

RP 97/2016 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att det stiftas en lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården.

Genom den föreslagna lagen begränsas kommunernas och samkommunernas möjligheter att göra betydande investeringar inom social- och hälsovården. Dessutom föreskrivs en skyldighet att i omfattande och långfristiga avtal som ingås med privata tjänsteproducenter och i långfristiga avtal om nyttjanderätt till byggnader inkludera ett avtalsvillkor om rätt att säga upp avtalet.

Syftet med propositionen är att trygga verksamhetsmöjligheterna för de självstyrande områden som bildas genom regeringens social- och hälsovårdsreform så att de kan ordna tjänster på lika villkor med så stor kostnadseffekt som möjligt inom hela sitt område. Lagen föreslås träda i kraft så snart som möjligt.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	3
1 NULÄGE	3
2 BEDÖMNING AV NULÄGET.....	5
3 FÖRESLAGNA ÄNDRINGAR	9
4 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	11
5 BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	14
DETALJMOTIVERING	16
1 LAGFÖRSLAG	16
2 IKRAFTTRÄDANDE	19
3 FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	19
LAGFÖRSLAG	21
Lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården.....	21

ALLMÄN MOTIVERING

1 Nuläge

Kommunerna eller samkommunerna har ansvar för att ordna social- och hälsovård i enlighet med vad som föreskrivs i socialvårdslagen (1301/2014), folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) samt i andra speciallagar om social- och hälsovård.

Enligt 33 § 1 mom. i socialvårdslagen ska planeringen och tillhandahållandet av socialvård tillses i enlighet med vad som föreskrivs i socialvårdslagen eller annars.

Enligt 5 § i folkhälsolagen ska kommunen sörja för folkhälsoarbetet i enlighet med vad i folkhälsolagen, hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) eller annars stadgas eller bestäms. Kommunerna kan dessutom sköta folkhälsoarbetet gemensamt genom att för denna uppgift grunda samkommuner. En kommun kan även komma överens med en annan kommun om att denna sköter en del av funktionerna inom folkhälsoarbetet. Kommunen ska ha en hälsovårdscentral för skötseln av uppgifterna i anslutning till folkhälsoarbetet.

Enligt 3 § i lagen om specialiserad sjukvård ska kommunen för ordnande av specialiserad sjukvård höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. Sjukvårdsdistriktet räknas upp i 7 § i lagen, men en kommun kan välja till vilket sjukvårdsdistrikt den hör. Det finns sammanlagt 20 sjukvårdsdistrikt.

För att ordna specialomsorgen om utvecklingsstörda är landet indelat i specialomsorgsdistrikt i enlighet med lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Bestämmelser om till vilket specialomsorgsdistrikt en kommun hör utfärdas genom förordning av statsrådet. Alla specialomsorgsdistrikt förutom Helsingfors specialomsorgsdistrikt är samkommuner. Enligt statsrådets förordning om specialomsorgsdistrikt (1045/2008) finns det 15 specialomsorgsdistrikt. Kårkulla samkommun svarar dessutom oberoende av distriktsindelningen för ordnandet av specialomsorgerna för den svenskspråkiga befolkningen.

Genom lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007) åläggs kommunerna att ordna primärvården och de nära anslutna tjänsterna inom socialvården genom att antingen inrätta ett samarbetsområde eller ordna tjänsterna i en kommun med ett befolkningsunderlag på åtminstone ungefär 20 000 invånare. Kommunerna har kunnat uppfylla samarbetsförpliktelserna genom att antingen grunda en samkommun eller ordna tjänsterna med stöd av den s.k. principen om ansvarskommun. Skyldigheten i fråga om befolkningsunderlaget skulle uppfyllas före ingången av 2013. Genom en ändring av lagen om en kommun- och servicestrukturreform 2011 utvidgades skyldigheten till att gälla alla uppgifter inom socialvården på så sätt att de måste överföras senast före utgången av 2014. Dessutom gavs statsrådet samtidigt behörighet att förplikta en kommun att ansluta sig till ett samarbetsområde inom social- och hälsovården i syfte att uppfylla det krav på befolkningsunderlag som avses i lagen om en kommun- och servicestrukturreform.

Enligt de uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd samlat in fanns det i april 2014 sammanlagt 63 samarbetsområden, till vilka det hörde 231 kommuner. Av befolkningen bodde ca 41 procent inom ett samarbetsområde. För primärvården och socialservicen ansvarade 32 samkommuner, som omfattade sammanlagt 146 medlemskommuner. Samarbetsområdena enligt principen om ansvarskommun uppgick till 31, och de omfattade 85 kommuner. Det fanns 89 kommuner som ordnade sina social- och hälsovårdstjänster självständigt. Av dessa hade 32

RP 97/2016 rd

kommuner mer än 20 000 invånare, och 57 kommuner uppfyllde inte det krav på befolkningsunderlag som anges i lagen om en kommun- och servicestrukturreform.

Kommunernas samarbetsförpliktelser som baserar sig på lagen om en kommun- och servicestrukturreform har förlängts i flera omgångar. Enligt lagen om tillämpning av vissa förpliktelser enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreform (490/2014) gäller förpliktelserna till utgången av 2018, så att kommunernas samverkan fortsätter tills organiseringsansvaret överförs till de social- och hälsovårdsområden som avses i den lag om ordnandet av social- och hälsovården som beretts.

Kommunerna och samkommunerna har omfattande prövningsrätt när det gäller hur och i vilken form de ordnar social- och hälsovårdstjänsterna.

Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) och 9 § i kommunallagen (410/2015) kan en kommun ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner, eller genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten. Kommunerna kan anskaffa den service som behövs vid skötseln av uppgifterna från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat tjänsteproducent. Dessutom kan serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat tjänsteproducent som kommunen godkännt.

Servicestrukturreformen inom social- och hälsovården (nedan *social- och hälsovårdsreformen*) har beretts länge och det har förekommit många olika faser i den. Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den, som överlämnades i syfte att genomföra reformen, överlämnades till riksdagen den 4 december 2014 (RP 324/2014 rd). Propositionen förföll dock våren 2015.

Statsminister Juha Sipiläs regering fastslog den 29 maj 2015 att ”syftet med social- och hälsovårdsreformen är att minska hälsoskillnaderna och ha kontroll över kostnaderna. Reformen genomförs som en fullständig horisontal och vertikal integration av tjänsterna samt genom att tillhandahållarnas bärkraft stärks. Regeringen bereder organiseringen av social- och hälsovårdstjänsterna utifrån självstyrelseområden som är större än en kommun. Antalet områden är sammanlagt högst 19. Områdena ska svara för tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster inom sitt område. Regeringen reformerar arbetsfördelningen mellan sjukhusen så att en del av den krävande specialiserade sjukvården koncentreras till specialupptagningsområden under styrning av social- och hälsovårdsministeriet. För att demokratin ska tryggas leds social- och hälsovårdsområdena av fullmäktige som utses genom val. Social- och hälsovårdsområdena tillhandahåller tjänsterna inom sitt område eller kan anlita privata tjänsteproducenter eller tjänsteproducenter från tredje sektorn för tillhandahållandet.”

När det gäller finansieringen fastslog regeringen både i regeringsprogrammet och i sina riktlinjer av den 20 oktober 2015 att Finansieringsmodellen för social- och hälsovårdsreformen bereds så att den beaktar riktlinjerna i regeringsprogrammet och så att den i första hand baserar sig på statens finansieringsansvar.

Den 7 november 2015 preciserade regeringen riktlinjerna i regeringsprogrammet på följande sätt: ”Ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs från kommunerna och samkommunerna till de 18 självstyrande områdena. De självstyrande områdena bildas utifrån landskapsindelningen. De självstyrande områdena ansvarar för ordnandet av social- och häl-

sovårdstjänster i enlighet med lagen och det beslut av statsrådet om att ordna social och hälsovård som fattats med stöd av lagen. De självstyrande områdena ordnar social- och hälsovårdstjänster antingen ensamma eller när det gäller tre självstyrande områden som bestäms i lag med stöd av de andra självstyrande områdenas servicestrukturer i de mest krävande tjänsterna i enlighet med den arbetsfördelning som bestäms i lag på så sätt att det finns 15 tydliga områdeshelheter i landet med hjälp av vilka social- och hälsovårdstjänsterna ordnas.” Regeringen fastslog också att ” antalet enheter med omfattande jourtjänster dygnet runt (centralsjukhus och till dessa anslutna enheter för krävande socialjour) är 12. De övriga nuvarande centralsjukhusen fortsätter som enheter med snävare heldygnsjourverksamhet, som stöds av ett nätverk med 12 sjukhusenheter med omfattande jourverksamhet och akutsjukvården. Som universitetssjukhus fortsätter Helsingforsregionens universitetscentralsjukhus, Tammerfors universitetssjukhus, Åbo universitetscentralsjukhus, Uleåborgs universitetssjukhus och Kuopio universitetssjukhus.”

I sitt förhandlingsresultat av den 5 april 2016 preciserade regeringen sina riktlinjer av den 7 november 2015 på följande sätt: ”Bestämmelserna i landskapslagen och lagen om ordnandet av social- och hälsovården utarbetas i enlighet med regeringens riktlinjer från den 7 november 2015 så att det på basis av den existerande landskapsindelningen grundas 18 självstyrande områden, landskap, vars högsta beslutsfattande organ, landskapsfullmäktige, utses genom direkta val. Varje landskap ansvarar för att ordna social- och hälsovård. Ansvaret för att ordna vården innehåller finansieringsansvar, så producenterna betalas via ordnaren. Finansieringen för att ordna social- och hälsovårdstjänster går därmed genom de 18 landskapen.”

När det gäller utvidgningen av klientens valfrihet preciserade regeringen sina tidigare riktlinjer som följer: ”I enlighet med regeringens riktlinjer från den 7 november 2015 kommer det att skapas en valfrihetslagstiftning som gör det möjligt för användaren att själv välja tjänsteproducent inom offentliga, privata och tredje sektorn. Valfriheten genomförs i regel på basnivån och i tillämpliga delar på specialiseringsnivån för social- och hälsovårdstjänsterna. Den omfattande valfriheten i regeringens riktlinjer främjar konkurrensen inom produktionen av social- och hälsovårdstjänster på ett betydande sätt. Tjänsteleverantörernas möjlighet att komma ut på marknaden och klienternas val beträffande tjänster som omfattas av valfriheten upprätthåller flera producenters serviceutbud.”

När det gäller att göra produktionen av tjänsterna mångsidigare preciserade regeringen sina riktlinjer enligt följande: ”I enlighet med riktlinjerna från den 7 november 2015 sätter regeringen upp som mål att göra produktionen av social- och hälsovårdstjänster mångsidigare. Målet förverkligas i samarbete med landskapen som en del av förhandlingsförfarandet mellan landskapen och staten. Dessutom kommer det i lagen om ordnandet av social- och hälsovården att ingå bestämmelser vars mål är att säkerställa att det vid sidan om den offentliga förvaltningen finns allt mer produktion från privata eller tredje sektorn till förfogande. Då skapas reella förutsättningar för en äkta mångproducentmodell och valfrihet runt om i Finland. Regeringen har som mål att den framtida valfrihetsmodellen ska stöda små och medelstora företags möjligheter att fungera på marknaden samt nya digitala och innovativa servicemodeller. I enlighet med principen om lika behandling inom offentliga och privata sektorn ser man till att landskapen samt privata och tredje sektorn har möjlighet att producera integrerade social- och hälsovårdstjänster på ett effektivt och kostnadseffektivt sätt och utveckla nya innovativa servicemodeller.”

2 Bedömning av nuläget

I de olika faserna av beredningen av social- och hälsovårdsreformen har den viktigaste orsaken till behovet av reformen varit att det nuvarande splittrade servicesystemet inte har be-

dömts trygga de tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som avses i 19 § i grundlagen på de lika villkor som avses i 6 § i den lagen. Förutsättningarna att sköta uppgiften har varierat mycket när det gäller dem som har ansvar för att ordna tjänsterna. Av denna orsak har man i de olika faserna av beredningen av social- och hälsovårdsreformen eftersträvat att antalet aktörer som ordnar social- och hälsovårdstjänster ska vara mindre och att de ska vara utspridda över ett större område så servicen kan ordnas i mer omfattande helheter. De som ordnar tjänsterna har då en större bärkraft vad gäller både kunnandet och de ekonomiska förutsättningarna att inom ett stort område ordna servicen på lika villkor.

Under reformen har det i flera kommuner och samkommuner fattats beslut som syftar till att servicestrukturen, personalen, fastigheterna, egendomen och andra helheter som gäller ordnandet av social- och hälsovårdstjänster ska bevaras i sin nuvarande form inom det egna området och för de egna invånarna eller som rentav syftar till att främja att en så stor del som möjligt av social- och hälsovårdens resurser binds till den egna kommunens område.

I Finland anskaffar kommunerna och samkommunerna en stor del av social- och hälsovårdstjänsterna också från privata aktörer för att komplettera sin egen produktion av tjänster. Inom hälsovården är det mycket vanligt att den privata sektorn anlitas bland annat i fråga om läkarjourer, tandläkartjänster och ögonläkartjänster. En stor del av socialvårdstjänsterna köps av privata tjänsteproducenter bland annat i fråga om serviceboende. Också för många så kallade stödfunktioner såsom laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar (t.ex. mammografiscreening) anlitas ofta privata tjänsteproducenter. Det är således mycket vanligt att den privata sektorn anlitas och med tanke på vissa tjänster är det med den nuvarande servicestrukturen absolut nödvändigt för att tjänsterna ska kunna ordnas.

I takt med att beredningen av social- och hälsovårdsreformen framskrider har allt fler kommuner och samarbetsområden anskaffat så gott som alla de uppgifter som hör till ordnandet av social- och hälsovården av privata tjänsteproducenter, och lämnat kvar vissa uppgifter i anslutning till utövande av offentlig makt på sig själva. Denna typ av så kallade totala utläggningar pågår också för tillfället. I den förfrågan som Finlands Kommunförbund gjorde i maj 2015 meddelade sammanlagt 19 kommuner att det i deras fullmäktige gjorts en framställning som gällde utläggningar. Som exempel på redan genomförda utläggningar kan konstateras bland annat de avtal om total utläggning av social- och hälsovården som kommunerna Rääkkylä, Tohmajärvi och Puolanka ingått med ett privat företag före 2015. Kommunerna Mänttä-Vilppula och Juupajoki har bildat ett gemensamt företag med Pihlajalinna Terveys Oy för produktionen av social- och hälsovårdstjänster. Åtminstone Parkano, Rantasalmi, Pyttis och Jämsä har ingått ett avtal om total utläggning som genomförts under 2015. Bland annat Etseri, Kuortane och Alavus har ingått ett avtal om utläggning som trädde i kraft vid ingången av 2016, och åtminstone Soini, Sysmä, Siikalatva och Sulkava har ingått ett avtal som träder i kraft vid ingången av 2017.

Våren 2016 omfattas cirka 100 000 finländare, dvs. knappt två procent av befolkningen av de avtal om totala utläggningar som man känner till. Den årliga omsättningen för de avtal om totala utläggning som ingåtts uppgår till ca 370 miljoner euro. De kommuner som genomfört totala utläggningar är närmast kommuner med under 10 000 invånare. Det har varit typiskt för kommunerna att deras utgifter för social- och hälsovårdstjänsterna varit högre än genomsnittet jämfört med det kalkylerade behovet, även om det finns undantag från detta. Kommunerna har motiverat utläggningarna med bevarad närservice, tryggnad av arbetsplatserna på orten och en förbättrad förutsägbarhet för kostnadsutvecklingen, i synnerhet om prissättningen grundar sig på ett fast pris beräknat på basis av kapitation och på förhand överenskomna höjningar utöver det. Också svårigheterna att tillsätta läkartjänster har haft betydelse för viljan att lägga ut uppgifter. Utläggningarna har till största delen varit i kraft en så kort tid, att de totala konse-

RP 97/2016 rd

kvenserna och verkningarnas orsaks- och konsekvenssamband inte ännu kan bedömas tillförlitligt med utnyttjande av olika former av jämförelser.

Typiskt för avtal om totala utläggningar är mycket långa avtalsperioder. Det verkar som om avtalets längd vanligen är tio år, och utöver detta ingår det ofta en option på förlängning av avtalet med fem år.

De avtal som ingåtts med företag kan vanligen inte sägas upp mitt under avtalsperioden utan omfattande ersättningsförpliktelser. Genom långa avtal kan den som ansvarar för att ordna tjänsterna i den nya servicestrukturen således för en mycket lång tid bindas till arrangemangen enligt ett avtal. Om avtalsansvaren överförs till de nya aktörer som har ansvar för att ordna tjänsterna enligt social- och hälsovårdsreformen, är aktörerna skyldiga att i en viss kommun eller ett visst mindre område som ligger inom deras område ordna de tjänster som avses i ett avtal i den omfattning och på det sätt som avtalet förutsätter. Även om den privata sektorn enligt regeringens riktlinjer ska utnyttjas i allt högre grad med hjälp av mångproducentmodellen och valfrihetssystemet kan ett avtal begränsa den nya aktören så att den inte kan se till att hela befolkningen inom dess ansvarsområde erbjuds tjänster på lika villkor. Om avtalsansvaren inte överförs till vissa delar kan kommunernas ekonomi dock förorsakas betydande kostnader som är onödiga. Dessutom ger det kommande valfrihetssystemet upphov till situationer där serviceanvändarnas val kan avvika avsevärt från vad man utgår från när man ingår omfattande avtal om upphandling och utläggning. Också av denna anledning finns det inom den nya servicestrukturen ett klart behov av att se över de tidigare avtalsarrangemangen.

I kommunerna och sjukvårdsdistrikten görs det i nuläget många investeringar som gäller byggnader. I Finland byggdes största delen av nätverket av centralsjukhus i mycket snabb takt på 1960-talet och byggnadsbeståndet är således i huvudsak ungefär 50 år gammalt. Merparten av sjukhusens fastigheter är i dåligt skick och föråldrade samt i behov av en totalrenovering. Dessutom är många av sjukhusen funktionsmässigt föråldrade och tillhandahållandet av sjukvård i dem kräver betydligt mer personalresurser än i en ny byggnad som uppförts utifrån funktionella aspekter.

Vid granskningen av investeringar med lång verkningstid ska också den prognosticerade befolkningsutvecklingen beaktas. Enligt den minskar befolkningmängden i en stor del av landet och ökar endast i några landskap. Samtidigt förflyttas befolkningstygdpunkten i allt högre grad till stora bosättningscentra. Sjukhuskapaciteten, inklusive hälsovårdscentralernas bäddavdelningar, har byggts upp enligt tidigare decenniernas befolkningsstruktur och förhållanden. Strukturreformen av ordnandet av social- och hälsovårdstjänster inverkar väsentligt på antalet fastigheter som behövs samt byggbehoven. Finland har enligt OECD:s jämförelser många sjukhusplatser och i och med det är antalet vård dagar större än t.ex. i de övriga nordiska länderna. Inom Finland finns det stora skillnader i användningen av bäddavdelningar som inte kan motiveras med skillnader i vårdbehovet. Ett mål för reformen av servicestrukturen är att få till stånd betydande produktivitetsvinster och större kostnadseffekt. Produktivitetsvinster uppnås inte om inte bland annat sjukhusvistelsetiderna förkortas. Också genom att koncentrera den operativa verksamheten till enheter med hög åtgärdsvolym uppnås stor nytta. Dessutom förväntas förändringen inom hälsotekniken och digitaliseringen leda till en mycket stor förändring i hälsovårdstjänsterna. Därför ska betydande beslut om byggande inte fattas före det finns närmare uppgifter om hur den kommande servicestrukturen kommer att genomföras.

I nästan alla sjukvårdsdistrikt bereds eller pågår stora byggprojekt. Också i kommunerna bereds eller pågår många byggprojekt som gäller social- och hälsovården. Också om det på grund av åldern på social- och hälsovårdens byggnadsbestånd finns ett klart behov av renovering och nybyggnad verkar avsikten i många fall vara att investera lokalt så att den som i

RP 97/2016 rd

framtiden har ansvar för att ordna tjänsterna i praktiken blir tvungen att utnyttja investeringarna och således att bevara tjänster som liknar de nuvarande på lokal nivå. En orsak till detta är att det till följd av beredningen av social- och hälsovårdsreformen har framgått att i den nya servicestrukturen måste det nuvarande servicenätverket skäras ned både av funktionella och av ekonomiska orsaker.

Kostnadsförslaget för byggprojekten som gäller den specialiserade sjukvården uppgår enligt social- och hälsovårdsministeriets uppskattning i nuläget till ca fyra miljarder euro fram till 2020. Uppskattningen innehåller osäkerhetsfaktorer eftersom slutliga beslut om alla projekt inte har fattats och flera av projekten inom sjukvårdsdistrikten bara är i planeringsstadiet. En del av sjukvårdsdistrikten har dock kommit mycket långt i projekten för byggande av nya lokaler. En del har dessutom redan genomfört stora projekt. Till exempel Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt har låtit bygga ett sjukhus för dagkirurgi och en ny jourcentral och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt Åbo universitets centralsjukhus två sjukhusflyglar.

Utöver de byggprojekt som planeras av sjukvårdsdistrikten planerar kommunerna och samkommunerna nya investeringar i primärvården och socialtjänsterna. De byggprojekt som kommunerna planerar kan vara av nästan samma storleksklass som sjukvårdsdistriktens planer. På grund av problem som gäller statistikföring och erhållande av uppgifter finns det dock inga exakta uppgifter om detta. I synnerhet i de kommuner där det antas att servicenätet inskränks till följd av social- och hälsovårdsreformen kan det ses en strävan att bevara servicestrukturerna genom att social- och hälsovårdsväsendet gör investeringar, dvs. genom att inleda t.ex. projekt för att byggande av hälsovårdscentraler.

Många kommuner som planerar byggprojekt antar sannolikt att byggnaderna kommer att övertas av de aktörer som i framtiden har ansvar för att ordna tjänsterna. Antagandet kan dessutom vara att också de lån som eventuellt tagits för byggandet övergår på dessa aktörer eller på staten. Det kommer dock inte nödvändigtvis ens i den närmaste framtiden att finnas användning för alla de planerade byggnaderna. Servicestrukturerna kommer i vilket fall som helst att ändras väsentligt till följd av ändringarna av servicebehovet samt den nya vårdpraxisen och digitaliseringen. Det utgör alltså en stor risk att nya eller renoverade byggnader antingen står tomma och oanvända eller att de används ineffektivt främst därför att de existerar. Det faller dock alltid på ett eller annat sätt på samhällets lott att betala onödiga kostnader för byggande och underhåll. Betalare är antingen den kommunala sektorn eller de som i framtiden ansvarar för att ordna social- och hälsovård och/eller staten samt, i sista hand, skattebetalarna.

För att servicenätverket ska kunna rationaliseras och effektiviseras i och med att social- och hälsovårdsreformen genomförs ska det ses till att de aktörer som i framtiden har ansvar för att ordna tjänsterna inte blir ansvariga för egendom som är oändamålsenlig med tanke på den framtida serviceproduktionen eller för skulder från sådana investeringar. Ekonomin och verksamhetsförutsättningarna för dem som ansvarar för den nya servicestrukturen ska således inte belastas med onödiga fastigheter och skulder.

Om kommunerna blir ansvariga för de fastigheter som är onödiga med tanke på den nya servicestrukturen, innebär detta att kommunernas ekonomi försämras. Det har till följd av beredningen av reformen framgått att redan en avveckling av ca 130 samkommuner inverkar på kommunernas ekonomi eftersom en del av kommunerna har betydande underskott. Det är därför absolut nödvändigt att försöka förhindra alla andra sådana åtgärder som ökar skuldbeloppet och det ekonomiska ansvaret i de offentliga finanserna.

Utöver sina egna projekt gör kommunerna och samkommunerna i allt större utsträckning långfristiga investeringar med stöd av olika modeller för leasing och uthyrning. Denna typ av avtal

har en lång giltighetstid eftersom de på lång sikt täcker kostnaderna för bygginvesteringarna. Kostnaderna för avtalen kommer i framtiden att täckas som en del av omkostnaderna. Också sådana avtal är förenade med samma problem som ovan beskrivna byggprojekt som kommer i kommunernas och sjukvårdsdistriktens direkta ägo.

Betydande utläggningar eller andra omfattande och långfristiga avtal som hänför sig till ordnandet av tjänster, olika långfristiga avtal om nyttjanderätt till byggnader och lokaler och investeringar i social- och hälsovårdens byggnadsbestånd begränsar möjligheterna för den som i framtiden har ansvar för att ordna tjänsterna att inom ett stort område och på ett optimalt sätt genomföra t.ex. ett nätverk av sjukhus, ett nätverk av branschövergripande hälsovårdscentraler eller serviceboende. Statens styrning till en användning som stöder jämlikhet och är ekonomiskt sett effektiv försvåras också på riksnivå. Kommunernas och samkommunernas åtgärder har således en ofrånkomlig spridningseffekt på möjligheterna för dem som i framtiden har ansvar för att ordna social- och hälsovården att ordna tjänsterna på lika villkor. Detta inverkar också negativt på möjligheterna för den som ordnar social- och hälsovården att ordna en verksamhet som är så ekonomiskt sett effektiv och verkningsfull som möjligt. Med tanke på både den lika tillgången till tjänsterna och stävjandet av ökningen av utgifterna kan förverkligandet av målen för social- och hälsovårdsreformen således försvåras väsentlig till följd av dessa åtgärder.

3 Föreslagna ändringar

Det är motiverat att redan före lagstiftningen om social- och hälsovårdsreformen träder i kraft begränsa kommunernas och samkommunernas avtals- och handlingsfrihet inom social- och hälsovården genom en temporär lagstiftning. Begränsningarna gäller således endast rättshandlingar som företagits efter ikraftträdandet av den föreslagna lagen och före den 1 januari 2019 tills ansvaret för att ordna social- och hälsovård överförs från kommunerna och samkommunerna i enlighet med den nya lagstiftningen.

Alternativa åtgärder i fråga om investeringarna är att begränsa beaktandet av dem i kostnaderna för systemet med statsandel för kommunal basservice, beskatta dem med särskilda skatter, införa underställnings- eller tillståndsförfaranden eller förbjuda vissa investeringar. Omfattande och långfristiga avtal samt avtal om leasing eller uthyrning av byggnader och lokaler kan också tyglas på så sätt att kommunerna och samkommunerna förpliktas att i avtalen inkludera ett avtalsvillkor som möjliggör att avtalen sägs upp och tryggar under de förutsättningar som anges i lagen ställningen för den som i framtiden ordnar social- och hälsovården.

En temporär begränsning med stöd av det statsandelssystem som avses i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009) kräver i praktiken att bestämningsgrunderna för statsandelarna ändras och att det införs ett förbud mot att statsandelsfinansieringen för basservicen används för vissa ändamål. En sådan temporär ändring skulle innebära en stor förändring i grundstrukturerna för det nuvarande systemet. Ändringen förutsätter också att ett särskilt kontrollsystem byggs upp för att man ska kunna följa och övervaka att statsandelarna inte används för ändamål som omfattas av begränsningen. Trots att regionförvaltningsverken i enlighet med 63 b § i lagen om statsandel för kommunal basservice övervakar kommunerna i fråga om statsandelsåligganden är denna typ av övervakning av hur statsandelarna används en ny uppgift. Att användningen av statsandelarna för basservice är starkt reglerad innebär för kommunerna att förvaltningen och uppföljningen av deras ekonomi försvåras betydligt. Statsandelen till en del av kommunerna är dessutom så liten att en begränsning i praktiken inte är effektiv med tanke på dem.

RP 97/2016 rd

Investeringar har begränsats genom skattemässiga åtgärder främst för att balansera ekonomiska konjunkturväxlingar. Lagen om investeringsskatt på vissa husbyggen, sedermera byggskattelagen (54/1977), trädde i kraft i början av februari 1977.

En eventuell begränsningsåtgärd är att införa ett underställnings- eller tillståndsförfarande. Detta innebär att vissa beslut av kommunerna och samkommunerna är verkställbara endast om besluten har bekräftats av en statlig myndighet. Ett sådant underställningsförfarande ingick bland annat i kommunallagen från 1976 och det gällde ordningsstadgor, kommunvapen, avvikande från minimiantalet fullmäktige och grundande av fonder i vissa fall.

För att ett underställt beslut skulle vara giltigt krävdes det att underställningsmyndigheten fattade beslut om kommunens beslut. Utan underställningsmyndighetens beslut var kommunens beslut utan verkan. Kännetecknande för underställning var också att det ankom på en kommunal myndighet att inleda underställningsprocessen, dvs. i praktiken på kommunstyrelsen eller kommunalförbundets förbundsstyrelse. Underställningsmyndigheten kunde enligt kommunallagen förhindra att en kommunal myndighets beslut trädde i kraft, men hade inte rätt att ändra ett underställt beslut och inte heller att fatta ett nytt beslut i stället för den kommunala myndighetens beslut. Underställningsmyndigheten hade alltså med stöd av kommunallagen i praktiken rätt att fastställa ett beslut eller lämna det utan fastställelse. I speciallagstiftningen fanns det bestämmelser med stöd av vilka en statlig myndighet kunde förena sitt godkännande med olika villkor och begränsningar.

Den administrativa styrningen och tillsynen av kommunerna är i nuläget mer allmän. Regionförvaltningsverkens huvudsakliga uppgift är enligt lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) att främja regional jämlikhet genom att sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Regionförvaltningsverken har ingen allmän behörighet enligt lag att på eget initiativ ingripa i kommunernas verksamhet, men regionförvaltningsverket kan med anledning av klagomål undersöka om kommunen har iakttagit gällande lagstiftning. Också enligt speciallagarna har regionförvaltningsverket ett flertal uppgifter som gäller styrning av och tillsyn över kommunerna. I fråga om statsandelsåligganden är regionförvaltningsverkets behörighet däremot omfattande. I 63 b § i lagen om statsandel för kommunal basservice föreskrivs det att om en kommun, en samkommun eller en utbildningsordnare vid ordnandet av statsandelsåligganden har underlåtit att uppfylla en förpliktelse om vilken det föreskrivs eller bestäms i lag eller med stöd av lag, kan regionförvaltningsverket, efter att ha hört det behöriga ministeriet, ålägga kommunen eller hemkommunsersättningstagen att vid vite uppfylla förpliktelsen.

En begränsningsåtgärd som liknar ett underställnings- eller tillståndsförfarande kunde vara ett i lag angivet förbud mot att företa vissa rättshandlingar. Kommunerna och samkommunerna ska i regel inte få företa vissa rättshandlingar under den temporära lagens giltighetstid. För att exempelvis motiverade och nödvändiga investeringar ska kunna göras med utgångspunkter i fastighetsskötsel kan till förbudet fogas ett tillståndsförfarande där vissa myndigheter på grunder som anges i lagen ges rätt att bevilja dispens från det temporära förbudet. Med tanke på kommunerna och samkommunerna fungerar ett lagstadgat förbud i praktiken på nästan samma sätt som ett underställnings- eller tillståndsförfarande. Det förfarande med dispens som det lagstadgade förbudet är förenat med är dock med tanke på såväl kommunerna och samkommunerna som tillståndsmyndigheten ett administrativt sett i någon mån lättare förfarande. Antalet tillståndsansökningar kommer sannolikt att minska i viss mån när en ansökan i regel görs endast i situationer där det bedöms att förutsättningarna för dispens uppfylls. Bestämmelserna om begränsning orsakar således en mindre administrativ börda. Ett i princip lagstadgat förbud som är förenat med ett förfarande med dispens är dessutom regleringstekniskt sett noggrannare avgränsat, och således undviks eventuella tolkningsproblem.

På grund av problemen i anslutning till de andra alternativen och med tanke på minimeringen av den administrativa bördan kan ett lagstadgat förbud som är förenat med ett förfarande med dispens anses vara det mest ändamålsenliga sättet att begränsa bygginvesteringarna. Begränsningen av bygginvesteringar gäller inte mindre investeringar och normala investeringar som hänför sig till årligt underhåll. Begränsningen omfattar inte heller sådana investeringar som är nödvändiga utifrån tillsynsmyndighetens inspektioner, till exempel på grund av byggnadsanvändarnas hälsa eller säkerhet. Investeringsbehoven varierar mycket mellan små och stora kommuner och sjukvårdsdistrikt. Som gräns för mindre investeringar föreslås fem miljoner euro eftersom man genom att fastställa gränsen till denna nivå kan påverka de investeringar som görs i ändamålsenligt byggande av hälsovårdscentraler.

Omfattande och långfristiga avtal samt avtal om nyttjanderätt till byggnader och lokaler, såsom långfristiga hyresavtal och fastighetsleasingavtal kan däremot tillräckligt effektivt begränsas genom en förpliktelse att i avtalen inkludera ett avtalsvillkor som begränsar avtalets giltighetstid och fastställer rättigheterna för den som i framtiden har ansvar för att ordna social- och hälsovård och med stöd av vilket denna, om den så önskar, har rätt att säga upp avtalet. Kommunerna och samkommunerna har således rätt att ingå avtal också under den föreslagna lagens giltighetstid, men dessa avtal förbinder inte den som i framtiden ansvarar för att ordna social- och hälsovård, förutsatt att denna inte anser att verksamheten enligt avtalet är motive-rad. Avtalsvillkoret borde också fogas till sådana avtal som kommunen eller samkommunen ingår med sina dottersammanslutningar eller med sammanslutningar som de äger delvis.

De föreslagna bestämmelserna om begränsning gäller begränsat endast sådana rättshandlingar som kan anses vara skadliga för den verksamhet som den som har ansvar för att ordna tjänsterna bedriver, och som inte nödvändigtvis måste genomföras före reformen av servicestrukturen. Så har t.ex. utläggningar av tjänster i många fall också förbättrat kundbelåtenheten och inneburit kostnadsbesparingar. Avsikten med den föreslagna lagen är således inte att allmänt hindra upphandling av tjänster hos privata tjänstproducenter, utan att i fråga om omfattande och långfristiga avtal skapa ett förfarande med stöd av vilket det kan säkerställas att avtalet är ändamålsenligt med tanke på tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster i samband med strukturreformen. När ansvaret för att ordna tjänster överförs i och med reformen leder det till en undantagssituation som kan medföra sådana incitament för de nuvarande anordnarna som är oönskade med tanke på målen för reformen och den kommande anordnaren.

4 Propositionens konsekvenser

Som bakgrund till de omfattande och långfristiga avtal samt betydande investeringar som hänför sig till ordnandet av social- och hälsovården kan man skönja lokala strävanden efter att bevara vissa tjänster inom ett visst område med en viss verksamhetsmodell för en lång tid efter den ändring av ansvaret för ordnandet av tjänsterna som social- och hälsovårdsreformen inför. När man i olika faser av beredningen av social- och hälsovårdsreformen har skissat upp lösningsmodeller enligt vilka social- och hälsovårdstjänsterna bör ordnas på ett eller annat sätt inom större ansvarshelheter än i dag, har en del av de nuvarande anordnarna genom olika åtgärder försökt säkerställa att tjänsterna också i framtiden produceras i kommunen på det sätt som kommunen bestämmer. Med hänsyn till ett helhetsperspektiv för ett större område kan detta vara oändamålsenligt. Till exempel stora investeringar som gjorts i byggnadsbeståndet kan för en mycket lång tid medföra att det fattas beslut som ökar servicenätets effektlöshet, om investeringarna görs i byggnader vars placering inte är motiverad med tanke på en effektiv servicehelhet.

Åtgärder genom vilka man försöker bevara servicestrukturen i sin nuvarande form i vissa enskilda kommuner eller små områden begränsar de kommande social- och hälsovårdsanord-

narnas möjligheter att omorganisera verksamheten i enlighet med regeringens riktlinjer integrerat inom större områden än för närvarande på lika villkor för alla som bor i och använder tjänster inom området i fråga. Om avtalsförpliktelserna i och med social- och hälsovårdsreformen överförs på de nya anordnarna, är de nya anordnarna bundna av dessa förpliktelser och kan inte utnyttja personalresurser som är bundna till ett visst verksamhetsställe på ett mera omfattande sätt inom sitt område. Också möjligheterna att organisera tjänsterna och förverkliga servicenätet på ett ekonomiskt effektivt sätt försvagas, eftersom omfattande och långfristiga avtal eller dyra investeringar som gjorts med tanke på servicenivån inom ett enda område kan vara oändamålsenliga med avseende på helheten.

Kommunernas omfattande och långfristiga avtal kan ha konsekvenser också i fråga om den utvidgning av valfriheten som regeringen har dragit upp riktlinjer för. Det kan föreligga en risk för att en kommande anordnare av tjänster eller i sista hand staten som finansär är skyldig att betala den privata tjänsteproducent som är part i avtalet en ersättning enligt avtalet, oberoende av om tjänsteanvändarna väljer den tjänsteproducentens tjänster eller inte. Också avtalets betalningsgrunder avviker sannolikt från betalningsgrunderna enligt valfrihetssystemet och kan därför vara till skada för eventuella effektivitetsverkningar för marknaderna i det kommande valfrihetssystemet.

I takt med att beredningen av social- och hälsovårdsreformen framskridit har de ovan beskrivna rättshandlingarna ökat och nya planeras som bäst. Om den föreslagna lagen inte stiftas, kommer ännu fler sådana rättshandlingar att företas innan regleringen om social- och hälsovårdsreformen träder i kraft. Genom den föreslagna lagen kan man begränsa de skadliga verkningarna för de kommande anordnarna av social- och hälsovårdstjänster och påskynda genomförandet av reformen och förverkligandet av målen.

De föreslagna bestämmelserna hindrar inte kommunerna och samkommunerna att i fortsättningen i önskad omfattning skaffa tjänster hos privata tjänsteproducenter och ingå avtal om nyttjanderätt till fastigheter och lokaler. Enligt förslaget ska kommunen eller samkommunen dock ta in ett avtalsvillkor i sitt avtal, enligt vilket den kommande anordnaren av tjänster när lagens förutsättningar uppfylls har rätt att säga upp avtalet. Den föreslagna regleringen begränsar sålunda inte kommunernas och samkommunernas möjlighet att ingå avtal under den tid de har ansvaret för att ordna tjänsterna. Verksamhet enligt ett avtal får också fortsätta om den kommande anordnaren av tjänster anser det ändamålsenligt. Avtalsparterna har också om de så önskar möjlighet att komma överens om avtalets innehåll på nytt. Begränsningen gäller sådana till sin omfattning betydande långfristiga avtal som fortfarande är i kraft efter 2018.

Det villkor om möjligheten att säga upp avtalet som ska ingå i avtalet kan indirekt öka kommunernas kostnader i fråga om de avtal som omfattas av den föreslagna regleringen, om uppsägningsvillkoret beaktas vid prissättningen av avtalen. Den osäkerhet som är förknippad med möjligheten att säga upp avtalet kan i princip påverka kostnaderna också på det sättet att utvecklandet av serviceproduktionen blir långsammare i utläggningsfall, eftersom genomförandet av omfattande verksamhetsförändringar enligt tidigare erfarenheter i allmänhet kräver ca två till fyra år. Som helhet sett är de begränsningar som avses i propositionen dock inte väsentliga med tanke på en långsammare utveckling av serviceproduktionen, eftersom det med tanke på helheten dock fortfarande förekommer få totala utläggningar och de föreslagna begränsningarna endast gäller mycket omfattande och långvariga avtal. Framför allt när det gäller dessa avtal är det nödvändigt att trygga möjligheterna för kommande ordnare att utnyttja resurserna i området i form av mer omfattande helheter än vad de kommunvisa avtalen om total utläggning ger möjlighet till.

Social- och hälsovårdstjänsternas bruttoinvesteringar har under de senaste åren varierat mellan ca 650 och 850 miljoner euro. Statistiken för 2014–2015 har dock inte ännu färdigställts. Investeringarna inom den specialiserade sjukvården utgör grovt räknat ungefär hälften av social- och hälsovårdens investeringar. År 2015 uppgick investeringsutgifterna i specialsjukvårdstriktens bokslut enligt Finlands Kommunförbunds översikt över den specialiserade sjukvården till ca 475 miljoner euro, vilket var ungefär lika mycket som under året innan. Byggnadsinvesteringarnas andel var ca hälften av alla investeringar inom den specialiserade sjukvården.

Bestämmelserna om begränsning av byggnadsinvesteringar minskar tillfälligt stora investeringar i någon mån eller skjuter upp tidpunkten för dem så länge lagen är i kraft. De föreslagna bestämmelserna möjliggör dock investeringar för reparationer som hänför sig till normalt årsunderhåll och investeringsbehov som uppdagats i samband med tillsynsmyndigheternas inspektioner (till exempel bygginvesteringar som byggnadsanvändarnas hälsa och säkerhet förutsätter) samt med dispens även stora investeringar om de anses motiverade med tanke på den nya servicestrukturen.

Investeringsförbudet och det därtill anknyttande dispensförfarandet beräknas få små verkningar på byggnadsmarknaden, då vissa planerade investeringar skjuts upp något. Avsikten med de föreslagna bestämmelserna om begränsning av investeringar är främst att minska investeringar som är oändamålsenliga med avseende på den nya servicestrukturen, så med tanke på den offentliga ekonomin finns det motiverade skäl till att dessa investeringar minskar. Den föreslagna lagen ska dessutom vara i kraft endast temporärt i cirka två och ett halvt år. Under denna tid är det dessutom möjligt att planera ändamålsenliga investeringar och sålunda påskynda deras framskridande i det beslutsfattande som görs av den kommande anordnaren av social- och hälsovårdstjänster. Det är dessutom motiverat att sända ansökan om dispens till social- och hälsovårdsministeriet i ett så tidigt skede som möjligt, genast då de uppgifter som behövs för tillståndsbeslutet bland annat vad gäller upphandlingsobjektet, upphandlingsbehovet, upphandlingens omfattning och de beräknade totala kostnaderna har preciserats i tillräcklig utsträckning. På så sätt kan man på förhand förhindra uppkomsten av eventuella tilläggs-kostnader som föranleds av förseningar på grund av ansökningsförfarandet eller ett eventuellt negativt tillståndsbeslut.

Med tanke på den kommunala ekonomin och landskapens ekonomi är det nödvändigt att bedöma verkningarna också på lång sikt. Underhållet av den offentliga sektorns fastigheter och social- och hälsovårdens fastigheter uppskattas vara mycket eftersatt. En del av social- och hälsovårdens lokaler är gammalmodiga vad gäller planering och användbarhet, vilket försämrar produktiviteten och talar för nya investeringar. En betydande del av investeringarna finansieras med lån, vilkas skötsel infaller i framtiden. Tillväxtutsikterna för Finlands ekonomi är mycket oklara och samtidigt ökar det allt större antalet äldre utgiftstrycket. I en sådan situation är det viktigt att bedöma alla betydande investeringar med tanke på kommande servicebehov och ett ur regional synvinkel ändamålsenligt servicenät samt kostnadseffektiviteten. De föreslagna investeringsbegränsningarna stöder detta mål samt i ett vidare perspektiv den offentliga ekonomins balansmål. Eftersom skötseln av investeringsfinansieringen infaller i framtiden och social- och hälsovårdsreformens regleringar av egendomsförhållandena inte ännu är kända, tryggar begränsningarna delvis också statens ställning som den som eventuellt återbetalar lånet.

De beslut som fattats av kommunerna och samkommunerna kan också vara en ekonomisk risk för dem själva eftersom detaljerna i den kommande social- och hälsovårdsreformen inte ännu till alla delar är klara. Långfristiga avtal och stora investeringar kan ha oväntade ekonomiska konsekvenser av betydande omfattning för kommuner och samkommuner beroende på t.ex. kommande beslut om överföring av egendom. Kommunen eller samkommunen frigörs inte

nödvändigtvis från alla avtalsvillkor som den eventuellt har förmodat bli fri från. Därför kan de föreslagna bestämmelserna i själva verket på ett betydande sätt också trygga kommunernas och samkommunernas ställning i förhållande till de ekonomiska lösningar som eventuellt orsakas dem.

De föreslagna bestämmelserna har konsekvenser för myndigheternas verksamhet. Den kommande arbetsmängd som föranleds av de nya myndighetsuppgifter som föreslås i propositionen kan inte ännu uppskattas exakt. I anslutning till förfarandena för dispens får social- och hälsovårdsministeriet en ny temporär uppgift som delvis också förutsätter ny sakkunskap. Skötseln av denna uppgift beräknas innebära ett tilläggsbehov av cirka två årsverken motsvarande ca 160 000 euro på årsnivå. Detta har man inte förberett sig på i planen för de offentliga finanserna 2017–2020, som regeringen beslutade om den 14 april 2016. De utgifter som skötseln av uppgiften föranleder för år 2016 täcks med social- och hälsovårdsministeriets driftsanslag.

Dessutom får Institutet för hälsa och välfärd en ny uppgift som innebär att institutet ska ge den organiseringsansvarige utlåtanden om att en uppsägning av ett avtal som ingåtts med en privat tjänsteproducent är motiverad på de grunder som anges i lagen. Skötseln av denna uppgift beräknas under 2019 medföra ett tilläggsbehov på cirka två årsverken för Institutet för hälsa och välfärd, dvs. ca 160 000 euro. Detta har man inte förberett sig på i planen för de offentliga finanserna 2017–2020, som regeringen beslutade om den 14 april 2016.

De föreslagna besluten om dispens är överklagbara förvaltningsbeslut. Därför kan den föreslagna regleringen i viss mån öka det antal ärenden som genom besvär kommer till förvaltningsdomstolarna för avgörande. Denna ökning kommer förmodligen att vara relativt liten, enligt en helhetsbedömning cirka 10–20 fall per år.

Statsminister Sipiläs regering drog den 29 maj 2015 upp riktlinjer i sitt regeringsprogram, enligt vilka kommunernas kostnader ska minskas med 1 miljard euro (s.27). Ett centralt sätt att förverkliga detta är att göra regleringen om verksamhetssätten smidigare. De föreslagna bestämmelserna gör inte kommunernas verksamhetsmöjligheter smidigare, utan begränsar dem. Målet med dem är dock att trygga möjligheten att förverkliga reformens mål så snabbt som möjligt. De föreslagna bestämmelserna ökar inte heller kommunernas kostnader. De föreslagna begränsningarna är dessutom bara i kraft temporärt under en mycket kort tid, dvs. ungefär två och ett halvt år fram till utgången av 2018.

5 Beredningen av propositionen

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag i ett samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet. Propositionen har behandlats i en projektgrupp som tillsatts för beredningen av social- och hälsovårdsreformen. I projektgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, justitieministeriet, arbets- och näringsministeriet, inrikesministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och Finlands Kommunförbund varit företrädare. Dessutom har skriftliga utlåtanden begärts om propositionen hos viktiga intressentgrupper och ett diskussionsmöte ordnats den 25 maj 2016. Den tid som reserverats för lämnandet av skriftliga utlåtanden har varit kortare än vanligt, tre veckor, eftersom det föreligger vägande samhälleliga skäl för att lämna propositionen, vilka hänför sig till ett likvärdigt och kostnadseffektivt trygande av de tjänster som avses i 19 § i grundlagen, och eftersom det för att målen i propositionen ska kunna uppnås är viktigt att propositionen så snart som möjligt behandlas i riksdagen. En längre remissbehandling skulle fördröja propositionens ikraftträdande så att kommunerna och samkommunerna före den föreslagna lagens ikraftträdande skulle hinna företa sådana rättshandlingar som enligt målet för propositionen borde begränsas. De effekter som propositionen eftersträvar kanske inte uppnås, om propositionen inte lämnas utan dröjsmål.

RP 97/2016 rd

Remissinstanserna angav i sina utlåtanden och vid diskussionsmötet sina viktigaste synpunkter som följer: Flera remissinstanser ansåg att propositionens syfte och orsakerna till att propositionen lämnas var goda och ansåg att det är viktigt att de framtida landskapens möjligheter att ordna tjänsterna på ett likvärdigt och kostnadseffektivt sätt säkerställs redan på förhand. I en del av utlåtandena såg man därmed vägande skäl till att propositionen lämnas. Å andra sidan motsatte sig många remissinstanser propositionen eller framförde annan kritik mot det valda tillvägagångssättet att genom lag begränsa kommunerna och samkommunerna. Många konstaterade att de i sig goda syftena inte uppnås genom den föreslagna lagen. På grund av propositionens natur kom de negativa synpunkter som framfördes om propositionen som väntat till största delen från företrädare för kommuner och privata tjänsteproducenter. En del av de senare understödde dock en begränsning av den offentliga sektorns investeringar.

Många remissinstanser ansåg i sina detaljerade synpunkter att den i lagförslagets 4 § avsedda gränsen på fem miljoner euro i fråga om investeringsförbudet är för låg. Trots remissutlåtandena föreslås det inte att denna gräns höjs, eftersom en gräns på fem miljoner euro kan anses vara motiverad för att även stora reparationer och tillbyggnader av hälsovårdscentraler ska omfattas av dispensförfarandet med hjälp av förbudet.

Vissa remissinstanser ansåg att gränsen på 50 procent av de årliga driftsekonomiutgifterna i de avtal med privata tjänsteproducenter som avses i den föreslagna 3 § är för hög. Det föreslås inte att denna gräns sänks, eftersom syftet med den föreslagna lagen endast är att begränsa ingåendet av mycket omfattande och långvariga avtal om upphandling av tjänster.

I flera utlåtanden ansågs propositionen alltför byråkratisk, och remissinstanserna föreslog ändringar i förfarandena både i fråga om social- och hälsovårdsministeriet och i fråga om Institutet för hälsa och välfärd. Många remissinstanser framförde också sin oro över huruvida de resurser som reserverats för social- och hälsovårdsministeriets dispensförfarande räcker till, så att det inte ska ta för länge att få dispens och för att dispensförfarandet inte ska orsaka onödiga kostnader.

De begrepp och uttryck som ingår i propositionen har preciserats på grund av de synpunkter som framfördes i utlåtandena. Även motiveringarna i propositionen har preciserats.

Propositionen behandlades i enlighet med 11 § i kommunallagen separat i delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning den 27 maj 2016.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

1 §. Lagens syfte. Statsminister Sipiläs regering fastställde 29 maj 2015 i sitt regeringsprogram att social- och hälsovårdens servicestrukturer ska förnyas från ingången av 2019, varvid svaret för att ordna tjänster inom social- och hälsovård övergår till de nya självstyrande områdena. Syftet med den föreslagna lagen är att vid beredningen av servicestrukturreformen inom social- och hälsovården skapa förutsättningar för de nya självstyrande områdena att ordna tjänster i enlighet med reformens mål på lika villkor och på ett sätt som är ekonomiskt effektivt och har konsekvenser för hela befolkningen i området genom att begränsa kommunernas och samkommunernas rättshandlingar som är oändamålsenliga med tanke på social- och hälsovårdens servicesystem.

2 §. Tillämpningsområde. Genom lagen begränsas temporärt kommunernas och samkommunernas rätt att företa vissa rättshandlingar för att ordna social- och hälsovård. I den föreslagna paragrafens 1 mom. räknas de rättshandlingar upp vilka lagen till någon del begränsar.

Med de avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler som nämns i 1 mom. 2 punkten avses alla avtal där det de facto är fråga om hyresavtal, oberoende av vad avtalet kallas. Lagen ska tillämpas oberoende av om kommunen eller samkommunen är hyresgäst eller hyresvärd. Tillämpningsområdet omfattar således också de avtal som kommunen eller samkommunen ingår med sina dottersammanslutningar eller med sammanslutningar som de äger delvis.

I 2 mom. föreskrivs det om dem som lagen gäller. Begränsningen gäller de kommuner och samkommuner som har lagstadgat organiseringsansvar för socialvården eller hälso- och sjukvården.

Bestämmelser om olika sätt att ordna social- och hälsovård finns i flera olika lagar. I paragrafens 3 mom. föreskrivs det om den föreslagna lagens förhållande till dessa speciallagar. Begränsningarna i lagen ska tillämpas oberoende av vad som föreskrivs i annan lagstiftning.

3 §. Avtal med privata tjänsteproducenter samt avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler. I paragrafen föreskrivs det om ett avtalsvillkor som bör ingå i avtal som ingås med privata tjänsteproducenter samt i avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler.

Bestämmelserna i paragrafen begränsar inte ingåendet av avtal. Det ska liksom enligt den gällande regleringen fortfarande vara möjligt att ingå avtal, men avtalen bör innehålla ett avtalsvillkor enligt vilket den som har lagstadgat organiseringsansvar för social- och hälsovården har rätt att säga upp avtalet under 2019 så att det upphör att gälla tolv månader efter uppsägningen. Om den som har organiseringsansvar inte sagt upp avtalet inom denna tid, fortsätter avtalets giltighet i enlighet med avtalet.

Avtalsvillkoret ska tas in i sådana avtal som ingås efter det att den föreslagna lagen trätt i kraft och som är i kraft efter år 2018. Båda dessa villkor bör vara uppfyllda.

Uppsägningsvillkoret ska kunna införas också i redan ingångna och konkurrensutsatta upphandlingskontrakt utan att den upphandlande enheten hade varit skyldig att underrätta kandidaterna och anbudsgivarna om uppsägningsvillkoret i samband med anbudstävlingen. Tillfo-

gandet ska inte leda till en skyldighet att konkurrensutsätta upphandlingskontraktet på nytt. Vid tillfogandet av uppsägningsvillkoret är det inte fråga om en sådan väsentlig ändring av kontraktet som avses i EU-domstolens rättspraxis (bl.a. avgörandet i mål C-454/06, EU:C:2008:351) eller i artikel 72 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

Uppsägningsvillkoret ska enligt 2 mom. tas in i sådana avtal som ingås med privata tjänsteproducenter och vars uppskattade årliga värde under avtalsperioden överstiger femtio procent av de årliga driftsekonomiutgifterna enligt det senaste bokslutet för den social- och hälsovård som kommunen eller samkommunen ansvarar för och avtalet gäller i minst fem år. Detta innebär att man från driftsutgifterna för kommuner och samkommuner som ordnar service enligt folkhälsolagen och socialvårdslagen först drar av utgifterna för specialiserad sjukvård som sjukvårdsdistriktet har organiseringsansvaret för. Kontraktets uppskattade värde beräknas och värderas på motsvarande sätt som vid offentlig upphandling.

Enligt det föreslagna 2 mom. måste den som har organiseringsansvar dessutom före uppsägning av ett avtal erbjuda den privata tjänsteproducent som är avtalspart möjlighet till förhandlingar om avtalet. Dessutom ska tjänsteanordnaren få ett utlåtande av Institutet för hälsa och välfärd om att uppsägningen är motiverad med avseende på en lika tillgång till tjänster, ett ändamålsenligt genomförande av en servicehelhet eller en kostnadseffektiv verksamhet. En förutsättning för att avtalet ska kunna sägas upp är dessutom att avtalet inte enligt en bedömning av den som har organiseringsansvar och enligt ett utlåtande från Institutet för hälsa och välfärd är ändamålsenligt med tanke på klientens och patientens valfrihet och parterna inte har kunnat förhandla fram en ändring av avtalet.

Enligt 3 mom. ska det avtalsvillkor som avses i 1 mom. tas in i motsvarande avtal som ingåtts tidigare, då de till väsentlig del ändras efter ikraftträdandet av denna lag. Skyldigheten att ta in ett avtalsvillkor enligt paragrafen gäller sålunda både nya avtal som ingås med privata tjänsteproducenter efter det att denna lag trätt i kraft och sådana avtal som ingåtts tidigare vilkas avtalsvillkor eller giltighet till väsentlig del ändras medan denna lag är i kraft. Som väsentliga ändringar räknas t.ex. ändringar av avtalets giltighetsvillkor, pris eller av avtalets objekt eller omfattning. Som en väsentlig ändring anses också det i fall man använder avtalets optionsmöjlighet. Detta innebär att t.ex. en uppdatering av kontaktpersonernas uppgifter eller motsvarande tekniska ändringar ännu inte leder till en skyldighet att i avtalet inkludera det avtalsvillkor som avses i paragrafen.

4 §. Investeringar i byggnader. I den föreslagna paragrafen begränsas investeringar i byggnader som används för socialvård eller hälso- och sjukvård. Sådana investeringar vars sammanlagda värde exklusive mervärdesskatt är högst fem miljoner euro omfattas inte av förbudet. Om gränsen på fem miljoner överskrids, ska man beakta delar som hänför sig till samma projekt. Om en kommun eller en samkommun under den föreslagna lagens giltighetstid gör flera investeringar för reparationer i samma byggnadsprojekt, kan de anses höra till samma helhet av investeringar, varvid det totala värdet räknas utifrån de sammanlagda värdena av delarna. Undertecknandet av ett entreprenadavtal eller av ett motsvarande avtal om inledande av byggnadsarbetena anses som en viktig tidpunkt när det gäller ingåendet av en förbindelse som gäller en investering.

I den föreslagna paragrafens 2 mom. föreskrivs det om möjligheten att ansöka om dispens hos social- och hälsovårdsministeriet för sådana investeringar som förbjuds i 1 mom. Det ska vara möjligt att söka dispens redan i planeringsskedet, om det på basis av planeringen är möjligt att göra en sådan prövning som dispensen förutsätter. Ett villkor för dispens är att investeringen är motiverad för att tillgången till tjänsterna ska tryggas samt att den är nödvändig med avse-

RP 97/2016 rd

ende på områdets servicestruktur och i övrigt stöder förverkligandet av målen för social- och hälsovårdsreformen. Dispens kan beviljas också för en del av ett projekt som är föremål för ansökan.

Uppnåendet av målen bör bedömas i förhållande till de av regeringens riktlinjer som redan dragits upp och de som kommer att dras upp i takt med att reformen framskrider samt lagstiftningen om detta. Sålunda är det bl.a. av betydelse hur koncentrerade tjänster och hur omfattande dygnetruntjour det finns inom olika områden i det kommande servicenätet. Som oändamålsenlig kan t.ex. en sådan sjukhusinvestering anses, som inte motsvarar behoven inom jourverksamheten i området i fråga. Också i fråga om nätet av hälsovårdscentraler behöver det bedömas hur servicenätet kan förnyas på ett ändamålsenligt sätt med beaktande av den ovan nämnda koncentreringsenheten av tjänsterna samt integreringen av tjänsterna i social- och hälsovården. Också den ökande betydelsen av elektroniska tjänster och tjänster som ges i hemmen är viktig vid bedömningen. Villkoret att det regionala behovet ska bedömas innebär att behovet inte kan bedömas endast ur en enskild kommuns perspektiv, utan investeringen bör vara nödvändig också med hänsyn till ett helhetsperspektiv för ett område större än en kommun.

Med det investeringsförbud som avses i den föreslagna bestämmelsen och det tillståndsförfarande som ansluter till det försöker man förhindra investeringar som inte är nödvändiga med tanke på social- och hälsovårdsreformen. Vid tillståndsförfarandet bedöms enligt bestämmelsen enbart om investeringen strider mot social- och hälsovårdsreformens mål och de strukturer som uppstår. Således är det trots de föreslagna bestämmelserna t.ex. fortfarande kommunerna och samkommunerna som bär risken för investeringens kostnader jämfört med kommande avgöranden inom ramen för social- och hälsovårdsreformens regleringar av egendomsförhållandena.

På social- och hälsovårdsministeriets handläggning av ansökningar om dispens tillämpas förvaltningslagen (434/2003), och ministeriet ska således enligt 23 § i den lagen handlägga ansökningarna utan dröjsmål. Det är motiverat att sända ansökan om dispens till social- och hälsovårdsministeriet i ett så tidigt skede som möjligt, genast då de uppgifter som behövs för tillståndsbeslutet bland annat vad gäller upphandlingsobjektet, upphandlingsbehovet, upphandlingens omfattning och de beräknade totala kostnaderna har preciserats i tillräcklig utsträckning.

På grund av nödvändiga småskaliga underhållsbehov i fråga om byggnader föreskrivs det i 3 mom. att förbudet i 1 mom. inte ska gälla investeringar som hänför sig till årligt underhåll av byggnader eller sådana investeringar som utifrån tillsynsmyndighetens inspektioner konstaterats vara nödvändiga till exempel på grund av byggnadsanvändarnas hälsa eller säkerhet. Den gräns på fem miljoner euro som anges ovan i fråga om 1 mom. gäller sålunda inte heller dessa investeringar.

5 §. *Ett lagstridigt avtal är inte bindande.* I paragrafen föreskrivs det om det ansvar som den kommande anordnaren av social- och hälsovårdstjänster har i en situation där rättshandlingar har företagits i strid med denna lag. Dessa rättshandlingar binder inte en kommande anordnare av tjänster. Anordnaren har sålunda med stöd av den föreslagna lagen rätt att t.ex. säga upp ett avtal som ingåtts med en privat tjänsteproducent även om det avtalsvillkor som avses i 3 § 1 mom. inte har fogats till avtalet i fråga.

6 §. *Ikraftträdande.* I den föreslagna paragrafens 1 mom. föreskrivs det om lagens ikraftträdande.

2 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft så snart som möjligt.

3 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen avser social- och hälsovårdstjänster. Den skyldighet som föreskrivs för det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa har i huvudsak uppfyllts så att kommunerna genom lagstiftning har ålagts att ombesörja dessa tjänster och uppgifter.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

I samband med beredningen av social- och hälsovårdsreformen har det i flera repriser konstaterats att social- och hälsovårdstjänsterna tillhandahålls på olika villkor både regionalt sett och med tanke på olika befolkningsgrupper. En central orsak till detta är att servicesstrukturen är splittrad och till många delar svag. Det mest centrala syftet med social- och hälsovårdsreformen är att åtgärda denna olägenhet och säkerställa lika tillgång till service. Ett syfte med den föreslagna lagen är att trygga genomförandet av detta mål och förhindra att uppnåendet av målen fördröjs. I kommunernas och samkommunernas verksamhet kan man skönja strävanden efter att bevara det nuvarande läget för den egna kommunens del eller binda mera betydande resurser än för närvarande till det egna området. Lagstiftaren har i denna situation skyldighet enligt 19 och 22 § i grundlagen att ingripa i de av kommunernas och samkommunernas åtgärder som orsakar väsentliga hinder för att reformens mål ska kunna uppnås.

De begränsningar av kommunernas och samkommunernas verksamhet som enligt propositionen ska införas innan social- och hälsovårdsreformen träder i kraft är i sig betydande, men de baserar sig på ett vägande samhälleligt behov att tillhandahålla de tjänster som avses i 19 § i grundlagen likvärdigt och på ett kostnadseffektivt sätt. Med avseende på målen för social- och hälsovårdsreformen är det viktigt att det inte längre i denna fas i fråga om ordnandet av social- och hälsovårdstjänster uppkommer sådana nya arrangemang i anslutning till servicesstrukturen som är skadliga med tanke på helheten. När det gäller begränsningarna i propositionen bör man sålunda å ena sidan väga kommunernas rätt att precis innan organiseringsansvaret överförs från dem företa rättshandlingar som är optimala ur deras egen synvinkel och har långvariga verkningar, å andra sidan den nya anordnarens möjligheter att anordna social- och hälsovårdstjänsterna på en nivå som tryggas genom grundlagen. Genom de föreslagna begränsningarna hindrar man inte heller kommunerna och samkommunerna att förverkliga investeringar som är nödvändiga och behövliga för verksamheten eller att ingå nödvändiga avtal om tjänster eller nyttjanderätt.

I 121 § i grundlagen föreskrivs det om kommunal självstyrelse. Enligt 121 § 1 mom. är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 121 § 2 mom. ska bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. De föreslagna bestämmelserna gäller kommuner och samkommuner. Bestämmelserna begränsar i viss mån deras beslutanderätt. Begränsningarna gäller emellertid sättet att utföra kommunernas uppgifter, om vilket det bestäms genom vanlig lag bl.a. i kommunallagen och lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården.

RP 97/2016 rd

I princip har propositionen inga retroaktiva konsekvenser och blir därför inte problematisk med tanke på kommunernas och samkommunernas egendomsskydd eller avtalsfrihet. I den bestämmelse i 5 § i lagförslaget, enligt vilken rättshandlingarna inte är bindande från ingången av 2019, ingriper man visserligen i avtalsparternas rättsliga ställning, men detta grundar sig på det att rättshandlingarna har företagits i strid med den föreslagna lagen.

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

Lag

om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §

Lagens syfte

Syftet med denna lag är att vid beredningen av servicestrukturreformen inom social- och hälsovården skapa förutsättningar för att trygga ordnandet av social- och hälsovården på lika villkor och på ett ekonomiskt effektivt sätt genom att begränsa de av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar som är oändamålsenliga med tanke på social- och hälsovårdens servicesystem.

2 §

Tillämpningsområde

Genom denna lag begränsas temporärt kommunernas och samkommunernas rätt att företa vissa rättshandlingar för att ordna social- och hälsovården. Denna lag tillämpas på

- 1) avtal som kommuner och samkommuner ingår med privata tjänsteproducenter,
- 2) avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler som kommuner och samkommuner ingår inom social- och hälsovården,
- 3) kommuners och samkommuners investeringar i byggnader som används inom social- och hälsovården.

Denna lag gäller de kommuner och samkommuner som enligt 5 § i socialvårdslagen (710/1982), 5 § i folkhälsolagen (66/1972), 3 och 7 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), 6 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) samt 1 § i lagen om tillämpning av vissa förpliktelser enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreform (490/2014) är skyldiga att ordna socialvård eller hälso- och sjukvård.

Denna lag ska tillämpas oberoende av vad som i kommunallagen (410/2015), lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) eller någon annan lag föreskrivs om ordnande av socialvård eller hälso- och sjukvård.

RP 97/2016 rd

3 §

Avtal med privata tjänsteproducenter samt avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler

Kommuner och samkommuner ska i avtal som de ingår med privata tjänsteproducenter och i avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt till byggnader och lokaler, vilka ingås efter ikraftträdandet av denna lag och är i kraft efter 2018, inkludera ett avtalsvillkor enligt vilket den som har lagstadgat organiseringsansvar för social- och hälsovården har rätt att säga upp avtalet under år 2019 så att det slutar gälla tolv månader från uppsägningen. Trots vad som föreskrivs i lagen om offentlig upphandling (348/2007) kan uppsägningsvillkoret införas också i gällande upphandlingskontrakt utan något nytt upphandlingsförfarande.

Ett avtalsvillkor enligt 1 mom. ska tas in i sådana i 1 mom. avsedda avtal med en privat tjänsteproducent vars uppskattade årliga värde överstiger femtio procent av de årliga driftsekonomiutgifterna enligt det senaste bokslutet för den social- och hälsovård som kommunen eller samkommunen har organiseringsansvar för och avtalet gäller i minst fem år. För att kunna säga upp avtalet måste den som har organiseringsansvar ge den privata tjänsteproducent som är avtalspart möjlighet till förhandlingar om avtalet samt få ett utlåtande av Institutet för hälsa och välfärd om att uppsägningen är motiverad med avseende på en jämlik tillgång till tjänster, ett ändamålsenligt genomförande av servicehelheten eller en kostnadseffektiv verksamhet. Förutsättningar för att avtalet ska kunna sägas upp är dessutom att avtalet enligt en bedömning av den som har organiseringsansvar och enligt utlåtandet från Institutet för hälsa och välfärd inte är ändamålsenligt med tanke på klientens och patientens valfrihet och att parterna inte har kunnat förhandla fram en ändring av avtalet.

Ett avtalsvillkor enligt 1 mom. ska tas in också i ett avtal som ingåtts före ikraftträdandet av denna lag, om avtalet till väsentlig del ändras efter ikraftträdandet.

4 §

Investeringar i byggnader

En kommun eller samkommun får inte ingå sådana förbindelser om investeringar i byggnader som används inom social- och hälsovården för vilka de totala kostnaderna exklusive mervärdesskatt överstiger fem miljoner euro.

Trots det som föreskrivs i 1 mom. får en kommun eller samkommun ansöka om dispens för att ingå en förbindelse om en sådan investering som avses i 1 mom. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja dispens, om investeringen är motiverad för att trygga tillgången till tjänsterna och den är behövlig med tanke på området servicestruktur och också i övrigt stöder uppnåendet av målen för servicestrukturen inom social- och hälsovården.

Trots det som föreskrivs i 1 mom. får kommuner och samkommuner ingå förbindelser om investeringar som hänför sig till årligt underhåll av byggnader samt om sådana investeringar som är nödvändiga utifrån tillsynsmyndighetens inspektioner.

5 §

När lagstridiga avtal upphör att vara bindande

Om en rättshandling enligt 2–4 § har företagits i strid med denna lag, är avtalet från och med den 1 januari 2019 inte bindande för den som har organiseringsansvar för social- och hälsovården.

RP 97/2016 rd

6 §

Ikraftträdande

Denna lag träder i kraft den 2016 och gäller till och med den 31 december 2019.
Helsingfors den 2 juni 2016

Statsminister

Juha Sipilä

Familje- och omsorgsminister *Juha Rehula*