja avgiftsbelastningen för personer med funktionsnedsättning beroende på användningen av andra tjänster och uppnåendet av klientavgiftstaket. Även till denna del är konsekvenserna likadana som hos den övriga befolkningen. I snitt ökar ändringen dock bördan på grund av hälso- och sjukvårdsavgiften i relativt liten mån även för personer med funktionsnedsättning.

På allmän nivå kan personer med funktionsnedsättning bedömas höra till den grupp vars vardag påverkas av de avgiftsförhöjningar som de facto äger rum som en följd av den föreslagna reformen av indexregleringen. En del av personerna med funktionsnedsättning kan ha närståendevårdare, varför höjningarna av de avgifter som tas ut för tjänster under närståendevårdarens ledighet kan ha konsekvenser för personer med funktionsnedsättning. I övrigt riktar sig höjningarna i fråga om personer med funktionsnedsättning i synnerhet på avgiften för stödet för barn för boende som ordnats utanför hemmet, vilken reglerats i lagen om funktionshinderservice och behandlats mer ingående ovan i fråga om konsekvenserna för barn och barnfamiljer. Indexregleringen påverkar inte övriga avgifter som tas ut för den övriga funktionshinderservicen. De konsekvenser som gäller andra avgifter kan hänföra sig till personer med funktionsnedsättning i synnerhet på grund av det större behovet av hälso- och sjukvårdstjänster i snitt för personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga

befolkningen. Även i och med ändringen av bestämmelsen om tillämpningsområdet för lagen om funktionshinderservice och välfärdsområdenas trängda ekonomiska situation är det möjligt att en del av de personer som får avgiftsfri funktionshinderservice framöver i områdena kan anses klara sig med de primära tjänsterna enligt socialvårdslagen, vilket kan bidra till att påverka avgiftsbelastningen för dessa personer med funktionsnedsättning. Konsekvenserna har betydelse i synnerhet på lång sikt, då ändringens konsekvenser ackumuleras.

Så som framgår ovan, är inget kunskapsunderlag över hur avgifterna för oanvänd service riktar sig tillgängligt. I princip kan man dock konstatera att utvidgningen av tillämpningsområdet för avgiften på samma sätt som för den övriga befolkningen kan påverka även personer med funktionsnedsättning, om de inte avbokat eller använder tjänster och/eller tider. I den föreslagna regleringen har man dock beaktat att det kan vara oskäligt att ta ut en avgift till exempel på grund av en funktionsnedsättning.

I bedömningen av propositionens konsekvenser för personer med funktionsnedsättning ska man i synnerhet beakta FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26 och 27/2016, nedan funktionshinderkonventionen) och tolkningspraxis i anknytning till den. Artikel 19, 25 och 28 i konventionen innehåller föreskrifter som är väsentliga för den aktuella reformen och så omfattas de av tolkningspraxis som är väsentlig för reformen. Enligt artikel 25 om hälsa i funktionshinderkonventionen ”erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska särskilt erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram.” I samband med beredningen hittades inte tolkningspraxis om skäliga priser för service av kommittén för rättigheterna för personer med funktionsnedsättning, varför termen lämnar utrymme för tolkning. Enligt artikel 28 i funktionshinderkonventionen ska konventionsstaterna säkerställa rätten för personer med funktionsnedsättning till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj samt bland annat till ständigt förbättrade levnadsvillkor. I punkt 2 i samma artikel förutsätts att ”konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning till social trygghet och att åtnjuta denna rätt (till en tillräcklig levnadsnivå) utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och de ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att trygga och främja att denna rätt förverkligas”. I sin allmänna kommentar nr 5 om artikel 19 (Rätt att leva självständigt och att delta i samhället) lyfter FN:s kommitté för rättigheterna för personer med funktionsnedsättning fram att ett hinder för att verkställa artikel 19 är bland annat avsaknad av tjänster till rimligt pris till exempel i hälso- och sjukvården (CRPD/C/GC/5, punkt 15 h). Inte heller i detta sammanhang preciseras vad som avses med hälsovårdstjänster till rimligt pris.

I ljuset av funktionshinderkonventionen är det synnerligen problematiskt om klientavgifterna blir så stora att de inte längre kan anses vara rimliga och om levnadsnivån för personer med funktionsnedsättning inte längre är tillräckligt hög som en följd av avgifterna. I samband med beredningen av propositionen har det dock bedömts att den sociala tryggheten i sista hand skyddar även tillräckligheten i utkomsten för personer med funktionsnedsättning och konsekvenserna av ändringarna av indexregleringen för personer som i hög grad använder tjänster skyddas även framöver av det belopp av avgiftstaket vilket är bundet till folkpensionsindexet och den avgift som tas ut kortvarig institutionsvård och institutionservice efter att avgiftstaket uppnåtts. Som helhet ökar de föreslagna reformerna i synnerhet på lång sikt avgiftsbelastningen för personer med funktionsnedsättning och de kan likaså på lång sikt i enskilda situationer leda till potentiella situationer där avgiftsbelastningen är oskälig med tanke på en individs övergripande situation. I dessa situationer tryggar utkomststödet dock i sista hand

även utkomstens för personer med funktionsnedsättning. De föreslagna ändringarna bedöms dock inte på allmän nivå leda till oskäligen avgifter eller särskilt påverka ställningen för personer med funktionsnedsättning och de ska således anses stå i samklang med skyldigheterna i funktionshinderkonventionen.

Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och de anknutna klientavgifterna bedöms inte rikta sig på olika sätt mellan könen. Utifrån de uppskattningar som gjorts med mikrosimuleringen ser det ut som om konsekvensen för klientavgifterna av ändringen av de transporter som ingår i prehospital akutsjukvård fördelar sig väldigt jämnt mellan könen.

Kvinnorna använder mer offentliga social- och hälsovårdstjänster än männen och därför hänför sig ändringarna av klientavgifter ofta mer till kvinnor än till män. Så som framgår ovan bedöms avgiftsändringarna på grund av ändringarna av indexjusteringarna enligt denna proposition även rikta sig något mer på kvinnor än på män. Skillnaderna mellan könen är dock jämförelsevis små.

Det finns ingen information om hur den avgift som tas ut för oanvänd service fördelar sig enligt kön.

Konsekvenser för valfriheten för personer som behöver ambulanstransporter

Under beredningen av propositionen har det identifierats att den föreslagna regleringen kan påverka möjligheten för personer som behöver ambulanstransporter inom den icke brådskande hälso- och sjukvården att utöva den valfrihet som för närvarande tryggas i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 47 § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen får en person välja vid vilken hälsovårdscentral eller vilken hälsostation 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. Enligt lagens 47 § 3 mom. får en person även välja vilken vårdgivande verksamhetsenhet inom ett välfärdsområdes specialiserade sjukvård han eller hon vill anlita, oavsett inom vilket välfärdsområdes område verksamhetsenheten finns. Den nuvarande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen möjliggör att en patient i situationer där en han eller hon behöver ambulanstransporter för att nå hälso- och sjukvården, alltid kan få ersättning åtminstone för den del av resekostnaderna som hade uppkommit för honom eller henne om han eller hon hade uppsökt vård vid den närmaste möjliga verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården vilken tillhandahåller den ifrågavarande vården. På ovan konstaterade sätt har Folkpensionsanstaltens nuvarande ersättningspraxis möjliggjort att ersättning delvis fås i en större omfattning än detta. De nu föreslagna regleringslösningarna ålägger dock inte välfärdsområdena att ordna ambulanstransporter i dessa situationer som baserar sig på användning av valfriheten, vilket för de patienter som behöver dessa transporter är en försämring i förhållande till det gällande rättsläget. I vilken mån denna service framöver erbjuds på marknaden för klienter som eventuellt betalar för den fullt ut på egen hand beror på de allmänna företagskonsekvenserna av reformen. Reformen kan således innebära att möjligheterna att utöva valfriheten för personer som behöver dessa transporter är ännu mer avgränsade. Enligt den information som fås från Folkpensionsanstalten har man under de senaste åren betalat ut ersättningar för endast några resor, varför denna i sig principiellt betydande regleringslösning inte bedöms ha någon stor praktisk betydelse i förhållande till nuläget. Genom reformen tryggas att de välfärdsområden som i respektive situation ansvarar för att sköta vården av personer som behöver ambulanstransporter är skyldiga att ordna de

ambulanstransporter som behövs för att få vård och således påverkar regleringen i sig inte på personernas möjlighet att få den vård som de behöver.

Konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna

Med de föreslagna regleringslösningarna tryggas tillgodoseendet av den i 19 § i grundlagen tryggade rätten för en enskild person att få tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. När finansierings- och organiseringsansvaret för prehospital akutsjukvård och andra ambulanstransporter som Folkpensionsanstalten ersätter för närvarande innehas av samma aktör som har ansvaret även för övriga hälsovårdstjänster, kan den aktör som ordnar tjänsterna rikta den finansiering som den fått för att ordna dessa beroende på hur kostnader uppstår av tjänsterna. I bästa fall kan detta påverka tillgången på tjänster och åtkomsten till tjänster positivt. Då transporter av oinskrivna patienter vilka görs med ambulans och inte ingår i prehospital akutsjukvård övergår till välfärdsområdenas organiseringsansvar och motsvarande transporter som genomförs med andra fordon fortfarande ersätts av Folkpensionsanstalten med stöd av sjukförsäkringslagen, kan det för välfärdsområdena uppkomma ett incitament att flytta patienter till exempel till taxitransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten, så att kostnader inte orsakas för välfärdsområdet. Utgångspunkten för ordnandet av ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård enligt den föreslagna regleringen utgörs fortfarande av en medicinsk bedömning av behovet av sådana transporter, vilken fram till nu skett vid välfärdsområdena och vilken inte får påverkas av ekonomiska orsaker. Vid beredningen har det dock identifierats att denna fråga är komplex.

Det är även möjligt att föreställa sig att införandet av välfärdsområdesindexet och det utvidgade tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service för egen del är en metod för att stärka resurserna för att sköta välfärdsområdenas skyldigheter att ordna tjänster, vilket säkerställer att tillgången på tjänster ligger kvar på nuvarande nivå. Även om dessa reformer tar sig i uttryck som ofördelaktiga konsekvenser för en del av de klienter som använder tjänster och även om det konstaterats att reformerna i synnerhet på lång sikt i enskilda fall kan leda till utmaningar för att klara av klientavgifterna, bedöms de dock inte försämra tillgången på tjänster för klienterna, och reformerna bedöms således inte försvaga tillgodoseendet av den rätt som tryggats i 19 § i grundlagen.

En annan grundläggande fri- och rättighet som är betydande med tanke på denna reform är jämlikheten. Regleringslösningarna har valts på så sätt att de tryggar att jämlikhet tillgodoses. Dessa regleringslösningar beskrivs närmare i avsnitt 12.2 i denna proposition. Bedömt som en helhet anses propositionen inte ha någon konsekvens för hur jämlikheten tillgodoses i förhållande till det tidigare sakläget. Övergången av ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård från det riksomfattande ersättningssystemet för sjukförsäkringen till välfärdsområdenas organiseringsansvar kan dock påverka hur jämlikheten mellan invånarna i de olika välfärdsområdena i praktiken tillgodoses i fråga om tillgången på dessa transporter. I de olika välfärdsområdena kan praxis för bedömningen av behovet av ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård dock avvika från varandra, vilket kan ha konsekvenser för tillgången på jämlika hälso- och sjukvårdstjänster. I lagstiftningen är det inte möjligt att detaljerat fastställa de situationer där en patients hälsotillstånd förutsätter att dessa transporter ordnas. I och med att antalet aktörer som tillämpar denna reglering är stort och ersättningar enligt sjukförsäkringslagen, vilka välfärdsområdena inte finansierar, på det som beskrivits ovan betalas för resor inom hälso- och sjukvården vilka gjorts med andra fordon än ambulans, är det möjligt att i synnerhet välfärdsområden med ekonomiska utmaningar i högre grad än för närvarande strävar efter att styra patienter till exempel till taxitransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten.

Propositionens sammantagna konsekvenser tillsammans med de andra reformprojekten under regeringsperioden

Under innevarande regeringsperiod har förmånslagstiftningen och delvis även de offentliga tjänsterna reformerats i flera projekt. Nedan beskrivs kort de sammantagna konsekvenser som ansetts vara behövliga att bedöma i samband med beredningen av denna proposition.

För en kort tid sedan godkändes lagstiftning som gäller minskning av de jourmottagningar som har öppet dygnet runt (RP 149/2024 rd). Ändringen genomfördes genom ändringar av hälso- och sjukvårdslagen och andra lagar. I samband med reformen bedömdes inte ändringens konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi, med hänsyn till de ändringar som föreslagits i denna proposition. Ändringen har dock beaktats i de ekonomiska konsekvenserna av denna proposition.

Klientavgifterna inom social- och hälsovården höjdes genom den ändring av klientavgiftsförordningen som genomfördes år 2024 på så sätt att avgifterna för primärvård enligt klientavgiftsförordningen höjdes i regel med 22,5 procent och avgifterna för specialiserad sjukvård i regel med 45 procent. Som en följd av höjningarna uppskattades det att välfärdsområdena kan ta ut omkring 150 miljoner euro mer i klientavgifter. Maximibeloppen av de höjda avgifterna trädde i kraft från början av år 2025. Därtill höjdes maximibeloppet av avgiften för oanvänd service genom en lagändring från och med ingången av år 2026. I synnerhet de höjningar som genomfördes genom förordningen bedömdes vara avsevärda, men de bedömdes dock inte direkt påverka klienternas tillgång på tjänster. Vid beredningen identifierades dock eventuella individuella situationer där avgiftshöjningarna tillsammans med de andra ändringar som gjorts under regeringsperioden eventuellt kan påverka en individ då han eller hon överväger att uppsöka tjänster.

Även den aktuella propositionen leder till en uppgång i klientavgifterna, om välfärdsområdena beslutar om avgifterna och indexjusteringarna av dessa i enlighet med maximivån i lagstiftningen. De avgiftshöjningar som genomförs genom detta förslag kan allmänt taget, jämfört med de tidigare höjningarna av dessa, anses vara av relativt liten betydelse för klienternas avgiftsbelastning och ställning, trots att tillägnandet av den nya indexregleringen är en principiellt betydande förändring för personer som är beroende av förmåner och för prehospital akutsjukvård och icke brådskande ambulanstransporter som ordnas för oinskrivna patienter är det framöver möjligt att ta ut en klientavgift som i förhållande till den nuvarande självriskan är högre. Vid granskningen av de sammantagna konsekvenserna ska man beakta att i synnerhet det kalenderårsvisa beloppet av de klientavgifter som betalas för hälso- och sjukvårdstjänster även framöver begränsas av avgiftstaket, som till följd av indexjusteringarna även framöver utvecklas i samma förhållande som de förmånsinkomster som är centrala för klienterna och förmodligen de allra lägsta.¹⁹ På grund av de individuella situationerna kan i synnerhet i en klient med låga inkomster dock ha svårigheter att klara av klientavgifterna, vilket i individuella situationer kan påverka en individ då han eller hon överväger till exempel att uppsöka tjänster. I dessa situationer kan det föreligga rätt att få lättnad för klientavgiften. I sista hand tryggar utkomststödet en tillräcklig utkomst för en person i en situation där avgiftsbelastningen i en rättslig mening kan anses vara oskälig i förhållande till hans eller hennes inkomster, men där avgiftstaket inte ännu uppnåtts eller de andra skyddsmedlen i lagstiftningen inte längre är tillgängliga. Med beaktande av de sammantagna konsekvenserna

¹⁹ Avgiftstaket och många av Folkpensionsanstaltens förmåner är bundna till folkpensionsindexet, se närmare ovan i avsnitt 2.1.6.

bedöms de nu föreslagna ändringarna av klientavgifterna således inte bilda något hinder för en klients åtkomst till tjänsterna. Det är möjligt att bedöma att de redan genomförda och de nu föreslagna klientavgiftsändringarna för egen del kan bidra till att trygga att staten ur en ekonomisk synvinkel även framöver kan upprätthålla en nivå på den sociala tryggheten vilken är tillräcklig med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.

De sammantagna konsekvenserna av de lagändringar som gäller social trygghet och som trädde i kraft åren 2024 och 2025 har bedömts i en promemoria som publicerats av social- och hälsovårdsministeriet på hösten 2024²⁰. Även inverkan av höjningen av klientavgifterna för år 2025 har beaktats i promemorian. Enligt promemorian är konsekvensen av ändringarna av klientavgifterna år 2025 för de tillgängliga inkomsterna för dem som betalat klientavgifter allra störst i de tre nedersta inkomstdecilerna. Ändringarna i klientavgifterna hänför sig dock jämnare till alla inkomstdeciler jämfört med de ändringar i utkomststödet vilka bedömts i promemorian. Jämfört med övriga ändringar av den sociala tryggheten under regeringsperioden är ändringarna av klientavgiften år 2025 relativt liten för de tillgängliga inkomsterna för de privata hushållen. Bland de olika åldersgrupperna har de tidigare ändringarna av klientavgifterna under regeringsperioden hänfört sig i synnerhet till den äldre befolkningen.

På lång sikt uppkommer de konsekvenser som ökar avgiftsbelastningen för klienten som en följd av denna proposition i regel av att välfärdsområdesindexet införs i indexjusteringarna och av att indexjusteringarna framöver görs årligen. Så som framgått ovan, görs indexjusteringar redan för närvarande, och som en följd av dessa varierar även inkomsterna för klienter som lever på förmåner något med tidens gång, eftersom förmånerna ofta är bundna till vissa index. Dessutom varierar löntagarnas inkomster med tidens gång, men det kan förmodas att även dessa stiger. Således påverkar indexjusteringarna inte klienterna på helt samma sätt som de egentliga indexhöjningarna, eftersom de tillgängliga inkomsterna för klienterna utvecklas i samma riktning (även om de inte nödvändigtvis gör det på helt samma sätt) som klientavgifterna utvecklas i och med indexjusteringarna. De ändringar som gäller indexjusteringarna hänför sig till den breda grupp av personer som anlitar social- och hälsovårdstjänster, till vilka även de tidigare höjningarna av klientavgifterna under regeringsperioden har hänfört sig. Höjningarna av enskilda avgifter (klientavgiften för prehospitalet akutsjukvård och klientavgifterna för transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård) hänför sig å sin sida till en relativt avgränsad grupp i befolkningen. Till exempel den ändring som gäller prehospitalet akutsjukvård berör omkring fem procent av befolkningen. I denna grupp har största delen endast ett fåtal enskilda färder inom prehospitalet akutsjukvård på årsnivå. På kort sikt är propositionens konsekvenser för invånarnas avgifter i snitt relativt små. För vissa personer kan ändringarna dock leda till en avsevärd uppgång i avgifterna även på kort sikt. Det är möjligt att göra en försiktig uppskattning om att konsekvenserna av den aktuella propositionen, i enskilda fall, tillsammans med övriga ändringar under regeringsperioden, i synnerhet på lång sikt kan bidra till att öka utmaningarna för att klara av avgifterna för klienter med låga inkomster och/eller klienter som lever på förmåner. Den föreslagna regleringen innehåller dock även sådana särdrag som bidrar till att skydda klientens ställning och i sista hand tryggas klientens ställning dels genom regleringen kring avgiftstaket och avgiftslättnaderna, dels genom utkomstskyddet som

²⁰ De sammantagna konsekvenserna av ändringarna i den sociala tryggheten 2024 och 2025 för hushållens ekonomiska ställning, SHM 23.9.2024, se <https://stm.fi/documents/1271139/198978037/Yhteisvaikutukset+kotitalouksien+taloudelliseen+asemaan.pdf/8faeab99-e198-0ec0-0382-88bf718bcbcd/Yhteisvaikutukset+kotitalouksien+taloudelliseen+asemaan.pdf?t=1727089437080>

är ett sistahandsskydd. Genom propositionen ändras inte regleringen kring klientavgiftstaket och de föreslagna indexjusteringsändringarna som gäller regleringen kring beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna för de inkomstrelaterade avgifterna är neutrala eller positiva ur klientens synvinkel.

I december 2025 godkände riksdagen en totalreform av lagen om utkomststöd (RP 116/2025 rd), som i huvudsak trädde i kraft den 1 februari 2026. Genom lagändringen stärks bland annat skyldigheten för den som ansöker om utkomststöd att anmäla sig som arbetslös sökande av heltidsarbete och ansöka om primära förmåner. Därtill nedskärs utkomststödet grunddel med 2–3 procent och avdraget för förvärvsinkomst slopas för personer som fyllt 18 år. I regeringens proposition om lagändringen bedömdes att en totalreform av lagstiftningen om utkomststödet kan försvaga den ekonomiska ställningen för vissa privata hushåll som får utkomststöd. Beaktandet av klientavgifter i det grundläggande utkomststödet är dock inte föremål för ändringar, varför totalreformen av lagen om utkomststöd inte riktar sig på ett avvikande sätt för andra grupper än uttryckligen de privata hushåll som är mottagare av utkomststöd och som betalar klientavgifter. Även framöver är det möjligt att beakta klientavgifterna inom hälso- och sjukvården till verkligt belopp som andra grundläggande utgifter i det grundläggande utkomststödet. Det är dock obestridligt att de nedskärningar som gjorts genom lagändringen i utkomststödet grunddel ytterligare minskar det allmänna ekonomiska handlingsutrymmet för personer som behöver utkomststöd. I fråga om förmågan att betala klientavgifter kan detta beroende på de individuella situationerna i liten mån synas i det övergångsskede då en person kommer bort från det utkomstskydd som är ett sistahandsskydd och börjar få andra förmåner eller förvärvsinkomster. I samband med reformen av lagen om utkomststöd bedömdes att en nedskärning i grunddelen, beroende på typen av privat hushåll, innebär en månatlig grunddel i utkomststödet vilken i 2025 års nivå är omkring 13–19 euro lägre än tidigare för ett privat hushåll. Av de enskilda klientavgifterna skulle endast en liten del på den nuvarande lagstadgade maximiavgiftsnivån (de senaste indexjusteringarna trädde i kraft från början av år 2026), även som en följd av reformen, i euro vara lägre än den maximinedskränning som gjorts i den månatliga grunddelen per privat hushåll. Med andra ord är det möjligt att tänka sig att eftersom det i varje fall inte länge varit möjligt att täcka den största delen av de enskilda klientavgifterna i och med förmånsnedskärningen per privat hushåll, påverkar ändringen på allmän nivå inte avsevärt förmågan att betala klientavgifter efter de nu föreslagna ändringarna av klientavgifterna, åtminstone inte på kort sikt, i fråga om de personer vars inkomster under en viss månad överstiger den nya grunddelen, men understiger den tidigare grunddelen och alltså inte längre framöver får utkomststöd. I denna mening är det dock en aning svårt att uppskatta konsekvenserna på lång sikt, men inte heller i detta fall förmodas de sammantagna konsekvenserna vara väldigt avsevärda på en allmän nivå. Om den framtida utvecklingen dock går i en annan riktning, har statsmakten en skyldighet att omvärdera om den grundlagstryggade rätten till social trygghet tillgodoses på behörigt sätt i den nya situationen.

En annan avsevärd reform som nyligen gjorts i förmånssystemet är att grunddagpenningen och arbetsmarknadsstödet ersätts med ett allmänt stöd (RP 112/2025 rd). I euro är det allmänna stödet högst lika stort som grunddelen för den förvärvsrelaterade inkomstdagpenningen. Denna reform har således inte någon negativ inverkan på de tillgängliga inkomsterna för förmånmottagarna. Således kan den inte bedömas ha sammantagna konsekvenser som är av minst signifikativ nivå tillsammans med denna proposition.

Som sammandrag av de sammantagna konsekvenserna kan det konstateras att den föreslagna regleringen, trots de identifierade konsekvenserna, inte bedöms ha sådana avsevärda sammantagna konsekvenser, som utifrån den tillgängliga informationen bedöms försvaga den sociala trygghet som tryggats som en grundläggande fri- och rättighet. En avsevärd omständighet i bakgrunden av den föreslagna regleringen utgörs tvärtom av att för egen del

genom en tillräcklig finansieringsnivå trygga en tillräcklig nivå på den sociala tryggheten även framöver. Säkerställandet av finansieringens tillräcklighet har således ett samband med de tjänster som tryggats som grundläggande fri- och rättigheter. Med den strävar man efter att säkerställa tillgång på jämlika och tillräckliga tjänster för hela befolkningen även framöver.

4.2.4 Konsekvenser för internationella situationer

Konsekvenser för privatpersoners rättigheter i internationella situationer

Den föreslagna ändringen förmodas inte ha någon konsekvens för rättigheterna för personer som saknar hemkommun då de vistas i Finland. Personerna har fortfarande rätt att inom ramen för deras vårdrett få de transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och de ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård vilka de behöver. Om en person har en lagenlig rätt att få de hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdet erbjuder till priset av klientavgiften, täcker detta även de transporter som ingår i den prehospitala akutsjukvård som välfärdsområdets ordnar och de ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård. I övriga situationer är patienten i princip framöver skyldig att själv i sin helhet betala kostnaderna för de tjänster som han eller hon fått.

Enligt propositionen ersätts kostnaderna för en sjuktransport inte längre med stöd av sjukförsäkringslagen. Ändringen har en konsekvens även i en situation där transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård ges till en person som är sjukförsäkrad i Finland eller som omfattas av Finlands kostnadsansvar för hälso- och sjukvården i en annan EU- eller EES-stat, Schweiz eller i Storbritannien. I och med ändringen kan en person inte längre få ersättning för dessa kostnader från Folkpensionsanstalten med stöd av 11 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Med stöd av 9 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård kan Folkpensionsanstalten dock ersätta kostnader för transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård vilka uppstått utomlands som en del av de offentliga hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdet ordnar. Förutsättningen är att personen själv betalat de kostnader som orsakats av vården, inklusive av ovan nämnda transporter. Den ersättning som en person får bestäms utifrån kostnadsnivån på motsvarande vård i välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen och klientavgiften. Således är det även framöver möjligt att ersätta transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård till en sådan person, men endast om motsvarande kostnader skulle ha uppkommit i en motsvarande situation där personen hade utträttat ärenden i sitt eget välfärdsområde. Detta är en förändring jämfört med den gällande lagstiftningen, enligt vilken Folkpensionsanstalten haft möjlighet att separat ersätta även kostnader för sjuktransport med stöd av sjukförsäkringslagen.

Med stöd av lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård kan personen inte få ersättning från Folkpensionsanstalten, om han eller hon betalat endast klientavgiften för den vård som han eller hon fått enligt lagstiftningen i den stat som gett vården. Även framöver kan kostnader för transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård ingå i de kostnader för hälso- och sjukvård som en annan EU- eller EES-stat, Schweiz eller Storbritannien fakturerar av Finland. Förutsättningarna är att dessa transporttjänster ingår i serviceutbudet inom hälso- och sjukvården i den stat som ger vården. I EU finns det både medlemsstater där transporter som ingår i prehospita akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospita akutsjukvård är en del av det lagstadgade systemet och medlemsstater där personen alltid själv ansvarar för kostnaderna för dessa tjänster. Vårdkostnaderna behandlas alltid som en helhet. Efter den föreslagna ändringen kan personen

således inte längre få ersättning från Folkpensionsanstalten efter att ha betalat de faktiska kostnaderna för endast transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård, det vill säga för klientavgiften i den vårdgivande staten för övriga hälso- och sjukvårdstjänster. I och med ändringen finns det således en risk för att självriskandelarna för en person som behöver transporter som ingår i prehospital akutsjukvård eller ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård utomlands kan stiga från de nuvarande. Det är dock omöjligt att bedöma kostnadskonsekvenserna av denna risk.

Ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för myndigheternas verksamhet i internationella situationer

När organiseringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård som helhet övergår till välfärdsområdena, är välfärdsområdet, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen berättigade att ansöka om statlig ersättning enligt 20 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård från Folkpensionsanstalten då de ordnar dessa tjänster för personer som saknar hemkommun, men som har rätt att få tjänster i Finland utifrån EU-lagstiftningen eller internationell eller nationell lagstiftning eller för sådana personer utan hemkommun för vars sjukvårdskostnader en annan stat än Finland ansvarar. Så som för närvarande gäller detta prehospital akutsjukvård som ordnats som egen verksamhet och överflyttning av inskrivna patienter och som ett nytt ärende, prehospital akutsjukvård som ordnats som en köpt tjänst och ambulanstransport som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som ordnats för en utskrivna patient. I internationella situationer ersätter Folkpensionsanstalten således alltid ovan nämnda kostnader till välfärdsområdet i form av statlig ersättning, och ersättningsmodellen är inte längre beroende av den genomförande aktören. Detta kan anses förtydliga processen för att ersätta kostnader får såväl välfärdsområdena som Folkpensionsanstalten.

Den föreslagna ändringen förmodas inte ha någon konsekvens för antalet personer i behov av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Eftersom alla ovan nämnda transporter som ersätts överförs till statsersättningen, uppskattas det att den statsersättning som Folkpensionsanstalten betalar ökar. Antalet ansökningar om statsersättning förmodas dock inte öka i samma förhållande. I regel har välfärdsområdena redan nu ansökt om statsersättning för kostnader som orsakats av hälso- och sjukvårdstjänster och som anknyter till samma vårdhändelse som den transporttjänst som ersätts ur sjukförsäkringen. Eventuella kostnader för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård vilka enligt den nya ersättningsmodellen överförs till statsersättningen och anknyter till vårdhelheten, inkluderas i princip i den ersättningsansökan som överlämnas till Folkpensionsanstalten tillsammans med den egentliga vården. Det är dock omöjligt att bedöma hur många ansökningar som framöver eventuellt innehåller kostnader enligt den nya ersättningsmodellen.

Om en annan stat ansvarar för en persons kostnader, ska ansvaret för kostnaderna inte bli kvar hos välfärdsområdet eller staten Finland, utan Folkpensionsanstalten ska i enlighet med EU-lagstiftningen fakturera kostnaderna av den stat som ansvarar för sjukvårdskostnaderna (19 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård). I och med den föreslagna ändringen får Folkpensionsanstalten information om kostnaderna för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård, vilka ska faktureras av staten, från en aktör och Folkpensionsanstalten samlar inte uppgifterna på nuvarande sätt utifrån en personklients ansökan och redovisningen av producenten av transporttjänsten vid sidan om ansökan om statsersättning av anordnaren av offentlig hälso- och

sjukvård. Detta kan anses förtydliga de processer som anknyter till Folkpensionsanstaltens ersättning av sjukvårdskostnader mellan olika stater.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

5.1.1 Överföringen av finansieringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och genomförande av den på Åland och fastlandet

Enligt skrivningen i regeringsprogrammet överförs finansieringsansvaret för transporter som hänför sig till den prehospitala akutsjukvården som helhet till välfärdsområdena i enlighet med förslaget av den parlamentariska arbetsgruppen för flerkanalsfinansiering. Vid beredningen bedömde man skrivningen i regeringsprogrammet om överföring av finansieringen för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ansåg utifrån tidigare beredningar som gjorts i fråga om avveckling av flerkanalsfinansieringen att överföringen utöver transporter som ingår i prehospital akutsjukvård bör gälla alla transporter som görs med ambulans och som för närvarande ersätts som sjuktransporter av Folkpensionsanstalten med stöd av sjukförsäkringslagen. Vid beredningen beslöt man sig således för att föreslå att reformen utöver transporter som ingår i prehospital akutsjukvård även gäller för icke brådskande överflyttningar av en oinskriven patient med ambulans, vilka för närvarande ersätts som sjuktransport, utskrivningstranporter med ambulans samt färder inom hälso- och sjukvården för en oinskriven patient med ambulans samt färder med ambulans till rehabilitering som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten, då ett behov av sådana transporter konstaterats.

Om reformen avgränsades till att gälla endast transporter som ingår i prehospital akutsjukvård, skulle den inte på tillräckligt sätt överensstämja med målen om att förenkla flerkanalsfinansieringen för hälso- och sjukvården. Ändringen skulle inte heller främja genomförandet av ansvaret för att ordna och finansiera tjänsterna på ett maximalt övergripande sätt.

Eftersom alla ersättningar för sjuktransporter för närvarande betalas ut med stöd av samma reglering i sjukförsäkringslagen, skulle differentiering av ersättningarna leda till att bestämmelser om andra ersättningar än ersättningar för sjuktransporter som ingår i prehospital akutsjukvård ska utfärdas separat. Detta skulle innebära att Folkpensionsanstalten fortfarande blir kvar med utspridda uppgifter i genomförandet av ersättningarna för sjuktransporter. Dessutom vore det då nödvändigt att bibehålla statsrådets förordning om ersättningstaxan för kostnader för sjuktransport, vilket betraktat som en helhet inte anses vara ändamålsenligt. Statsrådets förordning är komplicerad och dess struktur är inte lämplig för nuvarande behov och uppgiftshelheter. Folkpensionsanstaltens förmåga att bedöma behovet av ambulans skulle bli ännu svårare, om endast ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård ordnas som transporter som ersätts av Folkpensionsanstalten. Transporter som görs med ambulans ska inte heller ackumulera två olika årssjälvrisker, det vill säga klientavgiftstaket och resetaket, vilket blir fallet om Folkpensionsanstalten delvis blir kvar med uppgiften att ersätta dessa transporter.

Det är ändamålsenligt att genomföra en reform som är kostnadsneutral för staten genom att ändra de försäkrades och statens finansieringsandelar i finansieringen av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring. En finansieringsmodell av annan form skulle kräva att man letar efter finansiering från någon annan sektor eller att statsfinansieringen skärs ned i övriga hälso- och sjukvårdstjänster, vilka i praktiken inte nödvändigtvis kan finansieras mer än för närvarande till exempel med högre klientavgifter som tas ut av patienterna. Klientavgifter som en metod för att

finansiera reformen kunde vara problematisk i en större än den föreslagna omfattningen även därför att det är möjligt att klientavgifterna i högre grad hänför sig till låginkomsttagare än sjukförsäkringen sjukvårdspremier.

Vid beredningen bedömdes det vara ändamålsenligt att sträva efter att till största del hålla principerna för de klientavgifter som föreslås i stället för de självriskandelar som regleras i sjukförsäkringslagen oförändrade på fastlandet, så att ändringen för en enskild medborgare och de andra aktörerna ska vara så kontrollerbar som möjligt och således inte i onödan göra det svårare att anpassa sig till ändringen. Vid beredningen beslöt man sig för att föreslå att utfärda bestämmelser om klientavgifter för prehospital akutsjukvård och andra transporter. Vid beredningen konstaterades att ifall bestämmelser inte utfärdas om någon form av avgift, blir det nödvändigt att till denna del öka statens finansiering till välfärdsområdena. Vid beredningen utreddes även olika alternativ för klientavgifterna beträffande enskilda tjänster och situationer, men man beslöt sig utifrån bedömningarna för de förslag som beskrivits i propositionen. Vid beredningen identifierades som ett alternativ till att höja nivån på klientavgifterna för prehospital akutsjukvård och andra transporttjänster att avgiftsnivån hålls oförändrad på så sätt att den motsvarar den nuvarande självriskandelen i sjukförsäkringslagen, men det bedömdes vara befogat att se över nivån i förhållande till tjänsternas innehåll och övriga hälso- och sjukvårdstjänster. Om självriskandelen hade bibehållits i oförändrad form, skulle detta dessutom ha lett till större kostnadskonsekvenser för den offentliga ekonomin och vid beredningen hade det i så fall varit nödvändigt att bedöma en höjning av nivån av klientavgiftstaket, så att propositionen om överföring av finansieringsansvaret skulle förbli kostnadsneutral. I så fall hade konsekvenserna av ändringen som helhet hänfört sig till personer som använder social- och hälsovårdstjänster i stor utsträckning.

Den arbetsgrupp som behandlade avvecklingen av flerkanalsfinansieringen föreslog i sitt arbetsgruppsarbete alternativ till hur den nu föreslagna överföringen av finansieringsansvaret för transporter på fastlandet kan genomföras på Åland. Dessa alternativ skapade en grund för granskningen av de frågor som gäller Åland i propositionen, men de har inte kunnat anses vara genomförbara utifrån den mer ingående bedömning som gjorts under beredningen.

Bland dessa alternativ finns det i denna proposition i synnerhet skäl att lyfta fram möjligheten att använda överenskommelseförordningen. Med stöd av 32 § i självstyrelselagen kan överenskommelseförordningen användas, då man vill överföra uppgifter som hör till rikets förvaltning till en myndighet i landskapet eller då man vill överföra uppgifter som hör till landskapsförvaltningen till en myndighet i riket. I överenskommelseförordningarna kommer man i allmänhet även överens om de anknutna ersättningarna. På grund av överenskommelseförordningens avgränsade användningsändamål lämpar den sig inte för den aktuella situationen, eftersom det inte längre finns sådana uppgifter som hör till riket och som kan överföras vidare till landskapets myndigheter då regleringen om transporter som ingår i prehospital akutsjukvård enligt sjukförsäkringslagstiftningen och andra ambulanstransporter inte längre gäller som en följd av reformen av rikets lagstiftning. I praktiken är en förutsättning för att använda överenskommelseförordningen således att separat lagstiftning om ersättningar utfärdas för Åland, vilket administrativt sett och med beaktande av propositionens mål om att förenkla finansieringen inte är ändamålsenligt.

För att lösa frågan om finansieringen till landskapet Åland utreddes i samband med beredningen av propositionen även möjligheten att endast för landskapet Åland bibehålla den reglering i sjukförsäkringslagen som föreslås att upphävas i propositionen. Sjukförsäkringssystemet handlar dock om ett system som är jämlikt på det riksomfattande planet och som grundar sig på försäkringsprincipen. I sjukförsäkringen betalas försäkrades sjukvårdspremie av de försäkrade utifrån lagstadgade grunder och de är på motsvarande sätt berättigade till de förmåner och

ersättningar som finansieras via sjukvårdsförsäkringen utifrån samma lagstadgade förutsättningar. Principen om likabehandling av de försäkrade (6 § i grundlagen) och försäkringsprincipen har inte ansetts ge möjlighet till bestående regionala avvikelser från rätten till de förmåner och ersättningar som finansieras via sjukvårdsförsäkringen.

Vid beredningen övervägde man även en eventuell justering av finansiering i anknytning till den föreslagna särskilda finansieringen för Åland. Eftersom inte heller välfärdsområdena framöver längre får någon statsfinansiering direkt utifrån de faktiska kostnaderna, är detta i princip inte heller motiverat för landskapet Åland. Således började man i beredningen leta efter ett maximalt enkelt förfarande som kan jämföras med finansieringen till välfärdsområdena, vilket i praktiken innebar bedömning av gångbarheten för olika indexjusteringsförfaranden, främst olika index. I anknytning till det föreslagna justeringsförfarandet för den särskilda finansieringen identifierades flera indexalternativ, till vilka den föreslagna särskilda finansieringen kan bindas. Vid beredningen funderade man utöver den föreslagna användningen av välfärdsområdesindexet bland annat på användning av Ålands konsumentprisindex och sjuktransportindexet. Det ansågs dock att den dåliga aspekten med båda indexen var att de inte beaktar uppgången i servicebehovet och i fråga om dessa index har man inte byggt upp någon annan reglering som motsvarar regleringen i finansieringslagen, via vilka en uppgång i servicebehovet beaktas. En annan problematisk fråga med sjuktransportindexet är att det för närvarande produceras på begäran av social- och hälsovårdsministeriet, vilket genererar extra kostnader för ministeriet och därför är det ändamålsenligt att snarare sträva efter att frigöra sig från detta index än att utvidga dess användningsområde. Inget av dessa index används heller i justeringen av den icke-öronmärkta finansieringen till välfärdsområdena, varför användningen av någotdera indexet leder till justering av finansieringen på annan nivå jämfört med andra delar i Finland än Åland, vilket kan vara problematiskt med tanke på jämlikheten.

5.1.2 Införandet av välfärdsområdesindexet

Utgångspunkten för beredningen var den riktlinje som drogs upp i samband med ramförhandlingarna år 2024 om att framöver binda indexjusteringarna av klientavgifter till välfärdsområdesindexet och genomföra indexjusteringarna årligen i stället för de indexjusteringar som görs vartannat år i nuläget. I beslutet vid ramförhandlingarna tog man inte närmare tagit ställning till hur man vid sidan om den egentliga klientavgifterna bör närma sig indexförändringar i fråga om övriga belopp i lagstiftningen kring klientavgifter, vilka utgörs av beloppet av avgiftstaket, den ersättning för uppehälle som kan tas ut för kortvarig institutionsvård och institutionservice efter att avgiftstaket uppnåtts och beloppen av de inkomstgränser och det minsta beloppet för personligt bruk vilka anknyter till vissa långvariga tjänster. Vid beredningen bedömdes det att det framöver är befogat att justera å ena sidan avgiftsbeloppen och å andra sidan även beloppen av inkomstgränserna och det minsta beloppet för personligt bruk, vilka föreskrivits för att skydda klienterna, enligt välfärdsområdesindexet, så att de förändras i samma förhållande. I fråga om avgiftstaket och avgiften för uppehälle för kortvarig institutionsvård och institutionservice, vilken är bunden till regleringen kring avgiftstaket, bedömde man vid beredningen att det var befogat att avvika från bundenheten till välfärdsområdesindexet och i fråga om dessa föreslå att indexjusteringarna även framöver binds till folkpensionsindexet och att indexjusteringen i dessa görs vartannat år, så att avgiftstaket och den avgift för uppehälle som tas ut efter att avgiftstaket uppnåtts förblir på en skäligare nivå och i tillräcklig mån skyddar i synnerhet dem som använder tjänster i hög grad från en oskälig avgiftsbelastning. Om avgiftstaket var bundet till välfärdsområdesindexet och dess nivå justerades årligen, skulle nivån av avgiftstaket förmodligen öka snabbare än för närvarande och i samma förhållande som klientavgifterna och i så fall inte skyddar skyddat såväl personer som behöver tjänster i hög grad som låginkomsttagare lika väl mot en oskälig övergripande avgiftsbelastning.

5.1.3 Den avgift som tas ut för oanvänd service

Vid beredningen övervägdes olika alternativ i anknytning till utvidgandet av tillämpningsområdet för oanvänd service. Vid beredningen identifierade man som ett alternativ till begränsad utvidgning av tillämpningsområdet en ännu större utvidgning till socialtjänsterna, men det konstaterades att detta förutsätter en avsevärt mer omfattande övergripande granskning och bedömning i fråga om olika socialtjänster än vad som var möjligt att möjliggöra i beredningen. Därför beslöt man sig för att avgränsa förslaget om att utvidga tillämpningsområdet utifrån det kunskapsunderlag som var tillgängligt vid beredningen och den bedömning som gjorts utifrån den. Vid beredningen identifierades att ett alternativ även är att regleringen inte överhuvudtaget utvidgas, utan att man i övrigt genom handledning skulle uppmuntra välfärdsområdena att utveckla sina metoder på så sätt att de bättre än för närvarande kan påverka volymerna på de icke avbokade och oanvända besöken. I så fall skulle välfärdsområdena dock inte alls ha kunnat ta ut ersättande avgifter för de kostnader som uppstår av denna oanvända service i de situationer där det finns förutsättningar för detta. Även om debiteringen av avgiften i nuläget är förknippad med praktiska utmaningar, undanröjer förslaget lagstiftningsmässiga hinder för att ta ut avgiften. Genom lagstiftningen främjas även välfärdsområdenas förutsättningar att bedriva kostnadseffektivare verksamhet och att utveckla den.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Sverige

I Sverige har avgifterna för hälso- och sjukvårdstjänster inte reglerats på täckande sätt i lagstiftningen, utan de kommuner och regionala aktörer som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster kan i regel bestämma avgiftsnivåerna då en person de facto använder hälso- och sjukvårdstjänsterna. Klientavgifterna inom hälso- och sjukvården gäller såväl primärvården som den specialiserade sjukvården och därtill även munhälsovård och hjälpmedel. På motsvarande sätt kan kommunerna ta ut skäligen avgifter för många socialtjänster, vilka inte överskrider de kostnader som orsakas för dem av tjänsterna.

I fråga om Sverige finns det inte information om huruvida anordnaren av transporter inom den prehospitalla akutsjukvården ansvarar även för kostnaderna för dessa. Så som för övriga hälso- och sjukvårdstjänster är det möjligt att ta ut en avgift även för transporter. Till exempel i Västra Götaland är avgiften för närvarande 150 kronor, det vill säga omkring 15 euro.

I Sverige har det inte heller funnits något behov av sådan indexreglering för avgifter som i Finland, eventuellt på grund av innehållet i regleringen kring social- och hälsovårdsavgifter. Indexregleringen omfattas utöver avgifterna för institutionsvård av maximiavgiftstaken, som gäller vissa social- och hälsovårdstjänster och bestämmandet av de förbehållsbelopp som blir kvar efter klientavgifterna. När förbehållsbeloppet bestäms används det så kallade prisbasbeloppet, som fastställs utifrån ändringarna i den allmänna prisnivån och som rikets regering fastställer årligen.

I Sverige är utgångspunkten i lagstiftningen för avgiften för oanvänd service att de aktörer som ordnar hälsovårdstjänster själva kan fastställa den avgift som de tar ut för oanvänd service. I lagen om läkarvårdsersättning (1993:1651) föreskrivs det separat att om kostnader orsakas av att patienten inte kommer till en överenskommen tid, är det möjligt att av honom eller henne ta ut samma avgift som hade tagits ut för själva tiden om han eller honom hade kommit. Även lagen om ersättning för fysioterapi (1993:1652) innehåller bestämmelser om att avgiften på

motsvarande sätt kan tas ut i anknytning till fysioterapibesök. Bägge ovan nämnda lagar gäller privata hälso- och sjukvårdsaktörer inom öppenvården (den första även för primärvård) och de ersättningar som de fått för denna verksamhet och de anknutna klientavgifterna. Således reglerar dessa lagar i praktiken rätten för en privat aktör att fakturera klientavgifter. Även förordningen om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. (1984:908) reglerar ärendet något mer ingående. I den konstateras att det är möjligt att ta ut en avgift som uppgår till klientavgiften för läkarbesök, men även för vårdbesök inom sjukvården då en oanvänd tid orsakar kostnader. Således begränsas maximibeloppen av de avgifter som tas ut för oanvänd service de facto av de klientavgifter som tas ut för samma tjänster. Avgifter för oanvänd service kan tas ut även för besök som är avsedda för vård av ett barn under 18 år och då är barnets vårdnadshavare skyldiga att betala avgiften. Vid den tidpunkt då denna proposition avfattas har det inte varit känt hur många aktörer som de facto tar ut avgifter även för uteblivna besök av personer under 18 år.

De för denna proposition centrala socialvårdsuppgifter som i Finland ordnas av välfärdsområdena, besök som gäller överenskommelse om vårdnad om, umgängesrätt med eller underhåll för barn, medling i familjefrågor, övervakat eller stöttat umgänge mellan ett barn och en förälder samt besök i anknytning till utredande av faderskap eller moderskap och adoptionsrådgivning, hör inte alla till den verksamhet som socialvården ansvarar för att ordna i Sverige. Inte heller i Sverige finns det föreskrifter om möjligheten att ta ut avgifter för oanvänd service inom socialvården.

Norge

I Norge ansvarar de regionala hälsomyndigheterna för att ordna transporter inom den prehospitaled akutsjukvården och kostnaderna för transporter inom den prehospitaled akutsjukvården. Transporterna inom den prehospitaled akutsjukvården är helt avgiftsfria för klienterna.

Norge har inte något sådan indexreglering som finns i den finländska gällande klientavgiftslagstiftningen. Däremot justeras priserna och kostnaderna i allmänhet årligen i samband med statsbudgeten. Dessutom är de så kallade standardtarifferna, det vill säga de belopp som husläkarna och andra hälso- och sjukvårdsaktörer kan ta ut för undersökning och vård, föremål för årliga förhandlingar och i sista hand för beslutsfattande av det norska hälso- och omsorgsministeriet.

I Norge debiteras en avgift på 1 612 kronor (omkring 135 euro) för oanvända och icke avbokade poliklinikbesök inom somatik. Avbokningen ska göras senast 24 timmar för den bokade tiden. I fråga om psykiatri och missbrukarvård är avgiften dock högst 403 kronor (omkring 34 euro). Ingen avgift tas ut för icke avbokade och oanvända distanstider (video- eller telefonmottagningar).

Danmark

I Danmark ansvarar de regionala aktörerna för att ordna den prehospitaled akutsjukvården. Den prehospitaled akutsjukvården, liksom även transporterna inom den prehospitaled akutsjukvården, finansieras med skattemedel och tjänsterna är helt avgiftsfria för patienterna.

Storbritannien

Från Storbritannien mottogs endast uppgifter om praxis i England. I England ansvarar NHS England, som är den nationella aktör som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster, för att ordna den prehospitala akutsjukvården och kostnaderna för den.

I England är primärvårdstjänsterna (primary care services) avgiftsfria för patienterna. Socialvårdstöd är däremot avgiftsbelagt och storleken på avgifterna har begränsats endast i situationer där klientens förmögenhet underskrider vissa förmögenhetsgränser. Således har det inte funnits något behov av reglering som motsvarar indexregleringen för avgifterna.

I England används inte någon avgift för icke avbokade besök inom hälso- och sjukvården.

6 Remissvar

Nedan behandlas remissvaren på propositionen på allmän nivå och beskrivs hurudana ändringar som gjorts i propositionen utifrån remissvaren och till vilken del det inte har varit möjligt att beakta ändringarna i propositionen. Det sammandrag som utarbetats utifrån remissvaren och utlåtandesammandrag publiceras på adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> under projektbeteckningen STM108:00/2023.

6.1 Remissvar

Allmänt om remissvaren på transport som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten samt ändringen av klientavgifterna inom social- och hälsovården

Utkastet till regeringsproposition med förslag till lagstiftning om reformering av ansvaret för ordnande och finansiering av ambulanstransporter och transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och om ändring av klientavgifter inom social- och hälsovården var på remiss mellan den 14 april och den 25 maj 2025 (på finska) och den 9 maj och den 19 juni 2025 (på svenska). Inom den utsatta tiden kom det in sammanlagt 64 utlåtanden. Ett utlåtande om utkastet till proposition gavs av Akava ry, Auranmaan ambulanssi Oy, Diabetesförbundet i Finland rf, riksdagens justitieombudsmans kansli, Finlands näringsliv rf, Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf, Ensihoito Ysikympyi Oy, Esko Systems Oy, Södra Österbottens välfärdsområde, Etelä-Suomen Ambulanssipalvelu Oy, Förbundet Finlands Svenska Synskadade rf (FSS), Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, Hyvinvointiala Hali ry, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, Människorättscentret, Ikaalisten Ambulanssipalvelu Oy, Kajanlands välfärdsområde, Folkpensionsanstalten, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, Mellersta Finlands välfärdsområde, Konkurrens- och konsumentverket, Konsumentförbundet rf, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT, Lapplands välfärdsområde, Barnombudsmannens byrå, Centralförbundet för barnskydd rf, kommunikationsministeriet, Läkarföretagen rf, Mannerheims Barnskyddsförbund rf, Centralförbundet för Mental Hälsa rf, Minnesförbundet rf, Birkalands välfärdsområde, Norra Karelen välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, Gränsbevakningsväsendet, Sametinget, SAMS - Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf, Satakunta välfärdsområde, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC rf, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Finlands patientombud rf., Reumaförbundet i Finland rf, Suomen Sairaankuljetusliitto SSK ry, STTK rf, Allmänläkare i Finland - GPF ry, Garantistiftelsen sr, Tehy rf, Institutet för hälsa och välfärd, Uudenmaan sairasautokeskus Oy, USK Group Oy, Försäkringskassorna rf, finansministeriet, Handikappforum rf, Äldreombudsmannens byrå, Vanda och Kervo välfärdsområde och Egentliga Finlands välfärdsområde. Dessutom gav två privatpersoner ett utlåtande. Högsta förvaltningsdomstolen, justitieministeriet, undervisnings-

och kulturministeriet, försvarsministeriet, inrikesministeriet och Skatteförvaltningen meddelade att de inte har något att yttra om propositionen. Efter utgången av tidsfristen för remissförfarandet gavs ett utlåtande därtill av Ålands landskapsregering, Amnesty International Finländska sektionen rf, Södra Karelen välfärdsområde, Andningsstöd rf, Invalidförbundet rf, Östra Nylands välfärdsområde, Invalidförbundet rf, Västra Nylands välfärdsområde, Finlands Neuroförbund rf, Österbottens välfärdsområde, Finlands Läkarförbund ry, Företagarna i Finland rf och Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry. Man beslutade sig för att beakta även dessa utlåtanden som en del av remissvaren.

I flera utlåtanden understöddes att ansvaret för att ordna och finansiera transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i den överförs till välfärdsområdena. I de utlåtanden där ändringarna understöddes ansågs ändringen vara ändamålsenlig bland annat med tanke på ordnandet av tjänsterna, hanteringen och utvecklingen av kostnadshelheten, kostnadseffektiviteten samt tjänsternas kvalitet. I utlåtandena ansåg man att det är värt att understödja målet i propositionen om att överlag tydliggöra systemet för flerkanalfinansiering för hälso- och sjukvården genom ändringen av fördelningen av organiserings- och finansieringsansvaret. Ändringen ansågs uppmuntra välfärdsområdena till att ordna en vårdhelhet som är kostnadseffektivare, högklassigare och effektivare. I utlåtandena ansåg man även att reformen överlag och tanken om tillämpning av avgiftsbelagd prehospitalet akutsjukvård ännu bättre motsvarar den nuvarande verksamhetsmiljön och den prehospitala akutsjukvårdens verksamhetsmodell och karaktär.

En del av remissinstanserna, i synnerhet de aktörer som representerar privata företag, förhöll sig dock negativt till reformen i synnerhet i fråga om överföringen av ansvaret för att ordna och finansiera ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård. Även HUS-sammanslutningen bedömde att reformen är förknippad med risker i fråga om transporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård, även om den ansåg att ändringen även innehåller möjligheter. I utlåtandena ansåg man att de potentiella riskerna utgjordes av till exempel en uppgång i kostnaderna för tjänsterna, en otillräcklig finansiering för dessa, de sämre möjligheterna för privata sjuktransportföretag att bedriva verksamhet och nedgången i arbetsplatserna i dessa, svårigheterna att trygga tillgången på tjänster samt en eventuell belastning i den prehospitala akutsjukvården. I en del av utlåtandena ansågs övermedikalisering av icke brådskande ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård utgöra en risk i reformen. I en del utlåtanden betonades vidare att överföringen av ordnandet och finansieringen av ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård i synnerhet inom HUS-området innebär en risk för överbelastning i den prehospitala akutsjukvården och uppgång i välfärdsområdenas kostnader på grund av den nuvarande avsevärda transportvolymen inom den privata serviceproduktionen. I en del utlåtanden förde man fram den transportverksamhet som upplevts vara kostnadseffektiv och man förhöll sig misstänksamt till att produktiviteten förbättras som en följd av ändringen och även till att välfärdsområdenas finansiering är tillräcklig. I sak motsvarade de utlåtanden som gavs under remissförfarandet i huvuddrag de synpunkter som framfördes vid det samråd som var avsett för intressentgrupper och som social- och hälsovårdsministeriet ordnade den 10 mars 2025 och de synpunkter som överlämnades skriftligen efter samrådet.

I utlåtandena riktade man dessutom uppmärksamhet på tidsplanen för att genomföra den ändring som gäller reformen av finansierings- och organiseringsansvaret för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i den ur såväl välfärdsområdenas som de enskilda aktörernas synvinkel. I utlåtandena belystes att genomförandet av ändringen kräver tillräckligt med tid (till exempel omorganiseringen av verksamheten, upphandlings-, avtals- och informationssystemändringarna). I utlåtandena riktade man även uppmärksamhet på de konsekvensbedömningar som delvis ansågs vara

bristfälliga och man förde fram behov av att komplettera och precisera konsekvensbedömningarna, vilka gällde exempelvis säkerställandet av en tillräcklig finansiering för välfärdsområdena i kostnadskonsekvenserna och de ekonomiska beräkningarna i propositionen samt bedömningen av konsekvenserna för informationshanteringen och informationssystemen. I remissvaren betonades allmänt att de föreslagna ändringarna inte får försvaga välfärdsområdenas finansieringssituation. I svaret föreslogs flera preciseringar i fråga om bedömningen av propositionens ekonomiska konsekvenser i synnerhet med tanke på de kostnader som orsakas för välfärdsområdena och välfärdsområdenas finansiering. I vissa utlåtanden lyfte man även fram beaktandet av regionala särdrag i tryggheten av tillgången på service och tillräcklig finansiering. I utlåtandena belyste man vidare även de eventuella konsekvenserna för incitamenten för välfärdsområdena att sträva efter att handleda klienterna på ett oändamålsenligt sätt i transporterna, då Folkpensionsanstalten fortfarande blir kvar med ansvaret för de andra reseersättningarna inom hälso- och sjukvården (såsom ersättningarna för så kallade FPA-taxifärder). I dessa utlåtanden ansåg man det att det finns skäl att utreda organiserings- och finansieringsansvaret även i fråga om taxitransporter på grund av de eventuella incitamentkonsekvenserna i anknytning till ordnandet och finansieringen av transporterna som helhet. Även förslagets sammantagna konsekvenser i förhållande till ändringarna i servicenätet lyftes i en del utlåtanden fram å ena sidan som positivt för utvecklingen av servicenätet och servicen, men å andra sidan i vissa utlåtanden även som en utmanande ändring som ökar efterfrågan på ambulansservice och välfärdsområdenas kostnader samt som en ändring som försämrar ställningen för dem som är i behov av service. I en del utlåtanden ansågs det dessutom vara behövligt att precisera eller komplettera propositionens företagskonsekvenser.

I remissvaren förhöll man sig till största del neutralt eller positivt till en ändring enligt vilken det framöver är möjligt att ta ut en klientavgift i fler situationer med prehospital akutsjukvård än för närvarande. Ändringen bedömdes bättre svara mot den moderna verksamhetsmodellen för prehospital akutsjukvård och främja utveckling av servicenätet och ordnandet av service. I utlåtandena belyste man även att det är positivt att den prehospitala akutsjukvården i och med förslaget om att utvidga tillämpningsområdet för avgiftsbeläggningen ännu bättre främjar ordnandet och utvecklingen av jourtjänster vilka förs till hemmet. I enskilda utlåtanden ansåg man att detta även i viss mån kan minska den onödiga efterfrågan på prehospital akutsjukvård. I vissa utlåtanden, i synnerhet i utlåtandena av organisationerna förhöll man sig dock negativt till att en klientavgift för prehospital akutsjukvård tas ut i fler situationer än för närvarande. I remissvaren ansåg man därtill att debiteringen av klientavgiften framöver i viss mån kan vara förknippad med tolkningsmässig oklarhet. I remissvaren framlyftes oklarheterna i debiteringen av klientavgiften till exempel vid massolycksfall eller storolyckor. Efter remissförfarandet bearbetades regleringen, specialmotiveringen och konsekvensbedömningarna med beaktande av ovan nämnda synpunkter.

Även om man i en del utlåtanden i princip förhöll sig positivt till att klientavgiften för prehospital akutsjukvård framöver ackumulerar avgiftstaket för klientavgifter, så belystes i flera utlåtandena dock att situationen jämfört med nuläget försämrades av att bevakningen av avgiftstaket framöver ligger på klientens ansvar jämfört med det nuvarande resetak som administreras av Folkpensionsanstalten. I en del utlåtanden ansåg man dessutom att det med tanke på klienten inte är ändamålsenligt att självriskandelarna för resekostnaderna för hälso- och sjukvården och de klientavgifter som tagits ut för prehospital akutsjukvård och andra ambulanstransporter i samband med ändringen delas in under två olika tak och att en klient i speciella situationer som gäller en kedja av resor kan bli tvungen att betala kostnaderna för alla transporter i anknytning till resekedjan. Vid beredningen av propositionen bedömde man ännu det sista nämnda ärendet, men med beaktande av de låga antalet årliga resekedjor och de konsekvenser som hänför sig till en klients avgiftsbelastning på grund av den föreslagna

regleringen konstaterade man att det inte är ändamålsenligt att utfärda bestämmelser om överföringen av uppgifter om en resekedja för en patient mellan Folkpensionsanstalten och välfärdsområdena och inte heller om något särskilt ansökningsförfarande i anknytning till resekedjor, vilket skulle möjliggöra antingen återbetalning av självriskandelen för en reseersättning i anknytning till resekedjan eller utebliven debitering av en klientavgift av välfärdsområdet. Resor/transporter som är en del av resekedjorna skulle även ackumulera de anknutna årliga taken (resetaket i fråga om självriskandelarna för resor som ersätts av Folkpensionsanstalten och avgiftstaket i fråga om klientavgifter som tas ut för transporter som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar), vilket bidrar till att begränsa den totala avgiftsbelastning som orsakas för patienterna av dessa situationer. Således ändrades inte innehållet i den föreslagna regleringen kring ärendet i utkastet till proposition.

I remissvaren belyste flera instanser de utmaningar som sloandet av ersättningstaxan för sjuktransporter kan orsaka. Enligt remissinstanserna kan utmaningar uppstå till exempel i försäkringsbolagsfaktureringen eller i faktureringen mellan välfärdsområdena. I en del utlåtanden ansåg man att man trots reformen ska bibehålla de nationella ersättningstaxorna för sjuktransport och kostnadsindexen för sjuktransportrörelser som ersättningsgrund. En nationellt oreglerad uppgiftsprissättning bedömdes bland annat leda till områdesspecifika skillnader i faktureringsgrunderna, vilket inte ansågs vara ändamålsenligt, liksom inte heller avsaknad av ett enhetligt kunskapsunderlag. Vid beredningen ansåg man dock att utfärdande av bestämmelser om en riksomfattande taxa inte ligger i linje med vad som i övrigt föreskrivits om ersättningarna av kostnader mellan välfärdsområdena i fråga om tjänster som välfärdsområdena ansvarar för att finansiera. Inte heller i fråga om övriga tjänster har man hittills utfärdat bestämmelser om riksomfattande taxor.

Utifrån utlåtandena gjordes överlag flera kompletteringar och preciseringar i motiveringsavsnitten i propositionen, i synnerhet i konsekvensbedömningarna. Utifrån remissvaren gjordes även vissa ändringar som i huvudsak preciserar och förtydligar sakinnehållet i vissa enskilda bestämmelser och som ledde till att det var nödvändigt att omformulera en del av de föreslagna bestämmelserna i förhållande till den version som var på remiss.

Det kunskapsunderlag som använts i beräkningarna i uppskattningen av de ekonomiska konsekvenserna uppdaterades under den fortsatta beredningen genom att i uppskattningarna använda det färskare materialet från år 2022 i SOTE-SISU-modellen (materialet för år 2017 användes ännu i utkastet till proposition) och utifrån detta uppdaterades beräkningarna i konsekvensbedömningen. Även vissa simuleringstekniska ändringar gjordes i modellen. Enligt Institutet för hälsa och välfärd hade avgiftsändringarnas eventuella konsekvenser för användningen av servicen inte beaktats tillräckligt. Propositionens konsekvensbedömningar kompletterades till dessa delar under den fortsatta beredningen. I remissvaren föreslogs även att uppgången i de administrativa kostnaderna och eventuella kreditförluster för välfärdsområdena ska beaktas i finansieringsberäkningarna i propositionen, såsom även beaktande av regionala omständigheter. Inga ändringar gjordes i dessa, eftersom det ansågs att de redan beaktats i tillräcklig mån. Även till exempel propositionens företagskonsekvenser och konsekvenser för informationshanteringen och informationssystemen preciserades och kompletterades vid den fortsatta beredningen. Under remissförfarandet lät man ännu utföra en utredning av konsekvenserna av ändringarna i anknytning till informationshanteringen och informationssystemen och den har beskrivits mer ingående i avsnitt 4.2.2. Vid sidan om de remissinstansernas utlåtanden gav denna utredning tilläggsinformation för den fortsatta beredningen av propositionen om konsekvenserna i fråga om de föreslagna ändringarna i anknytning till överföringen av organiserings- och finansieringsansvaret och om den tid som krävs för att genomföra ändringarna.

I remissvaren understödde flera remissinstanser att klientavgifterna binds till välfärdsområdesindexet och att indexjusteringar görs årligen. I flera utlåtandena ansågs det vara viktigt att klientavgiftstaket i enlighet med propositionen även framöver förblir bundet till folkpensionsindexet, medan en del av remissinstanserna bedömde att detta försvagar välfärdsområdenas ekonomiska ställning. I flera utlåtanden, i synnerhet de som gavs av välfärdsområdena, belystes därtill det administrativa arbetet i anknytning till de årliga indexjusteringarna och kostnaderna för detta för välfärdsområdena, framför allt i fråga om de klientavgifter som bestäms enligt betalningsförmågan. Med tanke på ändringen ansågs det även vara en utmaning att tidsschemat för genomförandet av indexjusteringarna är snäv på grund av att de indexjusterade beloppen publiceras sent. Under den fortsatta beredningen ansågs det vara ändamålsenligt att ändra den föreslagna bestämmelsen om indexjusteringar utifrån remissvaren genom att tidigarelägga tidpunkten för publiceringen av de indexjusterade beloppen jämfört med vad som föreslagits i den version som var på remiss.

De föreslagna indexändringarna var även föremål för negativ respons. I en del utlåtanden bedömdes det att ändringarna ökar avgiftsbördan i synnerhet för personer som i hög grad anlitar service. Institutet för hälsa och välfärd lyfte fram pensionärerna som en särskild grupp, i vilken indexändringarna enligt institutet kan försvaga betalningsförmågan för klienterna i gruppen kumulativt varje år. Utifrån remissvaren kompletterades konsekvensbedömningarna i propositionen bland annat genom att lägga till bedömningar om konsekvenserna av den ändring som gäller indexjusteringarna för de privata hushållens ekonomiska situation på lång sikt.

I remissvaren om avgiften för oanvänd service gavs utlåtanden såväl om höjningen av avgiften som om det utvidgade tillämpningsområdet för avgiften. Efter remissförfarandet beslöt man sig för att avskilja höjningen av avgiften för oanvänd service till en separat regeringsproposition (RP 117/2025 rd) och den ändring som föreslogs i den trädde i kraft från och med början av år 2026. En del av de utlåtanden som gavs under remissförfarandet gällde bägge ändringsförslag, en del endast någotdera förslaget.

Remissvaren om ändringarna av avgiften för oanvänd service innehöll i viss mån avvikande synpunkter. I flera utlåtanden understöddes förslagen eller så förhöll man sig i utgångspunkten positivt till förslagen. De föreslagna ändringarna bedömdes i flera utlåtanden styra klienterna att avboka service som bokats i förväg, vilket ansågs kunna påverka effektiviteten i resursanvändningen och tillgången på servicen genom att minska onödiga köer och förkorta kötiderna. I flera utlåtanden belystes att icke avbokad service har en konsekvens som försvagar tillgången på service och resursanvändningen och på samma gång ökar kostnaderna, vilket det enligt utlåtandena var möjligt att påverka i en riktning som förbättrar situationen genom de föreslagna ändringarna. I vissa utlåtanden ansågs dock de föreslagna ändringarna, inklusive den avgiftshöjning som genomförts från och med ingången av år 2026, vara betydande med tanke på klienterna och det förutsattes att den föreslagna regleringen bedöms mer ingående. I vissa utlåtanden belystes även att förslagen hänför sig till personer som ofta har en svag ställning och/eller på grund av olika orsaker har nedsatt funktionsförmåga samt betydelsen av att bibehålla reglering som tryggar en klients ställning. Riksdagens biträdande justitieombudsman förutsatte i sitt utlåtande att regleringen kring det utvidgade tillämpningsområdet preciseras i fråga om av vem det är möjligt att ta ut en avgift i respektive tjänst.

I synnerhet en del av välfärdsområdena ansåg att den reglering som gäller det utvidgade tillämpningsområdet ökar det administrativa arbetet i välfärdsområdena, vilket för egen del ansågs minska nyttorna av den föreslagna ändringen. I utlåtandena ansåg man att förutsättningarna för att ta ut en avgift är strikta och administrativt tunga och i en del utlåtanden ansåg man att nuvarande tidsboknings-, anmälnings- och annulleringspraxis eventuellt kan leda till utmaningar i tillämpningen av regleringen i praktiken. I synnerhet i utlåtandena av

organisationerna efterlystes en utveckling av tidsboknings-, anmälnings- och annulleringspraxis samt kundhandledningen och information för att främja ett ändamålsenligt genomförande av regleringen och klientens ställning. I en del utlåtanden belystes de eventuella indirekta konsekvenserna av klientavgiftsändringarna för barn och förutsattes en bättre bedömning av betydelsen av avgifterna även ur denna synvinkel under det fortsatta arbetet.

Utifrån de avgivna utlåtandena har man strävat efter att komplettera och förtydliga regleringen kring avgiften för oanvänd service och specialmotiveringen i propositionen. Bestämmelsen har preciserats i fråga om de servicespecifika förutsättningarna för det utvidgade tillämpningsområdet och de betalningsskyldiga. Dessutom är det anmärkningsvärt att förslaget till bestämmelse om avgiften för oanvänd service i den aktuella propositionen i fråga om utformning avviker avsevärt från den bestämmelse som var på remiss, eftersom den reglering som föreslagits som en följd av ändringarna under den fortsatta beredningen lagtekniskt sett har omformulerats fullständigt.

Generellt riktades uppmärksamhet i flera utlåtanden, i synnerhet i organisationernas utlåtanden, på de konsekvenser som hänför sig till social- och hälsovårdsklienterna i fråga om hela propositionen. I remissvaren om propositionen belystes utöver vad som konstaterats ovan i avsnittet de klientavgifter som är högre än de nuvarande självriskandelarna för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård, de föreslagna indexändringarna och andra klientavgiftsändringar som eventuellt ökar avgiftsbelastningen och som orsakade oro hos remissinstanserna. I utlåtandena belystes de höga klientavgifterna och den senaste tidens höjningar av avgifterna och försvagningar av den sociala tryggheten som en mer omfattande helhet som försvagar klientens ställning. I utlåtandena fördes det fram att klientens avgiftsburda kan öka ytterligare som en följd av förslagen. I utlåtandena ansåg man att höga avgifter kan försvaga tillgången på service i synnerhet för klienter som i hög grad använder service, som har låga inkomster eller som i övrigt har en svag ställning. I flera utlåtandena ansågs konsekvenserna av propositionen inte vara skäliga med tanke på ovan nämnda personer. Riksdagens biträdande justitieombudsman bedömde att avgiftsändringarna i propositionen kan äventyra tillgången i rätt tid till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster som tryggats i 19 § 3 § i grundlagen. I flera utlåtandena förutsattes även att konsekvenserna för klienterna och de sammantagna konsekvenserna beaktas och kompletteras i den fortsatta beredningen.

Utifrån remissvaren ansågs det ännu vara behövligt att komplettera konsekvenserna av propositionen för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna, i synnerhet med tanke på de rättigheter som tryggas i 19 § i grundlagen. Även propositionens konsekvenser för barn, barnfamiljer och personer med funktionsnedsättning kompletterades utifrån de mottagna remissvaren. Likaså kompletterades bedömningen av bland annat jämlikhetskonsekvenserna av propositionen utifrån svaren. Som en central omständighet belystes i remissvaren även behovet av en mer omfattande och ingående bedömning av de sammantagna konsekvenser av de föreslagna ändringarna i propositionen. Under den fortsatta beredningen av propositionen kompletterades propositionens konsekvensbedömningar i förhållande till de andra ändringarna av den sociala tryggheten och servicen under regeringsperioden. Utifrån remissvaren har konsekvensbedömningarna i propositionen därtill kompletterats genom att i propositionen lägga till uppskattningar av konsekvenserna av ändringen av indexjusteringen för de privata hushållens ekonomiska ställning på lång sikt och bedömningar av konsekvenserna av avgiftsändringarna för serviceanvändningen.

Remissvaren om den särskilda lagen för Åland

Ett remissförfarande om den särskilda lagen för finansieringen för Åland ordnades mellan den 10 och den 24 juni 2025. Det ansågs vara befogat med en utlåtanstid som avviker från anvisningen för samråd, eftersom begäran om utlåtan riktades till en jämförelsevis snäv grupp (endast åtta instanser), de centrala instanserna med tanke på regleringen, i synnerhet Ålands landskapsregering, hade involverats på ett aktivt sätt i beredningen redan tidigare och eftersom man genom förfarandet strävade efter att trygga genomförbarheten för den föreslagna lagstiftningshelheten. Sammanlagt sex aktörer gav ett utlåtande: Ålands landskapsregering, biträdande justitieombudsmannen, biträdande justitiekanslern, justitieministeriet, Tehy rf och finansministeriet. Dessutom meddelande Institutet för hälsa och välfärd att det inte har något att yttra i ärendet.

Remissinstanserna ansåg att det i huvudsak var värt att understödja att man genom lagstiftningsmässiga metoder säkerställer att det penningbelopp som för närvarande går till Åland i form av ersättningar från Folkpensionsanstalten även framöver går dit. I sitt utlåtande hänvisade biträdande justitiekanslern till grundlagsutskottets praxis, enligt vilken de ekonomiska förhållandena mellan landskapet och riket ordnas genom regleringen i självstyrelselagen och uppmanade att vid den fortsatta beredningen ännu bedöma förhållandet mellan grundlagsutskottets praxis och den föreslagna lagen. Även biträdande justitieombudsmannen och justitieministeriet riktade uppmärksamhet på rättsliga omständigheter i sina utlåtanden. Bägge betonade bland annat att fördelningen av behörighetsgrunderna i självstyrelselagen och dess förhållande till reformen ska utredas mer ingående i propositionen jämfört med det utkast som var på remiss. Dessa anmärkningar som gjorts i utlåtandena har stakat ut den fortsatta beredningen av propositionen i rättsligt hänseende.

Ålands landskapsregering ansåg att den föreslagna särskilda finansieringen i denna situation är det bästa sättet att säkerställa att landskapets invånare inte får en sämre ställning än den övriga finländska befolkningen som en följd av lagstiftningsreformen. Landskapsregeringen ansåg dock att det var problematiskt att man slopar ersättningarna ur socialförsäkringen genom en lagstiftningsreform som ensidigt görs på riksnivå. Landskapsregeringen betonade att det vid eventuella framtida ändringar som gäller socialförsäkringens täckning i varje enskilt fall finns skäl att bedöma hur reformerna kan genomföras utan att invånarna i landskapet som en följd av sådana ändringar får en sämre ställning än de övriga invånarna i Finland. Landskapsregeringen önskade att beloppet av den särskilda finansieringen justeras med vissa mellanrum i förhållande till de kostnader som orsakats av uppgifterna för landskapet. Vid beredningen av propositionen har det inte ansetts vara behövligt att utfärda bestämmelser om detta, eftersom finansieringssystemet utan sådan reglering ansetts bättre främja målet om att stävja uppgången i kostnaderna för servicen på det riksomfattande planet. Om det efter flera år framgår att kostnaderna på grund av landskapets särskilda förhållanden tydligt överstiger den finansiering som överförs och att detta leder till en situation där det kan anses att tillgången på service i landskapets området är äventyrad, har statsmakten i varje fall i en sådan situation en skyldighet att vidta åtgärder för att åtgärda situationen. Landskapsregeringen framförde i sitt utlåtande även vissa rättsliga preciseringar, som beaktats vid den fortsatta beredningen av propositionen.

I sitt utlåtande lyfte finansministeriet fram att man under beredningen inte utrett om vissa av de kostnader som uppstår för landskapet av de nu aktuella ambulanstransporterna ingår i utjämningsgrunden. I beredningen har det ansetts att detta inte varit nödvändigt, då det väsentliga för fortsättningen är att sträva efter att trygga en finansiering som motsvarar nuläget för landskapet Åland. Den finansiering som i och med denna proposition överförs till Åland med stöd av en särskild lag motsvarar i det närmaste beloppet av de ersättningar som Folkpensionsanstalten betalar för tillfället, varvid landskapet i och med propositionen befinner sig i en liknande ekonomisk situation som för närvarande. Tehy rf uttryckte å sin sida en oro för om den föreslagna särskilda finansieringen är tillräcklig för att trygga ordnandet av tjänster på

Åland även framöver, med beaktande av områdets särdrag. Tehy rf ansåg att indexhöjningarna inte i tillräcklig mån beaktar uppgången i mängden uppgifter. Vid beredningen av propositionen har det ansetts att syftet med den särskilda finansieringen för landskapet Åland är att sträva efter att reformens konsekvenser i princip är likadana såväl på fastlandet som i landskapet Åland. Under beredningen av propositionen har det bedömts att förhållandena i landskapet Åland inte avviker från förhållandena på fastlandet i sådan mån att det är befogat att skapa en mekanism som avviker från mekanismen för fastlandet för justeringen av finansieringen. Utifrån ovan nämnda grunder har det inte ansetts vara behövt att göra ändringar i det föreslagna beloppet av finansieringen eller justeringsmekanismen för den.

6.2 Utlåtandet av rådet för bedömning av lagstiftningen

Denna regeringsproposition hörde till de propositioner som rådet för bedömning av lagstiftningen hade valt som en proposition som det bedömer. När propositionen i fråga om sakinnehåll var färdig, överlämnades utkastet till propositionen för att bedömas av rådet för bedömning av lagstiftningen den 20 februari 2026. Rådet för bedömning av lagstiftningen gav sitt utlåtande om utkastet till regeringens proposition den 18 mars 2026.

I sitt utlåtande ansåg rådet för bedömning av lagstiftningen att utkastet till proposition på ett förträffligt sätt uppfyller kraven i anvisningarna om konsekvensbedömning vid lagberedning. Rådet för bedömning av lagstiftningen hade (enligt sin egen bedömning) endast få förslag till komplettering av utkastet till regeringsproposition.

Bedömningsrådet ansåg att propositionens centrala konsekvenser hade bedömts på ett förtjänstfullt sätt i utkastet till proposition. Rådet gav positiv respons på att utkastet till proposition innehöll en stor mängd numerära uppskattningar och tabeller och figurer som illustrerar ärendet. I sitt utlåtande lyfte bedömningsrådet fram att utkastet till proposition innehåller en beskrivning av såväl det material och de metoder vilka använts i bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna som de osäkerheter i bedömningarna vilka bland annat beror på det bristfälliga kunskapsunderlaget. Enligt bedömningsrådet hade de företagskonsekvenserna bedömts i tillräcklig grad och det ansåg att det var positivt att man gjort konsekvensbedömningar enligt människogrupper och identifierat de sammantagna konsekvenserna tillsammans med de andra propositionerna under regeringsperioden. Bedömningsrådet önskade dock i fråga om de sammantagna konsekvenserna en ännu tydligare ståndpunkt i propositionen beträffande huruvida de redan gjorda och de nu föreslagna klientavgiftsändringarna tillsammans kan ha en sådan konsekvens att vissa befolkningsgruppers rätt till social trygghet kan försvagas. Vid finslipningen av propositionen har man strävat efter att beakta denna respons och ur denna synvinkel preciserat det underavsnitt som gäller propositionens sammantagna konsekvenser.

Bedömningsrådets andra kompletteringsförslag gällde uppföljningen av avgiftshöjningarnas konsekvenser. Enligt bedömningsrådets utlåtande ska konsekvenserna av höjningen av klientavgifterna för social- och hälsovårdstjänsterna för användningen av tjänster följas upp efter den föreslagna regleringens ikraftträdande. Vid beredningen av propositionen har det identifierats att genomförandet av en sådan uppföljning är utmanande på grund av att klientavgifterna inom social- och hälsovården är föremål för ändringsönskemål av många olika former och riktningar. I och med att avgiftslagstiftningen ändras inom en kort tidsram kan det vara svårt att göra skillnad mellan konsekvenserna av regleringsändringarna av en enskild regeringsproposition för klienternas beteende, bland annat därför att de potentiella orsakerna till beteendekonsekvenserna kan utgöras av annat än nivån på klientavgifterna, varvid det i synnerhet på kort sikt kan vara utmanande att konstatera det verkliga orsakssambandet mellan höjningen av klientavgifterna och det eventuella uppsökandet av tjänsterna.

7 Specialmotivering

7.1 Lagen om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och sjukvårdslagen

73 §. Patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård. I enlighet med rubriken innehåller paragrafen bestämmelser om de transporter som med stöd av 40 § i hälso- och sjukvårdslagen inte ingår i prehospital akutsjukvård. Den gällande rubriken i paragrafen är ”Överflyttning av patienten”. Rubriken ändras för att överensstämja med den nya regleringen och för att förtydliga att transporter som ingår i prehospital akutsjukvård regleras annanstans än i denna paragraf.

I gällande 73 § 1 mom. föreskrivs att ett välfärdsområde som har en patient som är intagen på vårdplats i välfärdsområdets hälsovårdscentral och som har sin hemkommun inom området för ett annat välfärdsområde har en skyldighet att vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning i välfärdsområdet. Sådana åtgärder ska vidtas, om vårdtiden uppskattas överstiga den genomsnittliga vårdtiden och även annars då patienten begär det och om överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Momentet innehåller även motsvarande bestämmelser om en situation där HUS-sammanslutningen har ansvaret för att ordna vården av en patient eller där patienten finns i en hälsocentral inom HUS-sammanslutningen.

Rötterna till regleringen i momentet går tillbaka ända till regleringen i folkhälsolagen (66/1972), vilken sedermera flyttades till den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 2011. I samband med social- och hälsovårdsreformen fogades kompletterande reglering som gäller HUS-sammanslutningen och som trädde i kraft år 2023 till momentet. Momentets reglering har med tidens gång blivit relativt svårtydd och den är även felaktig till den del som den innehåller hänvisningar till en hälsocentral inom HUS-sammanslutningen. HUS-sammanslutningens lagstadgade uppgifter anknyter till ordnande av den specialiserade sjukvården och sammanslutningen har följaktligen inte hälsocentraler. Generellt utgörs regleringens kärnområde av att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen ska vidta åtgärder för att transportera en patient till det egna välfärdsområdets sjukhus, hälsocentral eller en annan verksamhetsenhet, då den verksamhetsenhet där patienten är inskriven inte finns i patientens eget välfärdsområde.

I gällande 73 § 2 mom. föreskrivs att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom kräver det, ska sörja för att patienten transporteras för vård eller åtgärder till någon annan verksamhetsenhet eller hälsovårdscentral.

Momentets reglering gäller överflyttningar som måste göras på grund av patientens hälsotillstånd från ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet, oberoende av det välfärdsområde eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet patienten befinner sig i eller till vilket välfärdsområdes sjukhus eller verksamhetsenhet det är nödvändigt att flytta honom eller henne. Eftersom bestämmelsen innehåller föreskrifter om skyldigheten att sörja för en patient ”i dess verksamhetsenhet”, har det tolkats att även denna bestämmelse gäller en inskriven patient.

Med inskrivning på sjukhus eller en annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård avses att en patient tas in på verksamhetsenheten för vård eller undersökning på så sätt att patienten tas in på en bäddavdelning eller exempelvis en enhet för intensivvård och en vårdperiod påbörjas för honom eller henne, under vilken han eller hon ges behövlig vård, följs eller undersöks i en sjukhusmiljö. I praktiken stannar patienten i verksamhetsenheten över natten eller för en längre tid. Anteckningen om inledande av en vårdperiod och intagning på en

avdelning görs i journalhandlingarna. Inskrivningen kan vara planerad, varvid patienten skrivs in på sjukhuset utifrån en tidtabell eller vård som överenskommit i förväg. Alternativt kan inskrivningen ske vid jouden, varvid patienten skrivs in på ett sjukhus utifrån en plötslig sjukdom, skada eller någon annan akut orsak.

I praktiken är det möjligt att ta ut en avgift för kortvarig institutionsvård av patient, om han eller hon är inskriven. Ingen avgift tas ut separat för transporten av honom eller henne med stöd av lagstiftningen kring klientavgifter.

Det föreslås att regleringen i paragrafens 1 och 2 mom. förtydligas och förnyas i nya 1 mom. Framöver föreskrivs i paragrafens 1 mom. att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient är inskriven, ska se till att patienten transporteras med ett ändamålsenligt fortskaffningsmedel till ett annat sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om vården av patienten förutsätter det eller om det är ändamålsenligt att vårda patienten vid någon annan verksamhetsenhet, och att överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Patienten ska i första hand flyttas över för vård till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård som anvisats av patientens välfärdsområde.

Paragrafen innehåller bestämmelser om transporter av inskrivna patienter till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för det första då patientens vård förutsätter det. En sådan situation kan föreligga till exempel då status för en patient på sjukhus försvagas eller då hans eller hennes diagnos preciseras och han eller hon ska flyttas till ett universitetssjukhus eller till något annat sjukhus som tillhandahåller mer krävande vård. I fråga om innehåll motsvarar regleringen till denna del regleringen i gällande 73 § 2 mom.

Paragrafen innehåller dessutom bestämmelser om transporter i situationer där det är ändamålsenligt att sköta patienten vid någon annan enhet och förflyttningen kan göras utan att äventyra patientens tillstånd. I praktiken avses med detta till exempel en situation där patienten befinner sig i något annat än det egna välfärdsområdets sjukhus, som han eller hon uppsökt för att få akut vård. När patientens status stabiliserats, kan han eller hon flyttas tillbaka till det egna välfärdsområdets sjukhus. Förflyttningen kan även gälla till exempel förflyttning från ett sjukhus som tillhandahåller specialiserad sjukvård till en bäddavdelning inom primärvården, då patienten inte längre behöver vård på specialiserad sjukvårdsnivå eller till exempel förflyttning från en bäddavdelning vid jouden till fortsatt behandling vid bäddavdelningsplats som blivit ledig. Till denna del motsvarar regleringen i paragrafen delvis gällande 73 § 1 mom.

Regleringen i nya 1 mom. gäller såväl de situationer där förflyttningen av patienten är behövlig eller där det är ändamålsenligt att göra en förflyttning inom välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen som situationer där patienten förflyttas till ett annat välfärdsområde eller till HUS-sammanslutningens område.

Momentet innehåller även en bestämmelse enligt vilken en patient i första hand ska förflyttas till vård vid ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård vilken patientens eget välfärdsområde anvisat. I praktiken hänvisar man med detta till situationer där patienten är i något annat sjukhus än det egna välfärdsområdets sjukhus eller i någon annan verksamhetsenhet. I praktiken gäller regleringen i synnerhet en situation där en patient uppsökt jouden vid något annat än det egna välfärdsområdets sjukhus. När man letar efter en plats för den fortsatta behandlingen för patienten, kan patientens eget välfärdsområde önska att patienten flyttas tillbaka till det egna sjukhuset eller till exempel till ett annat sjukhus inom dess samarbetsområde på ett sätt som överenskommit i samarbetsområdet, om det

exempelvis bedömer att den fortsatta behandlingen i fråga om kostnader blir förmånligare för välfärdsområdet på detta sätt. Det är befogat att redan i förväg komma överens om principerna för situationer som gäller sådana överflyttningar, även om välfärdsområdena naturligtvis kan förhandla om ärendet även beträffande en viss patient.

Enligt regleringen i momentet ska transporten ordnas med ett ändamålsenligt fordon. I praktiken innebär detta att transporten kan göras även med ett annat fordon än ambulans, såsom med olika taxifordon. En sådan transport omfattas så som för närvarande av välfärdsområdenas organiserings- och finansieringsansvar. Inte heller framöver debiteras någon separat klientavgift för de transporter som avses i momentet, utan den avgift som tas ut för kortvarig institutionsvård täcker även transporten.

Paragrafens 2 mom. är nytt och innehåller i syfte att förtydliga rättsläget bestämmelser om en situation där en patient är inskriven på ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som genomför hälso- och sjukvård, men det under vårdperioden med tanke på vården eller rehabiliteringen är befogat att patienten besöker sitt hem eller någon annan överenskommen plats, såsom en anhörigs hem, utan att patienten skrivs ut från verksamhetsenheten. En sådan situation kan föreligga till exempel då en patient som varit i institutionsvård inom mentalvårdstjänsterna tillfälligt besöker sitt hem för att man ska kunna bedöma förutsättningarna för att patienten ska klara sig hemma. Förutsättningen är att patienten och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen sinsemellan kommit överens om besöket. Med detta avses att samförstånd råder mellan patienten och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen om att besöket hemma eller någonstans är ändamålsenligt uttryckligen med tanke på vården eller rehabiliteringen. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska sörja för att transporten sker med ett ändamålsenligt fordon.

En sådan transport omfattas så som för närvarande av välfärdsområdenas organiserings- och finansieringsansvar, oberoende av det valda fortskaffningsmedlet. Inte heller för dessa transporter tas någon klientavgift ut av patienten. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen har inte någon skyldighet att sörja för transporter till exempel då en patient för en kort tid avlägsnar sig från verksamhetsenheten för att uträtta egna ärenden.

Paragrafens 3 mom. innehåller bestämmelser om skyldigheten för välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen att sörja för transporter då patientens vårdperiod upphör. I dessa situationer skrivs patienten ut från sjukhuset eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Enligt förslaget föreskrivs i momentet att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patients vårdperiod upphör, ska se till att patienten transporteras med ambulans hem eller till någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

I paragrafens 4 mom. föreskrivs å sin sida att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen har en skyldighet att sköta transporter i en situation där patienten behöver transport med ambulans till sjukhus eller till någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård eller returtransport därifrån. I momentet föreskrivs att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen ska se till att transporten av en person som vistas inom dess område och som inte är inskriven vid ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård sker med ambulans från personens hem eller någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet till en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt hem eller till någon annan överenskommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd.

I paragrafens 5 mom. föreskrivs att välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen har en skyldighet att sköta vissa transporter i en situation där en patient uppsöker vård vid en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård och patienten inte skrivs in vid verksamhetsenheten i fråga, utan flyttas till någon annan verksamhetsenhet med ambulans, dit det är behövligt att göra transporten som prehospital akutsjukvård. I momentet föreskrivs det enligt förslaget att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen, till vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient som behöver vård har kommit, men som inte skrivs in vid verksamhetsenheten i fråga, ska se till att patienten transporteras med ambulans till någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

I 6 mom. föreslås det preciserade bestämmelser om hur långt välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens skyldighet att sörja för de transporter som avses i 3–5 mom. sträcker sig. Det föreslås att momentet innehåller bestämmelser om att välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen vid transporter enligt 4 och 5 mom. har en skyldighet att sörja för transporten endast till sjukhus och andra verksamhetsenheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård vilka drivs av dem och finns i det egna området samt inom den specialiserade sjukvården även till sjukhus för välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, vilka finns samma samarbetsområdet samt vid transporter enligt 3–5 från ett sjukhus eller en annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård till ett hem eller en annan överkommen plats som finns i välfärdsområdet eller i HUS-sammanslutningens område. Om välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen dock själv styrt patienten till vård till sådana sjukhus eller verksamhetsenheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård vilka finns i ett annat välfärdsområde eller i området för samarbetsområdet, ska de transporter som avses i 4 och 5 mom. ordnas även utanför det egna välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och de transporter som avses i 3–5 mom. ska ordnas från ett sådant sjukhus hem eller till en annan överkommen plats. Dessutom har välfärdsområdet och HUS-sammanslutning en skyldighet att sköta de transporter som avses i 4 och 5 mom. även till ett sjukhus utanför samarbetsområdet, till vilket en hälso- och sjukvårdstjänst centraliserats på det nationella planet samt de transporter som avses i 3–5 mom. från ett sådant sjukhus hem eller till en annan överkommen plats.

I enlighet med paragrafens 6 mom. gäller skyldigheten att sköta de transporter som nämns i det endast transporter till välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningen eller till en annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. I praktiken hänvisar detta till transporter till enheter som omfattas av ett välfärdsområdets och HUS-sammanslutningens organiseringsansvar och tillbaka från dem. Skyldigheten att sköta en patients transport begränsar sig inte endast till transport till verksamhetsenheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård och som drivs av välfärdsområdena själva, utan även till transporter till verksamhetsenheter vid de privata tjänsteproducenter där man producerar hälso- och sjukvårdstjänster som en del av genomförandet av välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens organiseringsansvar. Ett välfärdsområde och HUS-sammanslutningen har inte någon skyldighet att sköta transporter till hälso- och sjukvård som en patient helt och hållet skaffat som privat hälso- och sjukvård eller hem därifrån eller till en annan överkommen plats.

Regleringen i momentet innehåller därtill avgränsningar i fråga om till vilka områden välfärdsområdets och HUS-sammanslutningens skyldighet att sköta de transporter som avses i 3–5 utsträcker sig. Regleringen i paragrafen baserar sig på att bestämmelsen så väl som möjligt ska motsvara ersättningspraxis enligt 4 kap. 4 § i sjukförsäkringslagen och Folkpensionsanstaltens nuvarande praxis, vilken beskrivits ovan i denna proposition. I praktiken innebär de föreslagna avgränsningarna att om en patient utövar sin rätt enligt 47 § eller 48 § i hälso- och sjukvårdslagen att välja en vårdplats inom primärvården eller den specialiserade

sjukvården utanför det egna välfärdsområdet, har välfärdsområdet inte någon skyldighet att ordna transport till ett annat välfärdsområdes område eller till specialiserad sjukvård utanför det egna samarbetsområdet eller till ett hem eller en annan plats som finns utanför välfärdsområdet eller samarbetsområdet. Inte heller i de situationer där en patient vill uppsöka helt och hållet privat hälso- och sjukvård har välfärdsområdet någon skyldighet att med stöd av regleringen ordna anknutna ambulanstransporter.

Paragrafens 7 mom. gäller de fåtaliga situationer där en patient kan behöva ambulanstransporter för att delta i rehabilitering som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten. I momentet föreskrivs att välfärdsområdet ska se till att en patient som vistas inom dess område och för vilken rehabilitering enligt rehabiliteringslagen ordnas transporteras med ambulans från patientens hem eller någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet till den plats som tillhandahåller rehabiliteringen samt hem eller till någon annan överenskommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd. I fråga om dessa transporter gäller skyldigheten att sköta transporter för välfärdsområdena och Helsingfors stad, men inte för HUS-sammanslutningen. Detta beror på att ansvaret för transporter i en situation enligt momentet inte på det sätt som avses i andra föreslagna momenten har något samband med till eller från vilken enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen transporten görs, utan det gäller endast det geografiska området för vistelseplatsen. I Nyland kan denna uppgift skötas av välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad. Deras områden täcker geografiskt sett området för HUS-sammanslutningen. Avsikten med begreppet patient som använts i momentet är inte att avgränsa för vilken tjänst som ges med stöd av rehabiliteringslagen en person kan få en ambulanstransport. En person som behöver ambulans kan uppfattas som en patient, även om han eller hon åker till annan rehabilitering än sådan som tillhandahålls som hälso- och sjukvård.

Genom regleringen i 3–5 mom. och 7 mom. i paragrafen regleras i praktiken tilldelningen av uppgiften att ordna andra patienttransporter än sådana som ingår i prehospital akutsjukvård vilka görs med ambulans till välfärdsområdena och till vissa delar till HUS-sammanslutningen, då ersättningsansvaret för sådana transporter för närvarande innehas av Folkpensionsanstalten i fråga om oinskrivna patienter. Finansieringen av dessa transporter överförs till en del av välfärdsområdenas icke-öronmärkta finansiering på det sätt som angetts i de allmänna motiveringarna i propositionen.

Utifrån regleringen i paragrafens 3–5 mom. och 7 mom. har välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen utifrån 3–5 mom. till uppgift att sköta transporten endast i en situation där ambulans används i transporten. En ytterligare förutsättning är att transporten med ambulans är nödvändig med tanke på patientens hälsotillstånd. Detta kan bedömas i förväg i välfärdsområdet eller i HUS-sammanslutningen på så sätt att patienten har ett intyg eller en anteckning i journalhandlingarna om att hans eller hennes hälsotillstånd allmänt förutsätter att transporter genomförs med ambulans. Bedömningen kan även göras enligt situation. I synnerhet i situationer enligt 5 mom. är bedömningen sannolikt ofta situationsspecifik.

Transport med ambulans regleras i paragrafens 3–5 och 7 mom. Avsikten med denna ordalydelse är att åtskilja dessa från enheter inom den prehospitala akutsjukvården enligt 8 § i social- och hälsovårdsministeriets förordning och regleringen om dessa. En enhet inom den prehospitala akutsjukvården kan vara en ambulans, men för att vara en enhet inom den prehospitala akutsjukvården ska den höra till systemet med prehospital akutsjukvård och personalen ska uppfylla de utbildningskrav som gäller personal och som föreskrivs i denna förordning. I fråga om ambulanstransporter enligt 73 § 3–5 mom. och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen finns det inte några lagstadgade krav som baserar sig på speciallagstiftningen i fråga om personalens utbildning, utan personalen ska ha lämpligt kunnande för de transporter

som avses i momenten. Naturligtvis är den allmänna lagstiftningen för ordnande och tillhandahållande av service tillämplig på verksamheten, såsom 9 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023), enligt vars 2 mom. personalen ska ha sådan lämplig utbildning som tjänsteproducentens verksamhet kräver och tillräckligt kunnande och tillräcklig yrkesskicklighet med beaktande av innehållet i de tjänster som produceras och vilka klienter och patienter som anlitar tjänsterna. Vårdsområdena och HUS-sammanslutningen ska bedöma och definiera en tillräcklig kompetensnivå för dessa transporter i den egna verksamheten och när de gör upphandlingar av privata tjänsteproducenter och genomför konkurrensutsättningar som gäller dessa.

I de situationer som regleras i 3–7 mom. har vårdsområdet finansieringsansvaret för transporten. Utifrån de föreslagna reglerna om klientavgifter är det möjligt att ta ut en klientavgift av patienten för en sådan transport. I praktiken innebär reglerna även att om en patient i de situationer som avses i momentet förflyttar sig med taxi, får han eller hon så som tidigare ersättningar enligt sjukförsäkringslagen från Folkpensionsanstalten och betalar en självriskandel enligt sjukförsäkringslagstiftningen för resorna. I utskrivningssituationer eller överflyttningar hjälper dock vårdsområdet eller HUS-sammanslutningen patienten att beställa taxi vid behov.

Destinationen eller avgångsplatsen för de transporter som avses i paragrafens 2–5 och 7 mom. kan på det sätt som framgår av momenten, utöver hemmet, även vara en annan överenskommen plats. Begreppet hem omfattar exempelvis även äldreboenden eller en annan enhet inom motsvarande institutionsvård eller en serviceboendeenhet. En i reglerna avsedd annan plats kan vara till exempel hemmet för en patients släkting, dit patienten åker för att återhämta sig eller för att få fortsatt omsorg av de anhöriga, eller på motsvarande en släktings hem, där patienten fått omsorg innan transportbehovet uppkom. Även en annan plats som anknyter till den vanliga livskretsen kan bli aktuell i patienternas olika individuella situationer. Det väsentliga är att transporten överenskommit mellan patienten och vårdsområdet.

Paragrafen innehåller bestämmelser om skyldigheten att sörja för transporten för ett visst vårdsområde eller HUS-sammanslutningen. Det vårdsområde som har en sådan skyldighet varierar beroende på situationen på det sätt som beskrivits ovan. Det föreslås att detta uttryck används i momentet, eftersom föreskrifterna reglerar även situationer där patienten vårdas på något annat än det egna vårdsområdets sjukhus eller på någon annan verksamhetsenhet eller då han eller hon flyttas annanstans än till en verksamhetsenhet inom det egna vårdsområdet. I princip ansvarar patientens vårdsområde för att ordna patientens hälso- och sjukvård. Med tanke på verksamheten i praktiken är det dock ändamålsenligt att utfärda bestämmelser om att patientens vårdsområde alltid ska ordna transporten av egna patienter, eftersom en patient kan vara i vård eller vistas i ett annat vårdsområdes område och patientens vårdsområde inte nödvändigtvis känner till exempelvis tjänsteproducenterna i anknytning till transporter i det andra vårdsområdet eller övriga lokala arrangemang. Det är tydligare att utfärda bestämmelser om en skyldighet att sköta transport, som med andra ord innebär en skyldighet på praktisk nivå att sköta en patients transport med ambulans, antingen som egen verksamhet för vårdsområdet eller som köpta tjänster, och i de situationer som avses i 1 och 2 mom. även med något annat forskaffningsmedel, såsom taxi.

I paragrafen nämns vårdsområde och HUS-sammanslutningen. Reglerna tillämpas även på vårdsområdena i Nyland och Helsingfors stad. Vem som är skyldig att sköta transporterna i Nyland beror på i vems verksamhetsenhet eller område patienten finns, vad som i fråga om Nyland har föreskrivits om ansvaret för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster och vad som överenskommit om ärendet mellan vårdsområdena i Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. I till exempel 3 mom. föreskrivs att vårdsområdet eller HUS-

sammanslutningen, vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patients vårdperiod upphör, ska se till att patienten transporteras med ambulans hem eller till någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd. Denna skyldighet har riktats på så sätt att det avgörande är på vilket sjukhus eller i vilken verksamhetsenhet patienten finns. Om en patient till exempel befinner sig på ett sjukhus i HUS-sammanslutningen, har HUS-sammanslutningen en skyldighet att sörja för transporten. Detta är fallet oberoende av om en patient får vård på ett sjukhus som hör till HUS-sammanslutningen på grund av att HUS-sammanslutningen utifrån lagstiftningen har en skyldighet att ordna en viss tjänst eller till exempel därför att en viss tjänst har överenskommit att skötas av HUS-sammanslutningen i ett organiseringsavtal enligt 9 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland, även om organiseringsansvaret i princip innehas av välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad. Dessutom är det möjligt att en patient styrtts till vård till ett sjukhus i HUS-sammanslutningen till exempel på grund av brist på utrymme på sjukhusen i de andra välfärdsområdena.

I 57 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs att om ett välfärdsområde enligt lag eller ett sådant samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört.

I praktiken innebär denna reglering i lagen om ordnande av social- och hälsovård att om välfärdsområdet skött transporten av en annan än det egna välfärdsområdets invånare, kan detta välfärdsområde ta ut de kostnader som orsakats av transporten av patientens eget välfärdsområde. Från den debiterade kostnaden görs ett avdrag av den klientavgift som välfärdsområdet tar ut, om det är möjligt att ta ut en klientavgift för den aktuella transporten och detta redan har gjorts.

För tydlighetens skull innehåller paragrafens 8 mom. en föreskrift om att bestämmelser om transporter som ingår i prehospital akutsjukvård utfärdas i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen. De föreslagna bestämmelserna i 73 § i lagen reglerar situationer där transporten, beroende på situationen, i sig kan ingå i den prehospitala akutsjukvården. Till exempel vid överflyttning av en oinskriven patient enligt 5 mom. från ett sjukhus till ett annat, kan patientens tillstånd förutsätta att en enhet inom den prehospitala akutsjukvården sköter transporten. Med denna bestämmelse i 8 mom. förtydligas att 73 § handlar om de transporter på vilka regleringen om prehospital akutsjukvård i 40 § inte är tillämplig.

7.2 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen

4 kap. Ersättning för resekostnader

1 §. Försäkrades resor. Paragrafen innehåller bestämmelser om resor i anknytning till sjukvård vilka ersätts till den försäkrade utifrån sjukförsäkringslagen. Till paragrafen fogas ett nytt 4 mom., enligt vilket kostnader inte ersätts med stöd av denna lag för i 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedd prehospital akutsjukvård eller för sådana patienttransporter enligt 73 § i den lagen som inte ingår i prehospital akutsjukvård.

5 §. Färdsätt som ersätts. Paragrafen innehåller bestämmelser om det färdsätt som ersätts. Paragrafens 2 mom. innehåller bestämmelser om ersättning av resekostnader som orsakats av användning av specialfordon. Paragrafens 2 mom. ändras på så sätt att specialfordon inte längre avser ett sjuktransportfordon och en helikopter. Kostnader för resor som gjorts med ett sjuktransportfordon, såsom ambulans, och helikopter ersätts inte längre utifrån sjukförsäkringslagen.

6 §. Sjuktransport. Paragrafen innehåller bestämmelser om ersättning av kostnader som orsakats av sjuktransporter och prehospital akutsjukvård och den ersättningstaxa som ligger till grund för ersättning av resekostnader som orsakats av användning av ett sjuktransportfordon. Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning för användning av sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av statsrådet.

Det föreslås att paragrafen upphävs. Utifrån sjukförsäkringslagen ersätts till en försäkrad inte längre kostnader som orsakats av prehospital akutsjukvård enligt 39 § och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen och inte heller andra resekostnader som orsakats av användning av ett sjuktransportfordon. Inte heller kostnaderna för sjuktransportresor med båt ersätts längre utifrån sjukförsäkringslagen.

8 §. Grund för ersättning för resekostnader samt fastställande av ersättningstaxan. I paragrafen regleras grunden för reseersättning och bestämmandet av ersättningstaxan. Hänvisningen till 4 kap. 6 § som upphävs enligt förslaget stryks från 3 mom. som en onödig hänvisning. Dessutom stryks hänvisningen till 4 kap. 5 § som en onödig hänvisning.

18 kap. Sjukförsäkringsfonden och försäkringspremier och försäkringsavgifter

9 §. De försäkrades finansieringsandel. I paragrafen finns det föreskrifter om den andel av utgifterna för sjukvårdsförsäkringen inom sjukförsäkringen, vilken finansieras med intäkterna av sjukförsäkringens sjukvårdspremie, som tas ut hos de försäkrade. Det föreslås att de försäkrades nuvarande finansieringsandel på 48,6 procent ska ändras till 50,4 procent.

10 §. Statens finansieringsandel. I paragrafen föreskrivs det om vilken andel av utgifterna för sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring som finansieras med statens medel. Det föreslås att statens nuvarande finansieringsandel på 51,4 procent ska ändras till 49,6 procent.

7.3 Lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

3 §. Avgift för oanvänd service. Regleringen kring oanvänd service ändras på så sätt att det blir möjligt att ta ut en avgift för tjänster som är nya jämfört med nuläget. De nya tjänsternas avvikande karaktär i förhållande till de tjänster som tidigare omfattades av avgiftsregleringen leder till att hela avgiftsregleringen för oanvänd service omformas på det strukturella planet. Avsikten är dock att bibehålla regleringens sakmässiga innehåll i fråga om de tjänster för vilka det redan hittills varit möjligt att ta ut en avgift. I samma sammanhang slopas även bestämmelsen om indexreglering, vilken för närvarande finns i 3 mom., eftersom indexregleringen och de avgifter som regleringen gäller framöver regleras på samlat sätt i 14 b § i den föreslagna lagen.

Paragrafens 1 mom. innehåller en bestämmelse om det maximibelopp i euro som ett välfärdsområde kan ta ut för varje oanvända service av de personer som annanstans i paragrafen fastställs som betalningsskyldiga i olika tjänster. Beloppet är det samma som i den gällande lagstiftningen, det vill säga 73,70 euro. Det föreslås dessutom att momentet innehåller bestämmelser om förutsättningarna för uttag av en avgift, som framgår närmare av den därpå

följande paragrafen. För en del av förutsättningarna för att ta ut en avgift används benämningen ”de allmänna förutsättningarna för uttag av en avgift”, medan en del av förutsättningarna är servicespecifika med anledning av tjänsternas olika karaktärer. På det sätt som konstateras i momentet ska bägge dessa förutsättningar vara uppfyllda, för att en avgift för oanvänd service ska kunna tas ut.

Paragrafens 2 mom. ändras på så sätt att det redogör för de allmänna förutsättningarna för att ta ut en avgift. Dessa omfattar att en betalningsskyldig person låter bli att komma till en bokad tjänst utan att avboka tjänsten i förväg och utan att ha något godtagbart skäl till det. En annan förutsättning för att ta ut en avgift är att det inte är oskäligt att ta ut en avgift. En ytterligare förutsättning för att ta ut en avgift är att den som bokat en service getts information om att det är möjligt att ta ut en avgift för oanvänd service och anvisningar om hur servicen avbokas i förväg. Dessa uppgifter ska ges på så sätt att personen i tillräcklig grad förstår dess innehåll. De ovan nämnda förutsättningarna för tillhandahållande av information och anvisningar gäller även för de personer som avses i 4 mom. 1–2 punkten, vilka kallats till service och vilka ska ges informationen i samband med kallelsen. Momentet innehåller därtill bestämmelser om att en avgift inte får tas ut för oanvänd service av en person under 18 år. I sak motsvarar de ovan beskrivna förutsättningarna de förutsättningar som har fastställts för att ta ut en avgift även i den nuvarande lagstiftningen och som refererats ovan i denna proposition och mer ingående i regeringens proposition RP 129/2020 rd.

Paragrafens 3 mom. innehåller en servicespecifik beskrivning av förutsättningarna för att ta ut en avgift, för vilka det redan med stöd av den nuvarande lagstiftningen varit möjligt att ta ut en avgift då servicen inte använts och inte heller avbokats. I sak motsvarar regleringen den nuvarande regleringen i fråga om dessa tjänster. Även förutsättningarna för att ta ut avgiften för dessa tjänster förblir oförändrade.

Paragrafens 4 mom. är nytt och fastställer framöver de tjänster som är nya i förhållande till det tidigare tillämpningsområdet för avgiftsregleringen för vilka välfärdsområdet, om servicen inte används och inte heller avbokas, har möjlighet att ta ut en avgift som i princip är jämnstor med den avgift som för närvarande kan tas ut för oanvänd service. Tillämpningsområdet för avgiften för oanvänd service utvidgas till vissa tjänster som välfärdsområdet ansvarar för att ordna enligt 14 § i socialvårdslagen. Dessa tjänster handlar i huvudsak om så kallade familjerättsliga tjänster och utöver dessa omfattar det utvidgade tillämpningsområdet även stöttat och övervakat umgänge mellan ett barn och en förälder. I momentet fastställs även de persongrupper från vilka det är möjligt att ta ut en avgift för respektive tjänst och därtill preciseras de situationer där det är möjligt att ta ut en avgift för dessa nya tjänster. Med tanke på den föreslagna avgiftsregleringens särdrag och dess tydlighet innehåller paragrafens 4 mom. framöver en detaljerad förteckning om omständigheter som preciserar uttaget av en avgift i fråga om ovan nämnda tjänster, vilka utöver de allmänna förutsättningar som föreskrivs i 2 mom. ska vara uppfyllda.

Enligt 1 punkten i förteckning i paragrafens 4 mom. är det möjligt att ta ut en avgift för oanvänd och icke avbokad tjänst för besök i samband med överenskommelse om vårdnad om, umgänge med eller underhåll för barn samt medling i familjefrågor. I dessa tjänster är det möjligt att ta ut en avgift av barnets föräldrar om vissa av de tilläggsförutsättningar som anknyter till dessa tjänster är uppfyllda. Dessa tilläggsförutsättningar omfattar för det första att avgiften kan tas ut av en förälder som självständigt eller med anlitan av en företrädare har bokat servicen. För det andra kan avgiften tas ut av en förälder som inte finner sig till ett besök i samband med överenskommelse om vårdnad om, umgänge med eller underhåll för barn samt medling i familjefrågor, om den instans som tillhandahåller servicen personligen har kallat föräldern till ovan nämnda tjänster och föräldern, antingen själv eller via en företrädare, meddelar att han

eller hon deltar i servicen. Den instans som tillhandahåller servicen kan utöver en arbetstagare hos välfärdsområdet eller en organisation som den driver även vara till exempel en arbetstagare i ett företag som tillhandahåller köpta tjänster och producerar servicen för välfärdsområdet. Den personliga kallelsen kan genomföras på olika sätt, till exempel genom att dra nytta av elektroniska servicekanaler, per brev eller per telefon. Med personer som fått en kallelse hänvisar man med andra ord till personer som den instans som tillhandahåller servicen har kallat till servicen utan att personerna själva varit i kontakt med den instans som tillhandahåller servicen. En sådan situation kan föreligga till exempel då den andra föräldern till ett barn tar kontakt och framför en begäran om en besöks tid för att komma överens om underhållet om ett barn. I praktiken förutsätter överenskommelsen att även barnets andra förälder deltar i besöket och för att avgiften ska kunna tas ut även av denna andra förälder, ska den instans som tillhandahåller tjänsten ha kallat denna andra förälder till besöket. Bakgrunden till regleringen utgörs av ett behov av att säkerställa att det inte är möjligt att en betalningsskyldighet uppkommer för en person på obefogade grunder. När föräldrarna behöver dessa tjänster, kan det redan i utgångspunkten förekomma utmaningar i föräldrarnas inbördes växelverkan. Därför är det motiverat att inte heller den ena föräldern i dessa situationer är skyldig att se till att den andra föräldern deltar i besöket. Meddelandet om föräldrarnas deltagande ska i dessa situationer ha gjorts i förväg på ett kontrollerbart sätt. Med detta avses att sakläget ska kunna kontrolleras till exempel utifrån en klientanteckning som gäller ärendet och som gjorts av den aktör som tillhandahåller servicen eller på så sätt att en förälder eller företrädare för en förälder i dessa situationer elektroniskt kan meddela att han eller hon deltar i servicen, varvid en anteckning om meddelandet om deltagandet vilken senare kan kontrolleras blir kvar i det elektroniska systemet. Detta skulle innebära att en förälder som förblir passiv efter kallelsen av den instans som tillhandahåller servicen inte kan bli betalningsskyldig.

I 2 punkten i förteckningen utsträcks möjligheten att ta ut en avgift även till besök i samband med utredande eller fastställande av faderskap eller moderskap. I praktiken är regleringen uppbyggd på samma sätt som i 1 punkten, med den skillnaden att en avgift kan tas ut av föräldern, men därtill även av en annan person som den instans som tillhandahåller servicen separat kallat till servicen. Dessa personer är i praktiken de som förmodas vara förälder till ett barn.

I 3 punkten i förteckningen utsträcks möjligheten att ta ut en avgift till besök i samband med adoptionsrådgivning. Avgiften kan tas ut av en person som självständigt eller med anlitan av en företrädare har bokat servicen samt av en person som på ett i förväg kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitan av en företrädare har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen. I praktiken innebär regleringen att en avgift, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, kan tas ut även separat av varje person som låter bli att komma till besök i samband med adoptionsrådgivning. På samma sätt som i de tjänster som nämnts även i de tidigare punkterna i förteckningen är det med andra ord möjligt att ta ut en avgift enligt besök antingen av flera personer eller endast en person som inte infunnit sig, oberoende av om någon annan av de personer som deltar i besöket kommit till platsen. En förutsättning för att ta ut en avgift är dock att de allmänna förutsättningarna för att ta ut en avgift och de servicespecifika förutsättningar som föreskrivs i denna punkt är uppfyllda. I fråga om en annan person än en person som självständigt eller med anlitan av en företrädare gjort en bokning förutsätts att han eller hon i förväg meddelat att han eller hon deltar i besöket.

I 4 punkten i förteckningen föreskrivs de servicespecifika förutsättningarna för att ta ut en avgift för oavvänt övervakat eller stöttat umgänge mellan barn och förälder. En avgift kan tas av en förälder som självständigt eller med anlitan av en företrädare bokat en tid för umgänge och som barnet skulle träffa vid umgänget, men som inte kommit till platsen. Därtill kan en avgift

Commented [MK1]: tähän

tas ut även av en förälder till ett barn vilken kallats personligen av den instans som tillhandahåller servicen och som självständigt eller med anlitan­de av en företrädare på ett kontrollerbart i förväg meddelat att han eller hon deltar i umgänget. Om bägge föräldrar ska delta i umgänget, kan en avgift tas ut av bägge föräldrar om förutsättningarna för att ta ut avgiften är uppfyllda. Däremot är det inte möjligt att ta ut någon avgift av den förälder som endast har till uppgift att föra barnet till umgänget.

Paragrafens nya 5 mom. innehåller bestämmelser om de situationer där en person strävat efter att boka en tjänst som nämns i 4 mom. 1–4 punkten, men det i detta sammanhang inte varit möjligt att ge honom eller henne någon tid. I så fall har välfärdsområdet definitions­mässigt bokat tiden till den aktuella tjänsten på initiativ av den som gjort bokningen. Ett välfärdsområde anses ha bokat en servicetid på personens initiativ i dessa situationer även oberoende av om den egentliga tidsbokningen görs av en arbetstagare hos välfärdsområdet eller till exempel av en arbetstagare hos ett företag som tillhandahåller köpta tjänster. Momentet innehåller bestämmelser om de tilläggsförutsättningar som i dessa situationer ska vara uppfyllda, för att avgiften för oanvänd service ska kunna tas ut av den person som bokat servicen. I så fall är en förutsättning för att ta ut avgiften, på det sätt som framgår av momentet, att man i skriftlig form ger information om möjligheten att en avgift tas ut om servicen inte används och inte avbokas och anvisningar för att avboka servicen i förväg. Dessutom ska den person som bokat servicen eller en företrädare för honom eller henne i dessa situationer påminnas om den bokade servicen för att det ska vara möjligt att ta ut avgiften för oanvänd service om servicen inte används eller avbokas. I sak motsvarar förutsättningarna med andra ord de förutsättningar som redan för närvarande gäller de tjänster som ett välfärdsområde bokar för en klient på hans eller hennes initiativ. I en situation enligt momentet kan betalningsskyldighet föreligga till exempel då en person framför en begäran om att få en tid hos barnatillsyningsmannen för överenskommelse av underhållet, men alla besökstider som syns i bokningssystemet redan är bokade och det med personen överenskomms att han eller hon meddelas en besökstid då lediga tider är tillgängliga på nytt. I sig är det möjligt att den instans som tillhandahåller servicen även i de situationer som avses i momentet utöver den person som bokar besöket skickar en kallelse även till exempel till den andra föräldern som inte själv tagit initiativ i ärendet. De särskilda förutsättningarna i det föreslagna momentet att ge information och anvisningarna om avbokning av service i skriftlig form gäller i så fall inte för de personer som kallats av den instans som tillhandahåller servicen. De allmänna förutsättningar för att ta ut en avgift enligt 2 mom. tillämpas på personer som kallats av den instans som tillhandahåller servicen. En ytterligare förutsättning för att ta ut en avgift av dem är att de i förväg på ett kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitan­de av en företrädare meddelat att de deltar i servicen. De personer som bjuds in till servicen bemöts således med avseende på avgiftsskyldigheten på samma sätt i alla nya tjänster, oberoende av om den person som bokar servicen lyckats boka service direkt efter att ha varit i kontakt med till exempel välfärdsområdet eller om personen varit tvungen att vänta i en viss tid för att få en bokning efter att tider blivit lediga på nytt.

Paragrafens 6 mom. är även nytt och det innehåller en informativ bestämmelse om de situationer som konkretiseras i de tjänster som nämns i 4 mom., där betalningsskyldigheten utifrån regleringen kan gälla för flera personer. I momentet föreskrivs att i situationer där en avgift för oanvänd service tas ut av bägge föräldrar eller flera personer, får avgifternas sammanlagda belopp inte överskrida kostnaderna för att producera servicen. På grund av regleringen i 2 § i klientavgiftslagen är detta fallet redan i övrigt, men ett separat omnämnande om detta har införts i momentet, eftersom de uppgifter som fås från välfärdsområdena under beredningen av propositionen visar att avgifterna i dessa situationer i verkligheten i fråga om vissa enskilda tjänster i vissa områden kan överskrida kostnaderna för att producera tjänsten. Syftet är att genom omnämnandet säkerställa att såväl de yrkespersoner som tillämpar regleringen som klienterna gestaltar betydelsen av denna reglering även i dessa situationer.

5 §. Avgiftsfria hälsovårdstjänster. I och med att ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård övergår till välfärdsområdenas organiseringsansvar och de ändringar som görs i 73 § i hälso- och sjukvårdslagen i detta sammanhang samt ändringen av klientavgiften i anknytning till prehospitalet akutsjukvård, är det behövt att ändra förteckningen över avgiftsfria hälsovårdstjänster i 5 § i klientavgiftslagen. Det föreslås att 1 a punkten, som för närvarande reglerar avgiftsfriheten för prehospitalet akutsjukvård, upphävs i förteckningen. I paragrafen ändras dessutom dess 8 punkt. Enligt den nuvarande ordalydelsen i lagen är av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård avgiftsfri.

I paragrafens 8 punkt föreskrivs framöver att i 73 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter är avgiftsfria. Framöver omfattar de avgiftsfria transporter således överflyttning av inskrivna patienter och sådana patienttransporter under en vård- eller rehabiliteringsperiod som ger möjlighet till ett visst besök under vården eller rehabiliteringen, vilket med tanke på vården eller rehabiliteringen är motiverat eller vilket överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, det vill säga att samförstånd om att besöket är ändamålsenligt för vården eller rehabiliteringen råder mellan patienten och hälso- och sjukvården och färden görs till patientens hem eller till en annan överenskommen plats och tillbaka till verksamhetsenheten. Avgiftsfriheten för dessa transporter begränsas inte av med vilket forskaffningsmedel transporten genomförs, så länge som det forskaffningsmedel som används är ändamålsenligt enligt föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen. Bedömningen av detta görs av hälso- och sjukvården. Trots den nuvarande ordalydelsen i klientavgiftslagen, vilken innehåller hänvisningar till bland annat transporter som görs med sjuktransportfordon, har ovan nämnda transporter redan för närvarande varit avgiftsfria för patienterna och klienterna och således förtydligar bestämmelsen endast rättsläget och tillmötesgår bättre än för närvarande de krav som beror på 80 § i grundlagen, enligt vilka grunderna för en individs rättigheter och skyldigheter ska framgå av lagen. När en person är inskriven till exempel på ett sjukhus, betalar han eller hon i princip en avgift för institutionsvård för dessa dagar. Det har på vedertaget sätt ansetts att denna avgift, utöver vårdåtgärderna under institutionsvården, även omfattar uppehållet under vården.

Det bör beaktas att avgifterna för transporter med ambulans som görs då vårdperioden för en inskriven patient upphör, det vill säga för att föra hem en utskrivna patient, regleras separat i föreslagna nya 7 i §. Den föreslagna regleringen påverkar vem som framöver kan ta ut avgiften och avgiftens belopp. Gällande 5 § 8 punkten i klientavgiftslagen hade i enlighet med ordalydelsen kunnat tolkas på så sätt att välfärdsområdet inte hade kunnat fakturera en klient för sådana så kallade utskrivningstransporter. Bestämmelsen har lämnat utrymme för tolkning och därför finns det ett behov av att tydliggöra regleringen för att etablera ändamålsenlig enhetlig avgiftspraxis.

6 a §. Avgiftstak. Till listan över tjänster som ackumulerar avgiftstaket i paragrafens 2 mom. fogas två nya punkter, och därför görs en teknisk revidering av 11 punkten. I 12 punkten finns det föreskrifter om att de klientavgifter som tas ut för prehospitalet akutsjukvård framöver ackumulerar avgiftstaket för klientavgifterna. Dessutom innehåller 13 punkten bestämmelser om att avgifterna för ambulanstransporter som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård och som övergår till välfärdsområdenas organiseringsansvar likaså ackumulerar klientavgiftstaket. Detta skyddar ställningen i synnerhet för sådana klienter som har såväl ett rikligt behov av hälso- och sjukvårdstjänster som ett behov av tjänster inom prehospitalet akutsjukvård och/eller transporter som genomförs med ambulans och som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård. Förslaget motsvarar även i fråga om principer nuvarande praxis som baserar sig på sjukförsäkringslagen, då klientavgifter som tas ut för dessa tjänster i stället för den årssjälvrisk som begränsar de i sjukförsäkringslagen föreskrivna självriskandelarna för reseersättningar (det så kallade

takbeloppet för resekostnader) framöver ackumulerar det avgiftstak som begränsar den avgiftsbörda som ackumuleras på årsnivå utifrån klientavgifterna. På motsvarande sätt som i takbeloppet för resekostnader, är avgiftstaket för klientavgifterna framöver kalenderårsspecifikt även för dessa avgifter.

6 b §. Tjänster under närståendevårdarens ledighet. Det föreslås att 3 mom. i paragrafen upphävs, eftersom det blir onödigt i och med att indexjusteringen framöver regleras i föreslagna 14 b §.

7 c §. Avgift för långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, långvarig familjevård och långvarig sluten vård. Det föreslås att 4 mom. i paragrafen upphävs, eftersom det är onödigt i och med att indexjusteringen framöver föreskrivs i föreslagna 14 b §.

7 d §. Stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet. Det föreslås att 5 mom. i paragrafen upphävs, eftersom det är onödigt i och med att indexjusteringen framöver föreskrivs i föreslagna 14 b §.

7 h §. Avgift för prehospital akutsjukvård. Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om klientavgiften för prehospital akutsjukvård. Avsikten är att paragrafen träder i kraft år 2026, men den kan tillämpas för första gången på avgifter som tas ut för de tjänster som ordnas från och med ingången av år 2028.

Det finns ett behov av att utfärda bestämmelser om klientavgifter för prehospital akutsjukvård eftersom självriskandelen enligt sjukförsäkringslagen inte längre gäller för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård då bestämmelserna om ersättning för sjuktransport i sjukförsäkringslagen upphävs. Framöver, då såväl ordnandet som finansieringen av den prehospitala akutsjukvården (inklusive finansieringen av transporter som ingår i prehospital akutsjukvård) omfattas av välfärdsområdenas ansvar, är det befogat att kunna ta ut en klientavgift för tjänsten av patienterna.

Vid beredningen av propositionen har det inte ansetts att den nuvarande regleringen kring avgifter för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård längre är befogad framöver. Denna reglering har skapats för ett system som föräldrars med tidens gång och den betonar på ett onödigt sätt rollen för transport som vid behov ingår i prehospital akutsjukvård. Den prehospitala akutsjukvården har ändrats från den tidigare sjuktransporten till en allt tätare del av jourtjänsterna inom hälso- och sjukvården. I stället för enbart transport ligger betoningen i tjänsten på den övergripande helhet som utgörs av bedömningen av vårdbehovet, den prehospitala akutsjukvården och/eller transport efter behov av en patient till fortsatt vård eller hänvisning av honom eller henne till andra tjänster. Det faktum att den prehospitala akutsjukvården de facto handlar om krävande hälso- och sjukvårdstjänster talar dessutom för att bestämmelser utfärdas om en klientavgift för prehospital akutsjukvård. En annan sak som talar för att den föreslagna avgiften ska tas ut är det faktum att den prehospitala akutsjukvården, då en patient inte separat transporteras till den vårdgivande enheten, de facto motsvarar som den vård som ges till patienten i fråga, om han eller hon på egen hand hade uppsökt jouren. Dessutom ska det beaktas att de ändringar som gäller journätet och som trätt i kraft i början av oktober 2025 har bedömts öka behovet av prehospital akutsjukvård. När en del av patienterna till följd av denna reform framöver i stället för ett jourbesök får prehospital akutsjukvård som i praktiken motsvarar jourvård hemma eller annanstans utanför ett verksamhetsställe inom hälso- och sjukvården, är det även ur denna synvinkel befogat att beakta det faktiska vårdsmässiga innehållet i tjänsten i klientavgiften.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs det enligt förslaget att välfärdsområdet av en kund kan ta ut en avgift på högst 41,40 euro för i 40 § 1 punkten i hälso- och sjukvårdslagen avsedd prehospital

akutsjukvård. Avgiften är av samma belopp som den klientavgift som tas ut för ett besök på hälsocentralens jour och bestämmelser om att den ingår i avgiftstaket utfärdas i ovan föreslagna 6 a §. I det skede då avgiften de facto kan tas ut för första gången motsvarar maximibeloppet av avgiften de facto inte beloppet av avgiften enligt de nu föreslagna bestämmelserna, eftersom avgiften i enlighet med denna proposition efter att den trätt i kraft justeras två gånger enligt välfärdsområdesindexet innan avgiftsregleringen i övrigt tillämpas.

I praktiken kan en avgift för prehospital akutsjukvård i princip tas ut i de situationer där en enhet som tillhandahåller prehospital akutsjukvård gör en bedömning av vårdbehovet eller genomför andra åtgärder som hör till prehospital akutsjukvård och som föreskrivits i 40 § 1 punkten i hälso- och sjukvårdslagen. Utöver bedömning av vårdbehovet omfattar dessa med andra ord tillhandahållande av prehospital akutsjukvård och/eller transport av en patient till en vårdenhets. Avsikten med begreppet ”patient” som används i momentet för att ange den betalningsskyldiga personen är inte att avgränsa någon grupp av personer, till vilken prehospital akutsjukvård getts på ovan beskrivna sätt, utanför gruppen av betalningsskyldiga personer. Med patient avses framför allt personer som anlitat prehospital akutsjukvård.

I praktiken innebär regleringen i momentet att det framöver är möjligt att ta ut en klientavgift av en person även för bedömning av vårdbehovet, då självriskandelen för närvarande tas ut endast då den prehospitala akutsjukvården antingen transporterat patienten till fortsatt vård eller på plats tillhandahållit prehospital akutsjukvård, tack vare vilken det inte funnits något behov av transport till fortsatt vård. Syftet med regleringen är att bidra till att stärka statsfinanserna och främja ordnande av ändamålsenlig vård för alla patienter oberoende av var vården har tillhandahållits. En avgift kan tas ut separat av varje patient även i situationer där enheten inom prehospital akutsjukvård gör en bedömning av vårdbehovet för flera patienter. I praktiken är detta möjligt till exempel i olyckssituationer, i synnerhet då antalet olycksoffer är stort. Utgångspunkten är att en avgift i så fall kan tas ut av alla patienter som åtminstone varit föremål för en bedömning av vårdbehovet. Även i dessa situationer ska man vid uttaget av avgiften beakta bestämmelsen i 2 § i klientavgiftslagen, vilken begränsar uttaget av klientavgifter inom social- och hälsovården, då den föreskriver att den avgift som tas ut för servicen inte får överskrida kostnaderna för serviceproduktionen. Detta får inte heller ske om samma enhet som tillhandahåller prehospital akutsjukvård kan hjälpa flera patienter.

Paragrafens 2 mom. innehåller bestämmelser om en situation där en avgift för prehospital akutsjukvård inte får tas ut. Det är inte möjligt att ta ut en avgift om personen vägrat en bedömning av vårdbehovet. På så sätt tryggas patienternas självbestämmanderätt. Undantaget till rätten att ta ut en avgift för prehospital akutsjukvård är avsedd att vara snäv i den meningen att den gäller de situationer då en person vägrar prehospital akutsjukvård uttryckligen före bedömningen av vårdbehovet. Om en patient till exempel inte vägrat en bedömning av vårdbehovet, men inte vill få den vård som erbjuds av en enhet inom prehospital akutsjukvård, är det ändå möjligt att ta ut en avgift för servicen. Dessutom är det alltid möjligt att ta ut en avgift även då arbetstagarna inom prehospital akutsjukvård bedömer att det trots personens vägran är med stöd av lagstiftningen nödvändigt att tillhandahålla servicen. Prehospital akutsjukvård kan till exempel möta en person som har ett övergående förvirringstillstånd eller en person som på grund av en skada, somatisk sjukdom eller en orsak i anknytning till den psykiska hälsan i övrigt inte förstår innebörden av en vägran till vård. Det finns bestämmelser om vård oberoende av viljan i mentalvårdslagen (1116/1990) och lagen om missbrukarvård (41/1986). I princip är det möjligt att ta ut en avgift även i situationer där en person till exempel på grund medvetlöshet i praktiken inte kan vägra bedömning av vårdbehovet. Om personen dock i efterskott kan visa att han eller hon under tiden för vårdhändelsen haft ett vårddirektiv i vilket han eller hon vägrat att vård ges, kan avgiften inte tas ut.

Paragrafens 3 mom. innehåller en informativ hänvisning till att regleringen i föreslagna 7 j § kan begränsa debiteringen av en avgift för prehospital akutsjukvård. De situationer som omfattas av regleringen förklaras mer ingående nedan i specialmotiveringen till denna paragraf.

7 i §. Avgifter för patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Paragrafen är ny och innehåller bestämmelser om klientavgifterna för transporter enligt de föreslagna föreskrifterna i 73 § 3–5 och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Det handlar om att möjliggöra att välfärdsområdena och till vissa delar även HUS-sammanslutningen framöver av patienterna kan ta ut en klientavgift för överflyttningar som inte ingår i prehospital akutsjukvård och gjorts med ambulans och som övergår till deras ansvar, utskrivningstransporter av och färder för en utskrivna patient till den verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvården eller till rehabilitering som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten från patientens hem eller en annan plats som överenskommit med välfärdsområdet samt om motsvarande returresor. För närvarande ersätter Folkpensionsanstalten dessa transporter med stöd av sjukförsäkringslagstiftningen.

Paragrafens 1 mom. innehåller bestämmelser om att välfärdsområdet kan ta ut en avgift på högst 41,40 euro för en patienttransport som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Avgiften är av samma belopp som den klientavgift för prehospital akutsjukvård vilken föreslagits ovan i 7 h §. Även om syftet inte är att hälso- och sjukvårdsverksamheten i anknytning till dessa transporter svarar mot lika krävande behov som i den prehospitala akutsjukvården, anses det i enlighet med nuvarande praxis att det är ändamålsenligt att avgiftens nivå motsvarar klientavgiften för prehospital akutsjukvård, eftersom man även i dessa transporter beaktar den transporterade personens vårdbehov och genomförandet av transporterna i sig kräver att ambulans används. På samma sätt som för klientavgiften för prehospital akutsjukvård, föreslås det att bestämmelser om att även denna avgift ingår i avgiftstaket utfärdas i 6 a § och även denna avgift justeras direkt i början av år 2027 enligt förändringen i välfärdsområdesindexet.

Paragrafens 2 mom. innehåller på samma sätt som 7 h § en informativ hänvisning till att regleringen i föreslagna 7 j § kan begränsa debiteringen av avgiften.

Paragrafen innehåller bestämmelser endast om de avgifter som tas ut för ovan nämnda transporter. Således är det möjligt att betala ersättningar enligt sjukförsäkringslagen från Folkpensionsanstalten för överflyttningar av en oinskriven patient vilka inte ingår i prehospital akutsjukvård och görs till exempel med taxi och att debitera en självriskandel enligt sjukförsäkringslagen av personer som anlitar sådana tjänster.

7 j §. Särskilda situationer vid uttag av avgift för prehospital akutsjukvård och för patienttransport som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Paragrafen är ny och gäller utfärdandet av bestämmelser om den nya klientavgiften för prehospital akutsjukvård och den nya klientavgiften för transport som inte ingår i prehospital akutsjukvård. Paragrafen behövs eftersom man i kartläggningen av nuläget identifierat att Folkpensionsanstalten haft viss praxis i anknytning till de situationer där självrisken enligt sjukförsäkringslagen tas ut och man önskar att i huvudsak trygga att denna praxis fortsätter då avgifterna övergår till att vara klientavgifter som välfärdsområdena tar ut i samband den nu föreslagna reformen. I 80 § i grundlagen förutsätts att grunderna för rättigheterna och skyldigheterna för en individ ska föreskrivas genom lag, varför separat reglering om debitering av avgifter är behövlig.

I paragrafens 1 mom. föreskrivs att om en oinskriven patient för att komma till en lämplig vårdenhet har behövt flera sådana transporter som ingår i eller inte ingår i den prehospitala akutsjukvård eller en kombination av dessa transporter, kan välfärdsområdet av patienten ta ut den för dessa tjänster föreskrivna avgiften endast för den tjänst som först har tillhandahållits. I

praktiken innebär detta att endast en klientavgift kan tas ut för transporter vars syfte de facto är att patienten får åtkomst till vård vid den vårdenhet som är ändamålsenlig med tanke på patientens vårdbehov. Principen om att ta ut endast en avgift för en färd som anses vara enkelriktad (självrisk i fråga om de avgifter som ersätts av Folkpensionsanstalten), vilken fram till nu tillämpats av Folkpensionsanstalten, flyttas således till en del av den nya regleringen. Den föreslagna bestämmelsen gäller för de första situationer där en patient kommer till jouren med en transport som hör till den prehospitalkakutsvård och därifrån flyttas för att vårdas vid en annan vårdenhet med en transport som ingår i prehospitalkakutsvård eller med en ambulanstransport som inte ingår i prehospitalkakutsvård och som ordnas för patienten utan att han eller hon är inskriven. Bestämmelsen blir även tillämplig i situationer där patienten kommer till jouren med en ambulanstransport som inte ingår i prehospitalkakutsvård och han eller hon därifrån flyttas med en transport som ingår i prehospitalkakutsvård eller med en ambulanstransport som inte ingår i prehospitalkakutsvård till en annan enhet för att få vård utan att han eller hon skrivs in.

Eftersom de resekostnader som ersätts av Folkpensionsanstalten framöver regleras i sjukförsäkringslagen, fastställs de kostnader som patienten ska betala i situationer där patienten använder såväl färdstätt som ersätts av Folkpensionsanstalten som transporter som hör till välfärdsområdenas organiseringsansvar med stöd av hälso- och sjukvårdslagen, med stöd av de bestämmelser som gäller de använda tjänsterna och transporterna i övrigt. I situationer där till exempel en patient kommer till jouren med en taxitransport som ersätts av Folkpensionsanstalten, men därifrån flyttas vidare till vård antingen inom ramen för den prehospitalkakutsvård eller med en ambulanstransport som inte ingår i prehospitalkakutsvård utan att patienten skrivs in, ska patienten således betala självrisk enligt sjukförsäkringslagen för taxitransporten och klientavgiften för prehospitalkakutsvård eller den transport som inte ingår i prehospitalkakutsvård. Detta är ändamålsenligt med beaktande av att en ambulanstransport inte alltid är mer krävande och dyrare än en taxitransport.

10 e §. Avgift för fortlöpande och regelbunden service i hemmet. Det föreslås att 6 mom. i paragrafen upphävs, eftersom det blir onödigt i och med att indexjusteringen framöver regleras i föreslagna 14 b §.

14 b §. Indexjusteringar. Enligt nuvarande 14 b § publicerar social- och hälsovårdsministeriet indexjusterade belopp i Finlands författningssamling under november varje justeringsår. Enligt paragrafen publiceras dock de belopp i euro som gäller dagvård för barn och som avses i 7 a § 3–5 och 9 mom. av undervisnings- och kulturministeriet. Paragrafen har preskriberats till den del som den innehåller en hänvisning till 7 a §, eftersom denna paragraf har upphävts genom den lagändring som gjordes år 2016. I propositionen föreslås det att paragrafen, inklusive rubriken, omformuleras helt och att den till största del innehåller regleringen kring indexjustering i sin helhet. Av den tidigare indexregleringen i klientavgiftslagen bibehålls endast regleringen kring indexjustering enligt förändringen i folkpensionsindexet av avgiftstaket och den avgift för uppehälle som tas ut för kortvarig institutionsvård och institutionservice, vilken ingår i regleringen kring avgiftstaket.

Paragrafens 1 mom. innehåller bestämmelser om bindning av de i lagen reglerade klientavgifterna, beloppet för personligt bruk i anknytning till vissa långvariga tjänster och inkomstgränserna till välfärdsområdesindexet. Införandet av indexet innebär att klientavgifterna, beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna framöver i högre grad är bundna till utvecklingen för förvärvsnivån. I enlighet med statsrådets förordning om välfärdsområdenas finansiering (1392/2022), som för närvarande är i kraft, viktas välfärdsområdesindexet för närvarande enligt följande: förändringen i det allmänna förtjänstnivåindexet 0,60, förändringen i konsumentprisindexet 0,30 och förändringen i

välårsområdesarbetsgivarens socialskyddsavgifter 0,10. Förtjänstnivåindexet mäter utvecklingen av medellönerna för ordinarie arbetstid hos heltidsanställda löntagare. Förändringar i priserna på centrala produkter och tjänster påverkar å sin sida indexet och därmed bland annat beloppet av klientavgifterna i mindre grad än för närvarande framöver.

Förvärvsnivån har ökat snabbare än levnadskostnaderna på lång sikt, varför det kan förmodas att klientavgifterna stiger snabbare än för närvarande i och med regleringen. Detta kan bidra till att främja välårsområdenas ekonomiska hållbarhet. Såsom indexförändringar överlag, kan inte heller dessa förändringar beaktas på föregripande sätt då välårsområdenas finansiering bestäms, utan de eventuella sparkonsekvenserna för statens ekonomi uppkommer via efterskottsgranskningen av välårsområdenas finansiering i situationer där mindre underskott eller alternativt mer överskott än den nuvarande utvecklingsgången kan bildas för välårsområdena delvis som en följd av en indexförändring.

Bindningen av klientavgifterna, beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna till välårsområdesindexet innebär i praktiken att deras belopp framöver justeras enligt den senaste prognosen för välårsområdesindexet vilken vid justeringstidpunkten publicerats av finansministeriet. Detta är en ändring jämfört med nuläget, där de faktiska poängtalerna i indexet under justeringsåret används som grund för justeringen. På grund av den föreslagna regleringen använder man i praktiken vid justeringarna den prognos för välårsområdesindexet vilken offentliggörs i samband med planen för de offentliga finanserna.

Som en följd av införandet av välårsområdesindexet förändras inte ackumuleringen av indexförändringar. Således ackumuleras konsekvenserna av indexförändringar även framöver. Detta beror på att välårsområdesindexet beskriver den procentuella uppgång/nedgång som kommer att äga rum i indexet. Om klientavgifterna exempelvis stiger under två konsekutiva justeringstidpunkter, görs den senare justeringen tidigare på redan höjda belopp.

Syftet är att på det sätt som redan beskrivits ovan att även beloppen för personligt bruk som gäller vissa långvariga tjänster och inkomstgränserna, utöver klientavgifterna, ändras enligt välårsområdesindexet. Målet med att utsträcka ändringen till regleringen kring beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna är att ändringen är skäligare ur klienternas synvinkel. Ändringen skyddar användarna av vissa tjänster från att avgifterna relativt sett ökar snabbare än de medel som står till klientens förfogande efter avgifterna. Klientens ställning skyddas även med att det avgiftstak som föreskrivits i 6 a § i klientavgiftslagen och avgiften för uppehälle för kortvarig institutionsvård och service, vilken debiteras även efter att taket uppnåtts, framöver är bundet till folkpensionsindexet.

Paragrafens 2 mom. innehåller bestämmelser om att indexjusteringen framöver görs årligen. Detta innebär en förändring av det rådande rättsläget, där klientavgifterna, beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna har justerats vartannat år. Beslutet om att ändra frekvensen för indexjusteringen fattades vid ramförhandlingarna våren 2024, där besluten motiverades med att en årlig indexjustering bättre svarar mot den faktiska kostnadsutvecklingen. Avsikten är att avgifterna, beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna följer utvecklingen för förvärvsnivån och kostnadsnivån på ett så uppdaterat sätt som möjligt. Dessutom innehåller momentet bestämmelser, på ett sätt som motsvarar den nuvarande regleringen, om att de justerade beloppen av klientavgifterna ska avrundas till närmaste 0,10 euro och beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna för viss långvarig service samt beloppet för personligt bruk i anknytning till stödet för boende för barn som ordnas utanför hemmet avrundas till närmaste euro.

Paragrafens 3 mom. innehåller en bestämmelse om publiceringen av de indexjusterade beloppen, vilken framöver gäller de belopp som ska justeras såväl enligt förändringen i välfärdsområdesindexet som förändringen i folkpensionsindexet och som föreskrivs i klientavgiftslagen. Enligt bestämmelsen publicerar social- och hälsovårdsministeriet de indexjusterade beloppen i Finlands författningssamling före utgången av september månad det år som föregår året då indexet ändras eller det justeringsår som anknyter till indexjusteringen, med undantag för den första indexjusteringen då beloppen publiceras enligt den gällande regleringen. Framöver, till exempel år 2028, publiceras således maximibeloppen av de klientavgifter som välfärdsområdena kan ta ut, beloppen för personligt bruk och inkomstgränserna samt beloppet av avgiftstaket och maximibeloppet av den avgift för upphålle som tas ut för vissa tjänster efter att avgiftstaket uppnåtts, vilka föreskrivs i klientavgiftslagen, före utgången av september år 2027. Med den föreslagna ändringen stöds välfärdsområdenas genomförande och budgetplanering i fråga om de ändringar som gäller avgifterna.

7.4 Lagen om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland

1 §. Lagens syfte. I 1 § i lagen föreslås bestämmelser om lagens syfte. Landskapet Åland blir kvar med ett finansieringsunderskott på omkring 0,8 miljoner euro då ersättningarna enligt sjukförsäkringslagen för transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som ersätts som sjuktransporter avvecklas. I och med att ansvaret för att ordna och finansiera transporterna övergår till välfärdsområdena får de å sin sida ett belopp som överensstämmer med ersättningsstatistiken från Folkpensionsanstalten för att genomföra transporterna och denna finansiering blir en del av välfärdsområdenas icke-öronmärkta finansiering. I fråga om landskapet Åland är det tills vidare inte möjligt att trygga finansieringen på annat sätt än genom att utfärda separata bestämmelser om särskild finansiering, eftersom det handlar om finansiering som inte ingår i avräkningsgrunden. Man har strävat efter att välja regleringslösningarna för finansieringen på så sätt att finansieringen bildas så likartat som möjligt annanstans i Finland än på Åland och på Åland. Detta främjar jämlik tillgång på service för invånarna i staten Finlands hela territorium samt enhetligheten i ordnandet av finansieringen.

2 §. Beloppet av den särskilda finansieringen. Enligt förslaget innehåller paragrafens 1 mom. en bestämmelse om beloppet av den finansiering som överförs till landskapet då finansieringen överförs för första gången, det vill säga år 2028. Beloppet är 800 000 euro. Ersättningsbeloppet baserar sig på samma sätt som för välfärdsområdena på Folkpensionsanstaltens ersättningsstatistik. Ersättningsutgifterna för landskapet Åland uppgick i 2028 års nivå till uppskattningsvis 753 000 euro, inklusive helikopteravgifter, men exklusive skärgårdsbåttransporter. Ersättningsbeloppet avrundas uppåt på så sätt att ersättningsbeloppet är 800 000 euro.

Paragrafens 2 mom. innehåller bestämmelser om att finansieringen justeras årligen. Syftet är att säkerställa att finansieringen på samma sätt som även i välfärdsområdena fortsättningsvis motsvarar bland annat kostnadsutvecklingen.

3 §. Överföring av den särskilda finansieringen. Paragrafens 1 mom. innehåller bestämmelser om den tidpunkt då den statliga ersättning som avses i lagen överförs till landskapet Åland. För att säkerställa att landskapet de facto har tillräcklig finansiering till sitt förfogande och att genomförandet av överföringen av finansiering är så smidig som möjlig med beaktande av semesterperioden vid årsskiftet, föreskrivs det i paragrafen att finansieringen överförs till landskapet i sin helhet på årets första vardag.

4 §. Justering av beloppet av den särskilda finansieringen. Denna paragraf innehåller bestämmelser om hur den årliga justeringen av det belopp som överförs ska göras. Syftet är att

justeringsförfarandet följer förfarandet för justering av välfärdsområdenas finansiering. På det sätt som framgår av paragrafens 1 mom. är såväl en förändring i välfärdsområdesindexet som beaktande av uppgången i servicebehovet genom 7 § i den så kallade finansieringslagen därför av betydelse i justeringen. Det sist nämnda innebär att en förändring i servicebehovet beaktas kalkylmässigt som en procentuell andel av en viss koefficient. Den första justeringen av finansieringen görs på det sätt som framgår av lagens ikraftträdandebestämmelse för år 2029. För att möjliggöra en smidig justering används vid justeringen såväl prognosen för prisindexet för välfärdsområdena, vilken gäller året före justeringens ikraftträdandeår. Således görs indexjusteringen till exempel år 2029 då nivån av den finansiering som ska överföras enligt prognosen för välfärdsområdesindexet beträffande år 2028.

Paragrafens 2 mom. innehåller bestämmelser om att social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för justeringen av finansieringen.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

8.1 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen

I 4 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen föreskrivs det att bestämmelser om den ersättningstaxa som utgör ersättningsgrund vid användning av ett sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av statsrådet. I propositionen föreslås det att 4 kap. 6 § i lagen upphävs, varvid statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransporter (490/2018), vilken getts med stöd av paragrafen, upphör att gälla.

I 4 kap. 8 § i sjukförsäkringslagen föreskrivs det att bestämmelser om den ersättningstaxa som utgör ersättningsgrund vid användning av ett annat specialfordon än taxi och ett sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Som en följd av propositionen ändras social- och hälsovårdsministeriets förordning om taxan enligt 4 kap. 5 § i sjukförsäkringslagen gällande ersättande av resekostnader för anlitanande av specialfordon (1337/2004) på så sätt att förordningen inte längre innehåller bestämmelser om ersättningsgrunderna i fråga om helikopter. Dessutom görs de behövliga ändringarna som gäller ersättningsgrunderna för båtar i förordningen.

Enligt 18 kap. 23 § sjukförsäkringslagen justeras premieprocentsatsen för sjukförsäkringens sjukvårdspremie så att intäkterna av sjukvårdspremierna och statens finansieringsandel täcker utgifterna för sjukvårdsförsäkringen. Premieprocentsatsen justeras med två decimalers noggrannhet. Vid justeringen av premien iakttas de finansieringsandelar som föreskrivs i 9 och 10 § i 18 kap. i sjukförsäkringslagen. Bestämmelser om premieprocentsatsen för sjukförsäkringens sjukvårdspremie utfärdas årligen före den 23 november genom förordning av statsrådet. Om premien emellertid understiger 0,90 procent eller överstiger 1,20 procent av den förvärvsinkomst som beskattas vid kommunalbeskattningen och av de andra grunder för sjukvårdspremien som avses i 18 kap. 14 och 16–19 § i sjukförsäkringslagen, ska bestämmelser om premieprocentsatsen utfärdas genom lag.

8.2 Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

Införandet av välfärdsområdesindexet i alla klientavgifter vars maximibelopp föreskrivs i lagstiftningen förutsätter att detta regleras separat i klientavgiftslagen, men även i klientavgiftsförordningen. Till följd av överföringen av kostnadsansvaret för den prehospitala akutsjukvården föreligger dessutom ett behov av att upphäva 10 § i klientavgiftsförordningen, vilken gäller avgifter för sjuktransport.

9 Ikraftträdande

9.1 Lagen om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen

Det föreslås att 73 § i hälso- och sjukvårdslagen träder i kraft på sommaren 2026. Den tillämpas dock på tjänster som ordnas först från och med den 1 januari 2028. Lagens ikraftträdandebestämmelse beror på att det redan år 2026 finns ett behov av att justera klientavgifterna för år 2027 enligt förändringen i välfärdsområdesindexet. För att beloppet av den klientavgift som välfärdsområdena med stöd av hälso- och sjukvårdslagen tar ut för ordnande av de nya tjänster om föreslagits i denna proposition ska bibehållas på samma nivå som den klientavgift som kan tas ut för hälscentralsjour, ska det vara möjligt att göra indexjusteringar av avgifterna även för dessa tjänster innan den egentliga överföringen av finansieringsansvaret och organiseringsansvaret. Genom övergångsbestämmelsen utfärdas bestämmelser om att de bestämmelser som var i kraft innan lagen trädde i kraft tillämpas på ordnande av tjänster efter lagens ikraftträdande, men innan tillämpningen av den börjar, det vill säga före år 2028.

9.2 Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen

Det föreslås att lagen om ändring av sjukförsäkringslagen träder i kraft den 1 november 2027.

Bestämmelserna i 18 kap. 9 och 10 § i lagen tillämpas för första gången då beloppet av sjukförsäkringens sjukvårdspremie för en försäkrad bestäms för år 2028. När statens slutliga finansieringsandelar och de slutliga andelar som finansieras med försäkringsavgifter och försäkringspremier beräknas för 2027 och när Folkpensionsanstaltens bokslut för 2027 upprättas tillämpas de bestämmelser i 18 kap. som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

Enligt 15 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen ska ersättning för kostnader för sjukvård ansökas inom sex månader från det att avgiften har betalats. Om en serviceproducent ansöker om ersättning med fullmakt av en försäkrad, ska ersättningen ansökas inom sex månader från tillhandahållandet av tjänsten. Tilläggsersättning för de kostnader som överskrider årsjälvriskerna ska ansökas inom sex månader från utgången av den kalendermånad under vilken rätten till tilläggsersättning har uppkommit. Enligt 15 kap. 7 § i sjukförsäkringslagen kan en ersättning beviljas helt eller delvis trots att ansökan inte har gjorts inom den tid som anges ovan, om det skulle vara oskäligt att ersättningen förvägras på grund av förseningen.

De resekostnader som orsakas av en resa som gjorts och en tjänst som getts före den 1 januari 2028 ersätts utifrån de bestämmelser som gällde då lagen trädde i kraft.

9.3 Lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

Det föreslås att lagen om ändring av klientavgiftslagen i huvudsak träder i kraft på sommaren 2026. Lagens 5 och 6 § träder dock i kraft först den 1 januari 2028, då de ändringar som gjorts i dessa anknyter till reformen av finansierings- och organiseringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som ersätts av Folkpensionsanstalten. Lagens 7 h–j § tillämpas på indexjusteringar som görs först för år 2027. Denna indexjustering som ska göras år 2026 omfattas exceptionellt av tidsfristen enligt den nuvarande lagstiftningen, med andra ord ska social- och hälsovårdsministeriet publicera de justerade beloppet i Finlands författningssamling under november 2026. Detta behövs för att trygga ett smidigt genomförande av indexjusteringarna med beaktande av riksdagsbehandlingen av den föregående lagstiftningen. Dessutom är det inte möjligt att ta ut de nya klientavgifter som fastställs i 7 h–j § förrän år 2028.

9.4 Lagen om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland

Den föreslagna särskilda lag som gäller finansieringen till Åland träder i kraft den 1 januari 2028. Således överförs särskild finansiering med stöd av lagen till landskapet Åland för första gången år 2028, det vill säga på samma gång som Folkpensionsanstaltens ersättningar avvecklas. Så framgår ovan kan ersättningar från Folkpensionsanstalten betalas ännu under den första halvan av år 2028, men dessa ersättningar gäller år 2027, medan den särskilda finansieringen är avsedd för att täcka de kostnader som uppkommer från och med ingången av år 2028.

Genom övergångsbestämmelsen föreskrivs dessutom att beloppet av den särskilda finansiering som med stöd av lagen överförs till landskapet Åland justeras för första gången då finansieringsnivån för år 2029 bestäms. På så sätt framskrider justeringen av finansieringen på ett så likadant sätt som justeringen av välfärdsområdenas finansiering.

10 Verkställighet och uppföljning

Genomförandet av reformen av finansierings- och organiseringsansvaret för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård och ambulans transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård ankommer i fråga om avvecklingen av ersättningarna av sjuktransporter på Folkpensionsanstalten och till övriga delar på välfärdsområdena annanstans i Finland än på Åland. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar i huvudsak för att verkställa den föreslagna lagen om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland. Ingen separat uppföljning av den ifrågasatt lagens konsekvenser planeras. De grundläggande lösningarna för Ålands ekonomiska system och regleringen i anknytning till finansieringen i självstyrelselagen, såsom regleringen om behörighetsfördelningen, kan dock eventuellt revideras som en del av reformen av självstyrelselagen. Om till exempel bestämmelserna om behörighetsindelningen ändras i framtiden, kan det påverka även behovet av den nu föreslagna särskilda lagen i praktiken.

Det ankommer på välfärdsområdena att genomföra de i denna proposition föreslagna ändringarna i klientavgiftslagen. Enligt förslaget ska ändringarna verkställas stegvis i början av åren 2027 och 2028.

Klientavgifterna är en del av den större helhet som gäller social- och hälsovården och i den föränderliga verksamhetsmiljön är det utmanande att systematiskt följa konsekvenserna av ändringar av dessa. Framöver gör social- och hälsovårdsministeriet en uppföljning i anknytning till de avgiftshöjningar som gjorts från ingången av år 2025. Beroende på tidsplaneringen och tidsintervallet för den mer omfattande uppföljningen är det möjligt att genomföra uppföljningen av konsekvenserna av de i propositionen föreslagna ändringarna av klientavgiftslagen åtminstone till vissa delar i samma sammanhang. I så fall är det även möjligt att eventuellt upptäcka eventuella sammantagna konsekvenser som en följd av tidigare klientavgiftshöjningar och denna proposition. Social- och hälsovårdsministeriet har även efter de avgiftshöjningar som trädde i kraft från och med ingången av år 2025 gett välfärdsområdena en anvisning och en rekommendation beträffande skyddsmedlen för klienterna i lagstiftningen kring klientavgifter, vilken för egen del kan stödja välfärdsområdena att göra sådana områdesvisa lösningar som kan förebygga utmanande situationer som eventuellt orsakas av klientavgifter i klienternas och patienternas individuella situationer.

11 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen har konsekvenser för budgeten för år 2028 och avsikten är att presentera dessa i samband med behandlingen av budgetpropositionen för år 2028. I planen för de offentliga finanserna 2026–2029 har man berett sig på de kostnader som orsakas av överföringen av ansvaret för att finansiera transporter inom prehospitalet akutsjukvård och andra ambulanstransporter som Folkpensionsanstalten för närvarande ersätter. I den har överföringen av finansieringen beaktats från och med år 2027. Ändringen av tidsschemat för ikraftträdandet av överföringen av ansvaret för att finansiera och ordna transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i den vidare till år 2028 behandlas i samband med beredningen av planen för de offentliga finanserna för åren 2027–2030.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

12.1 Allmänt

De centrala grundläggande fri- och rättigheterna med tanke på propositionen utgörs av jämlikhet enligt 6 §, och rätten till social trygghet i 19 § samt rätten till en rättvis rättegång enligt 21 § i grundlagen. Vad som föreskrivs om den straffrättsliga legalitetsprincipen i grundlagen är dessutom av betydelse i bedömningen av avgiften för oanvänd service. Propositionen har även en koppling till Ålands grundlagstryggade särskilda ställning och regionala självstyrelse. I följande underavsnitt behandlas dessa dimensioner som gäller de grundläggande fri- och rättigheterna och tematik som gäller grundlagsnivån separat och därefter följer en standpunkt om propositionens lagstiftningsordning.

12.2 Jämlikheten

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Paragrafen uttrycker inte bara det traditionella kravet på rättslig jämlikhet utan också tanken på faktisk jämställdhet (RP 309/1993 rd, s. 46/II).

Jämlikhetsbestämmelsen bidrar därtill till att genomföra den allmänna bakomliggande värderingen om att främja rättvisa i samhället enligt 1 § 2 mom. i grundlagen.

Betydelsen i lagstiftningsarbetet för den jämlikhetsbestämmelse som i samband med att Finlands nuvarande grundlag stiftades överfördes från den tidigare regeringsformen till grundlagen har utretts till exempel i regeringens proposition RP 309/1993 rd om revideringen av de grundläggande fri- och rättigheterna. I den konstateras det följande:

”Bestämmelsen om jämlikhet gäller också för lagstiftaren. Detta har tagit sig uttryck särskilt sedan 1970-talet i riksdagens grundlagsutskotts praxis. Enligt utskottets tolkningar kan en lag strida mot den nuvarande 5 § regeringsformen, om den utan allmänt godtagna grunder, det vill säga godtyckligt, ger medborgare eller medborgargrupper en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Jämlikhetsstadgandet förutsätter dock inte att alla medborgare skall bemötas likadant i alla avseenden, om inte de förhållanden som inverkar på ärendet är likadana (till exempel GrUU 1/1986 rd, GrUU 2/1987 rd, GrUU 3/1988 rd). Jämlikhetssynpunkter har betydelse både då man beviljar medborgarna förmåner och rättigheter enligt lag och då man ålägger dem vissa skyldigheter (till exempel GrUU 9 och 10/1985 rd). Å andra sidan är det typiskt för lagstiftningen att den för ett visst godtagbart samhälleligt intresses skull bemöter människor olika för att främja bland annat faktisk jämställdhet. Grundlagsutskottet har i nyare praxis uttryckligen betonat att ur 5 § regeringsformen inte kan

härledas skarpa gränser för lagstiftarens prövning då man strävar efter en reglering som den rådande samhällsutvecklingen kräver (GrUU 12/1990 rd, GrUU 3/1991 rd).”

Vid den konstitutionella bedömningen av den föreslagna lagen konkretiseras betydelsen av 6 § 1 mom. i grundlagen i hur jämlikt och rättvist reformen i sin helhet och bördan av klientavgifterna fördelar sig på befolkningsgrupperna i de olika inkomstklasserna. Den reglering i propositionen vilken är betydelsefull med tanke på jämlikheten utgörs av den reglering som gäller avvecklingen av ersättningarna för de transporter som ingår i prehospitat akutsjukvård och ersättningarna för de sjuktransporter som för närvarande ersätts av Folkpensionsanstalten och som genomförs med ambulans, den reglering som gäller indexjusteringen av de belopp som föreskrivs i klientavgiftslagen samt den avgift som tas ut för oanvänd service.

Ersättningar för sjuktransporter vilka betalas med stöd av sjukförsäkringslagen handlar om ett system som på det riksomfattande planet är jämlikt, där ersättningar betalas till alla försäkrade på lika grunder. I samband med att ersättningarna för sjuktransporter avvecklas utfärdas bestämmelser om att välfärdsområdena ansvarar för att ordna ambulanstransporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård på fastlandet. Framöver tillgodoses jämlikheten för tillgången till de aktuella transporterna på lika grunder som i övriga hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar. I och med att ersättningarna för sjuktransport utifrån sjukförsäkringslagstiftningen upphör och detta i välfärdsområdena innebär att de får nya uppgifter att ordna, ska statsmakten sörja för att möjlighet att få tillgång på tjänster även för personer som bor på Åland kan genomföras på samma sätt som i välfärdsområdena. Den nu föreslagna lagen om särskild finansiering för Åland genomför uttryckligen detta mål.

I den föreslagna nya indexregleringen för klientavgifter är det med tanke på jämlikheten värt att observera att även beloppet för personligt bruk och inkomstgränserna för viss långvarig service, utöver klientavgifterna, framöver justeras enligt välfärdsområdesindexet. På så sätt tryggas bland annat att avgiftsbelastningen för äldre personer, som även i hög grad använder hälso- och sjukvårdstjänster för vilka jämnstora avgifter som framöver indexjusteras enligt välfärdsområdesindexet tas ut, inte stiger oskäligt till följd av att klientavgifterna stiger som en följd av indexjusteringarna. Som ett förslag som stärker den faktiska jämlikheten beaktas även att beloppet av avgiftstaket och den avgift som kan tas ut för kortvarig institutionsvård och institutionservice efter att avgiftstaket uppnåtts även framöver är bundna till folkpensionsindexet och att dessa även framöver indexjusteras vartannat år, varvid dessa belopp förmodligen ökar långsammare än övriga avgifter och i varje på samma sätt som för närvarande. Dessa åtgärder skyddar personer som använder tjänster i synnerligen hög grad och alla de befolkningsgrupper som utöver ett stort behov av hälso- och sjukvårdstjänster har ett behov av perioder av kortvarig institutionsvård och eller service.

Avgiften för oanvänd service hänför sig till jämlikheten främst med tanke på att dess tillämpningsområde utvidgas. Med den föreslagna regleringen har man strävat efter att beakta att grunden för avgiften i tillräcklig mån förblir att personen själv önskat få en tjänst med tanke på situationer där en person som deltar i tjänsten inte är egentlig klient i tjänsten. Om särskilda förutsättningar för att ta ut avgiften inte skapats för dessa situationer, finns det en risk att en del av personerna, vars livskrets är förknippad med verksamhet inom socialvården, bemöts onödigt strängt jämfört med övriga befolkningsgrupper.

12.3 Rätten till social trygghet

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra, på det sätt som föreskrivs närmare genom lag, var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja

befolkningens hälsa. Det har ansetts att bestämmelsen å ena sidan hänvisar dels till social- och hälsovårdens preventiva verksamhet, dels till utvecklingen av samhällsförhållanden genom det allmännas olika politikområden för att främja befolkningshälsan (GrUU 63/2016 rd, RP 129/2020 rd). Det handlar framför allt om att trygga tillgången på tjänster. Tillgången på tjänster påverkas indirekt även av andra bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom jämlikheten och diskrimineringsförbudet (GrUU 63/2016 rd, s. 2, GrUU 67/2014 rd, s. 3/II, se även RP 129/2020 rd, RP 309/1993 rd, s. 71). Vid bedömningen av om tjänsterna är tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 129/2020 rd, GrUU 309/1993 rd, s. 71/II).

Hänvisningen till närmare reglering genom lag i 19 § 3 mom. i grundlagen lämnar handlingsutrymmen för lagstiftaren vid reglering som gäller rättigheter. Hänvisningen innebär även att det exakta innehållet i en grundläggande fri- och rättighet bestäms i den helhet som utgörs av bestämmelsen av den grundläggande fri- och rättigheten och den vanliga lagstiftningen (RP 129/2020 rd, GrUU 25/1994 rd, s. 5 och 6). Samtidigt måste det dock tas hänsyn till att rätten till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster ska garanteras på individnivå och att det i sista hand på just individnivå bedöms om social- och hälsovårdstjänsterna är tillräckliga (GrUU 30/2013 rd, s. 3/I).

Sjukförsäkringslagen bidrar till att fullfölja kravet på tillräckliga social- och hälsovårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen (GrUU 33/2004 rd). Syftet med de reseersättningar som grundar sig på sjukförsäkringslagen är att trygga de försäkrades lika rätt att oberoende av boningsort få undersökning och vård genom att de försäkrade får ersättning för en del av de nödvändiga kostnaderna för resor på grund av sjukdom, graviditet eller förlossning. Ersättningarna för sjuktransporter som ingår i reseersättningar ur sjukförsäkringen bidrar således till att genomföra kravet på att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster.

I propositionen föreslås det att de ersättningar för sjuktransporter som baserar sig på sjukförsäkringslagen avvecklas och att bestämmelserna om dessa upphävs i sjukförsäkringslagen. Redan för närvarande har välfärdsområdena ansvaret för att ordna transporter som ingår i prehospitalet akutsjukvård utifrån 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen. I propositionen föreslås även att icke brådskande ambulanstransporter som för närvarande ersätts som sjuktransport utifrån sjukförsäkringslagen överförs till välfärdsområdenas organiseringsansvar. Rätten till transporter som genomförs med ambulans och som inte ingår i prehospitalet akutsjukvård som en del av tillräcklig social- och hälsovårdstjänster tryggas framöver på fastlandet med regleringen i hälso- och sjukvårdslagen.

Med tanke på landskapet Åland innebär ovan refererade ändring att då det i samband med reformen inte finns någon avsikt att ändra den behörighetsfördelning som ingår i behörighetsregleringen i självstyrelselagen, har staten fortfarande finansieringsansvaret även i landskapet Åland för de tjänster som övergår till välfärdsområdenas finansieringsansvar annanstans i Finland än på Åland till den del som finansieringen av tjänsterna även i välfärdsområdena tryggas genom statsfinansiering. Genom den föreslagna särskilda lagen om finansiering för landskapet Åland bärs detta ansvar. Således kan propositionen i princip garantera tillräckliga social- och hälsovårdstjänster i hela riket även framöver.

De klientavgifter som tas ut i välfärdsområdena på fastlandet har ett direkt samband till att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster ska tryggas. Grundlagsutskottet har konstaterat att klientavgifterna inte får vara så stora att de som behöver en tjänst inte har möjlighet att få den (GrUU 8/1999 rd, s. 2/I och GrUU 39/1996, s. 2/I).

De nu föreslagna ändringarna av lagstiftningen handlar inte till väsentliga delar om någon ändring av avgifternas maximibelopp, även om propositionen innehåller ändringar som gäller tillämpningsområdet för och nivån på vissa avgifter. Den högre nivån på klientavgiften för prehospital akutsjukvård och transporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård jämfört med självriskandelen i den nuvarande sjukförsäkringslagen innebär att avgifterna ökar något för en stor del av de patienter som behöver dessa tjänster. Uppgången är dock i huvudsak måttlig så som framgår av de huvudsakliga konsekvenserna och för många innebär reformen även att avgiftsbelastningen minskar. Reformen har utöver de i huvudsak måttliga konsekvenserna för avgiftsbelastningen bedömts möjliggöra att tjänsterna ordnas på ett ändamålsenligare sätt än för närvarande, vilket i bästa fall på ett mer allmänt plan kan förbättra välfärdsområdenas resurser att ordna tjänster på ett sätt som är förmånligt för patienterna och klienterna. Således är det allmänt taget möjligt att bedöma att reformen bidrar till att stödja tillgången på social- och hälsovårdstjänster. Avgiftstaket, vars nivå och vars indexjustering inte är föremål för ändringsförslag, ger klienten skydd mot höjning av avgifterna för tjänsterna.

Även den föreslagna ändringen av indexjusteringsförfarandet hänför sig till tryggheten av tillräckliga hälso- och socialvårdstjänster. Även om ändringen bedöms öka avgiftsbelastningen på grund av enskilda klientavgifter för klienterna och patienterna, bedöms ändringen inte försvåra tillgången på tjänster och den kan för egen del ge möjlighet till tillgång på de nuvarande social- och hälsovårdstjänsterna vid en utmanande situation i statsfinanserna. För att trygga tillgången på tjänster för de användare av social- och hälsovårdstjänster som har den svagaste ställningen då den allmänna avgiftsbelastningen ökar är det viktigt att det minsta beloppet för personligt bruk för användare av långvarigt serviceboende med heldygnssorg, långvarig familjevård och långvarig institutionsvård binds till välfärdsområdesindexet. På så sätt säkerställs att storleken på beloppet för personligt bruk ökar eller minskar i samma förhållande som de andra kostnader som orsakas för klienten av omsorgen eller vården.

12.4 Rättsskyddet

Enligt 21 § 1 mom. i grundlagen har var och en rätt att på behörigt sätt och utan ogrundat dröjsmål få sin sak behandlad av en domstol eller någon annan myndighet som är behörig enligt lag samt att få ett beslut som gäller hans eller hennes rättigheter och skyldigheter behandlat vid domstol eller något annat oavhängigt rättskipningsorgan. Enligt 21 § 2 mom. i grundlagen ska offentligheten vid handläggningen, rätten att bli hörd, rätten att få motiverade beslut och rätten att söka ändring samt andra garantier för en rättvis rättegång och god förvaltning tryggas genom lag.

Beslut om ersättning av sjuktransporter utifrån sjukförsäkringslagen är förvaltningsbeslut enligt förvaltningslagen (434/2003). I enlighet med 17 kap. 1 § i sjukförsäkringslagen har de försäkrade rätt att söka ändring i ett beslut om ersättningar av sjuktransporter av Folkpensionsanstalten genom att överklaga till besvärsnämnden för social trygghet. Det är möjligt att söka ändring i ett beslut av besvärsnämnden för social trygghet genom att överklaga till försäkringsdomstolen. Detta beslut av försäkringsdomstolen får inte överklagas genom besvär. Rätten att söka ändring gäller för såväl beslut om ersättning för transporter som ingår i prehospital akutsjukvård som beslut om ersättning för så kallade icke brådskande sjuktransporter.

Beslut om prehospital akutsjukvård utifrån hälso- och sjukvårdslagen är faktisk förvaltningsverksamhet som inte handlar om beslutsfattande om en individs rättigheter eller skyldigheter i det hänseendet att verksamheten kan anses utgöra utövning av offentlig makt. De beslut som gäller prehospital akutsjukvård är beslut som jämföras med vårdbeslut. I faktisk förvaltningsverksamhet har behoven av rättsskydd för en individ på vedertaget sätt ansetts

tillmötesgås av att de myndighetsaktörer och/eller person som bedriver verksamheten är föremål för tillsyn. En patient som är missnöjd med den vård som han eller hon fått kan göra antingen en anmärkning enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) eller framföra klagomål till tillsynsmyndigheterna, vilka utgörs av bland annat Tillstånds- och tillsynsverket som inlett sin verksamhet i början av år 2026 och riksdagens justitieombudsman.

Som en följd av avvecklingen av ersättningarna för sjuktransport ges inte längre förvaltningsbeslut om beviljande av eller avslag på ersättningar och på samma gång ändras de rättsskyddsmedel som kan tillgripas i efterskott. Framöver fattas inte längre ersättningsbeslut, utan det handlar om ordnande av i hälso- och sjukvårdslagen avsedda transporter som ingår i prehospitat akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård som en del av de övriga hälso- och sjukvårdstjänsterna. I så fall skulle det avgöras till vem tjänsten tillhandahålls utifrån medicinska grunder på samma sätt som i fråga om annan hälso- och sjukvård. Besluten om ordnande av transporter är med andra ord vårdbeslut och de omfattas av ovan nämnda rättsskyddsmedel som gäller hälso- och sjukvård och som kan tillgripas i efterskott.

Även om en person som anser att han eller hon är i behov av transporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård framöver inte egentligen kan hänskjuta ett avgörande som gäller avslag på rätten att nyttja transporter för ändringssökande, omfattas fakturorna för klientavgifter för personer som anlitat service å sin sida av ett likadant rättsskydd som för övriga klientavgifter. Således kan personer som anlitat prehospitat akutsjukvård eller ambulanstransporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård hänskjuta en faktura som gäller en klientavgift i första hand genom en begäran om omprövning för ny bedömning och om de så önskar även yrka på ändring av ett beslut som getts med anledning av en begäran om omprövning. Som ett parallellt rättsskyddsmedel har dessa personer även tillgång till grundbesvär som kan anföras hos den förvaltningsdomstol inom vars domkrets klientavgiften har påförts. I enlighet med lagen om verkställighet av skatter och avgifter (706/2007) kan grundbesvär anföras inom fem år från ingången av året efter det år då fordran påförts. När de klientavgifter som tas ut för prehospitat akutsjukvård och de avgifter som tas ut för ambulanstransporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård framöver ackumulerar avgiftstaket för klientavgifter, kan de personer som betalat för tjänsterna även vid behov kräva att välfärdsområdet under det kalenderår som följer det kalenderår då avgiftstaket överskridits återbetalar en avgift som betalats efter att avgiftstaket uppnåtts.

12.5 Den straffrättsliga legalitetsprincipen

Förhållandet mellan den avgift som tas ut för oanvänd service och den straffrättsliga legalitetsprincipen har nyligen bedömts i samband med regeringens proposition RP 117/2025 rd, som gällde höjningen av beloppet av avgiften i fråga. I den nu aktuella propositionen ändras i och med det utvidgade tillämpningsområdet för avgiften inte de allmänna grunder som ska vara uppfyllda för att en avgift ska kunna tas ut. Syftet med avgiften är även i dessa nya tjänster att kompensera välfärdsområdet för de kostnader som uppkommer av oanvända och icke avbokade besök. Således anses den nu föreslagna regleringen inte handla om sådan reglering vars lagstiftningsordning påverkas av den straffrättsliga legalitetsprincipen.

12.6 Konsekvenser för den regionala självstyrelsen och Ålands självstyrelse

Välfärdsområdena är självstyrda områden. Klientavgifterna inom social- och hälsovården, vilka till många delar regleras endast genom att fastställa maximibeloppet av de avgifter som kan tas ut för vissa tjänster, kan ses som en metod för områdena att genomföra sin självstyrelse för närvarande. I detta hänseende är det väsentligt för den regionala självstyrelsen att den

finansiering som områdena får möjliggör att olika ekonomiska lösningar görs med stöd av självstyrelsen och att en social- och hälsovårdspolitik som kan anses vara ändamålsenlig bedrivs i området. Det bör dock beaktas att klientavgifterna inte är den enda uttrycksformen för självstyrelsen, utan områdena kan påverka deras tillgängliga finansiering i viss mån även till exempel med lösningar som gäller sättet att ordna servicen.

Genom de nu föreslagna lösningarna som gäller prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård möjliggörs en övergripande hantering av dessa tjänster i välfärdsområdena. Med stöd av sin självstyrelsen kan områdena relativt fritt besluta om på vilka sätt de producerar dessa tjänster inom sitt område, hur de fakturerar eventuella andra aktörer för tjänsterna och hurudan den finansieringsandel för tjänsterna vilken uppbärs via klientavgifterna blir. De i denna proposition föreslagna ändringarna av indexregleringen kan för egen del bidra till att öka välfärdsområdenas regionala självstyrelse, då det kan förmodas att klientavgifterna i och med indexjusteringarna framöver bättre följer utvecklingen för kostnaderna för välfärdsområdena för att producera service. Dessutom kan det föreslagna utvidgandet av avgiften för oanvänd service för egen del medföra handlingsutrymme i välfärdsområdenas beslutsfattande om sin finansiering.

Landskapet Åland har en särställning i Finlands statskick, vilket speciellt framgår av landskapets omfattande självstyrelse (GrUB 10/1998 rd, s. 32). Enligt 120 § i grundlagen har landskapet Åland självstyrelse enligt vad som föreskrivs separat i självstyrelselagen för Åland. Innehållet i självstyrelselagen fastställer således mer ingående vad den grundlagstryggade självstyrelsen för landskapet Åland konkret innehåller och innebär.

I självstyrelselagen definieras bland annat i vilka ärenden riket och landskapet har behörighet och enligt 69 § i självstyrelselagen är det möjligt att ändra en lag endast genom överensstämmande beslut av riksdagen och lagtinget, vilket utöver riksdagen förutsätter att grundlagsordningen används. Den behörighetsfördelning som föreskrivs i självstyrelselagen ändras inte genom denna proposition.

I bedömningen av den nu aktuella reformen i förhållande till Ålands självstyrelse är det relevant att beakta att ändringar görs relativt ofta i sjukförsäkringslagstiftningen. Genom ändringarna är det möjligt att avgränsa till exempel vissa tjänster utanför sjukförsäkringsersättningarna. I princip handlar även den nu aktuella ändringen granskat enbart ur sjukförsäkringslagstiftningens synvinkel endast om en sådan avgränsning av ersättningsgilla tjänster. Den nu aktuella ändringen avviker dock från så kallade sedvanliga ändringar av sjukförsäkringslagstiftningen på så sätt att det delvis handlar om avveckling av ersättningsgillheten för sådana tjänster som är en del av det offentliga systemet för hälso- och sjukvårdstjänster och vars tryggnad på riksomfattande nivå har baserat sig på betalning av ersättningar. I fråga om välfärdsområdena är tryggnad av tillgången på tjänster framöver relativt enkelt att genomföra genom att på det föreslagna sättet överföra tillräcklig finansiering direkt till välfärdsområdena och utfärda bestämmelser om de behövliga uppgifts- och klientavgiftsändringarna. I fråga om landskapet Åland lämnar den aktuella situationen i ett juridiskt hänseende relativt mycket utrymme för tolkning på grund av att det är tydligt att regleringen om statsfinansiering till Åland i självstyrelselagen inte skapats för sådana situationer. Regleringslogiken i självstyrelselagen utgår från att utfärdandet av bestämmelser om vissa ärendehelheter eller uppgiftsområden hör antingen till rikets eller landskapets lagstiftningsbehörighet och utifrån denna behörighetsfördelning avgörs i princip även finansieringsansvaret för den aktuella ärendehelheten eller det aktuella uppgiftsområdet. I den nu aktuella situationen finansieras de tjänster som hittills finansierats med ersättningar som omfattas av socialförsäkringen dock inte längre via socialförsäkringen framöver. I och med den nya regleringen kring ärendet blir tjänsterna annanstans i Finland än på Åland en del av de

hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdena ansvarar för att ordna och således är de uppgifter som tidigare finansierats genom ersättningar ur socialförsäkringen framöver fullt ut en del av hälso- och sjukvården. Juridiskt sett finns det utrymme för tolkning i fråga om det är möjligt att genomföra en motsvarande typ av överföring i fråga om Åland, med andra ord om det är möjligt att göra en tolkning om att då ersättningarna för vissa tjänster i socialförsäkringen upphör blir uppgifterna på så sätt och vis automatiskt en del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna i landskapet Åland. I praktiken innebär en sådan ändring att en ensidig lagstiftningsändring som gäller riket leder till att hälso- och sjukvården, som med undantag för vissa undantag omfattas av landskapets lagstiftningsbehörighet och således även av dess finansieringsansvar, efter reformen omfattar sådana uppgifter som vid den tidpunkt då självstyrelselagen stiftades skäligen inte kunde förutspås höra till landskapet. I självstyrelselagen regleras dock inte heller hur de olika behörighetsgrunderna ska förstås. Inte heller regeringens proposition 73/90 om självstyrelselagen innehåller någon ståndpunkt till vad behörighetsgrunden för hälso- och sjukvård innefattar. Således är det i princip möjligt att göra en tolkning om att dessa begrepp kan leva med tidens gång och i och med eventuella lagstiftningsändringar i riket. Tillägnande av en sådan tolkning i den nu aktuella situationen leder dock till att finansieringen av de uppgifter som tidigare ersatts ur socialförsäkringen ska ske via utjämningsystemet för Åland. Ändringen i sig handlar dock inte om en så tillräckligt stor finansiell ändring i den meningen att utjämningsgrunden kan ändras endast utifrån den och utjämningsgrunden granskas inte heller varje år. Dessa omständigheter leder till att Åland som en följd av denna tolkning inte direkt då reformen äger rum kompenseras för de kostnader som uppstår av finansieringen av de nya uppgifterna och vid tidpunkten för genomförandet av reformen finns det inte heller någon rättsligt bindande tolkning av om finansieringen överlag handlar om finansiering av sådana uppgifter som kan räknas in som en del av ändringarna av utjämningsgrunden då beloppet av utjämningsgrunden räknas framöver. I praktiken kan detta för en odefinierad lång tid driva landskapet Åland till en situation där det för att ordna de tjänster som hittills finansierats genom ersättningar ur socialförsäkringen måste anpassa kostnaderna för de tjänster som det i övrigt reglerar inom ramen för sin självstyrelse. Vid beredningen av propositionen har det ansetts att en tvivelaktig ändring kan ha en skadlig inverkan på tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster på Åland för sådana patienter som behöver ambulanstransporter som ingår i prehospitat akutsjukvård eller ambulanstransporter som inte ingår i prehospitat akutsjukvård. Detta tolkningssätt är således relativt negativt för de grundläggande fri- och rättigheterna med tanke på såväl jämlikhetsbestämmelsen i 6 § i grundlagen och den rättsnorm som betonar tillgången på tillräckliga social- och hälsovårdstjänster i 19 § 3 mom. i grundlagen. Enligt 22 § i grundlagen har det allmänna en skyldighet att trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Vid beredningen av denna proposition har det ur denna synvinkel, med beaktande av de regionala specialförhållandena i landskapet vilka gäller de transporter som behandlats i propositionen, bedömts att den lösning som juridiskt sett är mest motiverbar för den aktuella enskilda situationen är att föreslå att bestämmelser utfärdas om särskild finansiering för uppgifterna genom rikets lagstiftning, även om förfarandet till alla delar eventuellt inte motsvarar tolkningen enligt ordalydelsen i självstyrelselagen.

Vid beredningen av propositionen har man ansett att inte heller grundlagsutskottets praxis om finansieringen till landskapet Åland leder till någon anvisning av något visst innehåll för lagstiftaren i det nu aktuella fallet. Tidigare har grundlagsutskottet tagit ställning till finansieringsfrågor som gäller landskapet Åland främst i samband med sina utlåtanden om social- och hälsovårdsreformen (se GrUU 26/2017 rd och GrUU 65/2018 rd). Genomförandet av reformen ansågs förutsätta en ändring av självstyrelselagen. Kärnfrågan om hur den finansiering som landskapet Åland behöver juridiskt sett ska ordnas och målet om att undvika att personer som bor på Åland behandlas på ett ojämlikt sätt jämfört med personer som bor annanstans i Finland och om att fullt ut trygga tillgodeendet av Ålands självstyrelse även efter reformen är gemensamma nämnare i denna proposition och social- och hälsovårdsreformen.

Reformerna handlar dock om situationer som på avsevärt sätt avviker från varandra. Social- och hälsovårdsreformen handlade om att regleringen kring ordnande av verksamheten i riket hade återverkningar för landskapet Åland och om att försöka minimera de ekonomiska återverkningarna av reformen på landskapet Åland, som inte omfattades av reformen. I fråga om konstellation avviker den nu aktuella reformen från detta till den del att då socialförsäkringslagstiftningen i fråga om tillämpningsområde omfattar även landskapet Åland, handlar denna reform inte endast indirekt om en reform som berör landskapet, utan om en reform med direkta konsekvenser även i landskapet Åland. Därför ska inte heller den juridiska lösningen för den nu aktuella enskilda situationen vara identisk med den lösningsmodell som använts i social- och hälsovårdsreformen.

12.7 Författningsnivå

Utifrån det ovan framlagda konstaterar regeringen att propositionen är förknippad med frågor som är principiellt viktiga för genomförandet av bestämmelserna och de grundläggande fri- och rättigheterna i grundlagen. Regeringen anser dock att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom det i det lagförslag som gäller finansieringen till landskapet Åland finns utrymme för tolkning med tanke på den bestämmelse i grundlagen som gäller Åland och självstyrelselagen för Åland anser regeringen dock att det är önskvärt att grundlagsutskottet ger ett utlåtande i ärendet.

Kläm

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

1.

Lag

om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 73 §, sådan den lyder i lag 581/2022, som följer:

73 §

Patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Välårsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient är inskriven ska se till att patienten transporteras med ett ändamålsenligt fortskaffningsmedel till ett annat sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om vården av patienten förutsätter det eller om det är ändamålsenligt att vårda patienten vid någon annan verksamhetsenhet och överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Patienten ska i första hand flyttas över för vård till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård som anvisats av patientens välårsområde.

Välårsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient är inskriven ska under vårdperioden se till att patienten transporteras med ett ändamålsenligt fortskaffningsmedel hem eller till någon annan plats som överenskommit med välårsområdet eller HUS-sammanslutningen samt tillbaka till verksamhetsenheten, om besöket är motiverat med tanke på vården eller rehabiliteringen och välårsområdet eller HUS-sammanslutningen kommer överens med patienten om ett sådant besök.

Välårsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patients vårdperiod upphör ska se till att patienten transporteras med ambulans hem eller till någon annan plats som överenskommit med välårsområdet eller HUS-sammanslutningen, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

Välårsområdet eller HUS-sammanslutningen ska se till att transporten av en patient som vistas inom dess område och som inte är inskriven vid ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård sker med ambulans från personens hem eller någon annan plats som överenskommit med välårsområdet eller HUS-sammanslutningen till en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt därifrån hem eller till någon annan överenskommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd.

Välårsområdet eller HUS-sammanslutningen, till vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient som behöver vård men inte skrivs in vid verksamhetsenheten i fråga har kommit, ska se till att patienten transporteras med ambulans till någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

Vid i 4 och 5 mom. avsedda transporter är välårsområdena och HUS-sammanslutningen skyldiga att sörja för transporten endast till inom deras område belägna sjukhus och andra verksamhetsenheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt i fråga om specialiserad

sjukvård också till välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens sjukhus inom samma samarbetsområde samt vid transporter som avses i 3–5 mom. till hemmet eller någon annan överenskommen plats inom välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens område från ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Om välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen dock själv har hänvisat patienten till vård på ett sjukhus eller en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård inom ett annat välfärdsområdes eller ett samarbetsområdes område, ska de i 4 och 5 mom. avsedda transporterna också ordnas utanför det egna välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens område samt de transporter som avses i 3–5 mom. från ett sådant sjukhus till hemmet eller någon annan överenskommen plats. Dessutom är välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen också skyldiga att sörja för de transporter som avses i 4 och 5 mom. till ett sådant sjukhus utanför samarbetsområdet där det finns en riksomfattande centraliserad hälso- och sjukvårdstjänst samt för de transporter som avses i 3–5 mom. från ett sådant sjukhus till hemmet eller någon annan överenskommen plats.

Välfärdsområdet ska se till att transporten av en patient som vistas inom dess område och för vilken det ordnas rehabilitering enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner eller som får ersättning för rehabilitering enligt den lagen sker med ambulans från patientens hem eller någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet till den plats där rehabiliteringen tillhandahålls samt därifrån hem eller till någon annan överenskommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd.

Bestämmelser om de transporter som ingår i prehospital akutsjukvård finns i 40 §.

Denna lag träder i kraft den 20 . Den tillämpas dock första gången på de tjänster som ordnas 2028. Före det tillämpas på ordnandet av tjänster de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av lagen.

2.

Lag

om ändring av sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 4 kap. 6 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 929/2009 och 1334/2010,
ändras 4 kap. 5 § 2 mom. och 8 § 3 mom. samt 18 kap. 9 och 10 §,
av dem 4 kap. 8 § 3 mom. sådant det lyder i lag 929/2009, 18 kap. 9 § sådan den lyder i lag 693/2024 och 18 kap. 10 § sådan den lyder i lag 1429/2025, samt
fogas till 4 kap. 1 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 1203/2013 och 564/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

4 kap.

Ersättning för resekostnader

1 §

Försäkrades resor

Med stöd av denna lag ersätts inte kostnader för i 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedd prehospital akutsjukvård eller för sådana transporter av patienter i enlighet 73 § i den lagen som inte ingår i prehospital akutsjukvård.

5 §

Färdsätt som ersätts

En försäkrads resekostnader ersätts dock enligt kostnaderna för anlitande av specialfordon, om den försäkrades sjukdom, grava handikapp eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon används. Med *specialfordon* avses egen bil, taxi, fordon med handikapputrustning, minibuss, motorbåt, snöskoter och något annat motsvarande fordon.

8 §

Grund för ersättning för resekostnader samt fastställande av ersättningstaxan

Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning vid användning av andra specialfordon än taxi utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet ska höra Folkpensionsanstalten när ministeriet utarbetar förordningen och ändringar av den.

18 kap.

Sjukförsäkringsfonden och försäkringspremier och försäkringsavgifter

9 §

De försäkrades finansieringsandel

Med intäkterna av sjukförsäkringens sjukvårdspremie som tas ut hos de försäkrade finansieras 50,4 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom.

10 §

Statens finansieringsandel

Av statens medel finansieras 49,6 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom. Av statens medel finansieras också de sjukvårdskostnader som avses i 8 § 1 mom. 5 punkten till den del de inte kan täckas med kostnadsersättningar som erhållits från utlandet på basis av sjukvårdsförmåner som beviljats i Finland. Den återbetalningsavgift som avses i 6 kap. 6 a § 2 mom. minskar statens finansieringsandel till fullt belopp.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Bestämmelserna i 18 kap. 9 och 10 § i denna lag tillämpas första gången när beloppet av sjukförsäkringens sjukvårdspremie för den försäkrade fastställs för 2028.

När statens slutliga finansieringsandelar och de slutliga andelar som finansieras med försäkringsavgifter och försäkringspremier beräknas för 2027 och när Folkpensionsanstaltens bokslut för 2027 upprättas tillämpas de bestämmelser i 18 kap. som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

Resekostnader som föranletts av en betalning som gjorts eller en tjänst som tillhandahållits före den 1 januari 2028 ersätts enligt de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

3.

Lag

om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 5 § 1 a-punkten, 6 b § 3 mom., 7 c § 4 mom., 7 d § 5 mom. och 10 e § 6 mom.,
sådana de lyder, 5 § 1 a-punkten i lag 1329/2010, 6 b § 3 mom. i lag 387/2008, 7 c § 4 mom. i lag 791/2022, 7 d § 5 mom. i lag 678/2023 och 10 e § 6 mom. i lag 1201/2020,
ändras 3 §, 5 § 8 punkten och 6 a § 2 mom. 11 punkten samt 14 b §,
sådana de lyder, 3 § i lagarna 1201/2020, 600/2022 och 1096/2025, 5 § 8 punkten i lag 1292/2022, 6 a § 2 mom. 11 punkten i lag 678/2023 och 14 b § i lag 913/2012, samt
fogas till 6 a § 2 mom., sådant det lyder i lagarna 1201/2020 och 678/2023, nya 12 och 13 punkter samt till lagen nya 7 h–7 j § som följer:

3 §

Avgift för oanvänd service

Välfärdsområdet kan för i 3 och 4 mom. avsedd oanvänd service ta ut en avgift på högst 73,70 euro. En förutsättning för att avgiften ska kunna tas ut är att de i 2 mom. avsedda allmänna förutsättningarna för uttag av en avgift samt att de servicespecifika förutsättningar som avses i 3 och 4 mom. uppfylls.

Välfärdsområdet får för varje oanvänd service ta ut en avgift enligt 1 mom. av den som i enlighet med nedan avsedda servicespecifika förutsättningar är betalningsskyldig för den oanvända servicen i fråga, om personen utan att ha avbokat servicen och utan godtagbart skäl inte har kommit till servicen. Avgiften får dock endast tas ut om uttaget av avgiften inte ska anses oskäligt och välfärdsområdet i samband med bokningen eller en kallelse som gäller deltagande i servicen och som riktats till de personer som avses i 4 mom. 1 eller 2 punkten meddelat att en i denna paragraf avsedd avgift kan komma att tas ut samt gett anvisningar om hur servicen kan avbokas på förhand. Uppgifter om uttag av avgiften samt om avbokning av servicen ska lämnas så att den som får uppgifterna tillräckligt väl förstår innehållet i dem. Avgiften får inte tas ut av en person under 18 år.

Välfärdsområdet kan ta ut en i 1 mom. avsedd avgift, om en klient eller klientens företrädare har bokat en mottagningstid för hälsovårdsservice eller har bokat en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats inom social- eller hälsovården, och klienten inte har kommit till mottagningen eller till enheten i fråga vid bokad tid. När välfärdsområdet på initiativ av klienten eller dennes företrädare har bokat en mottagningstid eller en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats för klienten, förutsätter uttag av avgiften att ett i 2 mom. avsett meddelande och anvisningar om avbokning av servicen ges skriftligen på förhand och att klienten eller dennes företrädare får en påminnelse om den tid eller plats som bokats för klienten.

Välfärdsområdet kan ta ut en i 1 mom. avsedd avgift för nedan nämnda service enligt 14 § i socialvårdslagen under följande förutsättningar:

1) besök i samband med överenskommelse om vårdnad om, umgänge med eller underhåll för barn samt medling i familjefrågor av en förälder som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat servicen samt av barnets förälder som självständigt eller med anlitande av

en företrädare på ett i förväg kontrollerbart sätt har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

2) besök i samband med utredande eller fastställande av faderskap eller moderskap av en förälder som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat servicen samt av en annan person som på ett i förväg kontrollerbart sätt har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

3) besök i samband med adoptionsrådgivning till en person som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat servicen samt av en person som på ett i förväg kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitande av en företrädare har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

4) övervakat eller stöttat umgänge mellan barn och förälder av den förälder som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat umgängestiden och som barnet vid umgänget skulle ha träffat; avgiften kan också tas ut av den förälder som barnet vid umgänget skulle ha träffat och som på ett i förväg kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitande av en företrädare har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen.

Av de personer som bokat i 4 mom. avsedd service kan en avgift tas ut också när välfärdsområdet på deras initiativ har bokat tiden för servicen i fråga. Då förutsätter uttaget av avgift att ett i 2 mom. avsett meddelande och anvisningar om avbokning av servicen på förhand ges skriftligen och att den person som bokat servicen eller dennes företrädare får en påminnelse om den bokade servicen.

Om en avgift vid i 4 mom. avsedd service tas ut av båda föräldrarna eller flera personer, får det sammanlagda beloppet av de avgifter som tagits ut inte överstiga de produktionskostnader för servicen som det oavbokade besöket föranleder välfärdsområdet.

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster:

8) i 73 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter, samt

6 a §

Avgiftstak

Vid beräkningen av det sammanlagda beloppet av avgifter som tagits ut av klienten beaktas sådana avgifter som under kalenderåret har tagits ut för

11) sådana rehabiliteringsperioder vid en institution för medicinsk rehabilitering som avses i 29 § 2 mom. 7 punkten i hälso- och sjukvårdslagen och som beviljas personer som har rätt till service med stöd av lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda eller lagen om funktionshinderservice,

12) prehospital akutsjukvård som avses i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen,

13) sådana i 73 § 3–5 och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar.

7 h §

Avgift för prehospital akutsjukvård

Välårsområdet kan av en patient ta ut en avgift på högst 41,50 euro när en enhet för prehospital akutsjukvård har utfört en bedömning av patientens vårdbehov eller på annat sätt tillhandahållit prehospital akutsjukvård i enlighet med 40 § 1 mom. 1 punkten i hälso- och sjukvårdslagen.

En avgift enligt 1 mom. får inte tas ut när personen nekar till bedömning av vårdbehovet. Avgiften kan dock tas ut också i dessa situationer, om det trots personens nekande är nödvändigt att ge prehospital akutsjukvård med stöd av annan lagstiftning.

På uttag av avgift för prehospital akutsjukvård ska dessutom vad som i 7 j § föreskrivs om särskilda situationer vid uttag av avgift tillämpas.

7 i §

Avgifter för patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Välårsområdet kan av en klient för vilken den ordnar sådana i 73 § 3–5 mom. och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter som inte ingår i den prehospital akutsjukvården ta ut en avgift på högst 41,40 euro för respektive tjänst.

På uttaget av avgift ska dessutom tillämpas vad som i 7 j § föreskrivs om särskilda situationer vid uttag av avgift.

7 j §

Särskilda situationer vid uttag av avgift för prehospital akutsjukvård och för patienttransport som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Om en oinskriven patient för att komma till en lämplig vårdenhet har behövt flera sådana transporter som ingår i den prehospitala akutsjukvård som fastställs i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen eller sådana patienttransporter som inte ingår i den nämnda prehospitala akutsjukvården och för vars ordnande välårsområdet med stöd av 73 § 3–5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ansvarar, eller en kombination av dessa transporter, kan välårsområdet av patienten ta ut den för dessa tjänster föreskrivna avgiften endast för den tjänst som först har tillhandahållits.

14 b §

Indexjusteringar

De belopp som föreskrivs i 3 § 1 mom., 6 b § 1 mom., 7 c § 3 mom., 7 d § 4 mom., 7 h § 1 mom., 7 i § 1 mom. och 10 e § 3 och 4 mom. justeras i enlighet med förändringen i prisindexet för välårsområdena. Vid fastställandet av förändringen används den prognos för värdet av prisindexet för välårsområdena för det kommande året (året då indexet ändras) som är den senaste vid tidpunkten för justeringen och som publiceras av finansministeriet.

Indexjusteringen görs årligen. De justerade beloppen ska avrundas till närmaste 0,10 euro. De justerade beloppen av de belopp som anges i 7 c § 3 mom. och 10 e § 3 och 4 mom. samt av de justerade belopp för personligt bruk som avses i 7 d § avrundas dock till närmaste euro.

Social- och hälsovårdsministeriet publicerar de i denna lag avsedda med olika index justerade beloppen i Finlands författningssamling före utgången av september månad det år som föregår

året då indexet ändras eller före utgången av september månad det justeringsår som hänför sig till indexjusteringen.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 5 och 6 § träder dock i kraft först den 1 januari 2028. Bestämmelserna i 7 h–7 j § tillämpas dock på det meddelande om indexjusterade avgifters belopp som utfärdas av social- och hälsovårdsministeriet 2026. Dessutom kan avgifter inte tas ut med stöd av 7 h–7 j § före den 1 januari 2028. På tidsfristen för offentliggörandet av det meddelande om indexjusterade belopp som utfärdas av social- och hälsovårdsministeriet 2026 tillämpas de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

4.

Lag

om särskild finansiering för vissa transporter som sköts på Åland

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §

Lagens syfte

Syftet med denna lag är att trygga tillräcklig finansiering för genomförande av de transporter som ordnas på Åland och som ingår i den prehospitala akutsjukvården samt andra ambulanstransporter som ordnas på Åland.

2 §

Beloppet av den särskilda finansieringen

Med stöd av denna lag överförs 800 000 euro av statens medel till landskapet Åland. Beloppet av den särskilda finansieringen justeras årligen i enlighet med det förfarande som föreskrivs nedan.

3 §

Överföring av den särskilda finansieringen

Den särskilda finansiering som med stöd av denna lag betalas till landskapet Åland överförs årligen i sin helhet på årets första vardag.

4 §

Justering av beloppet av den särskilda finansieringen

Det i 2 § 1 mom. nämnda finansieringsbeloppet ska årligen justeras i enlighet med förändringen i prisindexet för välfärdsområdena. Vid justeringen används den prognos för prisindexet för välfärdsområdena som fastställts för året före det år då justeringen träder i kraft. Dessutom ska vid justeringen iaktas vad som i 7 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) föreskrivs om beaktande av förändringen i servicebehovet när nivån för finansieringen bestäms.

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för genomförandet av de justeringar av finansieringen som görs med stöd av denna lag.

Denna lag träder i kraft den xx xxxx 20xx. Vad som i 4 § föreskrivs om justering av finansieringsbeloppet tillämpas första gången 2029 när nivån för den finansiering som överförs till landskapet Åland bestäms.

Helsingfors den 16 april 2026

Statsminister

Petteri Orpo

Social- och hälsovårdsminister Wille Rydman

1.

Lag

om ändring av 73 § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 73 §, sådan den lyder i lag 581/2022, som följer:

Gällande lydelse

73 §

Överflyttning av patienten

Om vårdtiden för en patient som har sin hemkommun inom området för ett annat välfärdsområde och som är intagen på vårdplats i välfärdsområdets hälsovårdscentral uppskattas överstiga den genomsnittliga vårdtiden, och även annars då patienten begär det, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är det välfärdsområde inom vars område patienten har sin boende- och hemkommun, förutsatt att överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Om en patient i en ovan avsedd situation är intagen på vårdplats i välfärdsområdets hälsovårdscentral och HUS-sammanslutningen har organiseringsansvar för patientens hälso- och sjukvård till denna del, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är HUS-sammanslutningen. Om en patient i en ovan avsedd situation är intagen på vårdplats i HUS-sammanslutningens hälsovårdscentral och ett välfärdsområde har organiseringsansvar för patientens hälso- och sjukvård till denna del, ska hälsovårdscentralen vidta åtgärder för att få

Föreslagen lydelse

73 §

Patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient är inskriven ska se till att patienten transporteras med ett ändamålsenligt fortskaffningsmedel till ett annat sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om vården av patienten förutsätter det eller om det är ändamålsenligt att vårda patienten vid någon annan verksamhetsenhet och överflyttningen kan ske utan att patientens tillstånd äventyras. Patienten ska i första hand flyttas över för vård till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård som anvisats av patientens välfärdsområde.

Gällande lydelse

patienten överflyttad till en hälsovårdscentral eller en annan sjukvårdsinrättning vars huvudman är det välfärdsområde som har organiseringsansvaret.

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen ska, om en i dess verksamhetsenhet intagen patients sjukdom kräver det, sörja för att patienten transporteras för vård eller åtgärder till någon annan verksamhetsenhet eller hälsovårdscentral.

Föreslagen lydelse

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient är inskriven ska under vårdperioden se till att patienten transporteras med ett ändamålsenligt fortskaffningsmedel hem eller till någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen samt tillbaka till verksamhetsenheten, om besöket är motiverat med tanke på vården eller rehabiliteringen och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kommer överens med patienten om ett sådant besök.

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen vid vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patients vårdperiod upphör ska se till att patienten transporteras med ambulans hem eller till någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen ska se till att transporten av en patient som vistas inom dess område och som inte är inskriven vid ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård sker med ambulans från personens hem eller någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen till en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt därifrån hem eller till någon annan överkommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd.

Välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen, till vars sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård en patient

som behöver vård men inte skrivs in vid verksamhetsenheten i fråga har kommit, ska se till att patienten transporteras med ambulans till någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård, om ambulanstransporten är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

Vid i 4 och 5 mom. avsedda transporter är välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen skyldiga att sörja för transporten endast till inom deras område belägna sjukhus och andra verksamhetsenheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt i fråga om specialiserad sjukvård också till välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens sjukhus inom samma samarbetsområde samt vid transporter som avses i 3–5 mom. till hemmet eller någon annan överenskommen plats inom välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens område från ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Om välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen dock själv har hänvisat patienten till vård på ett sjukhus eller en verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård inom ett annat välfärdsområdes eller ett samarbetsområdes område, ska de i 4 och 5 mom. avsedda transporter också ordnas utanför det egna välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens område samt de transporter som avses i 3–5 mom. från ett sådant sjukhus till hemmet eller någon annan överenskommen plats. Dessutom är välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen också skyldiga att sörja för de transporter som avses i 4 och 5 mom. till ett sådant sjukhus utanför samarbetsområdet där det finns en riksomfattande centraliserad hälso- och sjukvårdstjänst samt för de transporter som avses i 3–5 mom. från ett sådant sjukhus till hemmet eller någon annan överenskommen plats.

Välfärdsområdet ska se till att transporten av en patient som vistas inom dess område och för vilken det ordnas rehabilitering enligt lagen om Folkpensionsanstaltens

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner eller som får ersättning för rehabilitering enligt den lagen sker med ambulans från patientens hem eller någon annan plats som överenskommit med välfärdsområdet till den plats där rehabiliteringen tillhandahålls samt därifrån hem eller till någon annan överkommen plats, om ambulanstransporten är nödvändig på grund av patientens hälsotillstånd.

Bestämmelser om de transporter som ingår i prehospital akutsjukvård finns i 40 §.

Denna lag träder i kraft den 20 . Den tillämpas dock första gången på de tjänster som ordnas 2028. Före det tillämpas på ordnandet av tjänster de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av lagen.

2.

Lag

om ändring av sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 4 kap. 6 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 929/2009 och 1334/2010,
ändras 4 kap. 5 § 2 mom. och 8 § 3 mom. samt 18 kap. 9 och 10 §,
av dem 4 kap. 8 § 3 mom. sådant det lyder i lag 929/2009, 18 kap. 9 § sådan den lyder i lag 693/2024 och 18 kap. 10 § sådan den lyder i lag 1429/2025, samt
fogas till 4 kap. 1 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 1203/2013 och 564/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

4 kap.

Ersättning för resekostnader

Ersättning för resekostnader

1 §

1 §

Försäkrades resor

Försäkrades resor

En försäkrad har rätt att få ersättning för resekostnader i anslutning till behandlingen av en sjukdom, om resan gäller besök hos en statlig eller ett välfärdsområdes verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De resekostnader som orsakats en försäkrad som för behandling av en sjukdom besökt en i lagen om privat hälso- och sjukvård avsedd verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutövare ersätts endast om undersökningen eller vården ska ersättas enligt denna lag.

Ersättning betalas dessutom för kostnaderna för en försäkrads egna resor till platser där hjälpmedel tillverkas, underhålls och förmedlas, om resorna gäller anskaffning och underhåll av hjälpmedel som ingår i behandlingen av en sjukdom.

Kostnader för resor utomlands eller till utlandet ersätts med stöd av denna lag, om sjukvården har getts i en medlemsstat i Europeiska unionen eller i en stat som tillämpar Europeiska unionens lagstiftning

En försäkrad har rätt att få ersättning för resekostnader i anslutning till behandlingen av en sjukdom, om resan gäller besök hos en statlig eller ett välfärdsområdes verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De resekostnader som orsakats en försäkrad som för behandling av en sjukdom besökt en i lagen om privat hälso- och sjukvård avsedd verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutövare ersätts endast om undersökningen eller vården ska ersättas enligt denna lag.

Ersättning betalas dessutom för kostnaderna för en försäkrads egna resor till platser där hjälpmedel tillverkas, underhålls och förmedlas, om resorna gäller anskaffning och underhåll av hjälpmedel som ingår i behandlingen av en sjukdom.

Kostnader för resor utomlands eller till utlandet ersätts med stöd av denna lag, om sjukvården har getts i en medlemsstat i Europeiska unionen eller i en stat som tillämpar Europeiska unionens lagstiftning.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Med stöd av denna lag ersätts inte kostnader för i 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedd prehospital akutsjukvård eller för sådana transporter av patienter i enlighet 73 § i den lagen som inte ingår i prehospital akutsjukvård.

5 §

5 §

Färdsätt som ersätts

Färdsätt som ersätts

En försäkrads resekostnader ersätts dock enligt kostnaderna för anlitande av specialfordon, om den försäkrades sjukdom, grava handikapp eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon används. Med specialfordon avses egen bil, taxi, fordon med handikapputrustning, minibuss, sjuktransportfordon, motorbåt, snöskoter, helikopter och något annat motsvarande fordon.

En försäkrads resekostnader ersätts dock enligt kostnaderna för anlitande av specialfordon, om den försäkrades sjukdom, grava handikapp eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon används. Med *specialfordon* avses egen bil, taxi, fordon med handikapputrustning, minibuss, motorbåt, snöskoter och något annat motsvarande fordon.

6 §

Sjuktransport

(upphävs)

En försäkrad får ersättning för kostnaderna för prehospital akutsjukvård enligt 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen. Om den försäkrades tillstånd tack vare sådan vård på platsen har förbättrats så att transport till en plats för fortsatt vård inte behövs, ersätts kostnaderna för sjuktransportfordonets besök på platsen såsom en kostnad för den försäkrade.

Akutvård före eller under transporten ersätts inte med stöd av denna lag.

Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning för användning av sjuktransportfordon utfärdas genom förordning av statsrådet. Ersättningstaxan ska bygga på kostnaderna för transporten och de disponibla medlen. Vid utarbetandet av den förordning som gäller ersättningstaxan och ändringar av den ska social- och hälsovårdsministeriet höra

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Folkpensionsanstalten och de organisationer som företräder de berörda aktörerna.

8 §

Grund för ersättning för resekostnader samt fastställande av ersättningstaxan

8 §

Grund för ersättning för resekostnader samt fastställande av ersättningstaxan

Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning vid användning av andra specialfordon enligt 5 § än taxi utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet ska höra Folkpensionsanstalten när ministeriet utarbetar förordningen och ändringar av den. *Bestämmelser om fastställandet av den ersättningstaxa som används som grund för ersättning för användning av sjuktransportfordon finns i 6 §.*

Bestämmelser om den ersättningstaxa som används som grund för ersättning vid användning av andra specialfordon än taxi utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet ska höra Folkpensionsanstalten när ministeriet utarbetar förordningen och ändringar av den.

18 kap.

Sjukförsäkringsfonden och försäkringspremier och försäkringsavgifter

9 §

De försäkrades finansieringsandel

Med intäkterna av sjukförsäkringens sjukvårdspremie som tas ut hos de försäkrade finansieras 48,6 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom.

10 §

Statens finansieringsandel

Av statens medel finansieras 51,4 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom. Av statens medel finansieras också de sjukvårdskostnader som avses i 8 § 1 mom. 5

18 kap.

Sjukförsäkringsfonden och försäkringspremier och försäkringsavgifter

9 §

De försäkrades finansieringsandel

Med intäkterna av sjukförsäkringens sjukvårdspremie som tas ut hos de försäkrade finansieras 50,4 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom.

10 §

Statens finansieringsandel

Av statens medel finansieras 49,6 procent av det sammanlagda beloppet av de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i 8 § 1 mom. 1–4 punkten samt 2 och 3 mom. Av statens medel finansieras också de sjukvårdskostnader som avses i 8 § 1 mom. 5

Gällande lydelse

punkten till den del de inte kan täckas med kostnadsersättningar som erhållits från utlandet på basis av sjukvårdsförmåner som beviljats i Finland. Den återbetalningsavgift som avses i 6 kap. 6 a § 2 mom. minskar statens finansieringsandel till fullt belopp.

Föreslagen lydelse

punkten till den del de inte kan täckas med kostnadsersättningar som erhållits från utlandet på basis av sjukvårdsförmåner som beviljats i Finland. Den återbetalningsavgift som avses i 6 kap. 6 a § 2 mom. minskar statens finansieringsandel till fullt belopp.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Bestämmelserna i 18 kap. 9 och 10 § i denna lag tillämpas första gången när beloppet av sjukförsäkringens sjukvårdspremie för den försäkrade fastställs för 2028.

När statens slutliga finansieringsandelar och de slutliga andelar som finansieras med försäkringsavgifter och försäkringspremier beräknas för 2027 och när Folkpensionsanstaltens bokslut för 2027 upprättas tillämpas de bestämmelser i 18 kap. som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

Resekostnader som föranletts av en betalning som gjorts eller en tjänst som tillhandahållits före den 1 januari 2028 ersätts enligt de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.

3.

Lag

om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut
upphävs i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) 5 § 1 a-punkten, 6 b § 3 mom., 7 c § 4 mom., 7 d § 5 mom. och 10 e § 6 mom.,
sådana de lyder, 5 § 1 a-punkten i lag 1329/2010, 6 b § 3 mom. i lag 387/2008, 7 c § 4 mom. i lag 791/2022, 7 d § 5 mom. i lag 678/2023 och 10 e § 6 mom. i lag 1201/2020,
ändras 3 §, 5 § 8 punkten och 6 a § 2 mom. 11 punkten samt 14 b §,
sådana de lyder, 3 § i lagarna 1201/2020, 600/2022 och 1096/2025, 5 § 8 punkten i lag 1292/2022, 6 a § 2 mom. 11 punkten i lag 678/2023 och 14 b § i lag 913/2012, samt
fogas till 6 a § 2 mom., sådant det lyder i lagarna 1201/2020 och 678/2023, nya 12 och 13 punkter samt till lagen nya 7 h–7 j § som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

3 §

Avgift för oanvänd service

Avgift för oanvänd service

Om en klient eller klientens företrädare har boklat en mottagningstid för hälsovårdsservice eller har boklat en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats inom social- eller hälsovården, och klienten utan godtagbart skäl och utan att ha avboklat tiden eller platsen inte har kommit till mottagningen eller enheten i fråga vid bokad tid, får välfärdsområdet av klienten ta ut högst 73,70 euro. Avgiften får emellertid tas ut endast om uttaget av avgiften inte ska anses oskäligt och välfärdsområdet i samband med bokningen har meddelat att en i denna paragraf avsedd avgift kan komma att tas ut samt gett anvisningar om att tiden eller platsen kan avbokas på förhand. Uppgifter om uttag av avgift samt om avbokning av tid eller plats ska lämnas så att klienten tillräckligt väl förstår innehållet i dem. Avgift får inte tas ut hos en klient under 18 år.

Vad som föreskrivs i 1 mom. ska också tillämpas när ett välfärdsområde på en klients eller dennes företrädares initiativ har boklat en mottagningstid eller en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats för klienten. Härvid förutsätter uttaget av avgift dessutom att det i

Välfärdsområdet kan för i 3 och 4 mom. avsedd oanvänd service ta ut en avgift på högst 73,70 euro. En förutsättning för att avgiften ska kunna tas ut är att de i 2 mom. avsedda allmänna förutsättningarna för uttag av en avgift samt att de servicespecifika förutsättningar som avses i 3 och 4 mom. uppfylls.

Välfärdsområdet får för varje oanvänd service ta ut en avgift enligt 1 mom. av den som i enlighet med nedan avsedda servicespecifika förutsättningar är betalningsskyldig för den oanvända servicen i fråga, om personen utan att ha avboklat

Gällande lydelse

1 mom. avsedda meddelandet och anvisningarna lämnas skriftligen och att klienten eller dennes företrädare får en påminnelse om den bokade tiden eller platsen.

Det i 1 mom. avsedda eurobeloppet ska justeras vartannat år utifrån förändringen i folkpensionsindex enligt 2 § i lagen om folkpensionsindex (456/2001). Beräkningen ska göras utifrån det poängtal för folkpensionsindex enligt vilket folkpensioner med betalningsdag i januari månad av justeringsåret har räknats ut. Justeringsåret är året före det år vid vars ingång indexjusteringen görs. Det indexjusterade beloppet ska avrundas till närmaste 0,1 euro. Det indexjusterade eurobeloppet träder i kraft vid ingången av året efter justeringsåret.

Föreslagen lydelse

servicen och utan godtagbart skäl inte har kommit till servicen. Avgiften får dock endast tas ut om uttaget av avgiften inte ska anses oskäligt och välfärdsområdet i samband med bokningen eller en kallelse som gäller deltagande i servicen och som riktats till de personer som avses i 4 mom. 1 eller 2 punkten meddelat att en i denna paragraf avsedd avgift kan komma att tas ut samt gett anvisningar om hur servicen kan avbokas på förhand. Uppgifter om uttag av avgiften samt om avbokning av servicen ska lämnas så att den som får uppgifterna tillräckligt väl förstår innehållet i dem. Avgiften får inte tas ut av en person under 18 år.

Välfärdsområdet kan ta ut en i 1 mom. avsedd avgift, om en klient eller klientens företrädare har bokat en mottagningstid för hälsovårdsservice eller har bokat en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats inom social- eller hälsovården, och klienten inte har kommit till mottagningen eller till enheten i fråga vid bokad tid. När välfärdsområdet på initiativ av klienten eller dennes företrädare har bokat en mottagningstid eller en kortvarig vårdplats eller boendeserviceplats för klienten, förutsätter uttag av avgiften att ett i 2 mom. avsett meddelande och anvisningar om avbokning av servicen ges skriftligen på förhand och att klienten eller dennes företrädare får en påminnelse om den tid eller plats som bokats för klienten.

Välfärdsområdet kan ta ut en i 1 mom. avsedd avgift för nedan nämnda service enligt 14 § i socialvårdslagen under följande förutsättningar:

1) besök i samband med överenskommelse om vårdnad om, umgänge med eller underhåll för barn samt medling i familjefrågor av en förälder som självständigt eller med anlitan av en företrädare har bokat servicen samt av barnets förälder som självständigt eller med anlitan av en företrädare på ett i förväg kontrollerbart sätt har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

2) besök i samband med utredande eller fastställande av faderskap eller moderskap av

en förälder som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat servicen samt av en annan person som på ett i förväg kontrollerbart sätt har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

3) besök i samband med adoptionsrådgivning till en person som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat servicen samt av en person som på ett i förväg kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitande av en företrädare har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen,

4) övervakat eller stöttat umgänge mellan barn och förälder av den förälder som självständigt eller med anlitande av en företrädare har bokat umgängestiden och som barnet vid umgänget skulle ha träffat; avgiften kan också tas ut av den förälder som barnet vid umgänget skulle ha träffat och som på ett i förväg kontrollerbart sätt självständigt eller med anlitande av en företrädare har meddelat att han eller hon deltar i det besök som han eller hon personligen har kallats till av den instans som tillhandahåller servicen.

Av de personer som bokat i 4 mom. avsedd service kan en avgift tas ut också när välfärdsområdet på deras initiativ har bokat tiden för servicen i fråga. Då förutsätter uttaget av avgift att ett i 2 mom. avsett meddelande och anvisningar om avbokning av servicen på förhand ges skriftligen och att den person som bokat servicen eller dennes företrädare får en påminnelse om den bokade servicen.

Om en avgift vid i 4 mom. avsedd service tas ut av båda föräldrarna eller flera personer, får det sammanlagda beloppet av de avgifter som tagits ut inte överstiga de produktionskostnader för servicen som det oavbokade besöket föranleder välfärdsområdet.

Gällande lydelse

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster:

1 a) *prehospital akutsjukvård enligt 39 och 40 § i hälso- och sjukvårdslagen, utom sjuktransport vid prehospital akutsjukvård,*

8) av läkare ordinerad transport av en inskriven patient med sjuktransportfordon från en bäddplats vid en hälsovårdscentral eller ett sjukhus till en annan vårdinrättning eller till hemvård, samt

6 a §

Avgiftstak

Vid beräkningen av det sammanlagda beloppet av avgifter som tagits ut av klienten beaktas sådana avgifter som under kalenderåret har tagits ut för

11) sådana rehabiliteringsperioder vid en institution för medicinsk rehabilitering som avses i 29 § 2 mom. 7 punkten i hälso- och sjukvårdslagen och som beviljas personer som har rätt till service med stöd av lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda eller lagen om funktionshindersservice.

6 b §

Tjänster under närståendevårdarens ledighet

Föreslagen lydelse

5 §

Avgiftsfria hälsovårdstjänster

Avgiftsfria är följande hälsovårdstjänster:

(1 a punkten upphävs)

8) i 73 § 1 och 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter, samt

6 a §

Avgiftstak

Vid beräkningen av det sammanlagda beloppet av avgifter som tagits ut av klienten beaktas sådana avgifter som under kalenderåret har tagits ut för

11) sådana rehabiliteringsperioder vid en institution för medicinsk rehabilitering som avses i 29 § 2 mom. 7 punkten i hälso- och sjukvårdslagen och som beviljas personer som har rätt till service med stöd av lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda eller lagen om funktionshindersservice,

12) *prehospital akutsjukvård som avses i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen,*

13) *sådana i 73 § 3–5 och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård och som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar.*

6 b §

Tjänster under närståendevårdarens ledighet

Gällande lydelse

Den i 1 mom. avsedda avgiften ska justeras vartannat år utifrån förändringen i folkpensionsindex enligt 2 § i lagen om folkpensionsindex. Beräkningen ska göras utifrån poängtalet för folkpensionsindex för de folkpensioner som skulle betalas ut i januari månad av justeringsåret. Det indexjusterade beloppet ska avrundas till närmaste 0,1 euro. Det indexjusterade eurobeloppet träder i kraft den 1 januari året efter justeringsåret.

7 c §

Avgift för långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, långvarig familjevård och långvarig slutenvård

De belopp som anges i 3 mom. ska justeras vartannat år utifrån förändringen i arbetspensionsindex enligt 98 § i lagen om pension för arbetstagare (395/2006). Som grund används det poängtal för arbetspensionsindex som har fastställts för justeringsåret för tillämpning av den paragrafen. Justeringsåret är året före det år vid vars ingång indexjusteringen görs. De indexjusterade beloppen avrundas till närmaste hela euro och träder i kraft vid ingången av året efter justeringsåret.

7 d §

Stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet

Det i 4 mom. avsedda beloppet av den avgift som tas ut justeras vartannat år utifrån förändringen i folkpensionsindex enligt 2 § i lagen om folkpensionsindex. Beräkningen ska göras utifrån det poängtal för folkpensionsindex enligt vilket folkpensioner med betalningsdag i januari månad av justeringsåret räknats ut. Justeringsåret är året före det år vid vars ingång indexjusteringen görs. Det indexjusterade

Föreslagen lydelse

(upphävs)

7 c §

Avgift för långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, långvarig familjevård och långvarig slutenvård

(upphävs)

7 d §

Stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet

(upphävs)

Gällande lydelse

beloppet ska avrundas till närmaste 0,1 euro. Det indexjusterade beloppet träder i kraft vid ingången av året efter justeringsåret. Vid justeringen av det belopp för personligt bruk som avses i 4 mom. iakttas bestämmelserna i 7 c § 4 mom.

Föreslagen lydelse

7 h §

Avgift för prehospital akutsjukvård

Välfärdsområdet kan av en patient ta ut en avgift på högst 41,50 euro när en enhet för prehospital akutsjukvård har utfört en bedömning av patientens vårdbehov eller på annat sätt tillhandahållit prehospital akutsjukvård i enlighet med 40 § 1 mom. 1 punkten i hälso- och sjukvårdslagen.

En avgift enligt 1 mom. får inte tas ut när personen nekar till bedömning av vårdbehovet. Avgiften kan dock tas ut också i dessa situationer, om det trots personens nekande är nödvändigt att ge prehospital akutsjukvård med stöd av annan lagstiftning.

På uttag av avgift för prehospital akutsjukvård ska dessutom vad som i 7 j § föreskrivs om särskilda situationer vid uttag av avgift tillämpas.

7 i §

Avgifter för patienttransporter som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Välfärdsområdet kan av en klient för vilken den ordnar sådana i 73 § 3–5 mom. och 7 mom. i hälso- och sjukvårdslagen avsedda patienttransporter som inte ingår i den prehospital akutsjukvården ta ut en avgift på högst 41,40 euro för respektive tjänst.

På uttaget av avgift ska dessutom tillämpas vad som i 7 j § föreskrivs om särskilda situationer vid uttag av avgift.

7 j §

Särskilda situationer vid uttag av avgift för prehospital akutsjukvård och för

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

patienttransport som inte ingår i prehospital akutsjukvård

Om en oinskriven patient för att komma till en lämplig vårdenhet har behövt flera sådana transporter som ingår i den prehospitala akutsjukvård som fastställs i 40 § i hälso- och sjukvårdslagen eller sådana patienttransporter som inte ingår i den nämnda prehospitala akutsjukvården och för vars ordnande välfärdsområdet med stöd av 73 § 3–5 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ansvarar, eller en kombination av dessa transporter, kan välfärdsområdet av patienten ta ut den för dessa tjänster föreskrivna avgiften endast för den tjänst som först har tillhandahållits.

10 e §

Avgift för fortlöpande och regelbunden service i hemmet

10 e §

Avgift för fortlöpande och regelbunden service i hemmet

Det eurobelopp som anges i 3 och 4 mom. ska justeras vartannat år utifrån förändringen i arbetspensionsindex enligt 98 § i lagen om pension för arbetstagare. Som grund används det poängtal för arbetspensionsindex som har fastställts för justeringsåret för tillämpning av 98 § i lagen om pension för arbetstagare. Justeringsåret är året före det år vid vars ingång indexjusteringen görs. De indexjusterade beloppen avrundas till närmaste hela euro och träder i kraft vid ingången av året efter justeringsåret.

(upphävs)

14 b §

Publicering av indexjusterade belopp

Social- och hälsovårdsministeriet publicerar de indexjusterade eurobeloppen i Finlands författningssamling inom november månad av justeringsåret. De eurobelopp som hänför sig till barndagvård och som avses i 7 a § 3–5 och 9 mom. publiceras dock av undervisnings- och kulturministeriet.

14 b §

Indexjusteringar

De belopp som föreskrivs i 3 § 1 mom., 6 b § 1 mom., 7 c § 3 mom., 7 d § 4 mom., 7 h § 1 mom., 7 i § 1 mom. och 10 e § 3 och 4 mom. justeras i enlighet med förändringen i prisindexet för välfärdsområdena. Vid fastställandet av förändringen används den prognos för värdet av prisindexet för välfärdsområdena för det kommande året (året

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

då indexet ändras) som är den senaste vid tidpunkten för justeringen och som publiceras av finansministeriet.

Indexjusteringen görs årligen. De justerade beloppen ska avrundas till närmaste 0,10 euro. De justerade beloppen av de belopp som anges i 7 c § 3 mom. och 10 e § 3 och 4 mom. samt av de justerade belopp för personligt bruk som avses i 7 d § avrundas dock till närmaste euro.

Social- och hälsovårdsministeriet publicerar de i denna lag avsedda med olika index justerade beloppen i Finlands författningssamling före utgången av september månad det år som föregår året då indexet ändras eller före utgången av september månad det justeringsår som hänför sig till indexjusteringen.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 5 och 6 § träder dock i kraft först den 1 januari 2028. Bestämmelserna i 7 h–7 j § tillämpas dock på det meddelande om indexjusterade avgifters belopp som utfärdas av social- och hälsovårdsministeriet 2026. Dessutom kan avgifter inte tas ut med stöd av 7 h–7 j § före den 1 januari 2028. På tidsfristen för offentliggörandet av det meddelande om indexjusterade belopp som utfärdas av social- och hälsovårdsministeriet 2026 tillämpas de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet av denna lag.
