

Grunderna för områdesindelningen och social- och hälsovårdsreformens stegmärken

I regeringsförhandlingarna beslöt regeringen att de självstyrande områdenas antal ska vara 18 och att social- och hälsovårdstjänster ska ordnas inom ramen för 15 områden. De olika sätten att tillhandahålla social- och hälsovårdstjänster ska bli mera jämförbara.

Regeringen har avtalat om de viktigaste frågorna som hänför sig till områdesindelningen och ordnandet av social- och hälsovården när det gäller att uppnå målen för social- och hälsovårdsreformen. Avsikten med riktlinjerna är att skapa förutsättningar för att minska hållbarhetsunderskottet med 3 miljarder euro för den bromsning av kostnadsökningen som behövs samt för kvaliteten hos och tillgång på lika villkor till de social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser de grundläggande sociala rättigheterna enligt 19 § i grundlagen. Riktlinjerna ska också skapa förutsättningar för servicesystemets förnyelseförmåga.

Ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs från kommunerna och samkommunerna till de 18 självstyrande områdena. De självstyrande områdena bildas utifrån landskapsindelningen. De självstyrande områdena ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster i enlighet med lagen och det beslut av statsrådet om att ordna social- och hälsovård som fattats med stöd av lagen. De självstyrande områdena ordnar social- och hälsovårdstjänster antingen ensamma eller när det gäller tre självstyrande områden som bestäms i lag med stöd av de andra självstyrande områdenas servicestrukturer i de mest krävande tjänsterna i enlighet med den arbetsfördelning som bestäms i lag på så sätt att det finns 15 tydliga områdeshelheter i landet med hjälp av vilka social- och hälsovårdstjänsterna ordnas. En närmare beskrivning finns som bilaga. Om ett självstyrande område bedömer att områdets ekonomiska bärkraft eller övriga bärkraft är otillräcklig för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster, kan det ansöka hos statsrådet om möjligheten att ordna tjänsterna genom ett avtal med ett annat självstyrande område. Statsrådet kan inleda detta förfarande eller ett krisförfarande för ett självstyrande område, om de kriterier som noggrant avgränsas i lagen är uppfyllda. Frågan bedöms åtminstone i samband med beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Regeringen har beslutat att antalet enheter med omfattande jourtjänster dygnet runt (centralsjukhus och till dessa anslutna enheter för krävande socialjour) är 12. De övriga nuvarande centralsjukhusen fortsätter som enheter med snävare heldygnsjourverksamhet, som stöds av ett nätverk med 12 sjukhusenheter med omfattande jourverksamhet och akutsjukvården. På detta sätt säkerställs det att heldygnsjourtjänster och andra tjänster på specialiseringsnivå är tillgängliga i landets olika delar trots avstånd och andra regionala särdrag. Som universitetssjukhus fortsätter Helsingforsregionens universitetscentralsjukhus, Tammerfors universitetssjukhus, Åbo universitetscentralsjukhus, Uleåborgs universitetssjukhus och Kuopio universitetssjukhus.

Nödvändiga grunder skapas för verksamheten vid universitetssjukhusen och motsvarande kompetenscentrum och utvecklandet av dem inom det sociala området samt för utnyttjandet av forskningen och utbildningen vid universitet och högskolor inom området när det gäller att utveckla praxis som gäller social- och hälsovårdstjänster.

De självstyrande områdena utarbetar ett förslag till sitt eget områdes beslut om att ordna social- och hälsovård, vilket ska lämnas till social- och hälsovårdsministeriet. På föredragning från social- och hälsovårdsministeriet fattar statsrådet beslutet om att ordna social- och hälsovård. De självstyrande områdena ansvarar för ordnandet av social- och hälsovård i enlighet med statsrådets beslut.

Den statliga styrningen stärks. På föredragning från social- och hälsovårdsministeriet fattar statsrådet ett beslut om att ordna social- och hälsovård för ett visst antal år (t.ex. vart femte år). Med stöd av lagen fastställs bl.a. följande punkter i beslutet:¹

- 1) ett offentligt servicelöfte inom social- och hälsovården som preciserar lagstiftningen,
- 2) de riksomfattande specialiserade enheternas uppgifter och arbetsfördelning,
- 3) arbetsfördelningen beträffande regionala uppgifter som överskrider de självstyrande områdenas gränser och som en del av den arbetsfördelningen mellan universitetssjukhusen och andra kompetenscentrum,
- 4) riksomfattande strategiska mål för utvecklandet av social- och hälsovårdstjänsterna,
- 5) allmänna riktlinjer för omfattande investeringar och produktionsstrukturen samt utnyttjandet av olika produktionsätt,
- 6) samordnande av de självstyrande områdenas tjänster för en klientinriktad integration till den del de självstyrande områdena inte har avtalat om saken, och
- 7) övriga åtgärder som är nödvändiga för att trygga en lika tillgång på social- och hälsovårdstjänster, förverkligandet av valfriheten, invånarnas möjligheter att delta och påverka samt de språkliga rättigheterna.

Regeringen gör tillhandahållandet av social- och hälsovård ännu mångsidigare. De självstyrande områdena kan producera de nödvändiga tjänsterna själva eller använda den privata sektorns eller tredje sektorns tjänster. Vid den fortsatta beredningen ser man till att kostnaderna och kostnadseffektiviteten för de offentliga och privata tjänster som omfattas av det offentliga servicelöftet samt tjänsternas kvalitet och effekter är jämförbara samt sörjer för förutsättningarna för innovationer och försöksverksamhet. För att möjliggöra en öppen jämförelse bör uppgifterna om kvaliteten hos och kostnaderna för offentliga och offentligt finansierade privata social- och hälsovårdstjänster vara offentliga. Innan det självstyrande området själv tillhandahåller tjänster ska det jämföra sin egen tjänsteproduktions effektivitet och möjligheterna att utnyttja den privata eller den tredje sektorns tjänsteproduktion samt möjligheterna att ordna tillhandahållandet av tjänster i samarbete med andra självstyrande områden.

De självstyrande områdena ska i sina interna beredningsprocesser och beredningsorganisation avskilja beredningen av uppgifterna för att ordna social- och hälsovård från ledningen av det självstyrande områdets egen produktion. Detta innebär att de professionella ledare som leder produktionen åtskiljs från beslutsfattandet om ordnandet av social- och hälsovård. I de självstyrande områdenas uppgift att ordna social- och hälsovård ingår utarbetandet av en serviceproduktionsstrategi. I strategin fastställs bl.a. hur områdets tjänster ska tillhandahållas. De självstyrande områdena bedömer regelbundet serviceproduktionsstrategins ändamålsenlighet i enlighet med riksomfattande bedömningskriterier.

De självstyrande områdena bedömer också regelbundet i enlighet med riksomfattande bedömningskriterier hur ändamålsenlig den självstyrande områdets egen produktion är i förhållande till tjänster som tillhandahålls av den privata sektorn och tredje sektorn.

I samband med lagberedningen och det regionala genomförandet av social- och hälsovårdsreformen ser man till att konkurrensen fungerar väl och att utbudet av social- och hälsovårdstjänster är mångsidigt. Konkurrens- och konsumentverket övervakar hur konkurrensen förverkligas på marknaden för social- och hälsovårdstjänster och i anknytning till det övervakar verket även verksamhetsmöjligheterna för små och medelstora företag. Vid beredningen skapas det förfaranden och förutsättningar som ska trygga

¹ Förteckningen är preliminär och baserar sig på det förslag till beslutsinnehåll som ingår i regeringens proposition 324/2014 rd och som i stor utsträckning ansetts motiverat. I förteckningen har man dock beaktat det att beslutet nu fattas av statsrådet och att det gäller de självstyrande områdena, vars högsta beslutande organ har utsetts genom direkta val. Därför riktas statsrådets styrning till de frågor som är väsentligast när det gäller tryggheten av en lika tillgång på basservice och kostnadskontrollen. I övrigt får de självstyrande områdena själva besluta om genomförandet av den uppgift att ordna social- och hälsovård som ankommer på dem.

möjligheterna för nya aktörer och små och medelstora företag att erbjuda tjänster. De självstyrande områdena ska när de organiserar sin tjänsteproduktion ta hänsyn till regionala särförhållanden och tänka på vilka verksamhetsmodeller och verksamhetsenheter, som tillhandahåller integrerade tjänster, som i nuläget har visat sig fungera väl där. Målet är att de möjligheter som konkurrens skapar ska utnyttjas till de delar som det inom produktionen av social- och hälsovårdstjänster finns förutsättningar för konkurrens mellan olika tjänsteproducenter.

I samband med social- och hälsovårdsreformen ska det nu avgöras hur egendom och personal kan överföras från kommunerna och samkommunerna till de självstyrande områdena på bästa sätt. Beslut om detta fattas separat utifrån de alternativa lösningsmodeller som kommit upp i beredningsarbetet. Det är särskilt viktigt att personalens ställning beaktas i samband med omställningen. Strävan är att ändringar i personalens ställning genomförs på ett så ekonomiskt sätt som möjligt och med iakttagande av en god personalpolitik.

Det grundas en nationell enhet för gemensam upphandling och detta skapar ramar för samarbetet mellan de självstyrande områdena och effektiv verksamhet inom områdena. Enheten ägs av områdena och har dessutom till uppgift att utarbeta expertutlåtanden om kostnadseffektiviteten vad gäller områdenas egen produktion i förhållande till kvaliteten och genomslaget. I samband med gemensam upphandling, som de självstyrande områdena fattat beslut om, är det enheten för gemensam upphandling som avgör frågor som har att göra med konkurrensutsättning och upphandling, och utöver det ger enheten expertutlåtanden och gör beredningsarbete som stöd för de självstyrande områdenas beslutsfattande. Enheten för gemensam upphandling ger expertutlåtanden angående produktionssätten även till social- och hälsovårdsministeriet med avseende på beredningen av statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård. För de självstyrande områdena inrättas det dessutom gemensamma nationella tjänster, som ägs av de självstyrande områdena, i anslutning till lokaler, personal, ekonomi, informationsförvaltning och IKT, samordningstjänster för forskningen och eventuellt gemensamma tjänster för apparatinfrastruktur. En viktig praktisk uppgift för de självstyrande områdenas gemensamma nationella informationsförvaltnings- och IKT-tjänster är att ta fram en sådan gemensam IKT-plattform som behövs för att integrera informationen och skapa smidiga tjänster.

Genom en fullständig integration av klient- och patientuppgifterna samt styrinformationen skapas det förutsättningar för klientorienterade, integrerade social- och hälsovårdstjänster. De självstyrande områdenas informationsförvaltning och elektroniska tjänster ordnas så att de utgör en sammanhängande del av den nationella servicekanalen och övriga anknyttande tjänster. Gränssnitten och arkitekturen för de självstyrande områdenas datasystem definieras och datasystemen genomförs så att informationens och datasystemens interoperabilitet med övriga datasystem inom såväl den privata som den offentliga sektorn kan säkerställas.

Som ett led i reformen kommer man att lagstifta om valfriheten, som gör det möjligt för användaren att själv välja en producent från den offentliga eller privata sektorn eller från tredje sektorn. Valfriheten genomförs i regel på basnivån och i tillämpliga delar på specialiseringsnivån för social- och hälsovårdstjänsterna. Beredningen av en förenkling av systemet med flera finansieringskanaler inom social- och hälsovården samt en utvidgning av valfriheten inleddes i november 2015. Ändringarna bereds enligt den tidtabell som anges i regeringsprogrammet som en del av social- och hälsovårdslösningen. Regeringens propositioner lämnas så snart som möjligt efter lagen om ordnandet av social- och hälsovården så att den lagstiftning som gäller förenkling av systemet med flera finansieringskanaler och utvidgning av valfriheten kan sättas i kraft den 1 januari 2019. Detta beaktas i reformen av finansieringssystemet. Syftet med valfrihetsmodellen är att stärka i synnerhet tjänsterna på basnivå och trygga möjligheterna att snabbt få vård samt stödja individernas möjligheter att välja genom enhetliga kvalitetskriterier och offentlig information som stöder valet.

De självstyrande områdena inrättas så att de är verksamma inom många områden. De självstyrande områdena anvisas följande uppgifter fr.o.m. den 1 januari 2019:

- räddningsväsendets uppgifter, dock med beaktande av eventuella behov av att ordna uppgifter som kräver ett större geografiskt område och ett större befolkningsunderlag än ett självstyrande område inom ett större område
- de uppgifter inom regionutvecklingen och finansieringen av den, inklusive förmedling av EU:s programbaserade finansiering, som hör till landskapsförbunden samt uppgifter inom planeringen av den regionala markanvändningen
- de utvecklingsuppgifter, som anknyter till regionerna och regionernas näringsliv, som sköts vid närings-, trafik- och miljöcentralerna, inklusive landsbygdsnäringsarnas utvecklings- och finansieringsuppgifter
- eventuellt miljö- och hälsoskyddet

Inrikesministeriet, arbets- och näringsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, jord- och skogsbruksministeriet, undervisnings- och kulturministeriet, kommunikationsministeriet samt miljöministeriet gör en närmare utvärdering av innehållet i de uppgifter som ska överföras och hur överföringen ska genomföras. Utredningen gäller i synnerhet de regionala uppgifterna och de uppgifter som kommunerna enligt lag har skött i samarbete. I samband med beredningen utreds och tryggas möjligheten att en del av de uppgifter som överförs kan skötas genom samarbete mellan de självstyrande områdena inom ett geografiskt område som är större än ett självstyrande område. Samtidigt utreds det om vissa av regionförvaltningens uppgifter och uppgifter som skötts regionalt helt eller delvis kan överföras till kommunerna. Utifrån utredningarna fattar regeringen i januari 2016 ett separat beslut om beredningen av regionförvaltningsreformen och om de uppgifter som ska överföras till de självstyrande områdena. Finansministeriet samordnar beredningsarbetet i samarbete med projektchefen för social- och hälsovårdsreformen och regionförvaltningsreformen. Arbetet styrs av ministerarbetsgruppen för reformer.

Regeringen drog den 20 oktober 2015 upp riktlinjerna för beredningen av finansieringslösningarna för social- och hälsovårdsreformen. Enligt regeringens riktlinjer utgår beredningen av finansieringsreformen från de formuleringar i regeringsprogrammet, enligt vilka den totala skattegraden inte får höjas och beskattningen av arbete inte får skärpas på någon inkomstnivå. Finansieringsmodellen för social- och hälsovårdsreformen bereds så att den beaktar riktlinjerna i regeringsprogrammet och så att den i första hand baserar sig på statens finansieringsansvar, eftersom ett kommunalt finansieringsansvar kan bedömas stå i strid med den rätt till kommunalt självstyre som tryggas i grundlagen. Vid den fortsatta beredningen övervägs vid sidan av det statliga finansieringsansvaret även en modell som delvis skulle basera sig på beskattningsrätt för de självstyrande områdena.

Det finns en parlamentarisk uppföljningsgrupp för social- och hälsovårdsreformen. Den parlamentariska uppföljningsgruppen har i uppgift att följa beredningen och genomförandet av strukturen inom social- och hälsovården, reformen av finansieringen av social- och hälsovården samt valfrihetsutredningen samt uppnåendet av målen för dessa. Uppföljningsgruppen kan också ge sina synpunkter som stöd för beredningen och verkställandet samt för genomförande av målen för reformen.

BILAGA TILL REGERINGENS RIKTLINJER 7.11.2015

Modell för indelning i social- och hälsovårdsområden (de självstyrande områdena sköter om att social- och hälsovårdstjänster ordnas inom ramen för 15 områden, 18 självstyrande områden)

Ramvillkor i anslutning till grundlagen

De grundlagsenliga förutsättningarna för lösningen är att

1) fördelningen av ansvaret för att ordna social- och hälsovård (alltså inte enbart områdesindelningen) ska tillsammans med andra arrangemang som gäller ordnandet och produktionen av social- och

hälsovårdstjänster, och särskilt med lösningar som gäller finansieringen, som en helhet möjliggöra att de grundläggande fri- och rättigheterna enligt grundlagen tillgodoses på lika villkor. Avgörande är alltså hur social- och hälsovårdslösningen jämte lagstiftningen om den som en helhet kan trygga jämlikhetsprincipen enligt 6 § i grundlagen, de grundläggande sociala rättigheterna enligt 19 § i grundlagen och i praktiken alltså lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser dessa rättigheter samt det allmännas skyldighet enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses och att främja dem. Avgörande är således lagstiftningen som helhet, inte enbart områdesindelningen.

2) det ska i beslutsfattandet lämnas tillräckligt med rum för självstyrelse enligt 121 § 4 mom. i grundlagen. Motiveringen är att självstyrelsen till denna del genomförs genom rätten till inflytande enligt 14 § i grundlagen och att det i lagstiftningen ska sökas en lösning som på lika villkor genomför tjänster som tillgodoser de grundläggande fri- och rättigheterna och samtidigt så bra som möjligt tillgodoser rätten till inflytande.

3) områdesindelningen ska uppfylla kraven enligt 122 § i grundlagen, dvs. eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden och tillgodose den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster enligt lika grunder.

Lösning för områdesindelningen

Lösningen som gäller områdesindelningen är i mer detalj följande:

- de självstyrande områdena, vars högsta beslutsfattande organ är fullmäktige som valts genom val, är 18 utifrån landskapsindelningen
- varje självstyrande område svarar inom ramen för lag och statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård för att ordna social- och hälsovårdstjänster, med den precisering som anges nedan
- ansvaret för att ordna social- och hälsovård fördelas närmare genom lag så att tjänsterna i praktiken ordnas i 15 områden. Tre av de självstyrande områden som anges i lag måste ordna tjänsterna genom ett avtal med ett annat självstyrande område. I detta fall föreskrivs det direkt i lag om grunderna för arbetsfördelningen i de självstyrande områdena i fråga och om samarbetskyldigheten, och samtidigt föreskrivs det även om de samarbetskyldiga självstyrande områdenas möjligheter att påverka. Arbetsfördelningen preciseras i statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård. De tre självstyrande områdena avtalar närmare om samarbete.
- genom statlig finansiering och statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård fastställs åtgärderna som är nödvändiga för att trygga basservice som tillgodoser de grundläggande fri- och rättigheterna och invånarnas språkliga rättigheter och rätt till inflytande.
- genom hälso- och sjukvårdslagen och i fortsättningen delvis genom lagen om ordnandet av social- och hälsovården bestäms det vilka enheter som producerar omfattande jourtjänster dygnet runt samt att de självstyrande områdena när de ordnar social- och hälsovård ska anlita dessa jourtjänster. Genom dessa bestämmelser om anlitan av jourtjänster och arbetsfördelning kan de separata specialupptagningsområdena helt slopas i lag och mer allmänna bestämmelser om anlitan av jourtjänster samt skyldigheterna när det gäller arbetsfördelning och samarbete tas in. Lösningens modellen ger en möjlighet att föreskriva att antalet sjukhusenheter/kompetenscentrum med omfattande jourtjänster dygnet runt är 12.
- varje självstyrande område lämnar för egen del till social- och hälsovårdsministeriet ett förslag till beslut om att ordna social- och hälsovård.

Staten styr ordnandet av social- och hälsovårdstjänster och är primär finansiär (regeringens beslut om finansiering 20.10.2015; att ett självstyrande område eventuellt har en begränsad beskattningsrätt minskar inte statens betydande roll i finansieringen) samt svarar således i sista hand för att tjänsterna är tillgängliga på lika villkor och produceras inom de ekonomiska ramvillkoren, dvs. inom ramen för budgeten. Staten genomför sin roll genom att i statsrådet särskilt fatta beslut om att ordna social- och hälsovård efter föredragning från social- och hälsovårdsministeriet utifrån de självstyrande områdenas förslag och samrådsförfarandena med områdena. När det gäller innehållet i beslut om att ordna social- och hälsovård lämnas rum för de självstyrande områdenas egen beslutanderätt.

I samband med lagberedningen görs en mer ingående bedömning av lösningens grundlagsenlighet och de ändringar som eventuellt är nödvändiga i lösningen till följd av detta.