

Fem social- och hälso- vårdsområden – en förhandsanalys av konsekvenserna



INSTITUTET FÖR
HÄLSA OCH VÄLFÄRD

Syftet med lagen om ordnandet av social- och hälsovården är att revidera ordnandet, produktionen, förvaltningen, planeringen, finansieringen och tillsynen över social- och hälsovården. Det centrala målet är att tillförsäkra en likvärdig tillgång till klientorienterade och högkvalitativa social- och hälso-tjänster i hela landet. Enligt propositionen bildas i Finland fem samkommuner inom social- och hälsovårdsområden, (s.k. sote-områden), som har det övergripande ansvaret för ordnandet av offentliga social- och hälso-tjänster.

Institutet för hälsa och välfärd har på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet analyserat konsekvenserna av propositionen till lag om ordnandet av social- och hälsovården, den s.k. sote-lagen. Analysen gäller det utkast till proposition till lag som beretts under ledning av en parlamentarisk styrgrupp som tillsatts för ändamålet. Förhandsanalysen är redan den tredje i ordningen om samma tema. Analysen har genomförts under tiden 13.8–15.9.2014.

Institutet för hälsa och välfärd anser att propositionen möjliggör den strukturella reform som är nödvändig för social- och hälsovården och den omfattande integration som uppställts som mål.

Jag framför mitt tack till alla experter som hörts i olika faser av analysarbetet samt till THL:s expertgrupp som sammanställt analysen.

Helsingfors den 15 september 2014

Juhani Eskola, generaldirektör

I den föreliggande konsekvensanalysen som gjorts av Institutet för hälsa och välfärd granskas lagen i enlighet med uppdraget från social- och hälsovårdsministeriet ur sex olika synvinklar:

1. servicenätet och serviceproduktionen samt i vilken mån integrationen omsätts i praktiken enligt modellen;
2. hur förvaltnings- och produktionsstrukturen enligt modellen kommer att fungera;
3. förutsättningarna för att trygga en tillräcklig tillgång till tjänster på lika villkor, inkl. närtjänster;
4. konsekvenser för statsfinanserna och kommunekonomin;
5. registerföring och behandling av klient- och patientuppgifter; och
6. styrbarheten av servicesystemet och -servicestrukturen.

Analysen tar också i mån av möjlighet upp frågan om i vilken mån konsekvenserna baserar sig på den föreslagna lagstiftningen och i vilken mån de är beroende av hur lagen verkställs.

Resultaten av konsekvensanalysen med motivering behandlas här i den ordning som anges ovan. I kapitlet Bakgrund jämförs situationen i Finland med reformer i andra länder, och dessutom presenteras genomförandet av konsekvensanalysen och social- och hälsovårdsområdenas aktuella läge. De viktigaste resultaten av konsekvensanalysen presenteras på följande uppslag.

Resultat av konsekvensanalysen i ett nötskal

**Servicevärdet,
serviceproduktionen samt
i vilken mån integrationen
omsätts i praktiken**

**Hur förvaltnings- och
produktionsstrukturen
enligt modellen
kommer att fungera**

**Tryggheten av en tillräcklig
tillgång till tjänster
på lika villkor**

**Statsfinanserna och
kommunekonomin**

- Reformen skapar förutsättningar för att på nytt kunna inrikta resurserna från service på specialnivå till service på basnivå och samordna tjänsterna.
- Reformen skapar förutsättningar för att kunna minska institutionskapaciteten inom social- och hälsovården kontrollerat och vid behov även centralisera denna kapacitet.
- Den förvaltnings- och produktionsstruktur som bildas är tydligare än den nuvarande, men kräver fortsatt bearbetning.
- Möjligheterna till effektiv styrning av systemet kommer särskilt att bero på antalet produktionsansvariga kommuner och samkommuner.
- Det blir möjligt att rätta till snedvridningarna i servicesystemet förutsatt att antalet produktionsansvariga aktörer per social- och hälsovårdsområde blir högst 4–5.
- Centraliseringen av organiseringsansvaret till social- och hälsovårdsområdena främjar en likvärdig tillgång till högkvalitativa tjänster
- Reformen skapar förutsättningar för en bättre tillgång till nåbara bastjänster och gör det möjligt att bättre än hittills använda moderna produktionsmetoder, särskilt inom närservicen
- Storleksordningen av de ekonomiska konsekvenserna bör bedömas med en hel del reservationer.
- Enligt det fåtal bedömningar som gjorts om Finland innebär social- och hälsovårdsintegrationen en måttlig avmattning i tillväxttakten i nettokostnaderna för social- och hälsovården, uppskattningsvis 0–1 eller 0–2,4 procent.
- Reformen bromsar inte i sig kostnadsökningen, utan den förutsätter att beslutsfattare och ledare har kapacitet och förmåga att utnyttja de möjligheter som social- och hälsovårdens integrationsstruktur enligt propositionen erbjuder.
- Kostnadsutvecklingen påverkas i hög grad av nationella politiska beslut om vilka uppgifter kommunerna ska sköta, utgiftstaket för social- och hälso-tjänster samt i vilken mån kostnadsutvecklingen stävjas med hjälp av ekonomiska incitament.
- De finansieringsarrangemang som föreslagits för social- och hälsovårdsområdena gör det lättare att förutse de kommunala utgifterna.

Registerföring och behandling av klient- och patientuppgifter

- Propositionen möjliggör en samordnad informationsförvaltning inom områdena, om de så beslutar.
- Reformen leder till betydande ändringar i informationsförvaltningen. Det finns knappt om tid att genomföra ändringarna och beakta de kostnader som uppstår.
- Reformen medför betydande möjligheter för informationsförvaltningen och -systemen, men också stora risker. De senare kan lindras genom omsorgsfull förhandsplanering.
- Informationsförvaltningen kräver en omfattande revidering, och all den information som behövs för utvärdering och uppföljning kommer inte att kunna erhållas under de första åren.
- Jämförbarheten av olika datainnehåll bör säkerställas i verkställighetsskedet; annars riskerar man att förlora nationellt enhetliga kunskapsunderlag.
- Ansvaret för registerföringen av klient- och patientuppgifter överförs till social- och hälsovårdssområdena, vilket är en klar förbättring jämfört med nuläget, men det finns praktiska detaljfrågor som fortfarande måste lösas.

Styrbarheten av servicesystemet och servicestrukturen

- Reformen stärker den nationella styrningen av social- och hälsovården.
- Den nationella styrenhet som ska inrättas vid social- och hälsovårdsministeriet behöver ett tydligt verkställighetsuppdrag och en klar verksamhetsmodell; det bör också säkerställas att arbetsfördelningen i förhållande till andra nationella aktörer fungerar.
- Förhandlingsförfarandet mellan social- och hälsovårdsministeriet och social- och hälsovårdssområdena kräver närmare precisering, liksom även den roll som den ministeriet underställda förvaltningen kommer att ha, till exempel vid informationsproduktionen.
- Resultatstyrningsprocessen mellan social- och hälsovårdssområdena och produktionsområdena samt organiseringsbeslutet kräver preciseringar.

Övrigt

- På sikt skapar den nya organisationsstrukturen förutsättningar för en reformering av social- och hälsovårdens finansieringssystem samt förstärkning av klienternas valmöjligheter.
- Propositionen utgör början till en länge eftertraktad reformprocess inom social- och hälsovården som till sina dimensioner är ambitiös och som följer internationella utvecklingstrender.

BAKGRUND

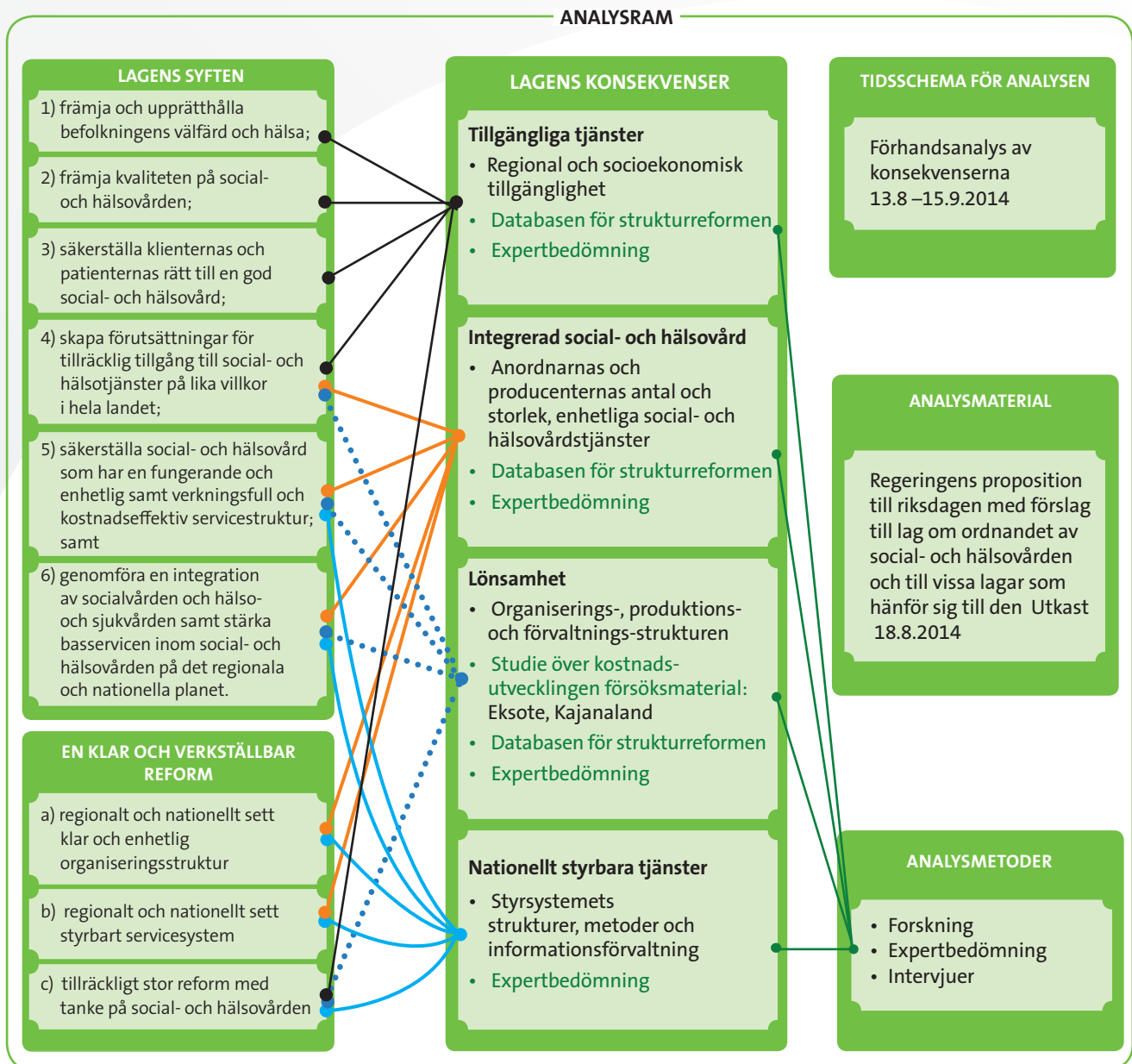
De framtida utmaningarna för social- och hälsovården i Finland och sätten att möta dem är inte unika, men i många länder har strukturella reformer redan genomförts tidigare. OECD har i sina rapporter uppmanat Finland att förbereda sig bland annat inför de samhällsekonomiska utgifter som den åldrande befolkningen kommer att orsaka och den tilltagande ojämlikheten i fråga om tillgången till tjänster. Vidare har OECD poängterat att jourverksamheten inom den specialiserade sjukvården bör centraliseras. Den aktuella propositionen avser att svara mot de ekonomiska utmaningarna genom att samordna landets splittrade produktionsstrukturer till större helheter och genom att på ett mer övergripande sätt integrera social- och hälsovården. En helt motsvarande reform har inte genomförts på en gång i något annat land. Å andra sidan har inget annat land heller ett lika splittrat, kommunbaserat system som i Finland. I ett flertal OECD-länder har man genom revideringar av det offentligt finansierade systemet skapat ett motsvarande system med tre nivåer: staten–regioner–kommuner. I sitt reformarbete kan Finland anses släpa efter de övriga nordiska länderna och flera andra jämförbara länder. Finland har därför utmärkta möjligheter att utnyttja både goda och dåliga erfarenheter från andra länder.

I de länder som redan förnyat sin struktur håller tyngdpunkten på att flyttas till stegvisa reformer som fokuserar på samarbete mellan olika aktörer, klientorientering, mätning av verksamhetens resultat samt en klar social- och hälsopolitisk helhetssyn när det gäller systemets framtidsutsikter. Centralförvaltningens resurser används då i större utsträckning än i Finland till att följa upp och förbättra kvaliteten. I internationell jämförelse behandlar den aktuella propositionen i ringa grad frågor om klientorientering och valfrihet.

I denna analys används en allmän referensram som tagits i bruk vid Institutet för hälsa och välfärd för bedömning av konsekvenser av lagstiftning. Den har redan utnyttjats vid bedömningen av det tidigare utkastet till organiseringslagen som publicerades i mars 2014. Den nu aktuella analysen är något mer fokuserad på lagreformens strukturella och administrativa konsekvenser, vilket beror på de frågeställningar som ingick i social- och hälsovårdsministeriets uppdrag samt på lagens allmänna karaktär och det spelrum som den tillåter. I praktiken kan en vag reglering bl.a. leda till stora regionala skillnader i verkställigheten, vilket självfallet försvårar en målspecifik bedömning.

THL:s allmänna referensram har formulerats utifrån såväl nationella som internationella principer för konsekvensanalys. Propositionens konsekvenser bedöms här i relation till de uppställda målen med fokusering på väsentliga konsekvenser, önskade och eventuella icke-önskade konsekvenser samt ekonomiska konsekvenser. Konsekvenserna indelas även i direkta och indirekta konsekvenser samt konsekvenser som följer omedelbart eller efter en viss tid. De föreslagna ändringarna och deras konsekvenser jämförs med nuläget och den utveckling som sannolikt följer, om den gällande lagstiftningen inte ändras.

Konsekvensanalys är ett led i utvecklingen av lagstiftningen.



Vid analysen har utnyttjats:

- kunskap och erfarenhet av regionala reformer och experiment inom social- och hälsovården
- kalkyler som bygger på regionala reformer och experiment om reformernas ekonomiska konsekvenser
- modelleringar av de organiseringsaktörer som uppstår enligt den nya lagen samt av den föreslagna förvaltningsstrukturens funktion och kostnader
- modelleringar av lagens konsekvenser för registerföringen av klient- och patientuppgifter och informationsförvaltning
- den helhetssyn som uppstått inom THL om regionala arrangemang som gäller i olika delar av landet, bl.a. genom utnyttjande av den kunskap som inhämtats under regelbundna regionala rundor
- intervjuer med nyckelpersoner inom social- och hälsovården om vilka konsekvenser och verkningsmekanismer som kan väntas följa av reformen
- internationella forsknings- och uppföljningsdata om organiseringsmodeller och reformer inom social- och hälsovården

Referensramen för den förhandsanalys av propositioners konsekvenser som tillämpas på THL och själva analysramen har beskrivits närmare i rapporten SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi (Förhandsanalys av social- och hälsovårdsreformens konsekvenser (Erhola m.fl. 2014, sammandrag på svenska).

Uppgifter om ordnandet och produktionen av social- och hälso- tjänster har insamlats av THL från många olika källor i den s.k. RAMU-organiseringsdatabasen.

De kommande social- och hälsovårdsområdena antas i denna analys i regel motsvara de nuvarande specialupptagningsområdena (ERVA):

- Södra Finlands social- och hälsovårdsområde (Specialupptagningsområdet för Helsingfors universitetscentralsjukhus)
- Östra Finlands social- och hälsovårdsområde (Specialupptagningsområdet för Kuopio universitetssjukhus)
- Norra Finlands social- och hälsovårdsområde (Specialupptagningsområdet för Uleåborgs universitetssjukhus)
- Mellanfinlands social- och hälsovårdsområde (Specialupptagningsområdet för Tammerfors universitetssjukhus)
- Västra Finlands social- och hälsovårdsområde (Specialupptagningsområdet för Åbo universitetssjukhus)

Östra Finland befinner sig enligt många indikatorer för levnadsförhållandena i en sämre situation än andra. Södra Finland avviker till sin befolkningsstruktur från de övriga områdena.

Social- och hälsovårdsområdenas befolkning, servicebehov och resurser

Enligt 10 § i propositionen bildas för ordnandet av social- och hälsovården fem social- och hälsovårdsområden, (s.k. sote-områden), som inte har benämnts separat. Utgångspunkten för analysen har varit, att de nuvarande specialupptagningsområdena (ERVA) utgör grunden för social- och hälsovårdsområdena.

I tabell 1 beskrivs social- och hälsovårdsområdena med ett urval av indikatorer som beskriver välfärden och befolkningsstrukturen. Varje indikator har plockats från det senaste statistikåret. I den elektroniska bilagan (se bakpärmen) beskrivs utvecklingen av skillnaderna som en tidsserie från och med år 2000. (www.thl.fi/sotkanet)

Indikatorerna visar att skillnaderna mellan de olika regionerna i landet är rätt stora. När det gäller befolkningsstrukturen avviker Södra Finland tydligt från de övriga social- och hälsovårdsområdena: befolkningsstrukturen är yngre, försörjningskvoten fördelaktigare, utbildningsnivån högre, och andelen invånare med annat modersmål än landets officiella språk är klart större än inom de övriga social- och hälsovårdsområdena. Även andelen långtidsarbetslösa av arbetskraften är mindre i Södra Finland än inom de övriga områdena, och befolkningens hälsotillstånd är allmänt taget bättre. Å andra sidan är andelen barn som är placerade utom hemmet ganska stor, och andelen invånare som långvarigt fått utkomststöd är också större än på de övriga områdena.

I Västra Finland säljs mindre alkoholdrycker per invånare som fyllt 15 år än i de övriga områdena, och andelen barn som är placerade utom hemmet, personer som fått utkomststöd en längre tid samt andelen långtidsarbetslösa är små. Östra Finland befinner sig i en ogynnsam ställning enligt många indikatorer som beskriver levnadsförhållandena: andelen långtidsarbetslösa är störst och även andelen barn som är placerade utom hemmet samt andelen invånare som fått utkomststöd en längre tid är stor. En

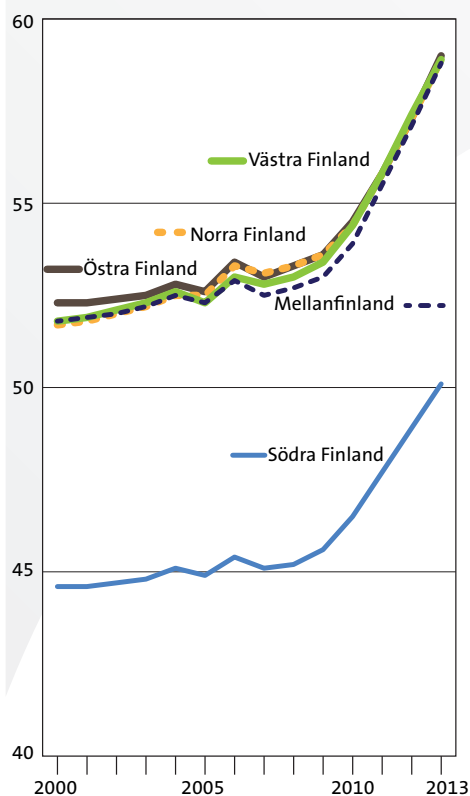
Tabell 1

	Hela landet	Södra Finland	Östra Finland	Norra Finland	Mellanfinland	Västra Finland
LEVNADSFÖRHÅLLANDEN						
Långtidsarbetslösa, % av arbetskraften (2013)	2,8	2,3	3,6	3,0	3,4	2,5
Personer i åldern 25-64 år som långvarigt fått utkomststöd, % av befolkningen i motsvarande ålder (2012)	2,1	2,6	2,3	1,6	1,8	1,5
Barn i åldern 0-17 år som placerats utom hemmet, % av befolkningen i motsv. ålder (2012)	1,4	1,5	1,7	1,2	1,3	1,2
HÄLSA						
THL:s sjuklighetsindex, åldersstandardiserat (2010) ¹	100,0	88,5	115,7	114,2	99,1	97,7
LEVNADSVANOR						
Försäljning av alkoholdrycker, 100% alkohol, liter / 15 år fyllda (2013)	9,1	9,1	9,4	9,8	8,9	8,6
BEFOLKNINGSSTRUKTUR						
75 år fyllda, % av befolkningen (2013)	8,5	7,0	10,0	8,4	9,3	9,6
Försörjningskvot, demografisk (2013) ²	55,7	50,1	59,0	58,9	58,8	58,9
Annat modersmål än finska, svenska eller samiska / 1 000 invånare (2013)	53,0	92,0	25,8	21,3	33,1	46,6
Utbildningsnivåmätare (2012) ³	345,0	378,0	323,0	329,0	329,0	327,0

¹ summaindex räknad utifrån sju sjukdomsgrupper, hela landet under den senaste tidsperioden = 100;

² antal under 15-åringar och 65 år fyllda i relation till 100 invånare i åldern 15-64 år;

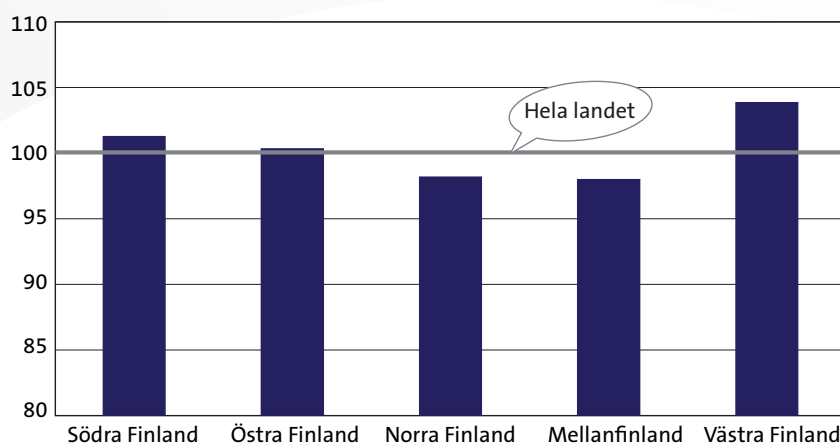
³ den genomsnittliga längden per person gällande den högsta utbildning som avlagts efter grundnivån (år*100)



Figur 1

Demografisk försörjningskvot: antal under 15-åringar och 65 år fyllda i relation till 100 invånare i åldern 15-64 år

De demografiska trenderna är mycket tydliga: försörjningskvoten ökar, befolkningen åldras, utbildningsnivån stiger och andelen invånare med annat modersmål än Finlands officiella språk ökar. Södra Finland har en fördelaktigare ställning än de andra områdena.



Figur 2

Behovsstandardiserade utgifter för den kommunala social- och hälsovården efter sote-område år 2012, hela landet = 100

övägande del av befolkningen är äldre, och hälsotillståndet bland befolkningen är allmänt taget sämre än i de övriga områdena, även när skillnaderna i åldersstrukturen beaktats.

Servicebehov och resurser i obalans

Det relativa behovet av kommunala social- och hälso-tjänster varierar ganska mycket mellan social- och hälsovårdsområdena. Servicebehovet är minst i Södra Finland, cirka 9 procent lägre än landets genomsnitt. Störst är servicebehovet i Östra Finlands område, cirka 10 procent högre än genomsnittet. Skillnaden i servicebehovet mellan social- och hälsovårdsområdena är närmare 20 procent. Den kommunala social- och hälsovården tilldelas emellertid inte resurser utgående från befolkningens servicebehov, eftersom det finns tydliga skillnader mellan social- och hälsovårdsområdena i de behovsstandardiserade kostnaderna. De behovsstandardiserade kostnaderna i Mellanfinlands och Norra Finlands områden är cirka 2 procent lägre än landets genomsnitt, medan kostnaderna i Västra Finland är cirka 4 procent högre än genomsnittet. Skillnaden mellan vårdområdenas behovsstandardiserade kostnader är cirka 6 procent. (figur 2).

Social- och hälsovårdsområdenas verksamhet täcker tre fjärdedelar av utgifterna för social- och hälsovården

Social- och hälsovårdsområdenas verksamhet finansieras med de kapitationsbaserade finansieringsavgifter som kommunerna betalar samt med klientavgifter och andra driftintäkter. Staten deltar indirekt i finansieringen av social- och hälsovårdsområdena via statsandelarna. Sjukförsäkringen betalar ersättning till befolkningen för läkemedel, anlitande av privat hälso- och sjukvård samt resekostnader. Arbetsgivarna finansierar en del av invånarnas företagshälsovård. Enligt en grov uppskattning används inom social- och hälsovårdsområdena totalt 4 600–4 800 euro per invånare och år till det kommunala social- och hälsoväsendet, hälso- och sjukvård som ersätts med stöd av sjukförsäkringen samt till företagshälsovård (tabell 2, figur 3). Av detta belopp utgör 72–74 procent kommunal och statlig finansiering som kanaliseras till hälso- och sjukvårdsområdenas verksamhet.

Tabell 2

Utgifter för kommunal social- och hälsovård, vård som ersatts av sjukförsäkringen samt företagshälsovård efter social- och hälsovårdsområde (sote-område), grov uppskattning enl. uppgifter från 2012, euro per invånare

Sote-alue	Kommunal social- och hälsovård			Hälso- och sjukvård ersatts av sjukförsäkringen*			Företagshälsovård**			TOTALT
	Kommunen och staten	Övriga***	Totalt	FPA	Självrisk	Totalt	FPA	Arbetsgivare	Totalt	
Södra Finland	3 381	503	3 884	317	256	573	68	93	160	4 617
Östra Finland	3 559	559	4 118	383	207	590	50	59	109	4 817
Norra Finland	3 537	622	4 159	369	188	556	53	65	119	4 834
Mellanfinland	3 413	509	3 922	351	219	569	56	69	125	4 616
Västra Finland	3 436	619	4 055	349	243	591	55	68	122	4 768
HELA LANDET	3 419	544	3 962	343	228	571	58	75	133	4 667

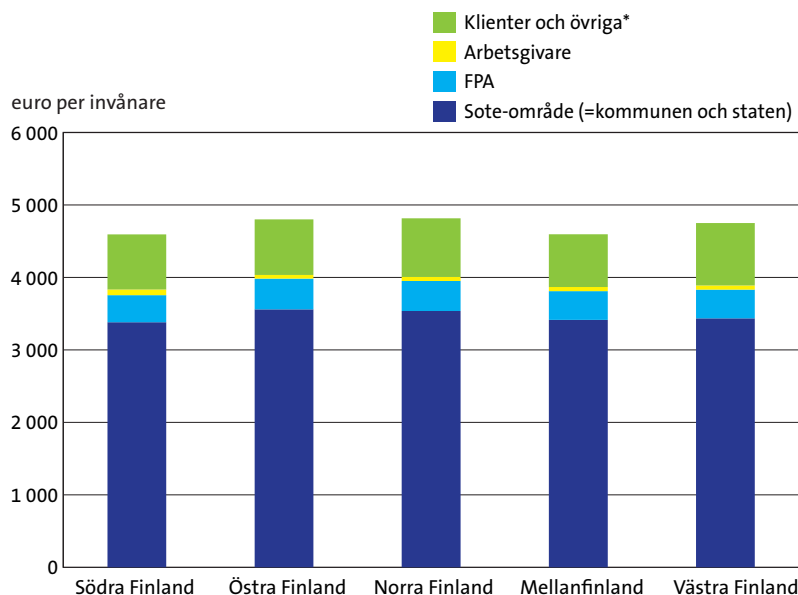
* Läkemedel, läkararvoden, tandvård, undersökning och vård, resor

** Uppgifter från år 2009 omräknade enligt prisnivån år 2012

*** Klientavgifter och andra driftsintäkter

Figur 3

Den totala finansieringen av social- och hälsovården efter sote-område, enligt grov uppskattning enl. uppgifter från år 2012, euro per invånare



* Den kommunala social- och hälsovårdens klientavgifter och andra driftsintäkter, självrisk för läkemedel, resekostnader och privat företagshälsovård

1 Servicenätet och serviceproduktionen, inkl. närtjänster samt integrationen i praktiken

Södra Finlands social- och hälsovårdsområde har en befolkning på närmare två miljoner, Mellanfinlands område en dryg miljon och de övriga områdena under en miljon invånare. Östra Finlands område är det minsta med ett befolkningsunderlag på drygt 700 000 invånare. (Tabell s. 3). Det geografiskt sett största området är Norra Finlands social- och hälsovårdsområde, som innefattar nästan hälften (47 %) av Finlands areal, men som har den näst minsta befolkningen, drygt 700 000 invånare. Södra och Västra Finlands områden bildas av de bandliknande sjukvårdsdistrikten på kustområdet. Särskilt Västra Finlands område saknar naturliga kommunikationsleder från den sydligaste kommunen till universitetssjukhuset.

Att tänka på vid beslut om social- och hälsovårdsområden: är de nuvarande ERVA-områdena den bästa grunden för den nya områdesindelningen?

I samband med reformen kan sjukhusresurser efter behov inriktas på att effektivisera öppenvården.

Reformen möjliggör en bättre tillgång till högklassigare socialtjänster.

De 20 nuvarande sjukvårdsdistrikten placerar sig ganska jämnt mellan social- och hälsovårdsområdena; Norra Finlands och Södra Finlands områden innefattar fem, Mellanfinlands område fyra samt Södra Finlands och Västra Finlands områden tre sjukvårdsdistrikt. Södra Finlands område har 39 kommuner, och i de övriga områdena varierar antalet kommuner mellan 62 och 68.

Andelen samarbetsområden (samkommuner och samarbetsområden som fungerar enligt modellerna för värdkommun eller ansvarskommun) av dem som ordnar social- och hälsovård är minst i Södra Finlands område (18 %) och i Norra Finlands område (29 %). Mellanfinlands social- och hälsovårdsområde har det största antalet aktörer som ordnar social- och hälsovård enligt värdkommunmodellen.

Hälften av anordnarna av social- och hälsovård betjänar ett område med färre än 20 000 invånare. Majoriteten av dessa är kommuner som självständigt ordnar service för en liten befolkning; andelen sådana kommuner är störst inom Norra Finlands social- och hälsovårdsområde (74 %).

Sjukvårdstjänster produceras i Finland vid över 100 specialistledda sjukhus (se kartan på s. 10). De övriga områdena förutom Södra Finland har 13–19 specialistledda sjukhus per social- och hälsovårdsområde. Dessa innefattar centralsjukhus, psykiatriska sjukhus samt specialistledda hälsocentralsjukhus. Södra Finlands område har överlägset mest specialistledda sjukhus som geografiskt sett är avskilda och/eller belägna i andra kommuner (närmare 40). Antalet allmänläkarledda hälsocentralssjukhus eller -vårdavdelningar är cirka 240, och de flesta finns inom Östra Finlands område. Östra Finlands område har drygt 13 000 invånare per hälsocentralssjukhus (över 60 hvc-sjukhus).








Finland har cirka 570 sådana hälsostationer som åtminstone några dagar i veckan har läkarmottagning (drygt 100 på varje specialupptagningsområde). Saken utreddes våren 2013 genom en enkät riktad till hälsovårdscentralerna om öppen sjukvård inom primärvården. I relation till befolkningen är servicenätet för läkarmottagning tätast inom Västra Finlands och Norra Finlands områden (cirka 7 000 invånare per hälsostation).



Socialtjänster produceras i Finland av samtliga kommuner, antingen självständigt eller i samarbete med andra. Servicenätet är splittrat och tillgången till service varierar beroende på de stora skillnaderna i kommunernas storlek. Problemet för socialservicen i små kommuner är brist på kompetens och socialarbetare, särskilt inom sådana verksamheter där specialkompetens behövs (t.ex. barnskyddet). Enligt den senaste statistiken (2007) hade Norra Finland, som relativt sett har flest kommuner med litet befolkningsunderlag, det minsta antalet socialarbetare, 6 anställda per 1 000 invånare. Mest socialarbetare hade Södra Finland, 9 anställda per 1 000 invånare. Tills vidare har man i Finland inte lyckats lösa den redan kroniska bristen på socialarbetare som inom de närmaste åren kommer att försvåras ytterligare till följd av det stora antalet pensioneringar.

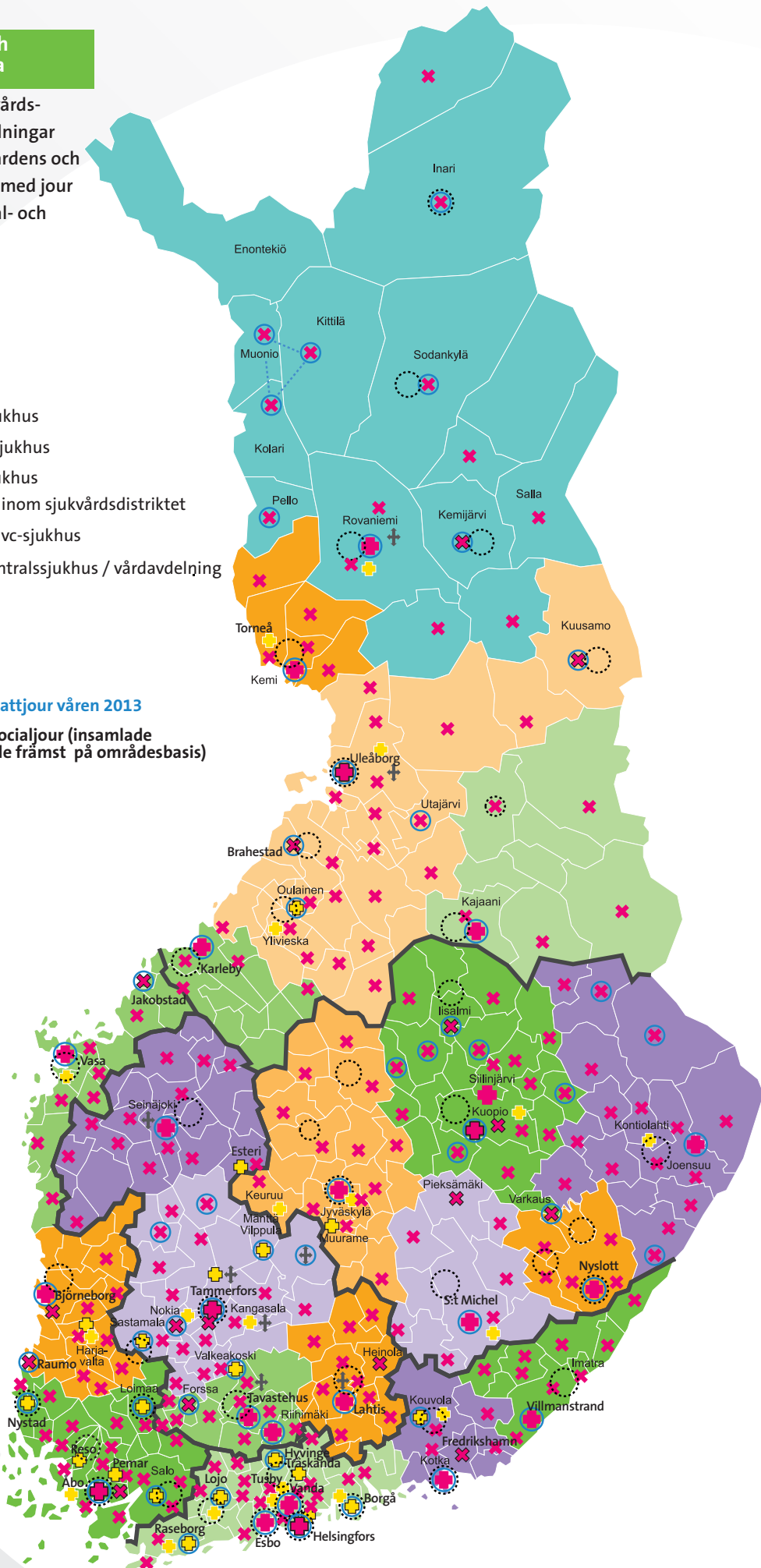
1 Rintanen, Hannu; Puromäki, Henna; Heinämäki, Liisa; Terveyskeskuksen avosairaanhoidon järjestelyt Suomessa – Kysely terveystieteiden keskukselle keväällä 2013. . Työpäpöri: 2014_018. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-216-4> (på finska; sammandrag på svenska).

**Karta över social- och
hälsovårdsområdena**

Sjukhusens och hälsovårds-
centralernas vårdavdelningar
samt hälso- och sjukvårdens och
socialvårdens enheter med jour
dygnet runt efter social- och
hälsovårdsområde

-  Universitetssjukhus
-  Annat centralsjukhus
-  Psykiatriskt sjukhus
-  Annat sjukhus inom sjukvårdsdistriktet
-  Specialistlett hvc-sjukhus
-  Annat hälsocentralsjukhus / vårdavdelning
-  Privatsjukhus

-  Enheter med nattjour våren 2013
-  Enheter med socialjour (insamlade och lokaliserade främst på områdesbasis)



Målet är att en enda instans med effektivt ledarskap svarar för både tjänster och budget.

Den vidstående kartan visar sjukhusen och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar samt jourplatser utanför tjänstetid både inom hälso- och sjukvården och inom socialväsendet. För närvarande finns det cirka 60 jourplatser som håller öppet dygnet runt. Antalet varierar mellan 10 och 14 beroende på specialupptagningsområde. På kartan kan man särskilt uppmärksamma kedjan av enheter med nattjour som vuxit upp längs motorvägen mellan Tammerfors och Helsingfors. Jourarrangemangen kommer i väsentlig grad att definiera hur servicesystemet utvecklas framöver.

Enheter där socialtjänsterna erbjuder nattjour har insamlats och lokaliserats på kartan på områdesbasis. Det är rätt svårt att få heltäckande och tillförlitlig information om arrangemangen, eftersom socialjour produceras av ett flertal aktörer och inte ordnas på samma sätt eller enligt samma områdesindelning som hälso- och sjukvårdens jourtjänster.

Socialjouren fungerar under tjänstetid i större kommuner, vanligtvis i någon av verksamhetsenheterna för kommunens socialväsende. Kvälls, natt- och veckoslutsjour har ofta ordnats gemensamt mellan flera kommuner eller samarbetsområden. Fysiskt kan socialjouren vara belägen på polisstationen eller till exempel på ett skyddshem. I många kommuner ordnas socialjouren utanför tjänstetid genom en uppmaning på webbplatsen att ringa nödnumret 112. Ett flertal kommuner anger ingen separat besöksadress för socialjour.

Social- och hälsovården är sämst integrerad i kommuner med litet befolkningsunderlag, som de facto mest skulle gynnas av en integrering. Målet för propositionen är en så fullständig integrering av social- och hälsovården som möjligt, och denna integration ska planeras tillsammans och säkerställas i organiseringsbeslutet samt i resultatavtalen mellan social- och hälsovårdssområdet och serviceproducenterna.

Inom samarbetsområdena och samkommunerna som grundats för ordnande av primärvården förekommer stora variationer i sätten att ordna socialtjänster samt tjänsternas omfattning. Det är svårt att ge en tydlig eller enkelt grupperad beskrivning av nuläget. I alla kommuner (med undantag av en enda kommun) som själva ordnar sin hälso- och sjukvård fungerar socialväsendet och primärvården tillsammans. Totalt cirka 92 procent av befolkningen i Fastlandsfinland bor i kommuner med en omfattande integration av social- och hälsotjänsterna på kommunal nivå (tabell 3). De kommuner där social- och hälsotjänsterna fortfarande ordnas separat är i genomsnitt små kommuner med cirka 6 300 invånare. Målen som ställts för samarbetsområdena (bl.a. i lagen om en kommun- och servicestrukturreform, s.k. Paras-ramlagen) om att primärvården och socialtjänsterna i anslutning till den ska ordnas som en funktionell helhet uppnås sämst i små kommuner.

I vissa områden, till exempel Södra Karelen och Kajanaland, har integrationen av hälso- och sjukvården (primärvården och den specialiserade sjukvården) genomförts på bred bas.

2 THL har sammanställt uppgifter från många olika källor om ordnandet och produktionen av socialtjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster i den s.k. RAMU-databasen (databasen för strukturreformen).

Grunden för jourdata är den helhetsundersökning av jourtjänsterna som THL genomfört år 2011 (<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085348>). Uppgifterna har uppdaterats, i första hand med hjälp av webbdatabas år 2013, och även för denna utredning våren 2014.

Tabell 3

Integrationen av social- och hälsovården efter social- och hälsovårdsområde (sote-område), beskrivning av nuläget

Sote-områden	Kommuner i sote-området	Kommuner som själva ordnar hälso- och sjukvården	Medlemskommuner i samarbetsområdena (totalt 62)		Befolkning	
		Social- och hälsotjänsterna sammanslagits	Social- och hälsotjänsterna sammanslagits*	Social- och hälsotjänsterna separata **	Samtliga kommuner	Social- och hälsotjänsterna sammanslagits
Södra Finland	39	23	14	2	1 887 566	1 869 253
Östra Finland	68	14	28	26	817 166	691 806
Norra Finland	68	27	37	4	741 135	734 769
Mellanfinland	67	14 ***	34	19	1 109 280	927 363
Västra Finland	62	11	31	20	867 457	744 843
TOTALT	304	89	144	71	5 422 604	4 968 034

* samtliga socialtjänster eller utan barndagvården

** några enstaka socialtjänster kan vara sammanslagna

***en betydande del av socialtjänsterna i en kommun utgör kommunal verksamhet, resten produceras av privata företag

Ett stort befolkningsunderlag möjliggör mångsidig service och tryggar tillgången till närtjänster.

Närtjänster kräver ett intensivt samarbete med andra kommunala serviceformer.

Enligt propositionen ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas hur tjänsterna kan ordnas på ett sätt som säkerställer att klientens samlade service är samordnad, integrerad. Särskilt kommuner och samkommuner med produktionsansvar ska se till att tjänsterna integreras och att de tillhandahålls nära klienten. Detta har betydelse särskilt för klienter som behöver tjänster ofta och i hög grad. Däremot kan och bör specialtjänster som anlitas sällan eller en gång i livet centraliseras, särskilt om det bidrar till en bättre tillgång till tjänster, kostnadseffektivitet och hög kvalitet.

Säkerställandet av tillgången till närtjänster och kompetensen i dem kan förutsätta att de ordnas på betydligt större befolkningsunderlag än hittills. Detta gäller speciellt socialarbete för vuxna, barnskydd, handikappservice samt mentalvårds- och missbrukartjänster. En nyss publicerad studie visar att mångsidigheten av och kompetensen i mentalvårds- och missbrukartjänster säkerställs när folkmängden i området är över 150 000 invånare. Samordningen av servicen för klienterna förutsätter en precisering av social- och hälsovårdens arbetsfördelning så att fungerande servicekedjor kan bildas. I servicekedjorna säkerställs förebyggande arbete, tidigt ingripande och specialisering i tjänster som inte är lönsamma att producera för ett litet befolkningsunderlag. När strukturen för organisering och produktion byggs ut kan man också anta att serviceinnehållen blir mer enhetliga och tillgången till service förbättras.

Samordningen av tjänsterna förutsätter även ett gott samarbete med andra tjänster som kommunen producerar. Centrala samarbetsparter till exempel i tjänsterna för barn, unga och familjer är fostrings-, undervisnings- och ungdomstjänsterna samt tredje sektorn. Även elevvården ordnas i samarbete mellan skolan och social- och hälsovården. Dessutom bör den sociala sidan ha fungerande kontakter bland annat med arbetsförmedlingen. För äldre som behöver service i städerna betyder närtjänster att dessa finns på gångavstånd. Särskilt på landsbygden behövs mer effektiva ambulerande tjänster. I annat fall kan äldre behöva flytta till tätorter för att få service. En rätt avvägd servicekapacitet och tillgänglighet särskilt för äldre

Flexibla arbetstider för yrkesutbildade efterlyses, särskilt för läkare.

och rörelsehindrade förutsätter samarbete med kommunens övriga tjänster. Som exempel bör en tillgänglig och nåbar kollektivtrafik kunna stöda enskilda personers funktionsförmåga, delaktighet och välfärd.

Sjukhusnätet är i dag onödigt tätt och det nuvarande servicemaskineriet med tillhörande apparatur används inte i optimal utsträckning. Man bör fästa uppmärksamhet vid att öka flexibiliteten i arbetstiderna och utvidga arbetsbeskrivningarna även för andra än vårdpersonalen. En flexibel arbetstid för läkare skulle betydligt höja utnyttjandet av befintlig teknisk och annan kapacitet och möjliggöra ett glesare sjukhusnät.

Befolkningens välfärd och hälsa främjas av social- och hälsovårdsområdet, serviceproducenterna och kommunerna

Det är också i fortsättningen kommunernas uppgift att främja välfärd och hälsa. Utgångspunkten för detta är välfärdsberättelsen som ska tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod. Kommunen ska bevaka kommuninvånarnas levnadsförhållanden, välfärd och hälsa i olika delar av kommunen och i olika befolkningsgrupper. Kommunen ska också årligen lämna en rapport om dessa till kommunfullmäktige. Till följd av lagen kommer sakkunskapen inom kommunens social- och hälsovård att övergå från kommunen till social- och hälsovårdsområdet och de organisationer som producerar tjänsterna, vilket är en ny situation för kommunerna.

Social- och hälsovårdsområdet och de produktionsansvariga kommunerna och samkommunerna främjar välfärd och hälsa i sin egen verksamhet och via sin sakkunskap som de erbjuder till kommunerna. Sakkunskapens karaktär eller de uppgifter som de hänför sig till har inte närmare preciserats. Samtliga aktörer har sin egen viktiga uppgift, och utan nära samarbete och gemensamma mål är det inte möjligt att främja eller bevara befolkningens välfärd och hälsa.

I propositionen förutsätts att ett social- och hälsovårdsområde och en kommun eller samkommun med produktionsansvar ska samla in sina invånarnas synpunkter på tillståndet för befolkningens välfärd och hälsa samt social- och hälso-tjänsternas kvalitet och funktion. Dessutom ska de som anlitar tjänsterna få delta i att utveckla tjänsterna och uppmuntras till att ta initiativ. Klienternas synpunkter ska beaktas både i organiseringsbeslutet för social- och hälsovårdsområdet och i de årliga planerna som görs upp av dem som svarar för serviceproduktionen.

Att stärka invånarnas delaktighet i beslutsfattandet och planeringen är ett viktigt led i strävan efter jämlika och klientorienterade tjänster. Genom att särskilt framhålla delaktigheten för utsatta grupper kan man komma närmare målet att minska ojämlikheten i hälsa och välfärd inom social- och hälsovården.

Genom att göra invånarna delaktiga i planeringen och utvärderingen av servicen kan man ändra fokus från produktionsorientering till klientorientering.

Bakgrundsmaterialet till analysen finns på nätet, se bakpärmen.

Som en del av förhandsanalysen av konsekvenserna har THL:s sakkunniga intervjuat 15 chefer inom servicesystemet. De har alla varit med om att dryfta de nya strukturer för ordnande och produktion som propositionen kommer att medföra i deras social- och hälsovårdsområden. Intervjuerna gjordes efter att propositionen publicerats (18.8.2014) under tiden 19.8–1.9. De intervjuade fick tillgång till utkastet till propositionen cirka en vecka för intervjun.

Resultaten av intervjuerna har utnyttjats i analysens samtliga kapitel.

4 Honga Göran, chef för sjukvårdsdistriktet, Vasa sjukvårdsdistrikt; Ikonen Anna-Kaisa, borgmästare, Tammerfors stad; Jolkkonen Juha, avdelningschef, sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster, Helsingfors stad; Kekkonen Raimo, sjukvårdsområdets chef, Lojo sjukvårdsområde; Kinnunen Juha, chef för sjukvårdsdistriktet, Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt; Kirmanen Tiina, sektorchef för välfärdstjänster, Imatra stad; Kuosmanen Pekka, produktionschef, Joensuu stad; Kärnä Mikko, kommundirektör, Enontekiö kommun; Lehtonen Olli-Pekka, chef för sjukvårdsdistriktet, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt; Leskinen Hannu, chef för sjukvårdsdistriktet, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt; Nieminen Markku S., verksamhetschef, hjärt- och lungcentret, HNS; Nummi Jouni, direktör för samkommunen, Eskoo samkommun för socialtjänster; Pääkkönen Tuomo, medicinalråd; Sutinen Pia, avdelningschef, familje- och socialtjänster, Helsingfors stad, Ylitalo-Katajisto Kirsti, välfärdsdirektör, Uleåborgs stad

Social- och hälsovårdsschefernas åsikter om propositionen

Det viktigaste budskapet i intervjuerna var att grundstrukturen och målen i propositionen är ändamålsenliga. Propositionen bör ännu vidareutvecklas efter en precisering av de viktigaste punkterna som lämnar rum för tolkning. Tanken om att godkännandet av propositionen skulle skjutas upp eller att den skulle behöva beredas på nytt ansågs vara omöjlig, eftersom de som nu ordnar servicen utan dröjsmål behöver riktlinjer för att kunna revidera sina system. Den största bristen i propositionen ansågs vara att planerna om en reform av social- och hälsovårdens finansiering inte kommit längre än beredningsskedet. Detta ansågs dock inte hindra införandet av det aktuella lagförslaget. I alla intervjuer nämndes som en praktisk svårighet den ytterst strama tidsramen, som medför en risk för att det inte finns tillräckligt med tid att dryfta de nya strukturerna. Som ett konkret förslag i diskussionerna framfördes tanken om att man inom områdena ska bilda processmål för de nya strukturerna, vilka ska uppnås steg för steg och skrivs in i organiseringsbeslutet och följas upp årligen under en fyraårsperiod.

De intervjuade aktörerna som arbetar med dessa frågor i praktiken anser att propositionen möjliggör en strukturell förändring i rätt riktning.

Detta förutsätter

- preciseringar i lagen för att den ska lämna mindre rum för tolkning och skapa en enhetlig struktur
- fokusering på integration både vid ordnande och produktion
- förståelse för att förändring är en process och målen uppnås steg för steg
- ett starkt och kompetent ledarskap i social- och hälsovårdsområdet och välfungerande uppföljningssystem
- starka produktionsområden med intresse och skyldighet att fatta beslut med hänsyn till områdets ekonomi och befolkningens behov (bl.a. att tjänster tillhandahålls på lika villkor)
- nytt slags ledarskap och professionellt engagemang hos den yrkesutbildade personalen, så att reformen kan genomföras på produktionsområdena
- att nuvarande strukturer (fastigheter o. dyl.) inte utgör hinder för förändringen
- fungerande kontakter inom kommunen (finansiering och horisontellt samarbete)

Och möjliggör

- rationalisering av tjänsterna – bort med överlappningar, oklara organisationer och onödiga kostnader
- en förändring av servicestrukturen som möter behoven (institutionsvård, hemvård, rehabilitering, arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården samt centralisering, jourarrangemang m.fl.)
- att kostnadsökningen stävjas

2 Hur förvaltnings- och produktionsstrukturen kommer att fungera

Propositionen kan leda till tre olika slag av samkommuner: samkommuner inom social- och hälsovårdsområdet, samkommuner med produktionsansvar och samkommuner för egendom.

Enligt propositionen bildas fem samkommuner inom social- och hälsovårdsområden som har ansvar för att ordna social- och hälso- tjänsterna. För serviceproduktionen svarar de kommuner och samkommuner som uppfyller förutsättningarna för produktionsansvar enligt 14 § i den föreslagna lagen och som anvisas produktionsansvaret i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Produktionsansvaret omfattar samtliga tjänster och serviceformer inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården utom ansvaret för jour dygnet runt, vilket kan delegeras endast till några kommuner eller samkommuner inom social- och hälsovårdsområdet. Som en avvikelse från huvudregeln kan området besluta att tilldela ett begränsat produktionsansvar till en så kallad tematisk samkommun, om det finns ett särskilt skäl till detta som hänför sig till klienternas behov eller produktionen av servicen. I beslutet om att ordna social- och hälsovård kan även bestämmas att social- och hälsovårdsområdet har produktionsansvaret för vissa stödtjänster som anges separat. Området kan också överta produktionsansvaret för sådana social- och hälsovårdsuppgifter som inte har kunnat tillhandahållas på annat sätt.

Det är svårt att förutse exakt hur många olika administrativa organisationer som lagen kommer att ge upphov till.

Om medlemskommunerna i en nuvarande samkommun för social- och hälsovården inte avtalar om något annat, ansvarar samkommunen alltjämt för ägandet och administrationen av samkommunens fastigheter och övriga egendom som hör till dem. Propositionen leder till att det bildas tre olika slags samkommuner: samkommuner för social- och hälsovården, där alla kommuner i området är medlemmar, samt samkommuner med produktionsansvar och samkommuner för egendom. Samkommunerna kan ha olika medlemsunderlag.

Propositionen kommer sannolikt att leda till en avsevärd minskning av både antalet aktörer med organiseringsansvar och antalet aktörer med produktionsansvar. Det är dock svårt att förutse exakt hur många olika administrativa organisationer som bildas, eftersom lagen här lämnar rum för tolkning. Förutsättningarna för och omfattningen av produktionsansvar har fastställts i lagens 14 § på så sätt att bestämmelsen vägleder aktörerna att bilda ett litet antal relativt starka organisationer, trots att paragrafen till sitt innehåll inte är helt entydig. Antalet produktionsansvariga aktörer beror på de regionala lösningarna och i vilken mån det bildas sådana tematiska samkommuner som möjliggörs av propositionen. De tematiska samkommunerna är avsedda som undantag. Antalet förvaltningsorganisationer kan öka om samkommuner för egendom bildas. Det är svårt att på förhand bedöma antalet, eftersom det beror på den produktionsstruktur som bildas i området och på egendomsförvaltningen i samband med den. Verkställighetssättet avgör också hur många olika producerande enheter, stödtjänster och egentliga social- och hälso- tjänster social- och hälsovårdsområdena själva ska producera.

Färre aktörer ger bättre möjligheter att hantera och styra systemet.

Ju fler produktionsansvariga organisationer som bildas på områdena, desto svårare blir det att förvalta och styra produktionsstrukturen. Skillnaden mellan organiseringsansvar och produktionsansvar är inte entydigt

Verkställigheten av lagen förutsätter många administrativa åtgärder och nya arrangemang.

Propositionen kan anses ge statsförvaltningen ökade styrmöjligheter genom att nya institutionella strukturer och verktyg skapas för styrningen.

Propositionen skapar förutsättningar för bättre kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården, och särskilt inom dess förvaltning.

fastställd i lagen. Lagen anger inte direkt vilka administrativa uppgifter och ansvar som i olika situationer hör till social- och hälsovårdsområdet och vilka till den produktionsansvariga aktören. Den som ordnar tjänsterna har medvetet i lagen getts en möjlighet att ta ansvaret för produktionen. Dessutom har skillnaden mellan organiseringsansvar och produktionsansvar föreskrivits på en så allmän nivå, att det i praktiken kan bli producentens uppgift att sköta uppgifter av organiseringskaraktär. Detta kommer att påverka förvaltnings- och produktionsstrukturens funktion och styrbarhet och kan orsaka både överlappningar i verksamheten och konflikter i fördelningen av behörighet och ansvar. Organiseringsbeslutet har här en avgörande betydelse. En vag reglering kan leda till stora regionala skillnader då lagen verkställs.

De omorganiseringar som lagen förutsätter kan bland annat vara att avveckla ett flertal befintliga samkommuner eller ändra deras uppgift, bransch och organisation, att grunda nya samkommuner, att ordna personalens ställning, egendomsarrangemang eller att utveckla nya metoder för ledarskap och verksamhet. I relation till detta är tidsramen för verkställigheten mycket stram. Det kommer knappast att vara möjligt att genomföra alla planerade och behövliga åtgärder inom den tidsram som anges i propositionen. Sannolikt kommer det att ta en längre tid att verkställa lagen och att till exempel bilda en ändamålsenlig produktionsstruktur. Måluppfyllelsen enligt lagen kan äventyras om man inte redan i början av verkställighetskedet ställer tydliga etappvisa mål. Det är av högsta värde för måluppfyllelsen att verkställigheten styrs nationellt och får nationellt stöd.

Styrningen kan också tänkas bli mer effektiv när antalet aktörer med organisationsansvar minskar. Styrningen sker genom informationsstyrning men är i hög grad baserad på ett ökat och mer systematiskt samarbete med servicesystemet. Det är ytterst viktigt att en systematisk och aktiv uppföljning etableras för detta ändamål, till exempel i samband med planerna för egenkontroll.

De viktigaste verktygen för styrningen av social- och hälsovårdsområdena är beslutet om att ordna social- och hälsovård och de årliga resultatavtalen. Propositionen reglerar inte styrverktygen särskilt detaljerat, utan den lämnar mycket rum för ny praxis. Styrningens effektivitet kan i praktiken försämrans dels av att beställarens och producentens roller differentieras alltför mycket, dels av lokalpolitiska och historiska orsaker. Serviceproducenterna har fortfarande en central roll, i synnerhet när det gäller arrangemang som syftar till en klientorienterad integration och större kostnadseffektivitet. I verkställigheten bör man fästa särskild uppmärksamhet vid att skapa praktiska modeller för styrningen av social- och hälsovårdsområdena och framför allt för uppgörandet av organiseringsbeslutet. Styrningen blir betydligt effektivare om organiseringsbesluten är konkreta och systemet styrbart.

Det minskade antalet administrativa aktörer kan väntas höja kostnadseffektiviteten, särskilt om de administrativa uppgifterna och tjänsterna koncentreras. Det som dock är avgörande för en kostnadseffektiv förvaltning och verksamhet är antalet produktionsansvariga aktörer samt hur enhetlig eller splittrad produktionsstrukturen är. Ju fler olika aktörer som uppstår inom ett social- och hälsovårdsområde (anordnare/producent/ägare), desto större är risken för överlappningar inom förvaltningen.

3 Förutsättningarna för att trygga tillgång till tjänster på lika villkor

En totalintegration av ordnandet och en centralisering av organiseringsansvaret till stora social- och hälsovårdsområden främjar en likvärdig tillgång till tjänster av hög kvalitet.

Organiseringsbeslutet

Ett social- och hälsovårdsområde ska vart fjärde år, efter förhandlingar med de produktionsansvariga kommunerna och samkommunerna utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård. Organiseringsbeslutet godkänns av social- och hälsovårdsområdets högsta beslutande organ. Social- och hälsovårdsministeriet godkänner i sin tur organiseringsbeslutet enligt det förhandlingsförfarande som anges i propositionen. Genomförandet av organiseringsbeslutet ska följas upp och utvärderas årligen, och beslutet ska vid behov ändras. Närmare bestämmelser om beslutets innehåll kan utfärdas genom förordning av statsrådet. .

En sådan fullständig integration av social- och hälsotjänsterna som avses i propositionen kan väntas främja tillgången till likvärdiga och tillgängliga tjänster, eftersom den möjliggör en rationell allokering och samordning av resurserna i enlighet med social- och hälsovårdens målsättningar. Lagen kommer att överföra ansvaret för organiseringen på avsevärt större aktörer än hittills. Erfarenheter från andra länder visar att detta sannolikt leder till ökad jämlikhet och mindre regionala skillnader i serviceproduktionen. De instanser som ordnar tjänsterna måste dock ha såväl yrkeskompetens i social- och hälsovård som kapacitet att följa upp, utveckla och styra serviceproduktionen. Bred ledarkompetens får ökad betydelse.

Ett starkt kunnande i att organisera verksamheten behövs särskilt när det gäller att ta i bruk nya sätt att ordna tjänster, beställar-utförar-modeller och servicesedlar eller valfritetssystem. Funktioner för anskaffning, godkännande, uppföljning och styrning i samband med dessa ger goda möjligheter att utveckla och styra kvaliteten i serviceproduktionen.

De organiserande aktörerna ska vara tillräckligt starka för att dels kunna koncentrera produktionen till stora enheter när detta är nödvändigt med tanke på tjänsternas kvalitet, dels vid behov decentralisera produktionen till små enheter eller ordna ambulerande tjänster och elektroniska serviceenheter. Möjligheten att samordna de olika delarna av serviceproduktionen och personalen bygger på de ekonomiska resurser och den samlade kompetens som finns hos stora organiseringsansvariga aktörer.

Organiseringsbeslutet ger nya möjligheter att styra tillgången och kvaliteten, men definieringen av innehållet kräver tid och exceptionellt hög kompetens

Många delområden i organiseringsbeslutet gäller direkt tillgången till tjänster på lika villkor samt tjänsternas tillgänglighet och kvalitet. I beslutet ska bland annat följande definieras:

- på vilket sätt tillgången till närservice säkerställs;
- social- och hälsotjänsternas kvalitets- och servicenivå samt enhetlig praxis och
- hur genomförandet av ovannämnda krav följs upp och utvärderas.

Av propositionen eller motiveringen framgår dock inte närmare vad de föreskrivna definitionerna ska innehålla och hur detaljerat de ska beskrivas i beslutet. Det är inte heller klart i vilken mån lagstiftaren vill att social- och hälsovårdsområdena ska styra produktionsstrukturens detaljer eller relationen mellan de produktionsansvariga samkommunerna och serviceproducenterna.

Viktiga kompetensområden när det gäller att ordna tillgängliga och högklassiga tjänster:

- förmåga att gestalta helheter som korrelerar med befolkningens behov och som förutsätts enligt lagstiftningen
- en klar uppfattning om vilka tjänster som ska stärkas, bevaras oförändrade eller minskas i det aktuella vårdområdet
- kunskap om upphandlingslagstiftningen och praxis som gäller tillämpningen av den
- definiering av och kunskap om vård- och servicehelheter
- fastställande av ersättningar till producenterna och tillämpning av ekonomiska styrinstrument
- fastställande av kvalitetskrav och kvalitetskriterier som ska gälla för producenterna
- uppföljning och styrning av serviceproduktionens innehåll och kvalitet
- forsknings- och utvecklingsarbetet ska flätas samman med den praktiska serviceproduktionen.

*Genom
organiseringsbeslutet
kan resurser flyttas
från specialtjänster till
bastjänster.*

Innehållet i organiseringsbesluten kommer förmodligen att variera i det initiala skedet. I ett kunnigt område där förvaltningen redan har omfattande erfarenhet av anskaffning och godkännande kan beslutet vara ett utmärkt instrument för uppföljning och styrning av kvaliteten. Då kan man i organiseringsbeslutet ställa krav på produktionsansvariga samkommuner och enskilda producenter gällande t.ex. väntetider, klientnöjdhet, kvalitets- och patientsäkerhetsmätning och andra kriterier. Visserligen kan den brådskande tidtabellen för verkställigheten bli ett problem när det gäller att bearbeta innehållet i besluten. Utkastet till propositionen tar inte heller ställning till vilka regionala och nationella mekanismer som ska tillämpas vid uppföljningen av organiseringsbesluten eller vilka ansvar, roller och uppgifter som tilldelas dem som ska delta i uppföljningen. Det finns ett behov av ytterligare styrning och stöd som bör bestämmas genom förordning eller på annat sätt.

Ett omfattande kommunalt produktionsansvar kan främja servicehelheten och dess kvalitet

Det omfattande kommunala produktionsansvar som införts i propositionen förutsätter i regel att en och samma aktör kan producera en tillräckligt omfattande servicehelhet. Detta kan tänkas skapa bättre förutsättningar för flexibel service, särskilt för sådana klient- och patientgrupper som har breda och mångsidiga servicebehov. Klienten upplever servicen som flexibel och smidig om den produktionsansvariga aktören förmår främja klientorienterad praxis och integrera servicen så att den fungerar. Mycket beror också på hur en "omfattande helhet av service" ska tolkas. I brist på en tydlig definition är det möjligt att även ganska små kommuner anser sig vara kapabla att bära ansvaret för serviceproduktionen, trots att det inte är ändamålsenligt med hänsyn till lagens mål och andemening.

Enligt propositionen kan ett snävare produktionsansvar ges en tematisk samkommun som bildats för ändamålet, om det finns ett särskilt skäl till detta som hänför sig till klienternas behov eller produktionen av servicen. Eftersom denna typ av situationer inte har specificerats kommer bestämmelsen sannolikt att tolkas på flera olika sätt. I en del områden kan det uppstå idéer om att till exempel grunda samkommuner som ska svara för hela den specialiserade sjukvården i stället för sjukvårdsdistrikten, vilka enligt den nya lagen ska avvecklas.

Enligt propositionen kan social- och hälsovårdsområdet, en kommun och en samkommun tillhandahålla de tjänster som hör till deras produktionsansvar som egen verksamhet, genom avtal med andra kommuner eller samkommuner, genom anskaffning från andra producenter enligt kriterier som godkänts i organiseringsbeslutet eller genom att använda servicesedlar. Ett omfattande organiserings- och produktionsansvar möjliggör i princip en bättre samordning av serviceproduktionen än hittills och en systematisk användning av befintliga personalresurser. På det sättet kan man i princip jämna ut lokala kapacitetsskillnader inom social- och hälsovårdsområdet.

Den föreslagna lagen medför i sig inga nya begränsningar för privat serviceproduktion. Innehållet i lagen gäller primärt det offentliga organiserings- och produktionsansvaret och utgår från de servicebehov som områdets befolkning har. Lagförslaget behandlar inte frågor som gäller patienternas rörlighet eller valfrihet, och det fokuserar inte heller på att stärka klient- eller patientorienteringen. I detta hänseende ligger lagförslaget inte helt i linje med den utveckling som tidigare kommit till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen och i EU:s patientdirektiv. För att valfriheten ska kunna utnyttjas genuint och på ett mer omfattande sätt, bör bestämmelser om den utfärdas på lagnivå i synnerhet när det gäller primärvården. Detta kan visserligen vid behov göras senare. Å andra sidan är det svårt, om inte omöjligt att lösa tillgänglighetsproblemen inom primärvården utan att beakta producenterna inom företagshälsövården.

Social- och hälsovård som ska bygga på evidens och beprövad praxis behöver tillräckliga utvecklingsresurser

För att lagens mål ska kunna uppnås behövs forskningskunskap och evidens på tjänsternas genomslag och kostnadseffektivitet samt kunskap om redan etablerad god praxis. Studier visar att dokument och anvisningar inte räcker till, utan de behöver stöd från regionalt och lokalt utvecklingsarbete, regionalt samarbete mellan universiteten, universitetssjukhusen och det praktiska klient- och patientarbetet samt ett intensivt samarbete med pågående utvecklingsarbete på nationell nivå

När en reform genomförs inom social- och hälsovården är det viktigt att föra samman den utvecklingskompetens som finns i kompetenscentrumen inom det sociala området, enheterna inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården till att bli en del av de nya social- och hälsovårdsorganisationernas normala verksamhet. Det är möjligt förutsatt att tillräckliga resurser budgeteras för utvecklingsarbetet. Vid sidan av regionalt utvecklingsarbete behövs ett nära samarbete på nationell nivå för att koordinera och samordna arbetet i social- och hälsovårdsområdena. Dessa frågor är ännu bristfälligt beredda i lagförslaget.

Som ett nytt element har man i propositionen skrivit in planering och samordning av forsknings-, utbildnings- och utvecklingsverksamheten som uppgifter för social- och hälsovårdsområdet, men annars kvarstår de system som stöder dessa verksamheter i sin nuvarande form eller blir beroende av hur lagen tolkas. Universitetssjukhusens ställning i det nya systemet framgår inte tydligt av propositionen och bör i brådskande ordning klargöras.

En av nyckelfrågorna för en lyckad reform är hur man klarar av att bygga upp ett smidigt samarbete mellan nationella aktörer, såsom organisationer underställda social- och hälsovårdsministeriet och Kommunförbundet, i verkställandet av reformen och utvärderingen av såväl social- och hälsovårdsområdenas som produktionsområdenas verksamhet.

4 Konsekvenser för statsfinanserna och kommunekonomin

Det finns inga tidigare erfarenheter i Finland om ett centraliserat organiseringsansvar för social- och hälsovården till fem områden, och inte heller i andra länder har organiseringsansvaret ordnats på ett lika heltäckande sätt. Därför är det inte möjligt att göra en entydig och tillförlitlig analys av propositionens ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna behandlas här utgående från internationella analyser och på basis av erfarenheter från två exempelområden.

Entydiga internationella bevis saknas tills vidare om den ekonomiska nyttan av integrerade social- och hälsovårdstjänster.

Internationella erfarenheter ger tills vidare inga klara bevis på hur en integration av social- och hälso-tjänsterna påverkar utnyttjandet av tjänsterna och kostnaderna. En omfattande litteraturoversikt (Mason et al 2014) behandlar vilka konsekvenser experimentella integrationer har haft på utnyttjandet av och kostnaderna för tjänsterna samt deras kvalitet och effektivitet i Australien, Kanada, England, Nord-Irland, Skottland, Sverige, USA och Wales. Översikten går igenom de ekonomiska konsekvenserna av 38 integrationsprojekt. Kostnaderna och nyttan av en helhetsintegration av social- och hälsovården (inklusive ordnande, produktion och finansiering) jämförs med kostnaderna och nyttan av "normal", dvs. disintegrerad vård. Det har inte varit möjligt att skilja de ekonomiska effekterna av å ena sidan en finansiell integration och å andra sidan en vård- och serviceintegration från varandra.

Översikten visade varierande resultat i fråga om såväl utnyttjande av service och kostnader för specialiserad sjukvård (34 projekt) som institutionsvård av äldre (11 projekt). I 11 projekt hade en helhetsintegration ingen inverkan på utnyttjandet av och kostnaderna för specialiserad sjukvård. I tre projekt minskade kostnaderna och i ett projekt ökade utnyttjandet av servicen. Av de resterande 19 projekten kunde antingen inga slutsatser dras eller endast oklara sådana. I vissa studier minskade antalet sjukhusbesök i patientgrupper med stort servicebehov.

Totalt 11 projekt handlade om hur en totalintegration av social- och hälsovården påverkade institutionsvården av äldre. I fyra projekt hade institutionsvården varken minskat eller ökat efter integrationen. I ett projekt medförde integrationen ökad vård på institution, medan två projekt visade resultat på minskad institutionsvård. I fyra projekt kunde antingen inga slutsatser dras eller endast oklara sådana.

Skalfördelar och skalnackdelar i produktionen beror på serviceform

För att kunna åstadkomma de besparingar som eftertraktas måste man ha insikt om befolkningens servicebehov i hela social- och hälsovårdsområdet. Resurserna måste allokeras därefter, och därtill behövs långsiktigt och kompetent ledarskap. .

Förslaget enligt propositionen ökar skalan både för organiseringsansvaret och för produktionsansvaret. Reformen kan också leda till en storskaligare serviceproduktion. Enligt studierna uppstår det skalfördelar på små ålderdomshem, men skalnackdelar i större enheter (se Christensen, 2004).

Social- och hälsovårdsreformen bromsar inte i sig kostnadsökningen, utan den förutsätter att beslutsfattare och ledare har kapacitet och förmåga att utnyttja de möjligheter som social- och hälsovårdens integrationsstruktur enligt propositionen erbjuder.

Inom den specialiserade sjukvården observeras skalfördelar i vissa patientgrupper (EuroHOPE Study group 2014, Mäkelä et al 2011). Inom primärvården har effektiviteten konstaterats vara beroende av hälsovårdscentralens storlek (mätt enligt befolkningsunderlaget) på så sätt att produktionseffektiviteten vid små och mycket stora enheter är sämre än vid medelstora enheter (Aaltonen 2006, Aaltonen 2008). Med undantag av ålderdomshem finns det så gott som inga forskningsdata om vilka fördelar eller nackdelar som produktionens storleksskala för med sig.

Det bör framhållas att verkställigheten av lagen trots förhandskalkyler inte automatiskt ger besparingar, eftersom kostnadsutvecklingen inom social- och hälsovården i sista hand beror på politiska beslut och har samband med hur mycket skattemedel som beslutsfattarna är beredda att satsa på offentligt finansierade social- och hälsotjänster. Därför är det möjligt att kalkyler om de ekonomiska effekterna av lagstiftningen redan från början är inexakta eller oändamålsenliga.

Endast riktgivande analyser kan göras om de ekonomiska konsekvenserna av verksamheten i produktionsansvariga samkommuner enligt propositionen. Förvaltningsförsöket i Kajanaland och Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote) har infört en likadan verksamhetsmodell som eftersträvas med propositionen. Skalan är dock avsevärt mindre än i de planerade social- och hälsovårdsområdena, och de två regionerna representerar inte hela landet. Verkställigheten av reformen i hela landet kan påverka förhållandena mellan områdena på ett sätt som inte har kunnat förutses och som inte har observerats i de reformer som varit begränsade till ett enda landskap.

I det följande ges en grov uppskattning av den tänkbara skalan av ekonomiska konsekvenser på basis av förvaltningsförsöket i Kajanaland och det integrerade ordnandet och produktionen av social- och hälsotjänster i Eksote. I förvaltningsförsöket i Kajanaland har social- och hälsotjänster ordnats och producerats integrerat sedan år 2005 och i Eksote sedan år 2010.

Enligt Hämmäläinen och Moisio (2011) har förvaltningsförsöket i Kajanaland varken stävjat eller ökat stegringen av nettokostnaderna för social- och hälsovården. Liknande slutsatser har dragits av Erhola et al (2014). Enligt analysen bromsades tillväxttakten för social- och hälsovårdens nettokostnader med 2,4 procent per år efter att Eksote hade bildats (Erhola et al 2014). Resultaten bör tills vidare bedömas med reservation, eftersom uppföljningstiden endast var tre år. Analysresultaten överensstämmer emellertid med resultaten av revideringarna i serviceproduktionen i Eksote. Efter år 2010 har man i Eksote minskat antalet vårdplatser i långtidsvården, integrerat informationssystemen, minskat antalet årsverken på chefsnivå samt optimerat och automatiserat hemvårdens tjänster. Bakgrunden till Eksote och förvaltningsförsöket i Kajanaland har varit ett systematiskt, mångårigt förändringsledarskap för ett gemensamt syfte, utan vilket de uppnådda besparingarna hade varit mycket osannolika.

En analys av social- och hälsovårdsområdenas och de produktionsansvariga aktörernas resultat i relation till resultaten av förvaltningsförsöket i Kajanaland ger vid handen att reformen inte kommer att ge kostnadsbesparingar, men den kommer inte heller att öka tillväxttakten i kostnaderna för

*Tillväxttakten
i nettokostnaderna för
social- och hälsovården
kan avmättas med
0–1–2,4 procent
per år.*

social- och hälsovården. I relation till Eksote kommer den föreslagna lagen att minska tillväxten av nettokostnaderna med cirka 2,4 procent per år under de första åren efter implementeringen. Enligt 2012 års kostnadsnivå skulle detta innebära en minskning på 450 miljoner euro (Erhola et al 2014). I denna analys har man inte beaktat det underskott som uppstod under de första tre verksamhetsåren av Eksote. När underskottet beaktas minskar den uppskattade årliga inbesparingen på nationell nivå till cirka 190 miljoner euro (Erhola et al 2014). Det bör visserligen noteras att det inte har varit möjligt att i kalkylen beakta ett eventuellt underskott i referensområdena.

Storleken av de ekonomiska konsekvenserna bör bedömas med en hel del reservationer

Kalkylerna är förknippade med betydande reservationer och osäkerhetsfaktorer.

- Besparingarna i förvaltningsförsöket i Kajaland och i Eksote är starkt bundna till ledarskap och landskapsspecifika lösningar som inte nödvändigtvis fungerar på andra områden.
- Personalstrukturen och ledarskapet har kraftigt bidragit till kostnadsnyttan, som inte automatiskt kommer att nås i och med den föreslagna lagen.
- Propositionen innehåller en skyldighet att täcka underskott.

I en kombinerad kalkyl av förvaltningsförsöket i Kajaland och Eksote och med hänsyn till underskotten i Eksote (men inte i referenskommunerna) kan man bedöma att verkställandet av den nu föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården skulle kunna mätta av tillväxten i de kommunala social- och hälsovårdskostnaderna med 0–1 procent per år. Inbesparingarna skulle i så fall vara 0–190 miljoner euro på årsnivå jämfört med det nuvarande systemet när kalkylerna är baserade på 2012 års nettokostnader för social och hälsovården.

Genom statsrådets beslut 28.8.2014 om att säkerställa genomförandet av det strukturpolitiska programmet kommer ett budgetramsystem att beredas för att kostnaderna för den offentliga social- och hälsovården ska kunna kontrolleras. Detta fungerar samtidigt som ett tak för de kostnader som föranleds av social- och hälsovårdsreformen. Budgetramsförfarandet kan påverka kostnadsutvecklingen inom social- och hälsovården mer än den egentliga reformen. Det kommer dock att kräva klara beslut om nedskärning av de gällande subjektiva rättigheterna samt flexibilitet i väntetiderna för vård.

En analys av social- och hälsovårdsreformens ekonomiska konsekvenser på basis av erfarenheterna från Kajaland ger vid handen att lagen varken kommer att öka eller minska nettokostnaderna för social- och hälsovården. Om den årliga inbesparingen blir 190 miljoner euro innebär detta att den enligt nuvarande finansieringsandelar ger kommunerna en kalkylerad besparing på totalt 103 miljoner euro i social- och hälsovårdsutgifterna och staten en kalkylerad inbesparing på 87 miljoner euro. Om den årliga inbesparingen kalkyleras till sammanlagt 450 miljoner euro, sparar kommunerna 244 miljoner euro och staten 206 miljoner euro. Finansieringsgrunderna för social- och hälsovårdssområdet kan innebära lättnader för vissa enskilda kommuner och ett skattetryck för andra, beroende på rollen som nettomottagare eller nettobetalare.

Kostnadsutvecklingen påverkas i hög grad av nationella politiska beslut om vilka uppgifter kommunerna ska sköta, utgiftstaket för social- och hälsovårdstjänster samt i vilken mån kostnadsutvecklingen stävjas med hjälp av ekonomiska incitament.

Social- och hälsovårdsreformen kan bromsa ökningen i kommunernas kostnader med 0–103–244 miljoner euro per år och ökningen i statens kostnader med 0–87–206 miljoner euro per år.

*Informations-
behandlingen och
datasystemen har en
avsevärd betydelse i det
nya servicesystemet.*

Propositionen innehåller betydande möjligheter, men även stora risker som kan minskas genom en omsorgsfull förhandsplanering.

Social- och hälsovårdsområdet blir den viktigaste informationsförvaltaren. Verkställigheten avgör hur andra aktörer får tillgång till den information de behöver, och skillnader kan uppstå mellan olika regioner.

5 Registerföring och behandling av klient- och patientuppgifter

Propositionen innehåller en hel del punkter om användning, uppföljning, rapportering, behandling och analys av olika uppgifter. Det finns en inbyggd princip för informationsstyrning i propositionen, liksom även nya förpliktelser att använda information till stöd för beslutsfattandet. Insamlingen och utnyttjandet av uppgifter har ett väsentligt samband med informationssystemen, eftersom de uppgifter som används vid informationsförvaltningen behandlas och registreras i informationssystem.

Informationsförvaltningen kräver en betydande reform, och all nödvändig information kommer inte att kunna produceras under de första åren.

Information används i dag på varierande sätt i informationsstyrningen. Det finns ingen helhetsbild som skulle göra det möjligt att analysera befolkningens välfärd och hälsa samt servicesystemets funktion som helhet. Produktionsprocesserna inom ledningen kräver en revidering till följd av nya informationsbehov och strukturförändringar. Det är tyvärr inte möjligt att ta fram adekvat information till stöd för styrningen åtminstone under de två eller tre första åren efter implementeringen. Reformen förutsätter betydande investeringar i social- och hälsovårdsområdenas, serviceproducenternas och de nationella statistikmyndigheternas system. För att detta ska lyckas är det absolut nödvändigt att i förväg tydligt fastställa en arbetsfördelning med roller, ansvar och förpliktelser för varje medverkande aktör. Riskerna ligger i överlappningar och oklara projekt samt att många aktörer agerar samtidigt. Detta kan undvikas genom att klara ramar stakas ut för planeringen.

Informationsförvaltningen kommer att få en ny aktör, eftersom social- och hälsovårdsområdena i den nya lagen har tilldelats uppgifter som går ut på att samla in och analysera information. Kommundata kan i fortsättningen inte inkluderas i nationella statistiker utan ändringar i registerlagstiftningen, men social- och hälsovårdsområdena kan förmedla åtminstone en del av de kommunspecifika uppgifterna till statistikmyndigheterna. Även kommunerna som behöver information för att kunna sköta sina lagstadgade uppgifter, t.ex. för främjande av hälsa och välfärd, blir beroende av den information som social- och hälsovårdsområdena förmedlar.

Jämförbarheten av datainnehåll bör säkerställas i verkställighetsskedet med risk för förlust av enhetliga kunskapsunderlag

När social- och hälsovårdsområdena samlar in sina uppgifter förutsätter propositionen inte att datainnehållen är nationellt enhetliga. Om jämförbara data önskas måste även innehållet i regionalt insamlad data koordineras. Resultatstyrningen mellan den som ordnar och den som producerar tjänsterna är en ny funktion. Social- och hälsovårdsområdet ska kunna vägleda serviceproducenterna i att rapportera om sin verksamhet på ett enhetligt sätt så, att jämförbara data kan samlas in för resultatstyrningen. Den nya styrningen vid social- och hälsovårdsministeriet behöver sannolikt detaljerad

Det förblir oklart i vilken mån serviceproducenterna får använda den information som samlas in för att styra sin egen verksamhet.

Att ansvaret för registerföringen av klient- och patientuppgifter överförs till social- och hälsovårdsområdena är en klar förbättring jämfört med nuläget, men praktiska detaljer återstår att lösas.

information för att kunna utvärdera hur områdena klarar av sina uppgifter. Propositionen ger ingen bild av hur styrenhetens informationsbehov ska tillgodoses. Detta måste ses som en klar brist. I samband med verkställigheten bör det avgöras om social- och hälsovårdsområdena direkt ska lämna in informationen till styrenheten eller om den först ska bearbetas av statistik- och registermyndigheterna (THL/Statistikcentralen). Ifall styrenheten får informationen direkt från social- och hälsovårdsområdena måste den själv leda och koordinera dataproduktionen och svara för databehandlingen.

Serviceproducenterna ska följa upp sin serviceproduktion, men de är inte registerförare. Propositionen innehåller inga tydliga bestämmelser om producenternas rättigheter eller förpliktelser att i sin egen verksamhet använda information om service som de producerat eller skaffat av underleverantörer. Detta kan ha konsekvenser för utvecklingen av verksamhetsstyrningen inom serviceproduktionen. Det är viktigt att producenterna har tillgång till informationen om den egna verksamheten för att de ska kunna styra och utveckla sina funktioner.

Social- och hälsovårdsområdets starka roll i hanteringen av klient- och patientuppgifter främjar en ändamålsenlig helhet, som dock omsätts i praktiken endast om kommunerna vill att den införs i organiseringsavtalet. Risken för splittrade arrangemang finns kvar.

Social- och hälsovårdsområdet får i uppdrag att samordna informationsförvaltningen och behandlingen av klient- och patientuppgifter samt fastställa dess regionala övergripande arkitektur. Specialupptagningsområdena (ERVA) och sjukvårdsdistrikten har haft motsvarande samordningsuppdrag, och erfarenheterna är positiva. Utvecklingen av de nuvarande informationssystemen i sjukvårdsdistrikten har utvärderats i detalj i en tidigare rapport (Erhola et al 2014). Man har också upplevt att de kommunala aktörernas samarbete har fungerat bra under koordinering av Kommunförbundet. Social- och hälsovårdsområdet kan ta fram ett informationssystem för sitt område som producenterna ska använda. Detta upplevs vara en bra lösning och det enda sättet att samordna de nuvarande splittrade informationssystemen. Lagen lämnar dock en möjlighet att fortsätta med de nuvarande oenhetliga systemen.

Ansvaret för registerföringen av klient- och patientuppgifter övergår till social- och hälsovårdsområdena. Social- och hälsovårdens register kommer inte att slås ihop, och harmoniseringen kräver ytterligare lagstiftningsarbete. Ändringen av registerföraren förorsakar inga väsentliga ändringar i samtyckeshanteringen. Vissa ändringar måste dock göras i Kanta-strukturen, och dessa kräver resurser. I och med de uppgifter som tilldelats serviceproducenterna kan registerföringen skötas nära klienten och patienten.

Knappt om tid inför verkställandet av lagreformen

Verkställandet av lagen kommer att orsaka en hel del förändringar i informationssystemen på alla nivåer, vilket kräver både tid och resurser. Verkställandet av Kanta inom hälso- och sjukvården kommer att ligga på en rätt god nivå 1.1.2017. Utöver de datainnehåll som ska tas i bruk under år 2016 återstår dock en hel del datainnehåll som man inte kommer att hinna definiera fullständigt före 1.1.2017. En del av de gamla journalhandlingarna torde kunna arkiveras före det. Inom socialvården kommer det nya natio-

Paragraferna om egendomsförvaltning gäller också informationssystem, vilket leder till en komplicerad situation.

nella systemet att ta sina första steg år 2017. I det stora hela kommer det att finnas många datainnehåll som inte helt och hållet kan användas via Kanta-systemet från 1.1.2017.

Vad gäller egendomsarrangemang orsakar den nya lagen ändringar i relationen mellan dem som äger datasystemen, dem som ordnar tjänsterna och serviceproducenterna. Lagen om reglering av egendomsförhållanden med motiveringspromemoria ger ingen klarhet i hur datasystemen ska ordnas. Ur egendomsperspektiv är helheten komplicerad. Datasystemen innefattar såväl hårdvara, dvs. servrar, datorer och dylikt som dataförbindelser, programvara och licenser. Serviceproducenterna behöver en hel del datasystem också i det fallet att datasystemet (programmet) för behandling av patient- och klientuppgifter tillhandahålls av social- och hälsovårdsområdet. Det finns varierande lösningar bland dem som äger IT-systemen inom informationsförvaltningen, och de ägs inte av samma aktörer som till exempel fastigheterna.

6 Styrbarheten av servicesystemet och servicestrukturen

Social- och hälsovårdssystem där ansvaret för finansieringen och ordnandet av tjänsterna har decentraliserats till regionala och lokala aktörer kräver nationell styrning. Syftet är att orimliga skillnader i tillgång och kvalitet ska kunna undvikas. Behovet av nationell styrning i det nu föreslagna systemet beror delvis på i vilken mån social- och hälsovårdsområdena och de samkommuner som svarar för ordnandet av tjänsterna har kompetens och förutsättningar att följa upp, utveckla och styra sin serviceproduktion mot gemensamma nationella mål. Med tanke på styrning och styrbarhet kan det anses som en styrka i propositionen att tjänsterna organiseras av social- och hälsovårdsområdena som är större och har mer kunskande än de nuvarande organiserande aktörerna. En svaghet däremot är att det tilltänkta systemet innefattar flera nivåer, vilket ger upphov till oklarheter i ansvarsfördelningen och i arbetsfördelningen när det gäller styrningsuppgifter.

I det tilltänkta social- och hälsovårdssystemet som beskrivs i propositionen är organiserings- och produktionsansvaren inte helt konsekventa. Den regionala och nationella styrningen försvåras av oklarheter i ansvarsfördelningen mellan social- och hälsovårdsområdena som organiserar tjänsterna och (sam)kommunerna som producerar dem. Svårigheter kan uppstå på grund av intressekonflikter som förvränger styrningen, när representanter för enskilda kommuner svarar för beslutsfattandet både i området och i samkommuner eller den enskilda kommunen med produktionsansvar. Det finns en risk för att produktionsstrukturen inte kan styras på ett sätt som är optimalt och kostnadseffektivt för områdets helhet. Detta beror på att kommunernas och samkommunernas representanter samtidigt ser det som sin plikt att maximera den egna kommunens intressen. För att hindra detta ska beslutsfattarna inom social- och hälsovårdsområdet garanteras en så stark och obunden ställning som möjligt och möjligheter att använda både incitament och sanktioner i styrningen av servicesystemet.

Oklar fördelning av organiserings- och produktionsansvar skapar oklar styrning.

Social- och hälsovårdsområdenas möjligheter till ekonomisk styrning av de produktionsansvariga instanserna försvagas av förslaget om att statens finansieringsandelar betalas via kommunerna. Propositionen anger inga egentliga argument för förfarandet som uppenbarligen baserar sig på tidigare praxis. Att statsandelarna cirkulerar via kommunerna skapar ytterligare oklarhet i rollerna: enskilda kommuner fungerar dels i rollen som social- och hälsovårdsområdets kommunala ägare, dels som producenter underställda sitt område. Om man vill att social- och hälsovårdsområdena ska få tillräckligt med styrkraft för en optimering av servicestrukturen och -produktionen i sitt område bör en ändring av förfarandet övervägas.

Orimligt stora regionala variationer kan uppstå i organiseringsbeslutets innehåll.

Inom servicesystemet som helhet kommer en komplicerad styrningskedja att uppstå, och samordningen av de olika bitarna kan kräva mycket tid och energi. Ett flerstegssystem dämpar och bromsar styrningssignalerna mellan systemets olika nivåer och aktörer. Om styrningen inte kan samordnas mellan olika nivåer kan problem uppstå i produktionsenheterna vid uppföljningen och tolkningen av anvisningar och vägledning från olika instanser och myndigheter.

Den överlägset viktigaste styrmetoden av social- och hälsovårdsområdena är organiseringsbeslutet. Dess innehåll enligt beskrivningen i propositionen kan tolkas och förverkligas på många olika sätt. Regionala variationer kan förekomma i kraven och hur de möts, vilket kan leda till orimliga skillnader i såväl medborgarnas som producenternas ställning. Det behövs en preciserande förordning och andra regelverk. Det som i sista hand blir avgörande är social- och hälsovårdsområdets och produktionsområdenas ledning och deras förmåga att på lång sikt styra och leda verksamheten mot gemensamma mål.

Organiseringsbeslutet måste bearbetas efter rådande förutsättningar och behov.

Man kan ställa frågan om ett organiseringsbeslut enligt propositionen är ett tillräckligt dynamiskt sätt att inrikta finansieringen och styra servicestrukturen. De första definitionerna måste fastställas på en kort tid, med ringa erfarenhet och eventuellt med bristfälligt kunnande och otillräcklig information. Ett organiseringsbeslut som utarbetats i brådsakande ordning kan i följande period förbli i kraft, också om det är dåligt. Ett sätt att avhjälpa problemet är att organiseringsbeslutet görs upp i etapper för fyraåriga perioder eller också kan man skapa en kontinuerlig dynamisk process, en teknisk, målinriktad plan och ett beslutsdokument som de produktionsansvariga aktörerna åläggs att följa upp.

Aktörerna som ska sköta informationsstyrningen har alltfjämt en oklar roll, och arbetsfördelningen kräver precisering.

Ett servicesystem enligt propositionen kommer inte att eliminera behovet av enhetlig nationell styrning. Efter avvecklingen av den nationella styrningen på 1990-talet har olika program och tillsynsåtgärder fått en viktig roll i vägledningen av social- och hälsovården. Däremot har enhetliga riktlinjer för utveckling, uppföljning av serviceproduktionen och styrning på basis av den internationellt sett varit sämre utvecklade. Också i den aktuella propositionen har tillsyn som en styrmetod fått en oproportionerligt hög prioritering, medan andra styrinstrument ägnats mindre uppmärksamhet.

Utgångspunkten bör vara starka social- och hälsovårdsområden och produktionsområden som proaktivt övervakar sin egen verksamhet bland annat genom program för egenkontroll. Då kan behovet av nationell tillsyn rentav tänkas minska. Dessutom bör de första åren efter reformen planeras

separat. När systemet redan är i bruk kan till exempel de nationella aktörernas och social- och hälsovårdsområdenas roller övervägas på nytt efter några år. Det är förståeligt att dessa frågor inte ännu finns med i propositionen till en ramlag, men de bör definieras noggrant och införlivas i den s.k. verkställighetsplanen.

Enhetliga uppföljningssystem utgör en väsentlig del av den nya styrningen

I takt med att olika IT-system utvecklats under de senaste decennierna har det blivit avsevärt lättare att producera uppföljningsdata så gott som i realtid om servicesystemets funktion – även i Finland. Den föreslagna lagstiftningen innebär ett växande behov av att följa upp och utvärdera social- och hälsovårdssystemets funktion samt kvalitet av och kostnader för den serviceproduktion som byggs upp enligt organiseringsbesluten.

IT-tekniken har fört med sig möjligheter som utnyttjats i olika länder till exempel genom s.k. nationella kvalitetsregister. Man sammanställer offentliga och transparenta jämförelsedata om tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och effektivitet som förmedlas både till den lokala, regionala och nationella utvecklingen och styrningen. Det hade varit önskvärt att propositionen om ordnandet av social- och hälsovården skulle ha innehållit bestämmelser om en ny nationell plattform för insamling och hantering av enhetliga uppföljnings- och styrningsdata för framtida behov. Propositionen innehåller tills vidare rätt bristfälliga uppgifter om vilka roller de olika aktörerna (regionala och nationella) kommer att ha i dataproduktionen samt hur den följs upp, bearbetas och analyseras.

Uppgifterna för den styrenhet som planeras vid social- och hälsovårdsministeriet anges diffust och inexact i propositionen. Enligt den föreslagna lagen kan uppgifterna bestå av bl.a. uppföljning av hur social- och hälsovårdsområdenas resurser räcker till och hur de inriktas, justeringar av statsandelarna, regional utveckling och ökad produktivitet. Styrenheten kan också tänkas ha hand till exempel om utvecklingen av nationellt enhetliga ersättningssystem, stöd för implementering av enhetliga ekonomiska system och kvalitetsuppföljning osv. Styrenheten behöver en tydlig verksamhetsram och uppgifter samt en plan över arbetsfördelningen med den egna underställda förvaltningen.

Internationella erfarenheter visar att implementering av reformer bildar ett expertområde för sig. Behovet av tekniskt stöd kommer att vara avsevärt och kompetensbristen i Finland uppenbar. Propositionen tar inte ställning till vilken roll de myndigheter som är underställda social- och hälsovårdsministeriet kommer att få. Det tekniska stödet ska vara enhetligt, kontinuerligt, politiskt neutralt, transparent och flexibelt, och de regionala aktörerna bör kunna delta i det. Uppgiften är exceptionellt stor med hänsyn till reformens omfattning och kommer att kräva en betydande del av institutionernas budget. Verkställigheten sker inte i arbetsgrupper, utan kommer att bedrivas på fältet, vilket ska beaktas i planen. En annan viktig lärdom från reformer i andra länder är att graden av engagemang i områdena kommer att ha stor betydelse. Eftersom verkställigheten kommer att ta flera år behövs regionalt inflytande – experter, tjänstemän och politiker – som stärker medborgarnas förtroende för reformen, särskilt under det första stadiet.

*Social- och
hälsovårdsministeriets
styrenhet behöver en klar
verksamhetsmodell och
uppgifter.*

THL:s expertgrupp

Konsekvensanalysen har tagits fram av en intern expertgrupp vid THL med följande medlemmar:

Markku Pekurinen,
Marina Erhola (ordf.),
Unto Häkkinen,
Päivi Hämäläinen,
Pia Maria Jonsson,
Majjaliisa Junnila,
Eeva Nykänen,
Ilmo Keskimäki,
Ismo Linnosmaa,
Merja Mikkola,
Anneli Milen,
Anu Muuri,
Eeva Reissell,
Hannu Rintanen,
Timo Seppälä och
Marja Vaarama (viceordf.).

Därtill har följande personer deltagit i bearbetningen av analysmaterialet:

Harriet Finne-Soveri, Arja Hastrup,
Satu Kapiainen, Minna Kivipelto,
Timo Koskela, Merja Kovasin,
Kirstimaria Kuronen, Tuija Martelin,
Juha Moring, Tiina Muukkonen,
Päivi Nurmi-Koikkalainen,
Suvi Parikka, Airi Partanen,
Anneli Pouta, Seija Puro,
Timo Ståhl, Seppo Tuomola och
Kaarina Wilskman

Institutet för hälsa och välfärd
PB 30 (Mannerheimvägen 166)
00271 Helsingfors
Telefon: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-320-8 (tryckt)
ISBN 978-952-302-321-5 (nätpublikation)

ISSN 1799-3938 (tryckt)
ISSN 1799-3946 (nätpublikation)

Läs nätpublikationen på:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-321-5>

Social- och hälsovårdsreformen – fem före färdig?

Bakgrundsmaterial, bilagor och källor

På nätet finns

- denna publikation
- en diaserie om de viktigaste observationerna
- tidigare preliminära konsekvensanalyser
- det omfattande bakgrundsmaterial som används vid denna analys samt
- källor och bilagor som utnyttjats i denna publikation.

Mer information:

<http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus>