

Statsrådets principbeslut

**om tryggande av hälso- och
sjukvården i framtiden**



Innehåll

Statsrådets principbeslut om tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden	3
1. En fungerande primärhälsovård och ett fungerande förebyggande arbete	3
2. Garanterad vård	4
3. Tryggande av tillgången på personal och personalens kunnande	4
4. Reformering av funktionerna och strukturerna	6
5. Åtgärder för att stärka finansieringen av hälso- och sjukvården	7
6. Genomförande av de förslag som projektet utarbetat	8
Det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden	9
Bakgrund	9
Reformerna inom hälso- och sjukvården genomförs genom samarbete	10
Ledningsgruppen för projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden	11
Uppföljningsgruppen för tryggande och hälso- och sjukvården i framtiden	11
Tre dagar – tre veckor – tre månader	13
Arbetsgruppen som utreder köhanteringen och rätten att få vård	13
Finansieringen av hälso- och sjukvården skall stärkas	14
Statsbidrag för avveckling av vårdköerna	15
Bakgrundsfakta om Finland	16

ISSN 1236-2123

ISBN 952-00-1234-6

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Tryckeri: Keili Oy, Vanda 2002

Statsrådets principbeslut om trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden

Enligt grundlagen skall det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det huvudsakliga ansvaret för att ordna dessa tjänster ankommer enligt lagstiftningen på kommunerna.

Att ordna hälso- och sjukvårdstjänster hör till en kommuns primära uppgifter. Staten svarar för styrningen av hälso- och sjukvårdspolitiken och för de allmänna verksamhetsförutsättningarna.

De senaste åren har problemen i fråga om hälso- och sjukvårdens verksamhetsförutsättningar och tillgången på tjänster ökat, något som måste åtgärdas. Med anledning av detta tillsatte statsrådet 13.9.2001 ett nationellt projekt för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Projektets mål var att tillgången och kvaliteten på sådan vård som utgår från befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov skall vara tillräckliga i de olika delarna av landet och oberoende av invånarnas betalningsförmåga.

Servicesystemet utvecklas som ett samarbete mellan kommunerna och staten med beaktande av verksamheten inom privata och tredje sektorn. För att säkerställa att servicesystemet fungerar har statsrådet fattat beslut om följande åtgärder:

I. En fungerande primärhälsovård och ett fungerande förebyggande arbete

Tillräckliga resurser och en väl fungerande primärhälsovård ligger till grund för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det förebyggande arbetet är primärhälsovårdens viktigaste uppgift, vilket tillsammans med medborgarnas eget ansvar för sin hälsa och sunda levnadsvanor minskar ökningen av efterfrågan på tjänster samt inriktar servicebehovet mot lättare, öppenvårdbetonade vårdformer. Regeringen har tidigare tagit ställning till åtgärder för att främja hälsan i programmet Hälsa

2015. Statsrådet vidtar och främjar sådana åtgärder med vilka man kan minska rusmedelsbruket och den belastning som rusmedelsbruket förorsakar hälso- och sjukvårdssystemet samt förekomsten av de vanligaste folksjukdomarna och det vårdbehov som dessa ger upphov till.

2. Garanterad vård

För att minska skillnaderna i fråga om grunderna för att få vård bereder social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med Finlands Kommunförbund riksomfattande anvisningar om genomförande av icke-brådskande vård och köhantering före utgången av år 2003. Beredningen grundar sig på följande utgångspunkter:

- En första konsultation hos en yrkesutbildad person inom primärhälsovården, vanligen läkare, garanteras inom tre dygn från den första kontakten.
- Poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade sjukvården garanteras inom tre veckor från remiss.
- Medicinskt motiverad vård garanteras inom den tid som fastställs i nationella vårdrekommendationer eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom högst tre och senast inom sex månader.
- Om hemkommunen eller samkommunen inte kan ordna vård inom utsatt tid, skall de köpa vården av andra serviceproducenter utan att klientavgiften påverkas.

Principen om rätt att få vård inom rimlig tid skrivs in i lag före ingången av år 2005. Social- och hälsovårdsministeriet styr tillgången till vård i icke-brådskande fall närmare genom förordningar och anvisningar, som träder i kraft 1.1.2005.

3. Tryggande av tillgången på personal och personalens kunnande

Antalet studieplatser inom läkarutbildningen utökas från år 2002 från 550 till 600. Utbildningen för den övriga hälsovårdspersonalen utökas i enlighet med de riktlinjer som Kommissionen för beräkning av social-

och hälsovårdens arbetskraftsbehov (SHM kommittébetänkande 2001:7) dragit upp med beaktande av regionala specialbehov.

Undervisningsministeriet ser över förordningarna om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården och specialläkarexamen samt motsvarande förordningar om tandläkarutbildningen så att det i läkar- och tandläkarutbildning ingår minst 9 månaders läkarpraktik vid hälsovårdscentral efter grundexamen. Av specialläkarutbildningen avläggs minst hälften vid annat än universitetssjukhus. Under åren 2003–2005 överförs 8 miljoner euro från ersättningen av statsmedel för kostnader som föranleds av forskning i enlighet med 47 och 47 b § lagen om specialiserad sjukvård till ersättning för läkar- och tandläkarutbildning. Till den nuvarande praxisen återgår man år 2006.

För personalen ordnas fortbildning under i medeltal 3–10 dagar per år, beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och hur befattningsbeskrivningen ändras. Ledarskapet inom hälso- och sjukvården utvecklas genom att ett utbildningsprogram för multiprofessionell ledarutbildning inom hälso- och sjukvården ordnas senast år 2005 vid de universitet som ger undervisning i medicin och hälsovetenskaper. Universiteten svarar tillsammans med undervisningsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund för innehållet i utbildningen. Arbetsgivaren svarar för kostnaderna för fortbildningen. Hälsovårdscentralerna och sjukhusen skall se till att läkemedelsindustrins och andra företags utbildningsstöd till hälsovårdspersonalen riktas i stället för till enskilda personer till enheterna, som beslutar om hur stödet skall styras.

Staten medverkar till att arbetsmarknadsparterna påbörjar diskussioner om att utveckla ett system med resultatlön med syfte att i samband med löneuppgörelserna inom hälso- och sjukvårdssektorn beakta en resultatrik arbetsinsats.

Systemet med en specialavgiftsklass slopas stegvis. 9 § lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården upphävs och staten medverkar till att ett ersättan-

de incitamentssystem utvecklas i anslutning till avvecklingen av specialavgiftsklassen. Om ett sjukhus uppfyller kriterierna i punkt 2 om tillgången till vård kan sjukvårdsdistriktet av sin egen personal som extra arbete efter den egentliga arbetstiden köpa även sådana polikliniska och dagkirurgiska tjänster, som betalas av andra än patientens hemkommun, till exempel arbetsgivare, försäkringsbolag och patienten själv.

4. Reformering av funktionerna och strukturerna

Primärvårdsvården ordnas som en regional, funktionell helhet. Ett rekommenderat befolkningsunderlag är 20 000 – 30 000 invånare. Enheter som är uppbyggda på detta sätt har 12–18 läkare. Då helheter bildas skall dock de lokala förhållandena beaktas och särskilt små, men effektiva enheters verksamhet säkerställas. Då nätverk av verksamhetsställen bildas skall hänsyn tas till att avstånden inte utgör ett hinder för att använda tjänsterna. Öppenvårdstjänster inom mentalvården, psykosociala tjänster och missbrukarvård samt jouren i anslutning till dessa ordnas som en regional funktionell helhet i samarbete med tredje och privata sektorn.

Det funktionella samarbetet och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården ordnas specialansvarsområdesvis. Förfarandet med gemensam anskaffning av läkemedel och material utvecklas vidare. Jourverksamheten rationaliseras. Social- och hälsovårdsministeriet ger år 2003 en förordning om koncentring av undersökningar och vård på riksnivå och inom specialansvarsområden. Sjukvårdsdistrikten ingår samarbetsavtal, går samman eller bildar hälso- och sjukvårdsdistrikt. För att utveckla samarbetet och arbetsfördelningen skall sjukvårdsdistrikten specialansvarsområdesvis göra upp en plan för krävande vård som kan planeras på förhand, åtgärdsgrupper som berör ett litet antal patienter, sjukvårdstjänster och stödtjänster, som presenteras för social- och hälsovårdsministeriet senast 31.5.2003. Samarbetet kan genomföras antingen genom att slå ihop sjukvårdsdistrikt eller inom ramen för de nuvarande sjukvårdsdistrikten. Social- och hälsovårdsministeriet behandlar planerna och beviljar vid behov

projektfinansiering för att genomföra dem. Om planerna inte leder till några lösningar som är ändamålsenliga med tanke på verksamheten, kan sjukvårdsdistrikten genom ändringar i lagstiftningen åläggas att vidta åtgärder. Kretssjukhusen bildar hälso- och sjukvårdsområden tillsammans med primärvårdsenheterna inom området eller verkar som en del av centralsjukhuset på området.

Vid laboratorie- och utbildningsfunktioner övergår man till enheter som består av ett eller flera sjukvårdsdistrikt och utnyttjande av kommunala affärsverk samt tar i bruk ny datateknik. Grunderna för sjukförsäkringssättningen för laboratorieundersökningar och diagnostiska utbildningsundersökningar som utförs inom den privata sektorn sänks till nivån för de mest effektiva enheternas produktionskostnader före utgången av år 2002.

Riksomfattande elektroniska sjukjournaler tas i bruk. Arbetet med att utarbeta nationella vårdrekommendationer och regionala vårdprogram fortsätter och tillämpningen av dem i praktiken effektiveras, varvid den ökade effektiviteten för med sig rationaliseringsfördelar. De till buds stående uppgifterna om effekterna utnyttjas även i rehabiliteringsverksamheten. De ovan nämnda projekten för att reformera funktionerna och strukturerna slutförs före utgången av år 2007. Nyttan av reformeringen kommer uppskattningsvis att vara 0,2 miljarder euro per år från år 2007.

5. Åtgärder för att stärka finansieringen av hälso- och sjukvården

Statsandelarna till kommunerna för social- och hälsovård ökas från och med år 2003 med 104 miljoner euro per år i enlighet med vad regeringen kommit överens om vid förhandlingarna om budgetramarna. Det ökade servicebehovet på grund av att befolkningens åldersstruktur ändras, ibruktagandet av ny teknologi samt merkostnaderna förorsakade av fortbildningen och uppnåendet av nivån i kvalitetsrekommendationerna föranleder enligt projektet ett behov av tilläggsfinansiering.

Förutsatt att reformeringen av funktionerna och strukturerna påbörjats på ovan nämnda sätt ökas stats-

andelarna till kommunerna för social- och hälsovården och deras procentuella andel höjs stegvis så att de ovan nämna målen kan uppnås. Den kommunala finansieringens stabilitet och förutsägbarhet förbättras. Bestämmelserna om klientavgifter och avgiftstak revideras.

Staten förhandlar med Finlands Kommunförbund och sjukvårdsdistrikten om att avveckla undersöknings- och vårdköerna. För avvecklingen av köerna, som genomförs på basis av dessa förhandlingar, anvisas statsbidrag. Beslut om det tilläggsanslag som behövs fattas på basis av en separat utredning.

Servicesystemet utvecklas i form av ett stegvis framskridande program. I statsbudgeten anvisas för detta ändamål projektfinansiering på 8 miljoner euro för nästa år och 30 miljoner euro årligen för åren 2004-2007. Den i projektet presenterade reformeringen av funktionerna och strukturerna är genomförda före utgången av år 2007. Projektfinansiering anvisas för att ordna regional närservice, utveckla arbetsfördelningen mellan sjukvårdsdistrikten och stöda lösningarna till följd av att de sammanslås funktionellt och administrativt. Om arbetsfördelningen mellan sjukvårdsdistrikten förhandlas specialansvarsområdesvis.

Utöver projektfinansieringen stöder staten med särskild finansiering utvecklande och ibruktagande av nationella elektroniska sjukjournaler med 0,8 miljoner euro samt projektet Gångbar vård och Rohto-projektet med 1,4 och 1,3 miljoner euro per år under åren 2003-2007. Finansieringen för enheten för utvärdering av medicinsk metodik höjs till 2,5 miljoner euro före ingången av år 2007.

6. Genomförande av de förslag som projektet utarbetat

För verkställigheten av projektet bildas en ledningsgrupp som tillsätts av social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet samordnar genomförandet av programmet. För detta ändamål reserveras ett anslag på 0,3 miljoner euro för år 2002 och ett årligt anslag på 0,8 miljoner euro för åren 2003-2007.

Det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden

Bakgrund

I september 2001 tillsatte statsrådet ett nationellt projekt i syfte att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Projektet hade som uppgift att bedöma servicesystemets nuvarande och hotande problem samt att utarbeta en plan och ett verkställighetsprogram för att röja undan problemen.

För projektet tillsattes en **ledningsgrupp**. Som ordförande för den fungerade kanslichef *Markku Lehto* från social- och hälsovårdsministeriet. Medlemmar var statssekreterare *Raimo Sailas* från finansministeriet, verkställande direktör *Risto Parjanne* från Finlands Kommunförbund, administrativa överskötare *Pirkko Valkonen* från Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt samt generaldirektör *Jussi Huttunen* från Folkhälsoinstitutet. Huttunen fungerade också som utredningsman för hela projektet. Sekreterare för ledningsgruppen var medicinalrådet *Jouko Isolauri* från social- och hälsovårdsministeriet.

För projektet utnämndes **fyra par av utredare och en enskild utredare**, vilka alla hade en egen stödgrupp till sin hjälp.

Hur strukturerna i servicesystemet skall reformeras och hur systemet skall bli effektivare och mera ekonomiskt utreddes av direktören för sjukvårdsdistriktet *Rauno Ihalainen* från Birkalands sjukvårdsdistrikt och av professor *Mats Brommels* från Helsingfors universitet.

Behovet av arbetskraft och den inbördes arbetsfördelningen samt utvecklingen av arbetsförhållandena och fortbildningen utreddes av rektor *Matti Uusitupa* från Kuopio universitet och av hälsovårdschef *Riitta Simoila* från Helsingfors stads hälsovårdsverk.

Nivån och stabiliteten på finansieringen av hälso- och sjukvården samt finansieringskällorna och utvecklingen av styrsystemen utreddes av generaldirektör *Jussi Huttunen* från Folkhälsoinstitutet.

Arbetsfördelningen och samarbetet mellan den offentliga hälso- och sjukvården samt privata och tredje sektorn utreddes av direktören för sjukvårdsdistriktet **Pentti Silvola** från Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt och av verkställande direktör *Hannele Kalske* från Reumastiftelsens sjukhus.

Hur vårdpraxis skall förenhetligas och tillgången på vård förbättras utreddes av utvecklingschef *Marjukka Mäkelä* från Stakes och av överläkare *Leena Niinistö* från sjukhuset Katriinan sairaala.

Utredarna och deras stödgrupper lämnade in sina mellanrapporter i januari 2002. Utgående från dem lämnade ledningsgruppen för projektet den 9 april 2002 slutgiltiga förslag till hur hälso- och sjukvården skall tryggas i framtiden. Statsrådet meddelade ett principbeslut i frågan den 11 april 2002. Enligt principbeslutet är målet att hälso- och sjukvårdstjänsterna skall utvecklas genom samarbete mellan kommunerna och staten så att också olika organisationers och den privata sektorns verksamhet beaktas. På detta sätt tryggas att befolkningen i olika delar av landet får sådan högklassig vård som den behöver så att tillgången på vård inte är beroende av den vårdbehövandes betalningsförmåga.

Reformerna inom hälso- och sjukvården genomförs genom samarbete

Omsättningen av principbeslutet i praktiken fortsätter med hjälp av projekt som satts igång redan tidigare samt genom att nya utvecklingsprojekt inleds på olika håll i landet. För att målen skall kunna nås krävs det omfattande och mångsidigt samarbete såväl i fråga om ledningen och uppföljningen av projektet som i fråga om det praktiska arbetet.

De centrala utvecklingsområdena gäller främjande av hälsan, förebyggande arbete, rätten att få vård, förbättrad tillgång på personal, bättre kunnande, reformering av funktionerna och strukturerna samt stärkande av finansieringen. Det handlar om ett nationellt reform-

arbete som alla parter inbjuds att delta i. Projektet genomförs under ledning av ledningsgruppen och i nära samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, övriga ministerier och Finlands Kommunförbund.

Social- och hälsovårdsministeriet har för projektet tillsatt en ledningsgrupp och en uppföljningsgrupp samt en arbetsgrupp som skall utreda köhanteringen och rätten att få vård. Många mål som principbeslutet redogör för skall finslipas i inofficiella sakkunniggrupper.

Ledningsgruppen för projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden

Ledningsgruppen godkänner handlingsplanen för det projekt som tillsatts för att principbeslutet skall genomföras samt följer upp och utvärderar hur statsrådets principbeslut omsätts i praktiken. Vid behov kommer ledningsgruppen med förslag också till sådana fortsatta åtgärder som inte ingår i statsrådets principbeslut, men som behövs för att hälso- och sjukvården skall kunna tryggas för befolkningen.

Som ordförande för ledningsgruppen fungerar kanslichef *Markku Lehto* från social- och hälsovårdsministeriet. Medlemmar är statssekreterare *Raimo Sailas* från finansministeriet, undervisningsrådet *Marja-Liisa Nieminen* från undervisningsministeriet samt verkställande direktör *Risto Parjanne* och direktör *Pekka Alanen* från Finlands Kommunförbund. Ständig sakkunnig inom ledningsgruppen är överdirektör *Kimmo Leppo* från social- och hälsovårdsministeriet.

Uppföljningsgruppen för tryggande och hälso- och sjukvården i framtiden

Projektet har också en uppföljningsgrupp. Den har som uppgift att främja dialogen mellan hälso- och sjukvår-

den och dess intressentgrupper för att hälso- och sjukvårdstjänsterna skall utvecklas. Dessutom skall uppföljningsgruppen förmedla kunskap om målen för statsrådets principbeslut om hälso- och sjukvården samt om hur målen nås. Ytterligare skall gruppen följa upp och bedöma hur genomförandet avancerar samt vid behov komma med förslag om hur verkställigheten kan ändras och utvecklas.

Uppföljningsgruppen skall i sitt arbete beakta bl.a. verkställighetsprogrammet för hälso- och sjukvården på 2000-talet, resultaten av programmet Ett meningsfullt liv, statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 samt det mål- och handlingsprogram som skall utarbetas för social-, hälso- och sjukvården för åren 2004–2007.

Som ordförande för uppföljningsgruppen fungerar biträdande avdelningschef *Marjatta Blanco Sequeiros* från social- och hälsovårdsministeriet. De övriga medlemmarna är: *Juha Metso*, (vice ordf.), social- och hälsovårdsdir., Esbo stad, *Terttu Jääskeläinen*, undervisningsråd, undervisningsministeriet, *Hannele Savioja*, konsultativ tjänsteman, inrikesministeriet, *Antti Huunan-Seppälä*, överläkare, Folkpensionsanstalten, *Mau-no Konttinen*, överdirektör, Stakes, *Silja Hiironniemi*, biträdande stadsdirektör, Uleåborgs stad, *Pirkko Valkonen*, administrativ överskötare, Mellersta Finland sj.v.distr., *Lauri Nuutinen*, chefföverläkare, Norra Österbottens sj.v.distr., *Rauno Ihalainen*, direktör för sj.v.distr., Birkalands sj.v.distr., *Tuomo Pääkkönen*, chefläkare, Suomussalmi HVC, *Santero Kujala*, bitr. verksamhetsledare, Akava rf., *Taina Tuomi*, avdelningschef, FFC/KAT rf., *Matti Uusitupa*, rektor, Kuopio universitet, *Aino Penttilä*, ordförande, Hälsov. Tjänsteorganisationer rf, *Sirkka Lappalainen*, resultatområdesdirektör, Norra Savolax yrkeshögsk., *Kirsti Riihelä*, socialråd, Länsst. i Södra Finlands län, *Paavo Kaitokari*, social- och hälsovårdsdir., Kuopio ktt:n ky, *Jarkko Eskola*, överdirektör, social- och hälsovårdsministeriet, *Stefan Mutanen*, regionchef, Tammiharjun ter.v.huollon, *Jussi Huttunen*, generaldirektör, Folkhälsoinstitutet, *Ulla Järvi*, rehabiliteringschef, Centralförb. för Mental Hälsa rf, *Ulla-Riitta*

Parikka, förhandlingschef, Kommunala arbetsmarkn.verket, *Riitta Simoila*, hälsovårdschef, H:fors stads hälsovårdsverk, *Merja Merasto*, avdelningschef, Tehy rf.

Som sekreterare för uppföljningsgruppen fungerar projektchef *Ritva Väistö* från Norra Karelen yrkeshögskola.

Tre dagar – tre veckor – tre månader

Det yttersta syftet med tryggandet av hälso- och sjukvården i framtiden är att patienten skall få vård så snabbt som möjligt och få så god vård som möjligt oberoende av hur förmögen han är eller var han bor. Statsrådets principbeslut förutsätter att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Finlands Kommunförbund före utgången av år 2003 skall utarbeta anvisningar om hur den icke-brådskande vården och köhanteringen skall ordnas. Ministeriet har tillsatt en arbetsgrupp för uppgiften.

Arbetsgruppen som utreder köhanteringen och rätten att få vård

Arbetsgruppen har som uppgift att utarbeta förslag om de allmänna principerna för rätten att få vård, om grunderna för ett system för bedömning av vårdbehovet, om principerna för köhanteringen och om de författningsändringar som behövs.

Utgångspunkten för beredningen är att en första konsultation som gäller hälsotillståndet garanteras inom tre dygn från den första kontakten, en poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade sjukvården garanteras inom tre veckor från remiss och att medicinskt motiverad vård garanteras inom den tid som fastställs i nationella vårdrekommendationer eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom tre och senast inom sex månader.

Ordförande för arbetsgruppen är professor *Mats Brommels* från Helsingfors universitet och medlemmar är medicinalrådet *Päivi Hämäläinen*, SHM, överläkare *Päivi Kaukonen*, Tammerfors universitetssjukhus, ledan-

de överskötare *Ritva Kukkola*, Riihimäki hälsovårdscentral, överläkare *Mikko Nenonen*, Reumastiftelsens sjukhus, regeringsrådet *Marja-Liisa Partanen*, SHM, cheföverläkare *Seppo Seitsalo*, Sjukhuset Orton, cheföverläkare *Markku Sirviö*, Vasa hälsovårdscentral, administrativ överläkaren *Martti Talja*, Finlands Kommunförbund, ledande överskötare *Arja Tuokko*, HUS, överläkare *Antti Turunen*, Norra Karelens sjukvårdsdistrikt och professor *Anja Tuulonen*, Uleåborgs universitet.

Som sekreterare fungerar överläkare *Kati Myllymäki* och konsultative tjänstemannen *Riitta-Maija Jouttimäki* från SHM.

Sakkunniga är medicinalrådet *Jouko Isolauri*, SHM och ansvariga forskaren *Maija Sakslin*, FPA samt sakkunnig i statistik- och registerfrågor utvecklingschef *Olli Nylander* från Stakes.

Den utsatta tiden för arbetsgruppen går ut 31.12.2003

Finansieringen av hälso- och sjukvården skall stärkas

Statsandelarna till kommunerna för social-, hälso- och sjukvården ökas från och med år 2003. Inom hälso- och sjukvården behövs det mera pengar bl.a. för att möta det ökade servicebehovet till följd av att befolkningen blir äldre, för att ta i bruk ny teknologi, för att ordna fortbildning och för att omsätta de kvalitetsrekommendationer som gäller för servicen i praktiken. År 2003 skall statsandelarna ökas med totalt 223 miljoner euro. Av denna summa kommer sammanlagt 57 miljoner euro* att användas för projektet för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden.

Dessutom framförs flera anslag för projektet för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden, bl.a. anslag för utveckling av servicesystemet (8 miljoner euro), anslag för projektet Gångbar vård (1,4 miljoner), anslag för grundande av ett utvecklingscenter för läkemedelsbehandling (1,3 miljoner), anslag för utveckling av elektroniska sjukjournaler (0,8 miljoner) samt an-

slag för personresurser med anknytning till genomförandet av projektet (0,8 miljoner). *

Redan år 2002 har statsbidrag beviljats för att undersöknings- och vårdköerna skall kunna avvecklas.

(* budgetpropositionen för år 2003)

Statsbidrag för avveckling av vårdköerna

I juli 2002 beviljade statsrådet 25 miljoner euro i statsbidrag för att undersöknings- och vårdköerna skall avvecklas. Alla sjukvårdsdistrikt ansökte om bidraget till maximalt belopp och alla fick det också beviljat.

Statsbidraget skall användas helt för de kostnader som orsakas av att undersöknings- och vårdköerna i sjukvårdsdistriktet avvecklas. Bidraget kan inte användas för att täcka den normala verksamheten enligt sjukvårdsdistriktets ekonomi- och verksamhetsplaner. En fjärdedel av det mottagna statsbidraget skall användas för avveckling av köer till poliklinisk vårdbedömning och för avveckling av undersöknings- och vårdköer. Tre fjärdedelar skall gå till avveckling av operations- och behandlingsköer. En del av den andel som skall användas för att avveckla de polikliniska köerna skall utnyttjas för att stöda öppenvårdstjänster och rehabilitering inom mentalvården. Statsbidraget skall användas före utgången av år 2003.

Sjukvårdsdistriktet skall med sina medlemskommuner komma överens om att de när det gäller tjänster som genomförts eller skaffats genom statsandelar skall betala hälften av vad deras betalningsandel skulle vara enligt de betalningsgrunder som normalt tillämpas inom sjukvårdsdistriktet.

Ytterligare information:

projektsekreterare Virpi Andersson

Telefon +358 9 160 74024

Bakgrundsfakta om Finland

<i>Yta</i>	338 145 km ²
<i>Invånarantal</i>	5,2 milj.
<i>Förväntad livslängd</i>	78 år
<i>Valuta</i>	euro (USD=0,8956, medelkurs)
<i>Bruttonationalprodukt</i>	26 033 euro per capita
<i>Medelinkomsten per månad för en löntagare med regelbunden arbetstid är</i>	2 142 euro
<i>Presidentval</i>	hålls vart 6 år
<i>Riksdagen</i>	har 200 medlemmar, riksdagsval hålls vart 4 år
<i>Statsrådet</i>	består av 13 ministerier
<i>Regionalförvaltningen</i>	består av 5 län och landskapet Åland
<i>Lokalförvaltningen</i>	består av 448 kommuner (den största har 560 000 invånare, den minsta 128)

Ett par ord om hälso- och sjukvården i Finland

Primärvården

Befolkningens primärvård sköts vid kommunernas hälsovårdscentraler. Kommuner kan ha en egen hälsovårdscentral eller de kan bilda samkommuner som inrättar gemensamma hälsovårdscentraler. Kommuner kan också köpa hälsovårdstjänster av andra kommuner eller av privata serviceproducenter. Det finns cirka 270 hälsovårdscentraler i Finland (år 2002). Hälsovårdscentralerna har flera hälsostationer.

Servicen finansieras huvudsakligen genom den kommunalskatt som kommunerna uppbär samt genom statsandelar som utbetalas till kommunerna av statens skattemedel. Statens andel av kommunens social- och hälsovård bestäms enligt kommunens invånarantal, invånarnas åldersfördelning, sjukfrekvens och vissa andra matematiska faktorer. Dessutom erlägger klienterna klientavgifter, som täcker cirka 10 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Specialsjukvården

Kommunerna svarar för anordnandet av specialsjukvård för sina invånare. Med tanke på specialsjukvården är landet indelat i tjugo sjukvårdsdistrikt. I varje distrikt finns ett centralsjukhus. Fem av dessa är universitetssjukhus som ger vård på specialnivå. Alla kommuner måste höra till ett sjukvårdsdistrikt. Sjukvårdsdistriktet ordnar och producerar specialsjukvårdsservice för befolkningen i sitt område.

Privat hälso- och sjukvård

Den privata hälso- och sjukvården kompletterar den offentliga servicen. Den är huvudsakligen koncentrerad till större kommuner. Mindre än 10 procent av läkarna verkar uteslutande som privatläkare, men många läkare i den offentliga sektorn har privat mottagning utanför arbetstiden.

En del av privatläkararvodet och tandläkararvodet ersätts genom sjukförsäkringen.



SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Postadress

PB 33
00023 Statsrådet, Finland

Besöksadress

Sjötullsgatan 8
00170 Helsingfors, Finland

växel

+358 9 16001

fax

+358 9 160 74126

E-postadresser

förnamn.efternamn@stm.vn.fi

Social- och hälsovårdsministeriets webbplats

www.stm.fi

Ytterligare information:

projektsekreterare Virpi Andersson
Telefon +358 9 160 74024