

Ärende: VN/13749/2025

Begäran om utlåtande om utkastet till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering samt ändring av lagen om främjande av skärgårdens utveckling

Lausunnonantajan lausunto

1. Den uppskattning av servicebehovet inom social- och hälsovården för 2027–2030 som ska beaktas i nivån på finansieringen för hela landet (7 § 1 mom.)

Uppdatering av teknisk natur som baserar sig på SOME-modellen.

Inget att utlåta.

2. Sparåtgärder som gäller beaktande av ökat servicebehov (7 § 1 mom. och 36 § 1 mom.)

Det föreslås att 60 procent av det ökade servicebehovet ska beaktas i finansieringen från och med 2027. Den temporära höjningen på 0,2 procentenhet slopas från och med 2028.

Finlands svenska synförbund rf motsätter sig sänkningen från 80 till 60 procent i beaktandet av servicebehovets ökning, kombinerat med att den temporära höjningen på 0,2 procentenhet slopas från 2028. I likhet med SOSTE konstaterar förbundet att detta i praktiken fungerar som en ökad "självrisk" för välfärdsområdena.

Synförbundet påminner om att Finland är bundet av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), som i artiklarna 19 och 28 tryggar rätten till självständigt liv och tillräcklig levnadsstandard. En finansieringsmodell som systematiskt underfinansierar servicebehovets ökning riskerar att i praktiken inskränka dessa rättigheter, då behoven av rehabilitering och vardagligt stöd inte minskar i takt med sparkraven. Socialservicen bygger i motsats till sjuk- och hälsovård på kontinuerligt stöd för vardagliga basbehov. Målet är sällan att bota och förbättra utan att upprätthålla och fördröja försämringsprocessen av funktionsförmågan.

3. Inriktning av inbesparingarna i det ökade servicebehovet och sparkompensation (3 § 1 mom.)

Besparingen i fråga om det ökade servicebehovet riktas till alla välfärdsområden utifrån bestämningsfaktorerna för finansieringen av social- och hälsovården.

Sparåtgärdernas konsekvenser kompenseras genom att finansieringsandelen för bestämningsfaktorn för servicebehovet höjs med en procentenhet och den invånarbaserade andelen minskas på motsvarande sätt 2028.

Kompensationsmekanismen 2028 — där servicebehovsandelen höjs med en procentenhet på bekostnad av den invånarbaserade andelen — är enligt Synförbundet problematisk. En stor del av de finlandssvenska personerna med synnedsättning bor i Västra Nyland och Helsingfors. Som både HUS-sammanslutningen, Helsingfors stad och Västra Nylands välfärdsområde konstaterar i sina utlåtanden, är detta ett konstlat och skadligt sätt att flytta finansiering bort från växande regioner — regioner som redan erhåller lägst finansiering per invånare. Förbundet instämmer i att befintliga mekanismer (förlängd täckningstid för underskott, utvärderingsförfaranden, tilläggsfinansiering) är de rätta verktygen för att stödja svagare regioner, inte permanenta strukturförändringar i finansieringsmodellen.

4. Uppdatering av servicebehovsmodellen för social- och hälsovården (14 § och bilagan till lagen)

I de användnings- och kostnadsuppgifter som ligger till grund för behovsfaktorerna och deras koefficienter beaktas de nyaste uppgifterna och i behovsfaktorerna görs vissa justeringar, men inga betydande utvidgningar av behovsfaktorerna eller informationsfunktionerna genomförs.

Beaktandet av diagnostiska uppgifter inom den privata hälso- och sjukvården i finansieringen begränsas delvis.

Synförbundet välkomnar att WHO:s klassificering av synskada är inkluderad i lagbilagan med separata koefficienter för synskadad, svårt synskadad, gravt synskadad, nästan blind och helt blind, inom hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård.

Synförbundet riktar dock allvarlig kritik mot att modellen är alltför diagnosstyrd. Socialvårdens tjänster utgör uppskattningsvis 40–50 % av välfärdsområdenas totala kostnader, men finansieringsmodellen fokuserar ensidigt på medicinska diagnoser. En medicinsk diagnos berättar inte om de faktiska kostnaderna för det dagliga stödet. I likhet med SOSTE anser förbundet att socialvårdens dokumentation av faktiska servicebehov och funktionsförmåga måste ges en betydligt mer central roll i finansieringsmodellen.

Synförbundet påpekar dessutom att en modell baserad på historisk tjänsteanvändning riskerar att underskatta det verkliga behovet hos personer med synnedsättning, som ofta underförbrukar service på grund av tillgänglighetshinder och bristande information. Begränsningen av diagnosuppgifter från privat vård är därtill problematisk. Förbundet bedömer att vissa personer med synnedsättning genomgår eller kommer att genomgå sina initiala utredningar inom privat ögonvård. Detta är särskilt relevant i ljuset av de långa vårdköerna till offentlig ögonvård i Finland, vilket i praktiken tvingar många att söka sig till privata ögonläkare för utredning — en utveckling vi bör undvika att förvärra, inte minst med tanke på erfarenheterna från Sverige där tillgången till offentlig ögonvård är ännu mer begränsad och vilket lett till ögonskador man kunde ha undvikit med tidig vård. Som Helsingfors stad och Västra Nylands välfärdsområde konstaterar leder begränsningen till att det faktiska servicebehovet i dessa regioner systematiskt underskattas.

5. Tryggande av kvaliteten på kunskapsunderlaget för servicebehovskoefficienterna (14 § 3 mom. och 26 a § 2 mom.)

Institutet för hälsa och välfärds uppgift att kontrollera kvaliteten på informationsunderlaget och rätten att korrigera uppenbara fel i registeruppgifterna förtydligas.

Finansministeriet kan i finansieringsbeslutet beakta uppenbara fel i registeruppgifterna som i betydande grad påverkar finansieringen per välfärdsområde.

Synförbundet stöder förtydligandet av THL:s rätt att rätta uppenbara fel i registeruppgifterna. Det är avgörande att synskadadata registreras korrekt, eftersom finansieringskoefficienten för synnedsättning bygger direkt på dessa registers tillförlitlighet.

6. Karaktären av skärgård som bestämningsfaktor för finansieringen (19 §)

För ett skärgårdsbaserat välfärdsområde enligt definitionen i skärgårdslagen beräknas en koefficient för karaktären av skärgård utifrån vilken den kalkylerade finansiering av social- och hälsovården som riktas till välfärdsområdena på basis av karaktären av skärgård fastställs.

Inget att utlåta.

7. Ändring av överföringsutjämningsmodellen (35 § 2–5 mom.)

Graderingen av övergångsutjämningsarna ändras i fråga om både övergångsutjämningsavdragen och övergångsutjämningsstilläggen med tio euro per år från och med 2027 så att skillnaden mellan den kommunala finansiering för 2022 som utjämnas genom den permanenta övergångsutjämningsen och den kalkylerade finansieringen enligt finansieringslagen minskar med cirka en fjärdedel före utgången av 2030.

Den påskyndade graderingen av övergångsutjämningsarna drabbar oproportionerligt de välfärdsområden som aktivt effektiviserat sin verksamhet. Som HUS-sammanslutningen framhåller i sitt utlåtande får framgångsrika effektiviseringsåtgärder inte leda till snabbare finansieringsnedsänkningar — det undergräver drivkrafterna för god ekonomiförvaltning. Erfarenheter visar att specialiserade tjänster inom socialservicen och funktionshinderservicen riktade till mindre grupper — såsom rehabilitering, träning i rörlighet samt ledsagning och personlig assistans för personer med synnedsättning — är särskilt sårbara vid snabba finansieringsnedsänkningar.

8. Sparåtgärder som gäller övergångsutjämningsarna och inriktningen av dem (40 §)

Av övergångsutjämningsarna överförs från den andel som staten finansierar 53 miljoner euro till välfärdsområdena 2028, 91 miljoner euro 2029 och 82 miljoner euro från och med 2030.

Minskningen av finansieringen ska per invånare vara lika stor för alla välfärdsområden, med undantag för de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg och där övergångsutjämningsen med beaktande av utvecklingen av den kalkylerade finansieringen behövs för att ordna tjänsterna för att trygga tillräcklig finansiering.

Minskningen av den statliga medfinansieringen (53 miljoner euro 2028, 91 miljoner euro 2029, 82 miljoner euro fr.o.m. 2030) skapar, som SOSTE lyfter fram, en situation där sparade medel dras in av staten i stället för att återinvesteras i bättre service för klienterna. Helsingfors stad konstaterar i sitt utlåtande att detta skapar ett ohållbart läge där områden tvingas förbruka varje euro för att undvika framtida nedsänkningar. Detta slår direkt mot tillgången till stödtjänster inom social- och

funktionshindersservicen som är vitala för personer med synnedsättning som bor i de regioner som berörs hårdast.

9. Era kommentarer om begreppet skärgård (3 § i skärgårdslagen)

Inget att utlåta.

10. Era kommentarer om skärgårdens välfärdsområde (9 a § i skärgårdslagen) och statsrådets förordning som har samband med den

Inget att utlåta.

11. Eventuella andra kommentarer om utkastet till regeringsproposition

Finlands svenska synförbund rf konstaterar att lagbilagan innehåller WHO-baserade koefficienter för synnedsättning inom alla tre serviceområden — vilket är positivt. Men en diagnos är en ingång, inte ett mått på det faktiska stödbehovet över tid.

Synförbundet kräver att socialvården lyfts fram som en jämbördig del av finansieringsmodellen. Det är oacceptabelt att staten väljer en ”minimimodell” som i praktiken blundar för de sociala behov som utgör nästan hälften av välfärdsområdenas verksamhet. Framtida uppdateringar måste bygga på en helhetsbild av individen, och socialvårdens dokumentation av faktiska stödbehov — hjälpmedel, rehabilitering, färdtjänst, ändringsarbeten i hemmet, stödtjänster, hemvård, boendeservice etc. — måste ges minst lika stor tyngd som medicinska diagnoser.

Förbundet instämmer med HUS-sammanslutningen, Helsingfors stad och Västra Nylands välfärdsområde i att de föreslagna ändringarna riskerar att permanent skada finansieringsmodellens ändamålsenlighet och drivkrafter för god ekonomiförvaltning. Ur ett rättighetsperspektiv är det oacceptabelt att en finansieringsmodell systematiskt underskattar behovet hos personer med funktionsnedsättning genom en diagnosfokuserad modell som inte fångar upp de verkliga kostnaderna för ett självständigt, aktivt och människovärdigt liv.

Slutligen vill Synförbundet, i likhet med SOSTE, betona att behovsprincipen nu riskerar hamna i skymundan för kostnadsnyttoeffektivitetsprincipen. Det här var en farhåga redan när lagberedningen om tjänsteprinciper inom social- och hälsovården inleddes. Välfärdsområdena och deras service styrs redan i stor omfattning av finansieringslagarna. Nu vill man ytterligare skära ner på utrymmet för vilken socialservice välfärdsområdena kan erbjuda genom att starkt koppla finansiering till kostnadsnytta. Stödet till välfärdsområdena ska baseras på en mer rättvis modell. Lösningar som betonar kostnadseffektivitet och diagnos på bekostnad av behov innebär att kostnadseffektivitet och medikalisering kör över de individuella lösningar och människorättsbaserade prioriteringar som i dag gäller inom socialservicen. Besluten kommer att styras i allt högre grad än redan nu av nya finansieringsprinciper i stället för av socialarbetarnas bedömningar. Till vilken grad detta sker beror också delvis på om man betonar en behovsprincip som varit etablerad inom socialrätten eller om man prioriterar mätning och data som lutar mer mot den behovsprincip som används inom sjuk- och hälsovård (vilket var fallet i utkastet angående de nya tjänsteprinciper inom socialvården). Såväl tjänsteprinciperna som är i beredning, förslaget om

ändringen av finansieringslagen som revideringen av socialvårdslagen drar åt det hållet. Särskilt då det inte finns varken tillräckligt med forskning eller strukturer för forskning inom kontexten för socialservicen. Detta är något som måste beaktas i högre grad än nu. Inte minst om man vill satsa mer på det tidiga och förebyggande arbetet som i längden sparar mest i kostnader för staten.

Jakobsson Matthias
Finlands svenska synförbund rf

Gärkman Anton
Finlands svenska synförbund rf