

2009-05-13

RAPPORT

UTVÄRDERING AV ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDS ORGANISATION

1. Uppdragets omfattning och hur det har genomförts

Landskapsrevisorerna har gett Audiator-Utveckling i uppdrag att utvärdera Ålands hälso- och sjukvårds organisation. Syftet med projektet är dels att besvara hur ändamålsenlig den nuvarande organisationen är för att uppnå en god politisk styrning av ÅHS verksamhet och dels hur ändamålsenlig den nuvarande organisationen är för att uppnå en god ekonomisk effektivitet och kvalitet i vården inom ÅHS.

Det egentliga fältarbetet har utförts av undertecknad Håkan Fant. Som ett led i utredningsarbetet har jag intervjuat personer både inom landskapsförvaltningen och inom ÅHS. Förteckning över intervjuade personer framgår av bilaga 1. Vid intervjuerna, som skett på plats, har bifogade frågeformulär (bilaga 2) sänts på förhand till de som intervjuats. Samma frågeformulär har tillställts alla inom ÅHS men tyngdpunkten vid intervjuerna har växlat något beroende på personens ställning och uppgift i organisationen. Alla intervjuade har varit positiva till utvärderingen och samarbetet har fungerat väl och i en positiv anda.

Landskapsrevisorerna har fungerat som styrgrupp i projektet. Styrgruppen har sammanträtt tillsammans med konsulten 4 gånger. Vid första mötet 11.1.2009 genomgicks projektets målsättningar och avtalet undertecknades. Vid det andra mötet 11.3.2009 rapporterade konsulten om dagsläget i projektet. Vid det tredje mötet 6.4.2009 genomgicks det första utkastet till rapport. Vid det fjärde mötet 12.5.2009 överlämnades rapporten och gavs en redogörelse över rapporten med stöd av en Power Point-presentation.

Rapporten har skrivits så, att resultaten från intervjuerna inte kan härledas till den källa de kommer från. Vissa iakttagelser har därför återgetts relativt allmänt för att inte källan skall kunna härledas.

2. Styrdokument för hälso- och sjukvården i landskapet

- Självstyrelselagen (1991:71) för Åland
- Landskapslag (1993:60) om hälso- och sjukvården (Bilaga 3 och 3 b)
- Landskapslag (1993:68) om ikraftträdande av landskapslagen om hälso- och sjukvården
- Landskapsregeringens förslag till budget för landskapet Åland 2008
- Plan för hälso- och sjukvården 2008
- Reglemente för Ålands hälso- och sjukvård (Bilaga 4)
- Landskapsregeringens meddelande till lagtinget nr 4/2006-2007

Hälsonämndens verksamhet är från 1.1.2008 överförd till landskapsregeringen och ingår inte mera i ÅHS organisation. Någon utvärdering om hälsonämndens verksamhet ingår inte i denna rapport.

3. Iakttagelser på basis av intervjuerna och handlingar som tillställts konsulten

Politiska organisationen

Lagtinget är det högsta politiska organet som styr ÅHS. Lagtinget fattar beslut om de centrala målsättningarna för ÅHS i samband med att landskapets budget fastställs. Till budgetförslaget för ÅHS skall styrelsen till landskapsregeringen tillställa förslag till plan för hälso- och sjukvården i landskapet. Landskapsregeringen skall foga en preliminär plan till landskapsregeringens budgetförslag. Planen skall antas av landskapsregeringen så snart det är möjligt efter det att budgeten för det år som planen omspannar har antagits av lagtinget.

Landskapsregeringen tillsätter en styrelse för hälso- och sjukvårdsmyndigheten. Styrelsen består av en ordförande och en viceordförande samt minst tre och högst fem medlemmar. Enligt uppgift skall styrelsens sammansättning spegla det politiska förhållandet i lagtinget, vilket betyder att styrelsen närmast kan anses fungera som ett politiskt organ.

Enligt LL § 7 leder styrelsen hälso- och sjukvårdsmyndighetens verksamhet. I detta syfte skall styrelsen

1. årligen tillställa landskapsregeringen ett förslag till en i 3 § avsedd plan tillsammans med myndighetens budgetförslag,
2. uppställa mål och krav för verksamhetsenheterna inom myndigheten,
3. kära och svara samt vid domstol och andra myndigheter bevaka landskapets intressen i angelägenheter som hör samman med myndighetens uppgifter,
4. besluta i övriga angelägenheter av större vikt samt
5. anta erforderliga bestämmelser om styrelsens inre arbete.

Enligt Landskapslagen (1993:60) om hälso- och sjukvården § 16 skall styrelsen för hälso- och sjukvårdsmyndigheten anta ett reglemente. Juridiskt sett betyder det att styrelsen antar ett reglemente som styr också deras verksamhet. För att dokumentet skall vara juridiskt helt hållbart borde reglementet antas av landskapsregeringen och inte av styrelsen för ÅHS.

I reglementet stadgas om följande:

1. Allmänt om verksamheten
2. Styrelsen
- (3. Hälsonämnden)
4. Organisationsplan
5. Tjänstemannaorganisationen
6. Anställande av personal
7. Ekonomiförvaltningen
8. Rapportering
9. Arkivfunktion och diaries
10. Beslutsdelegering
11. Rättelseyrkan och besvär
12. Övriga bestämmelser
13. Bilagor

Enligt LL § 8 utser styrelsen förvaltningschefen för viss tid.

Tjänsteinnehavarorganisationen

I det reglemente som styrelsen antagit 18 november 2005 har ÅHS en ledningsgrupp som består av förvaltningschefen, chefläkaren, vårdchefen, ekonomichefen och personalchefen. Ledningsgruppen har ingen kollegial beslutanderätt utan fungerar som ett samarbets- och koordineringsorgan. Respektive medlem i ledningsgruppen fattar de formella besluten inom sitt ansvarsområde som ledningsgruppen kommit överens om.

Enligt LL § 9 skall förvaltningschefen

1. tillse att verksamheten sköts och utvecklas på ett ändamålsenligt sätt,
2. tillse att styrelsens beslut verkställs samt informera styrelsen om händelser av vikt samt
3. avgöra ärenden som inte ankommer på styrelsen eller som styrelsen inte uppdragit åt någon annan.

Till chefläkarens organisation hör kansli, provisor och 15 klinikchefer. Till vårdchefens organisation hör kansli, överskötare, skrivcentralen och städchef. Till ekonomichefens organisation hör försörjningsenheten och ekonomienheten. Till personalchefens organisation hör personalenheten. IT-enheten är direkt underställd förvaltningschefen men IT-chefen ingår inte i ledningsgruppen.

Iakttagelser, styrelsearbetet

Styrelsen inom ÅHS är ett organ som är tillsatt på politiska grunder och fungerar som ett politiskt organ. Ledningsgruppen har ingen kollegial beslutanderätt. Detta betyder att det inom ÅHS inte finns något kollegialt organ som skulle uppfatta som sin uppgift att i första hand se till att ÅHS på ett optimalt och effektivt sätt verkställer de mål som lagtinget och landskapsregeringen har ställt upp för verksamheten i samband med beslutet om budgeten och planen för hälso- och sjukvården för respektive år. I praktiken har det i allmänhet inte upplevts som ett problem men det finns inbyggt en risk för att styrelsen för ÅHS inte helt ställer sig bakom det som lagtinget beslutat. Detta kan speciellt komma fram vid ekonomiskt svåra tider då styrelsen blir tvungen att fatta beslut om att strama åt ekonomin genom beslut som påverkar strukturen inom vården.

Ledningsgruppen har genom sin närvarorätt vid styrelsens möten god insyn i vad som besluts och på vilka grunder. I reglementets punkt 2.4 stipuleras dessutom att när ett ärende föreläggs styrelsen för beslut skall ärendets behandling inom ledningsgruppen, på basenivå eller motsvarande i huvudsak framgå. I förvaltningschefens beredning inför styrelsen skall oförändrat framgå eventuella avvikande åsikter i ledningsgruppen.

Vid styrelsens sammanträden har förutom förvaltningschefen ledningsgruppens medlemmar och landskapsläkaren närvaro- och yttranderätt. Vid styrelsens sammanträden får en personalrepresentant för var och en av huvudavtalsorganisationerna närvara med yttranderätt. Styrelsens personliga ersättare har närvarorätt även när ordinarie medlem är närvarande. Lantrådet eller en landskapsregeringsledamot som lantrådet utser i sitt ställe har närvarorätt i enlighet med 13 § LL om Ålands självstyrelse (42/1971).

Den mycket omfattande närvaro- och yttranderätten kan leda till att styrelsens arbete blir något komplicerat. I tider då resurserna ökar hela tiden är risken ganska liten att det skall bli svårigheter med beslutsfattandet men ifall resurserna måste omfördelas kan beslutsfattandet försvåras.

Iakttagelser, ledningsgruppen

Ledningsgruppen fungerar relativt bra. Vid mötena finns föredragningslista och protokoll förs över vad ledningsgruppen kommer överens om. Vid intervjuerna framkom att de som inte hör till ledningsgruppen upplever att den ibland är för långt från verkligheten. Ledningsgruppens sammansättning kan anses vara lämplig. Den kritik som förekommer mot deras sammansättning kan närmast härledas från att de enskilda medlemmarna i ledningsgruppen inte tillräckligt tydligt kommunicerar med sina medarbetare vad som är på gång och vad som har behandlats. Besluten fattas av respektive ledningsgruppsmedlem inom sitt ansvarsområde. Detta betyder att om det upplevs som om ledningsgruppen är för långt från verksamheten så fungerar inte den interna kommunikationen tillräckligt bra inom respektive område.

Under år 2007 har startats ett projekt med att ta i bruk balanserade styrkort inom organisationen. Detta har upplevts som mycket positivt eftersom processen leder till en mera intensiv kommunikation inom organisationen. Inom ÅHS utarbetas balanserade styrkort utgående från följande 5 perspektiv:

1. Invånar –och patientperspektivet
2. Intressentperspektivet
3. Personalperspektivet
4. Ekonomiperspektivet
5. Processperspektivet

Processen är ytterligare uppdelad på dels styrelsens styrkort och dels ledningsgruppens styrkort. Processen har pågått relativt kort tid varför en utvärdering av hur processen har inverkat på realprocessen inte ännu kan göras i någon större utsträckning.

Iakttagelser, organisationen

Organisationen är uppdelad på en läkarorganisation som leds av chefläkaren och en vårdorganisation som leds av vårdchefen. Organisationsmodellen är en klassisk modell inom specialsjukvården i Finland. Av de 15 klinikcheferna är en kemist, två vårdutbildade och 13 läkarutbildade. Vid tillsättandet av klinikcheferna har, enligt utredarens uppfattning, professionen inom respektive yrkesområde i första hand varit avgörande. Mindre vikt har lagts vid ledaregenskaperna. Klinikchefen har det övergripande verksamhets- och ekonomiansvaret för kliniken. Vårdorganisationen är den som har största antalet personal och i praktiken den största andelen av budgeten. Det delade ledarskapet förorsakar i vissa fall oklarheter om vem som har verksamhets- och budgetansvaret inom kliniken, trots att det enligt bestämmelserna är klinikchefen som har det yttersta ansvaret för båda delarna och hela organisationen. Arbetsfördelningen mellan översköterna och avdelningssköterna upplevs också som något oklar ibland. En del av avdelningssköterna har också kliniskt arbete och inte enbart administrativt arbete.

Iakttagelser, budgetarbetet

Arbetet med budgeten förefaller att vara en blandning mellan uppifrån och ner och nerifrån upp. Engagemanget från klinikcheferna är i vissa fall något svagt. Budgeten ändras centralt under arbetets gång, vilket leder till att budgetansvariga upplever att budgeten inte är deras egen utan att den ges dem uppifrån. Det viktigaste i budgetarbetet tycks vara att anhålla om nya tjänster, vilket leder till ökad budgetomslutning per automatik. Budgetarbetet görs numera mera samordnat genom att sammanföra klinikerna till planeringsgrupper som koordinerar sina budgeter innan de går vidare till ledningsgruppen och styrelsen. Den mycket splittrade klinikorganisationen gör att klinikernas budgeter inte annars samordnas tillräckligt. Rutinerna för budgetens uppgörande verkar att vara något ostrukturerade. Systemet med planeringsgrupper är nytt och ännu inte prövat i praktiken och risken är uppenbar att det upplevs ostrukturerat. De som fungerar som planeringsgruppernas ordförande

har en mycket viktig funktion, inte minst vid omstruktureringar av verksamheten och ekonomiskt knappa tider. Budgetprocessen med 2010 års budget kommer att visa om det nya systemet fungerar bättre än det tidigare systemet.

Inventarier och anskaffningar är indelade i 4 kategorier.

1. Byggnads & renoveringsprojekt som finansieras med driftsbudgeten. Aktiveras, bokförs till balansräkningen.
2. Anskaffningar av lösöre över 1000 € med minst 3 års hållbarhet finansieras med anskaffningsbudgeten. Aktiveras, bokförs till balansräkningen.
3. Inventarier inköp 101-1000 € finansieras med anskaffningsbudgeten. Kostnadsförs direkt, bokförs till resultaträkningen.
4. Inventarier inköp 1-100 € finansieras med budgeten för löpande driftskostnader. Kostnadsförs direkt, bokförs till resultaträkningen.

Investeringarna är indelade i 3 kategorier:

1. Investeringar bygg över 100.000 € finansieras med särskilt investeringsanslag. Aktiveras, bokförs till balansräkningen.
2. Investeringar, övrigt över 100.000 € finansieras med särskilt investeringsanslag. Aktiveras, bokförs till balansräkningen.
3. Investeringar, ombyggnad, finansieras med särskilt investeringsanslag. Aktiveras, bokförs till balansräkningen.

Iakttagelser, ekonomisk uppföljning

Den ekonomiska uppföljningen fungerar olika inom olika områden. Den övervägande bilden är dock att kritiken mot möjligheterna till uppföljning är begränsade på grund av ett ekonomisystem som inte levererar de uppgifter som behövs på ett bra sätt. Kritiken är delvis befogad men orsaken till att det upplevs som svårt beror också på att informationen om hur man kan erhålla information om budgetutfallet mm inte har getts i tillräcklig omfattning. Ekonomimodellen är också delvis för komplicerad. Intresset för uppföljning skiljer sig också en hel del mellan klinikerna. Oberoende av vad orsakerna är till att uppföljningen inte fungerar som den borde leder det till att uppföljningen av det ekonomiska utfallet för verksamheten inte är på den nivå den borde vara. I en organisation där verksamheten och ekonomin inte intimt hör ihop är det mycket svårt att få in ekonomiskt tänkande i organisationen. En orsak till det delvis svaga intresset för att följa upp det ekonomiska utfallet i förhållande till budget är också att budgeten i många fall upplevs som ledningsgruppens och styrelsens budget och därmed hör också ansvaret för uppföljningen till dem. Det förekommer ingen intern fakturering mellan enheterna inom ÅHS. Det betyder att kostnaderna för respektive enhet är deras egna externa kostnader. ÅHS har inget internt hyressystem.

Iakttagelser, IT-system

Det förekommer en relativt stor kritik mot både ekonomisystemet/modellen och patienthanterings-systemet. I vilken mån kritiken är befogad eller uppfattas som allmänt klagande på datasystemen som upplevs som svårhanterliga och arbetskrävande har inte närmare utretts. En del av kritiken riktar sig mot att det inte getts tillräckligt med handledning om hur systemen skall användas och på vilket sätt uppgifter fås från dem.

Iakttagelser, revision

Under utredningen framkom att någon egentlig räkenskapsrevision inte utförts på plats inom ÅHS. Revisionen har närmast varit inriktad på granskning av förvaltningen och utvärderingen av verksamheten utgående från planen, budgeten och verksamhetsberättelsen.

4. Prestationer, nyckeltal och ekonomi

En utredning över kostnadsutvecklingen på totalnivå under tiden 1994-2008 har gjorts. (Bilaga 5) Kostnadsökningen har varit relativt stor under perioden. Som jämförelse har motsvarande kostnadsutveckling tagits fram för kommunerna Ekenäs och Jakobstad, landskapen Egentliga Finland och Österbotten samt Finland exklusive Åland (Riket) för perioden 1996-2007. Verksamheten är inte till alla delar jämförbar eftersom kommunerna sköter primärhälsovården som egen verksamhet eller inom en samkommun tillsammans med andra kommuner. Specialsjukvården sköts av sjukvårdsdistriktet som är organiserade som samkommuner. Kostnaderna för vården både inom primärvården och specialsjukvården faktureras på kommunerna. I kommunernas egen organisation kan gränsen mellan vad som anses som åldringsvård och vad som anses som primärvård vara något flytande. Detta leder till att jämförelsen i absoluta tal per invånare inte är helt jämförbar mellan olika kommuner och framförallt mellan Åland och övriga Finland. Kostnadsutvecklingen på totalnivå ger dock en relativt god bild av hur utvecklingen har varit, trots att det absoluta talet inte är helt jämförbart. En sak som påverkar kostnadsnivån Inom ÅHS är också Ålands geografiska läge och litet befolkningsunderlag som speciellt märks inom specialsjukvården. Det leder till att köp av vård utifrån blir större än i motsvarande områden i riket.

Under perioden 1994-2008 har intäkterna inom ÅHS ökat med 6,7 % eller i snitt 0,5 % per år. Kostnaderna har ökat med 124 % eller i snitt 8,9 % per år. Nettokostnaderna har ökat med 164 % eller i snitt 11,7 % per år. Intäkterna har således ökat betydligt mindre än kostnaderna. År 2007 och 2008 har intäkterna varit ca 1,5 miljoner lägre än år 2006. Minskningen beror på att lagtinget beslutat att sänka klientavgifterna och kommunersättningen för vård inom långvården, den s.k. Gullåsen avgiften har sänkts i två steg under de aktuella åren. Befolkningen har under perioden ökat med 9,1 %. Om kostnadsutvecklingen relateras till befolkningsunderlaget har i snitt intäkterna minskat något, kostnaderna har ökat med 7,5 % och nettokostnaderna har ökat med 10,1 % per år.

Jämförelsen med andra kommuner, landskap och riket visar att nettokostnaderna per invånare från år 1996 till 2007 för jämförelseobjekten har ökat mellan 4,9 % och 8,1 % då motsvarande ökning för ÅHS varit 7,1 %. Ökningen har således varit i linje med ökningen i jämförelseobjekten. (Bilaga 5 b)

Förutom utredningen om utvecklingen av de totala kostnaderna åren 1994-2008 har en utredning om utvecklingen av kostnaderna och prestationerna 2003-2008 gjorts för vissa helheter. (Bilaga 6). I kostnaderna ingår endast de kostnadsställen som direkt kan hänföras till respektive område.

Inom primärvårdsenheten har besöken ökat med 17,7 %, intäkterna har minskat med 20,2 % och kostnaderna har ökat med 34,8 %. Minskningen av klientavgifterna leder till att nettokostnaderna har ökat med 44,2 % eller i snitt 8,8 % per år.

Inom långvårdsenheten har vårddygnen minskat med 20,3 %, intäkterna inklusive kommunfaktureringen har minskat med 11,1 % och kostnaderna har ökat med 35,4 %. Minskningen av inkomsterna leder till att nettokostnaderna har ökat med över 1000 %. Enheten uppvisar en nettokostnad 2007 på 1,6 milj. euro och 2008 på 2,0 milj. euro. Ändringen av grunderna för prissättningen i kommunfaktureringen år 2007 har mycket drastiskt ändrat den ekonomiska situationen inom långvården. Fram till år 2006 var priset inom långvården 35 % högre än priset inom långvården i kommunalförbunden föregående år. Från år 2007 är priset endast 5 % högre än kommunalförbundens pris, vilket betyder att då det räknas utgående från föregående års nivå kan priset bli lägre än aktuellt pris inom kommunalförbunden.

Inom psykiatriska enheten har besöken ökat med 52,9 %. Vårddagarna har minskat med 48,2 %. Intäkterna har minskat med 47,9 %, kostnaderna har ökat med 14,6 % och nettokostnaderna har ökat med 17,3 % eller i snitt 3,5 % per år.

Inom den somatiska specialistsjukvården (inom Åland) har besöken ökat med 31,7 %. Vårddagarna har minskat med 9,9 %. Intäkterna har ökat med 28,6 %, kostnaderna med 21,8 % och nettokostnaderna med 21,2 %. Vården utom Åland har ökat med 79 %. Ökningen av vården i Finland har ökat något mera än vården i Sverige.

Inom centraladministrationen (förvaltningskansli, personalenhet, ekonomienhet) har nettokostnaderna ökat med 17,3 % eller i snitt 3,5 % per år.

En jämförelse av nettokostnaderna och prestationerna per invånare år 2007 framgår av bilaga 7. Nettokostnaderna och prestationerna för Åland har jämförts med städerna Ekenäs och Jakobstad, landskapen Egentliga Finland och Österbotten samt riket (Finland exklusive Åland) och Finland totalt. Vid utvärderingen av jämförelsen bör beaktas att uppdelningen mellan primärhälsovård och specialistsjukvård kan skilja sig en del rent statistiskt men jämförelsen ger trots det en viss vägledning över hur hälso- och sjukvården används och vad den kostar per invånare. Från jämförelsen framgår att Åland har betydligt högre kostnader per invånare än övriga. Orsakerna är förstås kända med tanke på relativt litet befolkningsunderlag för specialistsjukvården, det geografiska läget och geografin inom Åland. Prestationerna är i övrigt relativt likvärdiga förutom att besöken inom öppna vården för Ålands del är 2-3 gånger flera än inom jämförelseobjekten.

En bra mätare på verksamhetens volym inom den egna verksamheten är antal årsverken. Från år 2006 följer ÅHS upp årsverken.

År	Årsverken brutto	Frånvaro	Närvaro
2006	1090	236	854
2007	1108	240	868
2008	1113	251	862

Statistiken visar att årsverken i praktiken har varit på samma nivå alla 3 åren.

5. Sammandrag

Formellt är möjligheterna till politisk styrning relativt goda. I praktiken är dock uppgiftsfördelningen mellan lagtinget, landskapsregeringen och styrelsen för ÅHS något oklar. Den politiska styrningen från lagtingets och landskapsregeringens sida blir något otydlig beroende bl.a. på att målformuleringen i budgeten och planen för hälso- och sjukvården är något för allmänt hållen.

Förvaltningschefens ställning kan anses som relativt svag eftersom de flesta beslut som inte fattas av styrelsen fattas av respektive ledningsgruppsmedlem. Styrelsens beslut fattas på basis av förvaltningschefens föredragning men beredningen sker ofta av någon annan i ledningsgruppen.

Den splittrade organisationen på många kliniker och det delade ledarskapet mellan den läkarledda verksamheten och vårdverksamheten leder till att ett klart och entydigt ansvar för både verksamheten och ekonomin upplevs i många fall som otydlig.

Budgetarbetet och uppföljningen av utfallet både verksamhetsmässigt och ekonomiskt är inte till alla delar tillräckligt systematiskt. Det goda ekonomiska läget på Åland har också lett till att budgeten i allmänhet har varit väl tilltagen. ÅHS har totalt sett hållit budgeten bra.

Satsningen på processen med att ta ibruk balanserade styrkort ger en god grund för en förnyelse av organisationen och möjligheter att stärka ledningsfunktionen framöver.

Jämförelsen av kostnadsutvecklingen inom ÅHS totalt och för riket visar att utvecklingen har varit ungefär likadan under perioden 1996-2007. Noteras kan att intäkterna inom ÅHS har minskat på grund av politiska beslut. Detta leder till att nettokostnadsutvecklingen varit något snabbare inom ÅHS, speciellt under år 2007. Under de två första verksamhetsåren från 1994 till 1996 har nettokostnaderna inom ÅHS ökat med 25,9 % eller 13 % per år i snitt. Ökningen var betydligt högre än under perioden 1997-2007.

Avsaknaden av ett effektivt kalkyleringssystem gör det nästan omöjligt att närmare utreda hur effektiviteten har utvecklats inom de olika enheterna. Jämförelse med andra enheter på en lägre nivå än totalt är också på grund av detta i det närmaste omöjlig att genomföra. Kostnadsuppföljningen per kostnadsställe är relativt bra men eftersom ingen intern debitering förekommer mellan enheterna består respektive producerande enhets kostnader enbart av de externa kostnader som direkt hänförs till dessa.

I verksamhetsberättelsen för ÅHS ingår ingen egentlig resultaträkning eftersom ÅHS inte fakturerar landskapet för sina tjänster utan intäkterna består enbart av klientavgifter, kommunfaktureringen för långvården och övriga externa intäkter. Uppföljningen av verksamhetens ekonomiska utfall blir härmed enbart en jämförelse med budgeten. Någon utvärdering av det ekonomiska utfallet utgående från en regelrätt resultaträkning är inte möjlig.

Uppdelningen av anskaffningarna i investeringsutgifter och driftsutgifter avviker från kutymen i riket. ÅHS aktiverar en större andel av anskaffningarna än riket gör, vilket leder till att driftsutgifterna blir något lägre och avskrivningarna något större inom ÅHS.

6. Utlåtande

Enligt vår bedömning ger den nuvarande organisationen goda möjligheter till politisk styrning av verksamheten inom ÅHS. Däremot ger den nuvarande organisationen inte speciellt goda möjligheter till en god ekonomisk effektivitet och kvalitet i vården.

7. Förslag till åtgärder

Den politiska styrningen av verksamheten inom ÅHS kunde förbättras genom att förtydliga strukturen och uppgifterna genom att i en förordning ta in en del från den årliga planen för hälso- och sjukvården i landskapet. Sådana uppgifter som är likadana under flera år kunde med fördel finnas i en förordning, vilket skulle leda till att själva planen mera kunde ta fasta på vad som skall ändras under kommande år. Det reglemente som nu enligt landskapslagens 16 § skall antas av styrelsen bör fastställas av landskapsregeringen för att det skall få bindande verkan. Vissa delar av reglementet kunde med fördel intas i förordningen.

Organisationen inom ÅHS måste struktureras om för att uppnå ett tydligare ledarskap och ansvar för verksamhet och ekonomi. En uppföljning av verksamheten och ekonomin utgående från ett resultat utgående från på förhand fastställda priser och prestationer bör åstadkommas. Det betyder att ÅHS som utförande organisation ”fakturerar” landskapsregeringen som beställare för utförda tjänster och prestationer. Det betyder att landskapsregeringen har ett budgetansvar för de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och att ÅHS har budgetansvar för förverkligandet av hälso- och sjukvården. En förutsättning för att detta skall vara möjligt är att inom ÅHS tas i bruk ett kalkyleringssystem med vilket priserna för prestationerna kan räknas fram.

En möjlig organisationsform vore att ÅHS ombildas till ett affärsverk (jfr. kommunalt affärsverk) med entydigt ansvar för produktionen av hälso- och sjukvård. Styrelsen för ÅHS skulle i detta fall ha det övergripande ansvaret för att produktionen av servicen sker effektivt och till god kvalitet. Styrelsen skulle inte ha något politiskt mandat utan detta skulle innehas av landskapsregeringen och lagtinget.

Inom ÅHS måste det bildas större helheter med verksamhets- och budgetansvar för att samordningen mellan de olika klinikerna skall bli bättre. Det tudelade ledarskapet mellan den läkarledda organisationen och den vårdledda organisationen bör överbryggas. En tydligare uppdelning mellan linjeorganisationen och stabsfunktioner bör åstadkommas.

Processen med att förbättra ledarskapet genom bl.a. ibruktagande av balanserade styrkort bör fortsätta och bl.a. leda till en tydligare budgetprocess där de som är ansvarig för verksamheten och ekonomin är mera involverade i processen än hittills. Målet är att då budgeten är fastställd skall var och en känna att det är deras egen budget som skall verkställas. Uppföljningen av verksamheten och ekonomin bör förbättras på alla nivåer. En viktig del i processen med balanserade styrkort är att kunna kommunicera processen i hela organisationen.

Samordningen av primärhälsovården och kommunernas socialvård i form av olika slag av äldreboende och hemservice bör stärkas för att kunna säkerställa en god service till en rimlig kostnad, speciellt i skärgården.

Korsholm, den 12 maj 2009

Håkan Fant
 Specialsakkunnig
 Audiator - Utveckling

Bilagor: Förteckning över intervjuade personer, bilaga 1
 Frågeformulär, bilaga 2
 Landskapslag om hälso- och sjukvården, bilaga 3 och 3 b
 Reglemente för Ålands hälso- och sjukvård, bilaga 4
 Utredning över kostnadsutvecklingen på totalnivå, bilaga 5 och 5 b
 Statistik över kostnader och prestationer, bilaga 6
 Kostnader och prestationer per invånare, bilaga 7