

Social- och hälsovård hos oss och andra

Sote, den finska förkortningen för social- och hälsovård har varit på allas läppar de senaste åren tillsammans med kommunreformen. Vi hör till världens rikaste länder trots den ”sviktande” ekonomin, och vår hälsovård är en av de bäst fungerande i världen. Varje i Finland bosatt person har rätt till fri hälsovård som tillhandahålls av kommunerna och staten täcker ca 31 procent av kommunernas kostnader. Nittio av de nuvarande 304 fastlandskommunerna ordnar sina tjänster själv medan de övriga är medlemmar i samarbetsområden eller samarbetskommuner. Rådgivningsnätverk, vaccinationsprogram och hälsovårdscentraler jämnt fördelade över landet gör att alla får högklassig vård i rätt tid. Det har också resulterat i att t.ex. spädbarnsdödligheten är bland de lägsta i världen och sjukvården på många områden i världstopp till ett rimligt pris. Inom OECD var Finlands hälso- och sjukvårdsutgifter tjugonde högst 2008.

Men det har blivit allt svårare för små kommuner att garantera lagstadgad vård och personalbristen i glesbygderna har lett till läkarflykt till större centra med mindre jurer och mänskligare arbetsförhållanden. Ett annat problem är att social- och hälsovården är separerad. I praktiken behöver oftast en sjuk person bådadera för att få rätt vård vid rätt tillfälle på ett så smidigt, bra och ekonomiskt sätt som möjligt.

Ett land som däremot verkligen kämpar med sin hälso- och sjukvård är USA där Barack Obama fått igenom sin *Affordable Care Act* (ACA) som avser att förbättra befolkningens hälsa (1). I dag kostar hälso- och sjukvården, som främst tillhandahålls privat ”profit based”, i USA mest i hela OECD, men 50 miljoner invånare är utan sjukförsäkring och spädbarnsdödligheten hör till de högsta bland höginkomstländerna. Likaså ligger landet i topp när det gäller hjärt- och lung-

sjukdomar, könssjukdomar, tonårsgraviditeter, skador, dråp och handikapp (2). Inom OECD är det enbart Mexico, Turkiet och USA som inte har allmän sjukförsäkring (> 98,4 % försäkrade). Målet med ACA är att utvidga sjukförsäkringen, höja vårdkvaliteten och sänka kostnaderna i framtiden. Löntagarna med löner som ligger under minimilönen täcks redan nu av Medicaid. Enligt ACA införs ”premium tax credits” för medborgare med inkomster motsvarande fyra gånger minimilönen om de tar en sjukförsäkring. Försäkringsbolagen blir tvungna att erbjuda försäkringar oberoende av försäkringstagarens hälsotillstånd, och kvalitetskontroll införs. Från och med 2016 bör bolagen erbjuda arbetsplatser med 51–100 anställda försäkringar och från och med 2017 stater och större enheter. Staterna kan antingen sköta sjukförsäkringarna själv, vilket 17 stater samt District of Columbia gör, eller låta dem skötas federalt eller kombinerat. Staterna kan kontrollera vilka sjukförsäkringar som får erbjudas (vilka leverantörer som kan anlitas). Massachusetts har redan infört det nya systemet och erfarenheterna är positiva. USA tar således sakta ett steg mot en mera heltäckande, kvalitativt bättre och i förlängningen billigare och mera rättvis social- och hälsovård.

Hos oss ska vårdreformen stärka primärvården och socialvården så att de fungerar rättvist i dagens Finland och öka invånarnas valfrihet (3). Målet är en administrativt integrerad organisation i två steg som säkerställs av starka s.k. ansvarskommuner men där det ekonomiska ansvaret fortfarande ligger hos den enskilda kommunen. Avvikelser från modellen kan göras t.ex. för att trygga språkliga minoriteters rättigheter. Syftet med integreringen är att koncentrera beslutsfattandet, ledningen och finansieringen av social- och hälsovården så klart och tydligt som

möjligt till en aktör som ansvarar för befolkningen i sitt upptagningsområde.

Kommuner med färre än 20 000 invånare ska inte ordna social- och hälsovårdstjänster utan de tillhandahålls av områdets ansvarskommun. Kommuner med 20 000–50 000 invånare får ha en socialbyrå och en hälsovårdscentral samt en viss specialiserad sjukvård. De bör höra till ett social- och hälsovårdsområde som ordnar de övriga tjänsterna, t.ex. specialiserad vård. Social- och hälsovårdsområdena bildas av en kommun med fler än 50 000 invånare och med ett fungerande social- och hälsovårdsnätverk eller så kan kommunen samarbeta med en s.k. ansvarskommun. Området tillhandahåller alla lagstadgade social- och hälsovårdstjänster. Primär- och specialistvård ordnas således av ett social- och hälsovårdsområde eller av en till sin bärkraft tillräckligt stark kommun med fler än 50 000 invånare. Det innebär alla lagstadgade social- och hälsovårdstjänster. Här ingår således utöver primärvård och socialvård även den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna om utvecklingsstörda i sin helhet. Enligt planerna ska kommunerna ge sina synpunkter på social- och hälsovårdsområdena 2014 och modellen ska införas 2017.

I dag har vi 20 sjukvårdsdistrikt. De ska dras in 2016 och ansvaret för att ordna vård och omsorg förs över på de nya social- och hälsovårdsområdena. Sjukvårdsdistriktens sjukhus och universitetssjukhusen ska övergå i deras ägo. Huvudstadsregionen kommer att behandlas separat. De nuvarande fem specialupptagningsområdena bibehålls och varje hälsovårdsområde ska höra till ett av dem. Deras uppgift är att trygga likvärdighet och jämlikhet inom verksamheter som centraliseras inom social- och hälsovården. De bör enligt reformen undvika överlappande tjänster och kapprustning. Samarbetet med universitetet inom undervisning och forskning fortsätter som förut.

I huvudstadsregionen och HNS har den nya organisationen stött på berättigad kritik. Enligt den

spjälks HNS upp igen, och den här gången i flera s.k. social- och hälsovårdsområden. Det verkar inte motiverat när HNS lyckats integrera vården och effektivisera vårdkedjorna samt minska vårdkostnaderna med 300 miljoner euro per år jämfört med resten av landet. År 2017 införs även ett nytt informationssystem för hälso- och sjukvården för att ytterligare effektivisera och trygga patientvården inom HNS.

Riksdagens grundlagsutskott har pekat på olägenheter i förslaget och efterlyst en diskussion om alternativa modeller (t.ex. den svenska) och många har ifrågasatt tanken att HNS ska spjälkas upp igen till en troligen mindre effektiv och dyrare organisatorisk modell. Troligen får vi vara med om många nya turer i långdansen, men huvudsaken är att vi inte prutar på vår nuvarande höga vårdkvalitet, går in för att integrera social- och hälsovården och bildar större och garanterat funktionsdugliga enheter.

Parti- och kommunalpolitiska intressen fördröjer den finländska vårdreformen. I USA har ACA som trätt i kraft i höst lockat fram bedragare som utnyttjat införandet av reformen. De har satt ut falska webbsidor med virtuella försäkringar och andra har tillskansat sig personuppgifter genom att lura folk att tro att de bör förnya sitt Medicaid-kort (4).

Christer Holmberg

Referenser

- 1) Henry AJ and Lucia KW. Only the Beginning What's next at the Health Insurance Exchanges. *N Engl J Med* 2013;369;13:1185–87.
- 2) U.S Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. 2013, National Institute of Health Committee on Population, Board on Population health Practice.
- 3) Social- och hälsovårdsministeriet; Pressmeddelande null/2013, 8.5.2013.
- 4) Con Men Prey On Confusion Over Care Act. *New York Times*, 10 November 2013, sida 1.