

## RP 90/2026 rd

### **Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om principerna för tjänsteutbudet inom social- och hälsovården**

#### **PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL**

I denna proposition föreslås det att hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras samt att fängeslagen, häktningsslagen, mentalvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande ändras i anslutning till detta.

Syftet med lagförslagen är att främja social- och hälsovårdens verkningsfullhet samt kundernas och patienternas jämlikhet. Syftet är att öka öppenheten och godtagbarheten i fråga om val som gäller tjänsteutbudet inom social- och hälsovården såväl nationellt som vid ordnandet och genomförandet av tjänsterna.

I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering ska det föreskrivas om principerna enligt vilka tillhörigheten av tjänster och metoder till tjänsteutbudet och uteslutning av dem ur det ska genomföras inom den offentliga social- och hälsovården. Enligt regeringsprogrammet ska det föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska höras till den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud och hur de ska riktas i syfte att främja tjänsternas verkningsfullhet och jämlikhet.

I hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen föreslås bestämmelser om principer enligt vilka tillhörigheten av tjänster och metoder till tjänsteutbudet och uteslutning av dem ur det ska genomföras inom den offentliga social- och hälsovården. De föreslagna principerna är behovsprincipen, säkerhetsprincipen, principen om verkningsfullhet och principen om kostnadsnyttoeffekt. Som genomgående principer föreslås jämlikhet och människovärdets okränkbarhet.

Det föreslås att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras så att det i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena i fortsättningen ska avtalas om arbetsfördelning, samarbete och samordning mellan välfärdsområdena när det gäller service och arbetsformer inom socialvården samt ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt styrning i anslutning till dessa. Till fängeslagen, häktningsslagen, mentalvårdslagen och lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande fogas hänvisningar till bestämmelserna om de enhetliga grunderna för vård och om principerna för tjänsteutbudet i hälso- och sjukvårdslagen.

De föreslagna lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2027.

---

## INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL .....	1
MOTIVERING .....	5
1 Bakgrund och beredning .....	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Beredning .....	5
2 Nuläge och bedömning av nuläget .....	7
2.1 Inledning .....	7
2.2 Grundlagen .....	7
2.3 Internationella konventioner om mänskliga rättigheter .....	10
2.3.1 ESK-konventionen .....	10
2.3.2 Konventionen om barnets rättigheter .....	11
2.3.3 Funktionshinderkonventionen .....	12
2.3.4 Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter .....	13
2.3.5 Europeiska sociala stadgan .....	14
2.3.6 Europeiska bioetikkonventionen .....	15
2.4 Den offentligt finansierade social- och hälsovården .....	16
2.4.1 Vårdsområdets organiseringsansvar .....	16
2.4.2 Sjukvårdsersättningar .....	17
2.4.3 Utkomststöd .....	17
2.4.4 Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner .....	18
2.4.5 Socialservice som ordnas av Brottsförklaringsmyndigheten .....	18
2.4.6 Hälso- och sjukvård för fångar .....	19
2.4.7 Statens sinnessjukhus .....	19
2.4.8 Statens skolhem .....	19
2.4.9 Studerandehälsovården för högskolestuderande .....	20
2.4.10 Mottagningstjänster för personer som söker internationellt skydd, personer som får tillfälligt skydd och offer för människohandel .....	20
2.4.11 Hälso- och sjukvård som försvarsmakten ordnar .....	22
2.5 Hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården .....	22
2.6 Innehållsstyrningen av hälso- och sjukvård och bedömningen av hälso- och sjukvårdens metoder .....	25
2.7 Den allmänna lagstiftningen om socialvården .....	27
2.8 Tillsynen över social- och hälsovården .....	29
2.9 Diskrimineringslagen .....	30
2.10 Lagstiftningen om språkliga rättigheter inom social- och hälsovården .....	31
2.11 Prioriteringen inom social- och hälsovården .....	31
2.12 Bedömning av nuläget .....	33
3 Målsättning .....	37
4 Förslagen och deras konsekvenser .....	38
4.1 De viktigaste förslagen .....	38
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna .....	39
4.2.1 Inledning .....	39

4.2.2 Ekonomiska konsekvenser.....	39
4.2.3 Konsekvenser för människor och samhälle .....	46
5 Alternativa handlingsvägar.....	60
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser .....	60
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet .....	62
5.2.1 Hälso- och sjukvården .....	62
5.2.2 Socialvården .....	64
6 Remissvar .....	65
7 Specialmotivering.....	67
7.1 Hälso- och sjukvårdslagen.....	67
7.2 Socialvårdslagen.....	88
7.3 Lagen om ordnande av social- och hälsovård.....	103
7.4 Fängelselagen .....	104
7.5 Häktningsslagen .....	105
7.6 Mentalvårdslagen.....	105
7.7 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande .....	106
8 Ikraftträdande .....	106
9 Verkställighet och uppföljning .....	106
10 Förhållande till andra propositioner .....	108
10.1 Samband med andra propositioner .....	108
10.2 Förhållande till budgetpropositionen.....	109
11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	109
11.1 Inledning.....	109
11.2 Konstitutionen och rättsstatsprincipen.....	110
11.3 Jämlikhet.....	111
11.4 Rätten till social trygghet och rätten till liv .....	113
11.5 Respekt för de grundläggande fri- och rättigheterna .....	119
11.6 Kravet på att bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter utfärdas genom lag .....	120
11.7 Självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner.....	124
LAGFÖRSLAG.....	126
1. Lag om ändring av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen.....	126
2. Lag om ändring av socialvårdslagen .....	127
3. Lag om ändring av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård .....	128
4. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen .....	129
5. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen.....	130
6. Lag om ändring av 6 § i mentalvårdslagen.....	131
7. Lag om ändring av 3 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....	132
BILAGOR .....	133
PARALLELLTEXT .....	133
1. Lag om ändring av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen.....	133
2. Lag om ändring av socialvårdslagen .....	135
3. Lag om ändring av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård .....	138
4. Lag om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen .....	141
5. Lag om ändring av 6 kap. 1 § i häktningsslagen.....	144
6. Lag om ändring av 6 § i mentalvårdslagen.....	147

7. Lag om ändring av 3 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande.....148

## MOTIVERING

### 1 Bakgrund och beredning

#### 1.1 Bakgrund

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering ska det föreskrivas om principer enligt vilka tjänster och metoder ska höra till serviceutbudet och uteslutas ur det inom den offentliga social- och hälsovården. Enligt regeringsprogrammet ska det också föreskrivas om principerna för vilka tjänster och metoder som ska ingå i den offentliga social- och hälsovårdens tjänsteutbud i syfte att främja verkningsfulla och jämlika tjänster. Skrivningen i regeringsprogrammet utgör en del av den helhet som syftar till att öka tjänsternas verkningsfullhet. Verkningsfullheten främjas som en del av den revidering som enligt regeringsprogrammet ska genomföras av lagstiftningen om innehållet i social- och hälsovården och styrningen i anslutning till den så att de bättre motsvarar social- och hälsovårdsstrukturerna och de riksomfattande målen för social- och hälsovården. Syftet med de åtgärder som anges i regeringsprogrammet är bland annat att öka verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffekten.

Det har gjorts flera utredningar om tjänsteutbudet inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet har till exempel publicerat en utredning om principerna för bestämmande av det nationella tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården, om strukturen och utvecklingsmöjligheterna<sup>1</sup> samt en utredning om användning av kostnadseffektivitet som ett kriterium för bestämmande av tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården<sup>2</sup>. Social- och hälsovårdsministeriet har också publicerat två utredningar om socialvården. Den ena behandlar nivåindelningen inom socialvården<sup>3</sup> och den andra innehållsstyrningen inom socialvården<sup>4</sup>. Statsrådets kansli har publicerat en utredning om prioritering när det gäller serviceutbudet inom hälso- och sjukvården<sup>5</sup>.

#### 1.2 Beredning

Propositionen har beretts som ett tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådet tillsatte en parlamentarisk uppföljningsgrupp med uppdraget att stödja det lagberedningsprojekt som baserat på regeringsprogrammet påbörjats vid social- och

---

<sup>1</sup> Fastställande av det nationella tjänsteutbudet. Principer för definition, struktur och utvecklingsmöjligheter. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2020:31, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162447>

<sup>2</sup> Utredning om användning av kostnadseffektivitet som ett av kriterierna för fastställande av tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården – reviderad upplaga. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:30, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160237>

<sup>3</sup> Socialvårdens nivåindelning i de nya social- och hälsovårdsstrukturerna. Nuläge och förslag. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:5, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165424>

<sup>4</sup> Innehållsstyrningen av socialvården i välfärdsområdets struktur: Nuläge och åtgärdsförslag. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:3, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165421>

<sup>5</sup> Prioriteringen av hälso- och sjukvården. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:53, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

hälsovårdsministeriet för införande av lagstiftning om principer för det nationella valet av verkningsfulla tjänster och metoder. Dess mandatperiod var 1 mars 2025–30 april 2027.

Under beredningen av propositionen möjliggjorde social- och hälsovårdsministeriet olika instansers deltagande och en bred samhällelig diskussion redan innan remissfasen för det egentliga utkastet till proposition. Vid årsskiftet 2024–2025 bad ministeriet anordnare, producenter och intressentorganisationer inom social- och hälsovården samt social- och hälsovårdsmyndigheterna att på en särskild nätplattform ge respons på ett utkast till principer för tjänsteutbudet.<sup>6</sup> Svar erhöles från 123 organisationer. Våren 2025 genomförde social- och hälsovårdsministeriet bland yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården en enkätundersökning om prioriteringsprinciperna inom social- och hälsovården.<sup>7</sup> Totalt 792 personer svarade. Den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE), tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko) samt social- och hälsovårdsministeriet genomförde tillsammans en medborgarenkät på nätet i början av 2025. Den besvarades av cirka 22 000 personer.<sup>8</sup> Dessutom har social- och hälsovårdsministeriet under beredningen av propositionen ordnat flera möten för intressentgrupper och deltagit i flera evenemang där man redogjort för beredningen.

Ett hörande om beredningen av principerna för tjänsteutbudet ordnades den 8 september 2025. På begäran av social- och hälsovårdsministeriet gavs utlåtanden enligt följande: Utlåtandet från nätverket för professionsledare inom socialvården gavs av Södra Österbottens välfärdsområde och Birkalands välfärdsområde och utlåtandet från nätverket för ansvariga läkare gavs av Päijänne-Tavastlands välfärdsområde ur ett centralsjukhus synvinkel och av Egentliga Finlands välfärdsområde ur ett universitetssjukhus synvinkel. Utlåtanden lämnades också av styrelsen för Professionsledare inom vårdarbete rf, Fackorganisationen för högutbildade inom socialbranschen Talentia rf, Finlands Läkareförbund rf, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, Institutet för hälsa och välfärd (THL) samt den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE).<sup>9</sup>

Social- och hälsovårdsministeriet bad om utlåtanden om ett utkast till regeringens proposition med förslag till lag om ändring av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och till lag om ändring av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Utkastet till proposition var ute på remiss i sex veckor. Finskspråkiga utlåtanden kunde lämnas in 30 oktober–11 december 2025 och svenskspråkiga 11 november–23 december 2025. Begäran om utlåtande skickades till 198 instanser, och dessutom publicerades utkastet till proposition i tjänsten utlåtande.fi. Utlåtanden begärdes av de högsta laglighetsövervakarna, flera ministerier, välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, statliga myndigheter, regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, flera fackorganisationer och social- och hälsovårdsorganisationer samt andra viktiga intressentgrupper och aktörer. Även andra som så

---

<sup>6</sup> Sammandrag av intressentgruppernas respons på utkastet till principerna för tjänsteutbudet inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:16, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166235>

<sup>7</sup> Prioriteringsprinciper inom social- och hälsovården: Resultaten av enkäten till yrkespersoner. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:20, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166329>

<sup>8</sup> Resultaten i medborgarenkäten har publicerats på social- och hälsovårdsministeriets webbplats under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> med identifieringskod STM113:00/2023.

<sup>9</sup> Dokumenten relaterade till hörandet har publicerats på social- och hälsovårdsministeriets webbplats under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> med identifieringskod STM113:00/2023.

önskade kunde yttra sig. Totalt 160 utlåtanden lämnades in. Vissa yttrade sig i flera aktörers namn.<sup>10</sup>

De kommentarer som kom in via olika kanaler och evenemang utnyttjades i beredningen av regeringspropositionen.

De arbetsdokument som gäller propositionen finns i den offentliga tjänsten under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> med identifieringskod STM113:00/2023.

## **2 Nuläge och bedömning av nuläget**

### **2.1 Inledning**

Avsikten med lagförslagen är att införa bestämmelser om principer för vilka tjänster och metoder som ska höras till tjänsteutbudet och vilka som ska uteslutas ur det inom den offentliga social- och hälsovården. Eftersom förslagen i stor utsträckning gäller social- och hälsovårdstjänster som är offentligt finansierade har även den allmänna lagstiftningen och speciallagstiftningen ett väsentligt samband med förslaget.

De föreslagna bestämmelserna om principer för tjänsteutbudet ska införas i hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen, vilket innebär att de ändringar som föreslås gäller dessa allmänna lagar om den offentliga social- och hälsovården liksom välfärdsområdena, som tillämpar lagarna. Dessutom föreslås att de bestämmelser i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen som gäller principer för tjänsteutbudet ska tillämpas inom hälso- och sjukvården för fångar, inom studerandehälsovården för högskolestuderande och inom hälso- och sjukvården vid statens sinnessjukhus. Dessutom föreslås att de enhetliga grunderna för vård enligt 7 § ska beaktas i de ovannämnda tjänsterna.

### **2.2 Grundlagen**

Enligt 1 § i grundlagen ska konstitutionen trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället.

Enligt förarbetena till reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna är människovärdets okränkbarhet ett av de värden som ligger till grund för hela statsförfattningen. Stadgandet uttrycker för sin del i första hand värdegrunden i regeringsformen, men det kan också ha en direkt rättslig betydelse i vissa fall. Det inverkar vid tolkning till exempel när de egentliga stadgandena om grundläggande fri- och rättigheter tillämpas. Stadgandet har också en inverkan på utvärderingen av vilka begränsningar av de i regeringsformen tryggade grundläggande fri- och rättigheterna som kan betraktas som tillåtna. Kravet på människovärdets okränkbarhet uttrycker den allmänmänskliga grunden för de fundamentala rättigheterna. Åtminstone de mest grundläggande av individens fri- och rättigheter kan i grund och botten betraktas som oavhängiga av statens vilja och den rådande rättsordningen. Begreppet människovärde hänvisar dessutom till den principiella jämställdheten mellan alla individer. Den tredje delen av förteckningen i lagrummet hänvisar bland annat till jämställdheten och de grundläggande ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. (RP 309/1993 rd, s. 45–46)

---

<sup>10</sup> Utlåtandena och ett sammandrag av utlåtandena har publicerats på social- och hälsovårdsministeriets webbplats under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> med identifieringskod STM113:00/2023.

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Den allmänna jämlikhetsklausulen uttrycker huvudprincipen för jämlikhet och jämställdhet, vilken inbegriper utöver formell jämlikhet även faktisk jämlikhet. I bestämmelsen ingår också ett förbud mot godtycke och ett krav på lika bemötande i likadana fall. Kravet på jämlikhet är förpliktande också för lagstiftaren.

Enligt förbudet mot diskriminering i 6 § 2 mom. i grundlagen får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. I bestämmelsen förbjuds dock inte alla former av särbehandling av människor, utan det väsentliga är huruvida särbehandlingen kan motiveras på ett sätt som är godtagbart med tanke på systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Förbudet mot diskriminering hindrar i sig inte sådan särbehandling som behövs för att trygga faktisk jämlikhet. Kraven på ett godtagbart skäl för särbehandling är höga när särbehandlingen grundar sig på sådana skäl som hänför sig till personen och som avses i diskrimineringsförbudet. Riksdagens grundlagsutskott har i sin utlåtandep Praxis krävt att det godtagbara skälet har ett reellt och fast samband med lagens syfte. Särbehandling av personer får inte vara godtycklig eller skillnaderna oskäligen.

Bestämmelsen utgör inget hinder för positiv särbehandling, det vill säga avvikelser från formell jämlikhet när syftet är att förbättra ställningen och förhållandena för en viss grupp som har en svag ställning. Det väsentliga är huruvida man kan motivera särbehandlingen på ett sätt som är godtagbart med hänsyn till systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Till exempel när det gäller tjänster för personer med funktionsnedsättning är det ofta fråga om just positiv särbehandling.

I 6 § 3 mom. i grundlagen krävs att barn bemöts som jämlika individer, och de ska ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva.

Riksdagens grundlagsutskott har i sin utlåtandep Praxis gällande den grundläggande rättigheten jämlikhet av hävd ansett att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning går att läsa ut ur jämlikhetsprincipen när en reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se t.ex. GrUU 46/2024 rd, stycke 3 och de utlåtanden som det hänvisas till där, GrUU 1/2006 rd, s. 2, GrUU 59/2002 rd, s. 2).

I 7 § i grundlagen föreskrivs om rätten till liv, personlig frihet och integritet. Enligt denna har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Ingen får dömas till döden eller torteras eller utsättas för någon annan behandling som kränker människovärdet. Den personliga friheten har karaktären av en allmän grundläggande fri- och rättighet, som inte bara skyddar människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt (RP 309/1993 rd, s. 50).

Den centrala bestämmelsen i grundlagen när det gäller att trygga kulturella och språkliga rättigheter är 17 §, där det föreskrivs om rätten till eget språk och egen kultur. Enligt paragrafens 1 mom. är Finlands nationalspråk finska och svenska. Enligt paragrafens 2 mom. ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. Det allmänna ska tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Stadgandet i grundlagen förutsätter vid sidan av denna formellt jämställda behandlingen av språken också att den faktiska jämlikheten mellan den finsk- och svenskspråkiga befolkningen tryggas. Stadgandet har betydelse till exempel för ordnandet av samhällsservice (RP 309/1993 rd, s. 69).

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna som urfolk samt romerna och andra grupper rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp ska tryggas genom lag. Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. Grundlagens stadgande om samiskan förutsätter att man genom lag tryggar samernas individuella rättighet att hos myndigheter använda sitt modersmål i den utsträckning som närmare regleras i en lag (RP 309/1993 rd, s. 65).

Grundlagens 19 § gäller rätten till social trygghet. Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Bestämmelsen har ett nära samband med grundlagens 7 §, som tryggar rätten till liv. Alla har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg, men individens eget ansvar är primärt. Bestämmelsen har formulerats som en subjektiv rättighet, det vill säga som individuella rättigheter som omedelbart kan förverkligas (RP 309/1993 rd, s. 38). Med oundgänglig utkomst och omsorg avses en sådan inkomstnivå och sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Till ett sådant stöd hör till exempel att se till att den stödbehövande får den föda och har möjlighet till sådant boende som är en förutsättning för att hälsan och livskraften ska bevaras. Utkomststödet, vissa stödsystem för omvårdnad av barn, åldringar, handikappade och utvecklingsstörda och särskilt rätten till akut sjukvård bidrar också till tryggandet av de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv. (RP 309/1993 rd, s. 74) Därmed avses med omsorgen enligt bestämmelsen bland annat social-, hälso- och sjukvård. Som subjektiv grundläggande fri- och rättighet kan rätten till oundgänglig försörjning och omsorg inte begränsas med lagstiftning på lägre nivå som konkretiserar den, och rätten är inte annars heller beroende av vanlig lagstiftning. Dessutom måste miniminivån enligt rättigheten kunna garanteras i alla omständigheter i samhället.

I den juridiska litteraturen och i de högsta lagövervakarnas avgörandepraxis (t.ex. JK dnr 1052/1/06) har man utgått från att uttrycket ”skydd av människovärdigt liv” som används i lagrummet avser mer än att trygga de nödvändiga förutsättningarna för biologisk existens. Vad som utgör ett människovärdigt liv vid en given tidpunkt varierar beroende på kulturella värderingar och vanor.

Enligt 19 § 2 mom. i grundlagen ska var och en genom lag garanteras rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsoförmåga och under ålderdomen samt vid barnafödelse och förlust av en försörjare. Det i stadgandet avsedda skyddet för grundläggande utkomst innebär ett mera omfattande skydd än rätten till oundgänglig utkomst i 1 mom. (RP 309/1993 rd, s. 74)

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Det allmänna ska trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster. Då man avgör om tjänsterna ska anses tillräckliga, kan utgångspunkten vara en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Skyldigheten att främja befolkningens hälsa hänvisar dels till social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet, dels till utvecklingen av samhällsförhållandena i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa. (RP 309/1993 rd, s. 75–76.)

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses här staten, välfärdsområdena och kommunerna. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de

grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Till de viktigaste sätten hör att stifta lagstiftning som tryggar och preciserar utövandet av de grundläggande fri- och rättigheterna och att fördela ekonomiska resurser. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, ändamålsenlig finansiering, fördelning av resurser och organisering av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälso-tjänster blir tryggade. De övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna bestämmer för sin del hur skyldigheten att trygga tjänsterna ska fullgöras.

### **2.3 Internationella konventioner om mänskliga rättigheter**

Grundlagens normer om de grundläggande fri- och rättigheterna har många likheter med de förpliktelser i fråga om de mänskliga rättigheterna som är bindande för Finland. Förutom de förpliktande normerna om mänskliga rättigheter har också skyldigheterna i fråga om mänskliga rättigheter betydelse som vägledning för en positiv tolkning i individuellt beslutsfattande när det gäller de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. När det gäller organisering av social- och hälsovård bestämmer de mänskliga rättigheterna särskilt bemötandet av människor och tjänsternas miniminivå.

Till de internationella konventioner om mänskliga rättigheter som är viktigast med tanke på social- och hälsovården och som Finland som konventionspart har förbundit sig att iaktta hör till exempel FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, nedan ESK-konventionen), FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59 och 60/1991, nedan barnkonventionen), FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26 och 27/2016, nedan funktionshinderkonventionen) och Europarådets konvention om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 18 och 19/1990; i den lydelse den har efter ändringarna FördrS 71 och 72/1994, FördrS 85 och 86/1998, FördrS 8 och 9/2005, FördrS 6 och 7/2005 samt FördrS 50 och 51/2010; nedan Europakonventionen), den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) och Europarådets konvention angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin (FördrS 23–24/2010, biomedicinkonventionen).

#### **2.3.1 ESK-konventionen**

Med stöd av artikel 2.1 ska varje konventionsstat omedelbart vidta åtgärder för att till fullo trygga rättigheterna. Även om ESK-konventionen har som mål att rättigheterna gradvis förverkligas till fullo, ska konventionsstaterna sträva efter att ESK-rättigheterna förverkligas så snabbt och effektivt som möjligt inom ramen för de begränsade resurserna och de rådande förhållandena.

En annan omedelbar skyldighet följer av artikel 2.2, som gäller diskriminering. Enligt ESK-kommittén genomsyrar konventionsstaternas skyldighet att garantera att de rättigheter som nämns i konventionen utövas utan diskriminering av något slag hela ESK-konventionen och är en skyldighet som föranleder omedelbara åtgärder av konventionsstaterna. Enligt ESK-kommittén är kravet om icke-diskriminering en övergripande konventionskyldighet (General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2), 2.7.2009). Enligt ESK-kommittén ska de konventionsstaterna när de förverkligar rättigheterna enligt ESK-konventionen fästa tillräcklig uppmärksamhet vid grupper som historiskt och ihållande utsätts för fördomar och vid behov vidta särskilda åtgärder, såsom positiv diskriminering, för att förhindra diskriminering. När det gäller hälso- och sjukvårdstjänster nämner ESK-kommittén tolkningstjänster för språkliga minoriteter och rimliga anpassningar för syn- och hörselskadade som särbehandling av bestående karaktär.

Enligt artikel 9 i ESK-konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en till social trygghet, däribland socialförsäkring. Enligt artikel 11 erkänner konventionsstaterna rätten för var och en till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj på samma sätt som bestämmelsen om oundgänglig omsorg och försörjning i 9 § 1 mom. i grundlagen. En tillfredsställande levnadsstandard inkluderar tillräckligt med mat och kläder och en lämplig bostad samt rätt till ständigt förbättrade levnadsvillkor. Enligt artikel 12 erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, och för att tillgodose denna rätt ska konventionsparterna vidta de åtgärder som konventionen kräver. Artikel 10 omfattar skydd och bistånd som tillförsäkras familjen som samhällets naturliga och grundläggande enhet, mödrars särskilda skydd under en skälig tid före och efter förlossning samt särskilda åtgärder för skydd och hjälp av barn och ungdomar.

ESK-kommittén har framhållit att social trygghet, inklusive sociala tjänster och hälso- och sjukvårdstjänster, bör vara tillgängliga för alla delar av befolkningen, även de mest utsatta och marginaliserade. Konventionsstaten har en skyldighet att vidta positiva åtgärder genom vilka individer och grupper ges möjlighet och hjälp så att de kan åtnjuta rätten till social trygghet och till hälsa.

När det gäller ESK-konventionen har Finland ratificerat det fakultativa protokollet, som ger möjlighet att lämna individuella klagomål till de kommittéer som övervakar verkställigheten av avtalen.

### 2.3.2 Konventionen om barnets rättigheter

Barnkonventionen förpliktar konventionsstaterna att aktivt främja förverkligandet av de rättigheter som tryggas enligt konventionen. Detta gäller också lagstiftarna i konventionsstaterna. Barnkonventionens innehåll är omfattande. Den tryggar medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter samt särskilda rättigheter som gäller skydd av barn. Till de allmänna principerna i barnkonventionen hör barnets rätt till utveckling, prioritering av barnets bästa, icke-diskriminering, respekt för barnets åsikter och barnets rätt till delaktighet. Konventionen förpliktar till att sätta barnets bästa i främsta rummet i alla åtgärder som rör barn. För att barnets bästa ska förverkligas förutsätts att alla rättigheter som tryggas i konventionen tillgodoses så fullständigt som möjligt.

Rätten att åtnjuta bästa möjliga hälsotillstånd tryggas också i FN:s barnkonvention. Alla barn inom konventionsstatens jurisdiktion omfattas jämlikt av de rättigheter som konventionen tryggar. Enligt artikel 24.1 i konventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Enligt artikel 24.2 i konventionen ska konventionsstaterna sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att bland annat säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig hälso- och sjukvård.

Efterlevnaden av barnkonventionen övervakas av FN:s kommitté för barnets rättigheter, som har utfärdat en allmän kommentar (nr 15) om tolkningen av konventionens artikel 24. Enligt kommittén för barnets rättigheter har konventionsstaterna en strikt skyldighet att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvård samt andra relevanta tjänster. Konventionsstaterna bör särskilt fokusera på tillgången till tjänster i sådana områden och befolkningsgrupper som har dålig tillgång till tjänster. Enligt kommitténs tolkning kräver konventionen att konventionsstaterna har ett heltäckande primärvårdssystem och fullgoda rättsliga rammar och att de kontinuerligt är uppmärksamma på och övervakar de faktorer som påverkar barns hälsa. Konventionsstaterna bör identifiera och undanröja hinder för barns tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive ekonomiska, institutionella och kulturella hinder. Enligt kommittén

kräver artikel 24.2 i konventionen att konventionsstaterna identifierar och åtgärdar även andra problem som rör barns hälsa.

Enligt kommittén för barnets rättigheter måste tjänsterna på primärvårdsnivå vara tillgängliga i tillräcklig omfattning, och tjänsterna måste vara av tillräcklig kvalitet och fungerande. Tjänsterna måste vara både fysiskt och ekonomiskt tillgängliga för alla barn. I den utsträckning det är möjligt bör också specialiserad vård på olika nivåer göras tillgänglig. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder för inriktas på de huvudsakliga hälsoproblem barn utsätts för i lokalsamhället och landet som helhet. Till dessa hör enligt kommittén bland annat drogmissbruk, psykosociala problem och psykiska hälsoproblem.

Kommittén för barnets rättigheter har ansett att särskild uppmärksamhet bör fästas vid barnens nya hälsoproblem och vid förändringarna i fråga om de hälsorelaterade prioriteringarna, exempelvis i fråga om vikten av att ge barn psykisk hälsovård. Kommittén har uttryckt oro över den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga och bland annat över bruket av alkohol, droger och andra rusmedel. Särskild uppmärksamhet bör i allt högre grad fästas vid de sociala och andra faktorer som påverkar barns psykiska hälsa. Kommittén för barnets rättigheter anser att konventionsstaterna har en skyldighet att tillhandahålla lämplig behandling och rehabilitering åt barn med psykosociala och psykiska störningar, och samtidigt ska de undvika onödig medicinering.

Barnkonventionen tryggar rätten till ett fullvärdigt och gott liv även uttryckligen för barn med funktionsnedsättning. Detta omfattar dessa barns möjlighet till skolgång, utbildning, hälso- och sjukvård och rehabiliteringstjänster, yrkesutbildning och rekreationsverksamhet. Konventionen beaktar rätten till hjälp för barn med funktionsnedsättning och de personer som ansvarar för barnens vård.

Konventionsstaterna ska vart femte år avge en rapport till FN:s kommitté om barnets rättigheter om de lagstiftnings- och förvaltningsåtgärder som de vidtagit för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Kommittén för barnets rättigheter har i sina slutsatser om Finlands kombinerade femte och sjätte periodiska rapport (CRC/C/FIN/CO/5–6) rekommenderat bland annat att Finland effektiviserar åtgärder som säkerställer att barn snabbt och effektivt får tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet i hela landet, bland annat genom utbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, och fäster särskild uppmärksamhet vid utsatta och marginaliserade barn.

Till konventionen om barnets rättigheter har det fogats tre fakultativa protokoll som gäller i Finland. Dessa består av det fakultativa protokollet till konventionen om barnets rättigheter om indragning av barn i väpnade konflikter (FördrS 30 och 31/2002), det fakultativa protokollet till konventionen om barnets rättigheter om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi (FördrS 40 och 41/2012) och det fakultativa protokollet till konventionen om barnets rättigheter om ett klagomålsförfarande (FördrS 4 och 5/2016). Det fakultativa protokollet om ett klagomålsförfarande ger enskilda barn och grupper av barn möjlighet att vid påstådda kränkningar av deras rättigheter anföra klagomål direkt till FN:s kommitté för barnets rättigheter.

### 2.3.3 Funktionshinderkonventionen

Funktionshinderkonventionen trädde i kraft internationellt 2008. I Finland godkände riksdagen denna konvention och dess fakultativa protokoll i mars 2015. Finland ratificerade konventionen och dess fakultativa protokoll den 11 maj 2016, och de trädde i kraft i Finland den 10 juni 2016. Även EU har anslutit sig till konventionen. Syftet med konventionen är att främja, skydda och

säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning. För att förverkliga detta har konventionsstaterna bland annat åtagit sig att vidta alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att uppfylla de rättigheter som erkänns i konventionen och att vidta alla ändamålsenliga åtgärder, inklusive lagstiftningsåtgärder, för att ändra eller avskaffa lagar, bestämmelser, sedvänjor och bruk som är diskriminerande mot personer med funktionsnedsättning.

Syftet med funktionshinderkonventionen är att i så vid utsträckning som möjligt täcka begreppet funktionsnedsättning och att beakta eventuella förändringar i samhället. Ledande principer i konventionen är delaktighet, förbud mot diskriminering och tillgänglighet. Artikel 4 i konventionen betonar vikten av att personer med funktionsnedsättning och de organisationer som företräder dem är delaktiga och deltar i allt beslutsfattande som gäller dem själva. Artikel 5, som gäller icke-diskriminering, är viktig för genomförandet av bestämmelserna i konventionen, särskilt när det gäller skäligen anpassning och andra positiva särskilda åtgärder.

Artikel 19 i konventionen (rätt att leva självständigt och att delta i samhället) betonar självbestämmanderätt, valfrihet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning samt betydelsen av tillräcklig service, i synnerhet personlig assistans, för att rättigheterna ska kunna tillgodoses. Andra viktiga artiklar som gäller social- och hälsovård är bland annat artikel 12 (likhet inför lagen), artikel 20 (personlig rörlighet), artikel 24 (utbildning), artikel 26 (habilitering och rehabilitering), artikel 27 (arbete och sysselsättning) och artikel 28 (tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet). Enligt artikel 25.1 erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Genom denna artikel säkerställs rätten för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättningen samt deras tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt artikeln omfattar hälso- och sjukvårdstjänsterna även hälsorelaterad rehabilitering.

Verkställandet av funktionshinderkonventionen övervakas internationellt. Övervakningen, som sker via rapportering, kompletteras av ett fakultativt protokoll (FördrS 26–27/2016) genom vilket enskilda personer eller grupper kan anföra klagomål till FN-kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning, om de anser att deras rättigheter enligt konventionen har kränkts.

#### 2.3.4 Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter

Artikel 2 i Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter (nedan Europakonventionen) ålägger de fördragsslutande staterna att genom lag skydda rätten till liv. I rättspraxisen från Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (nedan Europadomstolen) finns ett flertal fall som rör social- och hälsovård och där en fördragsslutande stat har ansetts ha försummat de lagstiftningsåtgärder som ska vidtas för att skydda rätten till liv, till exempel på grund av systematiska brister i brådskande hälso- och sjukvård eller förebyggande av våld i nära relationer. Europadomstolen har tagit ställning till de fördragsslutande staternas skyldighet att genom lag säkerställa att brådskande hälso- och sjukvård för att skydda rätten till liv fungerar i enlighet med artikel 2 i Europakonventionen, till exempel i målen *Mehmet Şentürk och Bekir Şentürk mot Turkiet* (nr 13423/09, punkt 104, ECHR 2013) och *Elena Cojocaru mot Rumänien* (nr 74114/12, punkt 106, 111 och 125, ECHR 2016).

Finland är part i protokoll nr 12 till Europakonventionen (FördrS 8 och 9/2005), vars artikel 1 förbjuder alla former av diskriminering. Enligt denna artikel ska åtnjutandet av varje rättighet som anges i lag säkerställas utan diskriminering på någon grund såsom kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åsikt, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt. Ingen ska bli diskriminerad av en offentlig myndighet på någon grund såsom dem som nämnts under punkt 1. Begreppet diskriminering i artikel 1 i protokoll nr 12 är avsett att tolkas på samma sätt som i artikel 14 i konventionen. Artikel 14 i konventionen ger skydd mot sådan särbehandling som inte har en objektiv och skälig grund, om individerna befinner sig i jämförbara situationer eller i huvudsakligen likartade situationer. För särbehandling måste det finnas ett godtagbart mål, och medlet och målet ska stå i proportion till varandra.

Diskrimineringsförbuden i artikel 14 i Europakonventionen och i artikel 1 i tilläggsprotokoll nr 12 omfattar samma diskrimineringsgrunder som ESK-konventionen. När det gäller social- och hälsovård har förbud mot diskriminering behandlats i Europadomstolens rättspraxis i synnerhet i samband med klagomål som enskilda personer anfört och som gällt rätten till liv (artikel 2), förbudet mot tortyr (artikel 3) och rätten till skydd för privat- och familjeliv (artikel 8). Det väsentliga i Europadomstolens rättspraxis i fråga om förbudet mot diskriminering är huruvida det har konstaterats underlåtenhet att fullgöra andra konventionsenliga skyldigheter och huruvida det anses att diskrimineringen är kopplad till underlåtenheten. Till exempel i målet *Centre for Legal Resources som ombud för Valentin Câmpeanu mot Rumänien* var det fråga om en allvarlig systematisk underlåtenhet i vården och behandlingen av ett barn med funktionsnedsättning och HIV-infektion, en underlåtenhet som ledde till barnets död (*Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania*, nr 47848/08, punkt 104, ECHR 2014).

### 2.3.5 Europeiska sociala stadgan

Den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) är en konvention om mänskliga rättigheter som utarbetats av Europarådet och som tryggar ekonomiska och sociala rättigheter i Europa. Europeiska kommittén för sociala rättigheter övervakar efterlevnaden av den reviderade stadgan genom rapporteringsförfaranden och förfaranden för kollektiva klagomål.

Enligt artikel 11 i den reviderade Europeiska sociala stadgan åtar sig de fördragsslutande parterna att vidta de åtgärder som är nödvändiga för att trygga skyddet av hälsa bland annat genom att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa, lämna råd och upplysningar för befrämjande av god hälsa samt så långt som möjligt förebygga uppkomsten av epidemier, folksjukdomar, andra sjukdomar och olycksfall. Europeiska kommittén för sociala rättigheter har tolkat att Europeiska sociala stadgans artikel 11.1, där det hänvisas till undanröjande av orsaker till ohälsa, i praktiken innebär bland annat att de fördragsslutande staterna måste säkerställa tillgång till högkvalitativ och avgiftsfri eller överkomlig hälso- och sjukvård för alla individer utan diskriminering. Hälso- och sjukvårdssystemet ska vara tillgängligt för hela befolkningen och ordna ändamålsenlig vård vid rätt tidpunkt utan diskriminering.

Artikel 12 tryggar rätten till social trygghet och artikel 13 rätten till social och medicinsk hjälp. Enligt punkt 1 i förteckningen i artikel 13 åtar sig parterna att se till att envar kan få erforderlig social och medicinsk hjälp. Parterna ska se till att personer som saknar och som inte genom egna ansträngningar eller på annat sätt kan skaffa sig tillräckliga medel för sin försörjning och som inte heller kan få sådana medel från ett socialförsäkringssystem får nödvändig hjälp. Vid sjukdom ska personer ges den vård som deras hälsotillstånd kräver.

Enligt artikel 14 åtar sig parterna att främja eller vidta åtgärder för att inrätta organ som med de inom socialvården brukliga metoderna arbetar för såväl individernas som samhällsgruppernas välfärd, utveckling och anpassning till den sociala miljön. Enligt samma artikel åtar sig parterna också att uppmuntra enskilda individer samt frivilliga och andra organisationer att delta i att inrätta och vidmakthålla sådana organ.

Europeiska sociala stadgans artikel 11.2, som gäller råd och upplysningar, anknyter till förebyggande av psykiska problem och drogmissbruk. Kommittén för sociala rättigheter har påpekat att konventionsstaterna bör upplysa människor och erbjuda dem information om hälsorisker relaterade till rusmedel, såsom alkohol, narkotika och tobak. Konventionsstaterna ska genom lämpliga och tillräckliga åtgärder även förebygga hälsoriskerna orsakade av rusmedel.

### 2.3.6 Europeiska bioetikkonventionen

Parterna i Europeiska bioetikkonventionen åtar sig att skydda allas människovärde och identitet och att garantera alla, utan diskriminering, respekt för deras integritet och andra rättigheter och grundläggande friheter med avseende på tillämpningen av biologi och medicin. Enligt artikel 2 i konventionen ska människans intressen och välfärd gå före samhällets eller vetenskapens intressen. Den centrala utgångspunkten i den europeiska bioetikkonventionen är således respekt för människovärdet.

Artikel 3 i bioetikkonventionen ålägger konventionsstaterna att vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att alla inom deras jurisdiktion har lika tillgång till en ändamålsenlig hälso- och sjukvård, med hänsyn till hälso- och sjukvårdsbehov och tillgängliga resurser. Enligt den förklarande rapporten till konventionen avser artikel 3 hälso- och sjukvård som tillgodoser patientens hälsorelaterade behov och som ska överensstämja med de standarder som den vetenskapliga utvecklingen sätter och som ständigt ska vara föremål för kvalitetskontroll (COETSER 1 (4 April 1997)). Hälso- och sjukvården ska tillhandahållas utan diskriminering, och den ska ge alla tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. Artikel 3 i konventionen fastställer inte en rätt för en enskild patient att kräva tjänster med stöd av konventionen, men den ålägger konventionsstaterna att säkerställa lika hälso- och sjukvårdstjänster som en del av genomförandet av sin socialpolitik. Avtalet erkänner också skillnaderna mellan konventionsstaterna när det gäller tillgängliga resurser och möjliggör olika tillvägagångssätt och medel för att konkret genomföra jämlik hälso- och sjukvård.

Europeiska bioetikkonventionen innehåller skyldigheter som gäller patientens rättigheter, såsom rätten till självbestämmande, integritetsskydd och rätten till information (kapitel II och III). Konventionen anger också grundläggande skyldigheter som gäller åtgärder som rör mänskligt genom (kapitel IV), medicinsk forskning (kapitel V), organ- och vävnadstransplantation (kapitel VI) och användning av en del av människokroppen (kapitel VII).

Finland har ratificerat det till bioetikkonventionen fogade första tilläggsprotokollet om förbud mot kloning av människor (FördrS 23/2010) och det andra tilläggsprotokollet om transplantation av organ och vävnader av mänskligt ursprung (FördrS 23/2010).

## 2.4 Den offentligt finansierade social- och hälsovården

### 2.4.1 Vårdsområdets organiseringsansvar

Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) svarar vårdsområdet för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Enligt 3 § i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) ska vårdsområdena i Nyland och Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen ordna social- och hälsovården i Nyland. Styrande faktorer när tjänster ordnas med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård är bland annat jämlikhet, samspel, behovsorientering, kostnadsnyttoeffekt, verkningsfullhet och kvalitet. Syftet med lagen enligt dess 1 § är att främja och upprätthålla befolkningens hälsa och välfärd samt säkerställa jämlika, samspelta och kostnadsnyttoeffektiva social- och hälsovårdstjänster i hela landet. Enligt lagens 4 § ska vårdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna, med beaktande av befolkningens behov i vårdsområdet. Tjänsterna kan sammanföras i större helheter inom vårdsområdets område när tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunnskap eller dyra investeringar eller när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det.

I behovsbedömningen ska man beakta behoven både på befolknings- och individnivå. Den som ordnar social- och hälsovårdstjänster ska därför bedöma olika befolknings- och kundgruppers servicebehov samt jämlika tillgång till tjänster, rikta sina resurser utifrån de konstaterade behoven och förenhetliga praxis i vård och tjänster (RP 241/2020 rd, s. 610).

Enligt 11 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska vårdsområdet som en del av sin vårdsområdesstrategi utarbeta en servicestrategi för social- och hälsovården. Servicestrategin ska beakta de riksomfattande målen för social- och hälsovården<sup>11</sup>. I servicestrategin beslutar vårdsområdet om de långsiktiga målen för den social- och hälsovård som hör till dess organiseringsansvar. Dessutom ska vårdsområdet i servicestrategin ställa upp mål för hur social- och hälsovårdstjänsterna ska tillhandahållas med beaktande av behoven hos invånarna i vårdsområdet och de lokala förhållandena, tillgången till tjänster och deras tillgänglighet samt kostnadsnyttoeffektivitet (RP 241/2020 rd, s. 632). I 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs om samarbetsavtal mellan vårdsområden. Enligt 3 mom. 8 punkten i paragrafen ska vårdsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården ingå ett avtal om vårdsområdenas arbetsfördelning, samarbete och samordning vid fastställandet av de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna.

Vårdsområdena har principiellt organiseringsansvar för social- och hälsovården för sina invånare. Vårdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska med stöd av sitt organiseringsansvar enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) dessutom ge brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd till den patient som behöver det oberoende av var patienten är bosatt. I 56

---

<sup>11</sup> Riksomfattande mål för vårdsområdenas uppgifter 2025–2029, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-525-2>.

a och b § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs även om ordnande av nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster för vissa personer som vistas i ett välfärdsområde.

Enligt 12 § i socialvårdslagen (1301/2014) ska välfärdsområdet för alla som vistas där i brådskande fall ordna socialservice som baserar sig på hans eller hennes individuella behov, så att hans eller hennes rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras.

Enligt 9 § 4 mom. i lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) svarar det välfärdsområde inom vars område läroanstalten finns för ordnandet av skol- och studerandehälsovården i enlighet med vad som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

#### 2.4.2 Sjukvårdsersättningar

I 2 kap. i sjukförsäkringslagen (1224/2004) anges de allmänna principerna och förutsättningarna för sjukvårdsersättningar och erhållande av ersättning. Enligt 2 kap. 1 § i sjukförsäkringslagen får en försäkrad ersättning för av privatläkare och privata tandläkare utförd och ordinerad undersökning och vård, av munhygienister och fysioterapeuter utförd undersökning och vård, av läkare och tandläkare förskrivna läkemedel för behandling av den försäkrades sjukdom, av läkare förskrivna kliniska näringspreparat och salvbaser och av sjukskötare inom ramen för den begränsade eller tidsbegränsade förskrivningsrätten förskrivna läkemedel och salvbaser samt ersättning för resekostnader i anslutning till behandlingen av en sjukdom. Vad som i sjukförsäkringslagen bestäms om ersättning för sjukvård ska i tillämpliga delar iakttagas också i fråga om en försäkrads rätt att få ersättning för kostnader vid graviditet och förlossning.

Enligt 2 kap. 2 § i sjukförsäkringslagen har en försäkrad rätt att i fråga om det belopp som överstiger den självrisikandel som anges särskilt i denna lag 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. Enligt 2 kap. 3 § 1 mom. 10 punkten i sjukförsäkringslagen ersätts med stöd av den lagen inte sjukvårdskostnader, om kostnaderna har uppkommit för vård som inte hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen.

Det finns bestämmelser om ersättning av kostnader i gränsöverskridande situationer i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013, nedan gränslagen). Lagens 9 § föreskriver att en person får ersättning för kostnaderna för en behövlig hälso- och sjukvårdstjänst som ges i en annan EU-stat under förutsättning att den givna hälso- och sjukvårdstjänsten hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen. I ersättningsförfarandet enligt 12 § i gränslagen ingår att Folkpensionsanstalten för att utreda om kostnaderna omfattas av ersättning ska begära en bedömning av huruvida en hälso- och sjukvårdstjänst som getts i en annan EU-stat hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och av huruvida tjänsten i en motsvarande situation skulle ha getts inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland. Gränslagens 1 § 4 mom. föreskriver att vad som i 9, 12, 20 och 32 § föreskrivs om välfärdsområden tillämpas i landskapet Åland på den myndighet som svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård i landskapet.

#### 2.4.3 Utkomststöd

Enligt 1 § i lagen om utkomststöd (1412/1997) är utkomststödet en form av social trygghet som beviljas i sista hand och som tryggar en persons eller familjs nödvändiga utkomst när deras övriga inkomster och tillgångar inte räcker till för det. Stödet är behovsprövat och dess syfte är att stödja stödmottagarens möjligheter att klara sig på egen hand och förhindra marginalisering.

Folkpensionsanstalten ansvarar för det grundläggande utkomststödet. För det kompletterande eller förebyggande utkomststödet ansvarar välfärdsområdena. För att trygga brådskande och nödvändig hjälp kan välfärdsområdet i undantagsfall bevilja förebyggande utkomststöd utan att klienten först måste ansöka om grundläggande utkomststöd.

En enskild persons hälso- och sjukvård täcks av offentliga medel även när han eller hon får utkomststöd för att täcka hälso- eller sjukvårdsutgifter. Enligt 7 § i lagen om utkomststöd hör smärre hälso- och sjukvårdskostnader till de utgifter som beaktas vid beviljande av grundläggande utkomststöd och som täcks med en grunddel. Andra hälso- och sjukvårdsutgifter än de som ingår i grunddelen beaktas som övriga grundutgifter till behövt belopp enligt 7 b §. När det gäller en person som har fyllt 65 år beaktas som övriga grundutgifter dessutom självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen. Lagen om utkomststöd hänvisar inte till hälso- och sjukvårdslagens 7 a §, som gäller tjänsteutbudet, till exempel i fråga om de grundutgifter som räknas till hälso- och sjukvårdsutgifterna.

#### 2.4.4 Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter rehabilitering samt betalar rehabiliteringspenningförmåner enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005, nedan rehabiliteringslagen). På Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner tillämpas inte hälso- och sjukvårdslagen, och således inte heller bestämmelserna i den lagen om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Folkpensionsanstalten ordnar yrkesinriktad rehabilitering, krävande medicinsk rehabilitering och prövningsbaserad rehabilitering samt ersätter rehabiliterande psykoterapi. Om villkoren för beviljande är uppfyllda är det också möjligt att få rehabiliteringspenningförmån för tryggande av utkomsten under rehabiliteringstiden. En rehabiliteringspenningförmån kan beviljas även för den tid som en person beviljas rehabiliteringstjänster med stöd av någon annan lag än rehabiliteringslagen.

I 9 § i rehabiliteringslagen föreskrivs om ordnande av krävande medicinsk rehabilitering och i 10 § om innehållet i krävande medicinsk rehabilitering. Paragraferna har samband med hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser, särskilt dess 29 § (medicinsk rehabilitering) och 30 § (samarbete och hänvisning till annan rehabilitering). Ansvar för att ordna medicinsk rehabilitering är uppdelat mellan välfärdsområdet och Folkpensionsanstalten, huvudsakligen så att om det är frågan om ett högst ettårigt rehabiliteringsbehov eller om en person som har fyllt 65 år är det välfärdsområdet som har ansvaret för att ordna rehabiliteringen. I rehabiliteringslagen finns även andra villkor som måste vara uppfyllda innan en klient kan få sådan krävande medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten beviljar. Enligt 11 a § i rehabiliteringslagen ersätter Folkpensionsanstalten ändamålsenlig rehabiliterande psykoterapi för försäkrade i åldern 16–67 år i syfte att stödja eller förbättra personens arbets- eller studieförmåga, om en mental störning som konstaterats och diagnostiserats på behörigt sätt hotar hans eller hennes arbets- eller studieförmåga.

#### 2.4.5 Socialservice som ordnas av Brottsförhållningsmyndigheten

Enligt 1 kap. 3 § 3 mom. i fängelselagen ska fångarnas möjligheter att bevara sin hälsa och handlingsförmåga stödjas och de skador som orsakas av förlusten av frihet ska om möjligt förebyggas. Enligt 10 kap. 6 § i lagen ska en fånge stödjas i social rehabilitering och upprätthållandet av kontakten med nära anhöriga eller andra närstående samt handledas i skötsel av ärenden som hänför sig till boende, arbete, utkomst, sociala förmåner och sociala tjänster. Vid ordnande av social rehabilitering ska dessutom bestämmelserna i lagen om

klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) iaktas i tillämpliga delar. Brottspåföljdsmyndigheten ska för fångarna ordna verksamhet som stöder deras vardagsfärdigheter och funktionsförmåga samt social rehabilitering enligt 10 kap. 6 § i fängelselagen. På de sociala tjänster som Brottspåföljdsmyndigheten ordnar tillämpas inte socialvårdslagen. Om häktades hälso- och sjukvård finns bestämmelser med samma sakinhåll i 6 kap. 5 § i häktningsslagen (768/2005).

#### 2.4.6 Hälso- och sjukvård för fångar

Fängelselagens 1 kap. 3 § innehåller den så kallade normalitetsprincipen, enligt vilken förhållandena i fångelserna ska ordnas så att de i så hög grad som möjligt motsvarar de förhållanden som normalt råder i samhället. Hälso- och sjukvården i fångelserna ska erbjuda medicinsk vård av samma nivå som den vård som ges patienter i det civila samhället (RP 49/2015). Enligt 10 kap. 1 § 1 mom. i fängelselagen svarar enheten för hälso- och sjukvård för fångar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov. Det finns bestämmelser om denna enhet i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015). Enligt 10 kap. 1 § 5 mom. i fängelselagen ska bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) iaktas när hälso- och sjukvården ordnas. Om häktades hälso- och sjukvård finns bestämmelser med samma sakinhåll i 6 kap. 1 § i häktningsslagen. Fängelselagen och häktningsslagen innehåller ingen hänvisning till hälso- och sjukvårdslagens 7 a §, som gäller tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar skaffar tjänster av andra tjänsteleverantörer, särskilt välfärdsområdena. Till dessa tjänster hör bland annat jourtjänster, prehospital akutsjukvård, bildiagnostik och laboratorieundersökningar samt sådana tjänster inom specialiserad sjukvård som enheten inte producerar. Tjänsterna inom psykiatrisk specialiserad sjukvård producerar enheten själv.

#### 2.4.7 Statens sinnessjukhus

Det finns två statliga sinnessjukhus som är underställda Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården: Gamla Vasa sjukhus och Niuvanniemi sjukhus. Om enheternas förvaltning finns bestämmelser i lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987). Om vården på statens sinnessjukhus föreskrivs i 6 § i mentalvårdslagen (1116/1990). På statens sinnessjukhus utförs sådana sinnesundersökningar som avses i 15 §, och de vårdar mentalsjuka som det är särskilt farligt eller svårt att vårda eller vars vård det från vårdsynpunkt inte är ändamålsenligt att ordna på ett sjukhus i välfärdsområdet. Lagen om statens sinnessjukhus och mentalvårdslagen innehåller ingen hänvisning till hälso- och sjukvårdslagens 7 a §, som gäller tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården.

#### 2.4.8 Statens skolhem

Det finns fem statliga skolhemsenheter, och dessa lyder under Institutet för hälsa och välfärd. Vid skolhemmen tillhandahålls anstaltsvård enligt barnskyddslagen (417/2007) och ordnas grundläggande utbildning och utbildning som handleder för examensutbildning i enlighet med vad som föreskrivs om dessa utbildningar i lagen om grundläggande utbildning (628/1998) och lagen om utbildning som handleder för examensutbildning (1215/2020) för barn som är placerade i vård utom hemmet och som inte på ett ändamålsenligt sätt kan uppfostras och vårdas någon annanstans utom hemmet och inte heller på grund av sjukdom behöver vård som ges

någon annanstans. Till de barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd hör också fängelsets familjeavdelning, som inledde sin verksamhet 2010. Fängelsets familjeavdelning verkar i Vånå och Ojoinens fängelse och i Tavastehus fängelse. Familjeavdelningstjänsten utgör i praktiken familjearbete som tillhandahålls som en tjänst inom barnskyddets öppenvård av Kanta-Hämeen ensi- ja turvakoti ry. Det finns bestämmelser om statens skolhem och fängelsets familjeavdelning i lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd (1379/2010). Denna lag tillämpas på barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd och som enligt lagens 1 § är statens skolhem och fängelsets familjeavdelning.

I regeringens proposition RP 149/2025 rd, som gäller en totalreform av barnskyddslagstiftningen, föreslås att det stiftas en ny lag om Statens barnskyddsanstalt och om skolan i anslutning till den. Denna lag ska upphäva den nuvarande lagen om barnskyddsenheter som lyder under Institutet för hälsa och välfärd. I 4 § 1 mom. i den föreslagna lagen ska det föreskrivas om Statens barnskyddsanstalts uppgift som producent av anstaltstjänster enligt barnskyddslagen samt av grundläggande utbildning och utbildning enligt lagen om utbildning som handleder för examensutbildning, och i 5 § 2 mom. ska det föreskrivas om uppgiften att producera fängelsets familjeavdelningstjänst. Dessutom föreslås ändringar i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023, nedan tillsynslagen) i syfte att förtydliga barnskyddsanstaltens ställning som tjänsteproducent. De föreslagna ändringarna förtydligar producentställningen för de statliga skolhemmen, i framtiden Statens barnskyddsanstalt, i förhållande till välfärdsområdets ställning som anordnare av barnskyddet.

Eftersom de tjänster som produceras av de statliga skolhemmen och fängelsets familjeavdelning omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar tillämpas på tjänsterna den social- och hälsovårdslagstiftning som gäller välfärdsområdet.

#### 2.4.9 Studerandehälsovården för högskolestuderande

Om anordnande, produktion och finansiering av studerandehälsovård för högskolestuderande föreskrivs i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019). Enligt 3 § 1 mom. i denna lag avses med studerandehälsovård sådan studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. I lagens 3 § 2 mom. hänvisas dessutom till de bestämmelser om innehållet i studerandehälsovården som har utfärdats med stöd av 23 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagens 6 § svarar Folkpensionsanstalten för ordnandet av studerandehälsovård för högskolestuderande och enligt 8 § produceras tjänsterna av Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS). I lagens 4 § 2 mom. föreskrivs det att vid produktion av tjänster som avses i lagen ska iakttas vad som i allmän lagstiftning och speciallagstiftning om social- och hälsovård föreskrivs om hälso- och sjukvårdstjänster. Det har tolkats så att hänvisningen avser de allmänna lagar om hälso- och sjukvården som tillämpas på privata tjänsteproducenter inom hälso- och sjukvården. Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande innehåller ingen hänvisning till hälso- och sjukvårdslagens 7 a §, som gäller tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården.

#### 2.4.10 Mottagningstjänster för personer som söker internationellt skydd, personer som får tillfälligt skydd och offer för människohandel

Enligt 25 § 1 mom. i lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011, mottagningslagen) har personer som söker internationellt skydd, får tillfälligt skydd eller är offer för människohandel och som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland rätt till socialservice enligt 14 § i socialvårdslagen, om en yrkesutbildad person inom socialvården har bedömt det

vara nödvändigt för dessa personer att få socialservice under den tid som de har rätt till mottagningstjänster eller är upptagna i hjälpsystemet. I 25 § 2 mom. i mottagningslagen föreskrivs att det sociala arbete som avses i 15 § i socialvårdslagen och den sociala handledning som avses i 16 § i socialvårdslagen utförs vid förläggningen av yrkesutbildade personer inom socialvården. I övrigt tillämpas inte socialvårdslagen på mottagningstjänsterna.

Enligt 26 § 1 mom. i mottagningslagen har personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland rätt till hälso- och sjukvårdstjänster i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen samt rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga. Enligt 26 § 2 mom. i mottagningslagen ska personer som får tillfälligt skydd eller barn som söker internationellt skydd samt offer för människohandel som är barn och inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland få hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. Dessutom har en utlänning som tagits i förvar enligt 13 § 1 mom. i lagen om bemötande av utlänningar som tagits i förvar och om förvarsheter (116/2002, nedan förvarslagen) rätt till nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster.

I en regeringsproposition som är under beredning och som gäller genomförande av de rättsakter som bildar EU:s migrations- och asylpakt föreslås att 26 § 2 mom. i mottagningslagen ändras så att barn som söker internationellt skydd och barn som får tillfälligt skydd samt offer för människohandel som är barn och som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland ska tillhandahållas hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som invånarna i välfärdsområdena. Vuxna som får tillfälligt skydd kommer därmed att uteslutas ur den grupp som får hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som invånarna i välfärdsområdena.

Enligt 13 § i mottagningslagen ordnas mottagningstjänsterna av den förläggning där den som söker internationellt skydd eller får tillfälligt skydd registreras som klient. Enligt 38 b § i mottagningslagen svarar förläggningen i Joutseno för ordnandet av hjälpinsatser till offer för människohandel som inte har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun i Finland. Det föreslås att 13 § 1 mom. i mottagningslagen ändras i samband med genomförandet av de rättsakter som bildar EU:s migrations- och asylpakt på nedan angivna sätt. De som söker internationellt skydd och de som får tillfälligt skydd ska få mottagningstjänster via den förläggning där de är registrerade som kunder. Tjänsterna kan tillhandahållas av förläggningen, eller så kan förläggningen eller Migrationsverket skaffa dem hos välfärdsområdet eller någon annan offentlig eller privata tjänsteproducenter på det sätt som särskilt avtalas. I den aktuella regeringspropositionen föreslås också att det till hälso- och sjukvårdslagen fogas en ny 72 a § med bestämmelser om skyldigheten för välfärdsområdena, HUS-sammanslutningen och Migrationsverket att avtala om produktionen av hälso- och sjukvårdstjänsterna enligt 26 § i mottagningslagen och 13 § i förvarslagen.

På hälso- och sjukvårdstjänsterna enligt mottagningslagen tillämpas i princip inte hälso- och sjukvårdslagens 7 a §, som gäller tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Men målet bör vara att de personer som avses i 26 § 2 mom. i mottagningslagen och som tillhandahålls hälso- och sjukvårdstjänster på samma grund som invånarna i välfärdsområdet har samma tjänsteutbud som de som omfattas av den övriga offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Detta kan man uppnå genom att till exempel iaktta rekommendationerna från tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården.

I praktiken skaffar förläggningarna ofta de ovan avsedda hälso- och sjukvårdstjänsterna hos en privat tjänsteproducent eller det välfärdsområde på vars område förläggningen är belägen.

#### 2.4.11 Hälso- och sjukvård som försvarsmakten ordnar

Enligt 3 § i lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) ansvarar försvarsmakten för hälsovården för dem som med stöd av värnpliktslagen (452/1950) och lagen om frivillig militärtjänst för kvinnor (194/1995) tjänstgör inom försvarsmakten och gränsbevakningsväsendet under deras tjänstgöringstid samt för sådana studerande som ska utbildas för militära tjänster. Ansvar för att ordna sjukvård för de personer som avses i 1 mom. begränsar sig till situationer där en sjukdom, skada eller lyte har yppat sig, konstaterats eller förvärrats under tjänstgöringen eller där det är fråga om sjukdom, skada eller lyte som påkallar behandling eller vård och som har konstaterats när den som vården gäller trätt i tjänst, men som inte hindrat att han godkänts för tjänstgöring.

I praktiken skaffar försvarsmakten många av de ovan avsedda hälso- och sjukvårdstjänsterna hos det välfärdsområde på vars område garnisonen är belägen. Hälso- och sjukvårdslagens 7 a § om tjänsteutbudet tillämpas inte på hälso- och sjukvård som omfattas av Försvarsmaktens organiseringsansvar. Enligt 71 § i hälso- och sjukvårdslagen kan välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen avtala med Försvarsmakten om tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för personer vars hälso- och sjukvård Försvarsmakten ansvarar för. Undersökningar och vård enligt avtalet, med undantag för brådskande vård, kan tillhandahållas de personer vars hälso- och sjukvård Försvarsmakten ansvarar för på andra grunder och snabbare än den service som tillhandahålls för invånarna i välfärdsområdet, såvida inte ingåendet av ett avtal och tillhandahållandet av tjänster enligt avtalet äventyrar fullgörandet av välfärdsområdets uppgifter.

#### **2.5 Hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården**

I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) finns bestämmelser om tillhandahållandet av och innehållet i den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen är skyldiga att ordna, om inte något annat föreskrivs i någon annan lag. Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Enligt 2 § är lagens syfte bland annat att främja och upprätthålla befolkningens hälsa, välfärd, arbets- och funktionsförmåga och sociala trygghet, att minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna, att sörja för lika tillgång, kvalitet och patientsäkerhet när det gäller den service som befolkningen behöver, att öka klientorienteringen i hälso- och sjukvårdstjänsterna och att förbättra samarbetet mellan aktörerna.

Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Verksamheten ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt 24 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården genomföras med beaktande av patientens behov av medicinsk eller odontologisk behandling och i enlighet med de enhetliga grunderna för vård. Enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen ska social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd göra upp de enhetliga grunderna för vård.

Bestämmelser om tjänsteutbudet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården infördes 2013 i hälso- och sjukvårdslagen i samband med det nationella genomförandet av Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (nedan patientrörlighetsdirektivet). Att bestämma tjänsteutbudet är ett i patientrörlighetsdirektivet tillåtet sätt för medlemsstaterna att begränsa ersättningskyldigheten enligt direktivet. Om tjänsteutbudet inom den finländska hälso- och sjukvården inte hade definierats, hade detta utbud i ljuset av EU-domstolens rättspraxis ansetts

inbegripa vård eller behandlingar som inte skulle ha getts eller ersatts med offentliga medel i Finland (RP 103/2013 s. 6 och 40). Därför fogades till hälso- och sjukvårdslagen nya 7 a och 78 a §, och de sjukvårdsersättningar som betalas enligt sjukvårdslagen bands till tjänsteutbudet.

I 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Enligt paragrafens 1 mom. omfattar tjänsteutbudet medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering. Enligt 2 mom. omfattar tjänsteutbudet dock inte sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder och undersökningar eller sådan vård, behandling och rehabilitering som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås eller vars effekt är liten och vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås och det terapeutiska värdet. Enligt 3 mom. kan en patient undersökas och behandlas med en medicinsk eller odontologisk undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om det är medicinskt nödvändigt på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen. Bestämmelsen ska tillämpas endast i undantagsfall, så att hälso- och sjukvårdspersonalens prövningsrätt i ett enskilt fall inte ska vara för begränsad, t.ex. i en situation där patientens liv är direkt hotat (RP 103/2013 rd, s. 92).

I 78 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården. Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården verkar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet och har i uppgift att följa upp och bedöma tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården och att lämna rekommendationer om vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder, undersökningar samt vård- och rehabiliteringsmetoder som ska hör till eller uteslutas ur tjänsteutbudet. I sina rekommendationer ska rådet beakta forskningsrön och annan evidens från olika områden samt etiska frågor inom hälso- och sjukvården och frågor som gäller ordnandet av hälso- och sjukvården.

Enligt 1 § i statsrådets förordning om tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (63/2014) har tjänsteutbudsrådet utöver det som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen i uppgift att på Folkpensionsanstaltens och andra myndigheters begäran ge utlåtanden om tolkningen och tillämpningen av tjänsteutbudet samt om principerna för hur utbudet ska bestämmas, delta i den offentliga debatten och i det samarbete som gäller ämnet, att följa den internationella utvecklingen och att delta i det internationella samarbete som gäller ämnet samt att behandla övriga ärenden som social- och hälsovårdsministeriet anvisat rådet.

I samband med att bestämmelser infördes om tjänsteutbudet och tjänsteutbudsrådets befogenheter, föreslogs det (RP 103/2013) att tjänsteutbudsrådet skulle meddela bindande beslut om tjänsteutbudets innehåll. Grundlagsutskottet ansåg i sitt utlåtande att propositionen inte kunde behandlas i vanlig lagstiftningsordning utan flera ändringar i lagförslaget (GrUU 30/2013 rd).

En central iakttagelse som grundlagsutskottet gjorde när det gäller bestämmandet av tjänsteutbudet var att kriterierna för inkludering i tjänsteutbudet borde ha bestämts betydligt exaktare och att de kriterier för besluten om tjänsteutbudet var mycket generella i propositionen och gav därmed tjänsteutbudsrådet alltför stor prövningsrätt vid bestämmande av tjänsteutbudet. Å andra sidan konstaterade utskottet att det med avseende på jämlikheten är positivt att hela landet i och med tjänsteutbudet kommer att ha ett samordnat tjänsteutbud (GrUU 30/2013 s. 4).

Social- och hälsovårdsutskottet föreslog att lagförslagen skulle ändras så att rådet i stället för bindande beslut skulle lämna nationella rekommendationer (ShUB 23/2013 rd).

Enligt riksdagens justitieombudsmans praxis vid laglighetstillsynen är förbudet mot diskriminering vid vårdbeslut en rättvisefråga inom hälso- och sjukvården som är av yttersta vikt med hänsyn till respekten för de grundläggande rättigheterna. Enligt avgörandena är den enda urvalsgrund som lagen tillåter i enskilda vårdbeslut sådana som gäller sjukdomen, vårdbehovet och vårdens verkningsfullhet. Tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster bör utgå från ett medicinskt motiverat vårdbehov som grundar sig på patientens hälsotillstånd (EOA 24.1.2013, Dnr 1863/4/11). Justitieombudsmannen har i avgöranden som gällt riktlinjer och anvisningar antagna av anordnare av hälso- och sjukvård konsekvent betonat skyldigheten att fatta vårdbeslut med patientens individuella behov som utgångspunkt (t.ex. EOAK 30.3.2011 Dnr 2823/2009; EOAK 1.4.2020, Dnr 067/2019). I ett avgörande från tiden innan bestämmelserna om tjänsteutbudet infördes ansåg justitieombudsmannen i ett avgörande som gällde ordnande av enzymersättningsbehandling för Fabrys sjukdom (EOA 9.2.2005, Dnr 921/4/04) att ett sjukhus hade gått lagstridigt till väga när det i brist på resurser hade beslutat att avsluta behandlingen kategoriskt för alla patienter.

I 2 kap. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, patientlagen) finns bestämmelser om patientens rättigheter. Patientlagen ska tillämpas i både offentliga och privata hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt 3 § i patientlagen har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. En patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet enligt sitt individuella vårdbehov. Patientens vård ska ordnas och patienten bemötas så att patientens människovärde inte kränks och att patientens övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål, individuella behov samt den kultur som han företräder ska i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.

I 6 § i patientlagen finns det bestämmelser om patientens självbestämmanderätt. Vården eller behandlingen ska ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Enligt 8 § i patientlagen ska patienten beredas den vård som behövs för avvärjande av fara som hotar hans eller hennes liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Har patienten tidigare på ett giltigt sätt uttryckt sin bestämda vilja i fråga om vården, får patienten dock inte ges vård som strider mot denna viljeförklaring.

Att medicinskt bedöma vilken vård eller behandling en patients hälsotillstånd förutsätter är i sista hand en uppgift för en läkare. Enligt 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) beslutar legitimerade läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. I 15 § i lagen föreskrivs om de yrkesetiska skyldigheter som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har. I paragrafen anges att målet för yrkesutövningen i fråga om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som han eller hon hela tiden ska försöka komplettera. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter som yrkesutövningen medför för patienten. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska alltid hjälpa den som är i brådskande behov av vård.

## 2.6 Innehållsstyrningen av hälso- och sjukvård och bedömningen av hälso- och sjukvårdens metoder

Med innehållsstyrning av hälso- och sjukvården avses enligt en utredning av Samuli Saarni<sup>12</sup> ledning och styrning av metodval samt tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och säkerhet. Lagstiftningen innehåller endast några allmänna bestämmelser om innehållsstyrning av hälso- och sjukvård, som exempel kan nämnas de enhetliga grunderna för vård.

Endast en liten del av tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården bestäms detaljerat i lag. Genom lagstiftning bestäms bland annat om screening och vacciner som hör till det offentligt finansierade tjänsteutbudet, om användning av strålning i medicinskt syfte inom hälso- och sjukvården och om ersättningen av mediciner som används inom öppenvården enligt sjukförsäkringslagen.

Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården bestäms huvudsakligen på andra sätt än genom lagstiftning. Beslutsfattandet om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården och utfärdandet av rekommendationer om utbudet är i Finland fördelat på flera nivåer och aktörer. Oavsett om det är fråga om en rekommendation, en anvisning eller ett annat beslut följs i princip de riktlinjer om hälso- och sjukvårdens innehåll som utfärdats av olika aktörer nationellt och i servicesystemet ganska heltäckande inom det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet och i det patientarbete som utförs av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Rekommendationerna, som tagits fram genom systematiska förfaranden och baserat på mångvetenskapliga forskningsrön och yrkeserfarenheter, uppfattas i servicesystemet och av enskilda anställda som godtagbara, vilket säkerställer att de följs.

Enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen leder social- och hälsovårdsministeriet arbetet med att genomföra de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk eller odontologisk vård. Ministeriet utarbetar tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd de enhetliga grunderna för vård. Institutet för hälsa och välfärd följer och bedömer hur grunderna tillämpas i välfärdsområdena. De olika aktörerna inom välfärdsområdet ska tillsammans övervaka att de enhetliga grunderna för vården tillämpas. Social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat enhetliga grunder för icke-brådskande vård<sup>13</sup> samt för brådskande vård för vuxna<sup>14</sup> och för barn<sup>15</sup>. Det har i praktiken visat sig vara omöjligt att utfärda detaljerade, enhetliga grunder för vården inom alla hälso- och sjukvårdstjänster. De gällande grunderna har därför fokuserat på styrning av förfarandena i samband med remisser och hänvisning till vård och på den specialiserade sjukvården. Enligt lagens tillämpningsområde gäller de enhetliga grunderna för vård den hälso- och sjukvård som ordnas av välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.

---

<sup>12</sup> Saarni, Samuli. Utveckling av innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården i välfärdsområdesstrukturen. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:19, på finska, med presentationsblad på svenska.

<sup>13</sup> Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2019. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2019:22. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4107-6>

<sup>14</sup> Nationella enhetliga grunder för brådskande vård för vuxna. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:19, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>

<sup>15</sup> Nationella enhetliga grunder för brådskande vård för barn. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:18, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5437-3>

Välfärdsområdenas beslutsfattande om tjänsteutbudet styrs genom de rekommendationer som utfärdas av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko), som det föreskrivs om i 78 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Den rättsliga grunden för Palko beskrivs närmare i 2.5. Tjänsteutbudsrådet ger rekommendationer om alla nya sjukhusläkemedel som Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) bedömt, men annars täcker rekommendationerna bara en liten del av hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten stöds också av kliniska vård- och behandlingsrekommendationer, som delvis är offentligt finansierade. Dessa tillhandahåller aktörerna i servicesystemet och enskilda yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården oberoende evidensbaserade riktlinjer för enskilda sjukdomsgrupper och metoder. Vård- och behandlingsrekommendationerna används vid diagnos, vård, behandling och prevention av sjukdomar samt i rutiner och förfaranden inom hälso- och sjukvården. Till exempel Läkarsällskapet Duodecim publicerar rekommendationerna God medicinsk praxis och Avstå klokt och Stiftelsen för vårdforskning publicerar de så kallade Hotus-vårdrekommendationerna®. De kliniska vård- och behandlingsrekommendationerna iaktas i stor utsträckning inom både offentlig och privat hälso- och sjukvård, och de uppfattas allmänt vara godtagbara. För patienterna publiceras egna versioner av rekommendationerna.

Regionala och lokala anvisningar som gäller det innehållsmässiga genomförandet av hälso- och sjukvården, rutiner och vårdkedjor ges också i välfärdsområdena och på samarbetsområdesnivå inom ramen för lagstiftningen och de nationella rekommendationerna. Dessutom kan till exempel föreningar inom specialområden utfärda rekommendationer eller konsensusutlåtanden om sitt område.

I 57 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om den ansvariga läkarens ansvar att leda och övervaka hälsovården och sjukvården vid verksamhetsenheten. Den ansvariga läkaren har i praktiken en central roll i innehållsstyrningen av hälso- och sjukvården inom välfärdsområdet och när tjänsteutbudet tillämpas och anvisningar ges om utbudet i den egna verksamhetsenheten.

För beslutsfattandet om tjänsteutbudet och för utfärdandet av rekommendationer behövs bedömning av metoder inom hälso- och sjukvården (health technology assessment, HTA). Det handlar om en systematisk, mångvetenskaplig metod för evidensbaserad bedömning av till exempel verkningsfullhet, säkerhet och kostnadsnyttoeffekt för vård, behandlingar, läkemedel, medicintekniska apparater, screeningar och tjänster.

I tidigare utredningar har man identifierat utmaningar i bedömningen och införandet av metoder inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 1.1). Till dessa hör bland annat att bedömningen och införandet av metoder varierar, att bedömningen av metoder inte är systematisk och heltäckande, att rekommendationer som påverkar tjänsteutbudet ges av många aktörer och att grunderna för rekommendationerna eller kriterierna för utarbetandet av dem är oenhetliga. Dessutom har det identifierats behov av att förtydliga och utvärdera rollerna för de organisationer som utför innehållsstyrning på nationell nivå.

På nationell nivå bedöms metoder inom hälso- och sjukvården av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården, Institutet för hälsa och välfärd, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea), Läkemedelsprisnämnden, Folkpensionsanstalten, Strålsäkerhetscentralen och Institutet för hälsa och välfärd. I välfärdsområdena utförs bedömningar av HTA-koordineringsenheten (FinCCHTA) och av välfärdsområdenas bedömningsnätverk som består av överläkare.

Social- och hälsovårdsministeriet har nyligen beställt utredningar för att utveckla bedömningen av hälso- och sjukvårdsmetoder. Av utredningsarbetets tre helheter har två publicerats: en utredning om de aktörer som baserat på lagstiftning bedömer metoder inom hälso- och sjukvården i Finland samt om deras kompetens, resurser, funktioner och processer<sup>16</sup> och en utredning om hur HTA-funktioner har organiserats i internationella jämförelseländer<sup>17</sup>. Den tredje delen, som gäller alternativa förslag till en organiseringsmodell för bedömningen av metoder inom Finlands hälso- och sjukvård och för beslutsfattandet om ibruktagande av metoder, publiceras i början av 2026. På grundval av utredningsarbetet ska det bestämmas genom vilka lagstiftnings- eller styrningsåtgärder bedömningen av metoder ska utvecklas i framtiden.

## 2.7 Den allmänna lagstiftningen om socialvården

I socialvårdslagen (1301/2014) föreskrivs det om socialservice som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Sociala tjänster ordnas primärt som sådan allmän socialservice som avses i lagen. De allmänna bestämmelserna i socialvårdslagen tillämpas i fråga om alla sociala tjänster i välfärdsområdena, inklusive service som ordnas och genomförs med stöd av speciallagstiftning. Det centrala målet när socialvårdslagen stiftades var bland annat att främja en jämlik tillgång till socialvården och att flytta tyngdpunkten inom socialvården från korrigerande åtgärder till främjande av välfärd och tidigt stöd (RP 164/2014 rd, s. 85).

Syftet med socialvårdslagen är enligt dess 1 § att 1) främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, 2) minska ojämlikhet och främja delaktighet, 3) på lika grunder trygga behövlig, tillräcklig och högklassig socialservice samt andra åtgärder som främjar välfärden, 4) främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården, 5) förbättra samarbetet mellan välfärdsområdets social- och hälsovård och kommunens olika sektorer samt andra aktörer för att de mål som avses i 1–4 punkten ska nås. Ordlandet av socialservice baserar sig på de stödbehov som avses i 11 § i socialvårdslagen. I lagens 14 § föreskrivs om socialservice som tillgodoser dessa stödbehov. Förutom de former av socialservice som nämns i förteckningen i 1 mom. kan välfärdsområdet ordna även annan socialservice som tillgodoser behoven hos områdets befolkning. Närmare bestämmelser om den service enligt socialvårdslagen som välfärdsområdena är skyldiga att ordna finns i socialvårdslagens 3 kap. och om välfärdsområdets uppgifter för främjande av välfärd i lagens 2 kap. Om den socialservice som omfattas av socialvårdens organiseringsansvar föreskrivs också i de speciallagar som räknas upp i 14 § i socialvårdslagen. I den gällande lagstiftningen föreskrivs i regel inte om vilka metoder, förfaranden eller arbetsformer som ska användas i socialservicen eller om principerna för beslutsfattande och prioritering i fråga om dessa.

Klientens intresse är den primära principen när socialservice ordnas och tillhandahålls samt i klientprocessen inom socialvården. I 4 § i socialvårdslagen föreskrivs närmare om vad en yrkesutbildad person inom socialvården ska beakta i sitt arbete för att klientens intresse ska tillgodoses. Dessutom ska man enligt 5 § i socialvårdslagen i alla socialvårdsåtgärder som gäller

---

<sup>16</sup> Organ som utvärderar metoder inom hälso- och sjukvården i Finland. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:22, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5674-2>.

<sup>17</sup> Internationella exempel för utvecklingen av det finländska HTA-systemet. Aktörsstruktur, processer och beslutsfattande. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:37, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6008-4>.

barn i första hand barnets intresse beaktas. När det gäller barn ska utöver det som nämns i 4 § dessutom särskild vikt läggas vid de frågor som nämns i 5 §.

Om klienternas rättigheter inom socialvården föreskrivs också i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan klientlagen). Enligt 4 § i klientlagen har en klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras. När socialvård lämnas ska klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund beaktas. Enligt 8 § i klientlagen ska man när socialvård lämnas i första hand beakta klientens önskemål och åsikt och även i övrigt respektera klientens självbestämmanderätt. Klienten ska ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Detsamma gäller andra åtgärder som ansluter sig till den socialvård som ges klienten. Klientens sak ska behandlas och avgöras med hänsyn i första hand till klientens intresse.

Enligt 49 a § 1 mom. i socialvårdslagen ska välfärdsområdet för uppgifter inom verkställigheten av socialvården ha ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet. I 4 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) föreskrivs om dessa personers yrkesetiska skyldigheter. Målet för yrkesutövningen av en yrkesutbildad person inom socialvården är att främja social funktionsförmåga, jämlikhet och delaktighet, förebygga marginalisering och öka välfärden. En yrkesutbildad person inom socialvården är skyldig att i sin yrkesutövning iakttä det som föreskrivs om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och behandlingen av klientuppgifter. I 9 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården föreskrivs om särskilda skyldigheter för socialarbetare. En socialarbetare ansvarar för den yrkesmässiga ledningen av det sociala arbetet, för det sociala klient- och sakkunnigarbete som svarar mot individens, familjens eller gemenskapens behov av socialt stöd och service samt för uppföljningen och bedömningen av effekterna av detta arbete.

I socialvårdens speciallagstiftning, till exempel lagen om funktionshindarservice (675/2023), lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012, nedan äldreservicelagen) samt barnskyddslagen (417/2007) föreskrivs närmare om principerna för hur servicen ska ordnas och tillhandahållas för den klientgrupp som avses i respektive lag. I speciallagstiftning finns också bestämmelser om service som beviljas som subjektiv rättighet.

Organiseringen och tillhandahållandet av socialvård styrs inte bara av lagstiftning utan även av de rättsprinciper inom socialvården som identifierats i lagstiftningen och den juridiska litteraturen om socialvård. I lagstiftningen om socialvård är rättsprinciperna närvarande särskilt i socialvårdslagens och klientlagens bestämmelser om bemötandet av klienter och tillgodoseendet av deras behov. Förutom beredningsunderlaget och den juridiska litteraturen är rättsprinciperna inom socialvården viktiga juridiska källor vid tolkning av lagstiftningen om socialvård.

Tuori och Kotkas har grupperat rättsprinciperna inom socialvården på följande sätt:<sup>18</sup>:

---

<sup>18</sup> Tuori, Kaarlo ja Kotkas, Toomas, Sosiaalioikeus 2023.

1. förbud mot extensiv tolkning när beslut fattas om åtgärder oberoende av klientens vilja eller om övervakning av mottagare av förmåner
2. vid beslut om förmåner prioriteras en tolkning som är positiv för sökandena
3. behovsprincipen
4. klientens självbestämmanderätt och deltagande
5. respekt för klientens integritet
6. allmän socialservice prioriteras
7. klientens initiativkraft främjas
8. deltagande och påverkan på gruppnivå
9. konfidentialitet.

Rättsprinciperna inom socialvården är betydelsefulla med tanke på inriktningen och prioriteringen av servicens innehåll dels direkt baserat på principernas innehåll, dels genom principernas inverkan på bemötandet av klienterna och individuella beslut. Till exempel behovsprincipen styr resursfördelningen på policynivå, men också det individuella beslutsfattandet och den faktiska verksamheten i klientarbetet. Enligt denna princip bör sociala förmåner och tjänster skapas för och beviljas dem som har störst behov av dem. Principen om att allmän socialservice ska prioriteras hör i sin tur samman med både ändamålsenlighet i arbetsfördelningen och undvikande av en potentiell stigmatisering.

Principen om klientens självbestämmanderätt och deltagande samt integritetsprincipen hör framför allt samman med säkerställande av ett gott bemötande och med klienternas rätt att delta i planeringen och genomförandet av socialvårdstjänster och andra åtgärder som berör dem. Dessa principer påverkar även på den nivå där service organiseras och servicens innehåll bestäms. För det första måste välfärdsområdet organisera socialvårdstjänsterna på ett sådant sätt att klientens rättigheter och de ovannämnda principerna kan förverkligas i tjänsterna. Dessutom bestämmer principen om självbestämmanderätt och deltagande samt integritetsprincipen de innehållsmässiga målen för socialvårdstjänsterna, tillsammans med behovsprincipen och principen om att klientens initiativkraft ska främjas. Principen om deltagande och påverkan på gruppnivå i sin tur kräver att klienternas egna tolkningar av behov och deras önskemål beaktas på gruppnivå, till exempel vid planering och genomförande av socialvård.<sup>19</sup>

## **2.8 Tillsynen över social- och hälsovården**

Lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023, nedan tillsynslagen) föreskriver om tillsynen över statens, välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens ordnande av social- och hälsovården och Folkpensionsanstaltens ordnande av studerandehälsovård för högskolestuderande och rehabiliteringstjänster samt om tillsynen över social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls offentligt eller i privaträttslig form. I lagens 10 § finns bestämmelser bland annat om krav på servicens kvalitet, om sakkunskap som krävs vid ledning av verksamheten och om ansvarspersoner för ledningen och övervakningen av

---

<sup>19</sup> Tuori & Kotkas, s. 195–205.

tjänsteverksamheten. I 4 kap. i tillsynslagen föreskrivs om egenkontroll, bland annat om tjänsteansordnarens egenkontroll, om tjänsteansordnarens skyldighet att styra och övervaka, om övervakningen av att de avtal som ingåtts med tjänsteproducenter iakttas och om förfarandet för att avhjälpa missförhållanden och brister.

Från och med ingången av 2026 ansvarar Tillstånds- och tillsynsverket för övervakningen av att social- och hälsovården ordnas och produceras lagenligt. Enligt 32 § i tillsynslagen övervakar Tillstånds- och tillsynsverket lagenligheten i ordnandet och produktionen av socialservice och hälso- och sjukvårdstjänster och utövar styrning i samband med den.

## **2.9 Diskrimineringslagen**

Syftet med diskrimineringslagen (1325/2014) är att främja likabehandling och förebygga diskriminering samt att effektivisera rättssäkerheten för den som utsatts för diskriminering. Lagen ska tillämpas på såväl offentlig som privat verksamhet, dock inte på verksamhet som hör till privatlivet eller familjelivet och inte heller på religionsutövning.

Diskrimineringslagen förbjuder diskriminering. Diskrimineringsskyddet enligt 8 § är lika oberoende av om diskrimineringen grundar sig på ålder, ursprung, nationalitet, språk, religion, övertygelse, åsikt, politisk verksamhet, fackföreningsverksamhet, familjeförhållanden, hälsotillstånd, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Diskriminering är förbjuden oberoende av om den grundar sig på ett faktum eller ett antagande i fråga om personen själv eller någon annan. Diskriminering som avses i diskrimineringslagen är förutom direkt och indirekt diskriminering även trakasserier, vägran att göra rimliga anpassningar samt instruktioner eller befallningar att diskriminera. Lagens 9 § föreskriver om positiv särbehandling. Enligt den är sådan proportionerlig särbehandling som syftar till att främja faktisk likabehandling eller att förhindra eller undanröja olägenheter som beror på diskriminering inte diskriminering. Dessutom föreskriver 11 § 1 mom. att särbehandling inte är diskriminering, om behandlingen föranleds av lag och annars har ett godtagbart syfte och medlen för att uppnå detta syfte är proportionerliga.

Enligt 5 § i diskrimineringslagen har alla myndigheter skyldighet att främja likabehandling i sin egen verksamhet. Myndigheterna ska bedöma hur likabehandling i övrigt uppnås i deras verksamhet och vidta de åtgärder som behövs för att främja likabehandling. De främjande åtgärderna ska vara effektiva, ändamålsenliga och proportionerliga med beaktande av myndighetens verksamhetsmiljö, resurser och övriga omständigheter. De främjande åtgärderna kan också vara åtgärder för att upptäcka eller förhindra diskriminering. Även positiv särbehandling kan vara en främjande åtgärd. Myndigheterna ska också ha en plan för de åtgärder som behövs för att främja likabehandling. Skyldigheten gäller alla diskrimineringsgrunder.

Enligt 15 § i diskrimineringslagen ska myndigheter, utbildningsanordnare, arbetsgivare och de som tillhandahåller varor eller tjänster göra sådana ändamålsenliga och rimliga anpassningar som behövs i det enskilda fallet för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att på lika villkor som andra använda myndigheters tjänster samt att få utbildning och arbete samt varor och tjänster som tillhandahålls allmänheten och att klara av sina arbetsuppgifter och avancera i arbetet. Beroende på situationen ska man inom social- och hälsovården således göra de rimliga anpassningar som avses i 15 § för att tillhandahålla tjänster för personer med funktionsnedsättning.

Efterlevnaden av lagen övervakas av diskrimineringsombudsmannen, diskriminerings- och jämställdhetsnämnden samt arbetarskyddsmyndigheterna. För diskriminering kan man i tingsrätten yrka på gottgörelse.

## **2.10 Lagstiftningen om språkliga rättigheter inom social- och hälsovården**

I 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns bestämmelser om servicespråk och i språklagen om exempelvis kundens rätt att använda sitt eget språk och bli hörd och om rätten till tolkning. I 5 § föreskrivs om de tvåspråkiga välfärdsområdenas skyldighet att ordna social- och hälsovård på både finska och svenska och om kundens rätt att använda samiska i tjänster som produceras i samernas hembygdsområde och i vissa andra tjänster i Lapplands välfärdsområde. Om social- eller hälsovårdspersonalen inte behärskar ett teckenspråk eller ett annat språk som kunden använder eller om kunden på grund av en funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska man enligt 5 § 3 mom. vid tillhandahållandet av tjänster utöver vad som föreskrivs i 1 och 2 mom. ordna tolkning och anskaffa en tolk i den mån det är möjligt.

Enligt 4 § 2 mom. i klientlagen ska klientens modersmål och kulturella bakgrund beaktas när socialvård lämnas. Den språkliga och kulturella bakgrunden för svenskspråkiga, samer, teckenspråkiga, personer med romsk bakgrund och i mån av möjlighet även andra personer ska inom socialvården beaktas i serviceprocessens olika faser.

I språklagen (423/2003) föreskrivs om vars och ens rätt att hos domstolar och andra myndigheter använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska. Syftet med denna lag är att vars och ens rätt till rättvis rättegång och god förvaltning garanteras oberoende av språket samt att individens språkliga rättigheter förverkligas utan att han eller hon särskilt behöver begära det. Lagen tillämpas hos domstolar och andra statliga myndigheter, välfärdsområdenas och välfärdssammanlutningarnas myndigheter, kommunala myndigheter, självständiga offentligrättsliga inrättningar, riksdagens ämbetsverk och republikens presidents kansli, om inte något annat föreskrivs särskilt. I 25 § i språklagen föreskrivs om enskildas skyldighet att ge språklig service. När en offentlig förvaltningsuppgift genom lag eller med stöd av lag hör till en enskild, gäller för denne i uppdraget det som i denna lag sägs om myndigheter.

Teckenspråkslagen (359/2015) föreskriver om främjande av förverkligandet av de språkliga rättigheterna för dem som använder teckenspråk. De språkliga rättigheterna för personer som använder teckenspråk har tryggats i grundlagen, men mer detaljerade bestämmelser finns i lagstiftningen inom olika förvaltningsområden. Syftet är att myndigheterna beaktar de teckenspråkiga vid lagberedning och i praktiskt beslutsfattande samt främjar de teckenspråkigas möjligheter att använda sitt eget språk och få information på det. Kärngruppen av dem som använder teckenspråk består av döva och svårt hörselskadade personer som använder teckenspråk som modersmål. Teckenspråk ska dock anses vara en persons modersmål även då åtminstone någondera av föräldrarna eller någon av de äldre syskonen är teckenspråkig och teckenspråk har använts med barnet sedan födseln. Teckenspråkslagen gäller Finlands nationella teckenspråk, det vill säga det finska och det finlandssvenska teckenspråket.

## **2.11 Prioriteringen inom social- och hälsovården**

Med prioritering avses inom social- och hälsovården prioritering av åtgärder, tjänster, metoder och arbetsformer i en situation där de tillgängliga resurserna är begränsade. Vid prioritering görs en bedömning med avseende på behovet och tjänsters, metoders och arbetsformers verkningsfullhet samt tillgängliga resurser. Syftet med prioriteringen är att säkerställa att offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster inriktas så att de ger bästa möjliga hälso- och välfärd fördelar för befolkningen på ett rättvist och jämlikt sätt. Ett centralt mål med prioriteringen är att säkerställa att de tillräckliga social- och hälsovårdstjänsterna enligt grundlagen tillhandahålls och att förhindra ökad ojämlikhet inom befolkningen, mellan klientgrupper eller mellan regioner.

Prioritering innebär inte att människor eller klient- och patientgrupper placeras i en värdeordning sinsemellan eller till exempel att tjänster begränsas enbart för att en person hör till en viss människogrupp.

Målet med prioriteringen är inte heller att som ett självändamål spara resurser. Avsikten är att besluten är rättvisa på både individ- och befolkningsnivå och att de inte ökar ojämlikheten inom befolkningen, mellan klientgrupper eller mellan patientgrupper. Dessutom bör lösningarna producera så mycket hälsa och välfärd som möjligt med de resurser som finns tillgängliga vid varje given tidpunkt.

Individernas och befolkningens behov och förväntningar i fråga om hälsa och välfärd är nästan obegränsade, och nya behov uppstår genom medvetenhet, önskemål och medikalisering. Å andra sidan utvecklas läkarvetenskapen snabbt, vilket ökar antalet tillgängliga undersöknings-, vård-, behandlings- och rehabiliteringsalternativ. För samma behov finns olika tjänster, metoder och arbetsformer tillgängliga, och de skiljer sig också från varandra i fråga om kostnaderna.

Särskilt inom hälso- och sjukvården kan de modernaste vård- och behandlingsformerna som är under utveckling vara mycket dyra. De största kostnaderna inom socialvården åter hör samman med de tyngsta korrigerande tjänsterna som är lagstadgade, medan man samtidigt borde rikta personresurser till förebyggande tjänster som minskar behovet av dessa tjänster. Då de samhällseliga resurserna oundvikligen är begränsade uppstår en konflikt. Det kan vara fråga om ekonomiska resurser eller till exempel resurser relaterade till personal, specialkompetens, lokaler eller utrustning eller resurser med begränsad tillgång som därför behöver regleras, såsom vissa läkemedel eller vacciner, eller inom socialvården klientplatser inom boendeservice som kräver specialkompetens. När något görs och resurser riktas till det, kan samma resurs inte riktas till något annat, vilket betyder att något annat blir ogjort (det s.k. begreppet alternativkostnader). Samma resurs kan användas bara en gång.

Prioriteringen sker på tre samhällsnivåer som kompletterar varandra:

- Systemnivå (makronivå), där bland annat riksdagen och statsrådet utfärdar lagstiftning och beslutar om finansiering; statsrådet bereder lagar och förordningar, fastslår riksomfattande mål och fattar beslut om styrningen av servicesystemet. På nationell nivå utfärdar social- och hälsovårdsministeriet de enhetliga grunderna för vård och tjänsteutbudsrådet (Palko) ger rekommendationer om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Välfärdsområdena och vissa andra myndigheter ansvarar för ordnandet av tjänsterna.
- Organisationsnivå (mesonivå), där välfärdsområdena och tjänsteproducenterna till exempel fördelar resurser mellan befolkningens behov och sina verksamheter samt beslutar om genomförandet av verksamheten och kriterierna för vård och tjänster.
- Klient- och patientnivå (mikronivå), där yrkesutbildade personer i enskilda klient- och patientrelationer bedömer hur brådskande ett behov är, om vården eller tjänsten är lämplig och ändamålsenlig, vid vilken tidpunkt och i vilken ordningsföljd tjänsterna ska genomföras, med beaktande av evidens, rättsliga ramar och etiska principer.

Vid resursfördelning ska det bedömas vilka metoder eller arbetsformer som tillgodoser den enskilda klientens eller patientens behov samt olika befolknings- och klientgruppers servicebehov och vård på ett kostnadseffektivt sätt. Samtidigt ska det bedömas hur stor personal, hur många klient- och patientplatser och hur stora ekonomiska resurser som behövs för de olika sektorerna eller specialiteterna. Dessutom ska det bedömas hur resurserna ska fördelas på ett

balanserat sätt mellan olika prioriteringar, såsom mellan förebyggande verksamhet och behandling av sjukdomar eller mellan tjänster på basnivå och specialiserad sjukvård och andra tjänster på specialnivå, eller inom socialvården mellan tyngre korrigerande tjänster och främjande av välfärd, prevention och tidigt stöd.

Prioritering sker dagligen på olika nivåer av den verksamhet där social- och hälsovårdstjänster ordnas och genomförs. Prioritering kan göras på många olika sätt. Beroende på synvinkel kan en prioritering upplevas som nödvändig och acceptabel eller som oönskad och orättvis. När man för prioriteringen har kommit överens om brett accepterade, enhetliga principer eller kriterier utifrån vilka ett oberoende behörigt organ fattar öppet motiverade, uttryckliga beslut handlar det om explicit prioritering. Om man däremot inte har nått samförstånd om principerna och förfarandena för prioriteringen leder det vanligen till en situation där prioriteringen sker indirekt genom beslut som en yrkesutbildad person fattar i enskilda situationer. Detta kallas implicit prioritering. Ibland döljer sig en implicit prioritering bakom de övriga aspekterna, såsom en medicinsk behovsbedömning. Då talar man om dold prioritering, och om denna avslöjas kan den urholka allmänhetens förtroende för servicesystemet.

## **2.12 Bedömning av nuläget**

Den nuvarande normstyrningen av bestämmandet av tjänsteutbudet är splittrad och består av punktinsatser. Bristen på lagstiftning om förutsättningar och principer för tillhörighet till tjänsteutbudet riskerar att minska transparensen och acceptabiliteten för val och beslutsfattande i fråga om tjänsteutbudet. Detta kan försvaga befolkningens förtroende för servicesystemet. I värsta fall finns det risk för ökad ojämlikhet mellan klient- och patientgrupper och mellan regioner. Risken är särskilt stor i situationer där resurstrycket inom social- och hälsovården ökar. Den gällande lagstiftningen främjar inte i tillräcklig utsträckning en verkningsfull social- och hälsovård. Därmed är det osäkert om tillgängliga resurser utnyttjas och inriktas så att social- och hälsovården med dem kan åstadkomma de bästa möjliga hälso- och välfärdsfördelarna ur befolkningens och individens synvinkel.

Med hälsofördel avses en sådan förändring i människans hälsotillstånd eller i hanteringen av sjukdomar som utgör resultatet av hälso- och sjukvård eller därmed jämförbar verksamhet. En positiv hälsofördel är bland annat bättre hälsa, bibehållet hälsotillstånd, hantering av sjukdomen samt dess symtom och progression, förbättrad prognos och förlängd livstid.

Med välfärdsfördel avses inom socialvården till exempel en förstärkning av välfärden eller funktionsförmågan för en individ, befolkningsgrupp eller samhällsgrupp eller en observerbar positiv förändring i dessa till följd av en arbetsform, en tjänst, ett beslut eller annan verksamhet. En välfärdsfördel kan komma till uttryck som bättre fysisk, psykisk, social eller upplevd välfärd eller funktionsförmåga eller som en förbättring i delaktighet, livskontroll eller livskvalitet, och den kan vara omedelbar eller långvarig.

Eftersom lagstiftningen inte ger en tillräcklig grund för nationella och regionala riktlinjer om vilka tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt vilka tjänster och arbetsformer inom socialvården som ska höra till tjänsteutbudet baserar sig ibruktagandet, användningen och urbruktagandet i alltför hög grad på val som enskilda yrkesutbildade personer gör i klient- och patientarbetet. Därmed kan innehållet i tjänsteutbudet variera mellan personer eller mellan

enheter. Då kan tjänsteutbudshelheten bildas på ett oändamålsenligt sätt utifrån dold prioritering av enskilda yrkesutbildade personer samt hälso- och sjukvården och socialvården<sup>20</sup>.

För tjänsteutbudet inom social- och hälsovården och för principerna för vilka tjänster och metoder som ska höra till utbudet behövs en brett accepterad värdegrund, som det också finns ett politiskt engagemang för. För hälso- och sjukvårdens del har detta till exempel i andra nordiska länder genomförts genom lagstiftning om etiska principer för prioritering av hälso- och sjukvård. Om det för tjänsteutbudet införs lagstadgade principer som baserar sig på en omfattande samhällelig diskussion blir det möjligt att utveckla bestämmandet av tjänsteutbudet och därmed också prioriteringen med målet att uppnå enhetlighet, acceptans och större transparens.

I lagstiftningen om innehållet i social- och hälsovården och i synnerhet i tolkningen av lagstiftningen har särskild vikt lagts vid klientens och patientens individuella behov. Samtidigt lägger finansieringsmodellen för välfärdsområdena och de i modellen inbyggda styrningsmekanismerna vikt vid att välfärdsområdena håller kostnaderna under kontroll. Detta har skapat en spänning mellan behovsorientering och de mål som gäller att främja befolkningens hälsa och fördela resurserna jämlikt, särskilt inom hälso- och sjukvården. Den nuvarande lagstiftningen har inte gett tillräckliga instrument för valen i situationer där resurser måste avsättas för omfattande förebyggande åtgärder samtidigt som man är tvungen att bedöma om enskilda, mycket dyra metoder ska inkluderas i tjänsteutbudet. Det handlar om alternativkostnader: när en åtgärd genomförs kan samma resurs inte användas någon annanstans. Lagstiftningen om tjänsteutbudet bör därför bättre stödja samordningen av både individers och befolkningens behov.

Försiktigheten i tolkningen av 7 a § i lagen om hälso- och sjukvård har också samband med hur man inom hälso- och sjukvården har tolkat avgörandet av riksdagens justitieombudsman i fråga om behandlingen av Fabrys sjukdom (EOA 9.2.2005, Dnr 921/4/04). Den ståndpunkt som justitieombudsmannen intog till prioritering i samband med sitt avgörande om behandling av Fabrys sjukdom måste förstås mot bakgrunden av den lagstiftning som gällde vid tidpunkten i fråga och den bedömning som gjordes i det enskilda ärendet. I den redogörelse som Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt lämnade i ärendet konstateras att beslutet om att för hela patientgruppens del avbryta behandlingen av Fabrys sjukdom med läkemedlet i fråga baserade sig på knappa anslag. Justitieombudsmannen betonade i sitt avgörande att prioritering inte bör göras genom att kategoriskt utesluta en viss patientgrupp från behandling av kostnadsskäl. Justitieombudsmannens ståndpunkt gällde särskilt det att ett enskilt patientspecifikt behandlingsbeslut inte får fattas baserat på anslagens otillräcklighet, utan när dessa beslut fattas ska patientens sjukdom, behandlingsbehov och behandlingens verkningsfullhet bedömas individuellt. Justitieombudsmannens ståndpunkt till prioritering gäller val på den nivå där beslut fattas om enskilda patientspecifika behandlingar. Däremot tog justitieombudsmannen i sitt avgörande inte ställning till prioritering på den nivå där tjänsteutbudet bestäms. Även om hälso- och sjukvårdslagen har ändrats efter att avgörandet meddelades på så sätt att en definition av tjänsteutbud och kriterier för uteslutande ur utbudet har införts nämns regelbundet justitieombudsmannens avgörande om behandlingen av Fabrys sjukdom och den ståndpunkt till prioritering i enskilda behandlingsbeslut som intas i avgörandet som ett hinder för utveckling av prioriteringen inom hälso- och sjukvården.

---

<sup>20</sup> Prioriteringen av hälso- och sjukvården. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:53, på finska, med presentationsblad på svenska. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

De nuvarande kriterierna för uteslutning från tjänsteutbudet enligt 7 a § hälso- och sjukvårdslagen är öppna för tolkning, och för uteslutning krävs både att effekten är liten och att kostnaderna är orimliga. Inom hälso- och sjukvården anses det vara svårt att bedöma när hälso- och sjukvårdsåtgärder, undersökningar, vård, behandling eller rehabilitering har så liten effekt att det är möjligt att beakta även kostnadernas orimlighet vid val som gäller tillhörighet till tjänsteutbudet. Detta leder till att till exempel nya och mycket dyra behandlingar inte kan tas i bruk på ett tillräckligt kontrollerat sätt, varvid välfärdsområdenas resurser i allt högre grad blir låsta till dessa metoder inom den specialiserade sjukvården, på bekostnad av behoven inom primärhälsovården och övriga behov hos befolkningen i området. Därmed finns det risk för att det inom hälso- och sjukvården börjar användas metoder vars effekt i verkligheten är liten eller vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås med dem. Välfärdsområdenas försiktighet i tolkningen av 7 a § ger anledning att förmoda att en del av dessa metoder redan med stöd av gällande lagstiftning kan anses vara sådana som inte hör till tjänsteutbudet.

I styrningen av social- och hälsovårdstjänsternas innehåll ska flera olika lagstadgade skyldigheter och andra aspekter samordnas. Till dessa hör till exempel ökning av jämlikheten, minskning av hälsoskillnaderna och ojämlikheten, främjande av befolkningens välfärd och hälsa, klienters och patienters självbestämmanderätt och rätt till en individuellt bedömd, tillräcklig och högkvalitativ social- och hälsovård, social- och hälsovårdspersonalens yrkesmässiga autonomi, främjande av verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt och den begränsade tillgången på resurser. I synnerhet kostnadsnyttoeffektens och verkningsfullhetens betydelse när tjänsteutbudet bestäms bör förtydligas.

Inom socialvården har forskningen om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt, kunskapsunderlaget och strukturerna för bedömningen av dem och beslutsfattandet varit mer begränsade och fragmenterade än inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan är socialvårdslagens bestämmelser om service och förmåner inom socialvården mer detaljerade än bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Trots detta behövs även inom socialvården principer för besluten på servicesystemnivå. När det gäller att främja verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt inom socialvården består utmaningen inte bara av att det inte finns tillräckligt med forskning, kunskapsunderlag och strukturer utan också av att skillnaden mellan de anslagsbundna tjänsterna och de tjänster som omfattas av de subjektiva rättigheterna inte alltid är tydlig. På saken inverkar den i grundlagen tryggade rätten till oundgänglig omsorg samt behovsprincipen. Till den del som man genom en viss tjänst garanterar en persons rätt till oundgänglig omsorg är det fråga om att förverkliga en subjektiv rättighet, även om tjänsten i fråga inte är en tjänst som beviljas som en subjektiv rättighet. Om en persons behov inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom en viss tjänst, har personen redan på det sätt som avses i grundlagen och med stöd av behovsprincipen en stark rätt till den. Detta innebär att uppdelningen av tjänsterna mellan tjänster som garanteras i lagstiftningen som subjektiva rättigheter och anslagsbundna tjänster blir diffus.<sup>21</sup> Det finns risk för att anslagsbundna tjänster behandlas som subjektiva rättigheter även i situationer där de inte är relaterade till oundgänglig omsorg. I dessa situationer gör man kanske inga jämförelser mellan alternativa stödformer eller någon verkningsfull inriktning av tjänsterna, trots att det vore möjligt och ändamålsenligt.

---

<sup>21</sup> Kalliomaa-Puha, Laura – Nykänen, Eeva. Subjektiva och anslagsbundna rättigheter samt förebyggande tjänster inom socialvården: Rättslig bedömning. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:24, på finska, med presentationsblad på svenska. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5682-7>.

### *Bedömning som gäller prioritering*

När det gäller att inrikta resurserna inom social- och hälsovården är det viktigt att kunna identifiera hur man genom att fördela tillgängliga resurser uppnår bästa möjliga hälso- och välfärdsfördelar med tanke på befolkningen och helheten. Detta kräver goda kunskaper dels om befolkningens behov, dels om verkningsfullheten för tjänster, metoder och arbetsformer inom hälso- och sjukvården och socialvården och om förutsättningarna för att uppnå effekter i praktiken.

Inom social- och hälsovården är det otänkbart att man skulle kunna besluta att inte alls göra någon prioritering.

Inom social- och hälsovården görs prioriteringar på flera nivåer, vilket beskrivs i avsnitt 2.11. I praktiken fattas varje dag beslut som innefattar prioritering av social- och hälsovård, både på servicesystemets olika nivåer – även på klient- och patientnivå – och i politiskt beslutsfattande. På systemnivå fattas politiska beslut om hur offentliga medel ska riktas till olika tjänster och på strategisk nivå om hur de ska riktas till vård- och serviceformer. Dessutom fattas beslut om exempelvis kriterier för tjänster. På olika nivåer fastslår aktörerna i servicesystemet riktlinjer och utarbetar anvisningar om organisationens verksamhet och fördelningen av resurser mellan olika verksamheter. Dessutom fattas i klient- och patientarbetet beslut om vård och service som rör enskilda personer. Till exempel på patientnivå kommer prioriteringen till uttryck bland annat som en bedömning av hur brådskande en behandling är och i vilken ordningsföljd behandlingar ska ges.

Prioritering har diskuterats i årtionden i Finland och internationellt, särskilt inom hälso- och sjukvården. Många olika diskussionsforum och seminarier har ordnats. I dessa har prioritering diskuterats ur olika perspektiv. Det har redan länge funnits önskemål om lagstadgade principer som är öppna, transparenta och etiskt acceptabla och som baserar sig på en gemensam värdegrund. Dessa principer bör kunna tillämpas i olika praktiska situationer på olika nivåer. Enbart existensen av sådana principer skulle främja rättvisa och jämlikhet och kunde stärka förtroendet för den offentliga social- och hälsovården. Det har identifierats att principerna inte får skilja sig mellan områden, eftersom det skulle äventyra jämlikheten. I välfärdsområdets organiseringsuppgift och tjänsteproduktion bör prioriteringarna göras utifrån allmänna, gemensamt fastställda principer, med hänsyn till skillnaderna i områdenas befolkningsprofil och verksamhetsmiljö.

Inom socialvården finns det mindre traditioner för denna typ av prioriteringsdiskussioner. Tjänsterna inom socialvården är till stor del fastställda i lag, och många av dem är kopplade till individens subjektiva rättighet. Trots detta görs prioritering särskilt inom anslagsbundna tjänster, där det är nödvändigt att precisera kriterierna för beviljande av tjänster inom ramen för tillgängliga resurser. För att precisera lagen kan välfärdsområdena utfärda anvisningar om beviljandet av anslagsbundna tjänster. Genom dessa anvisningar kan sökandena prioriteras, om förfarandet är jämlikt, transparent och lagenligt. Dessutom vore det viktigt att man både i tjänster som beviljas som subjektiv rättighet och i anslagsbundna tjänster styr genomförandet av tjänsten, till exempel valet av arbetsformer som är verkningsfulla med tanke på klienternas behov.

Eftersom det inom social- och hälsovården har införts en integrerad förvaltningsmodell och integrerade servicehelheter måste prioriteringsdiskussionen föras parallellt ur båda sektorernas perspektiv. Med tanke på skillnaderna mellan socialvården och hälso- och sjukvården (bl.a. vetenskapsgränarnas egna angreppssätt, deras historiska tradition, socialvårdens

förvaltningsbeslut kontra faktisk förvaltningsverksamhet) har det varit naturligt att diskutera prioriteringen även separat. Dessutom måste man i fråga om stödet av välfärden beakta beröringspunkterna med kommunens uppgifter så att det inte uppstår suboptimering mellan aktörerna i viktig verksamhet som upprätthåller och främjar hälsa och välfärd.

Prioriteringen är förknippad med flera svåra frågor där synvinklarna är många, flera vetenskapsgrenar berörs och spänningar uppstår, och dessa frågor måste hanteras med öppna principer. När det gäller besluten om prioriteringarna måste det bestämmas vilka aktörer eller vem som ska ha befogenhet att fatta prioriteringsbesluten och hur man ska säkerställa rättvisa förfaranden, transparens och delaktighet för de grupper som berörs av beslutsfattandet. Vid beslut om prioriteringens innehåll och tyngdpunkter måste man balansera mellan olika synvinklar: mellan individens rättigheter och behov och nyttan och jämlikheten på befolkningsnivå samt utsatta gruppers intressen. På motsvarande sätt måste man överväga om granskningen ska vara kortsiktig eller långsiktig, till exempel om det aktuella behovet av tjänster och vård eller förebyggande insatser ska prioriteras. Samtidigt måste man besluta dels hur man ska prioritera verksamheten på bas- och specialnivån vertikalt inom tjänsterna, dels hur man ska fördela resurserna horisontellt mellan olika tjänster, även mellan socialvården och hälso- och sjukvården.

I samhällsdebatten är det inte lätt att hitta svar på de svåra frågorna. I värsta fall har debatten fastnat i en tvist om enbart politiska beslutsfattare ska få besluta om prioriteringen eller, å andra sidan, om enbart yrkesutbildade inom social- och hälsovården ska få fatta besluten, och då har inga framsteg gjorts i arbetet med att utveckla prioriteringen. Å andra sidan har det funnits motstridiga förväntningar i debatten. Även om man vill begränsa resurserna till social- och hälsovården, kan antagandet samtidigt ha varit att en enskild person kan få alla möjliga tjänster och behandlingar. Enskilda yrkesutbildade anställda har gjort och varit tvungna att göra prioriteringar baserat på sina egna yrkesfärdigheter och kollegialt stöd, utan i lagstiftningen införda samhälleligt överenskomna, värdebaserade principer.

Alla svåra frågor förknippande med prioriteringen kan inte lösas på en gång. Lagstiftaren har dock möjlighet att skapa en gynnsam grund för behandlingen av dessa frågor, till exempel genom att tillhandahålla en lagstadgad ram för vissa delområden av prioriteringen. Principer för tjänsteutbudet ger en värdegrund utifrån vilken flera motstridiga perspektiv som hör ihop med prioriteringen kan samordnas, och på basis av erfarenheter som erhålls vid tillämpning av denna värdegrund kan prioriteringen och förfarandena i samband med den förbättras.

### **3 Målsättning**

Den allmänna målsättningen med lagförslagen är att valen och även den behövliga prioriteringen i fråga om tjänsteutbudet inom social- och hälsovården ska bli öppnare och mer godtagbara.

Syftet med lagförslagen är att bidra till att det nationellt, i välfärdsområdena och annanstans inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården blir möjligt att fatta sådana beslut om ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster, metoder och arbetsformer inom social- och hälsovården som bidrar till verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekter. Ett annat syfte är att främja enhetligheten i de offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänsterna på nationell nivå och sålunda främja jämlikheten mellan kunder och mellan kund- och patientgrupper.

Ett ytterligare mål är att möjliggöra prioritering av tjänster som främjar befolkningens hälsa och välfärd och som förebygger sjukdomar och sociala problem. Förutom för befolkningens hälsa

och välfärd är detta mål viktigt också med tanke på behovet att kontrollera ökningen av servicebehovet och kostnaderna.

Målet med lagförslagen är också att välfärdsområdena och andra som med offentlig finansiering ordnar social- och hälsovårdstjänster genom val och styrning i fråga om tjänsteutbudet på lång sikt ska kunna åstadkomma så mycket hälsa och välfärd som möjligt inom ramen för tillgängliga resurser och sina lagstadgade skyldigheter. Strävan med lagförslagen är således att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster genom att förbättra välfärdsområdenas och andra aktörers möjligheter att med framgång sköta sin organiseringsuppgift.

## **4 Förslagen och deras konsekvenser**

### **4.1 De viktigaste förslagen**

I propositionen föreslås att det införs bestämmelser om principer för vilka tjänster, arbetsformer och metoder inom den offentligt finansierade social- och hälsovården som ska höra till tjänsteutbudet och hur de ska inriktas. Avsikten med lagförslagen är att föreskriva om förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet inom social- och hälsovården. När det gäller hälso- och sjukvården föreslås att bestämmandet av tjänsteutbudet ska ändras med de principer som anges i lagförslagen så att de nuvarande kriterierna för uteslutning ur tjänsteutbudet ersätts med förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet. När det gäller socialvården ska principerna för tjänsteutbudet utgöra en ny regleringshelhet, och genom definitionen av denna helhet ska användningen av tjänster och arbetsformer inom socialvården styras.

De principer som föreslås för socialvården respektive hälso- och sjukvården ska överensstämma med varandra, och när de tillämpas ska båda sektorernas särdrag, mål, begrepp och lagstiftning beaktas. Principerna är behov, säkerhet, verkningsfullhet, kostnadsnyttoeffekt och, som genomgående principer, jämlikhet och människovärdets okränkbarhet. Besluten om inkludering eller uteslutning ur tjänsteutbudet ska baseras på en helhetsbedömning där samtliga principer för tjänsteutbudet beaktas. Principerna kan också vägas mot varandra som en del av helhetsbedömningen.

Principerna ska utgöra grund för beslutsfattande om tillhörighet till tjänsteutbudet inom social- och hälsovården och för utvecklande av prioriteringen. Principerna ska tillämpas förutom vid beslutsfattande och styrning på nationell nivå även vid beslutsfattande i välfärdsområdena och hos andra aktörer som ordnar offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Dessutom ska de beaktas i styrningen av social- och hälsovårdens innehåll och i verksamheten. De påverkar indirekt även klient- och patientarbetet.

De principer som rör prevention och främjande av befolkningens välfärd och hälsa placeras på samma nivå som de individuella tjänsterna.

Principerna ska framöver utgöra en ram för beslutsfattande om utbudet av offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster på nationell nivå, i välfärdsområdena och i verksamheten hos vissa myndigheter och andra aktörer som med offentlig finansiering tillhandahåller social- och hälsovård.

Principerna ska tillämpas utöver i välfärdsområdena även i vård som ordnas och produceras av de statliga sjuksjukhusen, som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, inom hälso- och sjukvården för fångar, inom studerandehälsovården för högskolestuderande samt i de sjukvårdssättningar som beviljas av FPA och de ersättningar som betalas enligt lagen om gränsöverskridande hälsovård för vård som erhållits utomlands. Dessutom kommer principerna

för tjänsteutbudet att inom hälso- och sjukvård som ingår i mottagningstjänsterna påverka de grupper som får hälso- och sjukvård på samma grunder som invånarna i välfärdsområdet.

På grund av särdragen hos vissa offentligt finansierade tjänster blir principerna för tjänsteutbudet inte tillämpliga på hälso- och sjukvård som omfattas av försvarsmaktens organiseringsansvar, nödvändig socialvård som tillhandahålls som mottagningstjänst eller nödvändig hälso- och sjukvård för vuxna asylsökande och offer för människohandel, Folkpensionsanstaltens beviljande och tillhandahållande av rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner eller social rehabilitering som Brottspåföljdsmyndigheten ordnar för fångar och häktade.

Dessutom ska välfärdsområdena enligt förslaget åläggas att beakta principerna för tjänsteutbudet i samarbetsavtalet för samarbetsområdet för social- och hälsovården.

## **4.2 De huvudsakliga konsekvenserna**

### **4.2.1 Inledning**

Lagförslagen berör i stor utsträckning innehållet i den offentligt finansierade social- och hälsovården. Social- och hälsovårdstjänsterna har många kopplingar till varandra, till exempel via insatser för att främja och upprätthålla hälsa och funktionsförmåga, prevention, främjande av välfärd och hälsa, klient- och patientsäkerhet och andra faktorer. Eftersom det är fråga om en omfattande lagstiftning som berör alla tjänster och baserar sig på värderingar, är det inte möjligt att på ett trovärdigt sätt bedöma dess konkreta konsekvenser genom modelleringar som begränsar sig till enskilda tjänster eller målindikatorer.

Vid bedömning av konsekvenserna har det beaktats att principerna för tjänsteutbudet utgörs av principer och värderingar som till stor del redan finns i lagstiftningen om social- och hälsovården. Den största förändringen jämfört med nuläget är att av de principer som samlats ihop betonas verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt på ett nytt sätt, och principerna ska tillämpas som förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet.

Lagförslagen berör en stor del av servicesystemet och dess olika nivåer, vilket innebär att sett ur olika perspektiv kan antalet konsekvenser vara stort och av många olika slag. Å andra sidan utgör det tjänsteutbud som används idag kärnan i social- och hälsovården. Arbetet med att bestämma tjänsteutbudet börjar således inte först efter att det föreskrivits om principerna i lagstiftningen, och dessutom kan de föreslagna principerna hittas i den gällande lagstiftningen. Inom hälso- och sjukvården finns redan etablerade strukturer och förfaranden för bedömning och beslutsfattande samt uppföljning, styrning och övervakning av tjänsteutbudet. När tjänsteutbudet bestäms eller tillämpas handlar det delvis om en normal verksamhet inom hälso- och sjukvården, en verksamhet som redan länge ingått i servicesystemet och den yrkesutbildade personalens arbete.

### **4.2.2 Ekonomiska konsekvenser**

#### *Konsekvenser för statsfinanserna och den offentliga ekonomin*

Välfärdsområdena har det huvudsakliga ansvaret för att ordna tjänsterna inom social- och hälsovården. Dessutom finns det två statliga sinnessjukhus, som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, fem statliga skolhemsenheter, fängelsets familjeavdelning och Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som ansvarar för fångarnas och de häktades hälso- och sjukvård.

Förläggningarna ansvarar för social- och hälsovården för personer som får tillfälligt skydd, personer som söker internationellt skydd och offer för människohandel, och Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) ansvarar för studerandehälsovården för högskolestuderande. Patienter får kostnadsersättning för tjänster som hör till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården även genom sjukvårdsersättningarna enligt sjukförsäkringslagen. Staten är den enda eller huvudsakliga finansiären i alla dessa verksamheter. Till finansiärerna hör också kunderna och patienterna själva genom kundavgifter eller andra avgifter samt externa aktörer, såsom försäkringsbolag och aktörer som finansierar utvecklingsarbete.

De principer för tjänsteutbudet som föreslås i propositionen har konsekvenser för alla offentligt ordnade eller finansierade social- och hälsovårdstjänster, och därför bedöms att de ekonomiska konsekvenserna berör alla ovannämnda aktörer. Genom propositionen ändras inte den finansiering som bestäms enligt lagen om välfärdsområdenas finansiering, så propositionen har inga direkta konsekvenser för välfärdsområdenas ekonomi. De ekonomiska konsekvenserna för välfärdsområdena är indirekta, och det är inte möjligt att förutsäga hur stora de direkta konsekvenserna i euro kommer att bli.

Vidare konstateras att fastän tjänsterna inom social- och hälsovården som helhet har stor betydelse för statsfinanserna och den offentliga ekonomin är konsekvensernas omfattning i väsentlig mån beroende av på vilket sätt principerna tillämpas i praktiken. Att bestämmelser om principer införs i lagstiftningen leder inte omedelbart till att de offentliga utgifterna eller inkomsterna förändras, men detta är förknippat med stor osäkerhet. Människor har alltid större förväntningar på kvantiteten och kvaliteten i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna än vad de tillgängliga resurserna möjliggör. Överlag finns det i social- och hälsovårdstjänsterna olika ouppfyllda servicebehov, outnyttjade preventionsmöjligheter och långa väntetider för vissa tjänster. Detta innebär att de resurser som frigörs till följd av en eventuell begränsning av tjänsteutbudet sannolikt genom en omprioritering kommer att användas för annan verksamhet som omfattas av tjänsteutbudet. Därmed kan tillämpning av de föreslagna principerna leda till en förändrad resursfördelning men sannolikt inte till direkta besparingar. Eventuella direkta kostnader kan uppstå till exempel om nya nationella strukturer skapas för tillämpningen av principerna. Möjliga mekanismer i fråga om indirekta konsekvenser bedöms nedan, separat för varje princip.

### *Behovsprincipen*

Man kan se likheter mellan behovsprincipen enligt propositionen och bestämmelsen i grundlagens 19 § 3 mom., enligt vilket det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Enskilda människors och befolkningens behov av social- och hälsovårdstjänster utgör dessutom en viktig grund för fördelningen av finansiering till välfärdsområdena. Den behovsbaserade finansieringens andel av välfärdsområdets totala finansiering är cirka 80 procent, och den grundar sig på en omfattande utredning om användningen av social- och hälsovårdstjänster under en lång tidsperiod och på förhållandet mellan användningen av tjänster och kostnaderna för social- och hälsovården. Behovsmodellen identifierar regionala skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper i fråga om behov av service och beaktar dessa i finansieringen. Behovsmodellen baserar sig på registeruppgifter om realiserad användning av tjänster under tidigare år och beaktar således inte så kallade otillfredsställda servicebehov. Med ett otillfredsställt servicebehov avses att en individ inte har fått den tjänst som han eller hon skulle ha behövt eller så har tjänsten inte varit tillräcklig.

Inom socialservicen har otillfredsställda behov av service eller stöd rapporterats till exempel inom tjänster som stöder barnfamiljer, socialt arbete och vardagligt stöd som äldre behöver.<sup>22,23</sup> När det gäller hälso- och sjukvårdstjänsterna har ungefär var tionde (12,6 %) person som är bosatt i Finland upplevt att han eller hon helt eller delvis saknar tillräckliga läkar- och vårdartjänster. Ett upplevt otillfredsställt servicebehov var kopplat till ett sämre självrapporterat hälsotillstånd och multisjuklighet samt till att vara född utomlands, arbetslös eller mottagare av utkomststöd. Ett upplevt otillfredsställt servicebehov var även kopplat till högre utgifter för hälso- och sjukvård (32–183 euro mer per person), men den exakta orsaken till detta är obekant. I bakgrunden till högre utgifter för hälso- och sjukvård kan finnas <sup>24</sup>[~~öb~~].

Det är möjligt att man genom att bättre tillgodose ett servicebehov och göra det vid en bättre tidpunkt kan minska behovet av användning av tyngre tjänster senare eller användning av tjänster på lång sikt. Det bör samtidigt beaktas att eftersom behovsprincipen redan nu är en central princip inom social- och hälsovården, kommer de föreslagna bestämmelserna om principerna sannolikt inte att medföra några större förändringar. Därmed bedöms att behovsprincipen kommer att ha enbart små ekonomiska konsekvenser för den offentliga ekonomin på kort sikt.

#### *Säkerhetsprincipen*

I propositionen föreslås att en av principerna för tjänsteutbudet ska vara säkerhet och bedömning av risker i förhållande till förväntad nytta. I Finland sker en incident under var tionde vårdperiod. Det har till exempel uppskattats att nästan en femtedel av patienterna under sin sjukhusvård får biverkningar av läkemedel och att rentav en fjärdedel av äldre patienters besök på den specialiserade sjukvårdens jourmottagningar beror på dessa<sup>25</sup>. Det bedöms att hela 40–70 procent av de olika vårdrelaterade negativa effekterna, en tredjedel av åtgärdskomplikationerna och infektionerna samt var fjärde läkemedelsbiverkning kan förebyggas. Det finns inga exakta uppgifter om hur stora kostnader som fel, incidenter och biverkningar orsakar inom vården, men det har uppskattats att utgifterna för att rätta till dem uppgår till 15 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. I Finland innebär detta över en miljard euro per år<sup>26</sup>. För socialvården finns ingen motsvarande uppskattning. Genom att noggrant iaktta säkerhetsprincipen är det således möjligt att uppnå betydande ekonomiska effekter och att minska välfärdsområdenas kostnader. Det bör samtidigt beaktas att eftersom säkerhetsprincipen redan idag är en central princip inom social- och hälsovården, kommer de föreslagna bestämmelserna om principerna sannolikt inte att medföra några större förändringar.

#### *Principerna om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt*

Målet med den föreslagna lagändringen är att social- och hälsovårdens resurser tydligare än förut ska riktas till tjänster och metoder som är verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva.

---

<sup>22</sup> Ilmarinen, K., Vuorenmaa, M., Karvonen, S., & Lammi-Taskula, J. (2023). Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(1). <https://doi.org/10.23990/sa.109129>

<sup>23</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys - Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025.

<sup>24</sup> Lien Nguyen, Unto Häkkinen (2025). Determinants and associated costs of unmet healthcare need and their association with resource allocation. *Insights from Finland. Health Policy*, Vol 154.

<sup>25</sup> Laatikainen O (2020). Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa. *Dosis* 2/2020.

<sup>26</sup> Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.

Principerna stöder en så effektiv användning av de begränsade resurserna som möjligt och inriktning av resurserna på ett sätt som medför större hälso- och välfärd fördelar.

Det har uppskattats att det årligen inom hälso- och sjukvården används hundratals miljoner euro för behandlingar som endast medför liten nytta. Med behandlingar som medför liten nytta avses inom hälso- och sjukvården åtgärder som inte alls eller bara i liten mån gagnar patientens hälsa. Som behandlingar som medför liten nytta betraktas behandlingar där de oönskade effekterna kan bli större än nyttan eller behandlingar som medför omotiverade kostnader. Att en behandling medför bara liten nytta avser också situationer där det finns ett alternativ med större effekt tillgängligt. På lång sikt förväntas de föreslagna bestämmelserna minska användningen av behandlingar med liten nytta, vilket kan leda till betydande kostnadsbesparingar. Att identifiera och fasa ut behandlingar med liten nytta kräver dock nya data om verkningsfullheten för de metoder som används och satsningar på en omfattande granskning av vårdpraxis. I praktiken bör behandlingar med liten nytta som fasas ut i många patientsituationer ersättas med verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva metoder, varvid behandlingskostnaderna inte nödvändigtvis minskar med det belopp som använts för de tidigare behandlingarna med liten nytta. Men genom att ersätta behandlingar med liten nytta med verkningsfulla metoder kan man åstadkomma större hälso- och välfärd fördelar för patienterna.

När det gäller socialvården föreslås i propositionen att principerna om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt ska ingå i innehållsstyrningen i fråga om tjänsteutbudet. För närvarande krävs att verkningsfullheten följs upp som en del av det sociala arbetet, antingen som en självständig tjänst inom det sociala arbetet eller som en del av annan socialservice. Dessutom har verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt förutsatts mer indirekt i lagstiftningen om välfärdsområdets organiseringsansvar och finansiering. När det gäller bestämmandet av tjänsteutbudet inom socialvården har det identifierats en risk för att man i vissa välfärdsområden inte börjar tillämpa principerna på det sätt som lagstiftaren avsett, på basis av en helhetsbedömning, utan i stället börjar kostnaderna i hög grad bestämmas om en service eller arbetsform ska höra till tjänsteutbudet. I fråga om principen om verkningsfullhet finns det risk för att man vid bedömning av verkningsfullhet inte kan identifiera evidens som är väsentlig med tanke på socialvården eller inte kan utnyttja yrkesmässig erfarenhet när evidensen för verkningsfullhet är bristfällig eller den inte är lättillgänglig i samlad form. En sådan snäv tolkning av principen om verkningsfullhet skulle kunna leda till att service eller arbetsformer som är beprövade och som behövs inom socialvården fasas ut. Den verksamhet som beskrivs ovan skulle strida mot de föreslagna principerna för tjänsteutbudet.

Om tjänsteutbudet inom socialvården i strid med den föreslagna regleringen i onödan begränsades, skulle det kunna försämra tillgodoseendet av klienternas individuella behov. Resultatet av detta otillfredsställda servicebehov kunde leda till ökad sjukfrånvaro och arbetsoförmåga och till ökade servicebehov inom social- och hälsovården, särskilt inom tunga korrigeringstjänster, och därmed till ökade kostnader. De beskrivna riskerna kan realiseras i en situation där det på nationell nivå inte satsas tillräckligt på stöd och handledning i tillämpningen av principerna eller om det i enskilda välfärdsområden inte finns tillräcklig kompetens i socialvård när beslut om tjänsteutbudet inom socialvården fattas.

Vid bestämmandet av tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården finns det risk för att begränsningar görs enbart på grundval av kostnader, vilket skulle leda till tyngre servicebehov och ökade kostnader inom social- och hälsovården. Dessutom skulle behoven hos olika patientgrupper inom hälso- och sjukvården kunna bli ojämnt beaktade, om man vid bedömning av verkningsfullhet krävde samma typ av evidens för metoder av olika karaktär, till exempel om det för interaktionsbaserade interventioner skulle krävas evidens med samma undersökningsmetoder som för läkemedel. För att förebygga denna risk måste olika tjänster och

metoder granskas på ett tillräckligt mångsidigt och mångvetenskapligt sätt. Inom hälso- och sjukvården är denna risk mindre än inom socialvården, eftersom man inom hälso- och sjukvården började fatta beslut om tjänsteutbudet redan 2013. Inom hälso- och sjukvården har man utöver strukturer som stöder genomförandet också lång erfarenhet av att använda data om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt, testade modeller, rutiner och forskningsdata. Även om risken för verksamhet som bryter mot de ovan beskrivna principerna för tjänsteutbudet är lägre inom hälso- och sjukvården än inom socialvården, bör risken identifieras, och om situationen kräver det bör nödvändiga åtgärder vidtas som en del av genomförandet av lagförslagen.

De nämnda riskerna försöker man förebygga på många olika sätt, vilka beskrivs i propositionens avsnitt 9, som gäller verkställighet och uppföljning. För att kunna undvika de ovan beskrivna riskerna är det väsentligt att identifiera att principen om verkningsfullhet inte bör tolkas på ett ensidigt sätt och att principen om kostnadsnyttoeffekt inte bör leda till att enbart kostnaderna bestämmer tjänsteutbudet. I stället bör alla principer för tjänsteutbudet, det vill säga behov, säkerhet, verkningsfullhet, kostnadsnyttoeffekt samt jämlikhet och människovärdets okränkbarhet, tillämpas i den helhetsbedömning som gäller bestämning av tjänsteutbudet.

På befolkningsnivå kan förbättrad hälsa och välfärd antas förebygga användning av tjänster i ett senare skede eller minska användningen av tunga tjänster. Detta kan antas indirekt påverka användningen av tjänster inom social- och hälsovården och till exempel välfärdsområdenas kostnader, men bedömningen av effekternas storlek är förknippad med stor osäkerhet. Principen om verkningsfullhet och om kostnadsnyttoeffekt kunde också tillämpas till exempel i välfärdsområdenas upphandlingar och köptjänster, med metoder som grundar sig på verkningsfullhet<sup>27</sup>.

På motsvarande sätt bedöms att om principen om verkningsfullhet och om kostnadsnyttoeffekt tillämpades mer heltäckande än förut skulle det förbättra människors funktions- och arbetsförmåga. Detta kunde för sin del påverka till exempel den åldrande befolkningens tjänstebehov och tidpunkten för övergången till tyngre tjänster. Befolkningen åldras i nästan hela Finland och det ökade behovet av tjänster inom social- och hälsovården beror nästan enbart på ökade kostnader för vård och omsorg som de äldre behöver<sup>28</sup>. Propositionen kan således också förväntas inverka på ökningen av välfärdsområdenas kostnader och på dämpandet av ökningen på lång sikt, men inverkan är indirekt och det är svårt att bedöma om den kommer att realiseras och hur stor den kan bli. Det förväntas också konsekvenser i form av minskad sjukfrånvaro och minskad arbetsförmåga, vilket i så fall ökar befolkningen produktivitet på lång sikt.

Det bör beaktas att verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt som principer för tjänsteutbudet kräver praktisk tillämpning innan deras direkta eller indirekta effekter faktiskt syns i människornas hälsa, användningen av social- och hälsovårdstjänster eller produktiviteten i samhället. Arbetet med att bedöma metoderna inom hälso- och sjukvården är för närvarande splittrat, och inom socialvården saknas nästan helt strukturer för bedömningen. En systematisk bedömning av hälso- och sjukvårdsmetodernas verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt förutsätter kompetens och resurser, och hur dessa ska samlas förbereds i ett separat projekt vid

---

<sup>27</sup> Torkki P, Eskola M. Vaikuttavuus terveydenhuollon perustaksi. Suomen Lääkärilehti 2025;80:e42970

<sup>28</sup> Honkatukia J, Pihlava M. Uusi ennuste väestön palvelutarpeen kehityksestä: työikäisten palvelutarve kasvaa etenkin kasvukeskuksissa. THL. 29.4.2025

social- och hälsovårdsministeriet<sup>29</sup>. Ett separat utredningsprojekt har också inletts om bedömnings- och rekommendationsverksamheten i samband med socialvårdens interventioner<sup>30</sup>. För att de ekonomiska konsekvenserna ska realiseras i stor skala måste bedömningen av verkningsfullheten för de metoder och tjänster som används också grunda sig på registeruppgifter och så kallade verklighetsbaserade data (real-world data). Att bygga upp alla ovannämnda strukturer kräver i början investeringar, vilkas ekonomiska nytta för den offentliga ekonomin uppstår över en längre tid. Dessutom kommer tillämpningen inom socialvården av principerna om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt i det konkreta arbetet med att inrikta tjänsternas innehåll att kräva satsningar på forskning, kompetens och innehållsstyrning. Det tar dock flera år innan dessa nya strukturer, kunskapsproduktionen och kunnandet är på plats och systematisk användning av data om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt kan leda till förändringar i tjänsternas innehållsmässiga betoningar.

### *Konsekvenser för hushållens ställning*

Det bedöms att preciseringen av tjänsteutbudet kommer att leda till att tjänster i högre grad tillhandahålls vid rätt tidpunkt och till att tjänsterna inriktas så att verkningsfullheten blir större än tidigare. Konsekvenserna för hushållen kan därmed vara av två olika slag. Å ena sidan kan satsningar på förebyggande åtgärder och insatser för att tjänster ska tillhandahållas vid rätt tidpunkt leda till besparingar för hushållen, till exempel genom kortare sjukfrånvaro, lägre läkemedelsutgifter, minskat behov av omsorg och en dämpad ökning av tjänstebehovet. Å andra sidan, om det till följd av lagförslaget fattas sådana beslut och införs sådana riktlinjer om vilka tjänster och metoder som ska höra till det offentliga tjänsteutbudet som avsevärt inskränker utbudet, kan en del av efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster flytta över på privata tjänsteproducenter som kan ge dessa tjänster. Detta skulle medföra nya kostnader för hushåll som skaffar tjänster som uteslutits ur tjänsteutbudet från privata tjänsteproducenter eller som söker vård i ett annat EU-land.

Enligt 9 § i gränslagen får en person ersättning för kostnaderna för vård som getts i en annan EU-stat under förutsättning att vården hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga ersättning enligt gränslagen kan inte fås via Folkpensionsanstalten för vård som inte hör till tjänsteutbudet. Med anledning av gränslagens tillämpningsområde gäller i gränsöverskridande situationer motsvarande till tjänsteutbudet knutna förutsättning även personer vars hälso- och sjukvård omfattas av landskapet Ålands organiseringsansvar. I detta avseende påverkar således propositionen ersättningarna enligt gränslagen även för invånarna i landskapet Åland.

Användningen av privata tjänster skulle också kunna öka efterfrågan på privata sjukförsäkringar och till denna del öka hushållens kostnader. Antalet privata försäkringar har ökat samtidigt som befolkningens tilltro till social- och hälsovårdens servicesystem har börjat vackla<sup>31,32</sup>. Å andra sidan är målet med principerna för tjänsteutbudet en större jämlikhet när det gäller tjänsterna,

---

<sup>23</sup> Utredning om organisationsmodeller för utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvården och beslutsfattande - Social- och hälsovårdsministeriet, STM025:00/2025. [stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM025:00/2025](https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM025:00/2025)

<sup>30</sup> Utredning om socialvårdens bedömnings- och rekommendationsverksamhet samt aktörerna (VN/26724/2025).

<sup>31</sup> Vakuutus tutkimus 2025. Finanssiala ry.

<sup>32</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025. THL.

vilket kan förbättra tilltron till de offentliga tjänsterna och därmed även minska efterfrågan på privata försäkringar.

Det är också möjligt att principerna till någon del kan bidra till bättre tillgång till vissa tjänster inom den offentliga social- och hälsovården, vilket då i stället kan flytta efterfrågan från den privata sektorn till den offentliga och ge hushållen en ekonomisk lättnad. Det är inte möjligt att exakt förutse konsekvenserna, eftersom besluten om vilka tjänster eller metoder som ska höra till eller uteslutas ur tjänsteutbudet grundar sig på en helhetsbedömning och fattas från fall till fall.

#### *Konsekvenser för företag inom social- och hälsovården*

Att det införs bestämmelser om principer för tjänsteutbudet bedöms inte ha några betydande konsekvenser för företag, men under beredningen identifierades möjliga konsekvenser, och huruvida dessa blir verklighet och hur stora de blir beror på hur principerna tillämpas.

Om det till följd av lagförslaget fattas sådana beslut om tjänsteutbudet som innebär betydande inskränkningar i det offentliga tjänsteutbudet, kan efterfrågan på privata social- och hälsovårdstjänster öka. Men inskränkningarna kan samtidigt beröra sjukvårdsersättningarna enligt sjukförsäkringslagen, vilket till denna del kan begränsa intresset för att söka sig till privata hälso- och sjukvårdstjänster. På motsvarande sätt kan betydande inskränkningar i tjänsteutbudet öka efterfrågan på privata försäkringar. Eventuella förändringar i efterfrågan på privata och offentliga tjänster kan även påverka behovet av personal inom olika sektorer av social- och hälsovården.

Principerna för tjänsteutbudet tillämpas inom offentlig social- och hälsovård, inklusive tjänster som beställs från privata aktörer som köpta tjänster. Konsekvenser för företagen kan också uppstå till den del som välfärdsområdena tillämpar principerna vid anskaffningar och upphandling av köptjänster, till exempel så att verkningfullhet beaktas i tjänstebeskrivningar, självstyrning och prisbildning. Om principerna för tjänsteutbudet beaktas i företagens avtal med välfärdsområdena kan det för företagen innebära en ny slags styrning genom avtal. Å andra sidan kan principerna möjliggöra ett nytt målinriktat samarbete. Tillämpningen av principerna kan påverka rutinerna för behandling eller läkemedelsförskrivning inom den offentliga sektorn, vilket kan ha indirekta konsekvenser för enskilda tillhandahållare av tjänster eller till exempel för läkemedelsföretag eller apotek.

Det förväntas inte att införandet av bestämmelser om principerna för tjänsteutbudet påverkar konkurrensen mellan företag. Tillämpningen av principerna kan ha konsekvenser för företagens möjligheter att etablera sig på marknaden och för deras verksamhet där. De kan också påverka företagets regelbörda, om företagen till följd av principerna åläggs nya skyldigheter att påvisa att deras tjänster eller metoder är säkra, verkningfulla och kostnadsnyttoeffektiva. När det gäller tillträde till marknaden påverkas i praktiken sådana företag som behöver en referens från offentliga tjänster för att komma i gång med verksamheten eller vars produkter är avsedda för verksamhet som huvudsakligen eller uteslutande bedrivs i offentliga tjänster, såsom sjukvårdstjänster som koncentrerats till universitetssjukhus. Principerna för tjänsteutbudet ska dock inte tillämpas på metoder som undersöks vetenskapligt och som är under utveckling, och inte heller generellt på forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet. Därmed kan välfärdsområdena som en del av utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården genomföra försök där olika tjänster, metoder och arbetsformer används. En ökning av regelbördan kan ha olika konsekvenser för företagen beroende på deras storlek eller bransch.

Exakta konsekvenser kan inte förutses i detta skede, men detta bör beaktas vid tillämpning av principerna.

Att tillämpa principerna kan i ett bredare perspektiv även innebära att förbättra människors hälsa, välfärd samt arbets- och funktionsförmåga genom en bättre fungerande preventionsverksamhet och genom verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva tjänster. Detta kan minska arbetstagarnas sjukfrånvaro och deras vårdbörd för närstående samt förlänga arbetskarriärerna. Konsekvenserna är dock indirekta och realiserar först på längre sikt.

#### 4.2.3 Konsekvenser för människor och samhälle

##### *Konsekvenser för grundläggande och mänskliga rättigheter*

Med tanke på de föreslagna lagändringarna är följande grundläggande fri- och rättigheter enligt grundlagen centrala: jämlikhet enligt 6 §, rätten till liv enligt 7 § och det allmännas skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom.

Lagförslagen har konsekvenser i huvudsak för personer som använder offentliga social- och hälsovårdstjänster och särskilt för personer som använder dem mycket. Riksdagens grundlagsutskott har ansett att av de sociala grundläggande fri- och rättigheternas individuella karaktär följer att man i konsekvensbedömningarna måste fästa särskild uppmärksamhet vid de fall där de negativa konsekvenserna är som störst, även om antalet sådana fall eventuellt är lågt (t.ex. GrUU 51/2017 rd, s. 3–4).

Å ena sidan syftar propositionen till att tillgodose de ovannämnda grundläggande fri- och rättigheterna. Genom lagförslagen strävar man efter att tillförsäkra var och en social- och hälsovårdstjänster i en situation där resurserna inte är tillräckliga för att uppfylla alla förväntningar på servicesystemet eller för att ta tillvara alla de möjligheter som ny teknik erbjuder.

I regeringens proposition om det nationella genomförandet av patientdirektivet (RP 103/2013 rd) och i grundlagsutskottets utlåtande om propositionen (GrUU 30/2013 rd) bedömdes att definition av tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården ökar medborgarnas jämlikhet enligt 6 § i grundlagen när det gäller tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i och med att tjänsteutbudet förenhetligas. Inom socialvården definieras den centrala socialservicen i lagstiftningen, och det ska inte bli möjligt att på grundval av de föreslagna principerna utesluta lagstadgat innehåll ur tjänsteutbudet, ett innehåll som i princip redan tryggar tillräckliga tjänster som tillgodoser stödbehoven. Principerna kommer dock att bidra till att personer som behöver socialvårdstjänster framöver på ett jämlikt sätt erbjuds bästa möjliga och aktuella tjänster och arbetsformer, samt kombinationer av dessa. Genom att bestämma principer för tjänsteutbudet och inkludera socialvården i bestämmelsernas tillämpningsområde kan motsvarande positiva konsekvenser för jämlikheten mellan klienterna uppnås som inom hälso- och sjukvården. Dessutom kommer bestämmelserna om principer för tjänsteutbudet att leda till en enhetlig användning av tjänster, arbetsformer och metoder och till enhetliga rutiner i välfärdsområdena och bland enskilda anställda. På detta sätt främjar bestämmelserna om principerna medborgarnas formella och faktiska jämlikhet samt den regionala jämlikheten.

Å andra sidan kan införandet av dessa bestämmelser för vissa personer innebära att en del av de tjänster, metoder eller arbetsformer som de fått utesluts ur det offentliga tjänsteutbudet, till exempel på grund av för liten nytta eller stor osäkerhet om nyttan eller på grund av ett lågt

terapeutiskt värde. Om en viss tjänst eller metod inom social- och hälsovården utesluts ur tjänsteutbudet, skulle det ändå generellt innebära att personens behov tillgodoses med något annat alternativ inom tjänsteutbudet. I propositionen föreslås ingen ändring av möjligheten enligt 7 a § i lagen om hälso- och sjukvård att behandla en patient med en behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om det är medicinskt nödvändigt på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. Därför bedöms lagförslagen inte ha någon inverkan på den rätt till liv som garanteras i 7 § i grundlagen eller den rätt till oundgänglig omsorg som garanteras i 19 § 1 mom. i grundlagen.

De ovan beskrivna negativa effekterna kan också påverka den ekonomiska tillgängligheten, om en patient till följd av att tjänster eller metoder inom hälso- och sjukvården uteslutits ur tjänsteutbudet blir tvungen att i fortsättningen söka sig till privat hälso- och sjukvård eller söka sig utomlands och inte får ersättning för de utgifter som detta medför. Det finns inte nödvändigtvis täckande privat tjänsteproduktion i alla välfärdsområden, varför en patient kan bli tvungen att söka vård på längre avstånd från hemmet. I dessa situationer skulle det handla om tjänster eller metoder som uteslutits ur tjänsteutbudet eller som riktats endast till vissa patientgrupper i en helhetsbedömning som beaktar principerna om behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt.

När det gäller beslutsfattandet om ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster, arbetsformer och metoder inom social- och hälsovården har det också identifierats risker förknippade med genomförandet. Dessa risker behandlas närmare för olika befolkningsgruppers del nedan. Vid tillämpning av principerna för tjänsteutbudet bör man identifiera egenskaperna och behoven hos olika befolkningsgrupper och olika klient- och patientgrupper, de särskilda behoven hos grupper inom kund- eller patientgrupper samt de särskilda konsekvenserna och betydelsen av tjänsterna, arbetsmetoderna och metoderna för dessa grupper. Om man i den nationella eller regionala tillämpningen inte försöker eller kan identifiera dessa behov, särskilda behov och konsekvenser, kan det leda till att tjänsteutbudet begränsas eller riktas på ett oändamålsenligt sätt med tanke på dessa grupper. En risk som gäller alla befolkningsgrupper är i sin tur relaterad till en situation där principerna i något välfärdsområde inte tillämpas på det sätt som lagstiftaren avsett, baserat på en helhetsbedömning, utan i stället börjar enbart kostnaderna avgöra vilka tjänster, arbetsformer eller metoder som ska höra till tjänsteutbudet. De situationer som beskrivs ovan skulle strida mot principerna för tjänsteutbudet, och som en följd av dem skulle rätten till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för många invånare i det aktuella välfärdsområdet inte förverkligas.

Dessa risker försöker man förebygga på många olika sätt, vilka beskrivs i propositionens avsnitt 9, som gäller verkställighet och uppföljning. För att kunna undvika de ovan beskrivna riskerna är det väsentligt att identifiera att principerna om behov och verkningsfullhet inte bör tolkas på ett ensidigt sätt och att principen om kostnadsnyttoeffekt inte betyder att enbart kostnaderna bestämmer tjänsteutbudet. I stället bör alla principer för tjänsteutbudet, det vill säga principerna om behov, säkerhet, verkningsfullhet, kostnadsnyttoeffekt samt jämlikhet och människovärdets okränkbarhet, tillämpas i den helhetsbedömning som gäller bestämning av tjänsteutbudet.

#### *Konsekvenser för språkliga rättigheter*

Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. Det allmänna ska tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Stadgandet i grundlagen förutsätter vid sidan av denna formellt jämställda behandling av språken också att den faktiska

jämlikheten mellan den finsk- och svenskspråkiga befolkningen tryggas. Stadgandet har betydelse till exempel för ordnandet av samhällsservice (RP 309/1993 rd, s. 69)

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna som urfolk rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Grundlagens stadgande om samiskan förutsätter att man genom lag tryggar samernas individuella rättighet att hos myndigheter använda sitt modersmål i den utsträckning som närmare regleras i en lag (RP 309/1993 rd, s. 65). Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har samerna inom sitt hembygdsområde språklig och kulturell autonomi enligt vad som bestäms i lag. I sametingslagen föreskrivs om den språkliga och kulturella autonomi inom sitt hembygdsområde som samerna har enligt 17 § 3 mom. i grundlagen.

Myndigheterna är skyldiga att betjäna en kund eller patient på hans eller hennes språk på det sätt som föreskrivs i lagen. Enligt 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård är de tvåspråkiga välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen skyldiga att ordna social- och hälsovård på både finska och svenska så att kunderna blir betjänade på det språk de väljer. De ska också tillämpa språklagen i sin verksamhet. I början av 2026 inledde social- och hälsovårdsministeriet en utredning om tillgången på svenskspråkiga tjänster i välfärdsområdena. Utredningen blir klar sommaren 2026. Det finns ännu ingen heltäckande statistisk information tillgänglig om hur de språkliga rättigheterna har förverkligats i de olika välfärdsområdena.

Propositionen bedöms inte ha några betydande konsekvenser för den svenskspråkiga eller samiskspråkiga befolkningens ställning eller språkliga rättigheter. Principerna för tjänsteutbudet kommer att vara desamma i hela landet, och social- och hälsovårdstjänster ska fortsättningsvis tillhandahållas utifrån varje klients och patients individuella behov. Vid tillämpning av principerna för tjänsteutbudet måste man å ena sidan ta hänsyn till olika klient- och patientgruppers eventuella specialbehov, vilket även gäller den svenskspråkiga och samiskspråkiga befolkningen, men även dem som använder teckenspråk eller ett annat språk. Grundlagen och å andra sidan den nu föreslagna principen om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet innebär att exempelvis kostnadsskäl inte får leda till diskriminering på grund av språk. Propositionen föreslår inga ändringar i lagstiftningen om språkliga rättigheter.

De konsekvenser som lagförslagen har för den ekonomiska tillgängligheten för tjänsterna och som behandlas ovan i kapitlet om lagförslagets konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna gäller svenskspråkiga och samiskspråkiga patienter på motsvarande sätt som den övriga befolkningen. På privata tjänsteproducenters verksamhet tillämpas dock skyldigheterna att beakta patientens modersmål i 3 § 3 mom. och i 5 § 2 mom. i patientlagen, och dessutom har patienterna möjlighet att välja vilken tjänsteproducent han eller hon anlitar. På motsvarande sätt gäller bestämmelsen i klientlagens 4 § 2 mom. om skyldighet att beakta klientens modersmål också privata tjänsteleverantörer när de lämnar socialvård.

#### *Konsekvenser för befolkningens samt kunders och patients välfärd och hälsa*

Förslaget att införa bestämmelser om principer för tjänsteutbudet har indirekta konsekvenser för alla som använder offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster. Enligt uppgifter i Institutet för hälsa och välfärds register hade primärvårdens öppenvård 4,3 miljoner kunder 2023, det vill säga 70 procent av befolkningen.<sup>33</sup> Baserat på uppgifter för 2024 uppskattas att antalet klienter inom socialvården var cirka 770 000. Klienternas andel av befolkningen varierar

---

<sup>33</sup> Öppenvårdsbesöken inom primärvården och mun- och tandvården 2023, THL Statistikrapport 35/2024, på finska, sammandrag på svenska <https://www.julkari.fi/handle/10024/149222>.

kraftigt i olika åldersgrupper, och samma klients ärenden kan behandlas samtidigt i flera olika socialvårdstjänster.<sup>34</sup>

De föreslagna bestämmelserna medför att vissa tjänster, metoder och arbetsformer inom social- och hälsovården inriktas på ett nytt sätt, att vissa inkluderas i tjänsteutbudet och att vissa utesluts ur det. Därmed kommer det med tiden att ske konkreta förändringar i enskilda klienters och patienters tjänster. Vissa tjänster, metoder eller arbetsformer som tidigare varit i bruk kommer inte längre att tillhandahållas. För en enskild person kan konsekvensen vara positiv, om han eller hon till följd av valet undviker negativa effekter eller snabbare hänvisas till en tjänst som är verkningsfull med avseende på behovet. Å andra sidan kan konsekvensen vara negativ för en enskild person som ansett sig ha haft nytta av den tjänst, arbetsform eller metod som utesluts ur tjänsteutbudet.

Inom hälso- och sjukvården ger de föreslagna bestämmelserna möjlighet att begränsa det offentliga tjänsteutbudet, men de påverkar inte direkt den privata tjänsteproduktionen. Följaktligen har propositionen konsekvenser särskilt för dem som använder enbart offentliga tjänster. När det gäller personer i arbetslivet påverkar propositionen i högre grad arbetstagare eller personer i arbetsför ålder som inte har någon företagshälsovård eller för vilka företagshälsovården innefattar endast lagstadgade förebyggande tjänster. För dem som använder även företagshälsovårdens tjänster och privata hälso- och sjukvårdstjänster kommer konsekvenserna antagligen att vara mindre. Dessa personer kommer sannolikt också i fortsättningen att ha större valfrihet.

I en enkät som genomfördes bland yrkespersoner inom social- och hälsovården i samband med beredningen av lagförslagen ansåg majoriteten av de svarande att personer som ställer krav har större chans att få service.<sup>35</sup> I nuläget kan de tjänsteanvändare som har sämre resurser, bristfälliga kunskaper om servicesystemet, lågt förtroende för systemet eller otillräckligt socialt stöd få mindre service med avseende på sina behov än andra, och de kanske inte kan eller förmår kräva dem i lika hög utsträckning som de som har en bättre ställning. Principerna ger dem som ordnar tjänsterna en ny metod att på ett jämlikt, öppet och motiverat sätt bestämma villkoren och förutsättningarna för att få tillgång till offentliga tjänster. Dessutom försöker man i den helhetsbedömning som gäller tjänsteutbudet fastställa vilken betydelse den metod, arbetsform eller tjänst som bedöms har för utsatta klient- och patientgrupper, vilket görs som en del av tillämpningen av de genomgående principerna om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet. Detta innebär att införandet av bestämmelser om principer för tjänsteutbudet ökar jämlikheten mellan kunder, mellan kundgrupper och mellan invånarna i de olika välfärdsområdena.

När verkningsfullhet främjas blir de hälso- och välfärdsfördelar som tjänsterna åstadkommer större, vilket har positiva effekter på befolknings- och individnivå. Enligt lagförslagen ska man inom hälso- och sjukvården bedöma verkningsfullheten för hälsa och välfärd, och när det gäller kostnadsnyttoeffekten ska man bedöma de hälso- och välfärdsfördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås. Inom socialvården ska man på motsvarande sätt bedöma effekten för välfärden och de välfärdsfördelar som kan uppnås. Innehållet i dessa begrepp beskrivs närmare för båda sektorernas del i den detaljerade motiveringen till lagförslagen. Den bedömning av

---

<sup>34</sup> Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. Työpaperi 7/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-460-4>.

<sup>35</sup> Prioriteringsprinciper inom social- och hälsovården. Resultaten av enkäten till yrkespersoner. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:20, på finska, med presentationsblad på svenska. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>.

tjänsters, arbetsformers och metoders konkreta konsekvenser och verkningsfullhet för hälsa och välfärd som görs när tjänsteutbudet bestäms kommer att resultera i ändamålsenligt inriktade tjänster, arbetsformer och metoder som med större sannolikhet åstadkommer eftersträlvade effekter inom social- och hälsovården. Denna konsekvens kan dock delvis försvagas av bestämmelser i lagstiftningen om social- och hälsovård, såsom bestämmelser om tjänstespecifika maximala väntetider för inledande av vård, om tjänster som ordnas som subjektiv rättighet och om kriterier för att en tjänst ska beviljas, eftersom tjänsteanordnarna till dessa delar måste fördela sina resurser enligt andra, delvis lagstadgade grunder och inte enligt principerna för tjänsteutbudet.

Det bedöms att välfärdsområdena som en följd av de föreslagna bestämmelserna på lång sikt kommer att inrikta sina resurser på förebyggande tjänster och välfärds- och hälsofrämjande tjänster som är verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva, vilket kan förbättra befolkningens hälsa och välfärd och därmed dämpa ökningen av servicebehovet på befolkningsnivå. För att uppnå denna effekt på befolkningsnivå bör utöver korrigerande åtgärder även förebyggande samt välfärds- och hälsofrämjande åtgärder granskas i större omfattning när principerna förverkligas och beslut fattas om tjänsteutbudet. För att uppnå effekter är det också nödvändigt att satsa på forskning om verkningsfullhet inom prevention och hälso- och välfärdsfrämjande verksamhet och att anvisa resurser för tjänster, arbetsformer och metoder som är förebyggande och främjar hälsa och välfärd och som bedömts höra till tjänsteutbudet. Därmed beror konsekvenserna av den ovan beskrivna förändringen i prioritering på i vilken takt och omfattning de satsningar på forskningen om verkningsfullhet, bedömningsverksamheten, beslutsförfarandena och ibruktagandet kan genomföras nationellt och regionalt.

De slutliga konsekvenserna av lagförslagen beror på hur den nya lagstiftningen kommer att tillämpas i verkställighetsfasen. Av denna anledning är det viktigt att följa upp lagförslagets konsekvenser efter att lagarna trätt i kraft.

#### *Konsekvenser för barn och unga*

Den viktigaste principen i FN:s konvention om barnets rättigheter är principen om barnets bästa. Enligt artikel 3 i konventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Enligt kommittén för barnets rättigheter är det fråga om en vittomfattande skyldighet som gäller alla offentliga och privata sociala välfärdsinstitutioner (CRPD/C/GC/14, punkt 25–26).

Sammantaget ålägger konventionen konventionsstaterna många olika skyldigheter som är väsentliga med tanke på socialvården, till exempel sådana som gäller barnets rätt att upprätthålla en personlig relation med en förälder som det inte bor tillsammans med, stöd för att garantera barnet levnadsförhållanden som är nödvändiga för barnets utveckling, skydd av barn mot berusningsmedel, sexuellt utnyttjande och våld samt barnets rätt att uttrycka sin åsikt i angelägenheter som berör det.

Enligt artikel 24 erkänner konventionsstaterna barnets rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Barnets rätt till hälsa och barnets hälsotillstånd har en central ställning vid bedömning av barnets bästa. Till exempel när man fattar beslut om vård och behandling av barn måste fördelarna med alla möjliga behandlingsalternativ vägas mot alla möjliga risker och biverkningar (CRC/C/GC/14, punkt 77). Kommittén har uppmanat konventionsstaterna att sätta barnets bästa i främsta rummet i alla beslut som rör deras hälsa och utveckling, både i beslut som rör barnet som individ och barnen

som grupp. Vid bedömningen av barnets bästa ska dessutom beaktas alla de rättigheter som garanteras barnet i lagstiftningen och som hänför sig till barnets ställning som kund inom hälso- och sjukvården (CRC/C/GC/15, punkt 12–13).

Lagförslagets konsekvenser för barn kommer i princip att vara likartade som för den övriga befolkningen. Att införa bestämmelser i lagstiftningen om principer för tjänsteutbudet främjar barnets rätt till hälsa och bidrar till att sådana sociala tjänster som är särskilt viktiga med tanke på barnets rättigheter och välfärd främjas. Vid tillämpning av principerna bör principen om att barnets bästa ska sättas i främsta rummet beaktas till exempel genom att i samband med helhetsbedömningen utöver de övriga principerna beakta de särskilda drag och effekter som är förknippade med klienter och patienter som är barn.

På huruvida social- och hälsovårdstjänsterna är tillräckliga för barn och unga beror i hög grad på hur vardagsmiljön stöder barnets tillväxt, utveckling, psykiska hälsa och drogfrihet och på hur tjänsterna inom primärvården och den allmänna socialvården stöder barn, unga och deras närstående. Principerna för tjänsteutbudet betonar vikten av att familjens situation bedöms på ett övergripande sätt och att verkningsfulla tjänster finns tillgängliga vid rätt tidpunkt. Att förebyggande åtgärder och tidigt stöd till följd av lagförslagen kommer att genomföras på ett sätt som ger större verkan bidrar således på lång sikt till att barnets rättigheter förverkligas genom tjänster som riktas såväl till barnet som till dem som ansvarar för barnets vård. Genom lagförslagets konsekvenser för barnens vårdnadshavare kan lagförslagen ha indirekta konsekvenser för barn. Social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls den vuxna person som ansvarar för barnets vård inverkar på den vuxnes hälsa, välfärd och funktionsförmåga, vilket i sin tur inverkar på hur barnets rättigheter förverkligas och på barnets hälsa och välfärd.

Barn och barnfamiljer använder många hälso- och sjukvårdstjänster. Det har inte observerats att moderns utbildning skulle påverka antalet läkarbesök inom primärhälsovården. Däremot besöker barn till mödrar med högre utbildning betydligt oftare specialistläkare.<sup>36</sup> Detta beror sannolikt på att barnfamiljer där föräldrarna har högre utbildning i större utsträckning anlitar privata läkartjänster, och då är det oftare en specialistläkare som tillhandahåller tjänsten. Propositionen har större konsekvenser för de familjer som i första hand eller uteslutande använder tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Med ung person avses enligt 3 § 5 punkten i socialvårdslagen den som är 18–24 år. I åldersgruppen unga kan social- och hälsovården och särskilt tjänsterna relaterade till rusmedel och psykisk hälsa ha stor betydelse med tanke på hela levnadsloppet. Tjänster, arbetsformer och metoder bör bedömas och riktas till unga på ett sätt som tar hänsyn till deras särskilda behov och till deras livssituation, som är inriktad på att de ska bli självständiga och aktiva.

Principerna för tjänsteutbudet ska tillämpas inom skol- och studerandehälsovården samt i elevhälsans psykolog- och kuratorstjänster på motsvarande sätt som inom den övriga social- och hälsovården. Vid beslut om användning och inriktning av tjänster, arbetsformer och metoder för barn och unga bör man beakta kopplingarna mellan dessa tjänster, de övriga tjänsterna inom välfärdsområdet och den elev- och studerandevård som kommunen ordnar. Till exempel inom skol- och studerandehälsovården och i elevhälsans psykolog- och kuratorstjänster kan det vara ändamålsenligt att jämföra verkningsfullheten för en arbetsform eller metod med verkningsfullheten för andra metoder som tillhandahålls i olika tjänster och som är avsedda för

---

<sup>36</sup> Kaikkonen, Risto m.fl. Ojämlighet i hälsa och välfärd bland barn och barnfamiljer. Rapport 16/2012. Institutet för hälsa och välfärd 2012, på finska, med sammandrag på svenska. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085158>.

samma behov, för att man ska få en mångsidig helhetsbild för beslut om hur olika arbetsformer eller metoder ska inriktas.

Dessutom omfattas en betydande del av den unga åldersgruppen av den studerandehälsovård för högskolestuderande som tillhandahålls av Studenternas hälsovårdsstiftelse. Enligt de föreslagna bestämmelserna ska man i den hälso- och sjukvård som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller beakta de enhetliga grunderna för vård och tillämpa principerna för tjänsteutbudet på motsvarande sätt som i de tjänster som välfärdsområdet ordnar. Till den del det för de högskolestuderande inom studerandehälsovården finns särskilda behov ska dessa beaktas vid tillämpning av principerna för tjänsteutbudet, på samma sätt som i fråga om särskilda behov hos andra klient- och patientgrupper. Ändringen bidrar till att de högskolestuderande tillhandahålls tjänster på samma villkor som den övriga befolkningen.

#### *Konsekvenser för personer med sällsynta sjukdomar*

Val som gäller vilka metoder inom hälso- och sjukvården som ska tas i bruk eller ur bruk kan ha betydelse för dem som har en sällsynt sjukdom. I Finland betraktas en sjukdom som sällsynt om färre än fem personer per 10 000 invånare har den, det vill säga sjukdomens prevalens är låg. Över 7 000 olika sällsynta sjukdomar har identifierats, så de som har en sällsynt sjukdom utgör en heterogen patientgrupp. Sjukdomarnas påverkan på patientens hälsotillstånd, symtom och funktionsförmåga varierar mycket. Många sällsynta sjukdomar är ärftliga.

I vissa fall kan sjukdomens effekter på patientens hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet vara betydande, allvarliga och långvariga, eventuellt livslånga. För flera sällsynta sjukdomar finns ingen specifik behandling tillgänglig. Kostnaderna för nya behandlingsmetoder som utvecklats för sällsynta sjukdomar, såsom läkemedelsbehandling och andra nya behandlingsformer som håller på att utvecklas, såsom genterapibehandlingar, är vanligtvis mycket höga. På grund av att patientgrupperna är så små finns begränsat med evidens tillgänglig om behandlingarnas verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt. För många sjukdomars del består behandlingen av att lindra symtomen och anpassa levnadsförhållandena efter patientens behov.

Förutom att själva sjukdomen behandlas kan det vara viktigt för personer som har en sällsynt sjukdom att de har tillgång till undersökningar och diagnostik vid rätt tidpunkt, rehabilitering, hjälpmedel, funktionshinderservice eller annat stöd. Dessutom bör eventuella särskilda behov relaterade till den sällsynta sjukdomen beaktas i de tjänster som dessa personer får, såsom i boendetjänsterna. Andra tjänster blir viktigare vid sådana sällsynta sjukdomar för vilka det inte finns några effektiva behandlingsmetoder tillgängliga.

De principer för tjänsteutbudet som föreslås i propositionen ska även tillämpas vid bedömning av tjänster och metoder för sällsynta sjukdomar. Propositionen har konsekvenser särskilt för patienter vars sällsynta sjukdom kan behandlas med nya metoder om vars säkerhet och verkningsfullhet det inte finns entydig evidens och som är mycket dyra. Vid tillämpning av principerna för tjänsteutbudet bör man om möjligt identifiera särdragen relaterade till de sällsynta sjukdomarna och till utvecklingen av metoderna för dem och beakta dessa särdrag som en del av helhetsbedömningen. Då kan man till exempel vid bedömning av metodernas verkningsfullhet beakta även svagare evidens och understöda inkludering av dem i tjänsteutbudet. Å andra sidan räcker det inte med att en behandling är avsedd för en sällsynt sjukdom för att den automatiskt ska inkluderas i tjänsteutbudet, utan alla principer för tjänsteutbudet ska som förutsättningar uppfyllas som en del helhetsbedömningen.

Lagförslaget möjliggör användning av en metod som uteslutits ur tjänsteutbudet på basis av en individuell prövning i en situation där det är medicinskt nödvändigt på grund av att sjukdomen eller skadan i fråga allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, vilket kan vara fallet vid en sällsynt sjukdom.

I och för sig ska också behandlingen av en patient med en sällsynt sjukdom basera sig på ett individuellt bedömt behov och på en bedömning av vilka behandlingsalternativ som är lämpliga för behovet, en bedömning som utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Hälsoproblem som inte är relaterade till patientens sällsynta sjukdom behandlas enligt samma principer som den övriga befolkningen behandlas.

### *Konsekvenser för äldre personer*

Behovet av social- och hälsovårdstjänster ökar med åldern. Personer som har fyllt 65 år har fler diagnoser än den övriga vuxenbefolkningen, och äldre personer har många kroniska sjukdomar, funktionshinder och nedsatt funktionsförmåga.<sup>37</sup> Äldre personer anlitar huvudsakligen den offentliga social- och hälsovården.<sup>38</sup> År 2024 anlätade uppskattningsvis 266 300 klienter socialvårdens tjänster för äldre.<sup>39</sup> De som blir klienter inom äldreomsorgen idag har sämre hälsa än under tidigare år, vilket kan bero på ett ökat servicebehov och skärpta kriterier för tillgång till tjänster.<sup>40</sup>

Lagförslagets konsekvenser för äldre kommer i princip att vara likartade som för den övriga befolkningen. Det kan dock bedömas att i synnerhet äldre påverkas av konsekvenserna, eftersom behovet av social- och hälsovårdstjänster ökar med åldern och äldre huvudsakligen anlitar offentliga social- och hälsovårdstjänster.

En av målsättningarna med propositionen är att tyngdpunkten flyttas från korrigerande interventioner till förebyggande åtgärder och tidigt stöd. Till denna del bedöms att propositionen ökar verkningsfullheten även i den äldre befolkningen. Prevention, tidigt stöd och rehabilitering som ges vid rätt tidpunkt, som är verkningsfulla och tillräckliga kan påverka klienternas och patienternas senare behov av tjänster.

När det gäller förslaget att i lagstiftningen föreskriva om principer om tjänsteutbudet har det dock identifierats en risk för att kostnaderna tillmäts för stor betydelse när beslut fattas om tjänsteutbudet. Denna risk för att principerna för tjänsteutbudet inte följs i verksamheten har beskrivits ovan i avsnittet om lagförslagets konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Till exempel de ökande budgetkonsekvenserna på grund av att de äldres andel av befolkningen ökar får inte avgöra vilka av de tjänster, arbetsformer och metoder som är avsedda för denna befolkningsgrupp som ska tas i bruk, användas och tas ur bruk. I stället ska en helhetsbedömning baserad på principerna för tjänsteutbudet ligga till grund för dessa beslut.

Genom att införa bestämmelser om principer kan man inom hälso- och sjukvården främja slopandet av vårdpraxis och metoder som medför endast liten nytta och som är skadliga för

---

<sup>37</sup> <https://sotkanet.fi/>.

<sup>38</sup> THL Työpaperi 7/2025.

<sup>39</sup> THL Työpaperi 7/2025.

<sup>40</sup> Tynkkynen, Liina-Kaisa, m.fl. (red.). Lägesbilder från välfärdsområdena – ändringar i servicesystemet under de första åren av social- och hälsovårdsreformen. Rapport 3/2025. Institutet för hälsa och välfärd 2025, på finska, med sammandrag på svenska.

äldre personer. Det är till exempel relativt vanligt att patienter över 75 år använder läkemedel som de borde undvika<sup>41</sup>, och detta är även förenat med högre sjukvårdskostnader jämfört med andra patienter.<sup>42</sup>

Inom hälso- och sjukvården kommer patienternas vård även framöver att basera sig på patienternas individuella behov och på en bedömning av vilka vårdalternativ som är lämpliga, en bedömning som utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Vid bestämning av tjänsteutbudet kan det beslutas att en tjänst eller metod ska användas för vissa indikationer eller patientgrupper, till exempel på grundval av att en viss metod inte ger effekter eller är säker för en patient med ett skört hälsotillstånd. I patientarbetet ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården alltid tillämpa en rekommendation eller riktlinje som gäller tjänsteutbudet utifrån patientens individuella hälsotillstånd. De sätt att inrikta tjänsterna eller metoderna i tjänsteutbudet som nämns i exemplet kommer att vara mer sannolika inom vården av äldre personer, men inriktningen av tjänsterna ska inte grunda sig på patientens ålder utan på en bedömning av huruvida patienten på basis av sitt hälsotillstånd kan ha nytta av behandlingen.

Inom socialvården innebär de föreslagna principerna för tjänsteutbudet inte någon förändring av skyldigheten att ordna lagstadgade tjänster och inte heller av de lagstadgade förutsättningarna för beviljande av dessa tjänster.

#### *Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning*

Vid bedömning av konsekvenserna för personer med funktionsnedsättning ska hänsyn tas till FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och konventionens bestämmelser om jämlikhet, hälsa och rehabilitering. Enligt artikel 25 erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna förbinder sig att erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, erbjuda sådana hälso- och sjukvårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av sin funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och tjänster som är avsedda att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, även för barn och äldre.

Artikel 26 förpliktar konventionsstaterna att vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, bland annat genom kamratstöd, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service på så sätt att dessa tjänster och program sätts in så tidigt som möjligt och grundas på en tvärvetenskaplig bedömning av vars och ens behov och förmåga.

---

<sup>41</sup> Paulamäki, Jasmin, m.fl. Prevalence of potentially inappropriate medication use in older population: comparison of the Finnish Meds75+ database with eight published criteria. *BMC Geriatrics* 23(13) 2023. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03706-z>.

<sup>42</sup> Hyttinen, Virva. Health and Economic Aspects of Potentially Inappropriate Medications in Older People. Itä-Suomen yliopisto 2018.

År 2024 fick cirka 135 000 personer i Finland funktionshinderservice på grundval av funktionsnedsättning. Det finns skillnader mellan välfärdsområdena i fråga om behovet av service och användningen av service.<sup>43</sup> Personerna med funktionsnedsättning utgör inte en homogen grupp, utan arten och svårighetsgraden av deras skada, sjukdom eller begränsning av funktionsförmågan varierar från person till person. Majoriteten av dem använder samma hälso- och sjukvårdstjänster som den övriga befolkningen. Å andra sidan är dessa personers behov av social- och hälsovårdstjänster också större än den övriga befolkningens, eftersom deras behov av tjänster ofta är livslångt. För dessa personer kan servicehelheten bestå av tjänster från flera olika sektorer och kräva specialkompetens.

Genom lagförslagen ändras inte den lagstadgade servicen för personer med funktionsnedsättning och lagförslagen ändrar inte heller förhållandet till de skyldigheter som följer av internationella konventioner. Propositionens konsekvenser för personerna med funktionsnedsättning är i princip likadana eller likartade som för den övriga befolkningen. Lagförslagen bedöms främja tjänsternas verkningsfullhet samt jämlikheten mellan klient- och patientgrupper. Särskilt bestämmelserna om behovet och verkningsfullheten som förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet syftar till att säkerställa att de som fattar besluten identifierar de upplevelser som personer med funktionsnedsättning har av tjänsternas, metodernas och arbetsformernas betydelse för deras hälsa och välfärd. Propositionens konsekvenser för dessa personers tjänster och välfärd bedöms till denna del vara positiva, liksom för övriga kunder och patienter. Inom hälso- och sjukvården kommer eventuella begränsningar av tjänsteutbudet att beröra personer med funktionsnedsättning på samma sätt som andra patienter, eftersom personer med funktionsnedsättning använder huvudsakligen samma hälso- och sjukvårdstjänster som den övriga befolkningen. Dessutom genomförs inom social- och hälsovården de rimliga anpassningar som avses i diskrimineringslagen för att säkerställa tillgången till och tillgängligheten för tjänsterna för personer med funktionsnedsättning.

När det gäller förslaget att föreskriva om principer om tjänsteutbudet har det dock identifierats en risk för att kostnaderna tillmäts för stor betydelse vid beslut om tjänsteutbudet och för att vissa klient- eller patientgruppers särskilda behov inte blir identifierade när beslut fattas om tjänsteutbudet. Dessa risker för att principerna för tjänsteutbudet inte följs i verksamheten har beskrivits ovan i avsnittet om lagförslagets konsekvenser för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Bestämmandet av tjänsteutbudet ska grunda sig på en helhetsbedömning som omfattar alla principer för tjänsteutbudet. Vid tillämpning av principerna bör man identifiera egenskaperna och behoven hos olika befolkningsgrupper och olika klient- och patientgrupper, de särskilda behoven hos grupper inom kund- eller patientgrupper samt de särskilda konsekvenserna och betydelsen av tjänsterna, arbetsmetoderna och metoderna för dessa grupper.

#### *Konsekvenser för jämställdheten mellan könen*

Konsekvenserna för jämställdheten överlappar ofta med andra konsekvenser och faktorer, såsom ålder, ekonomisk situation, bostadsort och ställning i arbetslivet. Detta har betydelse särskilt när man bedömer konsekvenserna på individnivå.

Det finns skillnader mellan könen i fråga om välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukdomsfrekvens och mortalitet. Mätt i förlorade levnadsår har skillnaderna i välfärd och hälsa

---

<sup>43</sup> Forsell Martta m.fl. (2025) Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. THL Työpaperi 7/2025.

mellan könen minskat under hela 2000-talet, men under granskningsperioden 2020–2022 förlorade männen nästan dubbelt så många levnadsår som kvinnorna.<sup>44</sup> Vissa sociala problem och sjukdomar är betydligt vanligare hos män än hos kvinnor. Kvinnor lever i medeltal längre än män, vilket tenderar att öka deras användning av tjänster. Kvinnor har oftare än män någon kronisk sjukdom eller hälsoproblem.<sup>45</sup>

Enligt befintliga forskningsdata använder kvinnor aktivare än män många social- och hälsovårdstjänster. Enligt Avohilmoregistret, som förs vid Institutet för hälsa och välfärd, stod kvinnorna år 2024 för 58 procent av öppenvårdsbesöken inom hälso- och sjukvården och männen för 42 procent.<sup>46</sup> Om hälsan och välfärden eller användningen av tjänster för personer som hör till en sexuell minoritet finns inga täckande forskningsdata tillgängliga.

Det finns skillnader mellan könen i fråga om användningen av social- och hälsovårdstjänster. Detta betyder att också propositionens konsekvenser är olika beroende på kön. De potentiella konsekvenserna berör i något högre grad kvinnliga kunder och patienter. Det bedöms att konsekvenserna i princip kommer att vara likadana som för den övriga befolkningen. Lagförslagen bedöms främja tjänsternas verkningsfullhet samt jämlikheten mellan klient- och patientgrupper och mellan regioner.

Propositionen kan minska skillnaderna i hälsa mellan könen genom målet att främja social- och hälsovårdens verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt. Prevention och insatser för att främja hälsa och välfärd som ger effekt kan dels minska antalet förlorade levnadsår särskilt för männen, som i detta avseende har en svagare ställning, dels minska det omsorgsansvar som typiskt ligger på kvinnorna. Detta åstadkoms genom att äldre personer upprätthåller sin funktionsförmåga bättre.

Ikraftträdandet och tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet kräver införande av nya förfaranden och personalutbildning. Dessa konsekvenser för den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården kommer att beröra främst kvinnor. Majoriteten av de anställda inom social- och hälsovårdsbranschen är kvinnor. Könsfördelningen bland läkarna är jämnare än i de övriga yrkesgrupperna inom social- och hälsovården.

#### *Konsekvenser för myndigheternas verksamhet*

Lagförslagen har konsekvenser för flera myndigheters verksamhet.

Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården, som verkar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet, ska tillämpa de föreslagna principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården när det utarbetar sina rekommendationer. Lagförslagen kräver ändringar i rådets beslutsförfarande och i kriterierna för dess rekommendationer. Tjänsteutbudsrådet ska i sin verksamhet beakta den ändring som föreslås i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och som innebär

---

<sup>44</sup> Kestilä, Laura – Karvonen, Sakari (red.). Lösningar för att bygga ett hållbart samhälle : Befolkningens hälso- och välfärdsöversikt 2025. Institutet för hälsa och välfärd 1/2025.  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-523-6.pdf>.

<sup>45</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Suomi: Maan terveystilanne 2023.  
[https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023\\_chp\\_fi\\_finnish.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf).

<sup>46</sup> Avohilmo: Besök inom hälso- och sjukvårdens öppenvård enligt åldersgrupp, kön och välfärdsområde.  
[https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/avo/perus03/fact\\_ahil\\_perus03?&row=sukupuolet-95149&column=aika-87596](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/avo/perus03/fact_ahil_perus03?&row=sukupuolet-95149&column=aika-87596). Hämtad 19.6.2025.

att uteslutningskriterier ersätts med principer som ska beaktas vid beslut om tjänsteutbudet och som fungerar som förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet. Principerna kommer att påverka tjänsteutbudsrådets beslutsförfarande huvudsakligen i fråga om de motiveringar som rådet ger till sina rekommendationer och där rådet redogör för tillämpningen av principerna och för helhetsbedömningen. Lagförslagets mål om att prevention och hälsofrämjande åtgärder ska betonas på ett nytt sätt kräver också att det skapas förfaranden som bidrar till att tjänster och metoder avsedda för främjande av befolkningens hälsa och för prevention oftare väljs ut för behandling i tjänsteutbudsrådets rekommendationsförfarande. Rådet kommer dock sannolikt att fatta relativt få beslut om att tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården ska uteslutas ur tjänsteutbudet eller att nya ska inkluderas i det omedelbart efter att de nya bestämmelserna trätt i kraft.

Inom socialvården finns inte ännu någon aktör som utfärdar nationella rekommendationer, vilket innebär att principernas konsekvenser uppstår i annan nationell styrning och i välfärdsområdenas egen innehållsstyrning. Målet är dock att i framtiden stärka de aktörer som bedömer metoder inom social- och hälsovården och ger riktlinjer om tjänsteutbudet samt de processer i vilka detta sker.

Lagförslaget kommer att ha konsekvenser för den utvärdering som utförs vid Institutet för hälsa och välfärd i samband med det nationella vaccinationsprogrammet. Dessutom kan lagförslaget ha indirekta konsekvenser för funktionerna i samband med registeruppgifter och dataklassificeringar. De data som Institutet för hälsa och välfärd samlar i sina register och klassificerar är av mycket stor betydelse för insamlingen och utnyttjandet av information om jämlikhet, behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnader för tjänsterna och för de åtgärder, metoder och arbetsformer som används i tjänsterna. Till denna del kan lagförslaget i någon mån öka arbetsmängden i dessa funktioner vid Institutet för hälsa och välfärd.

De föreslagna principerna för tjänsteutbudet har konsekvenser också för verksamheten vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, som lyder under Institutet för hälsa och välfärd, till den del som man inom ramen för normalitetsprincipen i hälso- och sjukvården för fångar följer rekommendationerna av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården. Principerna ska även tillämpas inom den hälso- och sjukvård som tillhandahålls av statens sinnessjukhus, som också lyder under Institutet för hälsa och välfärd. Enligt propositionen ska de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § hälso- och sjukvårdslagen beaktas framöver även inom hälso- och sjukvården för fångar och inom den hälso- och sjukvård som tillhandahålls vid statens sinnessjukhus. Ändringen kräver att Enheten för hälso- och sjukvård för fångar och statens sinnessjukhus gör ändringar i innehållsstyrningen av de tjänster som de ordnar och att man framöver tillämpar principerna för tjänsteutbudet i styrningen. Ändringarna innebär till exempel att man framöver ska identifiera de särskilda behoven hos fångar och häktade samt patienterna på statens sinnessjukhus i förhållande till tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet. Dessutom ska man genom innehållsstyrningen styra tillämpningen av tjänsteutbudsrådets rekommendationer inom hälso- och sjukvården för fångar och i statens sinnessjukhus. Utöver detta är statens skolhem, som genom en kommande ändring av barnskyddslagen blir Statens barnskyddsanstalt, och fängelsets familjeavdelning, som är underställda Institutet för hälsa och välfärd, producenter av vissa barnskyddstjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. De ovannämnda enheterna, som är underställda Institutet för hälsa och välfärd, ska i framtiden följa och delta i det nationella samarbetet kring tjänsteutbudet.

Principerna och det innehåll i tjänsteutbudet som håller på att utvecklas ska beaktas även i hälso- och sjukvården för de personer som avses i 26 § 2 mom. i mottagningslagen, det vill säga personer som får tillfälligt skydd, barn som har sökt internationellt skydd och offer för människohandel som är barn. Till denna del ska man i den hälso- och sjukvård som ingår i

mottagningstjänsterna följa rekommendationerna från tjänsteutbudsrådet inom hälso- och sjukvården och sträva efter att tillhandahålla ett utbud som motsvarar det tjänsteutbud som finns i välfärdsområdena. Som en följd av lagförslagen måste därmed förläggningarna och Migrationsverket till denna del uppdatera sina förfaranden. Konsekvensen bedöms inte bli betydande, eftersom tjänsterna för dessa patienter redan i nuläget ska tillhandahållas på samma grunder som personer som har en i lagen om hemkommun avsedd hemkommun. För de nämnda patienternas del bör således utgångspunkten inom sådan hälso- och sjukvård som omfattas av förläggningens organiseringsansvar vara att följa tjänsteutbudsrådets rekommendationer och samordna vårdens innehåll med det välfärdsområde där förläggningen är belägen. Lagförslagen har däremot inga konsekvenser för den nödvändiga socialservice som ges som mottagningstjänst och inte heller för den nödvändiga hälso- och sjukvården för vuxna asylsökande eller vuxna offer för människohandel.

De föreslagna principerna för tjänsteutbudet ska börja tillämpas även i de studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller enligt 17 § i hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom ska de enhetliga grunderna för vård enligt 7 § i hälso- och sjukvårdslagen börja beaktas i de tjänster som Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller. Ändringen kräver att Studenternas hälsovårdsstiftelse gör ändringar i innehållsstyrningen av de tjänster som den tillhandahåller. I innehållsstyrningens riktlinjer ska principerna för tjänsteutbudet börja tillämpas. De föreslagna ändringarna innebär till exempel att högskolestuderandenas särskilda behov ska identifieras i förhållande till tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet. Dessutom ska Studenternas hälsovårdsstiftelse genom innehållsstyrning styra tillämpningen av tjänsteutbudsrådets rekommendationer inom studerandehälsovården. Därmed ska stiftelsen följa och delta i det nationella samarbetet kring tjänsteutbudet.

Lagförslagets konsekvenser för Folkpensionsanstaltens (FPA) verksamhet begränsar sig till tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet i Folkpensionsanstaltens nuvarande funktioner i samband med sjukvårdersättningar och vård som erhållits utomlands. Enligt 2 kap. 3 § 1 mom. 10 punkten i sjukförsäkringslagen är det inte möjligt att få ersättning från sjukförsäkringen för sjukvårdskostnader som har uppkommit för vård som inte hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen. Folkpensionsanstalten håller sig kontinuerligt uppdaterad om vilka rekommendationer tjänsteutbudsrådet utfärdar och beaktar dem i sin förteckning över behandlingar och undersökningar som ersätts enligt sjukförsäkringen. Att bestämmelser införs om principer för tjänsteutbudet inom social-, hälso- och sjukvården bedöms inte ha någon stor inverkan på de behandlingar som ersätts från sjukförsäkringen, eftersom dessa kan anses redan nu vara bundna till tjänsteutbudet inom den offentliga hälso- och sjukvården. Men Folkpensionsanstalten ska framöver följa och delta i det nationella samarbetet kring tjänsteutbudet.

Eftersom 9 § i gränslagen föreskriver att en person kan få ersättning för kostnaderna för vård erhållen i ett annat EU-land under förutsättning av vården hör till tjänsteutbudet enligt 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen medför propositionen förändringar i det tjänsteutbud som ersättningarna enligt gränslagen omfattar. Med anledning av gränslagens tillämpningsområde granskas vid beslutsfattande om ersättningar i gränsoverskridande situationer om vården hör till tjänsteutbudet även i fråga om personer vars hälso- och sjukvård omfattas av landskapet Ålands organiseringsansvar. I detta avseende påverkar propositionen således de ersättningar som Folkpensionsanstalten betalar enligt gränslagen även för invånarna i landskapet Åland. Genom lagändringarna ändras dock inte gränslagen och således inte heller till exempel de förfaranden som gäller ersättning av kostnader. Även i fråga om ersättningsförfarandena enligt gränslagen bedöms därmed att lagförslagets konsekvenser för Folkpensionsanstaltens verksamhet och uppgifter är små.

Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter rehabilitering samt betalar rehabiliteringspenningförmåner enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005, nedan rehabiliteringslagen).

Ansvar för att ordna medicinsk rehabilitering är uppdelat mellan välfärdsområdet och Folkpensionsanstalten, huvudsakligen så att om det är frågan om ett högst ettårigt rehabiliteringsbehov eller om en person som har fyllt 65 år, är det välfärdsområdet som har ansvaret för att ordna rehabiliteringen. Lagförslagen har inga direkta konsekvenser för den krävande medicinska rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi som Folkpensionsanstalten ordnar, eftersom hälso- och sjukvårdslagen inte tillämpas på rehabilitering enligt rehabiliteringslagen. I framtiden vore det motiverat att överväga om tillämpliga bestämmelser om principerna för tjänsteutbudet bör införas även i rehabiliteringslagen i fråga om den medicinska rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi som Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter. Att införa sådana bestämmelser skulle synliggöra till exempel betydelsen av rehabiliteringens kostnadsnyttoeffekt, men det skulle också bli tydligare än för hur man tryggar en jämlik tillgång till rehabilitering för klienterna.

De föreslagna bestämmelserna om principer för tjänsteutbudet bedöms inte ha några stora direkta konsekvenser för verksamheten hos tillsynsmyndigheter och domstolar. Indirekta konsekvenser kan uppstå om klagomålen, fallen av ändringssökande eller förvaltningsstvisterna ökar i antal till följd av att tjänster, metoder och arbetsformer inom social- och hälsovården utesluts ur tjänsteutbudet.

#### *Konsekvenser för välfärdsområdena*

När principer för tjänsteutbudet införs i lagstiftningen handlar det för välfärdsområdenas del om hur de sköter de uppgifter som de har enligt nu gällande lagstiftning, det vill säga i propositionen föreslås inga nya uppgifter för välfärdsområdena. Principerna för tjänsteutbudet styr innehållet i välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter på den nivå där besluten fattas om till exempel hur metoder och arbetsformer ska inriktas.

De föreslagna bestämmelserna stöder sådana val och prioriteringar inom välfärdsområdets innehållsstyrning av social- och hälsovården som som är mer verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva än för närvarande. De föreslagna bestämmelserna har konsekvenser för hur tjänster ordnas, produceras och genomförs, särskilt i fråga om vilka tjänster, arbetsformer och metoder som välfärdsområdena använder som en del av sitt tjänsteutbud. När beslut fattas och val görs baserat på principerna, kan det leda till att enskilda hälso- eller sjukvårdstjänster, metoder eller tjänster eller arbetsformer inom socialvården faller bort. Samtidigt kan det leda till att resurser frigörs och överförs till tjänster, arbetsformer eller metoder med större verkan eller till att sådana tas i bruk. I förväg är det dock svårt att bedöma förändringarnas omfattning och konsekvenser för tjänsteutbudet eller för användningen av metoder och arbetsformer. I och med att välfärdsområdena ordnar social- och hälsovården är principerna kopplade till ledningen och det politiska beslutsfattandet i välfärdsområdena, såsom till beslutsfattande i strategi- och budgetfrågor.

Att bedöma olika tjänster, arbetsformer och metoder med avseende på deras berättigande, verkningsfullhet och kostnader och att göra detta i förhållande till klientens och patientens tillstånd och behov hör redan i dag till social- och hälsovårdspersonalens vardagliga arbete. Därmed har de föreslagna principerna för tjänsteutbudet konsekvenser för klient- och patientarbetet i första hand genom tillämpningen av nationella rekommendationer och

välfrädsområdenas innehållsstyrning. Avsikten med förslaget är inte att frånta de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården deras autonomi eller att ändra den utgångspunkten att det är de som fattar besluten om vård, behandlingar och socialvård, utifrån sin sakkunskap, sina yrkesetiska skyldigheter och lagstiftningen om social- och hälsovård samt i samförstånd med klienten och patienten.

Verkställigheten av lagförslagen kan kräva att välfrädsområdena gör ändringar i sina befintliga tjänster, beslutsprocesser och styrningsstrukturer. När det gäller riktlinjerna om tjänsteutbudet inom socialvården kan det vara nödvändigt att välfrädsområdena till exempel uppdaterar sin förvaltningsstadga. De uppgifter som ingår i innehållsstyrningen hör dock redan i nuläget till välfrädsområdenas ledningsmodell, så konsekvenserna kommer i princip att ha samband med tillämpning av de föreslagna principerna i befintliga strukturer. De föreslagna bestämmelserna innebär att välfrädsområdena ska tillämpa principerna för tjänsteutbudet och de nationella rekommendationerna om tjänsteutbudet systematiskt i arbetet med att skapa tjänster och vårdstigar, i beslut om hur tjänster ska organiseras och i styrning relaterade till dessa. Därmed kan verkställandet till en början ge välfrädsområdena en aning mera arbete i form av en ny administrativ börda och utbildningsbehov, då man i områdena skapar en gemensam förståelse för principernas betydelse i tjänsterna eller eventuellt nya beslutsförfaranden. Principerna kommer huvudsakligen att påverka välfrädsområdenas beslutsförfarande på så sätt att de i motiveringarna till regionala riktlinjer och anvisningar ska redogöra för tillämpningen av principerna och helhetsbedömningen. Den nya prioriteringen av prevention och främjande av hälsa och välfärd kräver dock att välfrädsområdena stärker kunskapsunderlaget för de tjänster, arbetsformer och metoder som är avsedda för dessa mål. Även bedömningen och beslutsfattandet bör stärkas.

Dessutom måste välfrädsområdena uppdatera rutinerna i samband med arbetsfördelning, samarbete och samordning för tillämpningen och samordningen av tjänsteutbudet i samarbetsområdena för social- och hälsovården. Denna konsekvens gäller särskilt de områden som ansvariga läkare, professionsledare inom socialvården, de som leder vårdarbete och sektorchefer har ansvar för.

Att tjänsteutbudet förenhetligas har konsekvenser för välfrädsområdenas ekonomi genom de kostnadsersättningar mellan välfrädsområdena om vilka det föreskrivs i 57 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Den enhetliga nationella tillämpningen av tjänsteutbudet kommer i viss mån att minska antalet situationer där välfrädsområdet måste betala kostnaderna för vård som inte hör till tjänsteutbudet men som en invånare i välfrädsområdet fått i ett annat välfrädsområde eller ett annat EU-land. Denna konsekvens beror på att patienterna i fråga om tjänsteutbudets innehåll kan förvänta sig likadan vård i hela landet samt i ersättningskriterierna för vård som erhållits i ett annat EU-land. Patienterna kommer dock även framöver att utnyttja sin rätt att välja vårdplats, till exempel baserat på hur snabbt de kan få vård, på hur vårdrelationen fungerar eller på andra personliga skäl

## **5 Alternativa handlingsvägar**

### **5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser**

Under beredningen av lagförslagen har följande alternativa handlingsvägar tagits upp.

Ett alternativ som bedömdes var att inga ändringar görs i lagstiftningen. Fördelen med detta alternativ är att det då blir möjligt att vänta tills arbetet med den utredning som pågår vid social- och hälsovårdsministeriet och som handlar om organisationsmodeller för den nationella utvärderingen av och beslutsfattandet om hälso- och sjukvårdsmetoder samt den eventuella

efterföljande lagberedningen har framskridit. Det blir också möjligt att vänta på att den pågående utredningen om bedömnings- och rekommendationsverksamheten inom socialvården blir klar. Då hinner man utveckla beslutsstrukturerna och verkställandet innan bestämmelser om principerna för tjänsteutbudet införs i lagstiftningen. Under beredningen har det dock bedömts att utan de lagförslag som nu läggs fram skulle insatserna för att främja social- och hälsovårdens verkningsfullhet genomföras för långsamt, och välfärdsområdena och andra aktörer med organiseringsansvar skulle inte få tillräckligt med stöd i sitt beslutsfattande. Dessutom skulle det vara till fördel att ha en lagstiftningsgrund för innehållet i tjänsteutbudet när lagstiftning börjar beredas utifrån utredningarna om bedömning av och beslutsfattande om metoder inom hälso- och sjukvården samt om bedömnings- och rekommendationsverksamheten inom socialvården.

Ett annat alternativ som har bedömts är att stifta en separat lag som innehåller mer omfattande bestämmelser om bestämmandet och prioriteringen i fråga om tjänsteutbudet inom social- och hälsovården, en lag som gäller båda sektorerna. I detta alternativ skulle principerna gälla inte bara tjänsterna och metoderna inom hälso- och sjukvården samt tjänsterna och arbetsformerna inom socialvården, utan alla val av prioriteringskaraktär som görs inom social- och hälsovården. Utöver bestämmelser om principer kunde lagen också innehålla bestämmelser om strukturer och befogenheter för bedömningen av och beslutsfattandet om metoder samt bestämmelser om hur verkställandet ska genomföras. Under beredningen visade det sig att ett sådant alternativ skulle vara för ambitiöst, eftersom helheten är så komplex, och dessutom var utredningarna om bedömning av och beslutsfattande om metoderna inom hälso- och sjukvården samt om bedömnings- och rekommendationsverksamheten inom socialvården inte ännu klara när lagförslagen bereddes. Under beredningen ansågs det problematiskt att stifta en separat lag även av den orsaken att tjänsterna generellt regleras genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen. Det finns också betydande skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialvården i fråga om termer och i traditionen inom vetenskapsgrenarna och genomförandet av tjänster, varför det ansågs motiverat att föreskriva om principerna separat i både hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen.

Det tredje alternativ som bedömdes var att ändra de kriterier för uteslutning ur tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården som anges i 7 a § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen. Då hade principerna kunnat utvecklas till exempel så att kostnadernas orimlighet hade blivit ett eget uteslutningskriterium i stället för att det, som i gällande lagstiftning, är möjligt att utesluta en tjänst eller behandling på grund av orimliga kostnader endast om effekten samtidigt är liten. Under beredningen gjordes ändå den bedömningen att bestämmelser om förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet kan skapa en helhet som är mer balanserad med hänsyn till bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen om att det allmänna ska tillförsäkra tillräckliga social, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och som innehåller de synpunkter som är viktigast för beslutsfattandet.

Det fjärde alternativ som övervägdes var att utöver principer fastställa mer detaljerade kriterier för tillhörighet till tjänsteutbudet. Detta alternativ övergavs eftersom det skulle vara svårt att föreskriva om sådana kriterier på lagnivå, då kriterierna ofta beror på klient- och patientgruppen eller sammanhanget. Dessutom kan sådana kriterier, till exempel en gräns för hur mycket en ny metod får kosta i euro i förhållande till den hälso- eller välfärdsfördel som åstadkoms, vara svåra att hålla uppdaterade. De föreslagna principerna för tjänsteutbudet lämnar dessutom i olika praktiska beslutssituationer tillräckligt med utrymme för en sådan helhetsbedömning där principerna kan tillämpas på ett positivt sätt med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna och i överensstämmelse med annan social- och hälsovårdslagstiftning. En sådan situationsbaserad bedömning som tar hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna skulle inte vara möjlig i

samma utsträckning om lagstiftningen innehåller detaljerade kriterier för tillhörighet till tjänsteutbudet.

Under beredningen övervägdes även det alternativet att bestämmelser om principer införs endast för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Inom socialvården är strukturerna för innehållsstyrningen och data om verkningsfullhet inte lika utvecklade och strukturerade som inom hälso- och sjukvården. En sådan lösning skulle dock ha ökat särutvecklingen av regleringen och styrningen av tjänsteutbudet och prioriteringen inom hälso- och sjukvården och socialvården. Under beredningen konstaterades också att värdegrunden för principerna för tjänsteutbudet är ganska samstämmig, vilket talade för att bestämmelserna bör införas samtidigt. Valfärdsområdena ansvarar för organiseringen av tjänsterna inom både socialvården och hälso- och sjukvården, och deras verksamhet grundar sig på finansiering med allmän täckning. Av denna anledning är det också ändamålsenligt att utveckla verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffekten för tjänsteutbudet i samma takt och så enhetligt som möjligt inom båda sektorerna.

## 5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

### 5.2.1 Hälso- och sjukvården

Den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE) publicerade 2024 en utredning som omfattade internationella exempel på etiska principer vid prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.<sup>47</sup> I utredningen inkluderades länder där prioriteringsarbete har utförts aktivt inom hälso- och sjukvården. De länder som behandlas i denna proposition valdes ut på basis av den utredning som ETENE hade publicerat, och de utvalda ländernas hälso- och sjukvårdssystem liknar det finska systemet mest.

#### *Sverige*

I Sverige finns bestämmelser om etiska principer för prioritering i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (människovärdesprincipen). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (behovs-solidaritetsprincipen). Den tredje etiska principen är kostnadseffektivitetsprincipen. Den är dock sekundär och underställd människorättsprincipen och behovs-solidaritetsprincipen. Resurserna ska användas så effektivt som möjligt, och vid val mellan olika tjänster eller åtgärder ska man försöka nå en rimlig balans mellan kostnaderna och hälsofördelen.

Patientens personliga egenskaper, samhällsaktivitet, ställning i samhället, begåvning, inkomstnivå, ålder eller andra individuella faktorer får inte ha avgörande inverkan på tillgången till vård eller vilket slags vård patienten får.

#### *Norge*

---

<sup>47</sup> Kansainvälisiä esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista. ETENEn tilaama selvitystyö (2024). <https://etene.fi/julkaisut>

I Norge har prioriteringsprinciper och prioriteringsförfaranden tagits fram främst inom specialsjukvården. Inom den kommunala hälsovården har prioriteringsdiskussioner förts i mindre utsträckning.<sup>48</sup>

Om principer för prioritering inom hälso- och sjukvården föreskrivs i lagen om patienters och klienters rättigheter (Lov om pasient- og brukerrettigheter). Om grunderna för prioriteringen föreskrivs närmare i en förordning om prioritering av hälso- och sjukvårds tjenester (Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til behandling i utlandet). Principerna grundar sig på Lønning II-kommitténs rapport, som det norska parlamentet godkände som nationell värdegrund för hälsovården.

Principerna för prioriteringen är 1) sjukdomens svårighetsgrad, enligt vilken man i vården ska prioritera sjukdomar som kan leda till många förlorade friska levnadsår, 2) den nytta som vården kan väntas medföra för hälsan, det vill säga i vilken mån åtgärden förlänger patientens liv eller förbättrar patientens livskvalitet och 3) den så kallade resursprincipen: ju mindre hälsovårdsresurser en åtgärd kräver, desto högre prioritet ges den. Som resurser beaktas bland annat den tid som vården av patienten kräver, den yrkesutbildade personal som behövs för vården och andra personalkonsekvenser. Prioriteringsprinciperna bedöms som en helhet och genom vägning mot varandra. Principerna tillämpas på system- eller gruppnivå och i beslut om vård och behandling av enskilda patienter.

Patientens egna tidigare handlingar som varit skadliga för hälsan får inte påverka vårdbesluten.<sup>49</sup> Vid bedömning av förväntad nytta bör ingen vikt läggas vid hur mycket vården påverkar patientens effektivitet eller produktivitet och inte heller vid hur vården påverkar de offentliga tjänster, pensioner eller andra förmåner som patienten kommer att få i framtiden. Om vården innebär att hälsotillståndet eller livskvaliteten för patientens familjemedlemmar och närstående förbättras kan även det beaktas vid bedömning av nyttan, om det anses ändamålsenligt.

### *Danmark*

Det etiska rådet i Danmark (Det Etiske Råd) har tagit fram en värdegrund och mål för hälso- och sjukvården. De allmänna värdena inom hälso- och sjukvården är jämlikhet, solidaritet, säkerhet och självbestämmanderätt. Sekundära värden är social och geografisk rättvisa, kvalitet, kostnadsnyttoeffekt och demokrati. Det etiska rådet har identifierat att de sekundära värdena kan komma i konflikt med varandra, varför det måste skapas balans mellan dem. Rådet angav dock inte några mer specifika metoder och villkor för vägningen av olika värden mot varandra.<sup>50</sup> En av de slutsatser som drogs i en utredning som det etiska rådet publicerade 2018 var att jämlikhetsprincipen inte förverkligas inom hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården

---

<sup>48</sup> NOU 2018:16. First things first. Prioritisation principles for municipal health and care services and publicly funded dental health services. English summary.

<sup>49</sup> NOU 1997:18. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, s. 134.

<sup>50</sup> Hofman, Bjørn. Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9414-8>; Bladt, Tara – Vorup-Jensen, Thomas – Ebbesen, Mette. Principles for Just Prioritization of Expensive Biological Therapies in the Danish Healthcare System. *Journal of Bioethical Inquiry* 20 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10283-2>.

har vissa sjukdomar prioriterats och resurser har i alltför hög grad riktats till dyra mediciner, på bekostnad av annan behandling.<sup>51</sup>

Det danska parlamentet har godkänt prioritetsprinciper för användningen av sjukhusmediciner. Principerna för beslutsfattandet är sakkunskap, oavhängighet, geografisk jämlikhet, öppenhet, snabbt införande av nya, effektiva mediciner, mer hälsa för pengarna och tillgång till vård. Alla principer är viktiga, och de bör betraktas som principer som kompletterar varandra.<sup>52</sup> Regionerna har senare kompletterat parlamentets förteckning med principerna allvarlighet och försiktighet.<sup>53</sup>

### *England*

I England är det viktigaste organet för innehållstyrning och styrning inom hälso- och sjukvården NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), om vars verksamhet det föreskrivs i hälso- och socialvårdslagen (Health and Social Care Act 2012). NICE:s beslutsprocesser baserar sig på bioetiska grundprinciper, till vilka hör respekt för självbestämmanderätten, åstadkommande av nytta, undvikande av oönskade effekter och rättvisa.<sup>54</sup> När det gäller prioritering och bestämmande av tjänsteutbudet är NICE:s viktigaste principer verkningsfullhet, kostnadsnyttoeffekt och rättvisa. I NICE:s etiska referensram eftersträvas rättvisa genom betoning av förfarandemässig rättvisa, som grundar sig på en modell som kallas Accountability for Reasonableness. I denna modell säkerställs ett rättvist beslutsfattande genom transparens i beslutsfattandet, tillämpning av principer som är väsentliga och godtagbara, möjlighet att få beslut omprövade och lagstiftning om förfarandet vid beslutsfattande.

#### 5.2.2 Socialvården

Enligt den internationella jämförelsen är prioritering en företeelse som i hög grad är koncentrerad till hälso- och sjukvården. Inom socialvården finner man inte några liknande exempel.

I England har NICE gett evidensbaserade rekommendationer för sociala tjänster till barn, unga och personer i arbetsför ålder. Rekommendationerna utarbetas enligt samma principer som inom hälso- och sjukvården<sup>55</sup>, och verkningsfullhet och kostnader bedöms.<sup>56</sup>

I Danmark har prioriteringar inom socialvården diskuterats. Socialvårdens utgifter har ökat kraftigt i Danmark mellan 2018 och 2022. Ökningen har varit särskilt kraftig inom boendetjänsterna. Sakkunnigkommittén för socialvården publicerade 2024 en rekommendation om hållbar professionell och ekonomisk utveckling inom socialvården. Rapporten behandlar ingående prioriteringsmöjligheterna inom socialvården. Enligt sakkunnigkommittén är prioritering inom socialvården nödvändig för att kommunerna ska klara av sitt lagstadgade

<sup>51</sup> Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. Det etiske råd 2018. <https://etiskraad.dk/alle-udgivelser/indretning-af-sundhedsvaesenet/retfaerdig-prioritering-i-det-danske-sundhedsvaesen>.

<sup>52</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. Princippapir om prioritering for sygehuslægemidler. 31.3.2016. <https://www.ism.dk/Media/3/7/Princippapir-om-prioritering-for-sygehuslaegemidler.pdf>.

<sup>53</sup> Det etiske råd 2018.

<sup>54</sup> Social Value Judgements: Principles for the development of NICE guidance.

<sup>55</sup> Social Value Judgements: Principles for the development of NICE guidance.

<sup>56</sup> NICE. The social care guidance manual. <https://www.nice.org.uk/process/pmg10/resources/the-social-care-guidance-manual-pdf-72286648234693>.

ansvar och sina lagstadgade uppgifter och för att klienterna ska få det stöd som de behöver. Enligt utredningen beaktas ekonomiska aspekter i nuläget inte tillräckligt i beslutsfattandet, vilket leder till att kommunerna i enskilda fall väljer onödigt dyra tjänster och metoder för enskilda klienter. I rapporten ger sakkunnigkommittén sammanlagt 19 åtgärdsrekommendationer. Till det som rekommenderas hör att bestämmelserna i den lag som reglerar tjänsterna ska förtydligas, att en kraftigare styrning ska tillämpas i fråga om boendetjänsterna, att det ska satsas på förebyggande åtgärder och åtgärder för tidigt stöd och att forskningsdata ska utnyttjas i större utsträckning. Målsättningen är att kommunerna ska få bättre förutsättningar att göra medvetna prioriteringar inom socialvården och att de sociala tjänsterna ska vara verkningsfulla, kostnadseffektiva, ges i rätt tid och vara ändamålsenliga.<sup>57</sup>

## 6 Remissvar

Det var möjligt att ta ställning till utkastet till proposition under en period på sex veckor. Finskspråkiga utlåtanden kunde lämnas in 30 oktober–11 december 2025 och svenskspråkiga 11 november–23 december 2025. Begäran om utlåtande skickades till 198 instanser, och dessutom publicerades utkastet till proposition i tjänsten utlåtande.fi. Alla som så önskade kunde yttra sig i ärendet. Totalt 160 utlåtanden lämnades in. Vissa yttrade sig i flera instansers namn.

Från välfärdsområdena, inklusive Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, kom det in 15 utlåtanden, från statliga myndigheter 16, från fackorganisationer 20, från andra organisationer och föreningar 68, från andra aktörer 20, från företag 3 och från privatpersoner 11. Dessutom meddelade 7 aktörer att de inte lämnar något utlåtande. Beredningsunderlaget och utlåtandena har publicerats elektroniskt i social- och hälsovårdsministeriets tjänst för projektinformation: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM113:00/2023>.

Majoriteten av dem som yttrade sig understödde propositionen, men de flesta preciserade sitt understöd genom att ange till vilka delar de understödde den och till vilka delar de inte gjorde det. Enligt remissvaren ansågs de mål i utkastet till proposition som gällde att införa principer för tjänsteutbudet i princip vara värda att stödja och aktuella. I utlåtandena välkomnades det att gemensamma lagstadgade principer ger möjlighet att öka transparensen, förutsägbarheten och jämlikheten i beslutsfattandet och att stödja inriktningen av de begränsade resurserna till verkningsfulla och ändamålsenliga tjänster. I synnerhet välfärdsområdena, aktörer inom statsförvaltningen och flera fackorganisationer ansåg att principerna svarar på ett identifierat behov av att klargöra bakgrunden till bestämmandet av tjänsteutbudet och beslutsfattandet och av att skapa en enhetligare nationell styrning inom social- och hälsovården.

Remissinstanserna ansåg det vara positivt att principerna för tjänsteutbudet bestäms i form av förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet och inte i första hand som uteslutningsgrunder. Principerna om behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt samt de genomgående principerna om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet ansågs bilda en etiskt godtagbar och systematisk helhet. Det ansågs också positivt att förfarandet ska basera sig på en helhetsbedömning, då detta möjliggör att individuella situationer beaktas och innebär att bedömningen inte grundar sig på en mekanisk tillämpning av enskilda kriterier. I flera utlåtanden betonades att principerna i bästa fall bidrar till att metoder utan verkan eller metoder

---

<sup>57</sup> Social- og Boligministeriet. Anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet. Endelig rapport. April 2024. <https://www.sm.dk/publikationer/2024/apr/ekspertudvalget-paa-socialomraadet-s-en-delige-rapport>.

med liten nytta slopas och främjar ibrukttagandet av nya, verkningsfulla metoder som grundar sig på forskningsrön.

Samtidigt framfördes i remissvaren farhågor kring principernas allmänna karaktär och mångtydighet. I utlåtandena konstaterades att utan tydlig nationell innehållsstyrning, konkreta tillämpningsanvisningar och tillräckliga strukturer kan principernas praktiska betydelse bli begränsad. Särskilt välfärdsområdena och aktörerna inom statsförvaltningen ansåg att principerna inte ensamma ger mervärde, om ansvarsfördelningen, beslutsnivåerna och vägningen av principerna mot varandra förblir oklar för dem som tillämpar dem. Om det saknas en nationellt enhetlig styrning och uppföljning finns det enligt utlåtandena risk för att tillämpningen av tjänsteutbudet blir splittrad, att de regionala skillnaderna kvarstår eller till och med ökar och att klienternas och patienternas jämlikhet inte förverkligas.

När det gäller socialvården var det många som uttryckte farhågor om principernas tillämplighet. Flera remissinstanser påpekade att data om verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt för tjänsterna inom socialvården ännu är knapphändiga och de nationella rekommendations- och bedömningsstrukturerna bristfälliga. Detta ansågs försvåra en enhetlig och rättvis tillämpning av principerna. Dessutom ansågs att socialvårdens särdrag, såsom den individuella bedömningen av behov, de långa resultatkedjorna och tjänsternas situationsbundenhet, inte till alla delar kom fram i utkastet till proposition. Flera instanser ansåg att det finns risk för att tillämpningen av principerna leder till ett smalare utbud av lagstadgade tjänster eller minskade subjektiva rättigheter, om principernas förhållande till speciallagstiftningen inte preciseras närmare.

Principen om kostnadsnyttoeffekt fick både understöd och betydande reservationer i utlåtandena. Flera remissinstanser ansåg det vara nödvändigt att beakta kostnadsnyttoeffekten med tanke på hållbarheten i den offentliga ekonomin, men samtidigt betonades att det ekonomiska perspektivet inte får börja dominera på bekostnad av individuella behov, yrkesmässiga bedömningar eller de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. I synnerhet fackorganisationerna inom den sociala sektorn och funktionshinder-, patient- och medborgarorganisationerna uttryckte oro för att kostnadsnyttoeffekten blir för dominerande, vilket kan missgynna utsatta grupper, personer med en sällsynt sjukdom, kroniskt sjuka, äldre och personer för vilka de offentliga tjänsterna är det enda reella alternativet. I utlåtandena framfördes att för många tjänsters del syns verkan först efter en lång tid och att kortsiktiga bedömningar inte lämpar sig särskilt väl för till exempel förebyggande tjänster, rehabilitering och psykosociala interventioner.

Beträffande de ekonomiska konsekvenserna ansåg majoriteten av remissinstanserna att det aktuella utkastet till proposition inte gav en tillräckligt konkret eller tillförlitlig bild av konsekvenserna för den offentliga ekonomin eller för välfärdsområdenas kostnader. Bedömningen ansågs basera sig på antaganden om den framtida tillämpningen utan beräkningar av belopp eller scenarier. I synnerhet för socialvårdens del konstaterades att bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna försvåras av det bristfälliga kunskapsunderlaget och servicebehovens oförutsägbarhet. I flera utlåtanden påpekades att verkställandet av principerna kräver tilläggsresurser bland annat för forskning, utbildning och nationell styrning, och att dessa kostnader inte har bedömts tillräckligt. Å andra sidan identifierade en del av remissinstanserna en långsiktig potential för besparingar, om resurser riktas till tjänster som är verkningsfulla och om metoder med liten nytta fasas ut på ett kontrollerat sätt.

Det ansågs att bedömningen av konsekvenserna för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna och för jämlikheten inte till alla delar var tillräcklig. I flera utlåtanden ansågs att bedömningen fokuserade på formell jämlikhet och inte i tillräcklig omfattning

beaktade förverkligandet av faktisk jämlikhet. Bedömningen av konsekvenserna för i synnerhet personer med funktionsnedsättning, barn, äldre, klienter med psykisk ohälsa och drogmissbruk, samerna och språkliga minoriteter ansågs vara knapphändig. Remissinstanserna poängterade att mer uppmärksamhet bör fästas vid skyldigheterna med anledning av FN:s funktionshinderkonvention, principen om att barnets bästa ska komma i främsta rummet och de språkliga rättigheterna samt behovet av positiv särbehandling i situationer där det är en förutsättning för faktisk jämlikhet.

När det gäller verkställandet framhölls i remissvaren att ibruktagande av principerna kräver en stark nationell innehållsstyrning, tydlig ansvarsfördelning och tillräckliga resurser. Särskilt inom socialvården föreslogs att det inrättas ett nationellt bedömnings- och rekommendationsorgan som motsvarar tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården och att principerna ska börja tillämpas först efter en övergångsperiod. Rollen för samarbetsområdena för välfärdsområdena ansågs huvudsakligen vara ändamålsenlig, men att det finns risk för att olika tolkningar görs i olika områden om det saknas nationell styrning. Fackorganisationerna betonade att tillämpningen av principerna i det vardagliga klient- och patientarbetet kräver konkreta anvisningar, utbildning och stöd. Samtidigt betonades att den yrkesmässiga bedömningen bör bevaras och att personalens belastning inte får öka orimligt mycket.

Utifrån remissvaren preciserades under den fortsatta beredningen den föreslagna paragrafen i socialvårdslagen så att den betonar planering av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt beslutsfattande om ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer. Då skulle det tydligare framgå att riktlinjerna om tjänsteutbudet fastslås på nationell och regional nivå och att enskilda anställda inte behöver bestämma till exempel om en viss arbetsform ska höra till tjänsteutbudet.

Under den fortsatta beredningen har remissvaren beaktats i motiveringen till lagförslagen. Motiveringen preciserades avsevärt. Dessutom ändrades förslaget om konsekvensbedömningen så att bedömningen blev mer exakt och mångsidigare, särskilt i fråga om konsekvenserna för olika befolkningsgrupper och för myndigheterna. För att förtydliga tillämpningsområdet för principerna för tjänsteutbudet och för de enhetliga grunderna för vård inkluderades preciserande författningsförslag om hälso- och sjukvården för fångar (fängelselagen, häktningsslagen), om statens sinnessjukhus (mentalvårdslagen) och om Studenternas hälsovårdsstiftelse (lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande).

## **7 Specialmotivering**

### **7.1 Hälso- och sjukvårdslagen**

**7 a §. Principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården.** Det föreslås att paragrafen ändras så att den föreskriver om förutsättningar för att tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet. I den gällande 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om faktorer som sätter gränser för vilka tjänster eller metoder som kan höra till tjänsteutbudet.

Nu föreslås att paragrafen ändras så att den föreskriver om principer som när det gäller tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården ska ligga till grund för beslut om ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt om hur användningen ska inriktas. Målet är att utveckla beslutsfattande, lösningar och val som gäller utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster så att grunderna för dem är öppna och acceptabla och främjar jämlikhet, behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt.

I paragrafen föreslås att en förutsättning för tillhörighet till tjänsteutbudet är att principer som gäller behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt är uppfyllda. Enligt paragrafen ska dessa principer beaktas som en del av en helhetsbedömning i vilken patienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet ska säkerställas. Principernas inbördes viktning ska övervägas som en del av helhetsbedömningen, och den kan variera från situation till situation. Paragrafen ska också möjliggöra en begränsad avvikelse från tjänsteutbudet i individuella situationer som allvarligt hotar liv eller hälsa, på samma sätt som i gällande paragraf.

Att i paragrafen föreskriva om principer för tjänsteutbudet bidrar till att det allmännas skyldighet att tillförsäkra tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen blir definierad. Principerna ska styra de nationella beslutsfattare som har ansvar för besluten om tjänsteutbudet, både välfärdsområdena på de olika organisationsnivåerna och i olika verksamheter, när de bestämmer tjänsteutbudet. Yrkesutbildade personer ska tillämpa principerna och givna riktlinjer i patientarbetet på grundval av patientens individuella behov och en bedömning.

De principer som föreslås i paragrafen är i sig inte nya inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Patientens behov samt säkerhet, kvalitet och verkningsfullhet inom hälso- och sjukvården anges redan nu i gällande lagstiftning i form av skyldigheter som gäller ordnande och genomförande av hälso- och sjukvårdstjänster, bland annat i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Om kostnadsnyttoeffekt i verksamheten inom hälso- och sjukvården finns bestämmelser till exempel i lagstiftningen om ordnande av tjänster, men det har inte tidigare föreskrivits om detta direkt som en förutsättning för att en enskild tjänst eller metod ska höra till tjänsteutbudet.

Motsvarande principer eller aspekter har redan tidigare beaktats vid bedömning av om en tjänst eller metod ska höra till tjänsteutbudet, bland annat när tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården beslutat om sina rekommendationer och när välfärdsområdena fattat sina beslut. Samma aspekter bedöms också som en del av vården av en enskild patient. I bakgrunden finns förutom lagstiftning även en tradition inom medicin, odontologi och annan yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Vårdbeslut fattas med målsättningen att patientens behov ska tillgodoses med en trygg och verkningsfull metod. Inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ingår också aspekter relaterade till kostnadsnyttoeffekt på ett eller annat sätt i besluten.

De föreslagna principerna ska tillämpas med beaktande av annan lagstiftning, till exempel de bestämmelser i grundlagen, hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen (785/1992) som gäller patientens rättigheter och gott bemötande, jämlikhet, icke-diskriminering, rätt till liv, tillräckliga tjänster, tjänsternas innehåll, kvalitet, säkerhet och verkningsfullhet. Tolkningen av principerna bör vara positiv med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.

I motiveringen till paragrafen används förenklade exempel för att illustrera tillämpningen av principerna. Avsikten med exemplen är dock inte att bestämma vad utgången ska bli när tjänsteutbudet bestäms, eftersom det egentliga beslutsfattandet om tjänsteutbudet kräver tillämpning av principerna för tjänsteutbudet som en del av den helhetsbedömning som görs separat för varje tjänst och metod.

Enligt paragrafens 1 mom. omfattar tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar hos individen eller befolkningen, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom eller skada hos individen eller befolkningen samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering av individen eller befolkningen.

Tjänsteutbudet kan inte definieras uttömmande på så sätt att utbudet beskrivs för varje enskild tjänst eller metod för alla olika situationer och för olika patientgrupper. En tjänst eller metod kan höra till tjänsteutbudet, men den kan också tas bort från utbudet när mer information erhålls. En tjänst eller metod kan höra till tjänsteutbudet endast om vissa villkor uppfylls, till exempel ett visst stadium av en sjukdom, eller höra till tjänsteutbudet endast för en viss patientgrupp. För en enskild patient kan även en viss tjänst eller metod som i sig ingår i tjänsteutbudet höra till de tillgängliga behandlingsalternativen vid en viss tidpunkt men inte vid en annan tidpunkt, om det sker en förändring i hälsotillståndet eller andra förhållanden och vice versa.

Det hör till hälso- och sjukvårdens karaktär att undersöknings- och vårdpraxis och användningen av tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården utvecklas med tiden då nya tjänster och metoder samt ny kunskap, erfarenhet och evidens blir tillgängliga. På grund av detta förändras och utvecklas tjänsteutbudet över tid. Man bör utgå från den helhet bestående av undersökningar, diagnos, vård, behandling och rehabilitering som vid respektive tidpunkt är allmänt godtagen och används. Å andra sidan har inte alla tjänster och metoder som används för närvarande bedömts i en helhetsbedömning som grundar sig på de principer som föreslås i denna paragraf. Det är möjligt att ta dessa tjänster och metoder ur bruk, om det i helhetsbedömningen konstateras att de principer som anges i paragrafen inte uppfylls. Å andra sidan är det inte ändamålsenligt att för alla tjänster och metoder som används eller står till förfogande göra en separat bedömning av om de uppfyller villkoren för att höra till tjänsteutbudet.

Enligt momentet omfattar tjänsteutbudet medicinskt och odontologiskt motiverad verksamhet inom hälso- och sjukvården. Enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner samt vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Som term avser medicinskt och odontologiskt motiverad i synnerhet vetenskapliga forskningsrön. Dessutom kan termen omfatta även en på yrkesmässig erfarenhet och praxis baserad bedömning av behovet av tjänsten eller metoden och av dess verkningmekanism, indikationer samt fördelar och nackdelar. Även verksamhet som syftar till att lindra symptom, förbättra livskvaliteten, förebygga sjukdom eller åstadkomma någon annan effekt som främjar hälsan kan vara medicinskt eller odontologiskt motiverad, och således inte enbart exempelvis en specifik behandling vars syfte är att bota en enskild sjukdom. Tjänsteutbudet omfattar förutom medicinska och odontologiska tjänster och metoder även tjänster och metoder enligt andra vetenskapsgrenar som en del av patientens medicinskt eller odontologiskt motiverade helhet. Dessa inkluderar till exempel tjänster och metoder inom hälsovetenskapen, såsom vårdvetenskapen, eller inom psykologi, medicinsk fysik och kemi samt farmakologi.

Enligt 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården beslutar legitimerade läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. På motsvarande sätt beslutar legitimerade tandläkare om odontologiska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. När det gäller en enskild patient bedömer man vad som är en medicinskt och odontologiskt motiverad verksamhet genom att ställa patientens individuella hälsotillstånd och andra aspekter i relation till medicinsk och odontologisk kunskap och till vetenskaplig kunskap och yrkesmässig erfarenhet inom andra vetenskapsgrenar som har kopplingar till hälso- och sjukvården.

Med metod inom hälso- och sjukvården avses en systematisk metod som används inom hälso- och sjukvården och med hjälp av vilken mål som satts upp i hälso- och sjukvårdstjänster eller annan verksamhet inom hälso- och sjukvården kan uppnås på individ- eller befolkningsnivå. Målet kan till exempel vara att främja en kunds hälsa eller ta reda på dennes hälsotillstånd, att

förebygga en patients sjukdom eller skada, att undersöka, behandla eller rehabilitera en patient, att lindra symtom eller att förebygga sjukdomar på befolkningsnivå. För att uppnå målet kan till exempel olika screening- och undersökningsmetoder, läkemedelsbehandling, medicintekniska produkter samt behandlings-, terapi- och rehabiliteringsmetoder användas, eller så kan ingrepp utföras. Hälso- och sjukvårdsmetoderna kan användas och genomföras av olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, men även av andra personer som arbetar inom hälso- och sjukvården. Till hälso- och sjukvårdsmetoderna hör också olika digitala och teknologiska metoder. De ovannämnda exemplen beskriver inte uttömmande alla hälso- och sjukvårdsmetoder. I motiveringen till lagförslagen används uttrycket tjänster och metoder vid hänvisning till tjänsteutbudets innehåll och bestämmandet av det. Principerna för tjänsteutbudet är också lämpliga att användas vid val av gemensamma tjänster inom social- och hälsovården och de metoder som används i dessa.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet kan också innefatta verksamhet och arbetssätt som i princip inte alls kan tolkas som särskilda tjänster eller metoder inom hälso- och sjukvården utan som verksamhet som grundar sig på sedvanlig erfarenhetsbaserad kunskap och mänsklig verksamhet och som är lämpliga att genomföras av vem som helst. Till sådan verksamhet hör till exempel att fukta en patients mun, lägga plåster på ett sår och stödja en patient vid gång. Å andra sidan kan gränsen i vissa situationer vara flytande, som till exempel när en patient ges instruktioner om hur han eller hon kan röra sig och stiga upp på ett säkert sätt. Även när det gäller vad som ska räknas till vård inom hälso- och sjukvården och vad som ska räknas till omsorg inom socialvården är gränsen flytande. Det som karakteriserar tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården är att de används av yrkesutbildade personer eller att en förutsättning för att använda dem är att patienten eller dennes närstående får handledning och råd av en yrkesutbildad person. Avsikten är inte att allt som utförs inom hälso- och sjukvårdsverksamheten ska tolkas som en tjänst eller metod inom hälso- och sjukvården och bedömas enligt de principer som anges i paragrafen.

Avsikten är inte heller att tjänsteutbudet ska innehålla endast sådana tjänster och metoder som har bedömts genom en helhetsbedömning utifrån principerna. Det vore en omöjlig uppgift, eftersom det inte skulle vara möjligt att bedöma alla tjänster och metoder som används idag och som har inkluderats i tjänsteutbudet under årtiondenas och århundradenas lopp. Till exempel en tjänst eller metod som redan används kan utgå ur tjänsteutbudet utan aktiv bedömning eller uttryckligt beslutsfattande enbart på grund av att den ska ersättas med en annan tjänst eller metod som är bättre och inte längre behövs.

Det föreslås att paragrafens 1 mom. ändras så att tjänsteutbudet omfattar medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar hos individen eller befolkningen, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom eller skada hos individen eller befolkningen samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering av individen eller befolkningen. Genom ändringen betonas att användningen av tjänster och metoder samt allokeringen av resurser inom hälso- och sjukvården kan motiveras på individnivå men också på befolkningsnivå. Hälsan på befolkningsnivå beaktas särskilt i till exempel användningen av förebyggande metoder och förebyggandet av smittsamma sjukdomar.

Det bör beaktas att en patient också kan få vård med en experimentell metod och/eller en forskningsmetod som en del av vetenskaplig forskningsverksamhet även om metoden inte hör till tjänsteutbudet. Vård av en patient som en del av vetenskaplig forskning hör inte till det offentliga tjänsteutbud som definieras i denna paragraf, och denna behandling ska ledas, dokumenteras och finansieras som en egen helhet. Om sådan verksamhet och om forskningspatientens ställning finns bestämmelser i bland annat lagen om medicinsk forskning

(488/1999), läkemedelslagen (395/1987) och patientlagen (785/1992). Väsentliga i denna verksamhet är informerat samtycke (informed consent), etik, dataskydd och konfidentialitet. De i paragrafen angivna förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet tillämpas således inte på metoder som undersöks vetenskapligt och metoder som är under utveckling, det vill säga sådana som fortfarande undersöks med avseende på till exempel säkerhet och verkningfullhet. Avsikten med att föreskriva om förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet är således inte att begränsa klinisk forskning, innovationspolitik eller insatser för att attrahera investeringar.

Det föreslås att paragrafens 2 mom. ändras så att det införs bestämmelser om förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet, och dessa bestämmelser ska ersätta de tidigare bestämmelserna om grunder för att en åtgärd, vård, behandling eller rehabilitering ska uteslutas ur tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet ska också gälla prevention av sjukdomar, främjande av hälsa samt rehabilitering.

Besluten om tillhörighet till tjänsteutbudet ska baseras på en helhetsbedömning, vars innehåll beskrivs närmare i motiveringen till paragrafens 3 mom. Alla förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet som anges i momentet ska uppfyllas som en del av en helhetsbedömning där även patienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet ska säkerställas. När beslut fattas ska principerna vid behov vägas mot varandra.

Redan i den gällande 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen nämns begreppet hälsofördel. Som begrepp definieras hälsofördel dock inte närmare i lagen och inte heller i förarbetena till den nuvarande 7 a §. I denna paragraf avses med hälsofördel en sådan förändring i människans hälsotillstånd eller i hanteringen av sjukdomar som utgör resultatet av hälso- och sjukvård eller därmed jämförbar verksamhet. Hälsofördelar kan ofta mätas med mätinstrument och indikatorer. En positiv hälsofördel är bland annat att hälsan förbättras, att hälsotillståndet bibehålls, att sjukdomen samt dess symtom och progression är under kontroll, att prognosen förbättras och att livstiden förlängs. Om användningen av en metod botar sjukdomen eller förebygger en komplikation är hälsofördelen stor. Hälsofördelen kan också vara liten eller till och med negativ, om användning av metoden inte alls eller endast i liten mån förbättrar hälsan (så kallad lågvärdevård) eller som till och med orsakar skada (överdiagnostik, biverkningar av onödigt vård). I dessa situationer bör metoden inte användas eller inkluderas i tjänsteutbudet.

På motsvarande sätt avses med välfärdsfördel den förändring som sker i en persons vardagsliv vid användning av metoden, en förändring som påverkar till exempel hur personen klarar av vardagen och vilken livskvalitet personen får. Välfärdsfördelen har en psykisk, social och funktionell dimension. Välfärdsfördelar uppkommer särskilt i bland annat socialservice, men kan även uppkomma i hälso- och sjukvårdstjänster. En välfärdsfördel är ofta mer subjektiv och flerdimensionell än en hälsofördel. Som exempel på välfärdsfördelar kan nämnas bland annat situationer där hemvården gör det möjligt för en människa att bo hemma, psykosociala interventioner som stöder sociala kontakter för en person som rehabiliteras för psykisk ohälsa och hjälpmedel eller färdtjänst som möjliggör utövande av en hobby.

Vid bedömning av om förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet uppfylls bedöms separat för varje tjänst eller metod utifrån vetenskaplig och även erfarenhetsbaserad kunskap med vilken sannolikhet, vilka eventuella risker och vilka kostnader en hälso- och välfärdsfördel kan uppnås och hur stor fördelen är.

Enligt 2 mom. 1 punkten i paragrafen är en förutsättning för att en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet att syftet är att tillgodose individens eller befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Bestämmelsen inkluderar den så kallade behovsprincipen som princip för tjänsteutbudet.

Som förutsättning för tillhörighet till tjänsteutbudet har behovsprincipen härletts ur den omständigheten att de tillräckliga social- och hälsovårdstjänsterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen är behovsbaserade. Behovsprincipen har också samband med målen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och välfärdsområdenas skyldighet att ordna tjänsterna inom social- och hälso- och sjukvården enligt befolkningens och kundernas behov i enlighet med 4 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Befolkningens och patientens behov av råd och service nämns också i flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

Behovsprincipen är också kopplad till patientens rätt enligt 3 § i patientlagen, det vill säga rätten att få sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter, inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande. Patienten kan inte kräva vilken vård som helst som han eller hon önskar, utan förutsättningen är att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömer det individuella vårdbehovet och vilken undersöknings-, vård- eller rehabiliteringsmetod som är lämplig för behovet. Enligt 22 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är det en läkare eller tandläkare som fattar det slutliga beslutet om vården och behandlingen av en patient och om ordineringen av läkemedel.

För tillhörighet till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården förutsätter behovsprincipen att syftet med tjänsten eller metoden är att svara på ett sådant behov hos patienten, patientgruppen eller befolkningen som är relaterat till hälsotillståndet. Med behov som är relaterat till hälsotillståndet avses ett symptom, en situation, en avvikelse, en försämring av funktionsförmågan eller en risk som det är medicinskt eller odontologiskt motiverat att förebygga, undersöka, behandla, rehabilitera och lindra eller som utan behandling sannolikt leder till att patientens hälsotillstånd eller funktionsförmåga försämras eller till att dennes lidande ökar. Behovet baserar sig på hälsotillståndet och kan identifieras och bedömas medicinskt eller odontologiskt, och det baserar sig således inte enbart på preferenser eller önskemål. Det är vanligtvis fråga om en sjukdom eller en misstanke om en sjukdom, en skada eller dess konsekvens, en försämring av funktionsförmågan, smärta, lidande eller en betydande psykisk belastning, en betydande risk för sjukdom och behov av förebyggande åtgärder eller en tydlig minskning av livskvaliteten av hälsoskäl.

Å andra sidan uppfylls generellt inte den behovsprincip som utgör förutsättning för tillhörighet till tjänsteutbudet, om tjänster eller metoder inom hälso- och sjukvården används i situationer där ett sådant behov hos individen eller befolkningen tillgodoses som inte är relaterat till hälsotillstånd eller sjukvård. I dessa situationer är det därför inte fråga om det tillgodosende av individens eller befolkningens behov av hälso- och sjukvård som avses i 2 mom. 1 punkten i paragrafen. Gränsdragning i fråga om huruvida ett behov är relaterat till hälsotillståndet görs bland annat i situationer där utgångspunkten är att en normal variation ska ändras med målet att till exempel ändra en persons utseende, prestationsförmåga eller preferens, men där ingen olägenhet för hälsan orsakas om behandlingen inte utförs. Det handlar om att förbättra livskvaliteten och använda tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården för att öka livskontrollen, orken eller bekvämligheten utan någon egentlig grund relaterad till hälsotillståndet. Till exempel följande åtgärder kan höra till dessa: att utföra omfattande undersökningar av en symptomfri patient på grund av personens rädsla för sjukdom, att behandla normala drag och förändringar i utseende på grund av åldrande, att förbättra en persons prestationsförmåga med medicinska metoder, att använda estetisk plastikkirurgi för att ändra en persons utseende utan funktionell olägenhet och att tillhandahålla kosmetisk tandvård utan funktionellt problem. Medikalisering handlar om att tolka ett normalt livsfenomen, en egenskap eller en upplevelse som ett medicinskt problem som kräver undersökning eller behandling. Då är det inte hälsotillståndet som skapar behovet utan förväntan om att hälso- och sjukvården ska lösa saken. Sådana situationer inkluderar till exempel normala sorgereaktioner, normalt

åldrande, variation i utseende samt vardaglig belastning och känslomässiga reaktioner. Å andra sidan, i en situation som har samband med en patients sjukdom eller död anses att psykosocialt stöd och annan vård till närstående och exempelvis patientens barn hör till tjänsteutbudet.

För närvarande används inom den offentliga hälso- och sjukvården tjänster och metoder som det finns både medicinska eller odontologiska grunder för och ett hälso- och sjukvårdsmässigt behov av i vissa situationer och patientgrupper, men samma metoder har länge använts även på icke-medicinska grunder. Sådana tjänster har hört till den etablerade verksamhet som välfärdsområdet ordnat, och de har tillhandahållits särskilt inom tjänsterna inom reproduktiv hälsa.

Verksamheten och gränsdragningen inom hälso- och sjukvården styrs dessutom av bland annat de enhetliga grunderna för vård, som beskrivs närmare i avsnitt 2.6.

Behovsprincipen enligt 2 mom. 1 punkten innebär att vid val och beslutsfattande om tjänster och metoder som fungerar på både individnivå och befolkningsnivå ska man beakta hur allvarligt, brådskande och omfattande behovet av hälso- och sjukvården och tjänsten är. För att illustrera behovsprincipen är det möjligt att ge exempel. Det måste dock beaktas att även i dessa exempelsituationer ska man samtidigt tillämpa även de övriga principerna enligt paragrafen, såsom de förutsättningar som gäller säkerhet och verkningfullhet för den tjänst eller metod som ska användas. Därmed är exemplen förenklingar, men de förklarar innehållet i behovsprincipen.

Ju allvarligare, mer brådskande eller mer omfattande behovet är, desto större är skälen till att vid bedömning av huruvida en tjänst eller metod ska hör till tjänsteutbudet lägga mer vikt vid behovsprincipen än de övriga principerna som en del av helhetsbedömningen.

En tjänst eller metod som inverkar på överlevnad, utveckling av komplikationer samt betydande symtom och funktionsförmågan ska enligt behovsprincipen med större sannolikhet inkluderas i tjänsteutbudet, om även de övriga förutsättningarna som anges i paragrafen är uppfyllda. Å andra sidan, för att en tjänst eller metod som inverkar på endast ett mindre akut behov, såsom sjukdomar eller symtom som går över av sig själva eller som personen själv kan få hjälp för genom symtomatisk behandling, ska kunna hör till tjänsteutbudet är det viktigare än annars att de övriga principerna uppfylls. Om en tjänst eller metod till exempel tillgodoser ett behov för vilket det inte finns några alternativa vårdformer och det är fråga om till exempel en svår, progressiv cancersjukdom, kan behovsprincipen ges större vikt än principen om verkningfullhet och evidensen för denna vid bedömningen av om tjänsten eller metoden ska hör till tjänsteutbudet.

Med brådskande vård enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Brådskande vård måste välfärdsområdet säkerställa i alla situationer. Denna bestämmelse säkerställer för sin del den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som var och en har enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Utifrån behovsprincipen kan den omständigheten att ett behov är brådskande i helhetsbedömningen tala för tillhörighet till tjänsteutbudet. Men eftersom man samtidigt måste bedöma även de övriga principerna för tjänsteutbudet bör en tjänst eller metod inte inkluderas i tjänsteutbudet till exempel enbart på grund av att behovet är brådskande.

En bedömning enligt behovsprincipen kan resultera i ett tjänsteutbud som är olika för olika persongrupper. Hos äldre personer med flera sjukdomar kan behovet av cancerbehandling vara litet eller obefintligt, om prognosen är betydligt begränsad på grund av de övriga sjukdomarna.

Till exempel för personer vars mjälte är bortopererad är det motiverat att erbjuda vissa vacciner för att förebygga infektioner även om den övriga befolkningen inte behöver dem. För personer med funktionsnedsättning kan det vara motiverat att inkludera en viss tjänst eller metod i tjänsteutbudet även om det inte är motiverat på befolkningsnivå eller för andra persongrupper. Detta är fallet i en situation där användningen av en metod avsevärt kan minska risker, förbättra prognosen, hantera symtom eller förhindra en försämring av funktionsförmågan som uttryckligen är relaterad till funktionsnedsättningen. Även i dessa situationer måste de övriga förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet liksom de förutsättningar som gäller jämlikhet och respekt för människovärdet uppfyllas som en del av helhetsbedömningen.

En viss sjukdom eller diagnos kan orsaka behov och risker som kan variera baserat på individuella egenskaper eller till exempel en tumörs egenskaper. Som en del av så kallad precisionsmedicin (personalized medicine) kan tjänsteutbudet variera i fråga om innehåll till exempel beroende på biologiska eller genetiska faktorer, och därmed kan vissa metoder höra till tjänsteutbudet för endast en patientgrupp med en viss egenskap. Till exempel förebyggande mastektomi kan på grundval av ett visst genetiskt fynd vara en åtgärd som enligt behovsprincipen bör inkluderas i tjänsteutbudet, även om det inte är nödvändigt för alla patienters del. Likaså kan en viss förebyggande uppföljning med koloskopi vara motiverad för personer med en viss genetisk riskprofil. Behovsprincipen har genom detta koppling till principen om verkningsfullhet, som behandlas nedan. Metodens verkningsfullhet har kunnat påvisas endast i vissa situationer och patientgrupper.

Vid bedömning av behovet på befolkningsnivå beaktas sjukdomens eller hälsoproblemets prevalens, svårighetsgrad, varaktighet samt den börda som sjukdomen orsakar och dess långsiktiga effekter i befolkningen. Förebyggande åtgärder kan anses tillgodose ett betydande behov, om tidig identifiering och intervention förhindrar uppkomsten av allvarliga sjukdomar och omfattande behov av hälso- och sjukvård. Till exempel de metoder som används för att förebygga och behandla de allmänna folksjukdomarna eller infektionssjukdomar och för att förebygga komplikationer på grund av dessa tillgodoser behoven hos en stor grupp av människor, vilket utifrån behovsprincipen motiverar att de hör till tjänsteutbudet, om de övriga förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet samtidigt är uppfyllda. Vid bedömningen beaktas konsekvenserna för befolkningens hälsa och välfärd om till exempel en hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande metod inte skulle tas i bruk. Till exempel beslut om att tjänster och metoder för behandling av övervikt och fetma ska få höra till tjänsteutbudet kunde understödjas på grund av de folkhälsofördelar som kan uppnås på lång sikt och på grund av att det förebygger komplikationer och samsjuklighet. Förebyggande verksamhet som har stor påverkan på hela befolkningens behov, till exempel vaccinering av befolkningen, kan anses utgöra ett stort behov jämfört med förebyggande åtgärder som tillgodoser endast enskilda patienters behov.

De resurser som finns tillgängliga för hälso- och sjukvård är ofta otillräckliga i förhållande till alla medicinskt och odontologiskt motiverade behov. Av behovsprincipen följer att tjänster och metoder bör användas i större utsträckning för behov som är allvarliga, brådskande och omfattande och mer resurser riktas till dessa än till behov som är mindre akuta och tillfälliga. Enligt behovsprincipen är det motiverat att prioritera åtgärder och behandlingar som botar eller hanterar en sjukdom som till sin prognos är progressiv och som avsevärt försämrar patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga framom behandlingar som används för en lindrigare sjukdom eller symtom. På motsvarande sätt bör omedelbara livshotande situationer prioriteras framom mindre brådskande situationer. I en situation där en tjänst eller metod inte kan användas eller inte är tillgänglig i tillräcklig omfattning bör det största behovet och den grupp människor med störst behov prioriteras. Detta bör genomföras på ett sådant sätt att även de övriga förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet bedöms genom helhetsbedömningen.

Behovsprincipen har tillämpats och tillämpas redan nu i stor utsträckning inom hälso- och sjukvården och vid resursallokering och prioritering. Till exempel operativ behandling av progressiva cancersjukdomar utförs i snabbare takt än behandling av godartade sjukdomar som orsakar liknande symtom. Inom jourverksamhet används så kallad triage, vilket innebär att patienter med de mest brådskande och allvarliga tillstånden prioriteras framom de med mindre allvarliga tillstånd.

Enligt propositionen ska 2 mom. 2 punkten föreskriva om säkerhet som princip för tjänsteutbudet. Enligt denna punkt får en tjänst eller metod inte innebära en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås. Punkten motsvarar den begränsning i gällande 7 a § 2 mom. enligt vilken tjänsteutbudet inte omfattar sådana metoder som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås.

I säkerheten ingår kvalitet och patientsäkerhet enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen samt bedömning av riskerna förknippade med användningen av tjänsten eller metoden i förhållande till fördelarna. Utöver detta ingår i säkerheten kunskap om användning av tjänsten eller metoden samt lämpliga lokaler och apparater för trygg användning av den.

De säkerhetsrelaterade riskerna förknippade med tjänsten eller metoden och användningen av den bedöms i förhållande till den sannolikt förväntade hälsofördelen. Den sannolika säkerheten, riskerna och de skador som en tjänst eller metod orsakar bedöms utifrån vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap. Till exempel i brådskande situationer kan även ingrepp som innebär betydande säkerhetsrisker utföras för att rädda liv. På motsvarande sätt är den acceptabla sannolika risknivån förknippad med säkerheten lägre om den hälsofördel som överlag kan förväntas av användningen av tjänsten eller metoden är begränsad och till exempel ett lindrigt symtom eller en lindrig sjukdom behandlas eller om den endast obetydligt påverkar funktionsförmågan. Enligt säkerhetsprincipen ska man i tjänsteutbudet i första hand använda den säkraste tjänsten eller metoden, om tjänstens eller metodens verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt i förhållande till patienternas behov annars är likartad.

Det finns inte alltid information eller evidens tillgänglig om säkerheten för en tjänst eller metod för en viss grupp av människor. Detta kan vara fallet till exempel i fråga om barnpatienter eller mycket gamla människor, som inte har inkluderats i vetenskapliga studier. För att en tjänst eller metod ska höra till tjänsteutbudet måste då behovet enligt till exempel behovsprincipen vara stort. Exempelvis vissa läkemedel kan höra till tjänsteutbudet för barn med progressiv cancer, trots att läkemedlets säkerhet inte har säkerställts genom undersökningar av denna åldersgrupp. I tjänsteutbudet ingår däremot inte läkemedel som tillgodoser ett mindre akut behov, om det undersökts endast på vuxna.

Enligt 15 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i samband med yrkesutövningen opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten. Även om en metod hör till tjänsteutbudet får den inte användas i en situation där dess nackdelar för en enskild patient är större än dess fördelar.

Enligt förslaget ska 2 mom. 3 punkten föreskriva om genomslaget (nedan verkningsfullhet) som princip för tjänsteutbudet. Enligt denna princip är förutsättningen för att en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet att genomslaget för hälsa och välfärd är tillräcklig på basis av den evidens som finns tillgänglig. Till hälso- och sjukvård räknas även främjande av hälsa och prevention av sjukdomar.

Social- och hälsovårdstjänsternas verkningsfullhet ger en uppfattning om vilka eftersträvade effekter på hälsa, funktionsförmåga eller välfärd tjänsterna åstadkommer jämfört med en situation där tjänsterna inte alls genomförs eller där man går till väga på något annat sätt.

För att kunna bestämma verkningsfullheten måste man jämföra olika handlingsalternativ. Även alternativet att inte alls använda någon tjänst eller metod kan utgöra jämförelseobjekt. Den sannolika hälsoförändring som användningen av tjänsten eller metoden förväntas ha måste vara större än i en situation där metoden inte alls används, där tjänsten inte tillhandahålls eller där man går till väga på något annat sätt. Vid bedömning av verkningsfullheten för en tjänst eller metod inom hälso- och sjukvården ska det beaktas att i momentet likställs verkningsfullheten för hälsa med verkningsfullheten för välfärd genom användning av ordet "och", det vill säga de anges inte som alternativa mål. Det är således inte motiverat att i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster inkludera en metod som är verkningsfull med avseende på patienternas välfärd men inte med avseende på deras hälsa. Att verkningsfullheten i momentet gäller hälsa och välfärd som ordpar är dock motiverat i och med att man då utöver hälsorelaterade effekter även kan beakta andra välfärdsrelaterade effekter som eftersträvas genom hälso- och sjukvård, såsom patienternas upplevelse av hur de kan hantera sin sjukdom.

Bedömningen av verkningsfullhet baserar sig särskilt på medicinsk, odontologisk och hälsovetenskaplig forskning, såsom forskning inom vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, näringsvetenskap, idrottsvetenskap och farmaci, samt på annan vetenskaplig evidens som är väsentlig med tanke på hälso- och sjukvården. Även när det gäller verkningsfullhet bedöms den sannolika verkningsfullheten på basis av tillgänglig kunskap. Man kan även beakta sådana kunskaper och erfarenheter om fördelarna med en tjänst eller metod som grundar sig på yrkesmässig erfarenhet och praxis inom hälso- och sjukvården. Genomslaget bör bedömas på nytt om ny evidens och nya erfarenheter erhålls. Evidens som rör verkningsfullhet kan tala för att en ny tjänst eller metod ska inkluderas i tjänsteutbudet och kan bidra till att tjänster och metoder som redan hör till utbudet bibehålls i utbudet, eller så kan evidens tvärtom tala för att tjänster och metoder som redan hör till utbudet bör uteslutas på grund av att evidensen visar att fördelarna med dem är små eller att mer verkningsfulla tjänster och metoder kommer att ersätta dem.

Forskningsrönen om och evidensnivån för verkningsfullheten för olika tjänster och metoder varierar. Evidens som rör verkningsfullhet är förenad med olika grader av osäkerhet, beroende på de vetenskapliga studiernas antal, forskningsupplägg och kvalitet. Dessutom skiljer sig de vetenskapliga studiernas kontrollerade upplägg från situationen i vardagslivet, varför den sannolika effekt som antas utifrån forskningsrön kan vara mindre eller annorlunda när tjänsten tillhandahålls eller metoden tillämpas i tjänstesystemet. Evidens som rör verkningsfullhet kan basera sig på forskning med olika typer av forskningsupplägg och olika forskningsmetoder beroende på vilken kunskap som är väsentlig med tanke på den tjänst eller metod som undersöks. Det är lättare att bedöma verkningsfullhet om man har tillgång till flera högkvalitativa blinda och kontrollerade jämförelsestudier vars resultat pekar i samma riktning. En dubbelblind jämförande studie är dock inte lämplig för undersökning av alla tjänster eller metoder. Nya metoder, särskilt läkemedel, erbjuds för närvarande för användning i ett allt tidigare skede, och de motiveras genom olika typer av forskningsupplägg som är öppna, observationsbaserade och kortvariga samt genom uppföljningsstudier. En bedömning av verkningsfullhet är då mer utmanande och osäkerheten i fråga om evidensen ökar. Ganska ofta saknas stark samstämmig evidens för verkningsfullheten för en tjänst eller metod. Utöver vetenskaplig evidens är man tvungen att vid bedömning av verkningsfullhet använda annan tillgänglig kunskap och yrkesmässig erfarenhet hos yrkesutbildade personer som helhetsbedömningar. Till exempel för metoder för prevention kan tillgången på evidens för

verkningsfullhet var begränsad, eftersom verkningsfullhet uppnås först efter en lång tid, till exempel årtionden.

Vid bedömning av om den vetenskapliga evidensen för verkningsfullhet är tillräcklig bör hänsyn tas till hur stor den eftersträlvade hälso fördelen är samt arten av den sjukdom som man försöker förebygga eller behandla, såsom hur allvarlig sjukdomen är och hur den påverkar patientens hälsa, funktionsförmåga och förväntade livslängd. Principen om verkningsfullhet har således kopplingar till behovsprincipen. Den påverkan på hälsan och välfärden som eftersträvas med tjänsten eller metoden kan innebära olika saker, till exempel att rädda liv, bota en sjukdom, bromsa upp sjukdomsförloppet eller uppkomsten av komplikationer, förebygga en sjukdom, lindra symtom, upprätthålla eller förbättra funktionsförmågan eller livskvaliteten. Dessutom kan de hälso fördelar som tjänster och metoder ger uppnås efter olika tidsperioder, vilket bör beaktas vid bedömning av verkningsfullhet. Till exempel effekterna av rehabilitering samt förebyggande tjänster och metoder uppkommer ofta efter en lång tidsperiod.

I syfte att till exempel rädda liv, undvika att en sjukdom fortskrider eller en bestående skada uppstår kan det vara motiverat att använda en tjänst eller metod vars verkningsfullhet är osäker, om inga andra tjänster eller metoder står till buds. I situationer som är livshotande och till exempel vid behandling av en progressiv cancersjukdom kan man till exempel för barn erbjuda en metod som det finns vetenskaplig evidens för bara när det gäller behandling av vuxna men som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården på tillräckligt goda grunder kan anta att den genomslags evidens som finns för vuxna är tillräckligt tillämplig även för barnpatienter.

Evidens för verkningsfullhet för en tjänst eller metod kan finnas endast för vissa patientgrupper. En tjänst eller metod kan till exempel ha konstaterats fungera endast för en del av patienterna eller så finns det inte ännu någon evidens om metodens verkningsfullhet för en viss patientgrupp. I sådana situationer ska den osäkra evidensen bedömas i förhållande till den eftersträlvade fördelen för hälsa och välfärd samt andra motsvarande metoder som patientgruppen har tillgång till för samma behov. Om inga andra tjänster eller metoder står till förfogande för patientgruppens behov, kan osäkrare evidens godtas och eventuellt även osäkrare eller mindre verkan.

Vid bedömning av verkningsfullhet måste man också beakta att effekten för en viss persongrupp kan ha en annan betydelse än för en annan persongrupp. Till exempel kan en med ett visst mätinstrument konstaterad förbättring av funktionsförmågan för en person som har en svår funktionsnedsättning ha en mycket större betydelse för personens livskvalitet och delaktighet än en motsvarande förbättring av funktionsförmågan hos en person som inte har någon funktionsnedsättning och vars funktionsförmåga generellt är relativt god.

Som princip för tjänsteutbudet är verkningsfullheten också kopplad till hur tjänsten eller metoden inriktas, och den är också beroende av att tjänsten eller metoden används vid rätt tidpunkt. Baserat på principen om verkningsfullhet kan en viss tjänst eller metod höra till tjänsteutbudet endast för en viss patientgrupp, för en viss indikation eller för ett visst skede av vårdhelheten. Till exempel ett visst läkemedel kan höra till tjänsteutbudet för en viss indikation, men inte för en annan. En viss metod kan på basis av evidens för verkningsfullhet höra till tjänsteutbudet först som andra- eller tredjehandsalternativ för de patienter som förstahandsalternativen för sjukdomen i fråga inte har fungerat, trots att de genomförts på behörigt sätt. Man bör också bedöma hur till exempel vaccinationer och screeningar som görs i förebyggande syfte ska inriktas på basis av verkningsfullhet. Om vetenskaplig evidens visar att vissa patienter till följd av sjukdomstypen, sjukdomens progressionsfas eller någon annan verifierbar faktor inte får någon hälso fördel av att en metod används eller om det inte finns

någon evidens för fördelar, ska metoden riktas till patienter som enligt evidensen kan få hälsofördelar genom behandlingen.

Enligt principen om verkningsfullhet ska man i tjänsteutbudet i första hand använda den tjänst eller metod som ger störst verkan, om metodens säkerhet och kostnadsnyttoeffekt i förhållande till patienternas behov annars är likartade. Även principen om verkningsfullhet är kopplad till prioriteringen inom hälso- och sjukvården, liksom behovsprincipen. Om resurser inte finns tillgängliga för alla medicinskt och odontologiskt motiverade behov, understöder principen om verkningsfullhet att resurser riktas till användning av sådana tjänster och metoder och till sådana målgrupper för vilka verkan i fråga om hälsofördelar och välfärd är allra störst baserat på tillgänglig evidens.

Enligt förslaget ska det i 2 mom. 4 punkten föreskrivas om kostnadsnyttoeffekt som princip för tjänsteutbudet. Enligt denna punkt är det en förutsättning för tillhörighet till tjänsteutbudet att kostnaderna för en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården är skäligen i förhållande till de hälso- och välfärdsfördelar och det terapeutiska värdet som kan uppnås. Att väga hälso- och välfärdsfördelarna, det terapeutiska värdet och kostnaderna, det vill säga de i punkten nämnda faktorerna, mot varandra kräver kunskap om och bedömning av det behov som är förknippat med tjänsten eller metoden samt tjänstens eller metodens säkerhet och verkningsfullhet.

Jämfört med de nuvarande kriterierna för uteslutning ur tjänsteutbudet innebär den föreslagna bestämmelsen om kostnadsnyttoeffekt att förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet preciseras. I fortsättningen ska det vara möjligt att på basis av en helhetsbedömning ur tjänsteutbudet utesluta också sådana tjänster eller metoder för vilka det finns ett behov enligt 1 punkten, som i enlighet med 2 punkten sannolikt är tillräckligt säkra och för vilka det finns evidens enligt 3 punkten, om kostnaderna för tjänsterna eller metoderna inte vore skäligen i förhållande till de hälso- och välfärdsfördelar och det terapeutiska värde som eftersträvas. Helhetsbedömningen ska genomföras i enlighet med 3 mom., och i bedömningen ska jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas. Det är motiverat att beakta kostnadsnyttoeffekten när man överväger om en tjänst eller metod ska höra till tjänsteutbudet, eftersom antalet tjänster och metoder som används och som är tillgängliga är stort och i synnerhet eftersom kostnaderna för enskilda nya metoder kan vara mycket höga. Utvecklingen inom medicin och teknik går framåt med stormsteg och nya metoder blir ständigt tillgängliga för användning i ett ganska tidigt skede. Den ekonomiska bärkraften i välfärdsstatens servicesystem tillåter inte att alla metoder börjar användas omedelbart efter att de utvecklats och kommit ut på marknaden eller fått försäljningstillstånd.

Med kostnader avses i detta sammanhang inte bara kostnader som är direkt relaterade till själva tjänsten eller metoden utan också servicesystemets kostnader som är relaterade till ibruktagandet och användningen av den. Det vill säga när det gäller till exempel ett läkemedel som administreras som infusion bedöms som kostnader utöver priset för läkemedlet också kostnaderna för arbetsinsatser, lokaler och utrustning som behövs vid administreringen, och om det är fråga om en ny terapiform bedöms också kostnaderna för utbildning av personalen och upprätthållande av kunnandet.

Vid tillämpning av principen om kostnadsnyttoeffekt ska de olika hälso- och välfärdsfördelar för individen och befolkningen som eftersträvas med hälso- och sjukvårdsmetoderna beaktas på motsvarande sätt som det i enlighet med beskrivningen ovan ska göras i fråga om behovsprincipen och principen om verkningsfullhet. Vid bedömning av kostnadsnyttoeffekten för en metod som används inom hälso- och sjukvården ska det beaktas att hälsofördelar likställs med välfärdsfördelar genom användning av ordet "och", det vill säga de anges inte som

alternativa mål. Det är således inte motiverat att i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster inkludera en metod som har välfärdsfördelar men inte hälsofördelar. Socialvården, hälso- och sjukvården och annan verksamhet kan ha gemensamma, integrerade tjänster. Att inkludera välfärdsfördelar i paragrafen är därför motiverat. Till exempel att genomföra riktade hälsokontroller som en del av sektorövergripande verksamhet inom socialvården, arbetslivstjänsterna och hälso- och sjukvården kan vara motiverat och kostnadsnyttoeffektivt då det åstadkommer hälso- och välfärdsfördelar, även om en sådan hälsokontroll annars, som en åtgärd riktad till hela befolkningen, inte vore tillräckligt kostnadsnyttoeffektiv.

Vid bedömning av om det finns tillräcklig evidens för kostnadsnyttoeffekt ska hänsyn tas till metodens koppling till patienternas eller befolkningens behov, till metodens säkerhet och till tillgången till andra alternativa metoder i servicesystemet, på motsvarande sätt som vid bedömning av evidensen för metodens verkningsfullhet. I en helhetsbedömning som rör tillhörighet till tjänsteutbudet beror kostnadsnyttoeffekten på de tilläggsfördelar som eftersträvas med tjänsten eller metoden. Om målsättningen med en tjänst eller metod är att rädda liv eller undvika uppkomsten av en allvarlig skada, kan betydligt högre kostnader accepteras, även om det skulle vara osäkert om behandlingen lyckas och dess verkningsfullhet därmed skulle vara osäkert. Om det inte tidigare har funnits någon metod inom hälso- och sjukvården som tillgodoser det konstaterade behovet, kan man i helhetsbedömningen av huruvida den nya metoden ska höra till tjänsteutbudet lägga vikt vid metodens verkningsfullhet i förhållande till kostnadsnyttoeffekten, om metodens verkningsfullhet och säkerhet bedöms vara tillräckliga.

Vid tillämpning av principen om kostnadsnyttoeffekt är det fråga om att åstadkomma så stora välfärds- och hälsofördelar för befolkningen som möjligt med tillgängliga resurser jämfört med en situation där tjänsten eller metoden inte alls genomförs eller där man går till väga på något annat sätt. Därför bör man vid tillämpning av principen även bedöma alternativkostnaderna, det vill säga vilken annan hälso- och välfärdsproducerande verksamhet i servicesystemet som man blir tvungen att avstå från om en viss tjänst eller metod inkluderas i tjänsteutbudet.

Tjänsteutbudet förändras ständigt i takt med utvecklingen inom medicin och teknik. Kostnaderna för nya metoder kan till en början vara höga, men prissättningen kan förändras när alternativa metoder kommer ut på marknaden eller patent löper ut. Kostnadsnyttoeffekten för en enskild metod är därmed också beroende av prissättningen av metoden och kan således variera över tid. Kostnaderna för nya metoder kan till en början vara så höga att tillsammans med en osäker eller svag evidens för verkningsfullheten samt jämlikhetssynpunkter kan den otillräckliga kostnadsnyttoeffekten bli ett hinder för att ta i bruk en metod. En behandling som har uteslutits ur tjänsteutbudet kan dock senare inkluderas i det, om kostnaderna eller evidensen för verkningsfullheten har förändrats. Innan detta har skett kan man använda andra metoder som redan hör till tjänsteutbudet eller, om förutsättningarna är uppfyllda, i enskilda fall tillämpa det föreslagna undantaget i 4 mom. Enligt förslaget ska det i lagstiftningen inte införas några exakta ekonomiska kriterier som ska vara uppfyllda för att en metod ska kunna höra till tjänsteutbudet. Sådana kriterier finns i vissa andra länder: det anges till exempel att en behandling av en sjukdom av en viss svårighetsgrad får kosta högst ett visst fastställt belopp i förhållande till de kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life years, QALY) som förväntas med metoden. En sådan bedömning görs vid beslutsfattande som innefattar en bedömning av om förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet är uppfyllda, i samband med helhetsbedömningen och med beaktande av alternativkostnaderna.

Enligt principen om kostnadsnyttoeffekt ska man i tjänsteutbudet i första hand använda den tjänst eller metod som har den största kostnadsnyttoeffekten, om tjänstens eller metodens säkerhet och verkningsfullhet i förhållande till patienternas behov annars är likartad.

Enligt det föreslagna 3 mom. grundar sig beslutsfattandet om huruvida en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet på en helhetsbedömning och i den ska patienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas. För att en metod ska kunna höra till tjänsteutbudet ska alla förutsättningar som anges i 2 mom. 1–4 punkten uppfyllas samtidigt, och dessa principer ska bedömas tillsammans med de genomgående principerna jämlikhet och människovärdets okränkbarhet. Principerna ska vägas mot varandra.

Den helhetsbedömning som tillåts i bestämmelsen ska användas inom ramen för annan lagstiftning som är bindande för beslutsfattaren. I helhetsbedömningen ska också hänsyn tas till andra skyldigheter i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna som är väsentliga med tanke på frågan samt lagstiftningen om socialvården och hälso- och sjukvården, såsom bestämmelserna om patientens rättigheter, gott bemötande och språkliga rättigheter. Den helhetsbedömning som ska utföras i samband med att tjänsteutbudet bestäms inkluderar därmed i regel också etiska aspekter och aspekter som rör organiseringen och ordnandet av hälso- och sjukvård. Bland annat ska tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården enligt 78 a § 1 mom. i hälso- och sjukvårdslagen i sina rekommendationer beakta forskningsrön och annan evidens från olika områden samt etiska frågor inom hälso- och sjukvården och frågor som gäller ordnandet av hälso- och sjukvården.

I beslutsfattandet ska man vara medveten om att principerna för tjänsteutbudet till sitt innehåll delvis överlappar varandra. Till exempel hur angeläget behovet är har betydelse vid bedömning av om riskerna är orimliga, verkningsfullheten tillräcklig och kostnader skäliga. Beslutsfattandet, som ska baseras på en helhetsbedömning, underlättas om de förutsättningar som anges i paragrafen uppfylls och samstämmigt talar för att tjänsten eller metoden ska höra till tjänsteutbudet. Ofta uppfylls dock de olika förutsättningarna bara delvis, eller så uppfylls de på ett helt motstridigt sätt. I helhetsbedömningen vägs då förutsättningarna mot varandra utifrån de grunder som beskrivits för principerna om behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt. Till exempel en tjänst eller metod som är förknippad med liten risk och som är förmånlig bör inte inkluderas i tjänsteutbudet, om den inte tillgodoser ett medicinskt eller odontologiskt motiverat behov. Till följd av bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen om skyldigheten att tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster är tröskeln för att utesluta en tjänst eller metod ur tjänsteutbudet högre, om det kan bedömas att det medicinskt eller odontologiskt motiverade behovet är allvarligt. Även om ett vårdbehov är allvarligt bör man i tjänsteutbudet inte inkludera en tjänst eller metod som i helhetsbedömningen konstaterats ha en otillräcklig verkan.

Det är möjligt att prioritera verksamhet som tillgodoser ett hälsobehov hos befolkningen eller en stor patientgrupp framom användning av en enskild tjänst eller metod på individnivå, om helhetsbedömningen i samband med bedömningen av förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet talar för det. Som exempel kan nämnas en situation där man i helhetsbedömningen överväger att i tjänsteutbudet inkludera en mycket dyr metod för en liten patientgrupp, i praktiken enskilda patienter, och detta i sin tur skulle leda till att till exempel tjänster eller metoder som är betydande för befolkningens hälsa inte tillhandahålls. Om det i helhetsbedömningen konstateras att användningen av tjänsten eller metoden inte skulle vara säker, inte vara verkningsfull eller inte kostnadsnyttoeffektiv, skulle den inte inkluderas i tjänsteutbudet. En sådan här bedömningssituation kan i praktiken också bli aktuell på grund av att man för vården av en enskild patient måste identifiera vårdalternativ som hör till tjänsteutbudet. De patienter som hör till denna patientgrupp bör då behandlas med andra tillgängliga tjänster och metoder. Dessutom kunde man använda en metod som uteslutits ur tjänsteutbudet om förutsättningarna enligt det föreslagna 4 mom. uppfylls, om användningen av metoden är medicinskt eller odontologiskt nödvändig på grund av att sjukdomen eller skadan i

fråga allvarligt hota patientens liv eller hälsa. I dessa situationer ska valet av metod antecknas i den enskilda patientens journalhandling.

Att bestämma tjänsteutbudet främjar redan i sig jämlikhet. I paragrafen betonas dock särskilt att vid beslut om tjänsteutbudet ska hänsyn tas till de särskilda aspekter som rör jämlikhet och människovärdets okränkbarhet. Jämlikhet, icke-diskriminering och människovärdets okränkbarhet är enligt grundlagen och fördrag om mänskliga rättigheter rättsligt förpliktande principer och ska enligt den föreslagna paragrafen fungera som genomgående principer vid bedömning av huruvida en tjänst eller metod ska höra till tjänsteutbudet och förpliktar till att säkerställa jämlikhet och grundlagsenlighet i tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet. Syftet med att inkludera dessa i bestämmelsen är att säkerställa att de val som görs utifrån förutsättningarna för inkludering i tjänsteutbudet enligt 2 mom. 1–4 punkten i paragrafen inte strider mot förverkligandet av jämlikhet och människovärdets okränkbarhet på befolknings- eller individnivå. Det kan vara nödvändigt att redan i den inledande fasen av beslutsförandet i fråga om tjänsten eller metoden identifiera de särskilda aspekterna och riskerna relaterade till jämlikhet och människovärdets okränkbarhet, såsom eventuella kopplingar till olika patientgruppers eller minoriteters särskilda behov eller rättigheter. Jämlikheten och människovärdets okränkbarhet kan å andra sidan inte ensamma utgöra grund för att ta i bruk en tjänst, om metoden i helhetsbedömningen inte annars uppfyller förutsättningarna för tillhörighet till tjänsteutbudet.

Som princip avses med människovärdets okränkbarhet den principiella jämlikheten mellan individer. Principen innebär att vid val som gäller tjänster kan individer inte bedömas till exempel utifrån deras bidrag till samhället. Med människovärdets okränkbarhet avses också att man i valsituationer ska hänsyn till tjänstens eller metodens betydelse för hur individens grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter förverkligas. Detta kan till exempel innebära att beakta hur väl en tjänst eller metod inom hälso- och sjukvården lindrar patientens symptom eller förbättrar dennes funktionsförmåga, vilket i sin tur påverkar personens delaktighet och förmåga att utöva sin självbestämmanderätt, till exempel genom att uttrycka sin vilja eller agera självständigt. Bestämmelsen om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet innebär skyldighet att utföra en omfattande och mångsidig bedömning av den kunskap som finns om behovet av metoden eller tjänsten i de situationer där patientgruppen består av särskilt utsatta personer, som till exempel inte har samma möjligheter som den övriga befolkningen att uttrycka sina behov, sin vilja eller sin upplevelse av behandlingens verkningsfullhet och för vilka även en inverkan på hälsotillståndet eller funktionsförmågan som skiljer sig från inverkan för den övriga befolkningen, även om den är liten, kan vara betydelsefull. När det gäller evidens om verkningsfullhet bör man i dessa situationer också beakta att det ofta saknas uppgifter om evidens för små patientgrupper som har en utsatt ställning, såsom personer med en sällsynt sjukdom, med funktionsnedsättning eller flera sjukdomar, varvid yrkesmässig erfarenhet kan vara mer betydelsefull i bedömningen än i vanliga fall.

För särbehandling av en personrelaterad orsak ska det vid val av tjänst eller metod finnas en godtagbar grund. Till exempel att rikta en tjänst eller metod avsedd för en patientgrupps särskilda behov som baserar sig på ålder, funktionsnedsättning eller någon motsvarande personrelaterad orsak kan vara tillåten positiv särbehandling, om det bidrar till att patientgruppen får jämlika förutsättningar att vara en fullvärdig samhällsmedlem som den övriga befolkningen. När det fattas beslut om tillhörighet till tjänsteutbudet är det möjligt att på grundval av jämlikhet eller människovärdets okränkbarhet acceptera till exempel osäkrare evidens och eventuellt en mer begränsad verkningsfullhet i en situation där det för patientgruppen i fråga inte används några andra metoder.

Som en del av helhetsbedömningen bör även det beaktas att barnets bästa ska sättas i främsta rummet. Barnets bästa ska beaktas i alla beslut som gäller ett barn eller barn som grupp. Kommittén för barnets rättigheter har i sin 14:e allmänna kommentar till konventionen om barnets rättigheter konstaterat att i praktiska situationer ska rättigheterna för ett enskilt barn i förhållande till rättigheterna för en grupp barn samt rättigheterna för ett barn i förhållande till andra människor vägas mot varandra. Vid beslutsfattande ska barnets intressen ha hög prioritet i förhållande till andra aspekter (CRC/C/GC/14 punkt 39). Även vid bestämmande av tjänsteutbudet för barn är utgångspunkten den att de principer som anges i paragrafen ska vara uppfyllda. I helhetsbedömningen ska det dock vara möjligt att beakta barnets ställning till exempel i en situation där evidensen för verkningsfullhet är liten, exempelvis på grund av att inga undersökningar gjorts på barn, men det bedöms att barn kan ha nytta av metoden och användningen bedöms vara säker.

Även när det gäller metoder för sällsynta sjukdomar eller en funktionsnedsättning bör man tillämpa principerna för tjänsteutbudet på lika villkor och lägga vikt vid helhetsbedömningen och till exempel eventuella andra tillgängliga behandlingsmetoder för patientgruppen. Enbart det att en tjänst eller metod används för behandling av en sällsynt sjukdom är inte ett tillräckligt skäl för att inkludera den i servicesystemet. Oberoende av om en sjukdom är sällsynt eller inte kan den vara allvarlig eller lindrig, och å ena sidan kan den orsaka svåra, progressiva symtom men å andra sidan endast lindriga symtom. Likaså kan en tjänst eller metod ha stor eller liten inverkan på prognosen eller symtomen för en sällsynt sjukdom. Vid bedömning av evidens för verkningsfullhet kan man som en del av helhetsbedömningen betona till exempel en sådan inverkan på hälsan eller funktionsförmågan som kan ha en särskild betydelse för personer med funktionsnedsättning eller en sällsynt sjukdom även om motsvarande förändring i en annan patientgrupp inte skulle vara betydande. Då blir slutresultatet av tillämpningen av principen om jämlikhet i helhetsbedömningen att man ska satsa mer på möjligheterna för de utsatta personerna i dessa patientgrupper att agera som fullvärdiga samhällsmedlemmar än för den övriga befolkningen, och då främjar man också uppfyllelsen av målet i 2 § i hälso- och sjukvårdslagen om att minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna.

Om en enskild metod inom hälso- och sjukvården ingår i någon av social- och hälsovårdens servicekedjor eller servicehelheter eller i sådana servicekedjor och servicehelheter som annars är sektorövergripande – till exempel genomförs tillsammans med sysselsättningstjänster – ska man försöka bedöma verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffekten inte bara genom att bedöma metoden separat utan också som en del av den helhet som de olika tjänsterna bildar. Till exempel en enskild hälsokontroll kan förefalla sakna verkan och vara dyr som verksamhet enbart inom hälso- och sjukvården, men som en del av en integrerad servicehelhet kan den ändå vara helt avgörande med tanke på arbetsförmåga och sysselsättning. Därför ska man i helhetsbedömningen i samband med att tjänsteutbudet bestäms försöka granska principerna ur ett brett perspektiv och även beakta tjänstens och metodens inverkan på personens hälsotillstånd och funktionsförmåga samt på de samlade effekterna på personens övriga liv. Utöver den direkta inverkan på en persons hälsotillstånd kan en tjänst eller metod vara verkningsfull till exempel på grund av att personen kan börja arbeta eller inte längre behöver eller använder andra tjänster i lika hög grad.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig omsorg. I helhetsbedömningen bör särskild uppmärksamhet fästas vid att nödvändig omsorg tillförsäkras, om avsikten är att tjänsten eller metoden ska tillgodose ett behov av oundgänglig omsorg eller om den för kundgruppen i fråga är kopplad till ett behov av oundgänglig omsorg. I sista hand ska man genom individuell behovsprövning ta reda på förutsättningarna för användning av tjänsten eller metoden, så att miniminivån för förutsättningarna för ett människovärdigt liv tillförsäkras var och en under alla

förhållanden. Att tillförsäkra minimiförutsättningarna för ett människovärdigt liv för alla bör vara första prioritet, och det kan inte åsidosättas genom andra principer. Till exempel för personer som under lång tid är kopplade till respirator på grund av andningsförlamning ingår respiratorbehandling och övervakning av den i tjänsteutbudet, eftersom den tillförsäkrar patienten rätten till liv.

Å andra sidan kan människovärdets okränkbarhet även innebära att vård eller behandling som i en annan situation skulle höra till tjänsteutbudet inte ges av den anledningen att man försöker undvika lidande. Enligt 7 § i grundlagen har var och en rätt till liv. Denna bestämmelse i grundlagen eller principen om människovärdets okränkbarhet innebär dock inte att tjänsteutbudet omfattar sådana metoder i det naturliga slutskedet av en patients liv med vilka livet förlängs på konstgjord väg eller så att lidandet ökar, vare sig slutskedet beror på patientens höga ålder eller en långt framskriden obotlig sjukdom. Med stöd av de föreslagna bestämmelserna om tjänsteutbudet kan beslut naturligtvis även fattas om vilka tjänster och behandlingsmetoder som ska användas vid vård i livets slutskede för att lindra symtom.

På befolkningsnivå innebär jämlikhet att beslut om och val av tjänster som ska inkluderas eller tas bort ur tjänsteutbudet inte kan fattas på diskriminerande grunder. Jämlikhet som genomgående princip innebär att principerna för tjänsteutbudet ska tillämpas systematiskt, öppet och på ett motiverat sätt i situationer som gäller olika metoder, patientgrupper eller sjukdomar. Utgångspunkten är att likadana behov och situationer ska hanteras på samma sätt, men att olika behov och situationer får hanteras på olika sätt. Valet och bestämmandet av tjänster och deras innehåll får inte vara beroende av befolknings- eller patientgruppens sociala ställning, ekonomiska situation eller andra motsvarande personrelaterade faktorer på grundval av vilka diskriminering är förbjuden.

I paragrafen föreskrivs om förutsättningar för tillhörighet till tjänsteutbudet, men det anges inga detaljerade kriterier för när de olika förutsättningarna är uppfyllda. För att bestämmandet av tjänsteutbudet i en föränderlig situation nu och även i framtiden ska gå rättvist till och samtidigt främja jämlikhet, behov, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt ska bestämmandet även framöver basera sig på en helhetsbedömning och inte vara mekaniskt bundet till detaljerade, oföränderliga kriterier.

Enligt 4 mom. kan en patient undersökas och behandlas med en undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om användningen av metoden är medicinskt eller odontologiskt nödvändig på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen samt den hälsofördel och det terapeutiska värde som kan uppnås med metoden i den individuella situationen. Momentet har huvudsakligen samma innehåll som gällande 7 a § 3 mom., men dessutom föreslås att det i momentet utöver medicinsk nödvändighet nämns odontologisk nödvändighet och betonas att bestämmelsen ska tillämpas individuellt.

Ett av syftena med att bestämma tjänsteutbudet är att det utbud som finns tillgängligt för läkare som behandlar patienter ska vara begränsat i fråga om vilka tjänster och metoder som kan användas vid vård eller behandling av en enskild patient. Tjänsteutbudet sätter också gränser för vilka undersökningar, behandlingar eller rehabilitering en person kan få inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och med vilken metod dessa får ges. Undantagsbestämmelsen behövs dock för att den prövningsrätt som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utövar i enskilda fall inte ska vara alltför bunden, till exempel i en situation där patientens liv eller hälsa är allvarligt hotad.

Tjänster och metoder som inte hör till tjänsteutbudet ska få användas endast i undantagssituationer. En undantagssituation ska alltid gälla en enskild patient och kräva en objektiv medicinsk eller odontologisk bedömning. En tjänst eller metod som inte hör till tjänsteutbudet får användas endast i situationer där man vid en sådan bedömning med beaktande av det individuella hälsotillståndet, sjukdomens förutsebara utveckling och andra individuellt bedömda faktorer konstaterar att användningen av tjänsten eller metoden är medicinskt eller odontologiskt nödvändig med hänsyn till de hälsofördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås i den enskilda situationen. Patienten bör ha en sannolik och möjlig förmåga att objektivt dra nytta av vården eller behandlingen. En sådan tjänst eller metod får inte användas enbart på grund av patientens önskemål eller preferens eller för att upprätthålla patientens hopp. Tröskeln för att i ett enskilt fall använda en tjänst eller metod som inte hör till tjänsteutbudet är därför relativt hög. Användningen måste också alltid motiveras och tillräckliga anteckningar göras i patientens journal. Syftet med undantagsbestämmelsen i momentet är således inte att tjänster eller metoder som är skadliga eller har liten effekt eller vars evidens visar att effekten är osäker i princip ska få användas utan tydliga, särskilda motiveringar i den individuella situationen. När man använder en tjänst eller metod som inte hör till tjänsteutbudet bör man också alltid överväga eventuella säkerhetsrisker och skadlighet liksom alternativa tjänster och metoder samt deras kostnader. Användningen av tjänsten eller metoden får i princip inte heller äventyra vården av andra patienter, vård som hör till tjänsteutbudet.

Undantaget kan behöva tillämpas till exempel när målsättningen är att rädda liv eller undvika en allvarlig skada om inga andra verkningsfulla tjänster eller metoder finns tillgängliga i tjänsteutbudet. Det kan också vara fråga om till exempel en situation där det inte ännu finns något nationellt beslut om att en ny metod ska hör till tjänsteutbudet och man inte kan förvänta sig att ett sådant beslut fattas för en enskild patient baserat på en individuell bedömning. Att en enskild patient med stöd av undantaget i 4 mom. behandlas med en metod som inte hör till tjänsteutbudet innebär dock inte att metoden därefter hör till tjänsteutbudet för andra patienter.

Att använda en tjänst eller metod som inte hör till tjänsteutbudet förutsätter alltid att det för den enskilda patienten görs en individuell bedömning och att patienten i enlighet med patientlagen ges information samt att vården eller behandlingen görs i samförstånd med patienten. Användningen av en sådan metod ska inte kunna motiveras med exempelvis en enskild läkares erfarenhet eller preferens för en viss metod som inte hör till tjänsteutbudet, och inte heller som en förstahandspraxis vid vård eller behandling av en patientgrupp med en viss sjukdom eller skada eller som ett brett införande av nya tjänster eller metoder utan beslutsfattande baserat på en helhetsbedömning av de förutsättningar som anges i paragrafen.

Avsikten är inte att genom paragrafens bestämmelser ändra bedömningen av huruvida en tjänst eller metod ska hör till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården och inte heller beslutsförfarandena eller behörigheterna i samband med dem. Den nuvarande bedömningen av huruvida en tjänst eller metod inom hälso- och sjukvården ska hör till tjänsteutbudet samt beslutsfattandet och verksamhetsprocesserna relaterade till bedömningen och beslutsfattandet beskrivs närmare i denna regeringspropositions avsnitt 2.6 Innehållstyrningen av hälso- och sjukvård och bedömningen av hälso- och sjukvårdsmetoder.

De principer som anges i paragrafen ska tillämpas på nationell nivå och av samarbetsområdena, välfärdsområdena och andra anordnare, och även indirekt på den nivå där klient- och patientarbetet utförs.

På nationell nivå ska principerna för tjänsteutbudet tillämpas vid bestämmande av tjänsteutbudet inom den offentliga hälso- och sjukvården, vid resursallokering, vid informationsstyrning och vid utfärdande av nationella rekommendationer, till exempel när de

enhetliga grunderna för vården utarbetas och när tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården utfärdar rekommendationer. Principerna ska tillämpas även i den nationella styrningen av den offentliga hälso- och sjukvården, särskilt i styrningen av välfärdsområdena.

I verksamheten hos de aktörer som har ansvar för att organisera hälso- och sjukvården ska principerna styra bestämmandet av tjänsteutbudet, resursallokeringen, utformningen av servicestigarna samt styrningen av hälso- och sjukvårdens innehåll. De lagstadgade principerna för tjänsteutbudet kommer således att vara bindande för välfärdsområdena och andra aktörer som har organiseringsansvar, och de måste beakta principerna vid beslutsfattande där tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården bestäms och inriktas. Utöver den hälso- och sjukvård som välfärdsområdena ordnar ska principerna för tjänsteutbudet gälla också annan offentligt finansierad hälso- och sjukvård, såsom hälso- och sjukvården för fångar, hälso- och sjukvården i statens sinnessjukhus, studerandehälsovården för högskolestuderande, sjukvårdersättningarna enligt sjukförsäkringslagen samt Folkpensionsanstalten när den fattar beslut om ersättning av vård och behandling som getts utomlands med stöd av lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Det tjänsteutbud som finns nationellt och i välfärdsområdena bör tillämpas på samma sätt även inom den hälso- och sjukvård som ges i mottagningstjänsterna i fråga om de personer som avses i 26 § 2 mom. i mottagningslagen och som får hälso- och sjukvårdstjänster på samma grunder som en person som har en hemkommun i Finland enligt hemkommunlagen.

När en separat bestämning av tjänsteutbudet utförs är det inte ändamålsenligt att ta ställning till alla frågor, metoder eller tjänster som omfattas av hälso- och sjukvårdsverksamheten, och det finns inte heller resurser för det. Det tjänsteutbud som används vid respektive tidpunkt kan aldrig bestämmas metodspecifikt och detaljerat för olika patientgrupper. Å andra sidan är tillämpning av tjänsteutbudet en del av den normala verksamheten på de olika nivåerna av servicesystemet. När det gäller hälsoproblem som man ställs inför i den normala verksamheten hör det till den grundläggande uppgiften och till de yrkesutbildade personernas kompetens att tillämpa det tjänsteutbud som ingår i vårdpraxisen. Ju mer etablerad användningen av en tjänst eller metod är som en del av tjänsteutbudet, desto mindre motiveringar behövs för dess användning i servicesystemet. Detta hindrar dock inte att en etablerad metod bedöms och tas ur bruk, om till exempel ny evidens erhålls och ersättande metoder kommer.

Beslutsfattandet i detta sammanhang kan gälla en enskild metod eller tjänst, men också metoder och tjänster som hela servicekedjor och servicehelheter, som gemensamma, integrerade tjänster inom social- och hälsovården och som integrerade tjänster. Det kan också gälla inriktning och tidsplanering av metoder och tjänster. Beslutsfattande som rör tjänsteutbudet kan därmed handla till exempel om att ta i bruk ett nytt läkemedel, en ny apparat eller en ny metod, om att inrikta användningen av en viss tjänst eller metod inom en patientgrupp, till en ny patientgrupp eller till en ny indikation, om att ta ur bruk en tjänst eller metod som redan används eller om större helheter.

Ju mer sällsynt eller komplext behovet är och ju mer utmanande det är att tillämpa principerna för tjänsteutbudet som en del av helhetsbedömningen, desto högre upp i välfärdsområdets beslutsfattande – eller vid behov i nationellt beslutsfattande – bör beslutet om huruvida tjänsten ska höra till utbudet fattas. I välfärdsområdena är det den ansvariga läkaren som, i enlighet med bestämmelserna om ansvar och befogenheter i 57 § i hälso- och sjukvårdslagen, har det yttersta ansvaret för tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet och för inkludering i eller uteslutning ur tjänsteutbudet. Bedömning av en tjänst eller metod och nytt beslutsfattande behövs i synnerhet i fråga om metoder eller tjänster som det finns ett stort behov av med tanke på folkhälsan eller när det finns en misstanke om regional ojämlikhet eller om en patientgrupps ojämlikhet i användningen av dem, när de har betydande samhälleliga ekonomiska

konsekvenser, när det är svårt att bedöma deras verkningsfullhet eller när servicesystemet har utmaningar i organiseringen av dem. Ju större tyngd dessa faktorer har, desto större är sannolikheten för att det behövs nationellt, enhetligt beslutsfattande i stället för beslutsfattande i ett enskilt välfärdsområde eller samarbetsområde.

Då en metod eller tjänstespecifikt förebyggande av sjukdomar hos en individ eller befolkningen, en undersökning som utförs för att upptäcka sjukdom eller skada, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering har inkluderats i tjänsteutbudet uttryckligen genom lagstiftning är den bindande för servicesystemet. Beslut som fattas nationellt och regionalt om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården är i regel rekommendationer. För att beslut om tillhörighet till tjänsteutbudet och uteslutande ur det ska framstå som så öppna, transparenta, förutsägbara och förtroendeingivande som möjligt bör målsättningen vara att öppet beskriva beslutsförfarandet på nationell nivå och i samarbetsområdena och välfärdsområdena samt tillämpningen av principerna och de använda kriterierna. När det gäller beslutsförfarandet kan myndigheten utarbeta mer detaljerade beskrivningar av hur de i paragrafen angivna principerna för tjänsteutbudet beaktas i beslutsfattandet. Dessutom kan man beskriva hur samråd med befolkningen och patienterna genomförs och hur dessa ges möjlighet att påverka beslut. Till exempel tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården har redan öppet publicerat en handbok på sin webbplats, där rådets förfaranden beskrivs detaljerat (på finska). Detta kan kompletteras med en mer ingående beskrivning av tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet för styrning av rekommendationsförfarandet. Denna beskrivning kan behandla bland annat informationskällor, mätinstrument, kriterier och andra aspekter som är väsentliga med tanke på innehållet i varje princip samt deras betydelse i helhetsbedömningen. Beslut måste motiveras tillräckligt noggrant och på ett begripligt sätt.

I beslutsfattande om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården ska det också finnas tillräckligt med möjligheter för deltagande av patient- eller befolkningsgrupperna i fråga, så att det för beslutsfattandet finns mångsidig information tillgänglig om erfarenheter, behov och önskemål i fråga om vården och hälsotillståndet för de personer som hör till tjänstens eller metodens målgrupp. Möjlighet till deltagande kan ges till exempel genom välfärdsområdenas ungdomsråd, äldreråd, råd för personer med funktionsnedsättning, nationalspråknämnderna, samiska språknämnden och patientråd eller erfarenhetsexperter och genom att ordna riktade evenemang och genomföra enkäter, utredningar eller annan verksamhet för att identifiera olika gruppers behov. På detta sätt kan det också säkerställas att de särskilda behoven hos personer med en utsatt ställning och hos personer som använder många tjänster samt minoriteternas samverkande särskilda behov beaktas som en del av helhetsbedömningen. Det blir också möjligt att förhindra att dessa grupper missgynnas när tjänsteutbudet bestäms.

I patientarbete ska principerna för tjänsteutbudet styra verksamheten främst genom de riktlinjer som utfärdas på nationell nivå och av välfärdsområdena. Utöver att tillämpa dessa riktlinjer kan man i patientarbete också använda principerna vid bedömning av de tjänster och metoder som finns tillgängliga för en patients individuella vård eller behandling. Vilken vård, behandling eller undersökning som en patients hälsotillstånd kräver bestäms i sista hand av en läkare eller tandläkare på basis av deras utbildning och yrkesrättigheter samt den medicinska eller odontologiska kunskap som är allmänt godtagen och empiriskt bekräftad i yrkesverksamheten i fråga. Men de anvisningar som ges nationellt samt av samarbetsområdet, välfärdsområdet och den ansvariga läkare som avses i 57 § i hälso- och sjukvårdslagen ger en robust ram för det grundläggande tjänsteutbudet. För enskilda patienters del ska besluten motiveras i deras journalhandlingar. Avvikelse från tjänsteutbudet behandlas ovan.

Principerna för tillhörighet till tjänsteutbudet motsvarar i stort sett dem som används i vanligt kliniskt patientarbete. På patientnivå tar en yrkesutbildad person vid den kliniska bedömningen

av det individuella vårdbehovet hänsyn till bland annat hur allvarlig sjukdomen är och hur den kan antas fortskrida, individens förmåga att dra nytta av vården, vårdens förmodade effekt och om det är rätt tidpunkt för den samt eventuella negativa effekter för individen, individens hälsotillstånd och funktionsförmåga i övrigt, livssituationen samt i tillämpliga delar vårdens eller tjänstens övriga värde för patienten eller patientens närstående, till exempel att de upplever att de kan klara sig med sjukdomen, att de får stöd och att de känner sig delaktiga. I den individuella bedömningen bedöms patientens hälsotillstånd och förmåga att dra nytta av vården eller behandlingen helhetsmässigt, med hänsyn till flera olika faktorer. En yrkesutbildad person gör också vederbörliga anteckningar om patientens vård och om grunderna för den samt ger patienten tillräcklig information om dennes hälsotillstånd och vård.

Något separat beslut om tillhörighet till tjänsteutbudet behövs inte för tjänster eller metoder som används allmänt inom hälso- och sjukvården och som är medicinskt och odontologiskt motiverade som en del av patientens vårdhelhet. Utgångspunkten är att de yrkesutbildade personer som vårdar patienter ska tillämpa de nationella rekommendationerna om tillhörighet till tjänsteutbudet till den del sådana har utfärdats om olika metoder och tjänster. Vårdsområdena och andra som har ansvar för att organisera hälso- och sjukvård ska se till att de anställda får introduktion och att deras kunnande kontinuerligt upprätthålls och stärks genom vägledning och fortbildning så att de har det kunnande som det aktuella tjänsteutbudet kräver. De anställda i sin tur ska i enlighet med sin fortbildningsskyldighet hålla sitt eget kunnande för tjänsteutbudets del uppdaterat. En patients hälso- eller sjukvård kan således, som en del av tjänsteutbudet, i huvudsak genomföras i enlighet med de enhetliga grunder för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen samt de vårdrekommendationer som är i bruk, såsom rekommendationerna i God medicinsk praxis och Hotus-vårdrekommendationerna, samt den praxis som i det vardagliga arbetet har konstaterats vara god.

Inom hälso- och sjukvården ska en läkare eller tandläkare till exempel välja vårdmetod enligt eventuella riktlinjer som getts om tjänsteutbudet, såvida det inte är medicinskt eller odontologiskt motiverat att inte göra det på grund av patientens hälsotillstånd. Det kan till exempel vara fråga om att det i rekommendationen om användningen av en viss metod inte har bedömts användningen för vissa subtyper av sjukdomen eller för nya indikationer eller om att den allmänt rekommenderade metoden för behovet i fråga inte är lämplig för patientens vård av skäl relaterade till dennes hälsotillstånd och att det inte finns något lämpligt verkningsfullt alternativ för patientens individuella vårdbehov. I detta fall ska den yrkesutbildade personen agera i enlighet med sin utbildning och sakkunskap. Dessutom kan man i situationer som avses i 4 mom. på individuella grunder använda en tjänst eller metod som inte hör till tjänsteutbudet för att rädda patientens liv eller undvika en allvarlig skada.

I 6 § i grundlagen föreskrivs om förbud mot diskriminering. En individuell bedömning kan dock av medicinska eller odontologiska skäl resultera i olika val för olika patienter. Om en viss metod på basis av en individuell bedömning inte används för en patient, ska patientens behov av hälso- eller sjukvård tillgodoses med någon annan medicinskt eller odontologiskt motiverad tjänst eller metod som patientens hälsotillstånd förutsätter. Dessutom ska man på individnivå ta hänsyn till patientens självbestämmanderätt. Vård eller behandling av patienter ska i princip alltid ske i samförstånd med dem. I patientarbete inom hälso- och sjukvården ska man i mån av möjlighet beakta patientens önskemål, individuella behov och kultur. Även om en metod hör till tjänsteutbudet och är lämplig att använda för behandling av en patients individuella hälsoproblem, kan patienten i princip inte behandlas med den om han eller hon tackar nej till behandlingen efter att ha fått tillräcklig information.

## 7.2 Socialvårdslagen

**3 §. Definitioner.** Till paragrafen fogas en ny 8 punkt där tjänsteutbudet inom socialvården definieras. Enligt förslaget avses med tjänsteutbudet inom socialvården helheten av socialservice och annan verksamhet inom socialvården och de arbetsformer som ingår i dem. Som begrepp omfattar tjänsteutbudet sådan verksamhet som ordnas för främjande av välfärd som avses i 2 kap. i socialvårdslagen och sådan socialservice som avses i 3 kap. samt de arbetsformer som ingår i dem. Således ingår i tjänsteutbudet som begrepp också sådan service och sådana arbetsformer som det föreskrivs om i den speciallagstiftning om socialvården som avses i 14 § 3 mom.

**30 a §. Principerna för tjänsteutbudet inom socialvården.** Det föreslås att det till lagen fogas en ny 30 a § om principerna för tjänsteutbudet inom socialvården. Enligt förslaget föreskrivs det i paragrafen om de principer enligt vilka det i fortsättningen beslutas om planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt om användning, ibruktagande och urbruktagande av service och arbetsformer. I propositionen föreslås det att för att en service eller arbetsform inom socialvården ska höra till tjänsteutbudet inom socialvården förutsätts att behovsprincipen, säkerhetsprincipen, principen om verkningsfullhet och principen om kostnadsnyttoeffekt uppfylls. I paragrafen föreskrivs det att dessa principer ska beaktas som en del av helhetsbedömningen vid beslutsfattandet. I den helhetsbedömningen ska klienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas. Principernas inbördes viktningssvärde vägs som en del av helhetsbedömningen och det kan variera från fall till fall.

Syftet är att utveckla beslutsfattandet om service inom socialvården och inom den om användning, ibruktagande och urbruktagande av arbetsformer, så att beslutsfattandet och dess grunder är öppna och godtagbara samt främjar jämlikheten, mötandet av klientens behov, säkerheten, verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffekten.

Genom att föreskriva om principerna för tjänsteutbudet definieras det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att trygga tillräckliga socialtjänster. Principerna styr välfärdsområdena på olika nivåer och i olika funktioner i organisationen vid fastställandet av tjänsteutbudet inom socialvården, innehållet i servicehelheterna och fördelningen av resurser.

De föreslagna principerna ska tillämpas med beaktande av annan lagstiftning, till exempel bestämmelserna i grundlagen, socialvårdslagen och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan klientlagen) om klientens rättigheter och gott bemötande, jämlikhet, icke-diskriminering, rätt till oundgänglig försörjning och omsorg, tjänsternas tillräcklighet, tjänsternas innehåll, kvalitet, säkerhet och verkningsfullhet. Tolkningen av principerna ska främja de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.

I motiveringen till lagförslaget avses med arbetsform inom socialvården en systematisk metod som används inom socialservicen och inom annan verksamhet inom socialvården och med hjälp av vilken målsättningarna med socialvården kan uppnås på individ- och befolkningsnivå. Syftet med arbetsformerna inom socialvården är att främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, minska ojämlikhet, främja delaktighet, upprätthålla och förbättra den sociala funktionsförmågan och livskompetensen samt förebygga och minska marginalisering. Arbetsformer inom socialvården är till exempel åtgärder, metoder, individuellt arbete, grupparbete och arbete med gemenskapen samt nätverksarbete. Exempelen ovan beskriver inte uttömmande all verksamhet som betraktas som arbetsformer inom socialvården. I motiveringen till lagförslaget används uttrycket service och arbetsformer då det i motiveringen hänvisas till innehållet i och definitionen av det tjänsteutbud inom socialvården som avses i den föreslagna 3 § 8 punkten.

I motiveringen till lagförslaget används exempel för att åskådliggöra tillämpningen av principerna. Genom exemplen fastställs dock inte på förhand resultaten som gäller användning, ibrukttagande och urbrukttagande av service och arbetsformer eftersom beslutsfattandet om tjänsteutbudet förutsätter tillämpning av principerna för tjänsteutbudet som en del av en helhetsbedömning.

Definitionen av tjänsteutbudet inom socialvården finns enligt förslaget i den nya 3 § 8 punkten. Med tjänsteutbudet inom socialvården avses helheten av socialservice och annan verksamhet och andra arbetsformer inom socialvården.

Genom principerna för tjänsteutbudet åsidosätts inte övrig socialvårdslagstiftning och genom dem kan inte skyldigheten att ordna lagstadgade tjänster kringgås, utan genom dem styrs valet av service och inom servicen valet av arbetsformer i de fall lagstiftningen ger tillämparen prövningsrätt.

Genom principerna ändras inte skyldigheten att ordna lagstadgade tjänster och inte de lagstadgade förutsättningar som gäller beviljandet av dem. Enligt förslaget styr dock principerna riktandet av arbetsformerna inom dessa lagstadgade tjänster. Dessutom ska principerna för tjänsteutbudet tillämpas i de situationer som avses i 28 § när välfärdsområdet ordnar annan socialservice än den som anges i 3 kap. för att främja klienternas välfärd. Principerna för tjänsteutbudet lämpar sig också för val av socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service och de arbetsformer som används inom den. Enligt förslaget styr principerna för tjänsteutbudet också sådant främjande av välfärd som avses i 2 kap.

Syftet med socialvården är att främja välfärd, social trygghet, funktionsförmåga och delaktighet, att minska ojämlikhet och att förebygga sociala problem och servicebehov. Socialvården omfattar stöd i ett tidigt skede, korrigerande åtgärder samt tjänster som syftar till att upprätthålla situationen eller funktionsförmågan, bromsa försämringen samt minimera skadorna, utifrån klientens behov. Inom socialvårdens verksamhet kan en individ, individens närmaste krets, familjen eller gemenskapen vara klient eller delaktig. Den tidsmässiga dimensionen av verksamhetens effekter varierar från brådskande och omedelbara till effekter som eftersträvas på lång sikt. Syftet med att föreskriva om principerna för tjänsteutbudet är att samla de aspekter som är väsentliga med tanke på socialvårdens verksamhet och som ska utgöra grunden för den helhetsbedömning som ingår i beslutsfattandet om tjänsteutbudet. Den karaktär av socialvårdens verksamhet och de syften som beskrivs ovan ska vara centrala vid tillämpningen och tolkningen av principerna för tjänsteutbudet inom socialvården. I praktiken innebär detta att man till exempel i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå eller i arbete som annars riktar sig till större gemenskaper ska använda andra arbetsformer än vid korrigerande förändringsarbete som fokuserar på individen eller en begränsad närmaste krets.

Paragrafen innehåller förutsättningar på principiell nivå för att höra till tjänsteutbudet inom socialvården och inte exempelvis detaljerade kriterier för att en service eller arbetsform ska få höra till tjänsteutbudet. Principerna är formulerade så att de håller över tid. Målet är att principerna för tjänsteutbudet ska lämpa sig för de praktiska valen också på lång sikt, när befolkningens och klienternas situation och behov förändras. Till principernas natur hör att de i enskilda fall också kan stå i konflikt med varandra, varvid principerna vid tillämpningen behöver vägas mot varandra.

Tjänsteutbudet inom socialvården består av den service inom socialvården och det främjande av välfärd som används för tillfället och av de arbetsformer som hänförs till dem. Inom sådant främjande av välfärden som avses i 2 kap. och inom sådan service inom socialvården som avses i 3 kap. används olika åtgärder, metoder, arbetsformer, verksamhetsmodeller och interventioner

som syftar till att individuellt tillgodose personers och familjers behov av stöd eller främja och upprätthålla befolkningens välfärd samt sociala trygghet och funktionsförmåga. I definitionen av tjänsteutbudet strävar ”service eller arbetsform” som uttryck att täcka dessa olika funktioner på ett omfattande sätt.

I praktiken kan tjänsteutbudet aldrig definieras helt entydigt, uttömmande eller så att det täcker hela socialvårdshelheten. Det är inte ändamålsenligt att för varje service eller arbetsform som används göra en nationell eller regional bedömning av huruvida förutsättningarna för tjänsteutbudet uppfylls. Avsikten är att principerna för tjänsteutbudet ska användas som stöd för innehållsstyrningen vid strategiska och relevanta styrningssituationer och styrningsbehov. Regleringen förutsätter inte att riktlinjer för innehållet i all verksamhet och service som redan används inom socialvården ska bedömas på nytt i ljuset av principerna. Avsikten är att principerna ska tillämpas efter att lagen trätt i kraft i situationer där det finns behov att ge innehållsstyrning i anslutning till service eller innehållet i den.

Principerna ska utifrån forskning styra mot bättre utnyttjande och inriktande av service och arbetsformer som är behovsenliga, säkra, verkningsfulla och kostnadsnyttoeffektiva. Även i fortsättningen ska det inom socialvårdens verksamhet och service finnas ett brett utbud av service och arbetsformer som klienterna behöver och som konstaterats vara bra utifrån kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet. I den mån man utifrån forskningsdata och kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet kan påvisa till exempel olika klientgruppers behov och verkningsfullheten hos olika service och arbetsformer, kan man inom socialvården genom att fastställa tjänsteutbudet ta i bruk ny service eller nya arbetsformer eller avstå från sådana som inte medför så stor nytta eller rikta service och arbetsformer som redan används på ett mer verkningsfullt sätt. Bestämmelserna om principerna för tjänsteutbudet kan främja utnyttjandet av rekommendationer som baserar sig på forskningsdata i beslutsfattandet, särskilt när det gäller inriktningen av, tidpunkten för och graderingen av service och arbetsformer.

Beslutsfattandet om tjänsteutbudet inom socialvården kan gälla en enskild service eller arbetsform. Alternativt kan principerna för tjänsteutbudet utnyttjas i innehållsstyrningen för att styra socialvårdens verksamhet på servicekedjenivå eller i anslutning till vissa servicehelheter. På så sätt kan man vid beslutsfattande som gäller tjänsteutbudet besluta till exempel om att ta i bruk en ny intervention, verksamhetsmodell eller annan arbetsform, rikta en viss service eller arbetsform inom en klientgrupp eller svara på ett visst socialt problem, ta ur bruk något som redan används eller besluta om större helheter. Eftersom principerna för tjänsteutbudet är enhetliga till sitt innehåll, kan den innehållsstyrning som baserar sig på dem också riktas till socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service eller för att bättre samordna socialvården och hälso- och sjukvården.

Principerna för tjänsteutbudet kan tillämpas i servicekedjorna, till exempel genom att styra mot användningen av vissa arbetsformer som konstaterats vara verkningsfulla vid rätt tidpunkt och på ett verkningsfullt sätt riktade till behoven hos de klienter som hör till klientgruppen i fråga. Valen kan gälla huruvida vissa arbetsformer är lämpliga för ett visst stödbehov i en viss livssituation eller ibruktagande av en ny verksamhetsmodell i ett visst skede av klientprocessen. Välfärdsområdet kan till exempel besluta att erbjuda gruppverksamhet enligt handlingsmodellen Kraft i vardagen (Arkeen Voimaa) som tidigt stöd för personer i arbetsför ålder som upplever utmaningar i vardagen eller ordna föräldragruppen De otroliga åren (Ihmeelliset vuodet) inom rådgivningen i uppfostrings- och familje frågor för att stödja föräldrar med barn med utmanande beteende i föräldraskap och användningen av positiva fostrande metoder.

Principerna för tjänsteutbudet ska också tillämpas i den nationella styrningen av socialvården. De kan också tillämpas på välfärdsområdenas riktlinjer på samarbetsområdesnivå, planering, inriktning av resurser, utarbetande av servicestigar och annan innehållsstyrning inom socialvården. Principerna för tjänsteutbudet är således ett nytt verktyg för innehållsstyrningen. Med hjälp av dem stärker man och skapar en ram för innehållsstyrningen inom socialvården samt gör den mer högklassig och nationellt enhetlig.

Resurseringen av olika tjänster och servicehelheter inom ett välfärdsområde grundar sig på en bedömning av befolkningens behov i området och de åtgärder som bäst lämpar sig för att svara på dessa behov. Vid planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvården bedömer välfärdsområdet med hurdana helheter av service och arbetsformer de olika ansvarsområdena, serviceenheterna och teamen inom socialvården svarar mot klienternas behov. Till exempel kan ledningen för välfärdsområdets serviceområden dra upp riktlinjer och ge anvisningar om sådan service som stöder välfärden som serviceområdet i fråga erbjuder samt om arbetsformer som hör till den lagstadgade socialservicen samt om förebyggande arbetsformer som hänför sig till annan socialvårdsverksamhet. Vid beslutsfattande som hänför sig till användning, ibruktage och urbruktage av service och arbetsformer ska ett behörigt organ eller en behörig tjänsteinnehavare i välfärdsområdet bedöma vilken service med vilket innehåll bäst tillgodoser befolkningens behov på ett säkert, verkningsfullt och kostnadsnyttoeffektivt sätt, med beaktande av principerna för jämlikhet och människovärdets okränkbarhet.

I innehållsstyrningen inom socialvården erbjuder riktlinjerna om huruvida en service och arbetsform ska höra till tjänsteutbudet aktuell information för yrkesutbildade personer inom socialvården som grundar sig på forskning om verkningsfulla tjänster. Med hjälp av dessa riktlinjer kan service och annan verksamhet inom socialvården riktas på ett ändamålsenligt sätt för att svara på klienternas eller befolkningens behov. Genom den allmänna innehållsstyrningen inom socialvården och riktlinjerna för tjänsteutbudet säkerställs det att välfärdsområdets socialvårdspersonal har tillgång till aktuell information som grundar sig på forskning om service och arbetsformer samt information om bästa praxis inom branschen. På riksnivå främjar dessutom den nationella styrningen av tjänsteutbudet och en enhetlig tillämpning av principerna att de personer som behöver service inom socialvården i fortsättning erbjuds bästa möjliga, aktuella service och arbetsformer samt kombinationer av dem på ett jämlikt sätt.

I enskilda fall binder den innehållsstyrning som grundar sig på principerna för tjänsteutbudet inte de yrkesutbildade personerna inom socialvården, om det innehåll som baserar sig på riktlinjerna i ett enskilt fall strider mot till exempel en enskild klients intresse eller stödbehov. En yrkesutbildad person kan i interaktion med klienten konstatera att en metod som följer riktlinjerna och baserar sig på forskningsdata lämpar sig för klientens servicebehov och tillhandahålla servicen enligt riktlinjerna i fråga i vissa klientsituationer. Metoden tillämpas målinriktat som en del av servicen till klienten. Om metoden inte ger önskat resultat, kan den yrkesutbildade personen vid interaktion med klienten bedöma situationen på nytt och vid behov besluta att ta i bruk en annan arbetsform eller kombination av arbetsformer.

En granskning av arbetsformerna både riksomfattande och inom samarbetsområdenas och välfärdsområdenas innehållsstyrning stöder en mer verkningsfull inriktning och uppföljning av arbetsformerna. På klientnivå möjliggör innehållsstyrningen också en bättre uppföljning av verkningsfull service och verkningsfulla arbetsformer än för närvarande. På detta sätt kan man följa upp vilka arbetsformer som använts i klientens service och hurdana effekter de haft i klientens olika livssituationer, också under långvariga klientprocesser. Således stöder fastställandet av tjänsteutbudet och tillämpningen av riktlinjerna gällande det både den nationella och individuella uppföljningen och rapporteringen av verkningsfullheten inom socialvården. Genom den uppföljning och dokumentation av servicen och arbetsformerna som

gäller det tillhandahållande som beskrivs ovan kan man dessutom förbättra verksamhetens transparens. Detta gör det också möjligt att bättre än för närvarande bedöma huruvida verksamheten är ändamålsenlig ur en utomstående aktörs synvinkel. Transparensen och möjliggörandet av en bedömning har en positiv betydelse för rättsskyddet både för de yrkesutbildade personerna inom socialvården och klienterna. Dessutom kan en allmän förbättring av tillgången till information om socialvårdens verkningsfullhet ha betydande positiva multiplikatoreffekter på socialvårdens verksamhet med tiden.

Förebyggande och främjande av välfärd är lagstadgade uppgifter inom socialvården vid sidan av individuella tjänster. Principerna för tjänsteutbudet gäller främjande av välfärd enligt 2 kap. och de arbetsformer som används vid främjandet. Principerna för att höra till tjänsteutbudet kan utnyttjas som en del av främjandet och upprätthållandet av befolkningens välfärd samt sociala trygghet och funktionsförmåga. Således kan arbetsformer inom socialvården som förebygger samhälleliga problem och sociala problem som förekommer bland befolkningen eller som främjar befolkningens välfärd inkluderas i tjänsteutbudet på motsvarande sätt som service och arbetsformer riktade till olika klientgrupper som syftar till individuell förebyggande verksamhet, individuellt stödbehov eller individuella korrigerande insatser. Välfärdsområdet kan genom att tillämpa principerna för tjänsteutbudet styra tillhandahållandet av det strukturella sociala arbetet till exempel genom att rikta den sociala rapporteringen till vissa uppgifter eller frågor.

I 1 mom. föreskrivs det om förutsättningarna för att höra till tjänsteutbudet inom socialvården vid planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt vid beslutsfattandet om användning, ibruktagande och urbruktagande av service och arbetsformer. Beslutsfattandet om vad som ska höra till tjänsteutbudet baserar sig på en helhetsbedömning. Alla de förutsättningar för att höra till tjänsteutbudet inom socialvården som anges i 1–4 punkten ska uppfyllas som en del av den helhetsbedömning som gäller en service eller arbetsform inom socialvården. Vid beslutsfattandet tillämpas alla principer i 1–4 punkten och de vägs vid behov mot varandra. Förutsättningarna för att höra till tjänsteutbudet bedöms tillsammans med de genomgående principerna om människovärdets okränkbarhet och jämlikhet i det föreslagna 2 mom. Besluten om vad som ska höra till tjänsteutbudet och vad som ska uteslutas ur det ska göras så öppet och transparent som möjligt och basera sig på enhetlig praxis och enhetliga förfaranden. Det här innebär vid beslutsfattandet på nationell nivå och på välfärdsområdesnivå att beslutsprocessen och de principer och kriterier som använts ska beskrivas öppet och att beslut ska motiveras öppet.

I beslutsfattandet om tjänsteutbudet inom socialvården bör det också reserveras tillräckliga möjligheter för deltagande på gruppnivå för att det vid beslutsfattandet ska finnas mångsidig information tillgänglig om erfarenheter, tolkning av behov och önskemål som gäller servicen för klientgrupperna i fråga. Klienternas delaktighet och möjlighet att delta kan genomföras till exempel via ungdomsfullmäktige för välfärdsområdet, äldrerådet, rådet för personer med funktionsnedsättning, nationalspråksnämnderna och samiska språknämnden samt genom att ordna riktade evenemang, enkäter, utredningar och annat för att identifiera de olika gruppernas behov. Genom åtgärder i enlighet med 5 kap. i lagen om välfärdsområden kan man genom så omfattande åtgärder som möjligt säkerställa att också de särskilda behov som personer i sårbar ställning, personer som använder mycket service samt intersektionella minoriteter har, har beaktats som en del av helhetsbedömningen, och på så sätt förhindra att dessa grupper faller mellan stolarna vid fastställandet av tjänsteutbudet.

Enligt 1 mom. 1 punkten ska syftet med en service eller metod vara att tillgodose behovet av främjandet eller upprätthållandet av klienternas sociala välfärd, trygghet eller funktionsförmåga eller att svara på ett socialt problem som förekommer bland befolkningen eller på ett uppenbart

hot om detta, något som ger uttryck för behovsprincipen som en princip för tjänsteutbudet. Behovsprincipen som en förutsättning för tjänsteutbudet har ett samband med målen inom socialvården samt välfärdsområdets skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster på det sätt som befolkningens och klienternas behov förutsätter.

Service inom socialvården ska ordnas för de stödbehov som räknas upp i 11 § i socialvårdslagen. De föreslagna principerna för tjänsteutbudet styr till att bedöma vilken service, utöver den som redan nämns i lagstiftningen, eller de arbetsformer inom varje service som det är ändamålsenligt att tillhandahålla för att tillgodose olika klientbehov eller behov på befolkningsnivå vid sidan av det främjande av välfärd som avses i 2 kap.

När behovsprincipen tillämpas ska man granska behoven av service och arbetsformer som fungerar både på befolkningsnivå och på individnivå. Inom socialvården är behoven vanligtvis mångahanda och samma service eller arbetsform kan ha samband med flera olika slags behov. Dessutom ska man identifiera vilka särskilda behov olika klientgrupper eller personer som hör till klientgrupperna kan ha i anknytning till servicen eller arbetsformen i fråga. Vid tillämpningen av behovsprincipen kan de särskilda behoven hos personer i särskilt utsatt ställning, såsom personer med funktionsnedsättning eller äldre personer, beaktas. Denna har ett nära samband med principerna om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet vid den helhetsbedömning som gäller tjänsteutbudet. Till exempel främjande av klientens förmåga att agera på eget initiativ är ett gemensamt mål för socialvårdens verksamhet och service och passar i princip alla klientsituationer. På behovsnivå kan det dock vara förenat med bland annat behovet att upprätthålla eller främja funktionsförmågan, behovet av fysisk hjälp för att fatta beslut om egna ärenden i vardagen eller för att genomföra dem samt behovet att främja socialt umgänge. Utöver de ovannämnda behoven kan till exempel en del personer med funktionsnedsättning behöva stöd för interaktion för att främja agerande på eget initiativ. Dessutom kan vissa klientgrupper ha faktorer som hänför sig till personlig övertygelse, kultur eller modersmål som kan ta sig uttryck i specialbehov som är specifika för klientgruppen. Välfärdsområdet kan vid tillämpningen av behovsprincipen rikta åtgärder och rekommendationer så att de särskilt beaktar sådana behov och frågor som utan innehållsstyrning skulle kunna bli otillräckligt beaktade i socialvårdens verksamhet.

Som princip för tjänsteutbudet styr behovsprincipen till att bedöma hur allvarliga och omfattande olika behov är. Enligt behovsprincipen kan mer resurser riktas till allvarliga och långvariga stödbehov och mindre resurser till lindrigare och tillfälliga stödbehov.

På klientgruppsnivå förutsätter behovsprincipen att servicen och arbetsformen anknyter till behovet att främja eller upprätthålla den sociala välfärden, tryggheten eller funktionsförmågan. Det centrala vid tillämpningen av behovsprincipen är att identifiera hurdan behov servicen eller arbetsformen svarar på i klienternas servicehelhet. Graden av behov har betydelse vid den helhetsbedömning som görs beträffande vad som ska höra till tjänsteutbudet. Graden av behov är exempelvis mycket hög när man med servicen eller arbetsformen strävar efter att säkerställa nödvändig omsorg. Å andra sidan kan till exempel nästan alla familjer dra nytta av stöd för föräldraskap, men det finns ett särskilt behov av stödåtgärder för föräldraskap som en följd av vissa utmaningar eller livssituationer.

När tjänsteutbudet definieras ska man också identifiera ett sådant behov av förebyggande åtgärder eller stöd hos klienternas familjer eller närstående som hänför sig till utmaningarna i klienternas funktionsförmåga eller livskompetens. Till exempel i situationer där en förälder i familjen har en allvarlig sjukdom eller ett allvarligt behov av stöd kan stödandet av barnen förebygga senare behov av korrigerande service och problem i generationsöverskridande led. Genom att på detta sätt beakta barnen inom socialservicen för vuxna förverkligas således barnets

intresse i första hand och man förebygger till exempel eventuella psykiska problem, missbruksproblem eller beroendeproblem och sociala, hälsomässiga och ekonomiska skadeverkningar som dessa medför.

Parallellt med klientens behov har man lyft fram befolkningens behov för att betona förebyggande åtgärder och lösningar. Således styr behovsprincipen till exempel tjänsteutbudet vid sidan av individuella, ofta korrigerande åtgärder till förebyggande av allvarliga och omfattande behov på befolkningsnivå. Genom tillräckligt och verkningsfullt förebyggande kan man delvis påverka klienternas framtida behov och hindra problemen från att bli större. Då kan man besvara behoven med lättare service eller metoder.

Ett socialt problem som förekommer bland befolkningen kan också avse samhälleliga problem och fenomen i en vidare bemärkelse. Det ska ändå vara fråga om ett sådant problem som kan förebyggas eller rättas till genom service inom socialvården eller åtgärder inom socialvården, till exempel genom att främja social trygghet eller social välfärd. På befolkningsnivå kan ett problem som uttrycker ett behov vara till exempel att problemet förekommer i stor omfattning i samhället och befolkningen och befolkningens sociala välfärd eller trygghet påverkas negativt av det eller till exempel servicebehovet inom social- och hälsovården beräknas öka. Till exempel med hjälp av olika verkningsfulla gemensamma arbetsmetoder som främjar social interaktion och delaktighet kan man när det gäller unga som löper risk för utslagning stödja delaktigheten i närgemenskapen, fostran till ansvarsfullhet och psykiska hälsa och på så sätt förebygga senare servicebehov.

På befolkningsnivå kan resurser i större utsträckning riktas till problem eller fenomen som berör flera personer eller som upplevs som allvarliga på befolkningsnivå och där forskning eller en bedömning visar att de har en betydande inverkan på kollektivet eller har samhälleliga konsekvenser. Principerna kan tillämpas till exempel för att främja utnyttjandet av information som tagits fram inom det strukturella sociala arbetet i syfte att ändra diskriminerande strukturer och praxis och öka verkningsfullheten. Vid bedömningen av hur allvarligt och omfattande behovet är på befolkningsnivå beaktas betydelsen av det sociala problemet eller det uppenbara hotet om det, såsom till exempel omfattningen av den skada som avsaknaden av ingripande medför för befolkningen eller någon klientgrupp. Dessutom beaktas hur bestående och långvarigt behovet är samt dess verkningsområde för klientgrupperna, det vill säga hur stor befolkningsgrupp problemet och den arbetsform som är avsedd för det omfattar. Om det till exempel inom socialservicen för personer i arbetsför ålder upptäcks ett upprepat samband mellan särskilt tunga servicebehov och utmaningar hos bostadslösa eller personer som riskerar att bli bostadslösa och som inte är klienter inom socialvården, kan välfärdsområdet bedöma huruvida verksamhetsmodellen Uppsökande arbete (Etsivä työ) eller det sektorsövergripande rörliga Nopsajalka-teamet, som är avsett för bostadslösa och dem som riskerar att bli bostadslösa som är i behov av särskilt stöd, är lämpliga i förhållande till den berörda befolkningsgruppens behov. Utifrån bedömningen kan välfärdsområdet komma fram till att rekommendera att dessa arbetsformer tas i bruk som en del av det sociala arbetet med vuxna.

Målet är att principerna ska stödja införandet av verkningsfulla arbetsformer som grundar sig på forskning i välfärdsområdets serviceproduktion. På detta sätt kan man förebygga att servicebehovet ökar och reagera proaktivt på fenomen som förekommer i människornas vardag, såsom nya berusningsmedel eller nya former av gängbildning. Beteendeproblem hos barn kan till exempel inverka på individens och hela familjens liv samt ha samband med flera utmaningar senare i livet. Utmaningarna har att göra med försämrade välfärd och sociala relationer, deltagande i arbetslivet och utbildning samt brottslighet. Genom att påverka de bakomliggande orsakerna till beteendeproblemen och stödja familjerna till exempel med hjälp av ART-metoden för kontroll av ungas aggressivitet, kan man minska problembeteendet och stärka de sociala

färdigheterna hos barn i skolåldern, vilket i sin tur kan förebygga många utmaningar som upprepas i barnens och familjernas vardag och senare i livet.

I 1 mom. 2 punkten föreskrivs det enligt förslaget om klientsäkerhet som en förutsättning att höra till tjänsteutbudet. Klientsäkerheten är en lagstadgad utgångspunkt för tjänsterna också i övrigt, men klientsäkerheten ska vara en del av helhetsbedömningen när det gäller vad som ska höra till tjänsteutbudet. Vid val av service eller inom servicen av arbetsform ska man också bedöma eventuella risker och nackdelar för klienten eller befolkningen.

Riskerna med servicen eller en arbetsform får inte vara oskäligen i förhållande till den förväntade nyttan för klienten eller för befolkningens välfärd och sociala trygghet. Exempelvis användningen av teknik i servicen eller servicesystemet bör bedömas med tanke på klientsäkerheten. Vid användningen av tekniska lösningar ska det således bedömas hur de svarar mot klientgruppens behov och om användningen av dem är förknippad med risker som hänförs till klientsäkerheten, klientens rättigheter eller uppnåendet av den eftersträvarade nyttan.

Klientsäkerheten samt en avvägning av fördelarna och nackdelarna med de metoder som används i servicen är viktiga till exempel vid valet av metoder för psykosocialt stöd. Arbete som sätts in vid fel tidpunkt eller som lämpar sig dåligt för klientens livssituation, som förutsätter starkt engagemang och systematiskt agerande, kan minska klientens tro på sina egna förmågor samt minska motivationen att i framtiden ta emot den service som klienten behöver. Vid rätt tidpunkt och med rätt inriktning kan samma metod fungera mycket bra. Då kan det finnas behov att styra användningen av metoden inom tjänsteutbudet med tanke på klientsäkerheten.

I 1 mom. 3 punkten föreskrivs det enligt förslaget om effekten som en förutsättning att höra till tjänsteutbudet. Enligt punkten ska effekten av servicen eller arbetsformen på välfärden vara tillräcklig på basis av den evidens som finns tillgänglig.

Social- och hälsovårdstjänsternas effekt, eller verkningsfullhet, beskriver vilka eftersträvarade effekter på hälsa, funktionsförmåga och välfärd servicen åstadkommer jämfört med en situation där servicen inte alls hade tillhandahållits eller det förfarits på något annat sätt.

Verkningsfullheten bedöms i princip utifrån vetenskaplig forskning och annan lämplig evidens. Vid bedömningen av verkningsfullheten beaktas förutom vetenskaplig forskning även kunskap om servicens eller metodens verkningsfullhet som bekräftats genom yrkesmässig erfarenhet. Kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet har inom socialvården en särskild betydelse vid bedömningen av verkningsfullheten eftersom effekterna är individuella och i praktiken ska ställas i proportion till servicens individuella mål, klientens och den närmaste kretsens resurser samt klientens livssituation. Betydelsen av kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet framhävs också på grund av att det vid den tidpunkt lagförslaget beretts ännu funnits relativt litet forskningsbaserad kunskap om verkningsfullhet inom socialvården.

Evidensen, inklusive den erfarenhetsbaserade kunskapen, ska vara tillräcklig för att servicen eller arbetsformen ska anses höra till tjänsteutbudet. Kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet inom socialvården avser kunskap som uppkommit via praktisk erfarenhet genom att synliggöra och systematisera yrkesutbildade personers och klienters kunskap med hjälp av kritisk granskning. Kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet grundar sig på observationer som yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården gjort, på lösningar i praktiska situationer samt interaktion mellan yrkesutbildade personer och klienter. Denna kunskap delas och utvärderas bland yrkesutbildade personer. Den kompletterar forskningsdata och de bildar tillsammans en övergripande yrkeskompetens.

För att verkningsfullhet ska kunna konstateras krävs alltid jämförelse mellan olika handlingsalternativ. Det är också möjligt att jämföra mot att ingen service eller arbetsform skulle användas. För att höra till tjänsteutbudet förutsätts det att servicen eller arbetsformen kan förväntas öka klientens välfärd jämfört med en situation där servicen inte alls hade tillhandahållits eller det förfarits på något annat sätt.

Verkningsfullheten bedöms som en helhet. Verkningsfullheten har ett nära samband med klienternas eller befolkningens behov, det behov som servicen eller arbetsformen är avsedd för, samt med servicens eller arbetsformens syfte och ändamålsenlighet. Vid bedömningen av verkningsfullheten är det således av stor betydelse hur behovet av servicen eller arbetsformen har bedömts.

För servicens eller arbetsformens verkningsfullhet kan man i princip inte fastställa till exempel en tröskel som baserar sig på ett visst mått. Hur lyckad servicen är och slutresultatet av den varierar ofta också på grund av klientens och den närmaste kretsens agerande samt externa händelser. Detta måste man vara medveten om och beakta vid bedömningen av evidensen för verkningsfullheten samt vid bedömningen av jämförbarheten. Således ska man vid bedömningen av verkningsfullhet också beakta de osäkerhetsfaktorer som hänför sig till evidensen för verkningsfullheten. Likaså kan tiden för att uppnå effekterna variera. Effekterna av förebyggande service eller arbetsformer kan till exempel bedömas bäst på lång sikt. Till bedömningen av verkningsfullheten hör också den osäkerhet, att man genom service och arbetsmetoder inom socialvården strävar till att undvika oönskade händelser och utvecklingar eller risken för sådana senare i klienternas liv, längre i framtiden. Till följd av en lyckad service eller arbetsmetod kan klienten undgå en oönskad händelse eller livssituation eller så kan dessa bli lindrigare än de skulle ha varit utan service. I en sådan situation finns det dock inga metoder för att konstatera om något oönskat annars också inte skulle ha hänt eller förverkligats i personens liv på samma sätt även utan servicen eller arbetsformen. Dessa osäkerhetsfaktorer ska beaktas vid tillämpningen av principen om verkningsfullhet, men samtidigt ska man vara medveten om att servicen kan vara verkningsfull för klienten trots osäkerheten kring evidensen.

Vid bedömningen av verkningsfullheten ska man beakta att målen för servicen och arbetsformerna kan vara olika. Beroende på behoven hos klientgruppen och de personer som ingår i den kan man med servicen eller arbetsformen eftersträva en positiv förändring, upprätthållande av funktionsförmågan eller en långsammare försämring av den, upprätthållande av situationen eller minimering av olägenheterna jämfört med en situation där servicen eller arbetsformen inte hade tillhandahållits överhuvudtaget eller det förfarits på något annat sätt. Målet med en service eller arbetsform som är riktad till en viss målgrupp kan till exempel vara att klienterna klarar av de betydande utmaningar som den psykiska hälsan medför i sin vardag med stöd och kan upprätthålla sin funktionsförmåga, delaktighet och sina sociala relationer. Då kan verkningsfullheten grunda sig till exempel på att klienternas funktionsförmåga utan verksamheten i fråga skulle försämrats eller att klienterna på grund av utmaningarna i vardagen skulle vara tvungna att ta hjälp av tyngre service.

Vid bedömningen av verkningsfullheten bör också beaktas att effekten för en viss persongrupp kan vara annorlunda till sin betydelse. Till exempel en förbättring av funktionsförmågan mätt med en viss mätare kan för någon som lever med en svår funktionsnedsättning med tanke på livskvaliteten och delaktigheten vara betydligt viktigare än en motsvarande förbättring av funktionsförmågan för en person som inte har en funktionsnedsättning och vars grundläggande funktionsförmåga är relativt god. Vid bedömningen av verkningsfullheten kan man som en del av helhetsbedömningen betona till exempel en sådan effekt på välfärden eller funktionsförmågan som kan ha särskild betydelse för personer med funktionsnedsättning eller

personer med sällsynta sjukdomar, även om motsvarande effekt inte är betydande i någon annan klientgrupp.

Forskningsdata och kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet kompletterar varandra och kan stödja ett mer exakt riktande av service eller arbetsformer inom klientgruppen. Undersökningar som gäller en viss klientgrupps behov kan till exempel visa att det i en viss livssituation är verkningsfullt att erbjuda ett visst slag av tidigt stöd med tanke på klientgruppens senare förmåga att klara sig självständigt och med tanke på delaktigheten och sociala relationer. Samtidigt kan man utifrån kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet rekommendera annat verkningsfullt stöd till personer inom samma klientgrupp, när den ovannämnda livssituationen är förenad med andra utmaningar. Till exempel när det gäller att svara på bostadslöshet kan man i vissa klientsituationer och klientbehov bedöma att det mest verkningsfulla alternativet är verksamhetsmodellen Bostad först. Då ordnar man först en permanent bostad för personen och handleder till service och motivation i ett senare skede. För en bostadslös klient som befinner sig i en annan situation kan det med tanke på klientens situation, behov och förutsättningar till rehabilitering vara bättre med en boendeform där utgångspunkten är att man förbinder sig till drogfrihet.

Som en del av beslutsfattandet om vad som ska höra till tjänsteutbudet kan det även dras upp riktlinjer om inriktningen och den rätta tidpunkten för service eller arbetsform. Riktandet är ändamålsenligt till exempel när evidens om verkningsfullhet som baserar sig på forskning eller som bekräftats genom yrkesmässig erfarenhet visar att användningen av en service eller arbetsform har effekt i vissa situationer, i ett visst skede av servicestigen eller för en viss klientgrupp.

I 1 mom. 4 punkten föreskrivs det enligt förslaget om kostnadsnyttoeffekten som en förutsättning att höra till tjänsteutbudet. Enligt punkten ska kostnaderna för servicen eller arbetsformen vara skäligen i förhållande till de välfärdsfördelar som kan uppnås.

Med välfärdsfördel avses inom socialvården till exempel den förbättring eller positiva förändring i klientens, befolkningsgruppens eller gemenskapens välfärd som följer av arbetsformen, servicen, beslutet eller annan verksamhet. Välfärdsfördelen kan ta sig uttryck i förbättrad fysisk, psykisk, social eller upplevd välfärd, funktionsförmåga, delaktighet, livskompetens eller livskvalitet och den kan vara omedelbar eller långvarig.

Bedömningen av kostnadsnyttoeffekten baserar sig på en jämförelsekonstellation. Då väljs den service eller de arbetsformer att höra till tjänsteutbudet vars ökade nytta för välfärden är tillräcklig i förhållande till merkostnaderna. Inom socialvården baserar sig kostnadsnyttoeffekten på en bedömning av hur stora välfärdsfördelar som kan uppnås som ett resultat av åtgärden inom socialvården i förhållande till kostnaderna jämfört med en situation där man inte skulle genomföra servicen eller använda en annan service. Syftet med principen om kostnadsnyttoeffekt är att främja riktandet av resurser till verksamhet som ger största möjliga välfärdsfördelar. Därför bör man vid tillämpningen av principen också bedöma alternativkostnaderna, det vill säga vilken annan verksamhet i servicesystemet som ger klienterna och befolkningen välfärd är man tvungen att avstå från om servicen eller arbetsformen tas in i tjänsteutbudet.

Vid tillämpningen av principen om kostnadsnyttoeffekt beaktas olika fördelar som eftersträvas genom en service eller arbetsform inom socialvården för klienten och befolkningen, på motsvarande sätt som en del av behovsprincipen och verkningsfullheten. Med välfärdsfördelar avses bland annat positiva effekter för klienterna eller befolkningen med anknytning till social välfärd och trygghet, främjande och upprätthållande av funktionsförmåga och delaktighet,

minskad ojämlikhet samt förebyggande av sociala problem och servicebehov. Också andra aspekter som gäller klientens intresse, rättigheter och bemötande kan ingå i den eftersträvade välfärdsfördelen.

Kostnadernas skälighet i förhållande till välfärd fördelarna bedöms som en del av helhetsbedömningen. Kostnaderna kan anses vara skäligen beroende på den nytta som eftersträvas. Exempelvis kan merkostnaderna för en service eller arbetsform som säkerställer nödvändig omsorg för en person vara höga, eftersom man med den kan trygga de grundläggande fri- och rättigheter eller ett människovärdigt liv överlag. Merkostnaderna för åtgärder som påverkar klientens livskvalitet endast litet ska på motsvarande sätt vara lägre.

Vid bedömningen av kostnadsnyttoeffekten av förebyggande åtgärder och tidigt stöd ska man bedöma den tid det tar innan effekterna uppnås. En bedömning av kostnadsnyttoeffekten som beaktar effekten på tillräckligt lång tid gör det möjligt att vid sidan av klientarbetet lyfta fram förebyggande åtgärder samt åtgärder, lösningar och arbetsformer som syftar till att främja hälsa, välfärd och social trygghet på befolkningsnivå. För de flesta tjänster inom socialvården är det typiskt att de används under hela livet eller under resten av livet eller att deras effekter sträcker sig långt fram i klienternas liv. Det kan vara svårt att få fram nyttiga forskningsdata om sådana långvariga och individuella effekter med tanke på bedömningen av kostnadsnyttoeffekten. I praktiken kan identifieringen av effekterna på lång sikt därför grunda sig också på kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet om effekter på lång sikt av en service eller arbetsform.

Vid planeringen och tillhandahållandet av service ska man till exempel vid resurseringen av olika verksamheter inom socialvården bedöma förebyggande åtgärder vid sidan av korrigerande service, om de förebyggande åtgärderna av de alternativ som står till buds för att tillgodose befolkningens behov är kostnadseffektiva jämfört med korrigerande åtgärder.

Förutom kostnadsnyttoeffekten beaktas också konsekvenserna och kostnaderna för ibrukttagandet av servicen eller metoden i servicesystemet, till exempel materialanskaffningar som den nya verksamhetsmodellen förutsätter, utbildning av personalen i användningen av metoden, metodhandledning, användningen av arbetstid och metodens budgeteffekter samt hur metoden integreras i befintliga processer och servicekedjor. Till exempel på en viss servicestig inom ett välfärdsområde kan Cool Kids-programmet, ett program i individ- och gruppform för att hantera ångest, tillhandahållas som en åtgärd inom tidigt stöd, om metoden bedöms vara verkningsfull för klientgruppen i fråga och också är billigare att producera, eftersom det redan färdigt inom välfärdsområdet finns personal som är utbildad att genomföra referensgruppsverksamhet.

Dessutom bör man i en sådan situation som beskrivs ovan bedöma vilka andra arbetsformer inom välfärdsområdets tjänster för barnfamiljer som borde erbjudas för att svara på barnen och de ungas behov. På så sätt kan välfärdsområdet till exempel bedöma ibrukttagandet av flera olika arbetsformer och riktandet av dem. Med tanke på kostnadsnyttoeffekten bedömer välfärdsområdet då i vilken omfattning personalen bör utbildas för att tillhandahålla de olika arbetsformerna så att det inom välfärdsområdet finns en lämplig, ändamålsenlig och kostnadseffektiv kombination av olika arbetsformer att erbjuda.

Enligt 2 mom. grundar sig beslutsfattande om huruvida en service eller arbetsform inom socialvården ska hör till tjänsteutbudet inom socialvården på en helhetsbedömning och i den ska klienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas. För att servicen eller arbetsformen ska anses hör till tjänsteutbudet inom socialvården ska alla de förutsättningar för att hör till tjänsteutbudet inom socialvården som anges i 1 mom. 1–4 punkten uppfyllas

samtidigt, och dessa principer bedöms tillsammans med de genomgående principerna om människovärdets okränkbarhet och jämlikhet. Principerna ska vägas mot varandra.

Den prövningsrätt som bestämmelsen tillåter ska användas i enlighet med annan lagstiftning som är bindande för beslutsfattaren. Vid helhetsbedömningen ska man således ta hänsyn till andra väsentliga skyldigheter i fråga om grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter samt social- och hälsovårdslagstiftningen som är viktiga med tanke på frågan och utöva en helhetsbedömning inom den rörelsefrihet som övrig lagstiftning möjliggör. Vid tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet ska man till exempel beakta de synpunkter som följer av bestämmelserna om klientens intresse i 4 § och barnets intresse i 5 § samt bestämmelserna om klientens rättigheter och gott bemötande samt språkliga rättigheter i klientlagen.

Med helhetsbedömning avses att man vid beslutsfattande om vad som ska höra till tjänsteutbudet ska beakta de förutsättningar för att höra till tjänsteutbudet som avses i 1 mom. 1–4 punkten och samtidigt säkerställa jämlikheten och människovärdets okränkbarhet. Vid bedömningen av principerna för tjänsteutbudet kan det vara ändamålsenligt att framskrida till exempel i den ordning 1–4 punkterna är skrivna, men det kan ofta redan i början av beslutsförfarandet som gäller en service eller arbetsform finnas behov att identifiera särskilda aspekter eller risker som hänför sig till jämlikhet och människovärdets okränkbarhet, såsom eventuella kopplingar till tillgodoseendet av olika klientgruppers eller minoriteters rättigheter eller till särskilda behov. Dessutom ska man i beslutsfattandet identifiera att principerna för tjänsteutbudet innehållsmässigt delvis överlappar varandra. Till exempel graden av hur allvarligt behovet är har betydelse för kraven när det gäller klientsäkerheten, huruvida verkningsfullheten är tillräcklig eller på skälighet i fråga om kostnader. Aspekter som gäller bedömningen av evidensen kan igen gälla alla principer för tjänsteutbudet på lika villkor.

Beslutsfattande som görs utifrån en helhetsbedömning underlättas om de förutsättningar som anges i paragrafen uppfylls och talar i samma riktning för att servicen eller arbetsformen ska höra till tjänsteutbudet. Ofta uppfylls dock de olika förutsättningarna endast delvis eller så kan uppfyllandet av dem stå i strid mot varandra. Om principerna för tjänsteutbudet i den praktiska tillämpningen är delade i förhållande till varandra, bör principerna vägas mot varandra vid helhetsbedömningen. Till exempel ska en klientsäker och förmånlig arbetsform inte tas i bruk om den inte motsvarar ett sådant behov som avses i 1 mom. 1 punkten. Som en följd av den skyldighet att trygga tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som föreskrivs i 19 § 3 mom. i grundlagen stiger tröskeln för att utesluta en service eller arbetsform från tjänsteutbudet, om man genom servicen eller arbetsformen strävar efter att tillgodose ett allvarligt behov hos klienten som gäller främjande eller upprätthållande av social välfärd, trygghet eller funktionsförmåga. Å andra sidan ska det inte heller för allvarliga behov användas en sådan service eller arbetsform vars verkningsfullhet har konstaterats vara otillräcklig vid helhetsbedömningen.

Fastställandet av tjänsteutbudet främjar redan i sig jämlikheten. I paragrafen betonas det dock särskilt att man vid beslutsfattandet om tjänsteutbudet ska ta hänsyn till de särskilda aspekter som gäller jämlikhet och människovärdets okränkbarhet. Jämlikhet och icke-diskriminering samt människovärdets okränkbarhet är rättsligt bindande principer enligt grundlagen och konventionen om mänskliga rättigheter och ska enligt paragrafen fungera som genomgående principer vid bedömningen av om något ska höra till tjänsteutbudet och styr till att säkerställa en rättvis och grundlagsenlig tillämpning av principerna för tjänsteutbudet. Syftet med att inkludera dessa i bestämmelsen är att säkerställa att de val som görs på basis av förutsättningarna för att höra till tjänsteutbudet enligt 1 mom. 1–4 punkten inte står i strid med tillgodoseendet av jämlikheten och människovärdets okränkbarhet på befolknings- eller

individnivå. Jämlikhet och människovärdets okränkbarhet i sig kan å andra sidan inte utgöra en grund för ibruktagande av en service eller arbetsform, om den inte vid helhetsbedömningen annars uppfyller förutsättningarna för att höra till tjänsteutbudet.

Människovärdets okränkbarhet som princip hänvisar till den principiella jämlikheten mellan individerna. Principen innebär att man till exempel vid val av service inte kan bedöma en klientgrupp eller individer som ingår i den utifrån deras bidrag till samhället. Dessutom syftar människovärdets okränkbarhet på att man i valen beaktar servicens eller arbetsformens betydelse för tillgodoseendet av individens grundläggande och mänskliga rättigheter. Detta kan till exempel innebära att man beaktar tjänstens inverkan på personens delaktighet och förmåga att utöva sin självbestämmanderätt exempelvis genom att uttrycka sin vilja eller agera självständigt. På motsvarande sätt kan till exempel utbildning av personal inom äldreomsorgen i användningen av en metod för växelverkan för gott bemötande av en person med minnessjukdom förebygga situationer där man har varit tvungen att använda begränsningsåtgärder för att trygga klientens egen säkerhet.

Jämlikheten och människovärdets okränkbarhet styr mot en omfattande och mångsidig bedömning av den information som hänför sig till behovet, säkerheten och verkningsfullheten hos en service eller arbetsform i de situationer där klientgruppen består av personer i en utsatt ställning och som exempelvis i jämförelse med den övriga befolkningen inte har samma möjligheter att uttrycka sina behov, sin vilja eller sin erfarenhet beträffande servicens eller arbetsformens verkningsfullhet och för vilka även en liten effekt på välfärden som avviker från den övriga befolkningens, till exempel på delaktigheten eller funktionsförmågan, kan vara av betydelse. I dessa situationer bör man vid helhetsbedömningen också beakta i fråga om evidensen för verkningsfullheten att det för många klientgrupper i utsatt ställning, såsom personer med sällsynta sjukdomar, personer med funktionsnedsättning, minoriteter och de som använder mycket service, sällan finns tillgång till tillförlitlig information om verkningsfullhet, och då kan betydelsen av kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet vara större än vanligt vid bedömningen.

För särbehandling som grundar sig på en omständighet som gäller klienten som person ska det vid val av tjänst eller metod finnas en godtagbar grund. Positiv särbehandling är tillåten till exempel för tillhandahållande av en service eller arbetsform som är avsedd för en klientgrupps särskilda behov som grundar sig på ålder, funktionsnedsättning eller en annan liknande orsak som gäller en person, om detta främjar klientgruppens jämlika förutsättningar att vara en fullvärdig medlem av samhället jämfört med den övriga befolkningen.

Vid den helhetsbedömning som görs om vad som ska höra till tjänsteutbudet kan det till exempel finnas behov att på grund av antingen jämlikhet eller människovärdets okränkbarhet godkänna osäkrare evidens och eventuellt osäkrare eller mindre verkningsfullhet i situationer där handlingsalternativen för att stödja klienter som är i en mänskligt sett oskälig situation är begränsade. I riktlinjerna för inriktning av service eller arbetsformer bör man till exempel sträva efter att undvika situationer där vissa klienter lämnas utanför en service som är avsedd för ett betydande behov på ett sätt som är problematiskt med tanke på jämlikheten. Det kan uppstå en risk för en sådan avgränsning om man till exempel vid riktandet av servicen eller arbetsformen förbigår klientorienteringen och informationen om den ifrågavarande klientgruppens särskilda behov samt egna erfarenheter om tidpunkten för stödet eller hinder för att söka sig till servicen.

Som en del av helhetsbedömningen ska barnets bästa prioriteras. Barnets bästa ska beaktas i första hand i alla beslut som gäller barnet eller barnen som grupp. Betydelsen av olika slag av service och arbetsformer inom socialvården för barnets behov av balanserad utveckling och välfärd, omsorg, trygghet, uppväxtmiljö samt självständighetsprocess och växande till att känna

ansvar bör identifieras i beslutsfattandet beträffande vad som ska höra till tjänsteutbudet. Kommittén för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar nr 14 konstaterat, att ett enskilt barns rättigheter i förhållande till en grupp barn eller ett barns rättigheter i förhållande till andra personers rättigheter i praktiska situationer ska vägas mot varandra. Vid beslutsfattande ska barnets bästa prioriteras högre i förhållande till andra aspekter (CRC/C/GC/14 punkt 39). Utgångspunkten är att det vid fastställandet av det tjänsteutbud som ska användas för barn förutsätts att samma principer som anges i paragrafen uppfylls. När principerna tillämpas vid helhetsbedömningen ska prioriteringen av barnets bästa beaktas på det sätt som ärendet förutsätter. Det kan också vara fråga om prioritering av barnets bästa och skyldigheten för det allmänna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att stödja familjer och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Vid riktningen av servicen eller arbetsformen ska man till exempel identifiera de klientgrupper vars behov är större eller för vilka de förväntade effekterna på välfärden är mer betydande jämfört med andra grupper till exempel på grund av orsaker som hänför sig till omsorgen om barnet.

Även när det gäller service och arbetsformer som hänför sig till sällsynta sjukdomar eller funktionshinder bör principerna för tjänsteutbudet tillämpas på lika villkor och det bör läggas vikt på helhetsbedömningen och till exempel på den klientgruppens särskilda behov. Enbart det att en service eller arbetsform används för ett servicebehov för någon som lever med en sällsynt sjukdom eller ett funktionshinder är inte en grund för att inkludera den i servicesystemet. Till dessa klientgrupper hör mycket olika människor, för vilka en sällsynt sjukdom eller funktionsnedsättning kan leda till ett allvarligt eller mycket litet behov av stöd. Verkningsfullheten av olika service eller arbetsformer kan likaså vara stor eller å andra sidan liten för välfärden och funktionsförmågan hos en person med en sällsynt sjukdom eller en funktionsnedsättning. Vid bedömningen av evidensen för verkningsfullhet kan man som en del av helhetsbedömningen betona till exempel en sådan effekt på funktionsförmågan eller delaktigheten som kan ha särskild betydelse för personer med funktionsnedsättning eller personer med sällsynta sjukdomar, även om motsvarande förändring i någon annan klientgrupp inte är betydande. Slutresultatet av tillämpningen av principen om jämlikhet vid helhetsbedömningen är då att det inom dessa klientgrupper satsas mer på möjligheterna för personer i utsatt ställning att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället i förhållande till den övriga befolkningen och på så sätt främjas även syftet enligt 1 § i socialvårdslagen att minska ojämlikhet.

Om en enskild arbetsform inom socialvården är en del av social- och hälsovården eller en del av en annan förvaltningsövergripande servicekedja eller helhet, till exempel en som genomförs tillsammans med sysselsättnings servicen, bör man sträva efter att utvärdera verkningsfullheten och kostnadsnyttoeffekten inte bara som en bedömning som fokuserar på en enskild arbetsform utan också som en del av en helhet som består av olika tjänster. Till exempel kan en viss gruppverksamhet enbart som en verksamhet inom socialvården verka vara avsedd för ett relativt litet behov och i förhållandet till det som dyr, men som en del av en integrerad servicehelhet kan betydelsen med tanke på arbetsförmågan och sysselsättningen vara helt väsentlig. Vid den helhetsbedömning som görs vid fastställandet av tjänsteutbudet strävar man därför efter att betrakta principerna ur ett brett perspektiv och också beakta servicens eller arbetsformens effekter på klientgruppens välfärd, funktionsförmåga och övriga liv i sin helhet. Verkningsfullheten kan således synas som möjlighet till sysselsättning eller minskat behov av annan service eller användning av service förutom de direkta effekterna på social trygghet och välfärd eller funktionsförmåga.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig omsorg. Vid helhetsbedömningen ska särskild vikt fästas vid tryggandet av oundgänglig omsorg, om syftet med servicen eller arbetsformen är

att svara på behovet av oundgänglig omsorg eller för klientgruppen i fråga har samband med det behovet.

Principen om jämlikhet på befolkningsnivå i samband med tjänsteutbudet innebär att beslut och val om ordnande av tjänster på befolkningsnivå inte kan fattas på diskriminerande grunder. Dessutom styr jämlikheten som genomgående princip till att principerna för tjänsteutbudet tillämpas systematiskt, öppet, motiverat och i jämförbara situationer på ett enhetligt sätt i situationer som gäller olika arbetsformer, klientgrupper eller stödbehov. Utgångspunkten är att likadana situationer ska behandlas lika och olika situationer på olika sätt. Valet och fastställandet av tjänsterna och innehållet i dem får inte vara beroende av till exempel klientgruppernas sociala ställning, ekonomiska situation eller andra faktorer som hänför sig till personerna, såsom sysselsättning. Inom socialvården finns det en godtagbar grund för granskning av klientens ekonomiska situation, ålder, funktionsnedsättning eller någon annan egenskap som gäller stödbehovet när det gäller den service som väljs utifrån stödbehovet, eftersom målet är att säkerställa att klienten får service enligt sitt behov.

Jämlikhet och människovärdets okränkbarhet i sig kan i praktiken inte utgöra en grund för ibruktage av en service eller arbetsform, om den inte vid helhetsbedömningen annars uppfyller förutsättningarna för att höra till tjänsteutbudet. Jämlikheten och människovärdets okränkbarhet styr till att säkerställa en rättvis och grundlagsenlig tillämpning av principerna för tjänsteutbudet. Således bör tjänsteutbudet utvecklas så att det erbjuder yrkesutbildade personer inom socialvården en ram för främjandet av befolkningens välfärd och tillhandahållandet av tjänster som baserar sig på klientens individuella behov.

Principerna för tjänsteutbudet tillämpas vid planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt vid beslutsfattandet om användning, ibruktage och urbruktage av service och arbetsformer på nationell och regional nivå. Inom välfärdsområdena innebär beslutsfattande i anslutning till tjänsteutbudet i praktiken de riktlinjer som ledningen för välfärdsområdets serviceområden drar upp om sådan service som stöder välfärden som serviceområdet i fråga erbjuder och den service som nämns i socialvårdslagen och om arbetsformer som hänför sig till annan verksamhet inom socialvården. Principerna ska inte göra det möjligt att åsidosätta skyldigheten att ordna lagstadgade tjänster. I klientarbetet styr principerna för tjänsteutbudet enligt förslaget verksamheten genom nationella riktlinjer och välfärdsområdenas riktlinjer. En yrkesutbildad person inom socialvården fattar även i fortsättningen ett servicebeslut för klienten med stöd av bestämmelserna om service i socialvårdslagen och speciallagstiftningen om socialvård. Till exempel i klientens servicebeslut och vid tillhandahållandet av servicen bedömer och tillgodoser en yrkesutbildad person inom socialvården bland annat klientens intresse och barnets intresse på det sätt som förutsätts i 4 och 5 §.

Principerna och de nationella riktlinjerna och välfärdsområdenas riktlinjer kan ändå komplettera bestämmelserna i socialvårdslagen och speciallagstiftningen när lagstiftningen om servicen lämnar rum för tolkning eller prövningsrätt. Detta innebär att yrkesutbildade personer inom socialvården använder och riktar service och arbetsformer i enlighet med besluten om tjänsteutbudet till den del det har fastställts nationella eller regionala riktlinjer för den service eller de arbetsformer som lämpar sig för klientens behov. Även i dessa situationer ska beslut om beviljande av service fattas i enlighet med de kriterier som anges i lagen, och den service och de arbetsformer som erbjuds klienten ska väljas och tillhandahållas i enlighet med en individuell bedömning av klientens servicebehov och klientens intresse samt i samråd med klienten.

De nationella riktlinjerna och välfärdsområdets egna riktlinjer för tjänsteutbudet styr de yrkesutbildade inom socialvården i val av service och inom den beviljade servicen av de

arbetsformer som används. Tjänsteutbudet gör det möjligt att också på individnivå kombinera, betona och planera den service och de arbetsformer som ingår i utbudet med hänsyn till situationen. Innehållet i klientens service och servicehelhet anpassas med hjälp av riktlinjerna för principerna för tjänsteutbudet så att det motsvarar stödbehoven. Inom ramen för de bestämmelser som är förpliktande vid individuellt beslutsfattande kan en yrkesutbildad person också utnyttja principerna för tjänsteutbudet vid bedömningen på individnivå om vilken service och vilket innehåll i servicen på arbetsformsnivå som bäst motsvarar klientens behov med beaktande av säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt.

De nationella och regionala besluten och riktlinjerna stöder det individuella klientarbetet till exempel när en yrkesutbildad person väljer den mest ändamålsenliga av flera lämpliga arbetsformer som finns tillgängliga inom den lagstadda servicen. Då ska barnets intresse, klientens intresse och behovet av särskilt stöd beaktas vid användningen av service eller arbetsform i enlighet med vad som föreskrivs i lagstiftningen. Vid tillämpningen av beslut och riktlinjer som gäller tjänsteutbudet beaktar den yrkesutbildade personen klientens och den närmaste kretsens resurser och den övergripande livssituationen samt klientens individuella förmåga att dra nytta av service och arbetsformer.

I klientarbetet granskas verkningsfullheten alltid individuellt. En yrkesutbildad person bedömer klientens stödbehov och huruvida den service eller arbetsform som övervägs kan medföra nytta för klienten. Klientens behov och de klientspecifika målen för servicen granskas i förhållande till nationella eller regionala riktlinjer för tjänsteutbudet, om sådana finns tillgängliga för situationen och behovet i fråga. Vid tillhandahållandet av socialvård ska i första hand klientens önskemål och åsikt beaktas, såsom till exempel hur klienten upplever att han eller hon klarar sig på egen hand eller upplevelsen av sin delaktighet, och klientens självbestämmanderätt ska även i övrigt respekteras.

I klientarbetet ska nationella och regionala beslut och riktlinjer också tillämpas i ljuset av de grundläggande fri- och rättigheterna och mänskliga rättigheterna eftersom man i beslut som gäller en klientgrupp inte på förhand kan förutse alla konkreta och individuella klientsituationer. Till exempel kan man inte förvägra en individ den service eller arbetsform som behövs, om detta skulle leda till kränkning av människovärdet. Det kan till exempel vara fråga om att klienten inte drar nytta av en service eller arbetsform som i allmänhet används i motsvarande situation. Då ska en annan arbetsform som är lämplig för klienten användas för att möjliggöra förmågan att klara sig självständigt och främja delaktigheten.

I sista hand ska man genom individuell behovsprövning utreda hur användningen av en service eller arbetsform lämpar sig för att tillgodose det individuella behovet för att minimivån för förutsättningarna för ett människovärdigt liv ska tryggas för var och en under alla förhållanden. Den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som avses i 19 § 1 mom. har föreskrivits som en subjektiv rättighet som individen kan åberopa direkt med stöd av grundlagen. Med oundgänglig försörjning och omsorg avses en sådan inkomstnivå och sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. I vilket fall som helst ska man i första hand se till att minimiförutsättningarna för ett människovärdigt liv tryggas och detta kan inte åsidosättas genom andra prioriteringsprinciper. Till exempel om en person som är i behov av nödvändig omsorg blir utan hjälp eller stöd kan det leda till en situation där minimiförutsättningarna för ett människovärdigt liv inte uppfylls.

### **7.3 Lagen om ordnande av social- och hälsovård**

**36 §. Samarbetsavtal mellan välfärdsområden.** Det föreslås att 36 § 3 mom. 8 punkten ändras så att det i bestämmelsen separat nämns service och arbetsformer inom socialvården samt

tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården i stället för tidigare föreskrivna metoder inom social- och hälsovården. Ordalydelsen är således förenlig med de föreslagna 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 30 a § i socialvårdslagen. Med riksomfattande riktlinjer avses rekommendationer av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården och andra nationella rekommendationer inom social- och hälsovården (RP 241/2020 rd, s. 701).

I samarbetsavtalet bestäms det om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena med beaktande av de syften som föreskrivs i 1 och 2 mom. när det gäller ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården samt tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt styrning i anslutning till dem.

Enligt 4 § 1 mom. 9 punkten i förordningen om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) ska de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ha hand om utvärderingen av de metoder som tillämpas inom hälso- och sjukvården i nationellt samarbete samt ha hand planeringen av dem och samordningen av dem på regional nivå. Inom socialvården finns det ingen motsvarande bestämmelse om planering eller samordning av bedömningen av metoder eller arbetsformer. De förfaranden och strukturer som behövs inom samarbetsområdet fastställs i samarbetsavtalet på det sätt som välfärdsområdena anser vara ändamålsenligt.

Inom samarbetsområdet kan samarbetet och arbetsfördelningen omfatta till exempel förankrande av information om principerna för tjänsteutbudet och nationella rekommendationer och anvisningar om tjänsteutbudet, spridning av bästa praxis för att fastställa och tillämpa tjänsteutbudet samt utbildning av personalen i hur man tillämpar tjänsteutbudet. På motsvarande sätt kan man avtala om arbetsfördelning och samarbete som gäller förmedling av information som fås om bedömningarna och rekommendationerna som gäller socialvården och främjande av hälsa och välfärd. Välfärdsområdena avtalar om samordning som gäller tjänsteutbudet som en del av samordningen av ordnande av andra tjänster. Detta kan till exempel innebära förfaranden för att identifiera frågor som gäller ibruktagande, användning och urbruktagande och vid behov att ta upp dem till gemensam behandling i områdena. Behovet av samordning kan till exempel hänföra sig till säkerställandet av att servicestigarna i samarbetsområdet fungerar, integrationen av social- och hälsovården eller en enhetlig styrning av tjänsteutbudet.

Syftet med bestämmelsen är att främja en enhetlig tillämpning av tjänsteutbudet mellan välfärdsområdena och därmed regional jämlikhet inom samarbetsområdena. Ett ytterligare mål är att främja samarbetet, informationsutbytet och styrningen inom samarbetsområdena i anslutning till tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet samt beslutsfattandet om ibruktagande, användning och urbruktagande. Arbetsfördelningen i fråga om informationsutbyte kan också hänföra sig till behovet av nationell samordning, till exempel för att förmedla information mellan de andra välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen eller för att inleda en rekommendationsprocess som gäller tjänsteutbudet eller för att begära ett utlåtande om tillämpningen av tjänsteutbudet av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården.

#### **7.4 Fängelselagen**

##### **10 kap. Social- och hälsovård**

**1 §. Hälso- och sjukvård för fångar.** Det föreslås att 10 kap. 1 § 5 mom. ändras så att det till de författningar som ska iaktas inom hälso- och sjukvården för fångar vid sidan av patientlagen, lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar och lagen om företagshälsovård fogas en hänvisning till 7 a § i hälso-

och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. I momentet förutsätts dessutom att man vid ordnandet av hälso- och sjukvård för fångar ska beakta de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att personer i fängelse får hälso- och sjukvårdstjänster enligt behov på samma grunder som de skulle ha fått inom de hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdena ordnar, om de inte hade varit i fängelse. Detta ökar jämlikheten mellan fångarna och den övriga befolkningen, när tjänsteutbudet och grunderna för vården är enhetliga. Inom den specialiserade sjukvården utnyttjar hälso- och sjukvården för fångar de tjänster som välfärdsområdena ordnar. Då är det motiverat att använda enhetliga grunder för till exempel vårdkedjan och remisser. Ett enhetligt tjänsteutbud och enhetliga grunder för vården stöder dessutom tillhandahållandet av tjänsterna smidigt när en fånge efter fängelsetiden övergår till välfärdsområdets tjänster.

## 7.5 Häktninglagen

### 6 kap. Social- och hälsovård

**1 §. Hälso- och sjukvård för häktade.** Det föreslås att 6 kap. 1 § 6 mom. ändras så att det till de författningar som ska iakttas inom hälso- och sjukvården för häktade vid sidan av patientlagen, lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar och lagen om företagshälsovård fogas en hänvisning till 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. I momentet förutsätts dessutom att man vid ordnandet av hälso- och sjukvård för fångar ska beakta de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att personer som häktats får hälso- och sjukvårdstjänster enligt behov på samma grunder som de skulle ha fått inom de hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdena ordnar, om de inte hade varit häktade. Detta ökar jämlikheten mellan de häktade och den övriga befolkningen, när tjänsteutbudet och grunderna för vården är enhetliga. Inom den specialiserade sjukvården för häktade utnyttjar hälso- och sjukvården för fångar de tjänster som välfärdsområdena ordnar. Då är det motiverat att använda enhetliga grunder för till exempel vårdkedjan och remisser. Ett enhetligt tjänsteutbud och enhetliga grunder för vården stöder dessutom tillhandahållandet av tjänsterna smidigt när en häktad efter häktningstiden övergår till välfärdsområdets tjänster.

## 7.6 Mentalvårdslagen

**6 §. Vård på statens sinnessjukhus.** Det föreslås att det till 6 § fogas ett nytt 4 mom. där det föreskrivs att det på den hälso- och sjukvård som ges på statens sinnessjukhus tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. I momentet förutsätts dessutom att man vid tillhandahållandet av den hälso- och sjukvård som ges på statens sinnessjukhus ska beakta de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att personer får hälso- och sjukvårdstjänster på statliga sinnessjukhus enligt behov på samma grunder som de skulle ha fått inom de hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdena ordnar, om de inte hade varit på statens sinnessjukhus. Detta ökar jämlikheten mellan patienterna och den övriga befolkningen, när tjänsteutbudet och grunderna för vården är enhetliga. Statens sinnessjukhus utnyttjar särskilt inom den somatiska specialiserade sjukvården för patienterna de tjänster som välfärdsområdena ordnar. Då är det motiverat att använda enhetliga grunder för till exempel vårdkedjan och remisser. Ett enhetligt

tjänsteutbud och enhetliga grunder för vården stöder dessutom tillhandahållandet av tjänsterna smidigt när en patient efter en period på statens sinnessjukhus övergår till välfärdsområdets tjänster.

### **7.7 Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande**

**3 §. Studerandehälsovård.** Det föreslås att det till 3 § fogas ett nytt 3 mom. där det föreskrivs att det på den studerandehälsovård som avses i lagen tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. I momentet förutsätts dessutom att man vid tillhandahållandet av den studerandehälsovård som avses i lagen ska beakta de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att personer får hälso- och sjukvårdstjänster inom studerandehälsovården för högskolestuderande enligt behov på samma grunder som de skulle ha fått inom de hälso- och sjukvårdstjänster som välfärdsområdena ordnar, om de inte hade omfattats av studerandehälsovården för högskolestuderande. Detta ökar jämlikheten mellan patienterna och den övriga befolkningen, när tjänsteutbudet och grunderna för vården är enhetliga. Vid behov hänvisas patienterna från studerandehälsovården för högskolestuderande till den specialiserade sjukvården som välfärdsområdena ordnar. Då är det motiverat att använda enhetliga grunder för till exempel vårdkedjan och remisser. Ett enhetligt tjänsteutbud och enhetliga grunder för vården stöder dessutom tillhandahållandet av tjänsterna smidigt när en patient efter sina studier övergår till välfärdsområdets tjänster.

## **8 Ikraftträdande**

Det föreslås att lagarna träder i kraft den 1 januari 2027.

## **9 Verkställighet och uppföljning**

Konsekvenserna av lagändringarna följs upp som en del av den nationella uppföljningen, styrningen och tillsynen av social- och hälsovården. Eftersom lagförslagen berör servicesystemet och dess olika nivåer i stor utsträckning, behövs flera olika sätt för uppföljning och styrning. Tjänsteutbudet utgör i sig kärnan i social- och hälsovården, vilket innebär att det redan finns många strukturer och förfarande för uppföljning, styrning och tillsyn.

På strategisk nivå genomförs styrningen av välfärdsområdena genom de olika förfaranden som föreskrivs i 4 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Den nationella strategiska styrningen av välfärdsområdena utvecklas kontinuerligt, och principerna för tjänsteutbudet kommer i fortsättningen att spela en viktig roll även för denna utveckling. Genomförandet av tjänsteutbudet kan bedömas per välfärdsområde och per samarbetsområde bland annat genom social- och hälsovårdsministeriets årliga redogörelse samt den årliga bedömningen av Institutet för hälsa och välfärd. Uppföljningen och styrningen kan genomföras i samband med de årliga förhandlingar som social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och inrikesministeriet för med välfärdsområdena och samarbetsområdena. Genom att utvärdera och styra välfärdsområdenas samarbetsavtal kan man försäkra sig om att tjänsteutbudet är nationellt sett enhetligt och att det följs upp.

Tjänsteutbudet och ändringar i det kan behandlas i nätverken för välfärdsområdesdirektörer och social- och hälsovårdsdirektörer. Genom de beskrivna förfarandena kan utvärderingen genomföras med fokus på olika klient- och patientgrupper (till exempel barn och unga eller personer med funktionsnedsättning) eller genom att utvärdera eventuella regionala skillnader. Vid utvärderingarna och uppföljningen utnyttjas bland annat Institutet för hälsa och välfärds

indikatorer och mätuppgifter om bland annat tillgång till vård och tjänster, säkerhet och verkningsfullhet som baserar sig på statistik och register och som ständigt utvecklas. Dessutom utnyttjas tillsynsmyndigheternas beslut.

För utvärdering av enskilda metoder eller arbetsformer samt en djupare innehållsmässig bedömning finns också flera uppföljnings- och implementeringsstrukturer samt mekanismer. Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården har som uppgift att följa och utvärdera tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Beslut och rekommendationer som gäller det nationella tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården, till exempel rekommendationer av tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården, meddelas öppet och aktivt både under beredningen och i slutskedet, så att implementeringen av dem ska vara heltäckande och enhetligt.

Våren 2026 inleddes en uppdatering av de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, välfärdsområdena och specialområdesföreningarna samt andra aktörer. I arbetet med uppdateringen beaktar man principerna för tjänsteutbudet och man kommer att beskriva processen och ansvaret för att följa upp och uppdatera genomförandet av principerna.

De ansvariga läkarna i välfärdsområdena (57 § i hälso- och sjukvårdslagen) har en viktig uppgift när det gäller den enhetliga styrningen och implementeringen av tjänsteutbudet inom områdena. De ansvariga läkarna har fungerande nätverk i vilka tjänsteutbudet och tillämpningen av det kan behandlas för att främja enhetligheten. Bedömningsläkarna vid universitetssjukhusen och vissa andra sjukhus har ett motsvarande nätverk. I det dras gemensamma riktlinjer upp för utvärdering av metoder. Denna verksamhet samordnas av enheten FinCCHTA som inrättats för att sköta Norra Österbottens välfärdsområdes uppgift enligt förordningen om centralisering. Dessutom har direktörerna för vårdarbete, ledningen för mun- och tandvården och ledningen för mentalvårdstjänster och missbrukartjänster sina egna nätverk.

När det gäller socialvården har det för den nationella samordningen av den innehållsmässiga styrningen av verksamheten inrättats bland annat ett nätverk för professionsdirektörerna inom socialvården i välfärdsområdena. Inom det kan man också följa upp och behandla tjänsteutbudet.

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd interagerar med ansvariga läkare, direktörerna för vårdarbete och direktörerna för socialvården samt andra nätverk för yrkespersoner i vilka styrning och uppföljning kan genomföras. Principerna för tjänsteutbudet kommer sannolikt att tas upp som ett tema vid flera seminarier och utbildningar.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder preciseringar av de uppgifter som den ansvariga läkaren har enligt 57 § i hälso- och sjukvårdslagen och föreslår eventuellt i socialvårdslagen som en del av servicereformen inom socialvården liknande uppgifter för en motsvarande tjänsteinnehavare med ansvar för socialvården. Genom dessa nya bestämmelser betonas rollen och ansvaret som den ansvariga läkaren och motsvarande tjänsteinnehavare med ansvar för socialvården har med tanke på säkerställandet av uppföljningen och genomförandet av besluten om tjänsteutbudet inom välfärdsområdet.

Genom den egenkontroll för anordnare och producenter som det föreskrivs om i tillsynslagen kan man för sin del säkerställa klient- och patientsäkerheten inom social- och hälsovården samt social- och hälsovårdstjänster av god kvalitet. Genom välfärdsområdenas egenkontroll och tjänsteupphandlingarnas avtalsstyrning stöder man också en enhetlig tillämpning av principerna för tjänsteutbudet i samband med social- och hälsovårdstjänster som produceras som köpta tjänster.

Tillsynsmyndigheterna (Tillstånds- och tillsynsverket och de högsta laglighetsövervakarna) övervakar tjänsteanordnare, tjänsteproducenter och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården också via genomförandet av tjänsteutbudet och tillämpandet av principerna för tjänsteutbudet som en del av sina normala tillsynsuppgifter.

Informationen till allmänheten och responskanalerna är också en del av uppföljningen av att principerna genomförs och av säkerställandet av implementeringen. Social- och hälsovårdsministeriets pågående utredningarna om utvärderingen av metoder inom hälso- och sjukvården och organiseringen av beslutsfattandet samt om socialvårdens bedömnings- och rekommendationsverksamhet samt utvecklingen av utvärderingsverksamheten som görs till följd av utredningarna är centrala med tanke på genomförandet av principerna för tjänsteutbudet. I utredningen om utvärderingen av metoder inom hälso- och sjukvården har organisationsmodeller för utvärdering av metoder behandlats. Med hjälp av dem kunde utvärderingen i framtiden i högre grad än för närvarande koncentreras till nationell nivå, ansvarsfördelningen förtydligas och överlappningarna minskas. Syftet med den ovannämnda utredningen inom socialvården är i sin tur att kartlägga åtgärder som behövs för att inleda bedömnings- och rekommendationsverksamhet inom socialvården samt de aspekter som ska beaktas i dem. Principerna för tjänsteutbudet kan beaktas också i annan utveckling av kunskapsunderlaget inom social- och hälsovården, särskilt när det gäller utnyttjande av kunskap om verkningsfullhet inom utvärderingsverksamheten.

## **10 Förhållande till andra propositioner**

### **10.1 Samband med andra propositioner**

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen, lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (RP 113/2025 rd). I propositionen föreslås det att det i socialvårdslagen föreskrivs om användning av tekniska lösningar i socialservice, med beaktande av klienternas grundläggande fri- och rättigheter. I lagförslag 1 föreslås det att det till 3 § i socialvårdslagen fogas nya 8 och 9 punkter. Lagförslaget i fråga är parallellt med lagförslag 2 om ändring av socialvårdslagen i propositionen om principerna för tjänsteutbudet och förslagen ska samordnas under riksdagsbehandlingen.

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om säkerhetsförvaring och ändring av förfarandet för frigivning av livstidsfångar (RP 14/2026 rd). I propositionen föreslås det att strafflagen och lagen om förfarandet vid frigivning av livstidsfångar samt 14 andra lagar ändras. Dessutom föreslås det att det stiftas en lag om säkerhetsförvaring. I lagförslag 9 i den propositionen föreslås det att 6 § 1 mom. i mentalvårdslagen ändras. I lagförslag 6 i propositionen om principerna för tjänsteutbudet föreslås det att ett nytt 4 mom. fogas till samma 6 § i mentalvårdslagen. Strävan har varit att formulera de förslag till bestämmelser som ingår i denna proposition så att de överensstämmer med motsvarande förslag till bestämmelser i den ovannämnda regeringspropositionen.

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen, 10 kap. 1 § i fängelselagen och 6 kap. 1 § i häktninglagen (RP 81/2026 rd). I projektet genomförs regeringsprogrammets föresatser om förtydligande av rätten till vård i livets slutskede, möjligheten att byta vårdenhet för icke-brådskande vård med tre månaders mellanrum, och att valet ska kunna göras digitalt samt rapportering med tätare intervaller om hur de lagstadgade tidsfristerna uppfylls. Enligt regeringspropositionen föreslås det ändringar i 10 kap. 1 § 4 mom. i fängelselagen om social- och hälsovård och i 6 kap. 1 § 4 mom. i

häktningsslagen om social- och hälsovård. Strävan har varit att formulera de förslag till bestämmelser som ingår i propositionen om principerna för tjänsteutbudet så att de överensstämmer med motsvarande förslag till bestämmelser i den ovannämnda regeringspropositionen.

Social- och hälsovårdsministeriet har en regeringsproposition om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård under behandling. Genom propositionen genomförs det andra skedet av föresatsen i regeringsprogrammet om modellen med flera producenter. I detta andra skede kommer man att utvärdera bestämmelserna om att välfärdsområdet ska ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion och vid behov luckra upp bestämmelserna. I projektet ingår också vissa lagändringar med anknytning till att göra användningen av servicesedlar obligatorisk. Avsikten är att samtidigt genomföra lagändringar som gäller innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Avsikten är att regeringens proposition ska lämnas till riksdagen hösten 2026. Beredningsunderlaget till propositionen finns i den offentliga tjänsten under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> och har identifieringskoden STM029:00/2025.

Vid social- och hälsovårdsministeriet pågår servicereformen inom socialvården. Avsikten är att revidera socialvårdslagstiftningen så att välfärdsområdenas möjligheter att ordna service flexibla och mer klientorienterat med beaktande av regionala särdrag utökas. Möjligheten att ordna servicen flexibla än för närvarande kan öka betydelsen av att tillämpa principerna för tjänsteutbudet inom socialvården inom socialservicen. Avsikten är att regeringspropositionen ska lämnas till riksdagen hösten 2026. Beredningsunderlaget till propositionen finns i den offentliga tjänsten under adressen <https://stm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> och har identifieringskoden STM107:00/2023.

Vid justitieministeriet pågår den andra fasen av översynen av fängelselagen och häktningsslagen. I projektet fortsätter utvecklingen av fängelselagen och häktningsslagen och avsikten är att mer ingående betrakta behovet av ändringar i lagstiftningen i fråga. Utkastet till regeringsproposition med förslag till lag om ändring av fängelselagen och till lagar som har samband med den är på remiss på webbplatsen [utlatande.fi](http://utlatande.fi) mellan den 9 mars och den 24 april 2026. Enligt utkastet till regeringsproposition föreslås det i propositionen ändringar i 10 kap. i fängelselagen om social- och hälsovård, 6 kap. i häktningsslagen om social- och hälsovård och mentalvårdslagen. Utkastet innehåller dock inte ändringar i de bestämmelser som föreslås bli ändrade i propositionen om principerna för tjänsteutbudet. Avsikten är att regeringens proposition ska lämnas till riksdagen våren 2026. Beredningsunderlaget till propositionen finns i den offentliga tjänsten under adressen <https://oikeusministerio.fi/sv/projekt-och-lagberedning> och har identifieringskoden OM085:00/2024.

## **10.2 Förhållande till budgetpropositionen**

Propositionen har inga konsekvenser för statsbudgeten.

## **11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning**

### **11.1 Inledning**

Tjänsteutbudet utgör kärnan av social- och hälsovårdstjänsterna, så propositionen är mycket betydelsefull med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna som tryggas i grundlagen och i internationella människorättskonventioner. Genom de principer för tjänsteutbudet inom social- och hälsovården som det föreskrivs om i lag eller vid tillämpningen av dem kan man inte åsidosätta de grundläggande fri- och rättigheter och de mänskliga rättigheter som det föreskrivs om i grundlagen eller som tryggas genom

internationella människorättskonventioner och inte det allmännas skyldighet att se till att de tillgodoses.

Bestämmelser i grundlagen som är av betydelse med tanke på propositionen är i synnerhet 1 § (statsskick), 2 § 3 mom. (rättsstatsprincipen), 6 § (jämlighet), 19 § (rätt till social trygghet) och med nära koppling till den 7 § (rätten till liv), 22 § (respekt för de grundläggande fri- och rättigheterna), 80 § 1 mom. (krav på bestämmelser i lag om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter) samt 121 § 4 mom. (självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner). Utöver 19 § i grundlagen anger andra bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna för sin del sättet på hur skyldigheten att trygga social- och hälsojärnster ska fullgöras.

Dessutom spelar flera internationella människorättskonventioner också en viktig roll. De internationella konventioner om mänskliga rättigheter som är viktigast med avseende på social- och hälsovården och som Finland som avtalspart har förbundit sig att iakttä är Förenta nationernas internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, nedan ESK-konventionen), konventionen om barnets rättigheter (FördrS 59 och 60/1991, nedan barnkonventionen), konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26 och 27/2016, nedan funktionshinderkonventionen) samt konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 18 och 19/1990, sådan som den lyder senare ändrad i FördrS 71 och 72/1994, FördrS 85 och 86/1998, FördrS 8 och 9/2005, FördrS 6 och 7/2005 samt FördrS 50 och 51/2010, nedan Europakonventionen) och den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002).

## 11.2 Konstitutionen och rättsstatsprincipen

Enligt 1 § 2 mom. i grundlagen ska konstitutionen trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. Människovärdets okränkbarhet är en av de grundläggande värderingar som ligger till grund för hela konstitutionen. Stadgandet uttrycker för egen del i första hand värdegrunden i regeringsformen, men det kan också ha en direkt rättslig betydelse i vissa fall. Det inverkar vid tolkning till exempel när de egentliga stadgandena om grundläggande fri- och rättigheter tillämpas samt vid utvärderingen av vilka begränsningar av de i regeringsformen tryggade grundläggande fri- och rättigheterna som kan betraktas som tillåtna. Kravet på människovärdets okränkbarhet uttrycker den allmänmänskliga grunden för de fundamentala rättigheterna. Åtminstone de mest grundläggande av individens fri- och rättigheter kan i grund och botten betraktas som oavhängiga av statens vilja och den rådande rättsordningen. Begreppet människovärde hänvisar dessutom till den principiella jämställdheten mellan alla individer. Den tredje delen av förteckningen i momentet hänvisar bland annat till jämställdheten och de grundläggande ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (RP 309/1993 rd, s. 46/II–47/I).

Propositionens förhållande till människovärdets okränkbarhet ska bedömas samtidigt som man bedömer propositionens förhållande till de rättigheter som tryggas i 19 § i grundlagen. Inom social- och hälsovården har människovärdets okränkbarhet ett samband särskilt till klientens och patientens ställning och rättigheter, såsom ett gott bemötande av klienten och patienten. Utgångspunkten för propositionen är att principerna för tjänsteutbudet ska tillämpas på det sätt som klientens och patientens ovan beskrivna rättigheter förutsätter och att principerna ska tolkas med beaktande av dessa rättigheter.

Enligt rättsstatsprincipen i 2 § 3 mom. i grundlagen ska utövning av offentlig makt bygga på lag och i all offentlig verksamhet ska lag noggrant iakttas. Kravet på bestämmelser i lag kan härledas från både uttryckliga regleringsförbehåll i bestämmelser om grundläggande fri- och

rättigheter och andra laghänvisningar samt från bestämmelsen i 80 § i grundlagen om området för lag, ur vars synvinkel propositionen behandlas senare.

### 11.3 Jämlikhet

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen (den allmänna jämlikhetsklausulen). Enligt den allmänna jämlikhetsklausulen i 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. I 2 mom. i samma paragraf finns det ett diskrimineringsförbud och enligt det får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Enligt 3 mom. ska barn bemötas som jämlika individer och de ska ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva och i 4 mom. föreskrivs det om främjande av jämställdheten mellan könen.

Den allmänna jämlikhetsklausulen uttrycker huvudprincipen för jämlikhet och jämställdhet. I den ingår vid sidan av den formella jämlikheten även den faktiska jämlikheten. I bestämmelsen ingår också ett förbud mot godtycke och ett krav på lika bemötande i likadana fall. Kravet på jämlikhet riktas också till lagstiftaren. Människor eller grupper av människor kan inte godtyckligt genom lag försättas i en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra. Klausulen förutsätter dock inte att alla människor ska bemötas likadant i alla avseenden, om inte de förhållanden som inverkar på ärendet är likadana. Jämlikhetssynpunkter har betydelse både då förmåner och rättigheter beviljas enligt lag och då skyldigheter åläggs. Det är dock typiskt för lagstiftningen att den för ett visst godtagbart samhällligt intresses skall bemöta människor olika för att främja bland annat faktisk jämställdhet (RP 309/1993 rd, s. 46, GrUU 38/2006 rd, s. 2).

Enligt 6 § 2 mom. i grundlagen får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person (förbud mot diskriminering). Bestämmelsen hindrar inte alla former av särbehandling av människor, utan det väsentliga är huruvida särbehandlingen kan motiveras på ett sätt som är godtagbart med tanke på systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna. Förbudet mot diskriminering hindrar inte i sig sådan särbehandling som behövs för att trygga den faktiska jämlikheten. Kraven på ett godtagbart skäl för särbehandling är höga när särbehandlingen grundar sig på sådana omständigheter som gäller den enskilde som person och som avses i diskrimineringsförbudet. Grundlagsutskottet har dock av hävd framhållit att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning går att läsa ut ur jämlikhetsprincipen när en reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se t.ex. GrUU 46/2024 rd, GrUU 54/2022 rd, stycke 7, GrUU 20/2017 rd, s. 9 i det finska dokumentet, GrUU 53/2016 rd, s. 3). Det centrala är huruvida respektive särbehandling kan motiveras på ett acceptabelt sätt med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna (bland annat GrUU 46/2006 rd, s. 2, GrUU 16/2006 rd, s. 2).

I de internationella människorättskonventioner som är förpliktande för Finland med tanke på social- och hälsovården har diskrimineringsförbudet framställts med i stort sett samma innehåll som i 6 § 2 mom. i grundlagen. Kravet på icke-diskriminering i artikel 2.2 i ESK-konventionen är enligt ESK-kommittén en genomgående avtalsförpliktelse (General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2), 2.7.2009, punkt 7). Enligt ESK-kommittén ska konventionsstaterna fästa särskild uppmärksamhet i samband med tillgodoseendet av rättigheterna enligt ESK-konventionen på de grupper som historiskt eller kontinuerligt möter fördomar och vid behov anta särskilda åtgärder, till exempel positiv särbehandling, för att förebygga diskriminering. Inom hälso- och sjukvårdstjänster nämner ESK-kommittén tolkningstjänster för språkliga minoriteter och rimliga anpassningsåtgärder för

personer med syn- eller hörselskada som exempel på permanenta former av särbehandling. (Gen. Com. No. 20, punkterna 8 och 9)

Syftet med FN:s funktionshinderkonvention är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde. Funktionshinderkonventionen trädde i kraft i Finland den 10 juni 2016. De principer som grundlagsutskottet uttryckt i tidigare utlåtanden är dock fortfarande av betydelse.

Artikel 2.1 i konventionen om barnets rättigheter förutsätter att konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares funktionsnedsättning.

Genom principerna för tjänsteutbudet försätts ingen grupp i en sämre ställning än de andra och å andra sidan försätts ingen grupp i särställning i förhållande till andra klienter eller patienter inom den offentliga social- och hälsovården. Vid tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet ska dock de särskilda behov som hänför sig till olika klient- och patientgruppers särdrag, bemötande och rättigheter tas i beaktande till exempel som en del av behovsprincipen och vid bedömningen av verkningsfullheten. I dessa situationer grundar sig riktandet av tjänsteutbudet inte på orsaker som gäller den enskilde som person utan på det servicebehov som klient- eller patientgruppen i fråga har. Dessutom ska en yrkesutbildad person inom social- och hälsovården tillämpa rekommendationerna och riktlinjerna om tjänsteutbudet i klient- och patientarbetet så att servicen för klienten eller patienten tillhandahålls utifrån en individuell behovsprövning i enlighet med annan lagstiftning som gäller social- och hälsovården.

Både de positiva och de eventuella negativa konsekvenserna av lagförslagen syns främst för dem som enbart använder offentliga tjänster jämfört med dem som har tillgång till omfattande företagshälsovårdstjänster eller möjlighet att använda privata tjänster. Syftet med principerna är dock som helhet att på lång sikt stödja en minskning av skillnaderna i välfärd och hälsa bland befolkningen och en jämlik tillgång av tjänster i hela landet genom att rikta verksamheten mer jämlikt, verkningsfullt och kostnadsnyttoeffektivt.

Genom propositionen eftersträvas också ett mer verkningsfullt riktande av samhällets tillgängliga resurser både horisontellt mellan social- och hälsovårdstjänster och vertikalt mellan tjänster på basnivå och tjänster på specialnivå. Inom hälso- och sjukvården strävar man med hjälp av principerna att stödja betoningen av primärvården samt förebyggande metoder och metoder som främjar hälsan. Inom socialvården syftar motsvarande ändring till mer verkningsfullt riktande av service och arbetsformer samt betoning på förebyggande arbete och främjande av befolkningens välfärd.

Bestämmelserna om principerna för tjänsteutbudet främjar förenhetligandet av det tjänsteutbud som välfärdsområdena ordnar i hela landet, något som grundlagsutskottet ansett positivt med avseende på jämlikhetsbestämmelserna i 6 § i grundlagen (GrUU 30/2013 rd, s. 4). Syftet med principerna för tjänsteutbudet är att de social- och hälsovårdstjänster som individen får bestäms enligt individens individuella servicebehov och inte enligt bostadsort eller enligt hurdan förmåga individen eller dennes anhöriga har att kräva tjänster enligt sina önskemål. Eftersom beslutsfattandet om tjänsteutbudet i lagförslagen grundar sig på relativt öppet definierade principer, är deras inverkan på en enhetlig tillämpning av tjänsteutbudet mellan områdena begränsad. Dessutom är rekommendationerna från tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården inte bindande, vilket leder till att det kan finnas skillnader i den praktiska tillämpningen av dem i olika välfärdsområden på grund av olika betoningar med anknytning till områdets

organisationsmodell samt de behov befolkningen i området har. De yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården tillämpar i sin tur tjänsteutbudsrådets rekommendationer i patientarbetet utifrån en individuell bedömning av patientens behov. Inom socialvården finns det däremot ingen motsvarande aktör som ger nationella rekommendationer. Regeringen anser att de föreslagna principerna för tjänsteutbudet främjar klienternas och patienternas jämlikhet, men att de effekter som främjar jämlikheten i praktiken i betydande utsträckning är beroende av genomförandet av principerna, såsom framtida satsningar på nationella rekommendationer, samordning och samarbete mellan välfärdsområdena samt beaktande av principerna i annan nationell styrning av välfärdsområdena.

Jämlikhet och människovärdets okränkbarhet som genomgående principer fäster särskild uppmärksamhet på kraven på jämlikhet och icke-diskriminering vid den helhetsbedömning som hänför sig till tjänsteutbudet. I bästa fall kan genomförandet av dem som en del av den helhetsbedömning som hänför sig till tjänsteutbudet på lång sikt också främja medvetenheten om jämlikhet och icke-diskriminering inom social- och hälsovården och därmed stödja undanröjandet av strukturella utmaningarna eller barriärer mot tillgänglighet när det gäller service för personer i utsatt ställning och för minoriteter.

Enligt regeringens bedömning främjar propositionen förverkligandet av jämlikhet och icke-diskriminering enligt 6 § i grundlagen.

#### **11.4 Rätten till social trygghet och rätten till liv**

Vid bedömningen av propositionen ska man granska om de föreslagna bestämmelserna tryggar genomförandet av social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster på det sätt som 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen förutsätter och även med iakttagande av andra grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter.

Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som avses i 19 § 1 mom. har föreskrivits som en subjektiv rättighet som individen kan åberopa direkt med stöd av grundlagen. I 19 § 3 mom. i grundlagen som gäller tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster ingår lagstiftarens skyldighet som föreskrivits i form av ett regleringsförbehåll (GrUU 25/1994, s. 6). Grundlagsutskottet har karakteriserat förhållandet mellan 19 § 1 och 3 mom. så att det i 1 mom. regleras om en minimi trygghet som tillkommer individen i alla livssituationer medan det i 3 mom. stadgas om det allmännas mera omfattande förpliktelser visavi den sociala tryggheten (GrUU 25/1994 rd, s. 10/II).

Med oundgänglig försörjning och omsorg i 19 § 1 mom. i grundlagen avses en sådan inkomstnivå och sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Förutsättningarna för att få hjälp ska utredas genom individuell behovsprövning. Sådant stöd omfattar till exempel att ordna att en person får den näring, vård och omsorg och har möjlighet till sådant boende som är en förutsättning för att hälsan och livskraften ska bevaras. Vissa stödåtgärder för omvårdnad av barn, äldre, handikappade och utvecklingsstörda, inom hälso- och sjukvården särskilt rätten till akut sjukvård, tryggas i de nuvarande stödsystemen som grundläggande förutsättningar för ett människovärdigt liv (RP 309/1993 rd s. 20, 38 och 74). Det är fråga om en direkt tillämplig bestämmelse som den enskilde direkt kan åberopa (RP 309/1993 rd, s. 38/I, se även GrUU 18/2001 rd, s. 4/I, GrUU 31/1997 rd, s. 2/I-II). Rätten till akut sjukvård är en av de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv (RP

309/1993 rd, s. 74/I). Rätten som avses i 19 § 1 mom. är en subjektiv rättighet för alla (GrUB 25/1994 rd, s. 10/II, se även GrUU 31/1997 rd, s. 2/I, GrUU 18/2001 rd, s. 4/I). Syftet med bestämmelsen att trygga miniminivån på förutsättningarna för ett människovärdigt liv, det vill säga ett så kallat existensminimum.

Rätten till oundgänglig omsorg och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster enligt 19 § i grundlagen tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se RP 309/1993 rd, s. 20/II, GrUU 38/2022 rd, stycke 4 och GrUU 59/2024 rd, stycke 12). I 7 § i grundlagen tryggas allas rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Också Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna har tagit ställning till konventionsstaternas skyldighet att genom lagstiftning säkerställa att tjänsterna för brådskande hälso- och sjukvård fungerar för att trygga rätten till liv på det sätt som förutsatts i artikel 2 i Europakonventionen (till exempel Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey, 13423/09 punkt 104, ECHR 2013; och Elena Cojocaru v. Romania, 74114/12, punkterna 106, 111 och 125, ECHR 2016).

Enligt artikel 9 i ESK-konventionen erkänner konventionsländerna rätten för var och en till social trygghet, däribland socialförsäkring. Enligt artikel 11 i konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj på samma sätt som 19 § 1 mom. i grundlagen innehåller en bestämmelse om oundgänglig omsorg och försörjning. Enligt artikel 12.1 i ESK-konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

ESK-kommittén framför i sin allmänna kommentar nr 14 (General Comment No. 14: The Right to the HIGHEST Attainable standard of Health (art. 12), 11.8.2000) sin tolkning av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa som främjar ett människovärdigt liv. Kommittén slår fast att tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), godtagbarhet (acceptability) och kvalitet (quality) är väsentliga beståndsdelar i rätten till hälsa. Med tillgång avses att det finns tillräcklig tillgång till fungerande lokaler, varor, tjänster och program inom den offentliga hälso- och sjukvården, inklusive sjukhus, hälsovårdscentraler och andra lokaler för hälso- och sjukvård och utbildad personal med konkurrenskraftig lön. Tillgänglighet omfattar olika faktorer: icke-diskriminering, fysisk tillgänglighet, ekonomisk tillgänglighet (överkomlighet) och informationens tillgänglighet. Godtagbarheten förutsätter att man inom hälso- och sjukvårdstjänsterna agerar i överensstämmelse med medicinsk etik och på ett kulturellt korrekt sätt. Till detta räknas patientens rättigheter, gott bemötande och integritetsskydd. Kvalitet innebär att tjänsterna är medicinskt ändamålsenliga och av god kvalitet, inklusive en kunnig personal inom hälso- och sjukvården. Det beror på de rådande förhållandena i konventionsstaten hur dessa tillämpas och vilket innehåll varje beståndsdel får.

På motsvarande sätt framför ESK-kommittén sin tolkning av rätten till social trygghet i den allmänna kommentaren nr 19 (General Comment No. 19: The right to social security (art. 9), 4.2.2008). Kommittén slår fast att tillgång (availability), sociala risker och riskberedskap (social risk and contingencies), tillräcklighet (adequacy) och tillgänglighet (accessibility) är centrala elementen i rätten till social trygghet. När det gäller rätten till social trygghet innebär tillgången att det sociala trygghetssystemet ska täcka olika sociala risker. Dessa är enligt ESK-kommittén hälso- och sjukvård, arbetsförmåga på grund av sjukdom, ålderdom, arbetslöshet, olycksfall i arbetet, barnfamiljers försörjning, försörjning under moderskapsledigheten, funktionsnedsättning, efterlevandepension och barnpension. Tillräcklighet syftar på att de förmåner och tjänster som fås via det sociala trygghetssystemet ska erbjuda tillräcklig försörjning, omsorg och vård för dem som behöver dem. Tillgänglighet gäller omfattningen av den sociala tryggheten, skäligen och öppna villkor, förmånliga socialskyddsavgifter, deltagande och tillgång till information samt fysisk tillgänglighet.

Enligt ESK-kommittén innebär rätten till social trygghet och hälsa, liksom alla mänskliga rättigheter, också tre allmänna skyldigheter för konventionsstaterna: skyldighet att skydda, respektera och tillgodose rätten till social trygghet och rätten till hälsa. ESK-kommittén konstaterar i sina allmänna kommentarer 14 och 19 att varje konventionsstat har ett visst utrymme att själva bestämma vilka åtgärder som bäst tillgodoser rätten till social trygghet och rätten till hälsa under de särskilda förhållandena i den staten. Konventionen kräver dock tydligt att varje stat ska vidta alla nödvändiga åtgärder för att se till att varje människa så snart som möjligt kan åtnjuta rätten till social trygghet och bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt ESK-kommittén innebär det gradvisa förverkligandet av dessa rättigheter att konventionsstaterna har en särskild och kontinuerlig skyldighet att så snabbt och effektivt som möjligt gå i riktning mot att artikel 9 och 12 i ESK-konventionen genomförs fullt ut.

Bestämmelser om social- och hälsovård finns också i flera andra människorättskonventioner.

Enligt artikel 11.1 i den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, att vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt ESK-kommittén innebär denna punkt bland annat att avtalsparterna ska garantera alla individer tillgång till hälso- och sjukvård utan diskriminering och att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara effektivt och överkomligt. Enligt artikel 13.1 i stadgan åtar sig konventionsstaterna för att trygga den enskildes rätt till social och medicinsk hjälp att se till att personer som saknar och som inte genom egna ansträngningar eller på annat sätt kan skaffa sig tillräckliga medel för sin försörjning och som inte heller kan få sådana medel från ett socialförsäkringssystem, får nödvändig hjälp samt, vid sjukdom, den vård deras tillstånd kräver. Enligt artikel 14 förbinder sig avtalsparterna att främja och inrätta service som med de inom socialvården brukliga metoderna arbetar för såväl individernas som samhällsgruppernas välfärd, utveckling och anpassning till den sociala miljön.

Enligt artikel 19 i funktionhinderkonventionen tryggas alla personer med funktionsnedsättning lika rätt att leva i samhället. Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt. Konventionsstaterna ska också säkerställa att personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bland annat sådant personligt stöd som är nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhället och för att förhindra isolering och avskildhet från samhället. Enligt artikel 20 i konventionen ska konventionsstaterna vidta effektiva åtgärder för att säkerställa personlig rörlighet med största möjliga oberoende för personer med funktionsnedsättning.

I artikel 25 i funktionhinderkonventionen föreskrivs det om hälsa. Enligt artikel 25.1 i funktionhinderkonventionen erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering. Enligt punkt 2 i den artikeln ska parterna bland annat erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, erbjuda sådana hälso- och sjukvårdstjänster som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av sin funktionsnedsättning samt erbjuda dessa hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden.

Enligt artikel 24.1 i barnkonventionen erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Enligt artikel 24.2 i den konventionen ska konventionsstaterna sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och ska särskilt vidta lämpliga åtgärder för att bland annat säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård med tonvikt på utveckling av primärvården och för att säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen. Enligt artikel 3 ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. Enligt grundlagsutskottet kan inte "tillräckliga tjänster" i den mening som 19 § 3 mom. i grundlagen avser vara identiska med den trygghet som är en sista utväg enligt 1 mom. i den paragrafen (GrUU 10/2009, s. 3/I). Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen syftar framför allt på tryggad tillgång till tjänster. Det har för rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen etablerats ett bestämt juridiskt innehåll och bestämda bedömningsgrunder. Då man avgör om tjänsterna ska anses tillräckliga, kan utgångspunkten vara en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 309/1993 rd, s. 75–76).

Med den typ av regleringsförbehåll som använts i 19 § 3 mom. i grundlagen har man velat understryka att lagstiftaren har en mera begränsad rörelsefrihet som är bunden vid huvudregeln i grundlagen (GrUB 25/1994 rd, s. 6/II, se även GrUU 79/2022, stycke 4, GrUU 17/2021 rd, stycke 69, GrUU 15/2018 rd, s. 5, GrUU 26/2017 rd, s. 32–33). Bestämmelsen binder inte ordnandet av social- och hälsovårdstjänster till den nuvarande lagstiftningen, utan förutsätter att det tryggas tillräckliga tjänster för var och en enligt vad som närmare bestäms genom lag. Grundlagsutskottet har ansett att hänvisningen till att var och en har rätt till social-, hälso- och sjukvårdstjänster i sista hand förutsätter en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (GrUU 30/2013 rd, s. 3, GrUU 17/2021 rd, stycke 71).

Enligt grundlagsutskottet kan det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården uppstå ett konstitutionellt problem i förhållande till 19 § 3 mom. i grundlagen om den föreslagna lagstiftningen inkluderar strukturella problem som med stor sannolikhet leder till att genomförandet av rättigheterna faktiskt äventyras (GrUU 17/2021 rd, stycke 74, GrUU 26/2017 rd, s. 38). Grundlagens 19 § 3 mom. ålägger också lagstiftaren en positiv skyldighet att främja befolkningens hälsa. Skyldigheten att främja befolkningens hälsa hänvisar dels till social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet, dels till utvecklingen av samhällsförhållandena inom det allmänna olik verksamhetssektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa (RP 309/1993 rd, s. 76/I).

I hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och annan lagstiftning föreskrivs det om vilka tjänster välfärdsområdet och andra tjänsteordnare inom den offentliga hälso- och sjukvården ska ordna. Lagstiftaren fullgör således genom social- och hälsovårdslagstiftningen uppdraget enligt 19 § 3 mom. att genom lag tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Genom lag kan man dock inte föreskriva detaljerat om enskilda tjänster eftersom social- och hälsovård ska tillhandahållas från fall till fall på grundval av individuella behov. De bestämmelser som nu föreslås beträffande tjänsteutbudet ska styra de val som görs vid ordnandet av tjänsterna.

Syftet med lagförslagen är att precisera och förtydliga det allmännas skyldighet att trygga tillräckliga tjänster genom att erbjuda enhetliga lagstadgade principer för beslutsfattandet om tjänsteutbudet. De föreslagna bestämmelserna gör det möjligt att fastställa och rikta tjänsteutbudet på grundval av kundernas och befolkningens behov med tyngdpunkt på jämlikhet, säkerhet, verkningsfullhet och kostnadsnyttoeffekt. Enhetliga principer stöder kontrollerat och riksomfattande enhetligt ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt av service och arbetsformer inom socialvården medan forskningen, möjligheterna och praxis ständigt utvecklas inom social- och hälsovården.

Lagförslagen är förenliga med 7 § och 19 § 1 mom. i grundlagen. Genom principerna för tjänsteutbudet ändras inte vars och ens rätt till brådskande vård och brådskande socialservice. Principerna för tjänsteutbudet ändrar inte heller på den lagstadgade servicen inom socialvården. Genom att föreskriva om principerna ändras således inte den service som tillhandahålls klienterna enligt 3 kap., till exempel i situationer som gäller tryggnad av nödvändig omsorg. Inom hälso- och sjukvården är det enligt förslaget fortfarande möjligt att använda en metod som inte ingår i tjänsteutbudet, om det är medicinskt eller odontologiskt nödvändigt på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen samt den hälso- och välfärdsfördel samt det terapeutiska värde som kan uppnås med metoden i den individuella situationen.

Principerna för tjänsteutbudet kan inte åsidosätta grundlagen eller det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Genom principerna för tjänsteutbudet ändras inte vars och ens rätt till brådskande socialservice och brådskande vård. Principerna för tjänsteutbudet ändrar inte heller på den lagstadgade servicen inom socialvården. Principerna för tjänsteutbudet ska tolkas och tillämpas så att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna främjas och bestämmelserna om klientens och patientens ställning och rättigheter ska iakttas.

Genom lagförslagen ändras bestämmelserna om den innehållsstyrning som genomförs nationellt och i välfärdsområdena, så att de val som avgör innehållet i tjänsterna i framtiden görs på basis av enhetliga principer. Om tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs i lagstiftning som fastställer organiseringsansvaret och i bestämmelser som gäller individens ställning och rättigheter, individuellt beviljande och tillhandahållande av tjänster samt yrkesetiska skyldigheter för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Enligt den ovan beskrivna systematiken i lagstiftningen har välfärdsområdena allmän befogenhet att besluta om ordnandet och tillhandahållandet av tjänster i enlighet med de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna, den allmänna servicelagstiftningen samt enlighet med de skyldigheter som gäller individens ställning och rättigheter och de lagstadgade tjänster som ges individen. Välfärdsområdet utövar sina allmänna befogenheter bland annat genom att besluta om verksamhetsplanen och budgeten, genom beslut om servicenivån, egenkontroll samt den verksamhetsstyrning som gäller innehållet i tjänsterna. Inom välfärdsområdet ansvarar den ansvariga läkare som avses i 57 § i hälso- och sjukvårdslagen för innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården och för innehållsstyrningen inom socialvården ansvarar verksamhetsrådets ledning samt en sådan eventuell ansvarig tjänsteinnehavare inom socialvården som avses i välfärdsrådets förvaltningsstadga.

Inom välfärdsområdet tillhandahåller yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården individuella tjänster för patienter och klienter med stöd av de servicestigar, anvisningar och den praxis som den ansvariga läkaren och ledningen inom socialvården i välfärdsområdet fastställt samt enligt lagstiftningen om klienters och patienters ställning och rättigheter och enligt de

lagstadgade yrkesetiska skyldigheterna. På grund av att social- och hälsovårdstjänsterna är behovsbaserade ska välfärdsområdet göra det möjligt att tillhandahålla tjänsterna enligt det individuella behovet.

De föreslagna bestämmelserna bedöms även i fortsättningen i tillräcklig utsträckning möjliggöra tillhandahållandet av tjänster enligt en individuell bedömning på det sätt som grundlagsutskottet förutsätter. Till exempel inom hälso- och sjukvården väljer läkaren eller tandläkaren den behandlingsmetod som ska användas i enlighet med riktlinjerna för tjänsteutbudet, om det inte på grund av patientens hälsotillstånd är motiverat att göra på ett annat sätt. Det kan till exempel vara fråga om att man i rekommendationen för användningen av en viss metod inte har bedömt användningen av den för vissa undertyper av sjukdomen eller nya indikationer eller att den metod som allmänt rekommenderas för behovet i fråga av skäl som hänför sig till patientens hälsotillstånd inte lämpar sig för vården av patienten och det inte finns något annat effektivt alternativ som lämpar sig för patientens individuella vårdbehov. Då ska den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården handla i enlighet med sin utbildning och sakkunskap. Dessutom kan en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i de situationer som avses i det föreslagna 7 a § 4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen utifrån individuella grunder använda en metod som inte hör till tjänsteutbudet för att rädda patientens liv eller för att undvika skada. Inom socialvården tillämpar en yrkesutbildad person de anvisningar och riktlinjer som gäller välfärdsområdets tjänsteutbud till den del de är relevanta i respektive klientsituation och tillhandahåller servicen och de arbetsformer som hör till den med stöd av 4 § i socialvårdslagen i enlighet med klientens intresse och andra bestämmelser om tillhandahållande av socialservice.

Ett syfte med de föreslagna bestämmelserna är att stärka det allmännas skyldighet att främja befolkningens hälsa enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Den styrning av tjänsteutbudet som eftersträvas genom lagförslagen gör det möjligt att rikta resurser till sådana tjänster och metoder som är verkningsfulla med tanke på främjandet av befolkningens hälsa och välfärd samt minskandet av skillnaderna i hälsa och välfärd.

Principerna främjar också tryggheten av tillräckliga social- och hälsovårdstjänster på individnivå, när tjänsterna riktas på ett verkningsfullt sätt. Lagförslagen stöder bland annat tillhandahållandet av verkningsfulla tjänster vid rätt tidpunkt och enligt individuellt behov för de personer det upptäcks otillfredsställda servicebehov när det gäller service de behöver. Med hjälp av öppna och gemensamma principer strävar man efter att trygga tillhandahållandet av tjänster för personer i svagare ställning, så att inte de grupper som annars också har bättre förutsättningar att bli hörda och försvara sitt eget intresse i servicesystemet får företräde vid riktandet av resurserna.

Som en följd av definitionen av tjänsteutbudet kan vissa tjänster och metoder komma att lämnas utanför tjänsteutbudet. Det är då fråga om verksamhet där den effekt som uppnås på individens hälsa eller välfärd är liten eller osäker i förhållande till verksamhetens säkerhet och kostnader. När tjänster eller behandling och vård som ger liten nytta kan uteslutas från tjänsteutbudet med hjälp av tillämpningen av principerna frigörs resurser inom den offentliga social- och hälsovården för att utnyttjas för metoder med större hälsofördelar. Principerna för tjänsteutbudet utesluter ingen individ eller klient- eller patientgrupp i sin helhet från tjänsterna eller vården, utan de styr riktningen av verksamheten inom social- och hälsovården. Om en person har behov av service eller vård, men en service, tjänst, metod eller arbetsform som hänför sig till personens vård eller servicebehov har lämnats utanför tjänsteutbudet, används i den socialservice eller den vård eller behandling inom hälso- och sjukvården som beviljas honom eller henne annan service eller andra arbetsformer inom socialvården eller tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården som hör till tjänsteutbudet eller i sådana situationer som avses i det föreslagna 7 a §

4 mom. i hälso- och sjukvårdslagen utifrån en individuell bedömning en metod som inte hör till tjänsteutbudet.

Föreskrivande om principerna för tjänsteutbudet är förenat med i konsekvensbedömningen presenterade risker om att tjänsteanordnarna i större utsträckning än vad som är avsett med lagförslagen lämnar tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården eller service och arbetsformer inom socialvården utanför tjänsteutbudet. I praktiken är det i de regionala riktlinjerna fråga om situationer där befolkningens eller patient- och klientgruppernas behov inte har beaktats eller där kostnaderna har lyfts fram som den primära grunden för beslutsfattandet i stället för en balanserad tillämpning av principerna som baserar sig på en helhetsbedömning. Risker gäller således i praktiken verksamhet där de lagstadgade principerna för tjänsteutbudet de facto inte iaktas. Dessa situationer bör då hanteras inom ramen för den nationella styrningen av social- och hälsovården samt med hjälp av laglighetsövervakning. Utöver anmärkning och klagomål som patienten och klienten kan använda sig av har en klient inom socialvården möjlighet att begära omprövning hos välfärdsområdet och i beslut av välfärdsområdet söka ändring genom besvär hos förvaltningsdomstolen.

Sannolikheten för de risker som identifierats i propositionen och som gäller en alltför omfattande begränsning av tjänsteutbudet i strid mot principerna bedöms vara relativt liten. Man strävar efter att minska denna risk genom de föreslagna ändringarna i 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård om skyldigheten att i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena bestämma om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena när det gäller tillämpningen av tjänsteutbudet och styrningen i samband med det. Dessutom kan man i den nationella styrningen och laglighetsövervakningen av social- och hälsovården ingripa i lagstridiga riktlinjer och avgränsningar. Således kan det konstateras att den föreslagna lagstiftningen inte äventyrar de rättigheter som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen.

Med beaktande av ovan konstaterade omständigheter som gäller eventuella avgränsningar och riktande av tjänsteutbudet bör det dock anses ändamålsenligt att konsekvenserna av ändringen följs upp som en del av det nationella beslutsfattandet och den nationella styrningen i fråga om tjänsteutbudet.

### **11.5 Respekt för de grundläggande fri- och rättigheterna**

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. I bestämmelsen definieras inte med vilka metoder det allmänna ska förverkliga sin förpliktelse. Valet av metod bör övervägas från fall till fall. De metoder som man sluter sig till kan också komma att avvika starkt från varandra. Till de centralaste metoderna hör att stifta lagar som tryggar och preciserar utövningen av en grundläggande fri- och rättighet och att inrikta de ekonomiska resurserna (RP 309/1993 rd, s. 80).

Med de principer för tjänsteutbudet inom social- och hälsovården som föreskrivs i lag eller vid tillämpningen av dem kan man inte bortse från den skyldighet som föreskrivs i grundlagen eller det allmänna skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. För att betona detta föreslås det att man i lagförslagen om principerna för tjänsteutbudet genomgående tar in principerna för jämlikhet och människovärdets okränkbarhet.

Lagförslagen främjar det allmänna skyldighet enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses genom att samla de aspekter som är väsentliga för social- och hälsovården och som ska beaktas vid fastställandet

av tjänsteutbudet. Som principer för tjänsteutbudet styr jämlikheten och människovärdets okränkbarhet till att i beslutsfattandet beakta aspekter som har att göra med klienternas och patienternas grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter. Vid tillämpningen av principerna för tjänsteutbudet ska till exempel barnets bästa enligt artikel 3 i konventionen om barnets rättigheter prioriteras på det sätt som saken förutsätter samt valens inverkan på personens delaktighet och förmåga att utöva sin självbestämmanderätt beaktas.

### **11.6 Kravet på att bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter utfärdas genom lag**

Lagförslagen är av betydelse med tanke på grundlagens 80 § om att bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter ska utfärdas genom lag. Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen ska det genom lag utfärdas bestämmelser om individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag.

Kravet på bestämmelser i lag uttrycker den mera allmänna principen enligt vilken man med lag ska föreskriva om frågor som är centrala med tanke på utövandet av de grundläggande fri- och rättigheterna. Grundlagsutskottet har tillämpat denna princip till exempel vid bedömningen av vilken författningsnivå som ska iakttas vid regleringen av utkomststödet, som för närvarande uppfyller den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som föreskrivs i 19 § 1 mom. i grundlagen (GrUU 31/1997 rd, s. 3 och 20/1998 rd, s. 5), samt den oundgängliga försörjning och omsorg som en person som får tillfälligt skydd får av flyktingslussen i stället för utkomststöd (GrUU 18/2001 rd, s. 3–4).

Enligt grundlagsutskottets praxis i fråga om kravet på bestämmelser har det av hävd ansetts att det av bestämmelser som utfärdas genom lag krävs exakthet och noggrann avgränsning men också tydlighet och begriplighet (till exempel GrUU 79/2022 rd, GrUU 44/2024 rd, GrUU 13/2020 rd och GrUU 2/2018 rd). Utskottet har relativt ofta uppmärksammat att sådan här reglering blir oklar och svåröverskådlig (se till exempel GrUU 34/2024, stycke 7, GrUU 4/2021 rd, stycke 13, GrUU 47/2006 rd, s. 2/I, GrUU 43/2006 rd, s. 2/I, GrUU 41/2006 rd, s. 2/I, GrUU 25/2005 rd, s. 5/II). Utskottet har förutsatt att målgruppen för regleringen utan svårighet ska kunna tillämpa bestämmelserna (till exempel GrUU 34/2024, stycke 7, GrUU 4/2021 rd, stycke 13, GrUU 60/2014 rd, s. 2/II–3/I). Utskottet har även uppmärksammat att det att regleringen är svårbegriplig kan ha en negativ inverkan på rättsskyddet för tjänsteinnehavare (GrUU 44/2024 rd, stycke 5–6, GrUU 79/2022 rd, stycke 9 och GrUU 4/2021 rd, stycke 13). En svårtydd reglering har också kunnat anses leda till situationer där bland annat olika kommuner tillämpar lagen på ett sätt som är problematiskt med tanke på jämlikhetsbestämmelsen i 6 § i grundlagen (GrUU 45/2016 rd, s. 3).

De förutsättningar som kravet på utfärdande av bestämmelser genom lag ställer har dock närmare ansetts bero på situationen. Kravet på exakthet i regleringen har ansetts vara särskilt känslig i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. (GrUU 44/2024 rd och GrUU 79/2022 rd). Grundlagsutskottet anser att det är viktigt att bestämmelser som har kopplingar till de grundläggande fri- och rättigheterna och som gäller fysiska personers normala dagliga aktiviteter är klara och tydliga (funktionshinderservice GrUU 44/2024 rd, stycke 5–6 och GrUU 79/2022 rd, stycke 9, utkomstskydd för arbetslösa GrUU 70/2022 rd, stycke 12). Å andra sidan har grundlagsutskottet ansett att ett mer allmänt regleringssätt inom vissa gränser kan motiveras med ärendets särskilda karaktär och den praktiska tillämpningen av bestämmelserna i anslutning till det (lagen om funktionshinderservice GrUU 44/2025 rd, s. 4, socialvårdslagen GrUU 36/2014 rd, s. 3, se också om lagen om funktionshinderservice GrUU 44/2024 rd, stycke 5–6 och GrUU 79/2022 rd, stycke 9–10).

För bestämmelser som gäller subjektiva rättigheter har det däremot krävts en högre nivå av exakthet än för andra typer av rättigheter (GrUU 44/2024 rd, GrUU 79/2022 rd, GrUU 54/2014 rd s. 2, jämför GrUU 36/2014 rd, s. 3). Grundlagsutskottet har betonat lagstiftarens skyldighet att föreskriva exakt om de rättigheter som grundlagen tryggar som subjektiva rättigheter på ett sådant sätt att de ger individen tillräckliga faktiska möjligheter att åtnjuta sina rättigheter (GrUU 54/2014 rd, s. 2, GrUU 20/1998 rd och GrUU 31/1997 rd, s. 3).

Grundlagsutskottet har ansett att för att vara lagstiftning med relevans för de grundläggande fri- och rättigheterna är socialvårdslagen relativt generöst formulerad vad beträffar exakthetskravet, men med tanke på bestämmelsernas art och karaktär ändå tillräckligt exakt (GrUU 36/2014 rd, s. 3). Grundlagsutskottet noterade att regleringen i 3 kap., som är viktigt med tanke på tryggheten av de grundläggande fri- och rättigheterna i lagförslaget, främst styr kommunernas verksamhet. Däremot innehöll lagförslaget mycket få konkreta subjektiva rättigheter som skulle ingå i kommunernas särskilda organiseringskyldighet. Grundlagsutskottet konstaterade dock att detta åtminstone delvis kan förklaras med den sociala servicens karaktär och med att socialvårdslagen i hög grad är en allmän lag om socialvård. Enligt utskottet var bestämmelsen i lagförslaget om förhållandet mellan socialvårdslagen och speciallagstiftningen av central betydelse. Enligt 2 § 1 mom. i lagförslaget ska de bestämmelser som bäst tillgodoser klientens intressen tillämpas, om klienten har rätt att få socialvård med stöd av någon annan lag (GrUU 36/2014 rd, s. 2–3).

Bestämmelser om anslagsbundna tjänster kan vara mindre exakta än de om subjektiva rättigheter genom att i dem beskriva innehållet i och målen med olika socialservice samt allmänna förutsättningar för att få tjänsterna. Det har också av hävd ansetts godtagbart att närmare styra beviljandet av anslagsbundna tjänster genom tillämpningsanvisningar som preciserar lagstiftningen i kommunen och senare i välfärdsområdena. Genom anvisningarna kan man dock inte utesluta en individuell bedömning av behovet och bestämmelserna ska i vilket fall som helst vara så exakta att klienternas eller tjänsteinnehavarnas rättsskydd inte äventyras.

Med tanke på kravet på exakthet är indelningen i anslagsbundna tjänster och tjänster som beviljas som en subjektiv rättighet i praktiken inte helt entydig. Samma service enligt socialvårdslagen kan för en person som omfattas av lagens tillämpningsområde trygga nödvändig omsorg medan servicen för en annan klient kan vara mindre kritisk. Även om service som tryggar nödvändig omsorg och service som tryggar barnets hälsa och utveckling med stöd av socialvårdslagen i sig är subjektiva rättigheter, kan det vara möjligt att tillgodose behoven med annan service inom socialvårdslagen och även med beaktande av de tjänster på basnivå som ingår i speciallagstiftningen (till exempel boendeservice och hemvård enligt socialvårdslagen samt familjevård och närståendevård enligt speciallagstiftningen). Således har det varit nödvändigt att i bestämmelserna i socialvårdslagen lämna tillräckligt med utrymme för individuell prövning som en yrkesutbildad person inom socialvården genomför utifrån sin utbildning och sakkunskap.

I samband med att 7 a § om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården stiftades ansåg grundlagsutskottet det också nödvändigt att bedöma tjänsteutbudsrådets uppgifter med avseende på 80 § 2 mom. i grundlagen i anknytning till de föreslagna befogenheterna för tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården om att ge bindande riktlinjer (RP 103/2013 rd, GrUU 30/2013 rd, s. 4–5). Enligt momentet kan även andra myndigheter än de som avses i 1 mom. i den paragrafen genom lag bemyndigas att utfärda rättsnormer i bestämda frågor, om det med hänsyn till föremålet för regleringen finns särskilda skäl och regleringens betydelse i sak inte kräver att den sker genom lag eller förordning. För närvarande finns det i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen endast bestämmelser om kriterier för att något inte ska höra till tjänsteutbudet och om möjligheten att använda en metod som inte hör till tjänsteutbudet utifrån individuella

grunder. När paragrafen stiftades ansåg grundlagsutskottet att kriterierna för beslutsfattandet och beslutens förpliktande karaktär var mycket generella och gav således tjänsteutbudsrådet alltför stor prövningsrätt med tanke på att rådets uppgift enligt förslaget var att ansvara för fastställandet av tjänsteutbudet bindande (GrUU 30/2013 rd, s. 4/II). Social- och hälsovårdsutskottet föreslog till slut i sitt betänkande att organet i stället för att fatta beslut ska komma med rekommendationer (ShUB 23/2013 rd).

Som det konstaterats ovan har bestämmelser om grunderna för de lagstadgade tjänsterna utfärdats genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, socialvårdslagen och andra lagar som gäller tjänsterna. Genom denna lagstiftning om social- och hälsovården utför lagstiftaren det uppdrag som föreskrivs i 19 § 3 mom. om att tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. De bestämmelser som nu föreslås beträffande tjänsteutbudet ska styra de val som görs vid ordnandet av tjänsterna.

I nuläget har välfärdsområdena förbundit sig att följa tjänsteutbudsrådets rekommendationer, men rekommendationerna täcker endast en begränsad del av tjänsteutbudet. Till övriga delar bestäms tjänsteutbudet indirekt i välfärdsområdena genom den handledning som den ansvariga läkaren som avses i 57 § i hälso- och sjukvårdslagen ger, de vårdrekommendationer som yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården ger i form av självreglering samt den verksamhet som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården bedriver. Fastställandet och tillämpningen av tjänsteutbudet fördelas således på beslutsfattandet på nationell och regional nivå, och de rekommendationer och riktlinjer som fås genom dem tillämpas av yrkesutbildade personer i deras arbete. Vid tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster är det i stor utsträckning fråga om faktisk förvaltningsverksamhet som den ansvariga läkaren genom sina anvisningar styr för tjänsteordnarens räkning.

En central ändring som eftersträvas genom propositionen är en lagstadgad grund för beslutsfattandet om tjänsteutbudet inom socialvården samt att precisera grunderna för beslutsfattandet om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. I praktiken sker en betydande del av ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster och metoder från fall till fall genom dold prioritering, eftersom tjänsteutbudsrådets rekommendationer endast täcker en begränsad del av tjänsteutbudet och lagstiftningen lämnar en betydande del av de val som gäller innehållet i tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården åt enskilda yrkesutbildade personer. Även om de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården utövar ovannämnda prövningsrätt inom ramen för sin utbildning och den lagstiftning som är bindande för yrkesverksamheten är den dolda prioriteringen problematisk med tanke på jämlikheten eftersom både de synpunkter som ligger till grund för valen och slutsatserna av dem kan variera beroende på beslutsfattaren.

I socialvårdslagstiftningen ingår för närvarande inga specifika kriterier för ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården. De yrkesutbildade personerna inom socialvården väljer service och arbetsformer som används inom dem som en del av klientarbetet inom ramen för sin utbildning och den lagstiftning som är bindande för yrkesverksamheten. Således baserar sig ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården långt på klientspecifika situationer och yrkesutbildade personers prövning, vilket å ena sidan säkerställer att socialservicen baserar sig på behov men som å andra sidan är problematisk med tanke på jämlikheten på grund av möjligheten till dold prioritering. Genom klientens rätt att söka ändring i ett servicebeslut säkerställs det att besluten är lagenliga och tillräckligt motiverade. Rätten att söka ändring omfattar dock inte tillhandahållandet av tjänster på arbetsformsnivå som anses vara faktisk förvaltningsverksamhet.

Att valen som gäller ibruktagande, användning och urbruktagande är beroende av situationsspecifika prövningar och dolda prioriteringar som enskilda yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården gör är också problematiskt med tanke på välfärdsområdets uppgift att ordna tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Till ordnandet av social- och hälsovården hör ofrånkomligen en spänning mellan det individuella behovet och å andra sidan jämlikheten mellan klienterna och patienterna samt främjandet av befolkningens hälsa och välfärd. Välfärdsområdet är dock på grund av sin organiseringsuppgift skyldigt att sträva efter att balansera den spänning som beskrivs ovan. Ett tjänsteutbud som utformas decentraliserat utifrån individuella val och varierande synpunkter stöder inte välfärdsområdenas möjligheter att jämlikt tillgodose sina invånares behov genom individuella tjänster och samtidigt främja befolkningens hälsa och välfärd.

Genom de föreslagna principerna för tjänsteutbudet preciseras grunderna för det allmännas skyldighet att tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster jämfört med nuläget. Enligt förslaget kvarstår utgångspunkten för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården enligt vilken tjänsteutbudet omfattar medicinskt och odontologiskt motiverade tjänster och metoder. Inom socialvården definieras uttryckligen inte allt innehåll i verksamheten och servicen med principerna, och även i fortsättningen ska det finnas ett brett utbud av service och arbetsformer som klienterna behöver och som konstaterats vara bra utifrån kunskap som baserar sig på yrkesmässig erfarenhet. Till den del det ges riktlinjer eller rekommendationer om tjänsteutbudet på nationell nivå eller regionala riktlinjer, ska de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården följa givna rekommendationer och riktlinjer, dock i enlighet med klientens intresse och servicebehov eller i enlighet med patientens individuella hälsotillstånd och behov av vård.

Beslutsfattandet om vad som ska höra till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården grundar sig på en helhetsbedömning. I den ska alla förutsättningar för att höra till tjänsteutbudet bedömas tillsammans med de genomgående principerna om jämlikhet och människovärdets okränkbarhet, och vid behov ska dessa vägas mot varandra. En regleringslösning som baserar sig på en helhetsbedömning anses vara behövlig på grund av regleringsobjektets karaktär. Principerna för tjänsteutbudet ska erbjuda en gemensam värdegrund och lagstadgade förutsättningar för att höra till tjänsteutbudet med tanke på ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården samt tjänster och metoder inom hälso- och sjukvårdstjänster som är avsedda för heterogena klient- och patientgrupper och som har mycket varierande verksamhetsmekanismer, indikationer och omfattning. Fastställandet av tjänsteutbudet förutsätter mångsidig sakkunskap inom social- och hälsovården samt att de etiska aspekterna som principerna förutsätter behandlas. Detta genomförs mest ändamålsenligt genom en helhetsbedömning. Till exempel en alltför detaljerad och oflexibel reglering kan leda till situationer där kriterierna för beslutsfattandet inte gör det möjligt att i samband med att tjänsteutbudet fastställs på behörigt sätt beakta de faktiska konsekvenserna av, egenskaperna hos och de etiska dimensionerna av ovannämnda tjänster, service, arbetsformer eller metoder samt olika klient- och patientgruppers särdrag och särskilda behov.

Tillämpningen av principen om kostnadsnyttoeffekt vid beslutsfattandet, som är central med tanke på den offentliga social- och hälsovårdens ekonomiska hållbarhet och de faktiska verksamhetsförutsättningarna, förutsätter dessutom, med iakttagande av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, en helhetsbedömning som genomförs tillräckligt flexibelt i förhållande till den aktuella frågan. Regleringslösningen är förenlig med den mer allmänna regleringslogiken inom social- och hälsovården, där lagstiftningen gör det möjligt att tillhandahålla tjänster som baserar sig på sakkunskap hos yrkesutbildade personer och en individuell bedömning av servicebehovet.

Lagförslagen förtydligar också de gällande bestämmelserna om tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården genom att erbjuda en enhetlig ram för allt beslutsfattande som gäller ibruktagande, användning och urbruktagande av tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården. Genom lagändringarna förtydligas dessutom på vilka grunder tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården kan utslutas ur tjänsteutbudet, något som tjänsteanordnarna upplever som oklart i gällande bestämmelser.

Med stöd av de framlagda synpunkterna anses det att lagförslagen inte är problematiska med tanke på 80 § 1 mom. i grundlagen. De föreslagna principerna för tjänsteutbudet erbjuder en lagstadgad ram för fastställandet av tjänsteutbudet som är mer exakt än för närvarande. Enligt förslaget grundar sig beslutsfattandet om tjänsteutbudet på gemensamma och öppna principer. Detta främjar klienternas och patienternas möjlighet att förstå till vilken service, vilka tjänster, metoder och arbetsformer de har rätt till och på vilken grund.

Inom social- och hälsovården ska alla beslut som gäller tjänsteutbudet grunda sig på enhetliga principer och mer exakta principer än för närvarande, vilket främjar kvaliteten och transparensen i beslutsfattandet samt ett enhetligt tjänsteutbud. Principerna för tjänsteutbudet utgör också en lagstadgad grund för hanteringen av spänningen mellan individuella behov och befolkningens behov i samband med ordnande av social- och hälsovård och tillhandahållandet av den.

### **11.7 Självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner**

Enligt 121 § 1 mom. i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt lagens 121 § 4 mom. utfärdas bestämmelser om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Grundlagsutskottet har framhållit att de nödvändiga baselementen för självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner är att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets eller välfärdsområdets uppgifter och förvaltning. Som en garanti för självstyrelse ska vissa bestämmelser finnas på lagnivå, vilket är relevant i förhållande till anordnandet av välfärdsområdenas förvaltning och deras finansiering (GrUU 17/2021 rd, stycke 34). (GrUU 17/2021 rd, stycke 9, 17 och 34, GrUU 26/2017 rd, s. 19–31).

Grundlagsutskottet har bedömt att grundlagsstiftaren inte kan anses ha avsett att självstyrelsen i områden som är större än kommuner ska vara likadan som självstyrelsen för kommunens invånare. (GrUU 17/2021 rd, stycke 15, GrUU 26/2017 rd, stycke 20) Utskottet påpekar att välfärdsområdenas självstyrelse förblir rätt ytlig på grund av statens styrning, begränsningarna i sättet att ordna uppgifter och den föreslagna finansieringsmodellen. (GrUU 17/2021 rd, stycke 27).

De principer för tjänsteutbudet som anges i lagförslagen ska tillämpas inte bara på det regionala beslutsfattandet utan också på det beslutsfattande och de rekommendationer på nationell nivå som gäller tjänsteutbudet. Den nationella beslutanderätten och den nationella styrningen som gäller tjänsteutbudet grundar sig dock även i fortsättningen på arbetsfördelningen och bestämmelserna enligt gällande lagstiftning. I propositionen ingår en ändring av 36 § 3 mom. 8 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård genom vilken välfärdsområdena förpliktas att i samarbetsavtal bestämma om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena när det gäller ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården samt tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt styrning i anslutning till dem. Ändringen genomförs genom en precisering av den gällande lagstiftningen som stiftats med grundlagsutskottets medverkan.

Genom bestämmelser om principerna för tjänsteutbudet tryggas särskilt tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna som avses i 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen, vilket förordar bestämmelserna om principerna för tjänsteutbudet. De föreslagna ändringarna avviker inte till sin karaktär på ett betydande sätt från nivån på den författningsstyrning som finns i gällande lagstiftning. Propositionen är således inte problematisk med tanke på det regionala självstyret.

På de grunder som anges ovan kan lagförslagen behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom de föreslagna lagändringarna i praktiken tillsammans med annan lagstiftning konkretiserar hurdana tjänster som motsvarar tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och eftersom de föreslagna bestämmelserna har samband med kravet på exakthet och noggrann avgränsning enligt 80 § 1 mom. i grundlagen, 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 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 7 a §, sådan den lyder i lag 1202/2013, som följer:

#### 7 a §

##### *Principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården*

Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården omfattar medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar hos individen eller befolkningen, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom eller skada hos individen eller befolkningen samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering av individen eller befolkningen.

Förutsättningarna för att en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet är att

- 1) syftet är att tillgodose individens eller befolkningens behov av hälso- och sjukvård,
- 2) den inte innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås,
- 3) genomslaget för hälsa och välfärd är tillräckligt på basis av den evidens som finns tillgänglig, och
- 4) kostnaderna är skäligen i förhållande till de hälso- och välfärdsfördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås.

Beslutsfattandet om huruvida en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet grundar sig på en helhetsbedömning och i den ska patienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas.

En patient kan undersökas och behandlas med en undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om användningen av metoden är medicinskt eller odontologiskt nödvändig på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen samt den hälsofördel och det terapeutiska värde som kan uppnås med metoden i den individuella situationen.

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

## 2.

### Lag

#### om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i socialvårdslagen (1301/2014) 3 § 7 punkten, sådan den lyder i lag 790/2022, och  
*fogas* till 3 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 790/2022 och 1280/2022, en ny 8 punkt  
och till lagen en ny 30 a § som följer:

#### 3 §

##### *Definitioner*

I denna lag avses med

7) *verksamhetsenhet* en funktionell helhet som har en offentlig eller privat serviceproducent som huvudman och som tillhandahåller socialservice i serviceproducentens lokaler eller i klientens hem,

8) *tjänsteutbudet inom socialvården* helheten av socialservice och annan verksamhet inom socialvården och de arbetsformer inom socialvården som ingår i dem.

#### 30 a §

##### *Principerna för tjänsteutbudet inom socialvården*

Vid planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt vid beslutsfattandet om användning, i bruktagande och urbruktagande av service och arbetsformer är en förutsättning för att en service eller arbetsform inom socialvården ska höra till tjänsteutbudet inom socialvården, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag, att

1) syftet är att tillgodose behovet av främjandet eller upprätthållandet av klientens sociala välfärd, trygghet eller funktionsförmåga eller att svara på ett socialt problem som förekommer bland befolkningen eller ett uppenbart hot om detta,

2) tillhandahållandet är klientsäkert,

3) effekten för välfärden är tillräcklig på basis av den evidens som finns tillgänglig, och

4) kostnaderna är skäliga i förhållande till de välfärdsfördelar som kan uppnås.

Beslutsfattandet om huruvida en service eller arbetsform inom socialvården ska höra till tjänsteutbudet inom socialvården grundar sig på en helhetsbedömning och i den ska klienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas.

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

### 3.

## Lag

### om ändring av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 8 punkten som följer:

#### 36 §

#### *Samarbetsavtal mellan välfärdsområden*

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

8) vid ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården samt tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt styrning i anslutning till dem med beaktande av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 30 a § i socialvårdslagen samt de riksomfattande riktlinjerna som gäller det tjänsteutbud som avses i de bestämmelserna,  
-----

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

## 4.

### Lag

#### om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i fängelselagen (767/2005) 10 kap. 1 § 5 mom., sådant det lyder i lag 1236/2016, som följer:

10 kap.

#### Social- och hälsovård

1 §

#### *Hälso- och sjukvård för fångar*

---

Vid ordnandet av hälso- och sjukvården ska iakttas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården samt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Vid ordnandet ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen beaktas.

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

## 5.

### Lag

#### om ändring av 6 kap. 1 § i häktninglagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i häktninglagen (768/2005) 6 kap. 1 § 6 mom., sådant det lyder i lag 122/2023, som följer:

6 kap.

#### Social- och hälsovård

1 §

*Hälso- och sjukvård för häktade*

---

Vid ordnandet av hälso- och sjukvården ska iakttas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården samt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Vid ordnandet ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen beaktas.

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

## 6.

### Lag

#### om ändring av 6 § i mentalvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*fogas* till mentalvårdslagen (1116/1990) 6 §, sådan paragrafen lyder delvis ändrad i lagarna 752/2015 och 583/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

#### 6 §

##### *Vård på statens sinnessjukhus*

---

På den hälso- och sjukvård som ges på statens sinnessjukhus tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Då tjänsterna tillhandahålls ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i den lagen beaktas.

Denna lag träder i kraft den 20 .

7.

## Lag

### om ändring av 3 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut  
*fogas* till lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 3 §, sådan  
paragrafen lyder delvis ändrad i lag 1137/2023, ett nytt 3 mom. som följer:

3 §

*Studerandehälsovård*

---

På den studerandehälsovård som avses i denna lag tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso-  
och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Då tjänsterna  
tillhandahålls ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i den lagen beaktas.

Denna lag träder i kraft den 20 . \_\_\_\_\_

Helsingfors den 13 maj 2026

**Statsminister**

**Petteri Orpo**

Social- och hälsovårdsminister Wille Rydman

# 1.

## Lag

### om ändring av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 7 a §, sådan den lyder i lag 1202/2013, som följer:

#### *Gällande lydelse*

#### 7 a §

#### *Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården*

Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården omfattar medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering.

Tjänsteutbudet omfattar dock inte sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder och undersökningar eller sådan vård, behandling och rehabilitering som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås eller vars effekt är liten och vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås och det terapeutiska värdet.

#### *Föreslagen lydelse*

#### 7 a §

#### ***Principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården***

Tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården omfattar medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar *hos individen eller befolkningen*, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom *eller skada hos individen eller befolkningen* samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering *av individen eller befolkningen*.

*Förutsättningarna för att en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska höra till tjänsteutbudet är att*

*1) syftet är att tillgodose individens eller befolkningens behov av hälso- och sjukvård,*

*2) den inte innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås,*

*3) genomslaget för hälsa och välfärd är tillräckligt på basis av den evidens som finns tillgänglig, och*

*4) kostnaderna är skäligen i förhållande till de hälso- och välfärdsfördelar och det terapeutiska värde som kan uppnås.*

*Beslutsfattandet om huruvida en åtgärd, en undersökning, vård, behandling eller rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska*

*Gällande lydelse*

En patient kan undersökas och behandlas med en *medicinsk eller odontologisk* undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om det är medicinskt nödvändigt på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen.

*Föreslagen lydelse*

*höra till tjänsteutbudet grundar sig på en helhetsbedömning och i den ska patienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas.*

En patient kan undersökas och behandlas med en undersöknings- och behandlingsmetod som inte hör till tjänsteutbudet, om *användningen av metoden* är medicinskt *eller odontologiskt nödvändig* på grund av en sjukdom eller skada som allvarligt hotar patientens liv eller hälsa med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förväntade sjukdomsutvecklingen *samt den hälsofördel och det terapeutiska värde som kan uppnås med metoden i den individuella situationen.*

\_\_\_\_\_

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

\_\_\_\_\_

## 2.

### Lag

#### om ändring av socialvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut *ändras* i socialvårdslagen (1301/2014) 3 § 7 punkten, sådan den lyder i lag 790/2022, och *fogas* till 3 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 790/2022 och 1280/2022, en ny 8 punkt och till lagen en ny 30 a § som följer:

#### *Gällande lydelse*

#### 3 §

#### *Definitioner*

I denna lag avses med

1) *socialservice* välfärdsområdets socialservice och andra åtgärder genom vilka yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet främjar och upprätthåller individens, familjens och gemenskapens funktionsförmåga, sociala välfärd, trygghet och delaktighet,

2) *klient* en person som ansöker om eller anlitar socialvård eller som oberoende av sin vilja är föremål för socialvård,

3) *person och klient som behöver särskilt stöd* en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälsovårdstjänster på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan äldreomsorgslagen,

4) *barn* den som är under 18 år,

5) *ung person* den som är 18–24 år,

6) *barn som behöver särskilt stöd* ett barn vars uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling eller

#### *Föreslagen lydelse*

#### 3 §

#### *Definitioner*

I denna lag avses med

1) *socialservice* välfärdsområdets socialservice och andra åtgärder genom vilka yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet främjar och upprätthåller individens, familjens och gemenskapens funktionsförmåga, sociala välfärd, trygghet och delaktighet,

2) *klient* en person som ansöker om eller anlitar socialvård eller som oberoende av sin vilja är föremål för socialvård,

3) *person och klient som behöver särskilt stöd* en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälsovårdstjänster på grund av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder så som föreskrivs i 3 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan äldreomsorgslagen,

4) *barn* den som är under 18 år,

5) *ung person* den som är 18–24 år,

6) *barn som behöver särskilt stöd* ett barn vars uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa eller utveckling eller

### *Gällande lydelse*

som genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling eller som på grund av de orsaker som anges i 3 punkten behöver särskilt stöd,

7) *verksamhetsenhet* en funktionell helhet som har en offentlig eller privat serviceproducent som huvudman och som tillhandahåller socialservice i serviceproducentens lokaler eller i klientens hem.

### *Föreslagen lydelse*

som genom sitt beteende äventyrar sin hälsa eller utveckling eller som på grund av de orsaker som anges i 3 punkten behöver särskilt stöd,

7) *verksamhetsenhet* en funktionell helhet som har en offentlig eller privat serviceproducent som huvudman och som tillhandahåller socialservice i serviceproducentens lokaler eller i klientens hem,

8) *tjänsteutbudet inom socialvården helheten av socialservice och annan verksamhet inom socialvården och de arbetsformer inom socialvården som ingår i dem.*

### *30 a §*

#### *Principerna för tjänsteutbudet inom socialvården*

*Vid planeringen av ordnandet och tillhandahållandet av socialvård samt vid beslutsfattandet om användning, ibruktagande och urbruktagande av service och arbetsformer är en förutsättning för att en service eller arbetsform inom socialvården ska höra till tjänsteutbudet inom socialvården, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag, att*

1) *syftet är att tillgodose behovet av främjandet eller upprätthållandet av klientens sociala välfärd, trygghet eller funktionsförmåga eller att svara på ett socialt problem som förekommer bland befolkningen eller ett uppenbart hot om detta,*

2) *tillhandahållandet är klientsäkert,*

3) *effekten för välfärden är tillräcklig på basis av den evidens som finns tillgänglig, och*

4) *kostnaderna är skäligen i förhållande till de välfärdsfördelar som kan uppnås.*

*Beslutsfattandet om huruvida en service eller arbetsform inom socialvården ska höra till tjänsteutbudet inom socialvården grundar sig på en helhetsbedömning och i den ska klienternas jämlikhet och människovärdets okränkbarhet säkerställas.*

*Gällande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

### 3.

## Lag

### om ändring av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 8 punkten som följer:

#### *Gällande lydelse*

#### 36 §

#### *Samarbetsavtal mellan välfärdsområden*

De välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården ska för varje fullmäktigeperiod ingå ett samarbetsavtal. Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården.

Samarbetet ska främja kostnadsnyttoeffektiviteten, produktiviteten, kvaliteten, klient- och patientsäkerheten, ändamålsenligheten, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och serviceenheter i social- och hälsovården. Genom samarbetsavtalet ska det dessutom säkerställas att en verksamhetsenhet som tillhandahåller social- och hälsovård med stöd av avtalet har tillräckliga ekonomiska och personella resurser samt tillräcklig kompetens för att sköta uppgiften.

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

1) vid bedömningen och prognostiseringen av befolkningens servicebehov och vid uppföljningen och utvärderingen av ordnandet av social- och hälsovården,

#### *Föreslagen lydelse*

#### 36 §

#### *Samarbetsavtal mellan välfärdsområden*

De välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde för social- och hälsovården ska för varje fullmäktigeperiod ingå ett samarbetsavtal. Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter och för tryggheten av kostnadsnyttoeffektiviteten i social- och hälsovården.

Samarbetet ska främja kostnadsnyttoeffektiviteten, produktiviteten, kvaliteten, klient- och patientsäkerheten, ändamålsenligheten, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och serviceenheter i social- och hälsovården. Genom samarbetsavtalet ska det dessutom säkerställas att en verksamhetsenhet som tillhandahåller social- och hälsovård med stöd av avtalet har tillräckliga ekonomiska och personella resurser samt tillräcklig kompetens för att sköta uppgiften.

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

1) vid bedömningen och prognostiseringen av befolkningens servicebehov och vid uppföljningen och utvärderingen av ordnandet av social- och hälsovården,

### Gällande lydelse

2) vid socialjour och jour inom hälso- och sjukvården,

3) vid organiseringen av uppgifterna vid centralen för prehospita akutsjukvård och samordning av verksamheten inom den prehospita akutsjukvården med övrig verksamhet,

4) vid ordnande och produktion av medicinska stödtjänster och andra stödtjänster,

5) vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna,

6) vid ordnande och produktion av sådana social- och hälsovårdstjänster som på grund av att de behövs sällan eller är särskilt krävande förutsätter upprepning eller specialkompetens inom flera områden för att tillräcklig kompetens och skicklighet ska kunna uppnås och upprätthållas eller betydande investeringar i anordningar, utrustning eller lokaler,

7) vid den strategiska planen för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten och genomförandet av planen samt samordnings-, styrnings- och rådgivningsuppgifterna rörande dessa funktioner hos det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,

8) vid fastställandet av de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna,

9) vid utvecklandet av informationshanteringen och de elektroniska tjänsterna i social- och hälsovården, vid användningen av klient- och patientuppgifter samt i skyldigheter enligt lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för dem,

### Föreslagen lydelse

2) vid socialjour och jour inom hälso- och sjukvården,

3) vid organiseringen av uppgifterna vid centralen för prehospita akutsjukvård och samordning av verksamheten inom den prehospita akutsjukvården med övrig verksamhet,

4) vid ordnande och produktion av medicinska stödtjänster och andra stödtjänster,

5) vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna,

6) vid ordnande och produktion av sådana social- och hälsovårdstjänster som på grund av att de behövs sällan eller är särskilt krävande förutsätter upprepning eller specialkompetens inom flera områden för att tillräcklig kompetens och skicklighet ska kunna uppnås och upprätthållas eller betydande investeringar i anordningar, utrustning eller lokaler,

7) vid den strategiska planen för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten och genomförandet av planen samt samordnings-, styrnings- och rådgivningsuppgifterna rörande dessa funktioner hos det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,

8) vid ibruktagande, användning och urbruktagande av service och arbetsformer inom socialvården samt tjänster och metoder inom hälso- och sjukvården samt styrning i anslutning till dem med beaktande av 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och 30 a § i socialvårdslagen samt de riksomfattande riktlinjerna som gäller det tjänsteutbud som avses i de bestämmelserna,

9) vid utvecklandet av informationshanteringen och de elektroniska tjänsterna i social- och hälsovården, vid användningen av klient- och patientuppgifter samt i skyldigheter enligt lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för dem,

### *Gällande lydelse*

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

11) vid till sina effekter vittsyftande och ekonomiskt betydelsefulla investeringar och avtal som motsvarar sådana investeringar i den utsträckning det behövs med hänsyn till de frågor som avses i 1–10 punkten.

I samarbetsavtalet ska det dessutom bestämmas om den kostnadsfördelning mellan välfärdsområdena som sammanhänger med en ansvarsfördelning som bestämts i enlighet med 3 mom. till de delar kostnadsfördelningen inte regleras i 57 §. Samarbetsavtalet kan omfatta också annat än arbetsfördelning, samarbete och samordning enligt 3 mom. vid ordnande och produktion av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska samordnas med det samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena som avses i 39 §.

Närmare bestämmelser om de i 3 och 4 mom. avsedda frågor som ska ingå i samarbetsavtalet får dessutom utfärdas genom förordning av statsrådet.

### *Föreslagen lydelse*

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

11) vid till sina effekter vittsyftande och ekonomiskt betydelsefulla investeringar och avtal som motsvarar sådana investeringar i den utsträckning det behövs med hänsyn till de frågor som avses i 1–10 punkten.

I samarbetsavtalet ska det dessutom bestämmas om den kostnadsfördelning mellan välfärdsområdena som sammanhänger med en ansvarsfördelning som bestämts i enlighet med 3 mom. till de delar kostnadsfördelningen inte regleras i 57 §. Samarbetsavtalet kan omfatta också annat än arbetsfördelning, samarbete och samordning enligt 3 mom. vid ordnande och produktion av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska samordnas med det samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena som avses i 39 §.

Närmare bestämmelser om de i 3 och 4 mom. avsedda frågor som ska ingå i samarbetsavtalet får dessutom utfärdas genom förordning av statsrådet.

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

#### 4.

## Lag

### om ändring av 10 kap. 1 § i fängelselagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i fängelselagen (767/2005) 10 kap. 1 § 5 mom., sådant det lyder i lag 1236/2016, som följer:

*Gällande lydelse*

10 kap.

#### Social- och hälsovård

1 §

*Hälso- och sjukvård för fångar*

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov. Fångar har rätt till sådan vård för rökavvänjning som motsvarar deras medicinska behov. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har sjukhus och polikliniker som har verksamhetsställen vid olika enheter inom Brottspåföljdsmyndigheten.

På fångar som är patienter vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas denna lag. För straffverkställighet vid enheten svarar Brottspåföljdsmyndigheten. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att fångarna har tillgång till vård och rehabilitering enligt 1 mom.

På de längsta väntetiderna för att få tjänster som med stöd av 1 mom. ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan

*Föreslagen lydelse*

10 kap.

#### Social- och hälsovård

1 §

*Hälso- och sjukvård för fångar*

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov. Fångar har rätt till sådan vård för rökavvänjning som motsvarar deras medicinska behov. Enheten för hälso- och sjukvård för fångar har sjukhus och polikliniker som har verksamhetsställen vid olika enheter inom Brottspåföljdsmyndigheten.

På fångar som är patienter vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas denna lag. För straffverkställighet vid enheten svarar Brottspåföljdsmyndigheten. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att fångarna har tillgång till vård och rehabilitering enligt 1 mom.

På de längsta väntetiderna för att få tjänster som med stöd av 1 mom. ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan

### *Gällande lydelse*

verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

### *Föreslagen lydelse*

verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för fångarna i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

*Vid ordnandet av hälso- och sjukvården ska iakttas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården samt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Vid ordnandet ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i hälso- och sjukvårdslagen beaktas.*

*Gällande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

*Denna lag träder i kraft den 20.*

## 5.

### Lag

#### om ändring av 6 kap. 1 § i häktninglagen

I enlighet med riksdagens beslut  
*ändras* i häktninglagen (768/2005) 6 kap. 1 § 6 mom., sådant det lyder i lag 122/2023, som följer:

#### *Gällande lydelse*

##### 6 kap.

#### **Social- och hälsovård**

##### 1 §

#### *Hälso- och sjukvård för häktade*

Den i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) avsedda Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar de häktades medicinska behov. Häktade har rätt till sådan vård för rökavvänjning som motsvarar deras medicinska behov. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till i detta moment avsedd vård och rehabilitering.

En häktad har rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få mediciner, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset, om det inte äventyrar syftet med häktningen.

På de längsta väntetiderna för att få vård som med stöd av 1 mom. ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av

#### *Föreslagen lydelse*

##### 6 kap.

#### **Social- och hälsovård**

##### 1 §

#### *Hälso- och sjukvård för häktade*

Den i lagen om Enheten för hälso- och sjukvård för fångar (1635/2015) avsedda Enheten för hälso- och sjukvård för fångar svarar för ordnandet av hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar de häktades medicinska behov. Häktade har rätt till sådan vård för rökavvänjning som motsvarar deras medicinska behov. Brottspåföljdsmyndigheten ska se till att de häktade har tillgång till i detta moment avsedd vård och rehabilitering.

En häktad har rätt att med tillstånd av en läkare vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar på egen bekostnad få mediciner, undersökningar och annan hälso- och sjukvård i fängelset, om det inte äventyrar syftet med häktningen.

På de längsta väntetiderna för att få vård som med stöd av 1 mom. ordnas av Enheten för hälso- och sjukvård för fångar tillämpas vad som i 51, 51 a, 51 b och 52–54 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivs om att få vård. Vad som i de paragraferna föreskrivs om välfärdsområden gäller Enheten för hälso- och sjukvård för fångar vid tillämpning av denna lag. Vad som i 51 § i den lagen föreskrivs om att få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården gäller vid tillämpning av denna lag erhållande av

### *Gällande lydelse*

kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Utöver vad som föreskrivs i 1 och 3 mom. ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning.

Bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen om företagshälsovård (1383/2001) ska iakttas när hälso- och sjukvården ordnas.

### *Föreslagen lydelse*

kontakt med fängelsepolikliniken eller med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är verksam vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar.

Enheten för hälso- och sjukvård för fångar ska månadsvis i det allmänna datanätet offentliggöra nyckeltal för den föregående kalendermånaden om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom primärvårdstjänsterna, samt med fyra månaders mellanrum nyckeltal om hur de längsta väntetiderna för att få vård har hållits inom tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Institutet för hälsa och välfärd producerar nyckeltalen utifrån de uppgifter som institutet fått med stöd av 5 och 5 c § i lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008). Institutet för hälsa och välfärd ska lämna ut behövliga uppgifter till Enheten för hälso- och sjukvård för fångar för offentliggörande. Nyckeltalen ska offentliggöras separat för varje sjukhus och poliklinik vid Enheten för hälso- och sjukvård för fångar, och nyckeltalen för tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffats som köpta tjänster ska offentliggöras beträffande hela Enheten för hälso- och sjukvård för fångar. Nyckeltalen ska också offentliggöras så att de är tillgängliga för de häktade i fängelset. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får närmare bestämmelser utfärdas om de nyckeltal i fråga om att få vård som ska offentliggöras.

Utöver vad som föreskrivs i 1 och 3 mom. ska för klarläggande av hälsotillståndet hos en häktad som inte fyllt 18 år denne på begäran bli undersökt av en läkare eller av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utan obefogat dröjsmål, om inte det är uppenbart onödigt att göra en sådan undersökning.

*Vid ordnandet av hälso- och sjukvården ska iakttas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården samt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), mentalvårdslagen,*

*Gällande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016)  
och lagen om företagshälsovård (1383/2001).  
*Vid ordnandet ska dessutom de enhetliga  
grunderna för vård som avses i 7 § i hälso-  
och sjukvårdslagen beaktas.*

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

## 6.

### Lag

#### om ändring av 6 § i mentalvårdslagen

I enlighet med riksdagens beslut fogas till mentalvårdslagen (1116/1990) 6 §, sådan paragrafen lyder delvis ändrad i lagarna 752/2015 och 583/2022, ett nytt 4 mom. som följer:

#### *Gällande lydelse*

6 §

#### *Vård på statens sinnessjukhus*

På statliga sinnessjukhus utförs sådana sinnesundersökningar som avses i 15 §, och på dem kan på framställning av ett sjukhus i ett välfärdsområde intas mentalsjuka och andra som lider av mentala störningar, om det är särskilt farligt eller svårt att vårda dem.

På ett statligt sinnessjukhus kan på framställning av ett sjukhus i ett välfärdsområde intas också andra än i 1 mom. nämnda mentalsjuka eller andra som lider av mentala störningar, om det inte från vårdsynpunkt är ändamålsenligt att vårda dem på ett sjukhus i välfärdsområdet.

Beslut som gäller intagning på ett statligt sinnessjukhus av en misstänkt eller åtalad eller en person som på grund av sitt sinnesskickelse inte dömts till straff fattas av Institutet för hälsa och välfärd så som föreskrivs i 17 §. I annat fall fattas beslutet om intagning på ett statligt sinnessjukhus samt beslutet om avslutande av vården och utskrivning från sjukhuset av överläkaren för det statliga sinnessjukhuset.

#### *Föreslagen lydelse*

6 §

#### *Vård på statens sinnessjukhus*

På statliga sinnessjukhus utförs sådana sinnesundersökningar som avses i 15 §, och på dem kan på framställning av ett sjukhus i ett välfärdsområde intas mentalsjuka och andra som lider av mentala störningar, om det är särskilt farligt eller svårt att vårda dem.

På ett statligt sinnessjukhus kan på framställning av ett sjukhus i ett välfärdsområde intas också andra än i 1 mom. nämnda mentalsjuka eller andra som lider av mentala störningar, om det inte från vårdsynpunkt är ändamålsenligt att vårda dem på ett sjukhus i välfärdsområdet.

Beslut som gäller intagning på ett statligt sinnessjukhus av en misstänkt eller åtalad eller en person som på grund av sitt sinnesskickelse inte dömts till straff fattas av Institutet för hälsa och välfärd så som föreskrivs i 17 §. I annat fall fattas beslutet om intagning på ett statligt sinnessjukhus samt beslutet om avslutande av vården och utskrivning från sjukhuset av överläkaren för det statliga sinnessjukhuset.

*På den hälso- och sjukvård som ges på statens sinnessjukhus tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Då tjänsterna tillhandahålls ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i den lagen beaktas.*

*Denna lag träder i kraft den 20 .*

7.

## Lag

### om ändring av 3 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande

I enlighet med riksdagens beslut fogas till lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) 3 §, sådan paragrafen lyder delvis ändrad i lag 1137/2023, ett nytt 3 mom. som följer:

*Gällande lydelse*

3 §

*Studerandehälsovård*

I denna lag avses med studerandehälsovård sådan studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Bestämmelser om studerandehälsovårdens innehåll finns dessutom i de bestämmelser som utfärdats med stöd av 23 § i hälso- och sjukvårdslagen.

*Föreslagen lydelse*

3 §

*Studerandehälsovård*

I denna lag avses med studerandehälsovård sådan studerandehälsovård för högskolestuderande som avses i 17 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Bestämmelser om studerandehälsovårdens innehåll finns dessutom i de bestämmelser som utfärdats med stöd av 23 § i hälso- och sjukvårdslagen.

*På den studerandehälsovård som avses i denna lag tillämpas vad som föreskrivs i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen om principerna för tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Då tjänsterna tillhandahålls ska dessutom de enhetliga grunderna för vård som avses i 7 § i den lagen beaktas.*

*Denna lag träder i kraft den 20 .*