

## **HUS styrelses ställningstagande om beredningen av social- och hälsovårdsreformen**

### **Inledning**

I diskussionerna som förts av HUS styrelse har det uppstått oro över hur social- och hälsovårdsreformen framskrider och innehållet i den som gäller HUS. HUS styrelse har i sitt social- och hälsovårdsutlåtande av den 14 september 2020, utöver säkerställandet av en tillräcklig finansieringsgrund för HUS, betonat tryggheten av en jämlik specialiserad sjukvård i Nyland och dess närtjänster samt HUS specialuppgifter. HUS har upprepade gånger lyft fram dessa frågor i utskottshöranden, utlåtanden och den allmänna kommunikationen. HUS styrelse är bekymrad över social- och hälsovårdsreformens inverkan på HUS verksamhet och vill därför betona följande:

### **Om finansieringen av social- och hälsovårdsreformen**

I samband med social- och hälsovårdsreformen är det meningen att finansieringssättet för social- och hälsovårdstjänster ska ändras avsevärt. Finansieringsansvaret överförs i sin helhet till staten. Samtidigt börjar finansieringen allokeras utifrån den modell för behovsstandardisering som THL har berett. Modellen behandlar patienter och kunder i Nyland orättvist. Då skattebeloppen för en nyländsk patient och kund för närvarande i huvudsak riktas till dennas egna tjänster, överförs i enlighet med modellen för behovsstandardisering i fortsättningen en större del av skattebeloppen än tidigare till tjänster i andra områden. Samtidigt beaktar finansieringsmodellen inte i tillräcklig grad de regionala särdragen i Nyland med nästan två miljoner invånare, såsom befolkningstillväxten eller kostnadsökningen som är snabbare än i resten av landet. I värsta fall stiger skatterna för en nyländsk patient och kund, men servicen försämras.

HUS har låtit göra en expertbedömning av hur de nuvarande kriterierna påverkar HUS finansieringsgrund. Slutresultatet av den omfattande utredning som gjorts under ledning av Teemu Malmi, professor i redovisning vid Aalto-universitetet, är att de kriterier som presenterats för HUS kostnader förklaras endast till 54 procent.

I THL:s modell kringgås osäkerhetsfaktorerna helt och hållet. Modellen beaktar inte heller på något sätt vårdskulden eller det dolda servicebehovet. Modellen behandlar universitetssjukhuset som ett regionsjukhus. Man beaktar inte heller de högre kostnaderna inom HUS område vad gäller såväl fastigheter och anskaffningar som också i större utsträckning.

Enligt den bedömning som gjorts skulle Nylands finansieringsandel öka med minst 200 miljoner euro per år om man till exempel beaktar ovan nämnda skillnader mellan välfärdsområdena.

Detta är särskilt oroväckande eftersom finansieringen av social- och hälsovårdstjänster redan i utgångsläget är på en lägre nivå i Finland än i till exempel de övriga nordiska länderna.

Dessutom håller man inom ramen för reformen på att skapa en mekanism som syftar till att ytterligare hejda ökningen av finansieringen och inom några år till och med skära ned den så att man endast beaktar 80 procent av efterfrågan. Detta skulle innebära en enorm nedkörning av den offentliga hälso- och sjukvården i Finland och i synnerhet av den specialiserade sjukvården.

Det är solklart att HUS ställning på listan över världens bästa sjukhus (nu på 21 plats) då kommer att falla kraftigt.

Det föreslagna investeringsförfarandet är mycket stelt och schematiskt. Det är fullständigt oklart hur HUS i fortsättningen ska kunna ansvara och sörja för ombyggnaden och reparationen av delvis föråldrade vårdutrymmen samt genomföra nödvändiga nybyggnadsobjekt.

I regeringens proposition RP 241/2021 konstateras att statsborgen som beviljas för lån som överförs skyddar kommunerna och Kommunernas garanticentral. Garanticentralen har vad gäller centralens egen verksamhet klarlagt att ett sådant skydd för borgen förutsätter ett godkännande av en behörig EU-myndighet, det vill säga en notifiering.

I finansieringsmodellen nämns heller inte hur finansförsörjningen, kassaförvaltningen och likviditeten ska ordnas. Hur ordnas en fungerande finansförsörjning i en situation där HUS som aktör inte längre är i nollriskklassen? Den specialiserade sjukvården i hela Nyland är beroende av statens finansförsörjning i funktioner som har en nära koppling till människors liv.

Då man dessutom känner till de betydande anpassningsbehoven inom statens ekonomi under de närmaste åren, hotar situationen att bli ohållbar för de ansvariga aktörerna och patienterna.

Finansieringen inbegriper också utmaningar med löneharmoniseringen samt ett stort antal avtal som ska förnyas.

### **Om beaktandet av universitetssjukhusets ställning**

I samband med social- och hälsovårdsreformen har universitetssjukhusens särställning inte beaktats tillräckligt. I den planerade finansieringsmodellen har universitetssjukhusens specialuppgifter, såsom krävande specialiserad sjukvård, forskning och undervisning, knappt alls beaktats. I synnerhet när det gäller forskning och undervisning utgör detta ett särskilt stort hot mot att universitetssjukhusen i fortsättningen inte kommer att klara av dessa uppgifter. Detta skulle ha mycket stora och långtgående konsekvenser för hela servicesystemet och framför allt för vården av patienterna.

Universitetssjukhusens ställning och finansiering bör tryggas i samband med reformen. Finansieringen av forskning och undervisning ska vara transparent och de extra kostnaderna för dem ska ersättas till fullt belopp. Denna finansiering ska också skiljas från finansieringen av social- och hälsovårdstjänster, vilket också skulle förbättra transparensen och inriktningen av finansieringsmodellen för tjänsterna på rätt sätt. Eftersom finansieringen av hela systemet i fortsättningen skulle vara statens ansvar, är det möjligt att göra denna förändring kostnadsneutralt inom statsbudgeten.

### **Om tryggheten av tjänsternas och informationens integration**

Det centrala målet med reformen är att stärka basnivån, vilket också inkluderar målet om serviceintegration. Serviceintegrationen är i synnerhet till patientens fördel, eftersom den kan förbättra 1) likvärdigheten i tjänsterna, 2) den regionala jämlikheten, 3) kvaliteten och 4) kostnadseffektiviteten. I serviceintegrationen är det viktigt att hälso- och sjukvårdstjänsterna ordnas nära invånarna, förutom om det är motiverat att centralisera tjänsterna för att trygga tjänsternas kvalitet och tillgången till tjänster. Serviceintegrationen och stärkandet av basnivån får dock inte leda till att den regionala serviceproduktionen inom den specialiserade sjukvården i sin helhet eller till betydande delar övergår till verksamhet på basnivå. HUS ska även i fortsättningen vara en aktör på landskapsnivå och för

sin del genomföra principen om närtjänster. På så sätt säkerställs kvaliteten och jämlikheten i den vård som patienterna får.

I den särlösning som planerats för Nyland har man inte i tillräcklig grad beaktat den för serviceintegrationen helt nödvändiga smidiga överföringen av patient- och kundinformationen mellan olika organisationer, dvs. genomförandet av integrationen av information. I själva verket försvagas till och med integrationen av information avsevärt i samband med reformen, vilket försvårar en smidig vård av patienten då tidigare patientinformation faller på patientens egen aktivitet eller ett separat samtycke. I en situation där särlösningen också medför stora utmaningar för genomförandet av serviceintegrationen jämfört med resten av Finland, gör försämringen av integrationen av informationen det mycket svårt, om inte omöjligt. Detta utgör ett betydande hot mot tillhandahållandet av tjänster för en nyländsk patient och kund.

### **Om organiseringsansvar och beslutsmodell**

Ansvar för att ordna tjänster i särlösningen för Nyland i förslaget ligger i princip på två nivåer precis som i nuläget. Enligt 3 § i lagen om specialiserad sjukvård ska kommunen sörja för att invånarna i kommunen får behövlig specialiserad sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. "För ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med denna förpliktelse ska kommunen höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt."

Sjukvårdsdistriktet ansvarar för att ordna specialiserad sjukvård, men kommunen kan om den så önskar ordna specialiserad sjukvård också inom ramen för den egna verksamheten och ansvara för dess innehåll och tillgänglighet. För vissa delhelheter inom den specialiserade sjukvården, det vill säga centraliserade behandlingar (organtransplantationer m.m.), ansvarar endast HUS för och kommunen får inte producera dessa.

Det finns ett hot om att situationen kan förändras i framtiden. Först fastställs de krävande tjänster inom den specialiserade sjukvården som enbart HUS ansvarar för. Dessutom ansvarar HUS för de "mindre krävande" tjänster inom den specialiserade sjukvården som denna helhet förutsätter + tjänster om vilka avtalats på specialupptagningsområdesnivå och inom Nyland. Dessa "mindre krävande" tjänster har inte på något sätt definierats tydligt, så i fortsättningen förhandlar man med de fyra välfärdsområdena i Nyland och med Helsingfors om vad HUS får producera och vad dessa områden själva vill producera då de har organiseringsansvaret, som alltså tidigare låg hos HUS dit kommunerna överförts.

Detta kommer att medföra en ny arbetsfördelning och även regionpolitiska riktlinjer. Utvecklingen av den specialiserade sjukvården enligt verksamhetsområde inom HUS område kan försvåras då det nuvarande organiseringsansvaret faller sönder.

Även om man åtminstone till en början skulle vara nära nuläget, är helheten med HUS organiseringsansvar enligt den nuvarande lagen tydligare när HUS ansvarar för den specialiserade sjukvården i sin helhet och endast för sin del även om en kommun beslutat att själv ta någon del av den.

HUS politiska beslutsmodell kan enligt reformens förslag bygga på antingen fullmäktige- eller samkommunsstämman. Båda har sina fördelar och nackdelar. När man väljer rätt beslutsmodell bör man dock beakta att HUS även kommer att ha eget organiseringsansvar. Organiseringsansvaret är en

oskiljaktig del av det politiska beslutsfattandet. För att säkerställa kontinuiteten i detta politiska beslutsfattande ser vi att fullmäktigemodellen, där permanenta politiska beslutsfattare väljs till HUS för hela valperioden, är en bättre beslutsmodell än samkommunsstämman.

### **Om beredningen och verkställandet av reformen**

Även i Finland har förhindrandet av spridningen av coronavirussjukdomen och vården av de insjuknade krävt stora ansträngningar redan i över ett år från hela social- och hälsovårdssystemet inklusive både de praktiska aktörerna och de statliga myndigheterna och lagberedarna. Till exempel HUS har med undantag av lugnare sommarmånader verkat på högsta beredskapsnivå redan i ett år, där hela sjukhusets verksamhet i första hand har koncentrerats till coronavirusepidemin. Även olika typer av myndighetsstyrning på nationell nivå och många lagberedningar som behövs för att hantera epidemin har krävt stora resurser.

I social- och hälsovårdsreformen bereds en ändring av hela servicesystemet under de följande decennierna och även det förtjänar full uppmärksamhet såväl i riksdagen som i de ministerier som ansvarar för lagberedningen, i servicesystemet och i den offentliga debatten. Om lagen skulle godkännas sommaren 2021 som planerat, finns det inte nödvändigtvis de resurser för verkställandet som reformen förtjänat mitt under pandemin.

HUS väddar att ovan nämnda missförhållanden ska beaktas innan den slutliga lagstiftningen framskrider.

### **För mera information**

Projektchef Teppo Heikkilä, e-post [teppo.heikkila\(at\)hus.fi](mailto:teppo.heikkila(at)hus.fi)