

## **FRÅGOR OCH SVAR GÄLLANDE REGERINGENS REGIONALA RIKTLINJER**

### **Vad innebär regeringens regionala riktlinjer med tanke på social- och hälsovårdsreformen?**

Regeringen preciserade sina riktlinjer om social- och hälsovårdsreformen och om de självstyrande områdena den 9 november. Det inrättas 18 självstyrande områden, av vilka 15 själv ordnar social- och hälsovårdstjänsterna i sitt område. De övriga tre självstyrande områdena ordnar sina social- och hälsovårdstjänster med stöd av ett annat självstyrande område. I områdena koncentreras utöver social- och hälsovården även andra uppgifter. Avsikten är att reformen träder i kraft den 1 januari 2019.

De självstyrande områdena bildas utifrån landskapsindelningen. Målet är att ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs från kommunerna och samkommunerna till de självstyrande områdena den 1 januari 2019. Om det självstyrande området bedömer att dess kapacitet att ordna social- och hälsovårdstjänster är otillräcklig, kan området av statsrådet söka en möjlighet att ordna tjänsterna genom att avtala om dessa med ett annat självstyrande område. Statsrådet kan även inleda detta förfarande eller ett krisförfarande för ett självstyrande område om de kriterier som anges i lagen uppfylls. De självstyrande områdenas bärkraft kommer att utvärderas åtminstone vart femte år när statsrådet fattar sitt beslut om att ordna social- och hälsovårdstjänster. På detta sätt ser man till att de självstyrande områdena kan ordna jämlika social- och hälsovårdstjänster. Samtidigt sörjer man för förutsättningarna för den offentliga ekonomins hållbarhet.

De självstyrande områdena producerar de nödvändiga tjänsterna själva eller tillsammans med andra självstyrande områden, eller kan använda tjänster från den privata sektorn eller från tredje sektorn.

### **Vad är målet för den reform som nu bereds?**

Genom reformen säkerställs tillgången till jämlika social- och hälsovårdstjänster och minskas den offentliga ekonomins hållbarhetsunderskott med 3 miljarder euro. För att nå detta utvidgas befolkningsunderlaget för de organisationer som ansvarar för ordnandet av tjänsterna och förnyas handlingsätten och servicestrukturen. Samtidigt har man för avsikt att säkerställa när servicen och beslutsfattandet som sker nära individerna i regionerna.

### **Hur tänker man öka klienternas valfrihet?**

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 basnivå och i tillämpliga delar på specialiseringsnivå för social- och hälsovårdstjänsterna. Regeringens propositioner lämnas till riksdagen så snabbt som möjligt efter lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Lagstiftningen om en förenklad finansiering via flera kanaler och utvidgad valfrihet ska träda i kraft den 1 januari 2019. Syftet med valfriheten är att stärka särskilt tjänsterna på basnivå och trygga bättre möjligheter än för närvarande att snabbt få vård. Individernas möjligheter att välja säkerställs genom gemensamma kvalitetskriterier för tjänsterna och offentlig information som stöder valet.

### **Hur ordnas jourtjänsterna och vilken roll har sjukhusen?**

Antalet enheter med omfattande jourtjänster dygnet runt (sjukhus 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 att heldygnsjourtjänster och andra tjänster på specialiseringsnivå är tillgängliga i landets olika delar trots avstånd och andra regionala särdrag. De fem

universitetssjukhusen i Finland (Helsingfors, Kuopio, Åbo, Tammerfors och Uleåborgs universitetssjukhus) fortsätter som tidigare.

### **Får de självstyrande områdena andra uppgifter än uppgifter som hänför sig till ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna?**

Ja. De självstyrande områdena inrättas så att de är verksamma inom många olika områden. Områdena anvisas bl.a. uppgifter som gäller räddningsväsendet och landskapsförbunden, närings-, trafik- och miljöcentralernas regionala utveckling och näringslivsfinansiering och eventuellt miljöhälsovård. Under beredningen bedöms innehållet i de uppgifter som överförs och sättet för överförandet. Utifrån utredningarna fattar regeringen i januari 2016 beslut om beredningen av regionförvaltningsreformen och om andra eventuella uppgifter som ska överföras till de självstyrande områdena.

De nuvarande samarbetsstrukturerna i regionerna kan effektivt utnyttjas med hjälp av modellen med 18 självstyrande områden. Utmaningarna med förändringsledning är mindre än med färre antal regioner. De självstyrande områdena är myndigheter som anvisas utöver social- och hälsovården även andra regionala uppgifter. Modellen betjänar medborgarnas rätt att delta, demokratin och förverkligandet av de språkliga rättigheterna bra.

### **Blir förvaltningsnivåerna fler?**

Antalet förvaltningsnivåer och förvaltningsorganisationer minskar jämfört med det nuvarande läget. I fortsättningen kommer Finlands offentliga förvaltning att ordnas på tre nivåer, nämligen staten, det självstyrande området och kommunen. Modellen minskar avsevärt antalet organisationer och organ i den offentliga förvaltningen och minskar förvaltningsutgifterna när flera tiotals samkommuner och olika samarbetsorganisationer kan avvecklas.

### **Hur bidrar regeringens förvaltningsmodell till att minska hållbarhetsunderskottet?**

När antalet anordnare minskar från nuvarande knappt 150 kommuner eller samkommuner med ansvar för ordnandet till mindre än 20, kan resurserna styras mycket effektivare än för närvarande. Detta förutsätter att primärvården och den specialiserade sjukvården kan integreras och att primärvården och socialservicen fungerar utan störningar. På detta sätt kan man bättre än för närvarande säkerställa att antalet läkare är tillräckligt, att människorna får vård och att upphandlingen sker effektivt på olika håll i Finland. Andelen slutna vård kan minskas, det förebyggande arbetet stärkas och behovet av tjänster för äldre personer senareläggas. Bredare axlar gör det möjligt att fördela arbetet bättre och att effektivare ta i bruk nya serviceformer.

Även nya digitala tjänstelösningar och interoperabiliteten inom IKT-systemen underlättar i hög grad att besparingar fås till stånd. För att sprida god praxis och för att genomföra resurs- och innehållsstyrning behövs det en tillräckligt stark styrning från staten.

### **Hur stärks statens styrning?**

Genom reformen beslutar statsrådet bl.a. om avgörandena om ordnandet av social- och hälsovården inom de självstyrande områdena och om det offentliga servicelöftet. Dessutom fattar statsrådet beslut om de riksomfattande specialiserade enheternas uppgifter och arbetsfördelning samt styr de omfattande investeringarna och säkerställer en jämlik tillgång till tjänsterna och att valfriheten genomförs.

### **Hur säkerställs kvaliteten på de offentliga och privata social- och hälsovårdstjänsterna och deras kostnadseffektivitet?**

I den nya modellen ska uppgifterna om kvaliteten och kostnadseffektiviteten för de offentliga och de av privata aktörer köpta social- och hälsovårdstjänsterna vara offentligt jämförbara. Det självstyrande området ska bedöma hur ändamålsenlig den egna serviceproduktionen är jämfört med produktionen inom den privata eller tredje sektorn samt samarbetet med de övriga områdena. Professionella ledare leder de självstyrande områdenas egen produktion separat från det beslutsfattande som gäller ordnandet av social-

och hälsovårdstjänster. För att möjliggöra en öppen jämförelse är uppgifterna om kvaliteten och kostnaderna för offentliga och offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänster som producerats privat offentliga.

#### **Hur ska små företags möjligheter att erbjuda social- och hälsovårdstjänster i regionerna säkerställas?**

I lagberedningen och det regionala genomförandet av social- och hälsovårdsreformen ser man till att konkurrensen fungerar bra och att de social- och hälsovårdstjänster som erbjuds är mångsidiga. Vid beredningen skapas det förfaranden som ska trygga möjligheterna för nya aktörer och små och medelstora företag att erbjuda tjänster.

#### **Hur ska social- och hälsovårdstjänsterna finansieras i fortsättningen?**

I fortsättningen finansieras social- och hälsovårdstjänsterna inte längre av kommunerna. Finansieringen av de framtida självstyrande områdena förbereds i det inledande skedet utifrån statens finansieringsansvar. Parallellt utreds en modell, som delvis ska basera sig på de självstyrande områdenas beskattningsrätt. Konsekvenserna av dessa alternativa lösningar bedöms och jämförs sinsemellan. Utkastet till den regeringsproposition som kommer att sändas ut på remiss i april 2016 ska innehålla mer detaljerade riktlinjer för finansieringen.

#### **Hur sker överföringen av egendom och personal till de självstyrande områdena?**

I social- och hälsovårdsreformen förbereds för närvarande hur social- och hälsovårdens egendom och personal ska överföras från kommunerna och samkommunerna till de självstyrande områdena på bästa sätt. Beslut om detta fattas separat utifrån de alternativ till lösningar som utreds i beredningen. Det är särskilt viktigt att personalens ställning vid förändringen tas i beaktande. Personalens ställning vid förändringen genomförs på ett så ekonomiskt sätt som möjligt och i enlighet med god personalpolitik.

#### **Vilken roll har digitaliseringen vid reformen?**

Digitaliseringen har en mycket stor roll i reformen. Enligt produktivitetsundersökningar kommer cirka hälften av verksamhetens effektiviserings- och produktionsfördelar av utnyttjandet av IKT och digitalisering. I takt med digitaliseringen är det också möjligt att få människor att ta mer ansvar för det egna välbefinnandet och den egna hälsan. Dessutom möjliggör digitaliseringen en ny slags affärsverksamhet inom välfärdsteknologi och genteknologi.