

## Samkommunen HNS utlåtande till ekonomiutskottet 11.2.2021 om regeringens proposition gällande social och hälsovårdsreformen

### RP 241/2020

Riksdagens ekonomiutskott har bett Samkommunen Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HUS) om ett utlåtande om regeringens förslag till riksdagen med förslag till lagstiftning om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet och inrättande av välfärdsområden (RP 241/2020 rd). HUS tackar för begäran om utlåtande och ger följande utlåtande.

#### Allmänt

I december 2020 gav Finlands regering till riksdagen ett förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet. **De mest betydande problemen med förslaget relaterar till finansieringsmodellen och sätten på vilka investeringarna genomförs**, som redan i sig gör det föreslagna systemet olämpligt och ogenomförbart för sitt syfte. Samkommunen HNS anser att finansieringsmodellen och sätten på vilka investeringarna genomförs är allvarliga problem, av vilka de mest centrala är:

- Man använder en **ofullständig** statistisk behovsstandardiserad modell framtagen av Institutet för hälsa och välfärd (THL) för att tilldela 15,4 miljarder euro till kommande välfärdsområden.
- Den behovsstandardiserade modellens viktigaste element, sjukdomsklasserna, täcker endast hälften av de kostnader som uppkommer i vården av invånarna i Samkommunen HNS.
- I den behovsstandardiserade modellen används rikstäckande genomsnittliga kostnader som inte återspeglar faktiska regionala kostnadsskillnader.
- Den behovsstandardiserade modellen beaktar inte skillnaderna i tjänsters tillgänglighet eller kvalitetsfaktorer.
- Den behovsstandardiserade modellens korrelationskoefficient är låg, vilket betyder att modellen inte visar mätningsobjektet på ett korrekt och ändamålsenligt sätt.
- Det finns ingen statistisk grundläggande dokumentation om testningen av modellen (bl.a. estimeringsresultatens beständighet, konfidensintervallen, medelfelen), vilket totalt ifrågasätter resultatens tolkningar.
- Den föreslagna modellen med statsstyrda investeringar förhindrar en långsiktig planering av investeringar: Investeringarna ska läggas fram för godkännande till Social- och hälsovårdsministeriet och vidare till Finansministeriet och lånefullmakten som fastställs särskilt varje år dikterar direkt investeringarnas mängd och tidpunkt. Ministeriernas expertis borde inte användas till att värdera sjukhusens investeringar i rörpost och polikliniker. Modellen stöder förvaltningen av statliga lånegarantiansvar väl, men inte målen som satts upp för social- och hälsovårdsreformen.
- På grund av områdets snäva övergripande ram, kommer en finansiering av totalrenoverings- och ersättningsinvesteringar från den omfattande finansieringen för välfärdsområden inte att bli verklighet i Nyland.
- I lagförslagen framgår inte hur de oavslutade investeringsprojekten i början av år 2023 ska finansieras.

- De beräknade lånefullmakterna enligt den föreslagna formeln kommer inte att räcka till för att tillgodose Samkommunen HNS investeringsbehov. Beräkningsformeln för lånefullmakten föreslås ändras så att man i formelns beräknade amorteringar har möjlighet att använda lånestockens faktiska återstående löptid som fördelare, istället för en 10 års genomsnittlig beräknad lånetid.

### Samkommunen HNS observationer om den behovsstandardiserade modellen som grund för fastställande av finansiering

I regeringens förslag har man som mål för de avgörande faktorerna för finansieringen i välfärdsområdena gjort upp en finansieringsmodell som skulle säkerställa att de grundläggande rättigheterna förverkligas genom att rikta finansieringen korrekt till olika håll i landet. Enligt förslaget förnyas Social- och hälsovårdens finansieringssystem så att den grundar sig på behovsstandardiserade kriterier vilka avspeglar servicebehoven och vars beräknade värden grundar sig på undersökningen som THL publicerade i april 2020.

Gällande finansieringen av vårdreformens välfärdsområden, lägger lagen fram principerna för beviljande av statlig finansiering för landskapen. Finansieringen beviljas enligt invånarantal, de faktorer som beskriver behovet av social- och hälsovårdstjänster, befolkningstäthet, främmande språk, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiska som språk, samt på grundval av indikatorer som främjar välfärd och hälsa. Vikten vid fördelningen av finansiering skulle regleras enligt situationen under det år som föregår året när reformen träder i kraft. Sammanlagt 14,613 procent av den totala finansieringen skulle fördelas på basis av invånarantalet och 79,572 procent på grundval av behovet av social- och hälsovårdstjänster (THL behovskoefficienter). 5,815 procent av finansieringen skulle fördelas på basis av andra kriterier. Den tilldelade 79,572 %-andelen för behovet av social- och hälsovårdstjänster fördelas vidare i hälso- och socialvårdens samt äldreomsorgens servicebehovskoefficienter. I kalkyleringarna av dessa har man använt sjukdomskategorier som beskriver servicebehov och kostnader, samt socioekonomiska faktorer.

Den behovsstandardiserade modellen som grund för fördelning av finansiering är i sig ett steg i rätt riktning och en modell som har visat sig fungera även internationellt. Enligt den expertbedömning som Samkommunen HNS gjort innehåller undersökningen som THL publicerat dock sådana allvarliga brister som ifrågasätter hela modellen som instrument för fördelning av finansiering inom social- och hälsovården. Regeringens förslag nämner att modellen är enkel och en modell som täcker de centrala principerna för kostnaderna i välfärdsområdenas verksamhet och vars beståndsdelar skulle spela en viktig roll gällande behov och kostnader för användningen av invånarnas social- och hälsovårdstjänster i välfärdsområdet. Genom att noggrannare analysera THL:s modell kan man dock konstatera att nämnda egenskaper inte uppfylls i modellen.

Finansieringsmodellen fastställer för olika behovsfaktorer och avgörande faktorer en grundavgift för servicebehovet, vilken korrigeras med behovskoefficienter. Grundavgifterna är nationella genomsnitt, dvs. från social- och hälsovårdsreformens totala finansieringsbelopp räknas ett eurobelopp enligt en procentandel som baserar sig på beräkningsgrunden, vilket divideras med befolkningmängden i hela landet. Den erhållna grundavgiften används för att fastställa finansieringen i varje välfärdsområde (grundavgift \* behovskoefficient \* befolkningmängden i området). Välfärdsområdets totalfinansiering utgörs av den totala summan av belopp fastställda på basis av olika

grunder. THL:s statistiska behovsstandardiserade modell spelar en mycket viktig roll i fastställandet av områdets behov och därigenom uppstår nyckelfrågan hur väl de behovsfaktorer som valts till THL:s modell beskriver kostnaderna som uppstår i områdena och därigenom behoven av finansiering.

Den behovsstandardiserade modellens estimerade behovskoefficient berättar hur mycket invånarnas behov av social- och hälsovårdstjänster i genomsnitt skiljer sig i ett visst område från det genomsnittliga servicebehovet i hela landet. De förklarande variablerna i THL:s modell är beräknade kostnader per individ, som man försöker förklara med en mängd bakgrundsvariabler. Ett stort problem med THL:s modell är att korrelationskoefficienterna förblir låga. Detta betyder att de valda variablerna inte förklarar de uppkomna kostnaderna tillräckligt. I hälsovårdens och den somatiska specialistvårdens modeller kan endast ca 15 % av de beräknade kostnadsskillnaderna på individnivå förklaras med de valda variablerna och 85 % av avvikelserna förblir oförklarad. De kostnader som använts i modellen skiljer sig från officiella kostnader, vilket redan i sig är ett allvarligt orosmoment med tanke på modellens tillförlitlighet.

Hälsovårdsmodellens viktigaste variabelgrupp är sjukdomsklasserna som det finns totalt 50 av i modellen, samt prematura barn och förlossningar som egna grupper. Sjukdomsklasserna i sin tur består av en grupp diagnoser och diagnosgrupper, vars korrekta val som även jämlikt beskriver befolkningens sjuklighet, styr fastställande av hälsovårdens finansieringsandel. Man har inte lyckats i valet av sjukdomsklasser. De representerar inte verkligheten, så välfärdsområdenas behovskoefficienter har blivit felaktiga, både i absoluta termer och i förhållande till varandra.

*Den behovsstandardiserade modellens problem och osäkerhetsfaktorer*

#### Vårdmeddelanden

Hälsovårdens statistiska data tas från vårdmeddelandena vilka registreras på många olika sätt, skillnaderna är både kvalitetsmässiga och regionala. Olika användning av diagnoser leder till att sjukdomsklassernas innehåll skiljer sig regionalt och att behovskoefficienterna i modellens slutresultat inte beskriver sjukligheten på ett enhetligt sätt.

#### Enhetskostnader

THL:s modell använder genomsnittliga enhetskostnader för att beräkna behovsstandarderna. Valet är felaktigt eftersom användningen av genomsnittliga kostnader inte tar i beaktande skillnaderna i kostnadsnivån i olika områden. Modellen gynnar områden med låg kostnadsnivå och missgynnar dyrare områden. Ökningen i kostnadsnivån beaktas nog i modellen genom det vägda prisindexet i välfärdsområden, men kostnadsnivån ökar mer i växande städer och med hjälp av behovskoefficienter fördelas mera pengar till mera avlägsna trakter. De avlägsna trakterna drar nytta av den höjda kostnadsnivån i Nyland, inte Nyland själv.

#### Sjukdomsklasserna

För sjukdomsklasserna som utgör kärnan i THL:s modell har man räknat ut uppräkningsfaktorer som associerar en viss summa till en viss sjukdom, dvs. kostnader. Bristen i hälsovårdens modell är att den fokuserar på kronisk sjuklighet och nästan helt förbiser akutsjukvården och de kostnader den medför. Sjukdomsklassernas statistiska urvalsförfarande har lett till ett ologiskt utbud som dåligt täcker befolkningens faktiska sjuklighet (låg korrelationskoefficient) och som korrigerande

åtgärd bör man lägga till ett tillräckligt antal sjukdomsklasser i modellen och antalet diagnoser i de sjukdomsklasser som redan finns i modellen bör ökas enligt valideringen av branschen. Sjukdomsklassernas riktighet bör säkerställas innan modellen tas i bruk som ett verktyg för fördelning av pengar. THL:s valda diagnoser täcker till exempel 54 procent (1000 miljoner euro) av kostnaderna för den egna serviceproduktionen inom Samkommunen HNS år 2019. Av kostnaderna blir 870 miljoner euro utanför diagnosurvalet. En av sjukdomskategorierna som används i modellen är cancer-sjukdomar, men där finns till exempel inte hjärtklaffssjukdomar eller misstankar och symtom på sjukdomar i olika organ, vilka orsakar många besök inom specialistvården.

Med andra ord täcker de valda sjukdomsgrupperna inte tillräckligt de kostnader som i verkligheten utgör hälsovårdens kostnader. Förenklat måste vi fråga hur och med vilken betydelse kostnaderna beaktas för de patienter som blir utanför modellen i den slutliga finansieringen?

#### Andra problem och modellens tillförlitlighetsproblem

Hälsovårdsmodellen har också andra brister. Kvalitetsfaktorer eller faktorer på tillgångssidan, dvs. faktorer som relaterar till tillgängligheten beaktas inte alls i modellen. Inverkan från vissa variabler i modellen har eliminerats vid uträkningen av behovskoefficienter och de uppskattade behovskoefficienterna korrigeras inte med faktorer som mäter icke tillgodosedda servicebehov eller med områdesindikatorer, vars korrigerande inverkan nog har begrundats i THL:s rapport. I Samkommunen HNS expertbedömning ändrade inkluderingen av en områdesindikator i modellen behovskoefficienterna mellan områdena i en riktning som bättre återspeglar kostnadernas faktiska fördelning, än den i förslaget till social- och hälsovårdsreform som getts till regeringen.

Ett problem som är värt att notera och nämna är även det att man i behovskoefficienten eller finansieringsmodellen i allmänhet inte har beaktat undervisnings- och forskningsverksamheten vid universitetssjukhusen, ej heller rollen för de aktörer i Nyland som upprätthåller beredskapen inom specialistvården och producerar tjänster som relaterar till det nationella specialansvaret.

Tillförlitligheten av THL:s behovsstandardiserade modell som statistisk modell försvagas framför allt av att rapporten totalt ignorerar modellens osäkerhetsfaktorer och statistisk testning: modellens beständighetsgranskning fattas helt och estimatens standardfel eller konfidensintervaller rapporteras inte alls. I Samkommunen HNS expertbedömning testades modellens beständighet med hjälp av flera olika variabler; exempelvis genom att beakta skillnaderna mellan välfärdsområdena ökar Nylands finansiering med 200 miljoner euro årligen baserat på behovskoefficienten.

Innan modellen tas i bruk bör modellens lämplighet för att fastställa och allokera behovsbaserad finansiering av social- och hälsovårdskostnader enligt Samkommunen HNS bedömas noggrant och med tillräcklig expertis, dessutom bör de allvarliga problemen i modellen korrigeras.

#### **Samkommunen HNS åsikt om att förutsäga tillväxten i servicebehov**

I lagförslagets 7 §, Iakttagandet av ändring i servicebehov, förordnas användningen av THL:s sociala modell för att förutsäga ökningen i servicebehovet. Den sociala modellen är en prognosmodell för socialskyddets utgifter på lång sikt, som bl.a. har använts i beständighetsberäkningar och prognostiseringen av kostnader relaterade till befolkningens åldrande. Modellen är statisk till sin natur

och beaktar inte olika reformers beteendeeffekter eller hälsovårdens förändringar i behandlingsmetoder eller användningen av resurser. Samkommunen HNS anser att bedömningen av den sociala modellens förmåga att förutsäga förändringar i servicebehoven bör vara transparent innan modellens resultat tas i bruk på basis av fastställandet av finansieringsbasen.

## **Samkommunen HNS observationer om lånefullmakt och investeringsplan (Lagen om välfärdsområden,**

### **15 § Välfärdsområdets lånefullmakt och 16 § Investeringsplan)**

De juridiska punkterna som anknyter till lånefullmakt och investeringsplanens godkännandeförfarande är inte entydiga, så vi har varit tvungna att göra tolkningar av dem när vi har berett följande observationer.

Lagförslagets statliga styrningsmodell för investeringar stöder inte de fastställda målen för social- och hälsovårdsreformen. Styrsystemet är tungt och möjliggör inte en effektiv utveckling av ett servicesystem för befolkningen i Nyland. Den enhetliga beräkningsformeln för den maximala upplåningskapaciteten i hela landet stöder den offentliga ekonomin och förvaltningen av beloppet för statsgarantier väl, men den beaktar inte alla regionala skillnader vid utgångsläget före social- och hälsovårdsreformen.

Den kalkylerade lånefullmakten i enlighet med den föreslagna formeln, äventyrar en långsiktig investeringsplanering. Lånefullmaktens belopp som fastställs separat varje år är enligt de provberäkningar som gjorts vid HUS mycket slumpmässiga i förhållande till tidpunkten för behovet. Därför kan en långsiktig planering av investeringar som stöder förvaltningen av Samkommunen HNS ekonomi, utvecklingen av verksamheten och bl.a. försörjningen av nationella uppgifter och beredskaper inte implementeras i den här modellen. Under 2021 pågår exempelvis cirka 80 stora byggnads-, forskningsutrustnings- och IKT-investeringar på HUS, vilkas hantering och koordinering under statens ledning i enlighet med förslaget inte är tillämplig.

När det gäller den framtida verksamheten kan en ohållbar situation uppstå: en stor brådskande investering, till exempel ett stort ett hundra miljoner euros sjukhusprojekt skjuts upp trots finansieringsarrangemang (egen investering eller hyresobjekt) på grund av att lånefullmakten under det planerade startåret inte räcker till.

HUS utspridda byggnadsbestånd som kräver kontinuerliga totalrenoveringar och helheten som består av krävande specialutrustning och IKT-system förutsätter en investeringsnivå som under 2020-talet, vilken uppenbarligen överskrider den föreslagna beräknade nivån i lagförslaget. I och med att sjukhusverksamheten utvecklas gäller merparten av investeringsbehoven grundrenoveringar. Det är inte möjligt att flytta över kostnaderna för totalrenoveringsprojekten och behandlingsutrustningens ersättningsanskaffningar till välfärdsområdenas omfattande finansiering på grund av den snäva övergripande ramen i Nyland. Förutom investeringskostnaderna minskas lånefullmakten av hyresmodellerna, livscykelmodellerna, leasingkontraktssamt långvariga hyreskontrakt för lokaler.

HUS anser att den föreslagna statsstyrningen av välfärdsområden och investeringar i Samkommunen HNS inte är genomförbara. Ett bättre alternativ är en modell där endast ekonomiskt betydande investeringar såsom nya stora sjukhusprojekt fastställs vid Social- och hälsovårdsministeriet och Finansministeriet, men övriga investeringar blir kvar för regionalt övervägande. Det är inte motive-

rat att ministeriernas resurser används för att värdera centralsjukhusens rörpost- och köksinvesteringar. Dessutom bör också beaktas att investeringarnas styrsystem även bör täcka IKT-investeringar. Finansieringsbehovet för IKT-projekt som främjar digitalisering inom social- och hälsovårdsreformen, en god produktivitet utveckling och en jämlik tillgång på tjänster ökar.

I punkterna i lagförslagen om investeringars styr- och finansieringsarrangemang fattas information om hur de investeringsprojekt som i början av 2023 är oavslutade ska finansieras. En brist är också att när man inkluderar begynnande leasing- och lokalhyresansvar i det s.k. lånetaket, beaktas inte motsvarande avtalskostnader som löper ut i lånefullmaktens belopp.

Enligt vår beräkning kommer de beräknade lånefullmakterna enligt den föreslagna formeln inte att räcka till för att genomföra Samkommunen HNS investeringsbehov. **Beräkningsformeln för lånefullmakten föreslås ändras så att man i formelns beräknade amorteringar har möjlighet att använda lånestockens faktiska återstående löptid som fördelare, istället för en 10 års genomsnittlig beräknad lånetid.** HUS långsiktiga lån har en lånetid på 20–25 år, så en genomsnittlig uppskattad lånetid på 10 år försvagar HUS lånetäckning och minskar lånefullmakten. Motsvarande förändring bör också göras i lagens 123 § Förutsättningarna för bedömningsförfarande gällande välfärdsområdets ekonomi, så att den stämmer överens med 15 §. Lånefullmaktens beräkningsmetod och dess inverkan på investeringsplanen under kommande år ombedes att specificeras med beräkningsexempel.

**Samkommunen HNS observationer gällande statsgarantier (Lagen om välfärdsområden, 17 § Statsgaranti och Lag om ordnande av reformen om social- och hälsovård och räddningsväsendet och verkställighet av lagstiftningen gällande detta, 34 § Statsgaranti)**

Statsgaranti kunde beviljas för lån som ingår i den fullmakt som avses i Lagen om välfärdsområden, 15 §. Garantin kunde endast gälla lån som lyfts av välfärdsområden, inga andra åtaganden såsom leasingavtal eller skyddsarrangemang för lånen. **Statsgarantin bör även för de nya lånen och åtagandenas del ha samma innehåll som för de lån och åtaganden som överförs** (Lag om ordnande av reformen om social- och hälsovård och räddningsväsendet och verkställighet av lagstiftningen gällande detta, 34 § Statsgaranti)

Högaktningsfullt

Juha Tuominen  
verkställande direktör, HUS