

Reformen av social- och hälsovårdstjänster i Finland¹

Av Pentti Arajärvi

Nuläget

Ansvar för att ordna och tillhandahålla social- och hälsovårdstjänster ligger i Finland på kommunerna. Kommunen kan uppfylla sin skyldighet genom att producera tjänsterna själv eller tillsammans med en annan kommun, genom en s.k. samkommun eller genom att köpa tjänsterna av privata serviceproducenter. Traditionellt har de privata serviceproducenterna varit olika slags organisationer, men numera är de i växande grad privata företag. Mätt i personalstorlek utgör de privata tjänsterna en dryg fjärdedel. Av samtliga tjänster var företagets andel ca 16 procent och organisationernas ca 10 procent. Flest privata tjänster producerades inom socialtjänsten.

Systemet har i viss mån hamnat i en kris. I början av 1990-talet anpassades systemet till de lokala förhållandena och det ekonomiska ansvaret gjordes tydligare. Denna decentralisering gjorde det samtidigt svårare att styra systemet, att åstadkomma en jämn kvalitet på tjänsterna och att behärska kostnaderna.

Systemet lider numera också av att finansieringen kommer längs olika kanaler och av att det finns möjligheter för kommunerna att dra hemåt. Helheten är splittrad. Normstyrningen har karaktären av ramlagstiftning, finansieringen styr inte och informationsstyrningens betydelse är rätt svag. På nationell nivå uppnår man inte tillräckligt likvärdiga tjänster.

Av de nämnda skälen har olika tjänster utvecklats i olika takt. Följden har blivit att skillnaderna i befolkningens hälsotillstånd växer, men samtidigt har också andra samhälleliga skillnader – allt från inkomstskillnader till utbildningsskillnader – vuxit. Skillnaderna i socialtjänsterna har blivit markanta i synnerhet regionalt. På glesbygden är det svårt att få experttjänster.

I vissa fall är tjänsteutbudet på sin höjd tillfredsställande. Ett särskilt problem har varit att få vård inom primärhälsovården. Samarbetet mellan kommunerna är svagt och delvis allt för specialiserat och smalspårigt. Det finns inte en helhetsvård som skulle fungera. Inom barnskyddet är det brist på kunnig personal.

Kvaliteten på själva tjänsterna är i allmänhet god och kostnaderna för systemet är skäliga i en internationell jämförelse. Likaså är befolkningen relativt tillfreds med tjänsterna.

Ett särskilt problem för Finland är att befolkningen åldras. Detta beror såväl på att de s.k. stora årskullarna efter kriget når pensionsåldern som på att livslängden fortlö-

pande ökar. De stora årskullarna (1946-1950) uppgick till drygt 100 000 barn, medan nativiteten nu är ca 60 000 barn om året. Invandringen förbättrar i någon mån situationen. Till arbetsmarknaden kommer årligen färre personer än de som går i pension. Å ena sidan är befolkningen friskare och aktivare längre men å andra sidan kommer behovet av vård och omsorg för de sista åren att växa på grund av stora årskullarna.

Målsättningar för reformen

Främjande av välfärden har fått växande betydelse som ett strategiskt mål. Detta kräver att man stärker de strukturer som främjar och skapar välfärd. Servicestrukturen måste skapa förutsättningar för och t.o.m. ett absolut behov av att skapa samarbete inom flera sektorer och åstadkomma en smidig verksamhet inom basservice och specialservice.

Inom flera, nästan samtliga områden är det motiverat att granska hälsovården och socialvården samtidigt för att kunna få ett grepp om läget för dem som anlitar tjänsterna. Det är typiskt att den som lider av mentala problem samtidigt har problem som gäller hälsan, utkomsten och droger. De problemen borde man kunna ta sig an med såväl preventiva som korrigerande åtgärder.

Finlands samhällsekonomi har rätt svaga tillväxtutsikter. Även om det primära målet för en reform av servicestrukturen inte är att åstadkomma kostnadsinbesparingar, har det varit nödvändigt att bromsa eller stoppa kostnadsstegringen. Inte heller inbesparingar skulle vara av ondo, utan snarare något att eftersträva.

För att en reform av social- och hälsovården inte ska vara för enkel, pågår samtidigt en kommunreform, en reform av kommunallagen samt, som en del av statsandelsreformen, en reform av finansieringen av social- och hälsovården. Dessutom utvecklas själva tjänsterna genom en reform av socialvårdslagen som gäller samtliga socialtjänster.

Ett mål för reformen av servicesystemet är att ordna och producera tjänster likvärdigt och med hög kvalitet. Befolkningen ska ha likvärdig tillgång till behövliga tjänster i rätt tid och service- och vårdkedjorna ska fungera bättre. Samtidigt stärks kommuninvånarnas rätt till närtjänster. I reformen försöker man också minska dubbelringar och skapa möjligheter till nya verksamhetsformer och att ta i bruk olika slags innovationer. För att det ska lyckas måste man bl.a. riva ner gränshindren mellan olika förvaltningsområden.

Den offentliga social- och hälsovårdens servicestruktur måste vara kostnadseffektiv. Hållbarhetsunderskottet i Finlands offentliga ekonomi ska motverkas även genom strukturreformen av social- och hälsovården och samtidigt ska också finansieringen av de offentliga tjänsterna och förmånerna tryggas.

Social- och hälsovårdstjänsterna ordnas för närvarande av kommunerna och så ska det vara även efter reformen. Största delen av Finlands kommuner är små och har inte kapacitet att själva uppfylla behovet av tjänster. Kommunstrukturen medför att social- och hälsovården bör ordnas i samarbete mellan kommunerna. På det sättet kan man göra det möjligt att alla tjänster ordnas heltäckande i en och samma kommunala organisation och koncentrera klienternas olika behov av service. Samtidigt kan man planera servicen och genomföra den så att det inte uppstår luckor i den.

Genom en så omfattande integration som möjligt av tjänsterna kan man bäst säkerställa utbudet och kvaliteten på tjänsterna. Arrangemanget bör omfatta såväl hori-

sontell integration (socialvårdstjänster och hälsovårdstjänster) som vertikal integration (bastjänster och specialiserade tjänster).

För närvarande är tjänsterna i praktiken splittrade, då det kommunala beslutsfattandet har lett till att samkommunerna har stärkt resurserna i synnerhet inom den specialiserade sjukvården, medan primärhälsovården och socialtjänsterna som kommunerna själva producerar har fått en svagare ställning. Om verksamheten samlas hos en och samma ansvariga organisation och budgeteringen är gemensam, torde det leda till en mer balanserad och effektiv verksamhet.

Den planerade servicestrukturen

Reformen bygger på en lösning där man särskiljer mellan ordnande, dvs. organisering, och produktion av tjänster. Kommunen ska fortfarande vara den organisation som har ansvaret. För att den som ordnar tjänsterna ska ha tillräckliga resurser, bärkraft och kunskaper, bildas i landet fem social- och hälsovårdsområden. De ska vara samkommuner och varje kommun ska höra till något social- och hälsovårdsområde. På varje område ska finnas ett universitetssjukhus i anslutning till en medicinsk fakultet.

Social- och hälsovårdsområdet har ansvar för att ordna tjänsterna för befolkningen inom området. Tjänsterna ska ordnas likvärdigt över hela området så att regionala skillnader och skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper utjämnas. Social- och hälsovårdsområdet ska även sörja för att det finns tillgång till behövliga tjänster. Förhållandena och befolkningstätheten är olika i landets olika delar och därför kan skillnaderna inte utjämnas helt. Inom stora social- och hälsovårdsområden är det dock möjligt att ordna närtjänsterna på många sätt, t.ex. genom ambulerande och elektroniska tjänster. Det blir också möjligt att utnyttja personalen på ett smidigare sätt.

Social- och hälsovårdsområdena ska inte och får inte producera tjänsterna själva utom i undantagsfall. Tjänsterna ska i regel produceras av kommunerna och samkommunerna utifrån deras egna beslutsmekanismer. På den lokala nivån känner man bäst till förhållandena och där kan man skraddarsy olika slags lösningar. Tjänsteproducenterna måste ha tillräckliga resurser, kunskaper och andra förutsättningar för att kunna producera integrerade tjänster.

Av tjänsteproducenterna förutsätts förmåga att utgöra en enhetlig helhet och att erbjuda tjänster inom preventiv hälsovård, vård och rehabilitering. Tjänsteproducenten kan producera tjänsterna själv eller i samarbete med någon annan kommunal aktör eller skaffa tjänsterna av organisationer eller företag samt använda sig av servicesedlar. En snävare, svagare integrerad produktion är möjlig endast för att tillfredsställa särskilda behov hos dem som anlitar tjänsterna. Social- och hälsovårdsområdet kan ha egen tjänsteproduktion enbart för stödtjänster och när det inte är möjligt att på något annat sätt producera tjänsterna inom området.

Integreringens kärna består av social- och hälsovårdsområdets beslut om ordnandet, finansieringsstyrningen samt den statliga styrningen. Genom beslutet om ordnandet definieras vilka kommuner och samkommuner som svarar för produktionen av tjänsterna samt deras uppgifter och andra strategiskt viktiga frågor angående tjänsterna. Sådana är exempelvis frågorna om hur integrationen ska genomföras, kvaliteten och servicenivån på tjänsterna, hur närtjänster kan garanteras samt principerna

för upphandling av externa köptjänster. Beslutet om ordnande kan vid behov ses över årligen.

Social- och hälsovårdsområdet beslutar om finansieringen av tjänsterna. Huvudprincipen är att kommunerna finansierar tjänsteproduktionen med en avgift som bygger på antalet invånare, där man beaktar exempelvis åldersstrukturen och hälsotillståndet i kommunen. Social- och hälsovårdsområdet definierar storleken på betalningsandelen. Social- och hälsovårdsområdet finansierar verksamheten hos de kommuner och samkommuner som ansvarar för produktionen med beaktande av behovet av tjänster och hur effektiva och kostnadseffektiva tjänsterna är. Social- och hälsovårdsområdet kan även beakta tidigare erfarenheter av olika tjänsteproducenter. Social- och hälsovårdsområdet ska även föra resultatförhandlingar med producenterna.

Statens styrningsmöjligheter blir större än de är nu så att beslutet om ordnande måste godkännas av social- och hälsovårdsministeriet. På det sättet försöker man även se till att systemet är effektivt och ändamålsenligt i hela landet. I princip kan vissa riksomfattande uppgifter skötas av ett visst social- och hälsovårdsområde eller av en tjänsteproducent inom området.

Lagförslaget är som bäst på remiss hos olika aktörer, bl.a. samtliga kommuner. Det är meningen att förslaget ska behandlas av riksdagen före riksdagsvalet på våren 2015 och att lagen ska träda i kraft stegvis åren 2015-17. Social- och hälsovårdsområdena inleder sin verksamhet från 2016 och de aktörer som har produktionsansvar från 2017.

Utsikterna för att förslaget förverkligas

Det råder relativt stor politisk enighet om principerna för reformen. Beredningen har skett i en parlamentarisk arbetsgrupp där samtliga riksdagspartier har varit företrädade. Dessutom finns det en expertgrupp vars ställningstaganden stödjer lösningen. De svåraste frågorna uppkommer antagligen när social- och hälsovårdsområdena ska fatta besluten om att ordna social- och hälsovården. I de skedet avgörs t.ex. servicenätet, hur närtjänsterna ska organiseras och vilka uppgifter som ska anförtros olika aktörer inklusive frågan om de privata tjänsteproducenternas ställning. Det är möjligt att starka regionala och ideologiska synpunkter förs fram.

Grundlagsproblematiken kommer att bli en stor fråga under lagstiftningsarbetet. Finlands kommuner, eller strängt taget kommunernas invånare, har en relativt stark självstyrelse. Den innefattar de allmänna grunderna för förvaltningen samt principen att kommunerna kan åläggas uppgifter endast genom lag. Självstyrelsen skyddar kommunernas egna ekonomiska beslutsfattande.

I Finland anses de grundläggande rättigheterna vara bindande och inte enbart principiella ställningstaganden. I grundlagens 19 § finns en bestämmelse om det allmännas skyldighet att enligt vad som närmare bestäms genom lag tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Till reformen hör också synpunkter som gäller demokrati, likabehandling, samkommunernas beslutsmyndighet och statligt ingrepp i kommunernas verksamhet.

Reformen innebär att den avgift som nu hör till kommunerna, att ordna servicen, flyttas till ett obligatorisk, överkommunal samkommun. Obligatoriska samkommuner är inte ett helt okänt element sedan tidigare, men man har förhållit sig reserverat till

dem. Det har ansetts möjligt att i synnerhet små kommuner tvingas till samarbete, eftersom man på det sättet har kunnat säkerställa likabehandling och tillräcklig tillgång till service. Den synpunkten är aktuell också nu. Målet är en allt bättre likabehandling och tillgång till service, då man försöker se människors omsorgs- och vårdbehov som en helhet såväl horisontellt som vertikalt. Genom reformen försöker man i så hög grad som möjligt uppfylla grundlagens bestämmelse om tillräckliga tjänster.

Ett problem kan också vara att kommunerna de facto åläggs uppgifter genom social- och hälsovårdsområdets beslut, fastän grundlagen förutsätter att det ska ske genom lag. Dessutom innebär finansieringsarrangemanget att kommunal ekonomisk beslutanderätt överförs på social- och hälsovårdsområdena. Demokratin i den kommunala förvaltningen utsätts också för prövning, eftersom beslutsfattandet i samkommunerna visserligen bygger på kommunal demokrati men är ganska indirekt. Å andra sidan är det i första hand uttryckligen kommunerna som genom frivilliga samkommuner har ansvar för att producera tjänsterna. Då hålls produktionen av tjänsterna inom den kommunala självstyrelsen och merparten av de konkreta beslut som gäller kommunens invånare fattas inom kommunen. Inom samkommunerna, även de obligatoriska, kan kommunerna också besluta om hur rösträtten ska utövas.

Riksdagens grundlagsutskott beslutar i sista hand om lagförslagets förenlighet med grundlagen. Det är vanligt att grundlagsutskottet föreslår ändringar i lagförslag så att den lag som ska stiftas blir förenlig med grundlagen. Reformförslaget har inte behandlats av grundlagsutskottet och därför kan man tills vidare bedöma grundlagsfrågorna enbart utifrån utskottets tidigare ställningstaganden.

Det kan hända att utskottet kommer att söka en lösning t.ex. utifrån kommunernas invånarantal. Det skulle vara illa, eftersom man i reformen uttryckligen har försökt frångå en granskning utifrån invånarantalet för att på det sättet uppnå likvärdiga tjänster. Det återstår att se om utskottet t.ex. kommer att anse att det allmännas skyldighet att garantera tillräckliga tjänster, alltså individens rätt till service, är ett så starkt skäl att man i rimlig mån kan göra intrång i kommuninvånarnas självstyrelse, dvs. i ett kollektivbaserat administrativt arrangemang.

I varje fall pågår det ett betydelsefullt försök att reformera sättet att organisera social- och hälsovårdstjänsterna som helhet utifrån ett nordiskt universellt grundläggande tänkande. Försöken att åstadkomma en stark integration av social- och hälsovårdstjänsterna är även internationellt sett en betydelsefull tanke. Också frågan om de konstitutionella förutsättningarna för en reform är intressant åtminstone för finländska jurister och varför inte för förvaltningsvetare.

Noter

1. Översättning Sten Palmgren.