

**Ärende: RP 241/2020 rd – Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse**

**Tema: Reformen och de frågor som anknyter till dess finansiering betraktat från sjukvårdsdistriktens perspektiv.**

**Svarsadress: sara.kuitunen@eduskunta.fi**

Den finländska hälso- och sjukvården är högklassig, samtidigt som de totala kostnaderna som vi i Finland använder på hälso- och sjukvården per invånare, enligt OECD:s material, är lägre än i de övriga nordiska länderna. Den finansieringsmodell som tagits fram för de framtida välfärdsområdena är inte klar och äventyrar möjligheterna att tillhandahålla högklassiga social- och hälsovårdstjänst samt minskar alltså på de offentliga medel som finns till förfogande för detta. I den föreslagna modellen iakttas inte servicesystemet i sin helhet eller ens de rådande omständigheterna på ett täckande sätt, samtidigt som behovskorrigeringen bara beaktar vissa sjukdomsgrupper.

### ***Finansiering av välfärdsområden***

I Österbotten har man medvetet allokerat resurser till social- och hälsovårdstjänsterna. Befolkningen i Österbotten är den friskaste i Finland. I enlighet med lagstiftningen kommer finansieringen av välfärdsområdet i Österbotten, enligt de beräkningar som uppdaterades i december, att minska tredje mest i Finland – med -160 euro per invånare, dvs. med totalt -28 miljoner euro. Grannområdet kommer att få 3 855 €/invånare för att ordna sina tjänster, medan Österbotten bara kommer att få 3 501 €/invånare. Lagstiftningen förutsätter dock att servicesystemet ska tillhandahålla samma tjänster för befolkningen i bägge välfärdsområde. I finansieringen beaktas inte servicesystemet i sin helhet, eftersom varje välfärdsområde i samma storleksklass ska ha samma struktur oberoende av hur frisk eller sjuk befolkningen är i området. Är tanken då att man ska anställa färre personer eller låta bli att ordna vissa tjänster överhuvudtaget, varvid servicekvaliteten blir lidande och det likvärdiga bemötandet av medborgarna inte förverkligas? En finansieringsmodell som är så här kraftigt behovskorrigerad beaktar inte servicesystemet i sin helhet (vilket det ändå är).

Finansieringsmodellen saknar alltså incitament som sporrar till att befolkningen ska bli frisk och välmående utan att finansieringen minskar. I modellen tar man inte i beaktande de tidigare satsningar som man gjort med stöd av självstyrelsen. I och med att omfördelningen av finansieringen i väsentlig grad påverkar verksamheten och de tjänster som medborgarna erbjuds så har utskottet all anledning att säkerställa att den valda finansieringsmodellen blir så fungerande och transparent som möjligt men också stöder de principer som fastställts för självstyrelsen.

Behovsfaktorerna inom social- och hälsovården används för att beskriva servicebehovet i respektive välfärdsområde. Dessa behovsfaktorer påverkar den finansiering som allokeras till välfärdsområdena till ca 80 procent. Behovsfaktorerna är tre till antalet – Hälso- och Sjukvård (andel av den totala finansieringen: 47,1 %), Äldreomsorg (15,7 %) och Socialvård (16,8 %). Servicebehovet fastställs utgående från de behovskoefficienter som fastställts för hälso-och sjukvården, äldreomsorgen och

socialvården. Det framtida välfärdsområdets behovskoefficienter har fastställts utgående från uppgifter som THL själv samlat in samt sammanställt via andra källor på personbeteckningsnivå. Med hjälp av dessa uppgifter och en statistisk kalkyleringsmodell har en viktkoefficient sedan fastställts för respektive variabel som beskriver servicebehovet. Vid kalkyleringen av behovskoefficienten för hälso- och sjukvården har man använt sig av 51 sjukdomsklasser som variabler medan man i beräkningen av behovskoefficienten för äldreomsorgen använt sig av 18 sjukdomsklasser. Vid beräkningen av koefficienten för socialvården har man använt sig av 13 sjukdomsklasser. Därtill har man i fastställandet av koefficienten för dessa samtliga tre koefficienter använt sig av demografiska variabler, såsom ålder. De uppgifter som används för att beskriva behovet inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen är mycket mera täckande än de uppgifter som används för att beskriva behovet inom socialvården. I praktiken innebär det här att dokumentationen av diagnoser kommer att spela en mycket stor roll i den framtida finansieringsmodellen. I Österbotten har diagnoser och bidiagnoser dokumenterats bristfälligt. För att förbättra finansieringen borde Österbotten alltså ha som mål att öka dokumentationen av diagnoser och bidiagnoser för att få befolkningen att verka sjukare och på så sätt få mera pengar. Det här påvisar också att finansieringsmodellen inte kan stödja sig på behovskorrigerande och bestämda sjukdomsgrupper i en så här stor utsträckning.

Även Österbottens geografiska form ställer till utmaningar i och med att befolkningen, i synnerhet i randområdena av välfärdsområdet, i omfattande grad söker tjänster i grannområdena (sjukhuset i grannområdet ligger avsevärt närmare) som har tillgång till mera pengar. Det här kommer att påverka våra möjligheter att producera tjänster för vår egen befolkning i Österbotten, eftersom vi blir tvungna att betala mer pengar till ett annat välfärdsområde för köpta tjänster, varvid den summa som vi kan använda för egen serviceproduktion minskar.

Lagstiftningen inrymmer villkor som gäller ordnandet av tvåspråkiga tjänster, men i praktiken äventyras möjligheterna om villkoren inte iakttas i tillräcklig utsträckning i finansieringen. För närvarande är de kalkylerade kostnaderna som fastställs på basis av tvåspråkigheten i välfärdsområdet för låga, varför de borde höjas. Utgifterna för tvåspråkigheten kan lätt undervärderas, vilket också påvisats i den utredning som Österbotten genomförde tillsammans med NHG i syfte att klarlägga de utgifter som tvåspråkigheten föranleder.

### ***Beaktande av situationen i Kronoby i lagstiftningen***

I Österbotten har man en situation där Kronoby hör till landskapet Österbotten och således till Österbottens välfärdsområde. Kronoby har ändå ordnat och producerat sin social- och hälsovård via samkommunen Soite som är verksam i Mellersta Österbotten. Lagstiftningen har redan innan dess godkännande tolkats på varierande sätt i fråga om hur Mellersta Österbotten i framtiden ska kunna producera tjänster för Kronoby när anordnandeansvaret bärs av Österbotten. Det är viktigt att denna fråga uttrycks tillräckligt tydligt i lagstiftningen och att man också iakttar de konsekvenser som detta för med sig för bägge part i fråga om finansieringen.

### ***Välfärdsområden och aktiebolag***

Lagen om ordnande av social- och hälsovård borde också ses över för att välfärdsområdena även i framtiden ska kunna producera sina stödtjänster via bolag som de äger. För att verksamheten ska vara kostnadseffektiv så är följande krav problematiska:

- Det att ett aktiebolag som ägs av ett välfärdsområde helt jämföras med privata tjänsteproducenter (2 §) e

- Det att välfärdsområdet åläggs att ordna en tillräcklig serviceproduktion inom alla medicinska specialiteter inom den specialiserade sjukvården – men även de begränsningar som ställs på bolag i fråga om utläggningar (bl.a. 8 § och 12 §); och
- Den mera vittomfattande tolkningen av offentlig makt och den lagstadgade skyldigheten att använda en läkare som är i tjänsteförhållande till välfärdsområdet inom den specialiserande sjukvården (12 §).

Lagstiftningen borde också ses över för att tjänster som produceras via bolag som lyder under välfärdsområdets bestämmande inflytande även skulle anses vara välfärdsområdets egen serviceproduktion, varför de utläggningsrestriktioner som fastställts i 12 § av lagen om ordnande av social- och hälsovård inte borde tillämpas på in-house-bolag som är under välfärdsområdets bestämmande inflytande; medan det åläggande som fastställs i 12 § av lagen om ordnande av social- och hälsovård om användning av läkare i tjänsteförhållande i verksamhet som traditionellt inte ansetts vara förknippad med utövning av offentlig makt, utan som sedvanlig serviceproduktion, borde tas bort.

De omställningskostnader som föranleds av välfärdsområdesreformen borde ersättas fullt ut och beständigt (löneharmonisering, IKT osv.) Skyldigheten att täcka underskott måste vara längre än de 2 år som nu föreslås. Välfärdsområdena borde ges tid att genomföra förnuftiga, hållbara lösningar och åtgärder även om det uppstått ett underskott. Statsborgen borde tryggas även för välfärdsområdenas investeringar och likviditetsarrangemang.

I och med att användningen av långfristiga lån begränsas till bara ny- och utvidgningsinvesteringar måste andra investeringar täckas via driftsekonomi, vilket hämmar välfärdsområdenas förmåga att klara av sin anordnandeuppgift inom ramen för den beviljade finansieringen. Redan nu vidtar man dyrare leasing- och hyreslösningar – vilket kommer att bli vanligare om man inte kan ta lån.

**Finansieringsmodellen är inte godtagbar i föreslagen form. Finansieringslagen bör ses över så att den sporrar till en välmående befolkning, stärker en reell självstyrelse men tar i beaktande de satsningar som gjorts redan tidigare på förebyggande verksamhet. Eftersom finansieringsmodellen helt klart inte är färdig bör verkställandet av den fördröjas eller så bör överföringsutjämnningen i 35 § av lagen om välfärdsområdenas finansiering ännu skjutas längre fram i tiden för att man ska hinna utveckla en bättre incitamentsmodell som även beaktar servicesystemet i sin helhet och inte så starkt bygger på diagnoser och sjukdomar. Viktkoefficienten för finansieringen av tvåspråkigheten borde höjas för att den ska motsvara de verkliga kostnaderna.**

Marina Kinnunen

Vasa sjukvårdsdistrikts direktör samt direktör för Österbottens välfärdsområde som inleder sin verksamhet 1.1.2022