

## FINANSUTSKOTTETS UTLÅTANDE 10/2014 rd

**Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den**

*Till social- och hälsovårdsutskottet*

### INLEDNING

#### **Remiss**

Riksdagen remitterade den 9 december 2014 regeringens proposition med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den (RP 324/2014 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning och bestämde samtidigt att finansutskottet ska lämna utlåtande till social- och hälsovårdsutskottet.

#### **Sakkunniga**

Utskottet har hört

- regeringsråd Pekka Järvinen och regeringsråd Päivi Salo, social- och hälsovårdsministeriet
- överdirektör Jukka Pekkarinen, specialsakkunnig Jenni Kellokumpu, lagstiftningsråd Eeva Mäenpää och konsultativ tjänsteman Ville Salonen, finansministeriet
- ledande ekonom Jenni Pääkkönen, Statens revisionsverk
- förmånsdirektör Elise Kivimäki och hälsoforskningschef Hennamari Mikkola, Folkpen-sionsanstalten
- avdelningsdirektör Markku Pekurinen, Institutet för hälsa och välfärd
- professor Teemu Malmi, Aalto-universitetet

- direktör Tarja Myllärinen, Finlands Kommunförbund
- forskningschef Antti Moisio, Statens ekonomiska forskningscentral
- social- och hälsovårdscentralsdirektör Seppo Lehto, Varkaus stad
- verkställande direktör Pentti Itkonen, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt
- universitetslektor Eila Kankaanpää, Östra Finlands universitet
- arbetsmarknadschef Markku Jalonen, KT Kommunarbetsgivarna
- samkommundirektör Maire Ahopelto, samkommunen Kajanalands social- och hälsovård
- stadsdirektör Esa Sirviö och ekonomidirektör Markus Auvinen, Mänttä-Vilppula stad
- specialsakkunnig Marjo Katajisto, Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf
- biträdande direktör Reijo Vuorento, Finlands Kommunförbund
- verksamhetsledare Eveliina Leinonen, Terveydenhuollon palveluntuottajat ry
- professor Pentti Meklin, Tammerfors universitet
- professor emeritus Martti Kekomäki.

Dessutom har skriftligt yttrande lämnats av  
— Kouvola stad.

## UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

### *Motivering*

#### **Bakgrund och de viktigaste förslagen**

Propositionen är ett led i regeringens strukturpolitiska program, som avser att avskaffa hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna. Målet är att göra social- och hälsovården mer kostnadseffektiv så att den kan ordnas och produceras på ett klientorienterat, likvärdigt och högkvalitativt sätt.

I sitt strukturpolitiska program (29.8.2013) satte regeringen som mål att med en servicestrukturreform av de offentliga finanserna knappa in 1,4 procentenheter på hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna. Det innebär en produktivitetssökning på en halv procent i samhällsservicen. I programmet räknar regeringen med att målet kan nås, om nettoökningen till följd av det ökande servicebehovet i stället för cirka 3 000 personer årligen bara kräver 1 000 personer årligen. Målet ingår också i planen för de offentliga finanserna 2015—2018.

År 2013 var nettokostnaderna för kommunernas social- och hälsovårdsväsen 20 miljarder euro, exklusive kostnaderna för barnomsorg, och de steg reellt med cirka 2,3 procent om året 2006—2013. Under beredningen har det framhållits att inte minst den splittrade social- och hälsovården har lett till att servicen utvecklats ojämnt på ett regionalt plan och till att kostnaderna stigit snabbt. Också skillnaderna i tillgängligheten och i befolkningens hälsa har ökat. Tanken är att åtgärda situationen genom att göra aktörerna mer bärkraftiga och integrera socialvård, primärvård och specialiserad sjukvård. Det är ett avsteg från regeringens ursprungliga mål att lyfta över uppdraget att ordna servicen på starka primärkommuner.

Regeringen föreslår att ansvaret för att ordna tjänster, som för närvarande hör till flera olika kommunala organisationer, förs över på fem social- och hälsovårdsområden. Ansvaret för att producera tjänsterna läggs däremot på samkommuner i social- och hälsovårdsområdena. Samti-

digt sammanförs alla delfunktioner i servicesystemet inom social- och hälsovården, och den nationella styrningen stärks. Kommunerna ansvarar också i fortsättningen för att finansiera social- och hälsovården.

I detta utlåtande går utskottet närmare in på de ekonomiska effekterna av propositionen, framför allt på kostnadseffekter och finansiering av reformen.

#### **Propositionens ekonomiska konsekvenser**

Målet med reformen är att krympa hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna och dämpa kostnadsökningen med 850 miljoner euro 2017—2021.

Utifrån propositionen går det dock inte att bedöma de ekonomiska konsekvenserna entydigt och tillförlitligt, inte ens något så när exakt. Det finns jämförelsevis lite utrednings- och uppföljningsfakta om stora strukturella omställningar av det här slaget. Dessutom är det fortfarande öppet bland annat hur social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna för producenterna ska utformas och hur den samlade finansieringen ska lösas. Det återstår bara att försöka analysera de ekonomiska konsekvenserna ur många perspektiv.

#### *Bedömning utifrån regionala försök och nuvarande kostnader*

Man kan göra en vägledande bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av verksamheten i samkommuner med produktionsansvar utifrån resultaten från försök av samma typ. En verksamhetsmodell som integrerar ordnandet och produktionen av social- och hälsovård, som är målet med lagförslaget, har genomförts bland annat i Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt Eksote. Utifrån exemplet Eksote gör Institutet för hälsa och välfärd bedömningen att ökningen i nettoutgifterna kunde sjunka med 2,4 procent i hela landet. Därmed skulle ökningen i de offentliga finanserna minska med ungefär 450 miljoner euro. Effekterna av förvaltnings-

försöket i Kajanaland har inte varit lika stora, men modellen resulterade inte i någon utgiftsökning.

Å andra sidan finns det också exempel på kommunbaserade modeller som minskar kostnaderna. I sin modell har Varkaus lyckats väl med att stärka och integrera sin tjänsteproduktion. Basservice och sedvanlig specialiserad sjukvård tillhandahålls på sjukhuset i Varkaus. Samtidigt tryggas närservice med hjälp av mobil allmänläkarservice (partnerskap med Kuopio universitetssjukhus). Samtidigt sparar man tid och resekostnader för patienterna. Mänttä-Vilppula har lyckats sänka sina kostnader genom att bilda ett samhällsföretag tillsammans med ett privat företag. Man satsade på ett samlat ansvar för serviceprocesserna och styrningen av e-tjänsterna. Dessutom koncentrerades verksamheten till ett ställe. I dag är läkartjänsterna tillsatta, köerna avbetade och institutionsplatserna reducerade.

Kalkylerna från Aalto-universitetet bygger på en jämförelse med de nuvarande utgifterna för kommunal social- och hälsovård. Det finns stora skillnader i kommunernas nettokostnader. Till exempel antalet anställda varierar mellan 62 anställda per tusen invånare i Kymmenedalen och 77 i Norra Savolax. Om alla kommuner nådde upp till samma nivå som de femton mest effektiva, kan nettobesparingarna vara upp till tre miljarder euro. Då måste bästa praxis och de bästa modellerna införas och verksamheten anpassas till de billigaste priserna per enhet. Vidare bedömer Aalto-universitetet att också effektiva enheter kan sänka kostnaderna ytterligare via integration.

I en internationell jämförelse har vår finländska hälso- och sjukvård mycket personal, ungefär 73 personer per 1 000 invånare. Personalen är den största enskilda kostnadsposten inom vården. I Schweiz är siffran 70. I relation till invånarantalet har vi i Finland alltså 16 000 fler anställda än Schweiz, vilket betyder drygt 700 miljoner euro i årliga personalkostnader. Finland har också många sjukhusplatser och vård dagar i relation till invånarantalet. Exempelvis Sverige klarar sig med färre än 1 000 vård dagar per 1 000

invånare, medan vi i Finland behöver drygt 2 000 vård dagar.

Utfrågningen av de sakkunniga gav, precis som propositionen, ett flertal exempel och kalkyler på regionala och genomsnittliga kostnader. Då bör man notera att de positiva lösningarna bara kan vara meningsfulla i de aktuella regionerna. Utskottet framhåller dock att de visar att det går att uppnå större kostnadseffektivitet i olika delar av social- och hälsovården. Det finns väsentliga skillnader i kostnaderna mellan kommunerna och sjukvårdsdistrikten och åtminstone en del av dem kan förklaras med sättet att ordna vården. Å andra sidan förefaller det inte finnas någon enskild faktor som ensam kan dämpa kostnadsutvecklingen, utan potentialen för större kostnadseffektivitet finns i ett flertal verksamheter och organisationer.

## Bedömning av eventuella kostnadsverkningar

### *Stordriftsfördelar*

Propositionen eftersträvar kostnadseffektivitet genom stordrift, det vill säga ansvaret för att ordna och producera vård ska bygga på ett stort befolkningsunderlag. På så sätt uppnås skalfördelar när kostnaderna kan fördelas över så många produktenheter som möjligt. Kvalitet relaterad till storskalighet uppkommer när expertisen förbättras, till exempel vid kopierade vårdprocesser och i upphandlingsprocesser.

Stordriftsfördelar kan lättast uppnås inom förvaltningen i form av samordningsvinster och större expertis, påpekar utskottet. Ledningen och förvaltningen kan bli mer centraliserad och då kan suboptimering elimineras när servicen samordnas bättre. Större grupper drar nytta av upphandlingar och investeringar och överlappningar i verksamheten kan undanröjas med integrerade servicekedjor och centraliserade stödtjänster. Kvalitet relaterad till storskalighet kan också nås med förbättrade behandlingsmetoder och tillämpning av bästa praxis.

Utskottet understryker att den bästa sparpotentialen inom social- och hälsovården finns i ändrade processer och introduktion av e-tjänster på bred front. Verksamheten kan effektiviseras

med bland annat styrsystem för verksamheten och mobila tjänster. Uppenbara kostnadsbesparingar kan enligt vissa bedömningar uppnås om överlappande kostnader för hantering och drift av it-system minskar. På sikt kan besparingar genereras med gemensamma it-system.

Stordrift spelar en mindre roll för när servicen, men också den kan bli mer kostnadseffektiv, exempelvis med centraliserade stödtjänster och gemensam upphandling (inklusive läkemedel). Utskottet påpekar att stordrift bör utmynna i nerbantad administration.

#### *Stärkning och integrering av basservicen*

Det är positivt att propositionen avser att dämpa kostnadsökningen också genom åtgärder för att stärka basservicen. Behovet av dyr specialistvård minskar när det finns god tillgång till preventiv, kurativ eller reparerande vård samt rehabilitering vid rätt tidpunkt och kontinuiteten är säkrad. Exempelvis finns det kalkyler som visar att man med familjeservice som sätts in och utökas på ett tidigt stadium kan placera 5 000 färre barn i vård utom hemmet under en 10-15 års period. På årsbasis kan besparingen vara cirka 200 miljoner euro. Ju tidigare det går att ta tag i problemen desto mer kostnadseffektiv blir verksamheten. Utskottet går närmare in på hälsa och välfärd längre fram i detta utlåtande.

Det är viktigt att det finns kvalificerad personal, och inte minst att de läkare och vårdare som patienterna möter först har god yrkeskompetens. Det är en faktor som kanske mer än andra faktorer kan garantera adekvat och kostnadseffektiv vård.

Dessutom är det kostnadseffektivt att reformen integrerar alla former av basservice, det vill säga primärvård och socialvård samtidigt som den specialiserade sjukvården och socialvård på specialnivå kopplas ihop. Med integration av verksamheterna undviker man dubbelarbete. Utskottet understryker att integrationen, precis som hela reformen, måste ha ett klientorienterat grepp. Bland annat genom bättre samordning av de personer som behöver många insatser kan kostnaderna i kontaktytorna mellan social- och hälsovården reduceras och servicen samtidigt

förbättras. Ungefär 10 procent av alla klienter inom social- och hälsovården använder extra mycket vård och ungefär 80 procent av de samlade resurserna går åt till att ordna insatser för dem.

Utskottet påpekar att det inte framgår av propositionen vad som kommer att hända med serviceenheterna. När systemen byggs ut är resultatet ofta att små enheter dras in. I detta läge är det mycket viktigt att säkerställa adekvat tillgång till närservice och att utöka utbudet på lågtröskelverksamhet. Enligt uppgifter till utskottet är det av betydelse för de totala kostnaderna att multisjuka äldre får den vanligaste specialistvården i sin näromgivning.

#### *Transaktionskostnader och tjänsteupphandling*

Vid utfrågningen av de sakkunniga lyftes de stora transaktionskostnaderna inom vården fram. Bara köpen mellan kommuner och samkommuner uppgår årligen till drygt 7 miljarder euro. Det beror på att det finns dubbla kundrelationer och på att verksamhetskvaliteten är så mångbottnad och svår att mäta. Transaktionskostnaderna kan minimeras om den administrativa strukturen förklarar och verksamheten följs upp i realtid på alla hierarkiska nivåer. Vidare har utskottet fått information om att transaktionskostnaderna ökar om verksamhet läggs ut, eftersom kontakten ingås med vinstdrivande verksamhetsutövare. Effektivitetsvinster med utläggning kan i värsta fall försvinna med transaktionskostnaderna.

I och med reformen kan samkommunerna med producentansvar sammanföra sina utspridda servicekedjor och satsa mer på samordning. Därmed kan de komma undan smärtpunkterna med konkurrensupphandlingen och kostsamma felbedömningar. Samkommunerna kan fortfarande producera tjänsterna själva, upphandla dem av organisationer eller företag eller använda servicecheckar.

Konkurrens spelar en mycket stor roll i produktionen och när man vill införa mer produktiva rutiner, påpekar utskottet. Det kräver dock att marknaden fungerar och att beställaren besitter upphandlingskunskaper och förhandlingskraft

för att få utföraren att uppfylla sina mål. Möjligheten att byta utförare är en faktor med stor relevans för att förhandlingskraften ska kunna expandera. Utskottet känner en viss oro för att det kan uppstå privata utförarmonopol som på sikt höjer priserna. Social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna måste vara kapabla att fatta beslut, som medverkar till att hålla kostnadsutvecklingen i schack på längre sikt och till att det också framöver finns flera olika alternativ för att producera tjänster. Det gäller att i synnerhet hålla ett öga på de små och medelstora företagens möjligheter att delta i konkurrensupphandlingar. För att stärka konkurrensen är det vidare av vikt att kostnadsbildningen är öppen och priser kan jämföras bättre.

#### *Omställningskostnader*

Det kan inte undvikas att reformen kommer att medföra en del omställningskostnader. Samgåenden och fusioner kommer att ge upphov till fusionskostnader flera år framöver. Det krävs investeringar i bland annat gemensamma it-system, som ger verktyg för att följa upp de totala kostnaderna per vårdtagare och skapar en ram för prestandajämförelser. En kostnads-nyttanalys av projektet Apotti, som kommunerna i Nyland samarbetat om, visar att investeringar i informationssystem betalar sig på sju år.

Även arbetsgivarna ställs inför en del förändringar, som kommer att kräva samordning av både löner och anställningsvillkor flera år framöver. Beroende på beräkningssätt kommer harmoniseringskostnaderna att uppgå till något mellan 60 och 550 miljoner euro. Samordningen av arbetstider förväntas kosta tiotals miljoner euro. Utbildning av personal kostar uppskattningsvis 20 miljoner euro. I kölvattnet av stora omorganiseringar kan verksamhetsutövarna försöka optimera priserna, och det kan få utgifterna att stiga redan innan reformen har hunnit träda i kraft.

Den styrenhet som ska inrättas vid social- och hälsovårdsministeriet beräknas behöva sex årsverken. Därmed behöver ministeriet fyra årsverken till och 350 000 euro i anslag för omkostnaderna 2016.

Kostnaderna kommer att stiga till en början och också när systemet kommit i gång, om inte verksamhetsutövarna får fullgoda incitament för att arbeta effektivt och kostnadsmedvetet och om det inte läggs ett tydligt tak för utgifterna.

#### *Hälsofrämjande insatser sparar kostnader*

Enligt den föreslagna lagen är det kommunerna som ska stå för insatser att främja hälsa och välfärd och samkommunerna med producentansvar åläggs att samarbeta med kommunerna.

Hälsofrämjande verksamhet innefattar en stor kostnadssänkande potential för vården. Risken för livsstilsrelaterad ohälsa kan reduceras och sjukligheten sänkas med upp till 20–40 procent. Detta gäller bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes. Enbart fysisk inaktivitet beräknas stå för nästan två miljarder av de totala kostnaderna årligen för hälso- och sjukvård.

Kommunernas aktiva insatser för att främja kommuninvånarnas hälsa minskar sjukdomsfrekomsten i framtiden och därmed också invånarnas behov av vård. Det påverkar sjukfrekvenskoefficienten, som tillämpas för viktning av statsandelarna. I fortsättningen kan det dock vara nödvändigt att fundera över om systemet är tillräckligt motiverande för att ha någon effekt på de livsstilsförändringar som människor genomför i sin vardag.

#### **Finansiering**

##### *Hur social- och hälsovårdsområdena finansieras*

Kommunerna ska finansiera verksamheten i social- och hälsovårdsområdena med avgifter baserade på invånarantal, åldersstruktur och sjukfrekvens i kommunerna. När social- och hälsovård lyfts över på samkommunerna följer i snitt 46 procent av kommunernas utgifter med. Budgeten för social- och hälsovårdsområdena är den finansiella plattformen och den kommer i hög grad att kringskära kommunernas ekonomiska spelrum, och den kommer att vara av mycket avgörande betydelse för den kommunala skattesatsen.

En ändring av statsandelssystemet trädde i kraft i början av året och den gör det svårare att bedöma hur utgifterna slår mot enskilda kommuner. Det är svårt att direkt säga vilken del av de ändrade utgifterna beror på vårdreformen. Samma fråga har många kommuner ställts in för när de har försökt ta reda på vad finansieringsreglerna innebär för dem. En stresskalkyl som finansministeriet har gjort på de samverkande effekterna visar att skillnaden i skattesatser ökar från nuvarande 6 till 11 procentenheter. Utan en utjämning under en övergångsperiod ökar gapet till cirka 20 procentenheter. Kalkylen beskriver den förändringspress som kan drabba skattesatsen och skuldsättningen eller realiseras som nedskärningar. Utskottet påpekar att risken är att anpassningen kommer att slå mot de verksamheter som kommunerna har kvar, exempelvis den grundläggande utbildningen och barnomsorgen.

Den verkliga kostnadsfördelningen mellan kommunerna klarnar först 2017. På sikt beror kommunernas andel av finansieringen hur social- och hälsovårdsområdena kan likrikta servicenivån och hur produktiviteten utvecklas. I uppföljningen av reformen måste därför ingå att bevaka och analysera hur kommunernas medfinansiering utvecklas.

Kommuner med höga finansiella utgifter vinner på reformen medan kommunerna med låga utgifter förlorar. Tolkningen av förändringarna måste emellertid väga in att kostnadsutfallet i sig inte säger någonting om hur effektiv eller högkvalitativ social- och hälsovården är. Det kan lika gärna vara fråga om överdrivet bra eller dålig service. I vilket fall som helst verkar propositionen åtminstone inte premiera de kommuner som har lyckats hålla kostnaderna på en lägre nivå än den föreslagna lagen kräver. Dessutom får enskilda kommuner sämre möjligheter att påverka sin andel av kostnaderna när servicen ordnas i samkommuner. Finansieringsbestämmelsen utvärderas av grundlagsutskottet bland annat just på grund av de stora effekterna på enskilda kommuner. En styrka med finansieringsmodellen är att enskilda mindre kommuner inte längre kan drabbas av oförutsedda kostnadstoppar för exempelvis specialiserad sjukvård. Där-

med minskar kommunernas ekonomiska risker betydligt.

*Investeringar.* Utskottet påpekar att social- och hälsovårdsområdena kommer att ha stor rätt att bestämma hur de slår ut kostnadsansvaret på kommunerna vid investeringar. För att minimera kostnaderna måste stora investeringar samordnas och i förekommande fall också begränsas på nationell nivå av styrenheten. Här bör det noteras att befintliga fastigheter kan bli en stor kostnadsbörda för kommunerna om vården förs över till större enheter.

*Täckning av underskott (35 § i den nya lagen).* Bestämmelsen förpliktar kommunerna att täcka underskottet om en samkommun med produktionsansvar har ett underskott. Utskottet anser att det måste finnas mekanismer som begränsar kommunernas ansvar och som i första hand tvingar social- och hälsovårdsområdena att vidta åtgärder för att stärka ekonomin i ett tillräckligt tidigt stadium. Frågan behandlas i en arbetsgrupp som utreder frågan om rambudget för social- och hälsovårdsområdena. Dessutom påpekar utskottet att "ett underskott i balansräkningen" är fel och måste korrigeras till "i bokslutet".

*Lagen om överlåtelseskatt.* Det är motiverat att lagen om överlåtelseskatt ändras och föreskriver om temporär skattefrihet vid ägaromstruktureringar i en kommun, en samkommun eller ett fastighetsaktiebolag som de äger. Liknande omstruktureringar har gjorts tidigare med god framgång.

*Hur samkommuner med produktionsansvar finansieras*

Social- och hälsovårdsområdena ska ersätta samkommunerna med produktionsansvar för kostnaderna för verksamheten på det sätt som anges i resultatavtalet. Utgångspunkten är alltså att kommunerna inte är skyldiga att betala extra ersättning till produktionsområdena, utan produktionsområdenas budgetar består av dels ersättningarna från social- och hälsovårdsområde-

na, dels produktionsområdenas inkomster från avgifter. Utdelningen till respektive produktionsområden kommer att fördelas enligt beslutet om att ordna service. Fördelningsnyckeln för produktionsområdena är till 80 procent kopplad till ett behovsviktat invånarantal och den resterande delen, 20 procent, tillåter styrning utifrån resultat- och effektivitetskraven.

Utskottet påpekar att finansieringen måste vara målinriktad för att de föreslagna mekanismerna ska generera riktiga incitament för att effektivisera verksamheten. Om inga förändringar sker i de divergerande produktionskostnaderna, är det de kommuner som måste stå för en större andel av medfinansieringen som i framtiden får bekosta vården i kommuner som betalar mindre. För att det inte ska gå så måste social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar kunna jämna ut vårdinsatserna och ställa om produktionskostnaderna.

Utskottet understryker att tjänsteproduktionen måste vara klientorienterad och att man måste tillämpa bästa praxis för att de gemensamt uppställda målen ska kunna nås. Finansieringen måste ta fasta på effektiva, systematiska, långsiktiga och verkningsfulla tjänster. Den nya finansieringsmodellen får inte medföra nya kostnader för de som ordnat sin verksamhet enligt detta. Regioner som har ordnat vården kostnadseffektivt ska inte behöva bekosta verksamheten i dyra regioner.

Utskottet vill uttrycka sin oro för att de effektivitetsorienterade incitamenten inte kommer att räcka till. De spelar en framträdande roll på alla nivåer, inte minst på de nivåer där de operativa besluten om vård och omsorg fattas. Ersättningsgrunderna för vårdområdena och de egentliga producenterna måste således innehålla tillräckliga incitament och förpliktelser för förbättring av effektiviteten och kvaliteten samt val av bästa praxis. Ett effektivitetsfrämjande incitament är exempelvis anslag som stöder de uppställda målen, bland annat välfungerande prevention och basservice och långsammare ökning i specialiserad sjukvård och jourverksamhet. Också personalens arbetshälsa (inbegripet arbetstidsförläggning och multidisciplinärt ledarskap) är ett vik-

tigt incitament, som får personalen att stanna kvar och höjer arbetsmotivationen. Offentlig och öppen jämförelse av alla produktionskostnader och uppställda mål är ett extra bra incitament, anser utskottet.

Det måste följas upp hur koefficienterna och viktningarna i statsandels- och finansieringssystemet fungerar och man ska särskilt titta på om incitamenten är tillräckligt bra. Vidare måste kommunernas kostnader för att ordna basservice följas upp.

### **Stark styrning behövs för att dämpa kostnaderna**

Stora förändringar krävs för att vi ska få bukt med kostnadsökningen. Det är av avgörande betydelse hur bra social- och hälsovårdsområdena lyckas bygga upp ett befolkningsanpassat servicesystem och på ett kontrollerat sätt avveckla institutionskapaciteten, och centralisera utbudet på slutenvård när det är nödvändigt.

Det är bra att propositionen stärker den nationella styrningen av sektorn och social- och hälsovårdsministeriets roll i den. På nationell nivå måste det finnas kapacitet för strategiskt ledarskap och det måste också finnas mod att lägga fram samordnade mål för kvalitet, effektivitet och relevant servicenivå. Ett förhandlat förfarande för avtal om tillhandahållande och uppföljning av tjänster ska skapas mellan en styrenhet på ministeriet och social- och hälsovårdsområdet. Resultatstyrningsförhandlingar ska också införas mellan social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar. Vanligen räcker det dock inte med resultatstyrning om uppnådda resultat inte premieras eller uppnådda resultat inte leder till påföljder. Resultatstyrning behöver kompletteras med starka budgetramar. Målen måste kopplas ihop med finansieringen för att säkerställa att arbetsmetoderna verkligen effektiviseras och det går att få bukt med de totala kostnaderna.

Social- och hälsovårdsområdena måste ha tillräckligt stor makt och tillgängliga medel att styra verksamheten i samkommunerna med produktionsansvar för att snedvridningarna i det nuva-

rande servicesystemet ska kunna rättas till och kostnadsutvecklingen hållas i schack. Viktiga verktyg i reformen är beslut om ordnade av service som upprättas av social- och hälsovårdsområdena och beslut om finansiering av samkommunerna med produktionsansvar som fattas av social- och hälsovårdsområdena. Utskottet understryker att beslutet om att ordna service måste ha samma innebörd och vara tillräckligt ingående i alla social- och hälsovårdsområden för att det ska få större styrkraft. Vidare är det av stor vikt att målen för serviceproduktionen är ambitiösa, det vill säga att målet inte är medelmåttig nivå utan att siktet är ställt på bästa praxis. Exempel på bästa praxis ska spridas mellan social- och hälsovårdsområdena. Överlag är det viktigt att satsa på öppna jämförelser och konkurrens som gör verksamheten mer kostnadseffektiv.

För att målen med reformen ska kunna nås behövs det uppdaterad och öppen uppföljning som stöd för ledarskap och utveckling. Målet bör vara att kostnaderna för enskilda vårdåtgärder eller ingrepp tillåter full insyn. Då går det att med hjälp av jämförelsematerial ta reda på varför vård och behandling är dyra på ett ställe och billigare på ett annat stället och att spåra orsakerna till skillnader. Det gäller att på nationell nivå lägga fast nyckeltal som beskriver dels kostnaderna, dels bland annat effektivitet, kvalitet, processmidighet och personalens prestationsförmåga. Därtill måste man utreda vilka andra funktioner det är rationellt och kostnadseffektivt att slå ihop i hela landet, exempelvis informationssystem.

Utskottet påpekar att propositionen initierar en vårdreform som startar gradvis och att nästa fas består av en finansiell reform. Social- och hälsovårdsministeriets pågående utredning av finansiering från flera olika källor ska bli klar i februari 2015, och den är mycket nödvändig, anser utskottet. Målet är att förtydliga och eventuellt minska antalet finansieringskällor för att undanröja de möjligheter till suboptimering som är inbyggda i det nuvarande systemet. När finansieringssystemet står klart måste man sannolikt titta en gång till på sättet att ordna tjänster och samordna mekanismerna med finansieringen.

Det är problematiskt att inte besluten om själva systemet och den samlade finansieringen fattas samtidigt.

### Slutsatser

Det är nödvändigt att effektivisera social- och hälsovården för att minska hållbarhetsgapet i de offentliga finanserna. De svaga tillväxtutsikterna i samhällsekonomin gör att skatteinkomsterna och statsandelarna kommer att öka långsammare samtidigt som befolkningen åldras snabbare och detta ökar utgifterna i synnerhet inom social- och hälsovården. Propositionen tillhåller ett ramverk för en nödvändig vårdreform, men med det tillgängliga materialet är det omöjligt att göra en tillförlitlig bedömning av de ekonomiska effekterna. Följaktligen kan utskottet inte heller bedöma om de mål som regeringen satt för reformen i det strukturpolitiska programmet kan uppfyllas. Trots det framhåller utskottet att det med propositionen i kombination med modeller för bästa praxis går att uppnå en kalkylerad potentiell dämpning i kostnadsökningen. Det kan emellertid hända att den eftersträlvade ekonomiska nyttan kan uppnås först efter en övergångsperiod 2017—2021. Dessutom är risken stor att nyttan uteblir.

För att kostnadsökningen ska dämpas krävs det att reformen styrs och genomförs på ett kostnadseffektivt sätt. Regelstyrningen måste möjliggöra generera en effektivitetsförbättring med hjälp av nya innovationer och ändrade arbetssätt.

Framför allt krävs det effektiv och verkningsfull förebyggande vård i kommunerna, om utgiftsökningen ska kunna dämpas. Dessutom behövs det gott och multidisciplinärt ledarskap och förmåga att fatta svåra beslut. För gott ledarskap behövs det också förståelse av befolkningens behov av social- och hälsovård och en resursallokering som står i samklang med detta för att säkra att reformen är klientorienterad och att det finns adekvat tillgång till närservice. Samtidigt måste politikerna också ha kapacitet att ta vara på de stordriftsfördelar och integrationsvinster som propositionen erbjuder.

Utskottet menar att det snabbt måste byggas upp en kunskapsbank med jämförbara data, som är öppen för alla. Det skapar en plattform för att införa modeller för god praxis och skapa större insyn. Aktörerna måste ha relevanta incitament, rentav skyldighet, att träffa kostnadseffektiva val. Möjliga incitament är mål bundna till finansieringen och offentlig jämförelse av måloppfyllelsen. Det nationella uppföljningssystemet måste således tillåta öppen och uppdaterad utvärdering och jämförelse av läget i hela landet, social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar, som dessutom går tillräckligt mycket i detalj.

Vidare krävs det stark ekonomisk styrning från statens sida och styrningen måste kopplas ihop med budgetramen för social- och hälsovården och planen för de offentliga finanserna. I takt med att reformen fortskrider får den ekonomiska styrningen en mer framträdande roll för att målen för dels likvärdig servicekvalitet och servicetillgång, dels minskat hållbarhetsgap i de offentliga finanserna ska kunna nås.

### *Ställningstagande*

Finansutskottet anför

*att social- och hälsovårdsutskottet bör beakta det som sägs ovan.*

Helsingfors den 17 februari 2015

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Kimmo Sasi /saml  
vordf. Pentti Kettunen /saf  
medl. Leena Harkimo /saml (delvis)  
Pertti Hemmilä /saml  
Jouko Jääskeläinen /kd  
Timo Kalli /cent  
Anneli Kiljunen /sd  
Esko Kiviranta /cent (delvis)  
Mika Lintilä /cent (delvis)  
Heli Paasio /sd  
Kari Rajamäki /sd  
Markku Rossi /cent  
Sari Sarkomaa /saml

Jouko Skinnari /sd (delvis)  
Kauko Tuupainen /saf  
Kari Uotila /vänst  
Ville Vähämäki /saf  
ers. Johanna Karimäki /gröna (delvis)  
Esko Kurvinen /saml (delvis)  
Mikaela Nylander /sv (delvis)  
Raimo Piirainen /sd (delvis)  
Eero Reijonen /cent (delvis)  
Janne Sankelo /saml (delvis)  
Raija Vahasalo /saml (delvis)  
Tuula Väättä /sd.

Sekreterare var

utskottsråd Mari Nuutila.