

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I propositionen föreslås att det ska stiftas en lag om ordnandet av social- och hälsovården och en lag om dess införande samt vissa lagar som hänför sig till dessa. Genom lagarna revideras bestämmelserna om ordnandet, produktionen, förvaltningen, planeringen och finansieringen av samt tillsynen över kommunal social- och hälsovård. Genom revideringen sammanförs det övergripande ansvaret för ordnandet av tjänster som för närvarande hör till flera olika kommunala organisationer till fem social- och hälsovårdsområden.

Enligt propositionen bildas i Finland fem samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden. Samkommunerna ansvarar för ordnandet av offentliga social- och hälso-tjänster. Varje kommun hör till ett social- och hälsovårdsområde. Områdena producerar inte själva tjänster, utan för produktionen av social- och hälso-tjänster ansvarar de samkommuner som har fastställts i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Produktionsansvar kan ges till en sådan samkommun som har verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar att svara för alla tjänster inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården. Kommuner kan komma överens om att produktionsansvaret i stället för att ges till en samkommun ska fullgöras genom modellen med en ansvarig kommun.

För uppfyllandet av sitt organiseringsansvar för social- och hälsovården utarbetar social- och hälsovårdsområdet ett beslut om att ordna social- och hälsovård. I det fastställs de centrala åtgärder och ansvar som behövs för att tillhandahålla social- och hälso-tjänster i området. Beslutet om att ordna social- och hälsovård är bindande för samkommunerna med produktionsansvar. Samkommunerna med produktionsansvar tillhandahåller tjänsterna som egen verksamhet. Den egna tjäns-

teproduktionen kan kompletteras med tjänster som anskaffas från privata tjänsteproducenter enligt de principer som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Enligt propositionen överlämnar statsrådet till riksdagen vart fjärde år en redogörelse för de långsiktiga strategiska målen inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet styr verksamheten i enlighet med lagstiftningen och de långsiktiga strategiska målen. Dessutom förhandlar ministeriet varje år med respektive social- och hälsovårdsområde om skötseln av de uppgifter som hör till dess organiseringsansvar för social- och hälsovården.

Kommunerna ansvarar även i fortsättningen för finansieringen av social- och hälso-tjänsterna. Finansieringen bygger på invånarantalet i kommunen samt på åldersstrukturen och sjukfrekvensen. Kommunernas finansieringsandel samlas in till social- och hälsovårdsområdena, som i enlighet med de kriterier som fastställs i lagen och de närmare grunder som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård fördelar den vidare på samkommunerna med produktionsansvar.

På grund av reformen upphävs folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. På grund av lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreslås det dessutom ändringar i flera lagar som gäller social- och hälsovård.

Bestämmelser om införandet av lagen om ordnandet av social- och hälsovården stiftas genom en separat lag om införande av lagen. Lagarna avses träda i kraft så snart som möjligt. De social- och hälsovårdsområden som avses i lagarna ska bildas så att de inleder sin verksamhet senast vid ingången av 2016 och att organiseringsansvaret för social- och hälsovården övergår till dem vid ingången av

2017. Folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården avses bli upphävda vid ingången av 2017.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
ALLMÅN MOTIVERING	6
1 INLEDNING.....	6
2 NULÄGE	8
2.1 Grundläggande fri- och rättigheter	8
Allmänt	8
Social- och hälso-tjänster	8
Språkliga rättigheter	9
2.2 Kommunal självstyrelse	11
2.3 Främjande av välfärd och hälsa	12
2.4 Hälso- och sjukvård	14
Primärvård	14
Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten	14
Specialupptagningsområden	15
2.5 Socialvård	16
Ansvar för ordnande av specialomsorger för utvecklingsstörda	17
2.6 Kommun- och servicestrukturen	19
Kommunstrukturen	19
Kommunreformen	20
2.7 Kommunernas förvaltning och samarbete	21
Ordnande av kommuners förvaltning och ekonomi	21
Kommunernas samarbetsformer	22
2.8 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna	31
Finansiering	31
Specialstatsandelar och specialbidrag	32
Hälsovetenskaplig forskning	32
Överlåtelseskatt	33
2.9 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer	34
Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer	34
2.10 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet	36
2.11 Styrning och övervakning	36
Social- och hälsovårdsministeriet	36
Metoder och påföljder inom tillsynen	39
2.12 System för social- och hälso-tjänster i de nordiska länderna	39
Hälso- och sjukvårdssystem i förändring i Norden	39
Problem med integration av servicen	43
Nationell styrning i decentraliserade system	44
2.13 Bedömning av nuläget	46
Servicestrukturen för social- och hälsovården	46
Främjande av välfärd och hälsa	48
Finansiering	49
Utvecklingsverksamhet och strukturer	49
Undervisnings- och forskningsverksamhet	50

3	MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN.....	51
3.1	Målsättning.....	51
3.2	Alternativ för tillhandahållandet	52
	Bedömning i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller.....	55
3.3	De viktigaste förslagen.....	57
4	PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	59
4.1	Allmänt.....	59
4.2	Ekonomiska konsekvenser.....	60
	Konsekvenser för kommunernas avgifter.....	65
	Konsekvenser enligt kommun och social- och hälsovårdsområde.....	66
	Finansieringens överföringsarrangemang	70
	Statsandelsreformens och statsandelsnedskärningarnas konsekvenser för den kommunala ekonomin	71
	Överlåtelseskatt	72
4.3	Administrativa och organisatoriska konsekvenser	72
	Kommuner.....	72
	Staten	74
4.4	Konsekvenser för kommuninvånarna samt för klienterna och patienterna	74
4.5	Tjänsteproduktionen.....	76
	Upphandlingslagstiftningen.....	76
4.6	Konsekvenser för personalen	78
4.7	Uppföljning av reformens konsekvenser.....	78
5	BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	79
5.1	Beredningsskeden	79
5.2	Remissyttranden och hur de har beaktats.....	80
6	SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER.....	81
	DETALJMOTIVERING	83
1	LAGFÖRSLAG	83
1.1	Lagen om ordnandet av social- och hälsovården	83
	1 kap. Allmänna bestämmelser	83
	2 kap. Ordnandet av social- och hälsovården	88
	3 kap. Produktionen av social- och hälso-tjänster	95
	4 kap. Administration	99
	5 kap. Styrning, planering och utveckling	101
	6 kap. Finansiering	108
	7 kap. Myndighetstillsyn	117
	8 kap. Särskilda bestämmelser	122
1.2	Lagen om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården	130
1.3	Lagen om temporär ändring av lagen om överlåtelseskatt.....	137
1.4	Lagen om upphävande av vissa bestämmelser som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen.....	138
1.5	Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i folkhälsolagen	138
1.6	Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om specialiserad sjukvård.....	139
1.7	Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen	139
1.8	Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården.....	139
1.9	Ändringar i annan lagstiftning	139
2	NÄRMARE BESTÄMMELSER.....	140
3	IKRAFTTRÄDANDE	141
4	FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSORDNING	141

4.1	Allmänt.....	141
4.2	Utkastets förhållande till grundlagen	141
4.3	Bedömning av det föreslagna servicesystemet inom social- och hälsovården.....	143
4.4	Nationell styrning.....	153
4.5	Bemyndigande att utfärda förordning	153
4.6	Språkliga rättigheter	153
4.7	Samernas rättigheter.....	155
	Lag om ordnandet av social- och hälsovården	157
	Lag om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården.....	176
	Lag om temporär ändring av lagen om överlåtelseskatt.....	181
	Lag om upphävande av vissa bestämmelser som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen	182
	Lag om upphävande av vissa bestämmelser i folkhälsolagen	182
	Lag om upphävande av vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen	183
	Lag om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården	184

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

Kommunerna ansvarar för ordnandet och verkställandet av social- och hälsovården. Det fanns 320 kommuner i Finland vid ingången av år 2014, av vilka 304 i Fastlandsfinland och 16 i landskapet Åland. Ordnandet av social- och hälsovården i landskapet Åland hör till landskapets självstyrelse, varför ordnandet av Ålands social- och hälso-tjänster inte behandlas i större omfattning i denna proposition.

På grund av det stora antalet i genomsnitt små kommuner måste den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna för de utvecklingsstörda ordnas som ett samarbete mellan kommuner genom sjukvårdsdistrikt och samkommuner för specialomsorgsdistrikten. Genom det kommunbaserade systemet kompletterat med samkommuner som ansvarar för ordnandet av tjänster som kräver ett brett befolkningsunderlag eller specialkompetens har man länge kunnat bemöta befolkningens servicebehov. Det har redan länge funnits bestämmelser om obligatoriskt samarbete bl.a. för att ordna den specialiserade sjukvården och specialomsorger för de utvecklingsstörda.

Det kommunbaserade systemet har dock visat sig vara sårbart när servicebehoven växer, befolkningen åldras och på grund av bristande bärkraft hos flera kommuner. Därför har man börjat förnya social- och hälsovårdens servicestruktur både genom ändringar i det nuvarande systemet och genom att förbereda en övergång till ett system av ett helt nytt slag. Av delreformerna kan man nämna förvaltningsförsöket i Kajanaland som inleddes 2005 och lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007) som stiftades 2007, nedan Paras-ramlagen. I landskapsförsöket i Kajanaland verkställdes social- och hälsovården i regionens kommuner av en till landskapsförvaltningen hörande samkommun inom hela landskapet.

Paras-ramlagen ålägger kommunerna skyldigheten att samarbeta vid ordnandet av ser-

vicen. Samarbetskyldigheten enligt ramlagen gäller på viss tid till och med slutet av 2016 på basis av lagen om tillämpning av vissa förpliktelser enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreform (490/2014). Enligt ramlagen skulle en kommun bestå av en pendlingsregion eller någon annan sådan funktionell helhet som har ekonomiska förutsättningar och på personalresurser grundade förutsättningar att svara för ordnandet och finansieringen av servicen. En kommun eller ett samarbetsområde som sköter primärvården och socialvården ska ha minst ca 20 000 invånare. Ett samarbetsområde kan också ges andra uppgifter. Kommunerna kan inrätta ett samarbetsområde genom att anförtra en kommun att sköta samarbetsområdets uppgifter i enlighet med 76 § 2 mom. i kommunallagen (365/1995) eller genom att inrätta en samkommun. Från de villkor som ställs på befolkningsunderlaget kan avvikas, om det på grund av skärgård eller långa avstånd inte är möjligt att bilda en funktionell helhet eller det är behövligt för att trygga de finsk- eller svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter eller för att trygga de rättigheter som gäller samernas språk och kultur.

Enligt uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd samlat in stod sammanlagt 89 kommuner själva för ordnandet av social- och hälsovårdens tjänster på basnivån år 2014. Av befolkningen bodde 59 procent i dessa kommuner. Det fanns sammanlagt 63 samarbetsområden och i dem ingick 231 kommuner. Av befolkningen bodde ca 41 procent inom samarbetsområdena.

År 2014 ansvarade 32 samkommuner med sammanlagt 146 medlemskommuner för primärvård och socialservice. Utöver för primärvården ansvarade samkommunerna också för all socialservice, eller för socialservice med undantag för barndagvården, eller för enskilda uppgifter inom socialväsendet. En del av samkommunerna ansvarade endast för primärvården.

Det fanns 31 samarbetsområden enligt modellen med en ansvarig kommun, och i dem

ingick sammanlagt 85 kommuner. En ansvarig kommun ansvarar för ordnandet av den egna kommunens social- och hälsovård. Den ansvariga kommunen ansvarar på avtalskommunernas vägnar utöver för primärvården också för all socialservice, för socialservice med undantag för barndagvården eller för enskilda tjänster inom socialservicen. En del av de ansvariga kommunerna ansvarar på avtalskommunernas vägnar endast för primärvården.

Dessutom ordnas tjänster inom social- och hälsovården av 20 sjukvårdsdistrikt och 15 specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda. Av dessa har verksamheten för fyra specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda och sjukvårdsdistrikt sammanförts i samma samkommun.

Behovet att förnya servicestrukturen för den kommunala social- och hälsovården har redan länge varit framme. År 2010 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en arbetsgrupp för att bereda de grundläggande riktlinjerna för en reform av lagstiftningen om ordnande, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. I statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram konstaterades att servicestrukturen inom social- och hälsovården som en del av kommunreformen ska förnyas för att säkerställa en likvärdig tillgång till högklassiga, effektiva och rättidiga tjänster inom social- och hälsovården. Enligt regeringsprogrammet bevaras ansvaret för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården hos kommunerna. För att säkerställa tillgången till social- och hälsotjänster av hög kvalitet och för att trygga finansieringen av dem ska det bildas starka primärkommuner som har kapacitet att ansvara för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården.

Som ett alternativ till en stark kommun med förmågan att ordna och finansiera social- och hälsovården kunde det enligt regeringsprogrammet vid behov ha getts möjlighet till ett undantagsförfarande, där kommunerna tillsammans kunde ha bildat social- och hälsovårdsområden som i fråga om befolkningsunderlaget är tillräckligt stora för att kunna ansvara för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården.

Enligt regeringsprogrammet hade ansvaret för finansieringen och ordnandet av social- och hälsovården innehavts av samma organisation (en kommun eller ett social- och hälsovårdsområde). Kommunerna och social- och hälsovårdsområdena hade ansvarat för social- och hälsovårdens basservice samt för en del av den specialiserade sjukvårdens uppgifter (t.ex. s.k. grundläggande specialiserad sjukvård) samt på motsvarande sätt i fråga om uppgifterna inom socialvården i syfte att bilda en så omfattande helhet av service som möjligt. Kommunerna och social- och hälsovårdsområdena ansvarar tillsammans för de uppgifter inom den specialiserade sjukvården och socialvården som fastställs utifrån en ändamålsenlig arbetsfördelning. Sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens tjänsteproduktion används för att komplettera kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas tjänster.

För kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas gemensamma uppgifter hade det bildats fem specialupptagningsområden. Till ett specialupptagningsområdes uppgifter hade hört bl.a. sådana krävande tjänster inom social- och hälsovården som ska centraliseras samt uppgifter som hänför sig till forskning, utveckling och utbildning.

På basis av regeringsprogrammet utarbetade den av social- och hälsovårdsministeriet utsedda arbetsgruppen ett förslag till genomförande av social- och hälsovårdens servicestrukturereform. Arbetsgruppens förslag till regeringens proposition sändes på remiss i början av 2014.

Efter remissbehandlingen avtalade riksdagspartiernas ordförande den 23 mars 2014 om inledandet av beredningen enligt nya grunder. Enligt avtalet ordnas alla social- och hälsovårdstjänster av fem regionala social- och hälsovårdsområden. Områdena baserar sig på de existerande och fungerande strukturerna. Närtjänsterna, till exempel hälsocentraler, hemtjänster för äldre och socialvårdstjänster förblir även framöver nära människan. Regionernas förvaltningsmodell är en samkommun och deras finansiering kommer från kommunerna enligt den vägda kapitationsmodellen.

Enligt statsminister Alexander Stubbs regeringsprogram förbinder sig regeringen vid

regeringens och oppositionspartiernas riktlinje enligt vilken de centrala finländska välfärdstjänsterna tryggas genom en grundlig reform av social- och hälsotjänsterna. Genom nationell styrning och social- och hälsovårdsområdenas styrning säkerställs det att reformens mål att minska hållbarhetsunderskottet nås.

På basis av avtalet mellan riksdagspartiernas ordförande har man berett regeringens proposition till riksdagen för en reform av social- och hälsovårdens kommunala servicestruktur. Beredningen har styrts av en parlamentarisk styrgrupp.

Bland annat i anslutning till de ovan konstaterade inskrivningarna konstaterades i regeringsprogrammet att en lag om ordnande, finansiering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården ska stiftas för att verkställa reformen av social- och hälsovårdens servicestruktur.

2 Nuläge

2.1 Grundläggande fri- och rättigheter

Allmänt

I 1 § 2 mom. i grundlagen ingår som de grundläggande värden som konstitutionen grundar sig på människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främjandet av rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan anses utgöra utgångspunkten för bedömningen av innehållet i det allmännas skyldigheter. Tryggandet av individens frihet och rättigheter betonar också den viktiga position som de grundläggande fri- och rättigheterna har i konstitutionen. Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas också av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden och dessa förändrar och omformar bestämmelserna i 2 kap. i grundlagen.

Sättet på vilket social- och hälsovården ska ordnas och hur den ska finnas tillgänglig påverkas indirekt av flera grundläggande fri- och rättigheter, främst av jämlikhet och förbudet mot diskriminering (6 §), rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygg-

het (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samvetsfrihet (11 §), upptagningsofentlighet (12 §), rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 § 4 mom.), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet (19 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna fastställer för sin del sättet på vilket skyldigheten att trygga social- och hälsotjänsterna ska uppfyllas.

I 6 § 1 mom. i grundlagen ingår ett krav om rättslig jämlikhet. Enligt bestämmelsen är alla lika inför lagen. Människor ska i lagstiftningen, domstolar och myndighetsverksamhet bemötas på samma sätt i likadana förhållanden. I jämlikhetsprincipen ingår också ett förbud mot egenmäktighet. Begränsningarna av lagstiftningsmakten preciseras av diskrimineringsförbuden i 2 mom., enligt vilka ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Genomförande av faktisk jämlikhet kan dock förutsätta avvikelser från formell jämlikhet i godtagbart syfte och inom ramen för proportionalitetsprincipen. Kravet på likabehandling hindrar inte s.k. positiv särbehandling. Att behandla olika människogrupper olika sinsemellan ska dock ha en samhällspolitiskt godtagbar orsak. Bestämmelsen i 6 § 2 mom. i grundlagen förbjuder favorisering eller att ge en individ eller en grupp en privilegierad ställning, om det innebär faktisk diskriminering av andra personer (RP 309/1993 rd, 43).

I fråga om social- och hälsotjänsterna blir klienternas och patienternas jämlikhet bedömd såväl med tanke på tryggandet av tillräckliga tjänster, regionala skillnader i tjänsterna som med tanke på prissättningen av tjänsterna. Grundlagsutskottet har t.ex. inte ansett att ett geografiskt kriterium i sig är godtagbart som urskiljningsgrund med tanke på 6 § 2 mom. i grundlagen (GrUU 59/2001 rd, 2).

Social- och hälsotjänster

statliga myndigheter och av myndigheterna i tvåspråkiga kommuner att förvaltningen fungerar och service tillhandahålls såväl på finska som på svenska. I fråga om dessa myndigheter kan man anse att grundlagen kräver att förvaltningen kvalitativt ska vara lika god och i praktiken lika tillgänglig för den finskspråkiga och för den svenskspråkiga befolkningen på lika grunder.

Enligt 122 § i grundlagen ska man när förvaltningen organiseras eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Syftet med 122 § i grundlagen är inte i första hand att säkerställa bildandet av enspråkiga enheter, utan framför allt att trygga service såväl på finska som på svenska.

Språklagen (423/2003) innehåller detaljerade bestämmelser om rätten att använda finska och svenska. Språklagen tillämpas inom statliga och kommunala myndigheter och inom självständiga offentligt rättsliga inrättningar. Lagen gäller också statliga affärsverk, statliga och kommunala bolag samt enskilda personer när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen har samerna rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Enligt lagförbehållet i bestämmelsen ska bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. För närvarande ingår bestämmelser om saken i samiska språklagen (1086/2003). Kommunerna har ingen skyldighet att ordna social- och hälso-tjänster på samiska. En klient och en patient har dock rätt att få tolkning till alla tre samiska språk inom samernas hembygdsområde och i de samkommuner i vilka dessa kommuner ingår. Sådana är t.ex. Lapplands sjukvårdsdistrikt och Lapplands specialomsorgsdistrikt. Enligt samiska språklagen har en klient och en patient rätt att få förvaltningsbeslut på sitt eget språk.

Den kulturella självstyrelsen enligt samiska språklagen utsträcker sig inte till ordnandet av social- och hälso-tjänster som hör till kommunernas ansvar. Däremot ska den samiska befolkningen ha möjlighet att påverka innehållet i social- och hälso-tjänsterna så att

utöver språket deras traditionella sedvanor och näringar blir beaktade på vederbörligt sätt.

Romerna har ingen egen språklag, men rätten att bevara och utveckla sitt eget språk och sin egen kultur ingår i 17 § 3 mom. i grundlagen. Enligt forskningsresultat används romani av ca 30–40 procent av den romska befolkningen, och språket används mest i hemmet samt med släktingar och vänner. Den romska befolkningen använder finska vid utträttande av ärenden med myndigheter. Däremot betonas behovet av förståelse för den romska befolkningens kultur i synnerhet inom social- och hälsovården, där den romska befolkningens sedvanor avviker från majoritetsbefolkningens praxis t.ex. i fråga om renhetsuppfattningar.

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen ska rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp tryggas genom lag. Närmare bestämmelser om denna rätt ingår i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010).

I Finland bor 4 863 351 finskspråkiga och 291 219 svenskspråkiga personer (statsrådets berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen 2013). Det bedöms att det sammanlagt finns ca 9 000–10 000 personer som talar nordsamiska, enaresamiska och skoltsamiska. Över hälften av samerna och t.o.m. över 70 procent av barnen under 10 år bor utanför hembygdsområdet (Enontekis, Utsjoki, Enare och delar av Sodankylä). Likaså bedöms det att det finns ca 10 000 teckenspråkiga personer och personer som hör till den romska befolkningen och de bor runt om i Finland.

Både i socialvårdslagen och i hälso- och sjukvårdslagen ingår bestämmelser om en kommuns eller samkommuns skyldighet att dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, dvs. finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de använder social- och hälsovårdstjänster. Kommunen eller samkommunen ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp och, om det är möjligt, ska ett språk användas som klienten eller patienten förstår. Bestämmelserna grundar sig på den nordiska konventionen om so-

cialt bistånd och sociala tjänster (FördrS 69/1996, artikel 5) och bestämmelser om införande av konventionen ingår i republikens presidents förordning 136/2004.

Andra språk, som ryska och estniska, omfattas av bestämmelserna i patientlagen och i klientlagen, enligt vilka patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han eller hon företräder i mån av möjlighet ska beaktas i vården och bemötandet.

2.2 Kommunal självstyrelse

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse ingår i 121 § i grundlagen. Enligt 1 mom. ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Det har således uppställts ett demokratikrav för kommunernas förvaltning. I 2 mom. förutsätts att bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Med de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning avses bl.a. användning av kommunens högsta beslutanderätt, grunderna för ordnandet av den övriga förvaltningen i kommunen och de viktigaste elementen i kommuninvånarnas medbestämmanderätt.

I enlighet med självstyrelseprinciperna ska demokratin i kommunernas beslutssystem tryggas genom lag. Detta innebär framför allt att kommuninvånarna har rätt att välja förvaltningsorgan samt att beslutanderätten i kommunerna tillkommer de valda organen (regeringens proposition till Riksdagen med förslag till grundlag, RP 1/1998 rd). Kravet om bestämmelser på lagnivå utsträcker sig med stöd av den nämnda bestämmelsen också till uppgifter som ges kommuner. Det är förenligt med principen om kommuninvånarnas självstyrelse att kommunen själv ska kunna besluta om uppgifter som den åtagit sig med stöd av självstyrelsen samt att kommunen inte kan tilldelas uppgifter genom författningar på lägre nivå än lag (RP 1/1998 rd, s. 176). I 121 § 3 mom. i grundlagen fastställs för kommunerna dessutom en beskattningsrätt och där förutsätts att bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättsskydd utfärdas genom lag.

Syftet med den verksamhet som idkas på basis av självstyrelse är att trygga välfärdstjänster för kommuninvånarna, att säkerställa den lokala demokratins funktion samt att främja den regionala livskraften. I Finland har kommunerna en betydande roll och uppgift för ordnande, finansiering och produktion av de välfärdstjänster som hör till samhällets ansvarsområde. Lokala starka sidor och verksamhet i form av förtroendeuppgifter kanaliseras till gemensam fördel. Välfärdsstaten stöder sig således funktionellt på den kommunala självstyrelsen.

Riksdagens grundlagsutskott har fastställt kärnan av innehållet i den kommunala självstyrelsen i samband med granskningen av olika lagar. Karaktärsdrag i den kommunala självstyrelsen som tryggas av grundlagen är kommuninvånarnas rätt att välja kommunens högsta beslutsfattande organ. En kommun har dessutom en självständig ekonomisk beslutanderätt i vilken ingår beskattningsrätt. En kommun har allmän behörighet att besluta om kommuninvånarnas gemensamma ärenden. Demokrati och subsidiaritetsprincipen ingår i den kommunala självstyrelsen.

I Finland är kommunerna inte bara grundenheter för demokratin som handhar invånarnas lokala ärenden, utan deras uppgift är också att sörja för att de i grundlagen tryggade ekonomiska, sociala och kulturella grundläggande fri- och rättigheterna förverkligas. Med tanke på den lagstiftning som gäller kommuner är således utöver bestämmelserna om kommunal självstyrelse i 121 § i grundlagen bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. i grundlagen av betydelse. Dessa har beskrivits ovan i avsnitt 2.1.

Kommunal självstyrelse hör också till den europeiska demokratins kärna. Finland har förbundit sig att iaktta europeiska stadgan om lokal självstyrelse (FördrS 66/1991). Enligt stadgan främjar skyddet och stärkandet av den kommunala självstyrelsen uppbyggandet av ett sådant Europa som stöder sig på principerna om demokrati och decentralisering. Vid en jämförelse mellan olika länder i världen kan man också iaktta att en stark lokal självstyrelse och ekonomisk och kulturell utveckling vanligtvis hör samman. Kommunal självstyrelse är det sätt på vilket demokratis-

ka nationer ordnar skötseln av lokala ärenden. Den finska kommunalförvaltningen har sina egna särdrag, men den har också internationella rötter. På olika håll i världen ingår i självstyrelsen den princip att förvaltningen sköts av dem som denna förvaltning betjänar. Den kommunala självstyrelsen är till sin natur allmän. Till den kommunala självstyrelsen hör uppgifter som kommuner ska sköta enligt särskilda bestämmelser i olika lagar och andra lokala frågor, som det allmänna intresset kräver att den kommunala förvaltningen ska sköta.

2.3 Främjande av välfärd och hälsa

Servicestrukturarbetsgruppen definierade i sin mellanrapport (SHM Rapporter och promemorior 2012:17) främjandet av välfärd och hälsa på följande sätt: Främjandet av välfärd och hälsa är verksamhet som riktar sig till individer, familjer, samfund, befolkningen, levnadsförhållandena och livsmiljön (samt ordnandet av service) med hjälp av vilken befolkningens välfärd och hälsa förbättras samt genom vilken skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper minskas. Dessutom förebyggs sjukdomar, olycksfall, utslagning och andra sociala och hälsomässiga olägenheter samt förbättras arbets- och funktionsförmågan och stärks gemenskapen, delaktigheten och tryggheten. I kommunerna består arbetet för att främja välfärd och hälsa av planmässig allokering av resurser på arbete som olika ansvarsområden och övriga i kommunen eller området verksamma organisationer genomför i samarbete för att främja välfärd och hälsa och minska skillnader i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna.

Bestämmelser om trygghet av befolkningens välfärd ingår i Finlands grundlag, enligt vilken alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälso-tjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

Bestämmelsen i 1 § 3 mom. i kommunallagen ålägger kommunerna skyldigheten att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område. Hälso- och sjukvårdslagen ålägger kommuner och samkommuner att i samband med beredning av beslut och avgöranden på förhand bedöma och beakta de konsekvenser besluten och avgörandena har för befolkningens hälsa och välfärd. En kommun ska bevaka kommuninvånarnas välfärd och hälsa och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och i detta syfte utarbeta en välfärdsberättelse och fastställa indikatorer för bevakningen. Också ansvarsinstanserna för hälsa och välfärd ska fastställas. Om genomförandet av hälsofrämjandet ska överenskommas i en plan för ordnandet av social- och hälsovården som kommuner som hör till sjukvårdsdistriktet lägger fram tillsammans. Med stöd av 13 § 2 mom. i socialvårdslagen är kommunen utöver sina övriga uppgifter som gäller socialvården skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för utvecklande av de sociala förhållandena och avhjälpande av sociala missförhållanden. Med stöd av 1 och 2 § i socialvårdsförordningen (607/1983) ska socialnämnden för att främja den sociala utvecklingen samt för att förebygga och avhjälpa sociala missförhållanden sätta sig in i levnadsvillkoren i kommunen och följa hur de utvecklas. Sociala synpunkter ska beaktas inom kommunens olika funktioner, som hälso- och sjukvården, skolväsendet, markdispositionen och byggandet, bostadsfrågorna, sysselsättningen, kultur- och fritidsfunktionerna samt ordnandet av trafik tjänster och annan service.

Lagstiftning där främjande av välfärd och hälsa betonas är t.ex. barnskyddslagen (417/2007), ungdomslagen (72/2006), alkohollagen (1143/1994), tobakslagen (693/1976), lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) och statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011). Mer detaljerade bestämmelser om främjandet av välfärden hos olika befolknings- och klientgrupper ingår i den speciallagstiftning som

gäller dessa grupper. Lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) fastställer minimikrav för ordnandet av miljö- och hälsoskydd i kommunerna. För ordnandet av miljö- och hälsoskyddet har kommuner bildat samarbetsområden för miljö- och hälsoskydd, vilka har i uppgift att verkställa tillsynen över olägenheter för miljö och hälsa enligt den kommunala livsmedelslagen, hälsoskyddslagen, kemikalielagen, tobakslagen, konsument säkerhetslagen samt veterinärvårdslagen.

Främjande av befolkningens välfärd och hälsa och därtill hörande minskande av olikvärdighet och hälsoskillnader hör till kommunernas grundläggande uppgifter. Enligt kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen hör uppgiften i kommunen till alla förvaltningsområden som en del av respektive förvaltningsområdes egna grundläggande uppgifter. Uppgifterna samordnas i kommunstrategin och i verksamhets- och ekonomiplanen bestäms om deras genomförande och finansiering. Kommunernas och samkommunernas långsiktiga arbete för främjande av välfärd och hälsa behöver i kommunen permanenta, sektorsövergripande strukturer för samarbetet och genomförandet. Det primära ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa ligger hos kommunledningen. För den operativa ledningen över förvaltningsgränserna samt för beredningen och genomförande av ärenden har rekommenderats att kommunerna utser en välfärdsarbetsgrupp som består av ledande personer från olika ansvarsområden och vars ordförande är ledamot i kommunens ledningsgrupp. För beredning och genomförande av substansfrågor finns substansarbetsgrupper som lyder under välfärdsarbetsgruppen eller så bereds ärendena inom det ansvarsområde som i huvudsak ansvarar för dessa ärenden. En elektronisk välfärdsberättelse har utarbetats som kommunledningens verktyg för planering, ledning och uppföljning av samt rapportering om verksamheten och ekonomin. Den elektroniska välfärdsberättelsen fungerar som ett redskap för ledning och styrning i kommunen, senare också som ett redskap för nationell styrning.

Den nationella styrningen av arbetet för att främja välfärd och hälsa har utöver lagstiftning fokuserat på informationsstyrning, till

vilken utöver programstyrning också räknas det utvecklande av praxis, verksamhetsmodeller och förfaranden, den utbildning och den spridning av forskningsrön genom informationsmedel som utförs i samarbete med kommunerna. Under de senaste åren har det funnits rikligt med nationella sektorsövergripande samarbetsprogram för främjande av välfärd och hälsa som social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för, t.ex. folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (2001–2015), politikprogrammet för hälsofrämjande (2008–2011), nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (2008–2011) samt nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (2008–2011, 2012–2015), där ett av de genomgående målen är främjande av välfärd och hälsa. Utöver dessa har nationella styrningsinstrument omfattat kvalitetsrekommendationer, principbeslut av statsrådet, handböcker samt tematiska program, t.ex. kvalitetsrekommendationer för hälsofrämjande, principbeslut och rekommendationer om kost och motion, Programmet för prevention och bättre vård av diabetes, Alkoholprogrammet, Främjande av rökfrihet bland barn och unga, Planen för mentalvårds- och missbruksarbete, Målprogrammet för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden och Nationella programmet för minskande av våld (Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Interimistisk utvärdering, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:4). Programstyrningen har kritiserats på grund av det stora antalet program och för att programmen förblivit okända i kommunerna. Programmets mål har dock ingått tämligen väl i de planer som utarbetats av kommunerna.

För främjandet av välfärd och hälsa har Institutet för hälsa och välfärd utvecklat grundläggande information, praxis, förfaranden och verktyg tillsammans med kommunerna och regionerna. Institutet för hälsa och välfärd följer upp resultaten från arbetet med att främja välfärd och hälsa i kommunerna genom sektorspecifika enkäter till kommunerna som mäter aktiviteten inom hälsofrämjande. Dessutom följer och styr regionförvaltningsverket och på riksomfattande nivå Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården samt inom miljö- och hälsoskyddet också

Livsmedelssäkerhetsverket och Säkerhets- och kemikalieverket kommunernas verksamhet för främjande av välfärd och hälsa.

Arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen har utrett reformbehovet i fråga om helhetsstrukturen, tillämpningsområdet och innehållet i socialvårdslagstiftningen (Arbetsgruppens slutrapport: Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:21). Målet är att förnya socialvårdslagstiftningen så att socialvården allt bättre stöder och stärker människors välfärd och förverkligandet av människors grundläggande fri- och rättigheter och förhindrar uppkomsten och ökningen av sociala problem.

2.4 Hälso- och sjukvård

Bestämmelser om det kommunala service-systemet för hälso- och sjukvården och om ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården ingår i folkhälsolagen och i lagen om specialiserad sjukvård. Ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården innehas av kommunerna. I hälso- och sjukvårdslagen och i andra speciallagar ingår bestämmelser om innehållet i hälsotjänsterna.

Primärvård

Enligt folkhälsolagen ska en kommun ordna folkhälsoarbetet, vilket också kan kallas för primärvården. Verkställigheten av folkhälsoarbetet sköts av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen.

Kommunerna kan ordna primärvård tillsammans genom att inrätta en samkommun. Om folkhälsoarbetet sköts av en samkommun, ska denna gemensamt för medlemskommunerna tillsätta ett motsvarande kollegialt organ som sköter verkställigheten av folkhälsoarbetet. En kommun kan också komma överens med en annan kommun om att den kommunen sköter en del av primärvårdens funktioner.

Med stöd av 17 § i hälso- och sjukvårdslagen kan studerandehälsovården för studerande vid högskolor med kommunens samtycke också ordnas på något annat sätt som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har godkänt. Med stöd av bestämmelsen ansvarar Studenternas hälsovårdsstift-

telse för studerandehälsovården för de studerande vid högskolor. Ett temporärt försök att på motsvarande sätt ordna studerandehälsovården för studerande vid yrkeshögskolor genomfördes 2011–2014.

I 2 a kap. i folkhälsolagen och i 2 a kap. i socialvårdslagen ingår bestämmelser om ett hemvårdsförsök som pågår till utgången av 2014. Bestämmelserna gör det möjligt för de kommuner som deltar i försöket att kombinera den hemservice som avses i socialvårdslagen och den hemsjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen till en helhet av service inom hemvård, samt en smidig användning av social- och hälsovårdens klient- och patientuppgifter i enheten för hemvård.

För de i 13–22 och 24–29 § i hälso- och sjukvårdslagen avsedda funktionerna ska en kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mot-tagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. En kommun kan ge en hälsovårdscentral i uppgift att sköta också andra uppgifter som hör till folkhälsoarbetet. Ansvaret för en hälsovårdscentralens verksamhet ligger hos verksamhetsenhetens ansvariga läkare. År 2012 fanns det sammanlagt 154 hälsovårdscentraler, av vilka 91 var hälsovårdscentraler som drevs av kommuner, 33 av samkommuner och 30 av en ansvarig kommun. Det finns 77 hälsovårdscentraler med färre än 20 000 invånare och likaså 77 hälsovårdscentraler med fler än 20 000 invånare.

Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistriktet

Det hör till kommunernas ansvar att se till att invånarna får den specialiserade sjukvård som behövs. Den specialiserade sjukvården är en uppgift som hör till kommunerna, men för att fullgöra denna uppgift måste kommunerna höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. För ordnandet av den specialiserade sjukvården är landet uppdelat i 20 sjukvårdsdistrikt. En kommun får själv besluta till vilket sjukhusdistrikt det hör.

På Åland hör ordnandet av social- och hälsovården till landskapets lagstiftningsbehörighet. Utifrån denna behörighet ansvarar Ålands landskaps myndighet för hälso- och

sjukvård (Ålands hälso- och sjukvård), som lyder under Ålands landskapsregering, för ordnandet av såväl den specialiserade sjukvården som av primärvården.

I lagen om specialiserad sjukvård ingår bestämmelser om representanter för medlemskommuner i en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt och om antalet röster i samkommunens förbundsfullmäktige. Röstetalet kan vara högst en femtedel av det sammanlagda obegränsade röstetalet för samtliga medlemmar som valts från medlemskommunerna. I fråga om ett sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus ingår dessutom bestämmelser om universitetets rätt att utse en representant till förbundsfullmäktige och förbundsstyrelsen. På förvaltningen och beslutsfattandet i en samkommun tillämpas i övrigt bestämmelserna i kommunallagen.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar inom sitt område för ordnandet av den specialiserade sjukvården på enhetliga medicinska och odontologiska grunder. Inom ett sjukvårdsdistrikt har chefsläkaren eller någon annan av samkommunens läkare till uppgift att leda och övervaka samt besluta om vården. Sjukvårdsdistriktet har ansvar för ordnande av vård för patienter som har skickats till specialiserad sjukvård och patienter som behöver akut specialiserad vård, men till övriga delar har kommunen fortsatt ansvar.

När sjukvårdsdistrikten ansvarar för att specialiserad sjukvård ordnas ska tjänsterna ordnas utifrån samma principer för invånarna i sjukvårdsdistriktets samtliga medlemskommuner. Vid fullgörandet av de grundläggande fri- och rättigheterna anses regional likvärdighet vara särskilt viktigt. Bestämmelsen om jämlikhet i 6 § i grundlagen begränsar skillnaderna i kommunernas serviceurval samt i hur de ordnas. Jämlikhetsprincipen förutsätter att den instans som ansvarar för verksamheten organiserar funktionerna så att alla människor som omfattas av aktörens ansvarsområde har möjlighet att få service på enhetliga grunder.

Varje sjukhusdistrikt har ett centralsjukhus. Av dessa är fem universitetssjukhus som ger högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio). Sjukhusdistriktet ordnar och producerar specialiserade sjukvårdstjänster för befolkningen

inom sitt område. Sjukvårdsdistriktens sjukhus används i första hand för att bereda invånarna i samkommunens medlemskommuner sjukvård. Undantag utgörs av den högspecialiserade sjukvården och eventuella andra avtalsbaserade arrangemang. Dessutom har patienten enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt att välja sin vårdenhet även bland sjukhusen inom andra sjukvårdsdistrikt.

Genom hälso- och sjukvårdslagen har en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ålagt skyldigheten att inom sitt område ansvara för samordningen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens och primärvårdens behov. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska i samarbete med kommunen som ansvarar för primärvården planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att primärvården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Ett sjukvårdsdistrikt ska inrätta en primärvårdsenhet som tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet.

Kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård utifrån uppföljningsuppgifter om invånarnas hälsa och invånarnas servicebehov. Kommunerna ska förhandla om planen med samkommunen. I planen ska det överenskommas om samarbetet mellan kommunerna, om målen för verksamheten för främjande av välfärd och hälsa och vem som svarar för verksamheten, om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster, om tjänster som gäller jour, bildiagnostik och medicinsk rehabilitering och om det samarbete som behövs mellan aktörerna inom primärvården, den specialiserade sjukvården, socialvården, barndagvården, läkemedelsförsörjningen och andra områden.

Specialupptagningsområden

För ordnandet av högspecialiserad sjukvård är landet indelat i fem specialupptagningsområden. Till varje specialupptagningsområde ska höra ett sjukvårdsdistrikt med ett uni-

versitet som ger läkarutbildning. Genom statsrådets förordning om specialupptagningsområden inom den högspecialiserade sjukvården (812/2012) har införts bestämmelser om vilka specialupptagningsområdena är och vilka sjukvårdsdistrikt som hör till vilket specialupptagningsområde. Enligt den nuvarande lagstiftningen är ett specialupptagningsområde inte en juridisk person, utan dess förvaltning stöder sig på förvaltningen av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans ordna specialiserad sjukvård inom sitt område. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt som har ett universitetssjukhus ska ordna högspecialiserad sjukvård inom sitt specialupptagningsområde.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen och att organisera den vetenskapliga forskningen och utvecklingen. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans planera och samordna tjänsteproduktionen, informationssystemlösningarna, den medicinska rehabiliteringen och anskaffningarna inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten tillsammans med utbildningsmyndigheterna och arbetsförvaltningen samordna hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande utbildning, fortsatta utbildning och fortbildning samt tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet. I praktiken sker detta genom ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård.

Dessutom ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde komma överens om hur uppgifterna vid centraler för prehospital akutsjukvård ska organiseras.

I 61–62 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs om statlig finansiering. För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupp-

tagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt inom sitt område. Social- och hälsovårdsministeriet betalar årligen ersättning av statens medel till universitetssjukhusen för läkar- och tandläkarutbildningen.

2.5 Socialvård

I 5 § i socialvårdslagen föreskrivs om ansvaret för ordnande av socialvård. Enligt bestämmelsen ska en kommun ombesörja planeringen och verkställandet av socialvården i enlighet med vad som föreskrivs i nämnda lag eller annars.

På grundval av sitt ansvar att ordna socialvård ska kommunen sörja för behoven hos sina invånare. En kommun ansvarar för att kommuninvånarna får de lagstadgade socialvårdstjänsterna och att det till socialvårdens uppgifter reserveras tillräckliga medel i kommunens budget. I fråga om den socialservice som ordnas för invånarna ingår i kommunernas ansvar att ordna socialvård beslutanderätt om kvantitet, kvalitet och produktionsätt. Kommunernas yttersta ansvar för ordnande av socialvård för kommuninvånarna illustreras också av att en kommuninvånare har möjlighet att rikta sitt rättsskyddsanspråk, som sin ansökan att anhängiggöra ett förvaltningstvistemål, sitt yrkande på skadestånd och sin förvaltningsklagan, mot den kommun där han eller hon är bosatt med anledning av brister i tillgången till tjänster eller deras kvalitet.

Enligt 13 § i socialvårdslagen ska kommunen såsom till socialvården hörande uppgifter av det innehåll och den omfattning som i varje särskilt fall föreskrivs sörja för att

- 1) socialservice anordnas för kommunens invånare,
- 2) utkomststöd ges personer som vistas i kommunen,
- 3) sociala understöd betalas till kommunens invånare,
- 4) handledning och rådgivning anordnas beträffande förmånerna inom socialvården och det övriga socialskyddet och utnyttjandet av dessa,
- 5) information tillhandahålls beträffande socialvården och det övriga socialskyddet,

6) utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet rörande socialvård och annat socialskydd anordnas, samt att

7) invånarna beviljas sociala krediter.

Dessutom är en kommun skyldig att även i övrigt inom sitt område verka för utvecklande av de sociala förhållandena och avhjälpan av sociala missförhållanden.

Enligt 17 § i socialvårdslagen ska kommunen sköta ordnandet av följande former av socialservice:

- 1) socialarbete,
- 2) rådgivning i uppfostrings- och familje-frågor,
- 3) hemservice,
- 4) boendeservice,
- 5) anstaltsvård,
- 6) familjevård,
- 7) verksamhet i sysselsättningssyfte för handikappade och arbetsverksamhet för handikappade,
- 8) åtgärder för att fastställa underhållsbi-drag.

Kommunen ska enligt 17 § 2 mom. i socialvårdslagen även sörja för ordnande av barn- och ungdomsvård, specialomsorger för utvecklingsstörda, service och stöd på grund av handikapp och service i anslutning till missbrukarvård, ordnande av de uppgifter som föreskrivits för barnatillsyningsmannen och andra åtgärder för utredande och fastställande av faderskap, ordnande av åtgärder i samband med adoptionsrådgivning, medling i familje-frågor och medling vid verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt och ordnande av stöd för närståendevård och annan socialservice samt för de uppgifter som avses i lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001), enligt vad som dessutom bestäms särskilt om dessa serviceformer.

Utöver den socialservice som avses i 17 § 1 och 2 mom. i socialvårdslagen kan en kommun dessutom ordna annan behövlig socialservice (17 § 4 mom.).

Kommunfullmäktige ansvarar enligt 13 § i kommunallagen för kommunens verksamhet och ekonomi, beslutar om centrala mål som gäller dem samt godkänner budgeten. De uppgifter som ansluter sig till verkställigheten av socialvården sköts enligt 6 § i socialvårdslagen av ett eller flera organ som utses

av kommunen. Organet ska även företräda kommunen, bevaka dess rätt och föra talan i ärenden som angår individuell verkställighet av socialvården samt i dessa ärenden på kommunens vägnar ingå avtal och andra rättshandlingar. Organets lagstadgade beslutanderätt och rätt att föra talan kan i en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, fränsett beslut om vård oberoende av egen vilja (12 § i socialvårdslagen).

Organen kan utöver social- och hälsovårdsuppgifter även ges andra uppgifter. Om en kommun ordnar folkhälsoarbetets tjänster själv, kan för social- och hälsovården ansvara en sammanslagen nämnd (social- och hälsovårdsnämnd, grundtrygghetsnämnd) eller uppgifterna kan höra till två separata nämnder. En kommun kan också dela ansvaret för social- och hälsovårdens uppgifter mellan flera organ i kommunen. Till exempel i Tammerfors stads beställar-utförar-modell ansvarar tre beställarnämnder för social- och hälsovårdens uppgifter enligt livscykelmodellen.

Ansvar för ordnande av specialomsorger för utvecklingsstörda

Ordnandet av specialomsorger för utvecklingsstörda avviker i någon mån från den övriga skyldigheten hos kommunen att ordna lagstadgad socialvård. Som allmän lag för socialvården ålägger socialvårdslagen kommunerna också skyldigheten att sörja för ordnandet av specialomsorger om utvecklingsstörda (5 § 1 mom. och 17 § 2 mom. i socialvårdslagen). Närmare bestämmelser om ordnandet av specialomsorger ingår i den relevanta speciallagen, dvs. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977).

Enligt 6 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda indelas landet för ordnandet av specialomsorger i specialomsorgsdistrikt, vilkas områden bestäms av statsrådet. Kommuner som hör till ett specialomsorgsdistrikt är medlemmar i en samkommun för ett specialomsorgsdistrikt som ska ordna de specialomsorger som kommunerna är skyldiga att ordna, om inte något annat följer av bestämmelserna i lagen angående

ende specialomsorger om utvecklingsstörda. Om befolkningsunderlaget i en kommun eller andra särskilda skäl det kräver, kan en kommun bilda ett specialomsorgsdistrikt ensam. I fråga om kommunen gäller då i tillämpliga delar vad som föreskrivs om samkommunen för ett specialomsorgsdistrikt. Kommunerna är indelade i specialomsorgsdistrikt genom statsrådets förordning om specialomsorgsdistrikt (1045/2008). Kommuner som ingår i specialomsorgsdistrikt är medlemmar i samkommuner för specialomsorgsdistrikt med undantag för Helsingfors stad, som enligt ett beslut av statsrådet ensam bildar Helsingfors specialomsorgsdistrikt.

Tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är dessutom medlemmar i en samkommun för specialomsorger, som har till uppgift att oberoende av distriktsindelningen bereda specialomsorger för den svenskspråkiga befolkningen i sina medlemskommuner (6 § 5 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda). De svenskspråkiga specialomsorgstjänsterna sköts inom Fastlandsfinland av Kårkulla samkommun, i vilken alla tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är medlemmar.

Om det på grund av specialomsorgernas krävande natur, särskilda för dem erforderliga förutsättningar eller andra motsvarande orsaker är ändamålsenligt att ordna specialomsorgerna för en större folkmängd än den som finns i ett enda specialomsorgsdistrikt, kan statsrådet enligt 6 § 4 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, oberoende av distriktsindelningen, förordna att specialomsorgerna helt eller delvis ska ordnas av ett eller flera samkommuner. Statsrådet har inte meddelat beslut om att ordnandet av specialomsorgerna ska centraliseras till vissa specialomsorgsdistrikt, men mellan de olika specialomsorgsdistrikten har det skett specialisering i fråga om olika delområden inom specialomsorgerna, som i fråga om specialomsorger för utvecklingsstörda som behöver psykiatrisk vård, autistiska personer, personer som begått brott eller minderåriga utvecklingsstörda med ett utmanande beteende.

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda möjliggör också sammanlagning av ett specialomsorgsdistrikt och ett

sjukvårdsdistrikt. En samkommun för ett specialomsorgsdistrikt kan med en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, vars verksamhetsområde omfattar hela specialomsorgsdistriktets område, komma överens om att den förstnämnda samkommunens tillgångar och skulder ska överföras på den sistnämnda. För närvarande har fyra specialomsorgsdistrikt (Södra Karelen, Kajanalands, Mellersta Österbottens och Norra Karelen) slagits samman med sjukvårdsdistrikten.

I fråga om specialomsorgerna är kommunerna alltså medlemmar i s.k. tvångssamkommuner, vilka har till uppgift att ordna de specialomsorger som enligt lag hör till kommunernas skyldigheter. Trots detta kan också en kommun enligt 14 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda ordna specialomsorger. En kommun kan således ordna specialomsorgerna delvis eller helt själv, men den måste i varje fall höra till en samkommun för specialomsorger i enlighet med lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Kommunernas specialomsorgsmyndighet är socialnämnden med vilken samkommun för ett specialomsorgsdistrikt ska samverka även när ordnandet av specialomsorgerna på lokal nivå har getts i uppgift till ett kommunförbund.

Initiativ angående erhållande av specialomsorger ska göras hos kommunalförbundet för specialomsorgsdistriktet eller hos socialnämnden i vederbörande persons hemkommun (31 § 1 mom. i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda). I praktiken använder klienterna specialomsorgstjänsterna i ett specialomsorgsdistrikt vanligen på initiativ av en närstående eller handledda av kommunens social- eller hälsovårdsmyndighet.

I fråga om fördelningen av ordnandet och produktionen av specialomsorgstjänster mellan kommunen och specialomsorgsdistriktet finns det i praktiken i viss mån skillnader mellan samkommunerna. En del av specialomsorgsdistrikten är mer utpräglat endast producenter av specialomsorgstjänster, så att specialomsorgsdistriktets tjänster endast tillhandahålls på basis av en kommuns betalningsförbindelse eller så anlitar klienterna tjänsterna via kommunens socialarbetare. En del av specialomsorgsdistrikten har utöver

ansvaret för produktionen av tjänster i viss mån också ansvaret för ordnandet av tjänsterna. Ett specialomsorgsdistrikt kan ansvara för skötseln av kommunens alla specialomsorgstjänster, varvid specialomsorgsdistriktet också bedömer klientens behov av vård och svarar för det individuella beslutsfattandet. I sådana fall ansvarar kommunen närmast för finansieringen av tjänsterna. En del av specialomsorgsdistrikten ansvarar också för ordnandet av specialomsorgernas sakkunnigtjänster och för ordnande av brådskande vård.

I enlighet med 6 § i lagen om en kommun- och servicestrukturreform ska specialomsorgstjänster till vissa delar ordnas i samband med sjukvårdsdistrikten.

2.6 Kommun- och servicestrukturen

Kommunstrukturen

Enligt 121 § i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 122 § i grundlagen ska bestämmelser om grunderna för kommunindelning utfärdas genom lag. Bestämmelser om grunderna för ändringar i kommunindelningen och om förfarandena ingår i kommunstrukturlagen (1698/2009).

Enligt 1 § i kommunstrukturlagen är Finland indelat i kommuner för invånarnas självstyrelse, ordnandet av servicen och för den allmänna förvaltningen. Enligt 2 § är målet när kommunindelningen utvecklas en kommunstruktur som är livskraftig och regionalt enhetlig och som har en fungerande samhällsstruktur, och som stärker förutsättningarna för kommuninvånarnas självstyrelse. Målet är också att en kommun ska bestå av en pendlingsregion eller någon annan sådan funktionell helhet som har ekonomiska förutsättningar och på personella resurser grundade förutsättningar att svara för ordnandet och finansieringen av servicen för kommuninvånarna och för en tillräcklig egen tjänsteproduktion.

För närvarande finns det 320 kommuner i Finland. Antalet kommuner har minskat med närmare en tredjedel på 2000-talet. Trots att de sammanslagningar som genomförts på 2000-talet har minskat i synnerhet de allra minsta kommunernas antal, domineras kommunstrukturen fortfarande av små kommuner: endast ca 100 kommuner i Finland har fler än 10 000 invånare. Antalet kommuner med färre än 2 000 invånare har nästan halverats, men år 2013 fanns det ännu sammanlagt 31 sådana kommuner.

Tabell 1 Kommunerna i Fastlandsfinland

Kommunerna i Fastlandsfinland (med undantag för Åland)	v. 2008*		v. 2014 **	
	antal	invånare	antal	invånare
kommuner med färre än 2 000 invånare	63	88 481	31	45 824
kommuner med 2 000–10 000 invånare	237	1 305 437	171	869 917
kommuner med 10 000–20 000 invånare	46	662 382	47	674 917
kommuner med fler än 20 000 invånare	53	3 305 512	55	3 834 039
kommuner sammanlagt	399		304	

Storleken på och invånarantalet i kommunerna i Fastlandsfinland (*uppgifterna om invånarantalet per 31.12.2007, **uppgifterna om invånarantalet per 31.12.2013).

Kommunreformen

Enligt regeringsprogrammet av den 22 juni 2011 genomför regeringen en kommunreform som omfattar hela landet. Reformen syftar till en livskraftig kommunstruktur som grundar sig på starka primärkommuner. En stark primärkommun bildas av en naturlig pendlingsregion och är tillräckligt stor för att självständigt kunna ansvara för basservicen med undantag av den specialiserade sjukvården och krävande socialvårdstjänster. En stark primärkommun förmår driva en framgångsrik näringspolitik och ett framgångsrikt utvecklingsarbete och kan effektivt svara på samhällsstrukturens decentraliseringsutveckling. Kommunreformens viktigaste mål är att trygga de offentliga tjänsterna också i framtiden överallt i Finland.

För genomförandet av kommunreformen ändrades kommunindelningsskyldighetslagen (1698/2009) genom en lag om ändring av kommunindelningsskyldighetslagen (479/2013) som trädde i kraft vid ingången av juli 2013. Kommunindelningsskyldighetslagens namn ändrades till kommunstrukturlagen för att bättre illustrera dess innehåll. I lagen infördes bestämmelser om målen för kommunstrukturreformen i samband med dess genomförande, om kommunernas utredningsskyldighet, om utredningsgrunderna och om avvikelser från dem samt om ekonomiskt stöd för kommunsammanslagningar.

Syftet med kommunstrukturreformen är i synnerhet att stärka kommunernas förutsättningar att ordna service likvärdigt, att harmonisera samhällsstrukturen samt att stärka den kommunala självstyrelsen. Syftet är dessutom att stärka kommunernas förmåga att i huvudsak själva svara för tjänsteproduktionen samt deras förmåga att utnyttja marknaden.

Ett centralt innehåll i kommunstrukturlagen är den utredningsskyldighet som ålagts kommunerna. En kommun ska tillsammans med andra kommuner utreda bildandet av en ny kommun som uppfyller förutsättningarna för en ändring i kommunindelningen, om ens en av de utredningsgrunder som föreskrivs i lagen påvisar ett behov av en utredning. Utredningskriterierna är servicekriteriet, kriteriet för självförsörjningsgrad i fråga om ar-

betsplatser, pendlingskriteriet och samhällsstrukturkriteriet samt det ekonomiska kriteriet. Inom metropolområdet ska ett eget metropolkriterium tillämpas i stället för kriteriet för självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser, pendlingskriteriet och samhällsstrukturkriteriet.

Fastän en kommun inte uppfyller något av de ovan nämnda kriterierna, ska den delta i en sammanslagningsutredning, om en funktionell helhet som uppfyller utredningskriterierna inte kan uppnås på något annat sätt. Om en kommun som skulle bilda en funktionell helhet med en angränsande kommun håller på att bli utanför sammanslagningsutredningarna, ska dessa kommuner gemensamt utreda en sammanslagning av kommunerna eller den förstnämnda kommunen tas med i den utredning som den senare kommunen deltar i. Syftet med bestämmelsen är att förhindra att kommuner som andra kommuner inte vill ha med, t.ex. på grund av kommunens svaga ekonomiska situation, blir utanför utredningarna.

Innehållet i utredningen och dess tidsfrister

Målet för sammanslagningsutredningen är en framställning om sammanslagning av kommuner och ett anknytande sammanslagningsavtal. I princip ska en sammanslagningsutredning således omfatta de frågor som ska ingå i ett avtal om sammanslagning. Trots att kommunerna inte skulle komma fram till att föreslå en sammanslagning, ska utredningen alltid inbegripa åtminstone en plan för hur förvaltningen och servicen ska ordnas samt servicen produceras på utredningsområdet, en utredning om sammanslagningens konsekvenser för kommunernas samarbete, en redogörelse över den ekonomiska situationen, en bedömning av hur invånarnas möjligheter att delta och påverka samt närdemokrati ska förverkligas samt en detaljerad bedömning av fördelarna och nackdelarna med en kommunsammanslagning. I en utredning som gäller en tvåspråkig kommun och en kommun inom samernas hembygdsområde ska det bedömas hur de språkliga rättigheterna tillgodoses.

Utredningen ska beredas i tillräckligt omfattande utsträckning med medverkan av

kommunernas förtroendepersoner och kommuninvånarna samt i samarbete med representanter för kommunens personal.

Enligt kommunstrukturlagen skulle varje kommun senast den 30 november 2013 anmäla till finansministeriet med vilken eller vilka kommuner den utreder en sammanslagning. Tidsfristen för utredningarna och sammanslagningsframställningarna utgår sex månader efter att lagen om sättande i kraft av bestämmelsen med tidsfristen har trätt i kraft. I riksdagsbehandlingen kopplades bestämmelsen med tidsfristen för utredningarna ihop med godkännandet av denna lag om ordnandet av social- och hälsovården i riksdagen. Dessutom kan finansministeriet på ansökan av en kommun förlänga den ovan nämnda tidsfristen på grundval av att sammanslagningsutredningen är omfattande eller på något annat sätt särskilt krävande.

Finansministeriet beviljar på ansökan bidrag för de kostnader som föranleds kommunerna av sammanslagningsutredningen.

Genomförande av kommunsammanslagningar

Enligt kommunstrukturlagen är huvudregeln att beslutsfattandet om kommunsammanslagningar grundar sig på kommunernas gemensamma framställning. Statsrådet kan förkasta kommunernas framställning, om ändringen i kommunindelningen uppenbarligen skulle strida mot förutsättningarna för en ändring i kommunindelningen.

Enligt en ändring i kommunstrukturlagen som trädde i kraft den 1 juli 2013 kan statsrådet dock besluta om sammanslagning av kommuner trots fullmäktiges motstånd i två situationer. Statsrådet kan på framställning av kommunindelningsutredaren besluta om en ändring i kommunindelningen för det första om ändringen är nödvändig för att trygga den lagstadgade servicen för invånarna i en kommun som befinner sig i en speciellt svår ekonomisk ställning. Dessutom kan med stöd av kommunstrukturlagen beslut om en sammanslagning av kommuner fattas trots fullmäktiges motstånd, om kommunindelningsutredarens förslag om en sammanslagning av kommunerna har fått majoritetens understöd

i en folkomröstning som ordnats i en kommun som motsätter sig sammanslagningen.

Personalens ställning

I kommunstrukturlagen ingår fortfarande också det uppsägningskydd som gällde i kommun- och servicestrukturreformen. I fråga om de ändringar i kommunindelningen som träder i kraft under perioden 2014–2017 har personalen ett uppsägningskydd på fem år.

Strukturpolitiskt program

Statsminister Jyrki Katainens regering drog i det strukturpolitiska programmet den 29 augusti 2013 upp riktlinjer om fortsatta åtgärder för genomförandet av kommunreformen i stadsregioner och inom metropolområden. Programmet fastställer följande:

"För att i de centrala urbana regioner som är viktiga för den regionala utvecklingen trygga den enhetliga samhällsstrukturen, utvecklingen av regionens livskraft och en effektiv organisering av tjänster bereds en komplettering av kommunstrukturlagen. Genom den ökas, inom de ramar som grundlagen sätter, statsrådets befogenhet för sammanslagning av kommuner när det gäller ett enhetligt område för pendling eller samhällsstruktur som avses i 4 d § 3 mom. i kommunstrukturlagen. Ökningen av statsrådets befogenheter begränsas genom klara specialvillkor och genom att den knyts till viljan hos majoriteten av invånarna i området. Användningen av befogenheten begränsas till situationer när kommunstrukturlagens syften inte kan uppnås på frivillig väg. Förverkligandet av de språkliga rättigheterna säkerställs."

2.7 Kommunernas förvaltning och samarbete

Ordnande av kommuners förvaltning och ekonomi

Enligt 121 § i grundlagen ska bestämmelser om grunderna för kommunens förvaltning utfärdas genom lag. Kommunallagen är en allmän lag som gäller ordnandet av kommunernas förvaltning och ekonomi. Utgångs-

punkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om ordnandet av kommunens förvaltning och ekonomi ska ingå i kommunallagen och i speciallagarna införs särskilda bestämmelser endast om de är nödvändiga för ordnandet av förvaltningen eller ekonomin.

I kommunallagen ingår bestämmelser om kommunernas allmänna kompetens, om deras organ och om organens sammansättning och uppgifter, om samarbetsformer, om sökande av ändring, om uppgörande av budget och ekonomiplan samt om uppgörande av bokslut. En reform av kommunallagen är på gång och avsikten är att den nya kommunallagen ska träda i kraft vid ingången av 2015.

Kommunernas samarbetsformer

Bestämmelser om kommunernas samarbetsformer ingår i 10 kap. i kommunallagen. Vid ordnandet av samarbetet har utgångspunkten i kommunallagen varit att kommunerna får besluta om samarbetsmodellen. Enligt 76 § kan kommunerna komma överens om

- att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning,
- att uppgiften ska skötas av en samkommun, eller
- att uppgiften anförtros en annan kommuns tjänsteinnehavare.

Ansvarig kommun

Att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift kan innebära inrättande av en gemensam tjänst, skötsel av myndighetsuppgifter som köpta tjänster eller inrättande av ett gemensamt organ. Då inrättas ingen egen juridisk person, utan uppgiften sköts av en annan kommun. En sådan kommun kallas för en ansvarig kommun eller värdkommun.

I vardagligt bruk avses med modellen med en ansvarig kommun eller värdkommun vanligtvis ett samarbete mellan kommuner på grundval av ett avtal och ett gemensamt organ. Med ett gemensamt organ avses att i den kommun som med stöd av ett avtal sköter en uppgift på andra kommuners vägnar inrättas ett organ, till vilket de övriga avtalskommu-

nerna väljer en del av medlemmarna. Att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift förutsätter inte nödvändigtvis att de övriga kommunerna utser sina medlemmar i organet.

I kommunallagen ingår knapphändigt med reglering om modellen med en ansvarig kommun och om gemensamma organ. Modellen med en ansvarig kommun är i den nuvarande kommunallagen avsedd för skötsel av uppgifter som till sin ekonomiska och övriga betydelse är obetydliga. Det finns inga andra bestämmelser om det gemensamma organets sammansättning än bestämmelser om valbarhet och sökande av ändring. Ledamöter i organet kan vara personer som är valbara till motsvarande organ i de kommuner som saken gäller (77 §). Enligt 92 § får rättelse yrkas i och kommunalbesvär anföras över beslut av kommunernas gemensamma organ av kommuner som är parter i avtalet och deras kommunmedlemmar.

Eftersom ett gemensamt organ fungerar som en del av en kommun, beslutar fullmäktige i den ansvariga kommunen om de frågor som anges i 13 § i kommunallagen, som om grunderna för ordnandet av förvaltningen, godkännande av budgeten och bokslutet samt om avgifterna. Detta innebär att fullmäktige i den ansvariga kommunen i sista hand har beslutanderätten i de viktigaste frågor som gäller ordnandet av servicen. I samarbetsavtalen kommer man dock i allmänhet överens om ett avtalsstyrningsförfarande, genom vilket man strävar efter att inskränka beslutanderätten hos fullmäktige i den ansvariga kommunen bl.a. i fråga om tjänster, produktionsställen och andra kommuners betalningsandelar. Inom social- och hälsovården genomförs avtalsstyrning i synnerhet genom serviceavtal, vilka både den ansvariga kommunen och de andra kommunerna godkänner.

Modellen med en ansvarig kommun, vilken tidigare var känd som modellen med värdkommun, fick mer omfattande användning i samband med kommun- och servicestruktur-reformen. I Paras-ramlagen förutsattes att värdkommunen skulle tillsätta ett gemensamt organ enligt kommunallagen. Modellen väckte inte i det skedet någon större diskussion om något annat än om värdkommunens

möjligheter att påverka, eftersom kommunerna kunde välja mellan en samkommun eller en ansvarig kommun som samarbetsmodell för social- och hälsovården, i syfte att uppnå ett befolkningsunderlag på minst ca 20 000 invånare. I praktiken har kommunerna i det samarbete som idkas enligt ramlagen tagit modellen i bruk i förhållandet 40/60 (samkommun/ansvarig kommun).

Samkommun

I den speciallagstiftning som gäller lagstadgat samarbete förutsätts att förvaltningen för den specialiserade sjukvården, specialomsorgerna för utvecklingsstörda och landskapsförbunden ska ordnas enligt modellen med samkommun.

Jämfört med ansvariga kommuner och gemensamma organ ingår i kommunallagen betydligt mer bestämmelser om samkommuner. I lagen ingår bestämmelser om minimiinnehållet i grundavtalet, organ, valbarhet, finansiering, utträde, upplösning samt om tillämpningen på samkommuner av bestämmelserna om kommuner i kommunlagen. Dessutom ingår i fråga om landskapsförbunden bestämmelser om sammansättning och val av organ.

En samkommun är en självständig juridisk person. En samkommun bildas genom ett avtal mellan kommunerna, vilket godkänns av fullmäktige (*grundavtal*). Enligt kommunallagen ska i grundavtalet överenskommas om

1) hur beslutsfattandet i samkommunen ordnas,

2) antalet ledamöter i samkommunens organ eller antalet representanter vid samkommunsstämman och grunderna för rösträtten,

3) uppgifterna och befogenheterna för en eventuell samkommunsstämma,

4) vilket av samkommunens organ som bevakar samkommunens intressen, representerar samkommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna samkommunens namn,

5) medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt annat som gäller samkommunens ekonomi,

6) ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten,

7) hur samkommunens förvaltning och ekonomi ska granskas, samt om

8) förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen.

I grundavtalet kan också överenskommas om att kvalificerad majoritet krävs för beslutsfattandet i ärenden som bestäms i avtalet.

I lagen ingår också bestämmelser om det understöd som en ändring av ett grundavtal förutsätter. Grundavtalet kan ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. Om en kommun enligt lag är skyldig att vara medlem i en samkommun inom en viss bransch och ett visst område, kan medlemskommunen dock inte åläggas att utan sitt samtycke delta i skötseln av nya frivilliga uppgifter och i de kostnader som dessa föranleder.

Samkommunens beslutanderätt utövas av medlemskommunerna vid en samkommunsstämma, eller också utövas beslutanderätten av det organ som väljs av medlemskommunerna och om vilket bestäms i grundavtalet. En samkommun kan ha andra organ enligt vad man kommit överens i grundavtalet. Till exempel sjukvårdsdistrikten har också en styrelse. Samkommunsstämma ska hållas minst två gånger om året. Representanterna vid samkommunsstämman väljs av medlemskommunernas kommunstyrelser eller av något annat kommunalt organ enligt fullmäktiges beslut.

Enligt 81 § i kommunallagen ska i en samkommun andra organ än det högsta organet, dvs. samkommunsstämman eller fullmäktige, ges en sammansättning som svarar mot den andel röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt kommunalvalet. I fråga om landskapsförbunden ingår i 86 a § i kommunallagen en bestämmelse om iakttagande av proportionalitetsprincipen också i sammansättningen av förbundets högsta or-

gan, dvs. fullmäktige. Röstandelarna för de grupperingar som är representerade i organet ska vid valet svara mot den andel röster som de olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom landskapets område vid kommunalvalet. Vidare ska ledamöterna vara fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna och varje medlemskommun ska ha minst en representant. Det ansågs i sin tid behövt att landskapets högsta organ skulle ha en sammansättning i proportion till valresultatet, i synnerhet på grund av dess beslutanderätt i fråga om landskapsplanen.

Valbar till samkommunens organ är den som enligt kommunallagen är valbar till ett förtroendeuppdrag inom någon av samkommunens medlemskommuner. Valbara är dock inte statstjänstemän som sköter tillsynsuppgifter som direkt berör kommunalförvaltningen eller personer som är fast anställda hos samkommunen. Valbar till något annat organ än ett organ som avses i 81 § 1 mom. är inte heller den som är ledamot i styrelsen eller i ett därmed jämförbart organ eller i en ledande och ansvarsfull uppgift eller i en därmed jämförbar ställning i ett affärsdrivande samfund, om det är fråga om ett sådant samfund som kan ha väsentlig nytta eller lida väsentlig skada av hur de ärenden avgörs som normalt behandlas i organet. Till en direktion och en kommitté kan dock väljas också den som inte är valbar till andra organ i samkommunen eller vars hemkommun inte är medlemskommun i samkommunen. I grundavtalet kan det överenskommas om att ledamöterna och ersättarna i andra organ än samkommunsstämman ska vara fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna.

En samkommun är bokföringsskyldig och den ska upprätta ett bokslut och en verksamhetsberättelse över sin verksamhet. I sista hand är det medlemskommunerna som ansvarar för samkommunens finansiering. För finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas på något annat sätt svarar medlemskommunerna så som i grundavtalet har överenskommit om ansvarsfördelningen mellan kommunerna.

På samkommuner tillämpas ekonomibestämmelserna i 8 kap. i kommunallagen med undantag för den skyldighet att täcka under-

skott som ingår i 65 §. Den ekonomisektion som bereder totalrevisionen av kommunallagen avser dock föreslå en skyldighet att täcka underskott också för samkommuner. Eftersom en samkommun är en egen juridisk person, godkänner samkommunen sin egen budget och sitt eget bokslut. För finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas genom samkommunens medlemskommunerna så som i grundavtalet har överenskommit.

Modellen med ansvarig kommun och samkommun i den övriga lagstiftningen

Utöver inom social- och hälsovården används modellen med en ansvarig kommun i stor utsträckning också vid ordnandet av brand- och räddningsväsendet samt i samarbete inom miljö- och hälsoskydd.

I räddningslagen (379/2011) har statsrådet behörighet att besluta om områdena och i sista hand också om samarbetsavtalen. I samarbetsavtalet överenskommer kommunerna bl.a. om förvaltningsmodellen och kostnadsfördelningen. Enligt 24 § i räddningslagen kräver inte godkännande eller ändring av avtalet enhällighet bland kommunerna, utan på godkännande och ändring tillämpas bestämmelsen om kvalificerad majoritet i 79 § i kommunallagen. Enligt bestämmelsen kan grundavtalet ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. I fråga om räddningsväsendet har bestämmelsen utsträckt att också gälla godkännande av ett avtal samt även andra samarbetsavtal och inte bara samkommunens grundavtal. Det finns 22 räddningsområden och bara i fråga om två räddningsområden är det en samkommun som svarar för räddningsområdets verksamhet (Lappland och Päijänne-Tavastland, där uppgiften sköts av landskapsförbundet). I de andra räddningsområdena är det en ansvarig kommun som svarar för uppgiften.

I lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) ingår bestämmelser om storleken på den personal som ordnandet av servicen förutsätter, om samar-

betsskyldighet vid uppfyllande av kravet på personalmängd samt om statsrådets behörighet att ålägga kommunerna en skyldighet att samarbeta. I lagen föreskrivs att samarbetsmodellen ska vara antingen modellen med ansvarig kommun eller samkommun. I sista hand beslutar statsrådet också om förvaltningsmodellen och kostnadsfördelningen. Nästan alla av de 70 samarbetsområdena för miljö- och hälsoskyddet har grundats utifrån modellen med en ansvarig kommun.

I praktiken har huvudregeln blivit att ju färre samarbetskommuner, eller ju mindre uppgift, desto sannolikare har samarbetsmodellen varit ett gemensamt organ. Dessutom har valet av samarbetsmodell påverkats av den ansvariga kommunens storlek.

Olika sätt på vilka kommunerna samarbetar Förvaltningsförsöket i Kajanaland

I Kajanaland genomfördes under perioden 2005–2012 ett förvaltningsförsök, där landskapet Kajanaland hade hand om regionens social- och hälso-tjänster med undantag för barndagvården och andra stadiets utbildningstjänster. Vaala kommun hörde inte till förvaltningsförsöket. Inom det område som omfattades av ansvaret att ordna vård fanns ca 83 000 invånare. En viktig orsak till förvaltningsförsöket var områdets ogynnsamma befolknings- och sysselsättningsutveckling. Social- och hälso-tjänsterna integrerades nästan helt och de omorganiserades i enlighet med livscykelstänkandet. Tjänsterna grupperades i närtjänster och regionala och centraliserade tjänster så att dagliga tjänster ordnades som närtjänster och dyra tjänster samt tjänster som kräver specialkompetens ordnades som centraliserade och regionala tjänster. Beslutanderätten fanns hos landskapsfullmäktige som valts genom direkta val. Lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland (343/2003) förutsatte enhälligt beslut av alla kommuner i regionen för att försöket skulle kunna fortsätta, men en kommun motsatte en fortsättning. De viktigaste orsakerna till att försöket kom till ett slut ansågs hänföra sig till faktorer i anslutning till kommunernas samarbete och till landskapsförvaltningen i synnerhet i fråga om finansieringsfrågor. På denna grund kan man bedöma att det är mo-

tiverat att det införs bestämmelser om dessa frågor i samband med ordnandet av social- och hälsovården.

En bred organisationsnivå underlättade integrationen av tjänsterna och harmoniserandet av förfarandena. Man harmoniserade bl.a. patient- och klientdatasystemen samt kriterierna för bedömning och för tillgång till vård. Regionalt fördelade utvecklingsmedel slogs samman och samarbetet inom forskning och utveckling stärktes. Integrationen av social- och hälsovården upplevdes vara en mycket god praxis, och avsikten har inte varit att upplösa den efter utgången av försöket. Ett av syftena med lagen om ordnandet av social- och hälsovården är att i hela landet skapa en liknande integration av servicesystemen som i Kajanaland.

I början av reformen var kostnadsutvecklingen positiv, men mot slutet av försöket steg kostnaderna kraftigt. Integreringen av servicesystemen sammanförde resurser, vilket var en viktig faktor för skapande av kostnadskontroll. Förvaltningsförsöket finansierades genom en procentuell betalningsandel ur kommunernas budget. När landskapet inte kunde fakturera klienterna utifrån den faktiska användningen, uppmuntrade betalnings sättet landskapet till effektivitet. Systemet förbättrade också förutsebarheten för kommunernas utgifter och behärskade kostnadsökningen. De kommuner som var i den sämsta ekonomiska situationen drog mest nytta av försöket. I synnerhet i fråga om stödtjänster uppnåddes betydande inbesparingar genom att förbättra integrationen och slopa överlappningar. Storleken på inbesparingen var 20 procent av produktionskostnaderna, dvs. ca en miljon euro per år.

Förvaltningsförsöket förbättrade tillgången till sjukvård och minskade i betydande grad antalet patienter som köat en lång tid trots att Kajanaland under hela försöket led av läkarbrist och tidvis av vårdarbrist. Under förvaltningsförsöket kunde kommuninvånarna välja servicestället själva, vilket underlättade tillgången till service. Användningen av andra tjänster än läkartjänster ökade under försöket. Under förvaltningsförsöket uppnådde man det resultat som förutsatts i bestämmelserna i fråga om bedömning av behovet av vård och

hur klienterna får kontakt med hälso- och sjukvården.

Både inom socialvården, primärvården och inom den specialiserade sjukvården fick tjänsterna för familjer och äldre en framskjuten position. Inom tjänsterna för familjer satsade man på preventiva tjänster, vilket ökade klientmängderna. De regionala verksamhetsförfarandena harmoniserades i fråga om flera tjänster. I fråga om tjänsterna för äldre uppnåddes de riksomfattande målen under förvaltningsförsöket. Klientavgifterna och kriterierna för beviljande av tjänster harmoniserades. Tjänsterna för äldre producerades i huvudsak som närtjänster. I servicestrukturen satsade man på öppna tjänster och i synnerhet på att lämna stöd till klienterna för att de ska klara sig hemma. Tjänsterna för personer som lider av minnessjukdomar effektiviserades och servicesedlar togs i bruk i synnerhet inom hemvården och i fråga om arrangemang för lediga dagar inom närståendevården. Modellen med servicesedlar iaktogs fungera bäst i landskapets huvudstad Kajana, där det både finns mest tjänsteproducenter och stora klientmängder. Man lyckades minska den relativa andelen av vård som ges dygnet runt.

Kommun- och servicestrukturen

Kommun- och servicestrukturen dvs. Paras-reformen inleddes i maj 2005 när inrikesministeriet inrättade projektet om kommun- och servicestrukturen. Paras-ramlagen gällande detta trädde i kraft våren 2007.

För kommunerna är det centrala åläggandet enligt lagen att befolkningsunderlaget för ordnandet av tjänsterna inom primärvården och socialvården ska vara minst cirka 20 000 invånare. Kommunerna fick välja om de uppfyller befolkningsunderlagskravet genom en samkommun eller genom att bilda ett samarbetsområde. Lagen om en kommun- och strukturreform innehöll bestämmelser som gav möjlighet att avvika från befolkningsunderlagskravet med anledning av långa avstånd, skärgårdskommunförhållanden, språkliga rättigheter (finska/svenska) eller samernas språkliga och kulturella rättigheter. Ett samarbetsområde kan ha upprättats antingen

som samkommun eller genom den s.k. modellen med en ansvarig kommun.

De betydelsefullaste strukturförändringarna i kommun- och strukturreformen skedde 2009, då ett stort antal kommuner gick samman. Då inledde också en stor del av samarbetsområdena sin verksamhet. Nedan beskrivs som exempel vissa samarbetsområden som uppstod till följd av Paras-reformen.

Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen bildades den 1 januari 2012 till ett samarbetsområde som fungerar enligt modellen med värdkommun. I regionen ingår utöver värdkommunen S:t Michel dessutom Kangasniemi, Pertunmaa, Hirvensalmi, Mäntyharju, Ristiina och Suomenniemi. En del av dessa kommuner genomgick en kommun-sammanslagning den 1 januari 2013 (S:t Michel, Suomenniemi och Ristiina). Vid utgången av 2012 fanns det ca 73 000 invånare i regionen. Siffran innehåller Puumala (2 400 invånare), som inte deltar i samarbetsavtalet utan köper hälso- och sjukvårdstjänsterna av S:t Michel.

Bildandet av Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen föregicks av flera utrednings- och planeringsskeden, allt sedan kommun- och servicestrukturen inleddes. S:t Michel är också med i försöket med en regionmodell. Enligt det samarbetsavtal som varit i kraft sedan ingången av 2012 ansvarar S:t Michel stad för ordnandet av servicen. I stadens förvaltning inrättades som ett gemensamt organ för avtalsparterna en regional social- och hälsovårdsnämnd. För tjänsteproduktionen ansvarar S:t Michel stad, Kangasniemi kommun, Mäntyharju kommun och Pertunmaa kommun i samarbete med privata tjänsteproducenter samt den tredje sektorn. Tjänsteproduktionen har uppdelats under tre tjänsteproduktionsenheter: Kangasniemi, Mäntyharju och Pertunmaa tjänsteproduktionsenheter, vilka var och en har sin egen grundtrygghetsnämnd.

Förvaltningsstrukturen för Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen är således inte en struktur med en instans som ordnar och ett organ som producerar, vilket är vanligt för samarbetsområden, utan tjänsteproduktionen är fortfarande uppdelad i regioner och personalen är anställd av kommunerna. Social- och hälsovårdsväsendet i S:t

Michelregionen har dock inom sin region harmoniserat kriterierna för att få vård, servicenivåerna, tillgången till och kostnaderna för tjänsterna. Inom servicen har det lagts fram servicebeskrivningar och handböcker som täcker hela samarbetsområdet, vilket har gett personalen möjligheter till nätverksbildning och samarbete. Erfarenheterna av samarbetet har varit positiva och inspirerande. Man upplever att kvaliteten på servicen utvecklats, när man genom samarbetet har kunnat sammanföra sakkunskap.

En av de mest betydande reformerna i regionen var utvecklandet av styrningen av hälso-tjänsterna med hjälp av den s.k. Ensineuvo-rådgivningstjänsten. Ensineuvo är en rådgivnings- och handledningstjänst för invånarna i Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, till vilken också tidsbokningen och hälso-rådgivningen vid hälsovårdscentralerna och hälso-stationerna i Social- och hälsovårdsväsendet i S:t Michelregionen övergick den 1 mars 2012.

Björneborg ordnar som ansvarig kommun social- och hälso-tjänster för ca 100 000 invånare i Björneborg, Sastmola och Ulvsby sedan ingången av 2013 (*Björneborgs grundtrygghet*). Under perioden 2010–2012 ingick också Luvia och Påmark i samarbetet. Den 1 januari 2010 när samarbetet inleddes genomgick Björneborg och Norrmark en kommun-sammanslagning. Lavia ordnar tjänsterna självständigt, men köper social- och hälso-tjänster av Björneborgs grundtrygghet utan samarbetsavtal. Vid ingången av 2013 övergick Påmark till Norra Satakuntas affärs-verkssamkommun för basservice (POSA) och Luvia till kretsen av tjänsterna i Mellers-ta Satakuntas samkommun för primärvård.

Förvaltningen och funktionerna har alltså ändrats många gånger inom Björneborgs grundtrygghet. I regionen har man diskuterat samarbetet och gemensamma mål. I bakgrunden till diskussionerna ligger uppenbarligen de stora diskrepanserna mellan kommunerna i regionen: Björneborg är en stad med över 80 000 invånare, medan däremot partnerkommunerna är betydligt mindre från Lavia med färre än 2 000 invånare till Ulvsby med 13 000 invånare. De övriga kommunerna som deltagit i olika skeden är kommuner med färre än 5 000 invånare. Skillnaderna i

storleksklass samt constellationerna med ansvarig kommun och partnerkommun har bidragit till att skapa missnöje med och misstroende för den ordnande stadens förmåga och vilja att bemöta partnerkommunernas servicebehov.

I bakgrunden ligger utöver kommunernas storlek utmaningen att harmonisera olika verksamhetssätt och verksamhetskulturer. Verksamhetssättet i mycket små kommuner har varit mycket olikt det i en stor stad. Övergången från hantering av ärenden på personlig nivå utifrån kännedom av kommuninvånarna till processer som verkställs av ledningen i en större helhet har inte varit lätt. Enligt de ledande tjänstemännen i Björneborgs grundtrygghet har kvaliteten på servicen, yrkesmässigheten samt kunnandet ökat betydligt, och till små kommuner förs nu sådana former av specialkompetens som deras invånare inte tidigare haft tillgång till.

När regionala synpunkter kombinerades med klienternas servicebehov bildade Björneborgs grundtrygghet sedan hösten 2012 s.k. närservicecentraler för olika områden. I dessa närservicecentraler kombineras olika tjänster och serviceutbudet hämtas närmare områdets invånare. Till närservicecentralerna hänförs sig ändringar i servicestrukturen och serviceställena samt ett nytt slag av användning av kunnande, t.ex. läkarstöd till hemvårdens enheter och ett bredare utbud av tjänster som tillhandahålls i hemmen än tidigare.

Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård inledde sin verksamhet den 1 januari 2007. Samkommunens ansvarsområden är specialiserad sjukvård, socialvård, primärvård samt miljö- och hälso-skydd. Samkommunen tillhandahåller specialiserade sjukvårdstjänster till 14 medlemskommuner. Samkommunens *basservicecenter Aava* producerar socialvårdens och primärvårdens närtjänster samt centraliserade tjänster inom sju kommuners område: Hartola, Iitti, Mörskom, Nastola, Orimattila, Pukila och Sysmä. Aavas befolkningsunderlag är sammanlagt ca 50 000 invånare.

En del av kommunerna inom Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård hör till affärsverket Basservicecentret Oiva som hör till Hollola kommuns organisa-

tion. Basservicecentret Aava är en samkommun som i enlighet med Päijänne-Tavastlands samkommun för social- och hälsovård har sin hemort i Lahtis.

Kommunerna inom Aava är små, Orimattila och Nastola är kommuner med 15 000–16 000 invånare och de övriga kommunerna har 2 000–6 000 invånare. Geografiskt sett är området oenhetligt, och i Aava har man inte gjort särskilt mycket strukturella reformer i fråga om produktionen av tjänsterna. Reformerna har främst gällt fullgörandet av tjänsterna: uppfyllande av service- och vårdgarantierna, utveckling av verksamheten samt ibruktagande av nya arbetsformer och arbets sätt. Inom Aava har man också genomfört många ändringar i fråga om användningen av allt mer specialiserat kunnande såväl mellan enheterna, inom enheterna som i personalens uppgiftsbeskrivningar.

För att underlätta medlemskommunernas ekonomiska utmaningar lades år 2012 fram ett produktivhetsprogram. I september omarbetades det till ett effektivitets- och resultatprogram, varvid man uppställde som mål att balansera ekonomin till utgången av året, och man lyckades med de sparåtgärder som ingick i programmet.

Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt Eksote är en samkommun som består av alla nio kommuner i Södra Karelen (Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Villmanstrand, Lemi, Luumäki, Savitaipale och Taipalsaari). Distriktet har varit verksamt sedan 2009. I fråga om Imatra producerar samkommunen endast tjänsterna för den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna för utvecklingsstörda. Andra kommuner än Imatra ordnar inte några tjänster inom social- och hälsovården själva. Antalet invånare i Imatra är 28 000. De övriga kommunerna i Imatras pendlingsregion får alla sina tjänster av Eksote.

I Eksote har man under perioden 2010–2013 erhållit vissa stordriftsfördelar. Datasystemen i regionens kommuner har integrerats. Från och med ingången av 2014 är chefsnivån 74 årsverken mindre än vid ingången av 2013. Man har betydligt minskat antalet långvariga vårdavdelningsplatser sedan 2010 och samtidigt har man stärkt de tjänster som tillhandahålls i hemmen. Hem-

servicens förfaranden har optimerats och automatiserats. Man har gallrat i överlappande investeringar. Det uppskattas att alla dessa funktioner har producerat inbesparingar på ca en miljon euro i fråga om institutionsvård.

I fråga om mentalvårdstjänsterna utvecklades i Eksote ett system för omedelbar tillgång till vård, där man strävar efter att identifiera klientens hjälpbehov i ett tidigare skede och där serviceurvalet har utformats enligt klienternas behov. Man har lyckats minska antalet vård dagar i fråga om psykiatrisk vård under perioden 2010–2013 med närmare hälften och tillgången till mentalvård har förbättrats. Genom att förnya förfarandena har man inom mentalvårdstjänsterna år 2012 uppnått en inbesparing på 2,5 procent, dvs. 700 000 euro och man har lyckats avveckla köerna. Under det första verksamhetsåret ökade kostnaderna för de tjänster som Eksote ordnade något i jämförelse med övriga landskap, men varje år sedan dess har kostnaderna för Eksotes tjänster minskat i jämförelse med tjänsterna i övriga landskap.

Trots den positiva utvecklingen har Eksotes ekonomi uppvisat underskott. Enligt en extern utvärdering som gjorts över Eksote (Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt. Bedömning av den ekonomiska och administrativa strukturen. Slutrapport av den 30 april 2013. Nordic Healthcare Group) berodde Eksotes underskott på underbudgetering, ökad efterfrågan och outnyttjad potential för produktionstillväxt. Enligt rapporten har det visat sig vara svårt att ingå överenskommelser i samkommunen. Som förvaltningsmodell föreslås modellen med en ansvarig kommun, där den ansvariga kommunen och de övriga kommunernas ekonomiska intressen inte står i konflikt sinsemellan.

Enligt utvärderingsrapporten uppmuntrar den särställning som Imatra enligt grundavtalet har i Eksote till deloptimering både i fråga om investeringarna och i fråga om budgetplaneringen, vilket försvagar utvecklandet av den specialiserade sjukvården i landskapet. Dessutom anskaffar Imatra av Eksote endast de mest krävande tjänsterna inom den specialiserade sjukvården, varför Imatrabornas vårdperioder i Eksotes centralsjukhus i medeltal är något längre än vårdperioderna för övriga kommuners invånare. Kostnaderna för

social- och hälso-tjänster har ökat snabbast i Imatra jämfört med de övriga kommunerna i området. I rapporten rekommenderas för landskapet ett enhetligt distrikt för ordnandet av social- och hälso-tjänster som överenskommit på ett enhetligt sätt med alla kommuner.

Kostnadsnivån för Eksotes social- och hälsovårdsutgifter motsvarar landets medeltal, och deras kostnadsutveckling har kalkylmässigt varit ca 2,9 procentenheter mindre än utvecklingen av kommunernas utgifter för social- och hälsovården innan Eksote inrättades. När man jämför ökningen i nettokostnader för tiden före och efter Eksote inrättades, har man i totalkostnaderna lyckats spara 9,5 miljoner euro under perioden 2010–2012. Dessa inbesparingar har uppnåtts enbart genom de stordriftsfördelar som hänför sig till att funktioner har sammanförts (logistik, upphandling, förvaltning) utan att funktionerna har omorganiserats i större omfattning. Det kan bedömas att de egentliga fördelarna med en integrerad social- och hälsovård kan uppnås genom en omorganisering av verksamheten, vilket möjliggörs av ett regionalt ansvar för ordnandet av vård (t.ex. minskad institutionsvård, elektroniska och logistiska lösningar, centraliserad jour och rehabilitering, ändrad personalstruktur). Om ovan nämnda realiserade och uppskattade kostnadsfördelar i Eksote relateras schematiskt till hela landets utgifter för social- och hälsovården, talar vi på hela landets nivå om årliga kostnadsfördelar i miljardklassen (hela landets utgifter för social- och hälsovård var 19,8 miljarder år 2012). I de kostnadsfördelar som framförs ovan ingår inte ännu den inbesparingspotential som kan åstadkommas genom att avveckla den finansiering som baserar sig på flera kanaler.

Kommunernas samverkan och upphandlingar

Lagen om offentlig upphandling (348/2007) innehåller bestämmelser om skyldigheten för statliga och kommunala myndigheter att konkurrensutsätta sina anskaffningar. Genom lagen har bland annat Europaparlamentets och Rådets direktiv 2004/18/EG om samordning av förfarandena

vid offentlig upphandling av byggentreprenader, varor och tjänster, som är i kraft till den 17 april 2016, genomförts. År 2011 inledde Europeiska kommissionen revideringen av offentlig upphandling genom att publicera en grönbok, och i februari 2014 antogs nya direktiv om EU:s offentliga upphandlingar. Direktiven omfattar Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG, nedan *det nya upphandlingsdirektivet* (2014/24/EU, 28.3.2014 L 94). Direktiven reviderar nästan helt det nuvarande EU-regelverket om upphandling. I anslutning till detta har arbets- och näringsministeriet inlett en fullständig revidering av lagstiftningen om offentlig upphandling. Avsikten är att den nya lagstiftningen ska träda i kraft våren 2016.

Bakom direktiven om offentlig upphandling ligger målen för en fungerande inre marknad med fri rörlighet för varor och tjänster inom EU. Målen anges i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt. Med stöd av direktiven har sådan offentlig upphandling inom EU som överskrider ett visst tröskelvärde öppnats för konkurrens. Det nya upphandlingsdirektivet omfattar en förteckning över tjänster på vilka man nationellt kan föreskriva om lättare upphandlingsförfaranden och i vars konkurrensutsättande det högre EU-tröskelvärdet (750 000 euro) kan tillämpas. Dessa bestämmelser kan även tillämpas på upphandlingar inom social- och hälsovården.

Utgångspunkten för tillämpningen av upphandlingslagstiftningen är ett upphandlingskontrakt med ekonomiska villkor. Upphandlingslagstiftningen förutsätter att offentliga samfund och övriga upphandlande enheter arrangerar öppna, effektiva och jämlika anbuds-förfaranden. Om det vid ett åläggande som gäller allmännyttiga tjänster är fråga om att producera tjänsterna för ett offentligt samfund mot ersättning, eller om ersättningen utgörs av en rätt, som övergår till tjänsteproducenten, att utnyttja tjänsterna, är det i princip fråga om ett upphandlingskontrakt eller en tjänstekoncession som ska konkurrensutsättas i enlighet med upphandlingslagstiftningen.

Genom de nya bestämmelserna i upphandlingsdirektivet intervenerar man fortsättningsvis inte i de upphandlande enheternas rätt att själva producera de tjänster som de ansvarar för som egen verksamhet. Anskaffningen behöver inte heller konkurrensutsättas när den upphandlande myndigheten har organiserat sin tjänstenhet till en separat underordnad juridisk person, som i huvudsak erbjuder endast sina ägare tjänster. Även sådana strukturella samarbetsmodeller där tjänsteproduktionen bygger på en ensamrätt som myndigheten innehar enligt lagar eller andra offentliggjorda författningar är enligt artikel 11 i det nya upphandlingsdirektivet befriade från skyldigheten att konkurrensutsätta. I dessa fall har den upphandlande enheten ingen verklig möjlighet att välja tjänsteproducent. Motsvarande reglering gäller också nuförtiden.

Artikel 12 i det nya upphandlingsdirektivet innehåller bestämmelser om sådana olika modeller för samarbete mellan enheter som faller utanför direktivets tillämpningsområde. I artikel 12.1 definieras upphandlingarna hos anknutna enheter, dvs. så kallade in house-upphandlingar. Definitionerna i direktivet utvidgar möjligheterna till in house-upphandlingar. I praktiken faller dessa upphandlingar utanför tillämpningsområdet för upphandlingslagen. I in house-modellen gör den upphandlande myndigheten anskaffningen hos den formellt separata och när det gäller beslutsfattande oberoende enheten, men utövar hos den berörda juridiska personen likadant bestämmande inflytande som i sina egna enheter. Dessutom ska produktionsenheten producera tjänster närmast endast för den upphandlande myndigheten.

Upphandlingar som uppfyller vissa villkor och som de upphandlande enheterna genomför tillsammans faller också utanför skyldigheten att konkurrensutsätta enligt artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet även om de som sådana var upphandlingar. I dessa kontrakt avtalas i enlighet med de mål som tillgodoser det allmänna intresset om gemensamt utförande av de myndighetsuppgifter som myndigheterna ansvarar för. De uppgifter som de myndigheter som deltar i samarbetsarrangemanget har behöver inte vara identiska, utan de kan också stöda eller

komplettera varandra. På detta sätt säkerställs det att de uppgifter som myndigheterna ansvarar för utförs och att de gemensamma målen nås. Genomförandet av samarbetet bygger uteslutande på beaktande av synpunkter som är enligt det allmänna intresset. Bakom artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet ligger EU-domstolens avgörandepraxis. Finlands samkommunsmodell, när den genomförs enligt ovannämnda artikel, är ett arrangemang som faller utanför skyldigheten att konkurrensutsätta. Enligt senaste nationella rättspraxis kan även ansvarskommunmodellen enligt kommunallagen uppfylla villkoren enligt artikel 12 i direktivet när serviceproduktionen genomförs under det gemensamma organets beslutanderätt och noggrant enligt villkoren som fastställs i grundavtalet för att handha alla medlemskommuners gemensamma uppgift. Enligt beslutet om att ordna social- och hälsovård ska den ansvarskommun som fått ansvaret för produktionen för sin del utföra social- och hälsovårdsområdets uppgifter, som kommunerna är skyldiga att finansiera. Även ansvarskommunen producerar i dessa situationer service för andra avtalskommuner enligt allmänt intresse utan några rörelsevinstmål. Genom arrangemanget genomförs principen för gemensamt ansvar, och i verksamheten ges ingen privat serviceproducent en förmånligare ställning än konkurrenterna. Därmed kunde social- och hälsovårdsområdet ge ansvaret för serviceproduktionen till samkommuner och ansvarskommuner som uppfyller ovan avsedda villkor.

Myndighetsverksamhet som har avgränsats med stöd av lagstiftning kan inte anses vara ett sådant upphandlingskontrakt som avses i upphandlingslagstiftningen. Situationerna uppfyller även de horisontella krav och förutsättningar som ställs i avgörandepraxisen vid unionens domstol samt i det nya upphandlingsdirektivet. Det är inte fråga om en konkurrenssituation med privata producenter, och ingen privat tjänsteproducent är heller i en fördelaktigare ställning än sina konkurrenter. Med stöd av de ovannämnda grunderna ska alltså bestämmelserna i upphandlingslagstiftningen inte tillämpas när social- och hälsovårdsområdet beslutar om att ge en samkommun produktionsansvar, eftersom dessa åtgärder inte inkluderar marknadsföring.

2.8 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna

Finansiering

Driftskostnader

Utgångspunkten i Finland är att det är det allmänna som ansvarar för ordnandet av social- och hälso-tjänster, att dessa tjänster ska vara tillgängliga för alla och att de i huvudsak ska finansieras genom skattemedel. Man har ansett att en skattefinansierad modell bäst säkerställer en så jämlik verkställighet av servicen som möjligt samt möjligheten att kontrollera utvecklingen av utgifterna för social- och hälsovården.

Ordnandet av social- och hälso-tjänster förutsätter tillräckliga resurser. Social- och hälso-tjänsternas andel av kommunernas utgifter är mycket stor. Finansieringen av systemet för social- och hälso-tjänsterna utgör bl.a. genom statsandelssystemet också en mycket betydande del av de statliga finanserna.

Den kommunala sektorns driftskostnader uppgick till ca 42,1 miljarder euro 2011. Av detta var social- och hälsovårdsväsendets andel 21,6 miljarder euro, dvs. 51,3 procent, när man också inkluderar driftskostnaderna för barndagvården. Social- och hälsovårdsväsendets andel av kommunernas driftskostnader utan barndagvården var 18,8 miljarder euro, dvs. ca 45 procent. Barndagvården utgör inte längre sedan 2013 en del av socialservicen, utan i samtliga former av samarbete mellan kommunerna är den en uppgift som primärkommunernas ansvarar för som en del av bildningsväsendet. Av driftskostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet stod år 2011 den specialiserade sjukvården för en tredjedel och primärvården för en femtedel. De övriga uppgiftskategorierna stod alltså för mindre än hälften. Skillnaderna mellan kommunerna är stora såväl när det gäller social- och hälsovårdsväsendets utgiftsandelar som när det gäller utgifterna per invånare. Kommunerna erhåller statsandel för driftskostnaderna för social- och hälsovården i enlighet med lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009). På landsomfat-

tande nivå utgör statsandelen för social- och hälsovården som en del av statsandelen för basservicen ca 25 procent av kommunernas utgifter för social- och hälsovårdsväsendet 2015. Statsandelssystemet utjämnar kostnadsskillnaderna vid ordnandet av kommunal service, och det system för utjämning av statsandelarna som baserar sig på skatteinkomsterna utjämnar skillnaderna i kommunernas inkomstunderlag, så att kommunerna kan finansiera sin basservice.

Statsandelen med allmän täckning för basservice uppgick till 8,5 miljarder euro 2012. Av detta var social- och hälso-tjänsternas andel 71 procent (6 miljarder euro). Förutom statsandel för basservice riktar staten finansiering till social- och hälsovårdsväsendet inom den kommunala sektorn och därtill anknuten verksamhet via flera andra moment i statsbudgeten. Sådana poster är bl.a. statsandelen för kostnaderna för grundläggande utkomststöd, den statliga ersättningen till kommunala hälso- och sjukvårdsenheter för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen, den statliga finansieringen av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå samt den statliga ersättningen till kommunerna för ordnandet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.

Kommunernas egna skatteinkomster står för ca 46 procent av finansieringen av kommunsektorns utgifter. Tillsammans med statsandelarna för driftsekonomin utgör de nästan två tredjedelar av kommunsektorns inkomster. Således dominerar skattefinansieringen i fråga om den service som kommunerna ansvarar för.

Investeringar

Kommunerna samt samkommunerna för social- och hälsovården ansvarar själva för finansieringen av investeringarna. Med stöd av lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården kan statsunderstöd betalas ut till kommunerna och samkommunerna för anläggningsprojekt som behövs för ordnandet av social- och hälsovård, om projektet är nödvändigt och dess totala kostnader är minst 300 000 euro. Statsunderstödet andel av projektets totala kostnader bestäms med stöd av lagen om statsandel för

kommunal basservice. Erhållandet av statsunderstöd förutsätter dessutom att det i statsbudgeten finns anslag för beviljande av understöd. I praktiken har statsunderstöd inte på många år beviljats för nybyggande. Därför har kommunerna och samkommunerna själva finansierat investeringar av detta slag.

Specialstatsandelar och specialbidrag

Undervisningsverksamhet

Bestämmelser om ordnande av undervisning och forskning inom hälso- och sjukvård ingår i 7 kap. i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den lagen betalas till de samkommuner för ett sjukvårdsdistrikt där det finns ett universitetssjukhus ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen i fråga.

Utbildningsersättning som grundar sig på antalet examina betalas dock inte för specialläkar- och specialtandläkarexamen inom hälso- och sjukvård eller specialistläkarexamen inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning ges vid ett universitetssjukhus betalas den samkommun som är huvudman för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på grundval av antalet realiserade utbildningsmånader.

I hälso- och sjukvårdslagen ingår också bestämmelser om hur ersättning för kostnader som orsakats av utbildning både i fråga om grundutbildning och i fråga om specialiseringsutbildning betalas till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus.

Hälsovetenskaplig forskning

I fråga om hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå föreskrivs i hälso- och sjuk-

vårdslagen att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer fastställer för fyra år i taget insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå. För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt. Finansieringen betalas till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer i enlighet med beslut som social- och hälsovårdsministeriet fattar för fyra år i taget. Ministeriets beslut baserar sig på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden.

Samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Kommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. En kommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sjuksjukhus eller en tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen som består av sakkunniga. Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma den hälsovetenskapliga forskningens kvalitet, omfattning och genomslag och utfallet för insatsområdena och målsättningarna för forskningen under den föregående fyraårsperioden samt att för social- och hälsovårdsministeriet lägga fram förslag om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas mellan specialupptagningsområdena under den följande fyraårsperioden.

Statsunderstöd för utvecklingsprojekt i kommunerna

För genomförande av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård, vilket behandlas närmare nedan, får social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för ett anslag i statsbudgeten bevilja projektunderstöd till kommuner och samkommuner. I statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. För projektfinansiering finns sammanlagt ca 46 miljoner euro tillgängligt för perioden 2012–2015. Dessutom har det anvisats 3 miljoner euro för det nationella verkställandet av programmet. Genom statsrådets förordning om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården (183/2012) har närmare bestämmelser utfärdats om grunderna för fördelningen av statsunderstödet, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas.

En förutsättning för beviljande av statsunderstöd är att projektet uppfyller de social- och hälsopolitiska mål som uppställs i det nationella utvecklingsprogrammet. Projektet ska ha nära samband med den kommunala social- och hälsovården och det nödvändiga tväradministrativa samarbetet ska beaktas där. Projektet ska kunna bedömas vara resultatrikt och det ska gå att utnyttjas på bred basis.

Vid bedömningen av projekten beaktas också regionala utvecklingsbehov. De regionala ledningsgrupperna för social- och hälsovården bedömer ansökningarna om statsunderstöd och avger ett utlåtande om dem till social- och hälsovårdsministeriet.

För att dra upp riktlinjer för projektfinansieringen för social- och hälsovården samt för att undvika överlappande finansiering koordinerar social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med olika finansiärer den projektfinansiering för social- och hälsovård som är avsedd för kommuner, samkommuner, organisationer och företag. Våren 2013 inrättades en särskild arbetsgrupp för koordinationen.

Överlåtelseskatt

Enligt lagen om överlåtelseskatt (931/1996) ska förvärvaren betala överlåtelseskatt på överlåtelse av fastigheter och värdepapper. Vid överlåtelse av fastigheter är skattesatsen 4 procent av köpeskillingen eller värdet av något annat vederlag. Om objektet för överlåtelse är aktier i ett aktiebolag som idkar ägande eller besittande av fastigheter, är skattesatsen 2 procent och vid övrig överlåtelse av värdepapper 1,6 procent. Om överlåtelsen sker i situationer där ingen köpeskillning betalas, beräknas skatten utifrån det verkliga värdet på den överlåtna egendomen vid tidpunkten för överlåtelsen.

Överlåtelseskatt behöver inte betalas för erhållande av en fastighet om förvärvaren är en kommun eller samkommun. Skattefriheten gäller inte aktiebolag som ägs av en kommun eller samkommun. Förpliktelsen att betala överlåtelseskatt uppstår bland annat när kommunen eller ett aktiebolag som ägs av den placerar en fastighet eller värdepapper som apport i ett annat aktiebolag. Bestämmelser om temporära avvikelser från denna skattskyldighet finns i 43 a–c § i lagen om överlåtelseskatt.

43 b § i lagen om överlåtelseskatt (171/2007) introducerades i anknäpning till Paras-ramlagen. I 43 b § i lagen om överlåtelseskatt föreskrivs om temporär skattefrihet vid kommuners strukturarrangemang. Enligt paragrafen har en kommun, en samkommun eller ett av dem ägt fastighetsaktiebolag under vissa förutsättningar 2007–2012 skattefritt kunnat överlåta för fullgörande av de skyldigheter som avses i ramlagen som apport en fastighet som den ägt eller aktier i ett fastighetsaktiebolag till ett fastighetsaktiebolag som ägs av en eller flera kommuner eller samkommuner. Paras-ramlagen var i kraft fram till utgången av 2012, men giltighetstiden för de samarbetsförpliktelser inom social- och hälsovården som ingick i den förlängdes till utgången av 2014 genom en lag (384/2011) som trädde i kraft den 4 maj 2011. I anslutning till detta förlängdes också tillämpningstiden för den temporära skattefriheten för överlåtelser som sker vid kommuners strukturarrangemang delvis ändrad genom en lag (991/2012) som trädde i kraft den 1 januari 2013. Skattefriheten gäller nu för överlåtelser som sker fram till utgången

av 2016 när fastigheten kommer att användas av social- eller hälsovården.

2.9 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Kommunens organiseringsansvar för social- och hälsovården

Enligt 13 § i socialvårdslagen ska kommunen såsom till socialvården hörande uppgifter sörja för att utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet rörande socialvård och annan social trygghet ordnas.

Enligt 37 § i hälso- och sjukvårdslagen ska hälsovårdscentralen på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet. Kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för detta. Hälsovårdscentralen ska samarbeta med primärvårdsenheten inom samkommunen för sjukvårdsdistriktet och med andra hälsovårdscentraler. Hälsovårdscentralen ska tillsammans med primärvårdsenheten delta i det riksomfattande utvecklandet av primärvården.

Kompetenscentrumen inom det sociala området

Kompetenscentrumen inom det sociala området stöder den regionala utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet som gäller socialvård. Bestämmelser om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området ingår i lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1230/2001) och i motsvarande förordning (1411/2001). Syftet med kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området är att skapa och upprätthålla en regional samsamarbetsstruktur som täcker hela landet i avsikt att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt säkerställa specialservice och specialisttjänster som kräver specialkompetens och förutsätter samarbete på regional nivå inom det sociala området. För verksamheten ansvarar regionala kompetenscentrum inom det sociala områ-

det, vilkas verksamhetsområden omfattar samtliga kommuner. För den svenskspråkiga befolkningens behov finns dessutom ett svenskspråkigt kompetenscentrum.

Ett kompetenscentrum kan bildas av kommuner och samkommuner i varje verksamhetsområde tillsammans med universitet, yrkeshögskolor och andra läroanstalter inom området för social- och hälsovård, förbund på landskapsnivå, regionförvaltningsverk, organisationer och företag samt andra parter som är verksamma inom social- och hälsovården. Kompetenscentrumverksamheten och kompetenscentrumens administration ordnas i enlighet med ett inbördes avtal mellan de ovan nämnda parter som bildar ett kompetenscentrum.

Till stöd för kompetenscentrumverksamheten betalas statsunderstöd. De allmänna grunderna för bestämmandet av statsunderstödet är varje kompetenscentrums invånarantal och areal. Kompetenscentrumen finansierar sin verksamhet dessutom med de avgifter som flyter in för de sakkunnigtjänster som de säljer.

I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet finns en delegation för kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området, som statsrådet tillsätter för fyra år i sänder. Delegationen har till uppgift att dra upp riktlinjer på riksnivå för kompetenscentrumverksamheten, se till att en överenskommelse ingås om varje kompetenscentrums särskilda insatsområden samt också i övrigt samordna och stöda kompetenscentrumens verksamhet. Delegationen ska också genom att ge utlåtanden, eller på annat sätt, ta ställning till principiellt viktiga frågor som gäller kompetenscentrumverksamheten eller kompetenscentrumens administration samt vid behov lägga fram förslag till utveckling av lagstiftningen.

Utvecklingsenheterna för primärvården

Enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ha en primärvårdsenhet som har multidisciplinär kompetens på hälsoområdet och som stöder arbetet med att ta fram en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. En viktig uppgift för enheten är att i samarbete med olika instanser

koordinera den vetenskapliga forskning som utförs inom primärvården och arbetet med att lägga fram vård- och rehabiliteringskedjor samt att koordinera regional fortbildning. Primärvårdsenheterna tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården, primärvården och, i tillämpliga delar, socialväsendet. Avsikten är också att enheten ska samarbeta samt skapa permanenta samarbetsförfaranden med det kompetenscentrum inom det sociala området som finns i den egna regionen.

Enligt 36 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt erbjuda sakkunskap och stöd till kommunerna genom att ordna utbildning, sammanställa uppföljningsuppgifter som gäller välfärd och hälsa och genom att se till att dokumenterat effektiva handlingsmodeller och goda rutiner för förebyggande av sjukdomar och problem sprids till kommunerna.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården

Enligt 5 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) fastställer statsrådet vart fjärde år ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården (det nationella utvecklingsprogrammet). Ett nytt program för perioden 2012–2015 fastställdes den 2 februari 2012. Det nationella utvecklingsprogrammet är social- och hälsovårdsministeriets lagstadgade strategiska styrmedel för ledningen av social- och hälsovårdspolitikerna. När programmet utarbetas utreds reformbehov och uppställs mål. Därefter genomförs de önskade ändringarna i samarbete med intressegrupper och aktörerna på fältet, i synnerhet kommunerna.

Det nationella utvecklingsprogrammet kan granskas årligen i fråga om de åtgärder som stöder genomförandet av programmets mål, och i övrigt kan det ändras av särskilda skäl. I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården kan också ingå sådana viktiga mål och åtgärdsrekommendationer

som riktar sig mot statens central- och regionalförvaltning för social- och hälsovården och som är motiverade med tanke på ett ändamålsenligt verkställande av den kommunala social- och hälsovården.

Till organisationen för det nationella utvecklingsprogrammet hör delegationen för social- och hälsovården, ledningsgruppen för utvecklingsprogrammet som är verksam i samband med delegationen samt regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården, vilka väljs för fyra år i sänder. Bestämmelser om dem ingår i 5 a § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården samt i statsrådets förordning om delegationen för social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården (913/2011).

Delegationen för social- och hälsovården har i uppgift att samla de nationella målen för social- och hälsovården, se till att de genomförs samt verkställa samarbete mellan riksomfattande och regionala aktörer. Ledningsgruppen för det nationella utvecklingsprogrammet har i uppgift att leda beredningen av utvecklingsprogrammet samt dess riksomfattande och regionala genomförande. Ledningsgruppen ska bl.a. främja samarbete mellan centralförvaltningen och regionerna, behandla med social- och hälsovårdsorganisationerna frågor som hör till samarbetet inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet samt behandla den helhet som består av styrnings- och tillsynsåtgärder.

Som stöd för delegationen för social- och hälsovård finns fem av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården. Varje regional ledningsgrupp har ett eget verksamhetsområde. Verksamhetsområdena har bildats genom tillämpning av den områdesindelning som motsvarar den som används när de specialupptagningsområden som avses i 9 § i lagen om specialiserad sjukvård (9 §) bildas. De regionala ledningsgrupperna har till uppgift att inom sin region stödja beredningen av det nationella utvecklingsprogrammet samt att främja och för sin del följa genomförandet av programmet. Ledningsgrupperna utarbetar bl.a. de planer inom det nationella utvecklingsprogrammet som avser genomförandet i regionerna och kommer

med förslag till delegationen gällande åtgärder med hjälp av vilka genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet kan främjas.

De planer som avser genomförandet i regionerna grundar sig på regionens utvecklingsbehov och talar om vilka nationella mål som är de viktigaste i den regionen och genom vilka åtgärder i regionen dessa mål uppnås. I de planer som avser genomförandet i regionerna utnyttjas bl.a. kommunernas välfärdsberättelser och servicestrategier samt planer för ordnande av hälso- och sjukvård och landskapens välfärdsprogram.

2.10 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet

En kommun och en läroanstalt eller högskola som ansvarar för utbildningen av socialvårdspersonal kan enligt 52 § i socialvårdslagen överenskomma om utnyttjande av socialvårdens verksamhetsenheter för ordnande av socialvårdsutbildning. En kommun har rätt att för direkta kostnader som föransleds av ordnandet av ovan avsedd utbildning, till fullt belopp erhålla ersättning av en högskola eller annan myndighet eller ett annat samfund som ansvarar för utbildningen. Vid fastställandet av ersättning beaktas även den direkta nytta som utbildningen medför för kommunen.

Enligt 53 § har kommunerna en lagstadgad förpliktelse att ordna kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen. Kommunen ska se till att socialvårdspersonalen beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat rekommendationer till kommunerna som stöd för ordnande av fortbildning inom socialvården (SHM:s publikationer 2006:7).

Bestämmelser om fortbildning för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ingår i 5 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt 5 § ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata tjänsteproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i

tillräcklig utsträckning deltar i kompletterande utbildning inom hälso- och sjukvården. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll. Dessutom ingår bestämmelser om fortbildning inom hälso- och sjukvård i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003). Social- och hälsovårdsministeriet har dessutom utfärdat rekommendationer om genomförandet av fortbildning (SHM:s handböcker 2004:3).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälsovårdscentralen på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet (37 §). Ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder (4 §).

I lagstiftningen om socialvård ingår också bestämmelser om utnyttjande av ledning och multidisciplinärt kunnande då socialvård lämnas.

2.11 Styrning och övervakning

Social- och hälsovårdsministeriet

Till social- och hälsovårdsministeriets uppgifter hör allmän planering och styrning av och tillsyn över social- och hälsovården med stöd av socialvårdslagen, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, mentalvårdslagen, lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda och lagen om smittsamma sjukdomar. Behörigheten rör i praktiken kommunernas social- och hälsovård och statens sinnessjukhus. Även den allmänna styrningen av och tillsynen över den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen samt den allmänna styrningen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården hör till social- och hälsovårdsministeriet.

Regionförvaltningsverken

Regionförvaltningsverket styr och utövar tillsyn över socialvården, folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården samt den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen inom sitt verksamhetsområde.

Regionförvaltningsverken främjar enligt lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen.

Regionförvaltningsverken sköter de uppgifter som särskilt föreskrivs för dem inom social- och hälsovården, miljö- och hälsoskyddet, utbildningsväsendet och det övriga bildningsväsendet, främjandet och förverkligandet av rättsskyddet, tillståndsärenden och övriga ansökningsärenden som hör till området för miljöskydds- och vattenlagstiftningen, räddningsväsendet, tillsynen över och utvecklandet av arbetarskyddet, produkttillsynen över produkter som används i arbetet samt konsument- och konkurrensförvaltningen. Regionförvaltningsverken ska dessutom utvärdera den regionala tillgången till basservice, styra, övervaka och utveckla magistraterna, samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen, stödja behöriga myndigheter då myndigheterna leder säkerhetssituationer i regionen och samordna deras verksamhet samt sköta det regionala myndighetssamarbetet inom polisväsendet och samordna beredskapen och beredskapsplaneringen för polisväsendet. Regionförvaltningsverken kan även ha andra uppgifter om vilka det föreskrivs särskilt.

Den allmänna administrativa styrningen av regionförvaltningsverken hör till finansministeriet, Justitieministeriet, inrikesministeriet, finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, jord- och skogsbruksministeriet, arbets- och näringsministeriet, miljöministeriet och polisstyrelsen, eller en myndighet inom centralförvaltningen som särskilt har ålagts att sköta styrningen, ansvarar dessutom för styrningen av regionförvaltningsverkens verksamhet inom sina egna ansvarsområden.

I speciallagstiftningen om social- och hälsovården ingår cirka 130 bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter. Med stöd av det som sägs ovan hör styrningen av regionförvaltningsverkens verksamhet som hänger samman med dessa uppgifter till social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom har det föreskrivits att Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdens verksamhetsenheter.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) är ett centralt ämbetsverk under social- och hälsovårdsministeriet. Enligt lagen om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (669/2008) har Valvira som ansvarsområde att främja tillgodoseendet av rättsskyddet och tjänsternas kvalitet inom social- och hälsovården samt hanteringen av hälsorisker i livsmiljön och hos befolkningen genom styrning och tillsyn.

Valvira sköter den tillståndsförvaltning, styrning och tillsyn som föreskrivs för verket i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, folkhälsolagen, lagen om företagshälsovård (1383/2001), lagen om specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om privat hälso- och sjukvård, lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om elektroniska recept (61/2007), socialvårdslagen, lagen om privat socialservice (922/2011), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, hälsoskyddslagen (763/1994), alkohollagen, tobakslagen, gentekniklagen (377/1995) och lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010). Dessutom ska Valvira sköta de uppgifter som det har enligt bestämmelser i lagstiftningen om abort, sterilisering, assisterad befruktning, användning av

mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål och medicinsk forskning samt uppgifter som det har enligt någon annan lag eller förordning. Valvira ska dessutom sköta de uppgifter som med stöd av den ovan avsedda lagstiftningen hör till dess ansvarsområde och som social- och hälsovårdsministeriet ålägger verket.

Valvira, som är underställt social- och hälsovårdsministeriet, styr regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över socialvård, folkhälsoarbete, specialiserad sjukvård och privat hälso- och sjukvård och socialservice. Bestämmelser om arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, socialvårdslagen, lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, folkhälsoagen, lagen om specialiserad sjukvård, mentalvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård.

I egenskap av nationell tillsynsmyndighet övervakar Valvira bland annat personer med yrkesutbildning inom hälso- och sjukvård när de är verksamma inom hälso- och sjukvården. Det främsta syftet med övervakningen är att behålla och främja patientsäkerheten och att säkerställa kvaliteten på hälsotjänsterna.

Arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken och befogenheterna vid styrning och tillsyn

För tillsynen ansvarar främst regionförvaltningsverken, medan Valvira behandlar ärenden som särskilt fastställs i lagen. Valvira styr och övervakar socialvården och folkhälsoarbetet i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, ärenden som har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid Valvira, eller ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Med tillsyn över verksamhetsenheter inom socialvården eller hälso- och sjukvården avses tillsyn över socialvård eller hälso- och sjukvård som de organisationer som fastställs i lagstiftningen ordnar eller producerar för klienter eller patienter. Tillsynen är till sin karaktär laglighetsövervakning och dess främsta syfte är att säkra att verksamheten uppfyller kraven enligt lagstiftningen. Den tillsyn som tillsynsmyndigheterna inom social- och hälsovården utför säkerställer och främjar genomförandet av organisationernas egen tillsyn. En organisation leder sin verksamhet och den har alltid själv det primära ansvaret för att följa upp och övervaka den verksamhet som den ansvarar för. Tillsynen främjar även rättsskyddet för de yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som arbetar i organisationen i fråga.

Genom tillsynen och styrningen som hänger samman med den säkras och främjas kvaliteten på servicen samt klient- och patientsäkerheten. Syftet är att förebygga att omständigheter och praxis som äventyrar klient- och patientsäkerheten skapas. Styrningen kan också kallas förhandskontroll. Den inbegriper bland annat rådgivning, informerande, styrningsrelaterade besök hos verksamhetsenheter som övervakas och utbildningsverksamhet. Genom en väl fungerande styrning går det ofta att undvika att tillsynsmyndigheten genom tillsyn i efterhand eller genom förpliktelser måste ingripa i verksamheten vid verksamhetsenheten.

Organisationstillsynen av regionförvaltningsverken och Valvira kan i praktiken fokusera på till exempel om organisationen har tillräckliga planer och instruktioner som säkerställer kvalitetsledningen och klient- och patientsäkerheten. Eller till exempel på om de utfärdade anvisningarna om förfaringssätt och instruktionerna uppfyller kraven enligt lagstiftningen. Tillsynen kan även fokusera bland annat på att genomförandet av läkemedelsbehandling eller hanteringen av klient- eller patientuppgifter är ändamålsenlig i organisationen, eller på tillgången till vård eller omsorg och andra frågor som rör klient- eller patienträttigheter, på att handläggningen av anmärkningar som klienter eller patienter lagt fram är ändamålsenlig eller till exempel på att säkerställa att personalen inom social-

vården är behörig och att den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården är kompetent och på frågor som rör arbetsfördelning.

Metoder och påföljder inom tillsynen

Valvira och regionförvaltningsverken kan vid behov göra inspektioner i lokaler hos producenter av socialservice och hos självständiga yrkesutövare och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. I 55 § i socialvårdslagen, 75 § i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, 42 § i folkhälsolagen, 51 § i lagen om specialiserad sjukvård, 33 a § i mentalvårdslagen, 17 § i lagen om privat socialservice och i 17 § i lagen om privat hälso- och sjukvård ingår bestämmelser om inspektionerna. Enligt dessa bestämmelser kan verksamheten och de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av verksamheten inspekteras när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Valvira kan dessutom av grundad anledning ålägga ett regionförvaltningsverk att förrätta en inspektion.

När brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av verksamheten eller om verksamheten i övrigt strider mot lagstiftningen om den, kan Valvira eller regionförvaltningsverket meddela ett föreläggande om att bristen eller missförhållandet ska avhjälpas. Föreläggandet kan förenas med vite eller med hot om att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den förbjuds. Om klient- eller patientsäkerheten så kräver, kan det även bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas, eller att användningen av en verksamhetsenhet eller del av enheten, eller av en anordning omedelbart ska förbjudas. Ett tillstånd som beviljats en privat socialservice- eller hälso- och sjukvårdsproducent kan även helt eller delvis återkallas vid väsentlig överträdelse av lag i verksamheten. Till följd av ett felaktigt förfarande eller en försummelse som Valvira eller ett regionförvaltningsverk konstaterat kan de i lindrigare fall ge en anmärkning till den organisation som ordnar eller genomför den berörda verksamheten eller till den person som

ansvarar för verksamheten eller uppmärksamma den som övervakas på att verksamheten ska ordnas på ändamålsenligt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas.

Tillsynsärenden kan anhängiggöras till exempel på grund av anmälningar eller klagomål som klienter och patienter eller deras anhöriga har lämnat in, information som lämnats av andra myndigheter, anmälningar som lämnats in av apotek, yrkesutbildade personers arbetsgivare, chefer eller domstolar och på grund av att olika myndigheter begär utlåtanden. Valvira och regionförvaltningsverken kan även på eget initiativ åta sig att utreda ett ärende. När det gäller klagomål innehåller de lagar som rör tillsyn bestämmelser om att Valvira och regionförvaltningsverken inte utan särskilda skäl undersöker sådana klagomål som gäller ärenden som är äldre än fem år. I förvaltningslagen är gränsen två år från den 1 september 2014.

Antalet tillsynsärenden som Valvira och regionförvaltningsverken handlägger inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat. År 2012 anhängiggjordes hos Valvira totalt 1 247 tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården och 114 tillsynsärenden inom socialvården.

2.12 System för social- och hälsotjänster i de nordiska länderna

Hälso- och sjukvårdssystem i förändring i Norden

Ansvar för att tillhandahålla tjänster inom hälso- och sjukvården håller på att överföras till tillhandahållare som har en större befolkning och vars ekonomiska bärkraft och kunskaper är bättre än tidigare. Att ordna service separeras från att producera service och gruppen av tjänsteproducenter utvidgas och blir mångsidigare. Patienternas ställning och vårdens klientinriktning förbättras genom att öka klientens valfrihet. Transparensen ökas genom att leverera mer jämförbar information om kvaliteten på, tillgången till och kostnadseffektiviteten hos tjänsterna. Kvalitet och patientsäkerhet håller på att bli en viktig konkurrensfaktor.

Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten var enligt de sifferuppgifter för 2012 som OECD rapporterat 11,00 procent i Danmark, 9,3 procent i Norge, 9,6 procent i Sverige och 9,1 procent i Finland. I Danmark täcktes 85,3 procent, i Norge 84,9 procent och i Sverige 81,6 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården år 2011 med offentlig medel. Den motsvarande andelen för offentlig finansiering i Finland var mindre än i jämförelseländerna, nämligen 75,4 procent.

I internationella jämförelser är Norden i täten när det gäller effektivitet inom hälso- och sjukvården, särskilt om hälsoindikatorer av allmän karaktär används som mätare, som t.ex. prognostiserad livslängd och barn dödlighet. Om granskningen begränsas till förväntade friska levnadsår, avviker Finland från övriga Norden med en sämre hälsoprognos.

Vid jämförelse av sjukhusens produktivitet ligger Danmark, Norge och Sverige efter Finland. Skillnaderna har förklarats med bland annat lägre personalkostnader i Finland, olika principer för att beräkna kostnaderna och eventuella skillnader i forskningsverksamheten. Huruvida de producerade sjukhus tjänsterna avviker från varandra när det gäller innehåll och kvalitet finns det inga klara bevis för.

I Norden har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård av tradition varit i samma händer som en stor del av tjänsteproduktionen. I

Finland har kommunerna huvudansvaret för ordnandet och i Sverige har 20 landsting eller regioner huvudansvaret. Vid strukturreformen i Danmark 2005–2007 överfördes ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård från 14 landskap (amter) till fem nya regionala aktörer (regioner). Finansieringsansvaret har i huvudsak lagts på staten, men i viss mån även på kommunerna. Till följd av reformen av primärvården (2001) och sjukhusreformen (2002) i Norge har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård delats mellan staten och kommunerna. Staten finansierar och ordnar specialiserad sjukvård genom fyra regionala aktörer (regionale helseforetak). Kommunerna har ansvaret för att tillhandahålla primärvårdstjänster. Finansieringen av dessa tjänster har delats mellan kommunerna och staten.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige har inte genomgått likadana strukturella reformer som systemen i Danmark och Norge. Även om man redan nu i Sverige producerar hälso-tjänster utifrån avsevärt större befolkningsunderlag än i Finland, gjordes en omfattande utredning av en reform på regional nivå för några år sedan och man diskuterar fortfarande om det med jämna mellanrum. Samtidigt har det till följd av valfrihetsreformen inom primärvården 2010 skett förändringar i det tänkesätt som grundar sig på befolkningsunderlag. När reformen breder ut sig till den specialiserade sjukvården stärks effekterna av förändringen ytterligare.

Tabell 2. Organiseringsansvar för social- och hälsovård i de nordiska länderna.

Land	Sverige	Norge	Danmark	Fastlandsfinland
Specialiserad sjukvård	20 landsting/regioner (+ 1 kommun)	4 regioner	5 regioner	304 kommuner (20 svd)
Primärvård	20 landsting/regioner (+1 kommun)	428 kommuner	5 regioner	304 kommuner
Socialvård	290 kommuner	428 kommuner	98 kommuner	304 kommuner

I jämförelse med övriga Norden har ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård i Finland delats upp på exceptionellt många små aktö-

rer. Detta gäller särskilt tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. I både Finland och Norge ansvarar kommunerna för att tillhan-

dahålla tjänsterna inom primärvården. I hela Norden har kommunerna ett centralt ansvar för att tillhandahålla socialservice. Kommunstorleken i Danmark och Sverige är dock avsevärt större än i Finland.

Danmark

I Danmark genomfördes 2005–2007 en grundlig strukturreform av hälso- och sjukvårdssystemet. Till följd av den överfördes huvudansvaret för att ordna hälso- och sjukvård från 14 landskap (amter) till fem regionala aktörer (regioner). Även om dessa har en regionalt utsedd politisk ledning har de ingen beskattningsrätt, och för finansieringen av hälso- och sjukvården ansvarar till största delen staten.

Danmarks fem regioner ansvarar för ordnandet av både primärvård och specialiserad sjukvård och psykiatrisk sjukvård. Regionerna har också hand om tandvården och fysioterapi för vuxna. Till kommunernas uppgifter hör förebyggande vård, hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård och hemsjukvård. Även förebyggande av komplikationer till följd av kroniska sjukdomar anses delvis höra till kommunernas uppgifter. För rehabilitering ansvarar i huvudsak kommunerna, men för krävande rehabilitering ansvarar regionerna.

En central strategi för att stärka kommunerna var att förstora kommunstorleken till minst 30 000 invånare eller alternativt att skapa samverkan mellan grannkommuner. Kommunfusionerna inleddes mycket snabbt 2006, och antalet kommuner minskade från 275 till 98. Det genomsnittliga invånarantalet i en enskild kommun är för närvarande cirka 55 000.

De väsentligaste dragen hos primärvården förblev oförändrade, men vissa ändringar gjordes. Danmark har redan länge tillämpat en primärvårdsmodell där läkarna är enskilda yrkesutövare. Efter reformen sluter yrkesutövare avtal med fem regionala aktörer. Kommunerna ansvarar för de tjänster som upprätthåller hälsan såväl på individnivå som på befolkningsnivå. För dessa syften förväntas kommunerna upprätthålla "hälsocentraler" (sundhedscentra) där man alltså fokuserar på att främja och upprätthålla hälsan och

på rehabilitering och att förebygga sjukdomar (eller komplikationer hos personer med kroniska sjukdomar).

I samband med reformen av regionalförvaltningen gjordes betydelsefulla principiella förändringar i finansieringssystemet och beskattningen. Till de fem regioner som skapades gavs ingen självständig beskattningsrätt, utan staten och kommunerna finansierar regionernas verksamhet. Regionerna får cirka 80 procent av sin budget av staten och 20 procent av kommunerna. Även andelen på 20 procent är medel som ursprungligen tilldelats kommunerna ur statsbudgeten. Största delen av den direkta statsfinansieringen beräknas utifrån befolkningsunderlaget i varje region, medan en mindre del kommer från aktivitetsbunden ersättning.

Kommunernas finansieringsandel av regionens utgifter kan variera enligt hur mycket varje kommuns invånare belastar sängplatserna inom den specialiserade sjukvården. I detta system är kommunerna förpliktade till att delfinansiera den specialiserade sjukvården för att de ska ha en tydlig motivation att hålla sin befolkning så frisk som möjligt. Kommunernas och primärvårdens möjligheter att påverka behovet av service inom den specialiserade sjukvården på kort eller lång sikt är dock inte obestridliga.

De inbesparingar som förväntades av totalreformen har ännu inte kunnat påvisas. I en uppföljningsrapport som publicerades våren 2013 konstaterades ett behov att ändra ersättningssystemet inom hälso- och sjukvården, så att det bättre stöder integrerad service. Det föreslogs att avtalspraxisen mellan regioner och kommuner samt yrkesutövare förnyas. Dessutom föreslogs det bland annat att yrkesutövarna inom primärvården ska följas upp bättre och att kvalitetsindikatorer ska användas i större utsträckning. Ändringarna i lagstiftningen trädde i kraft i början av hösten 2013.

I Danmark har man också fattat synliga reformbeslut om den specialiserade sjukvården. Man har beslutat att funktioner som kräver särskilda kunskaper ska sammanföras i nationellt färre och större enheter. Staten har reserverat ett avsevärt anslag (cirka 5,4 md euro) för att bygga om gamla sjukhus till moderna så kallade supersjukhus. Besluten

om den regionala placeringen av supersjukhusen har fattats.

Norge

I Norge genomfördes två omfattande reformer 2001–2002. Norges husläkarmodell (fastlegeordningen) gällde ansvaret för finansiering och ordnande av läkarvård inom primärvården. Norges sjukhusreform (sykehusreform, helseforetaksloven) innebar ett förstatligande av landets specialiserade sjukvård.

Som mål för reformen av primärvården uppställdes en bättre och jämnare kvalitet på, tillgång till och kontinuitet av läkarvården, utökning av patientens valfrihet och stärkande av patientens ställning. En ändamålsenligare användning av landets läkarresurser angavs också som ett centralt mål. Norges kommuner förpliktades att orda läkarvården inom primärvården genom avtal med privata yrkesutövare. Tidigare hade läkarna varit i den offentliga arbetsgivaren länets (fylken) tjänst, men genom reformen blev de yrkesutövare.

I sjukhusreformen 2002 övergick ansvaret för finansiering och ordnande av den psykiatriska specialiserade sjukvården från Norges län (fylken) till staten. I samband med reformen delades Norge in i fem – sedan 2004 fyra – regioner där statens regionala aktörer har ansvaret (Regionale Helseforetak). Dessa ansvarar för att befolkningen i varje område får den service inom den specialiserade sjukvården som befolkningen behöver. Sjukhusen är de regionala aktörernas "dotterbolag" (lokale helseforetak), som kan bestå av ett eller flera sjukhus.

De regionala aktörerna fick i princip stor frihet att tillhandahålla tjänsterna de ansvarar för, men staten behöll som ägare möjligheten att styra deras verksamhet inte bara genom lagstiftning och budget utan också genom olika styrdokument och styrelsepåverkare. Särskilt i början förekom det problem med att fastställa lämpliga och rättvisa beräkningsgrunder för allokeringen av statens finansiering till regionerna. Finansieringen består av en kapitationsersättning som grundar sig på befolkningsunderlaget och av en prestationsbaserad ersättning. Cirka 40 procent

av den somatiska specialiserade sjukvården ersätts på prestationsgrunder. Den psykiatriska vården ersätts i huvudsak på kapitationsgrunder. Även om sjukhusen självständigt ansvarar för personalen, verksamheten och ekonomin och de i princip kan fatta stora ekonomiska beslut, så kan de ändå inte gå i konkurs.

Under de första åren efter att sjukhusreformen hade genomförts ökade utgifterna för den specialiserade sjukvården i Norge med cirka tre procent per år. Samtidigt ökade perioderna av sjukhusvård, där dagkirurgi inkluderas, med över fyra procent per år, vilket tydde på att den specialiserade sjukvårdens produktivitet förbättrades. Tillgången till service förbättrades och köerna blev kortare. De regionala skillnaderna i tillgänglighet mellan de tidigare 19 länen minskade inom gränserna för de nya regionerna, men skillnaderna utjämnades inte lika mycket mellan regionerna. I det nya systemet med två parter där staten ordnar den specialiserade sjukvården och kommunerna primärvården konstaterades så småningom problem. Till följd av detta började man bereda nästa lagstiftningsbaserade reform (samhandlingsreform), som inleddes vid ingången av 2012.

Sverige

Enligt hälso- och sjukvårdslagen i Sverige har de 20 landstingen, eller regionerna som är jämförbara med landstingen, ett befolkningsunderlag som varierar mellan knappt 200 000 och 2 000 000 invånare och huvudansvaret för att finansiera och ordna hälso- och sjukvården. Dessutom tillhandahåller Gotlands kommun tjänster (invånarantalet är 57 000). Kommunerna ansvarar bland annat för skolhälsovården och hemsjukvården och för socialtjänsten i sin helhet. Kommunerna ordnar äldreomsorg och serviceboende, men de tillhandahåller inte självständigt läkarvård för äldre utan ska avtala om denna med landstingen.

Landstingen i Sverige är mycket självständiga. Den relativa autonomin bygger utöver på hälso- och sjukvårdslagen på bestämmelserna om kommunal självstyrelse i regeringsformen och kommunallagen. Dessa bestämmelser tillämpas alltså på både kommunerna

och landstingen i Sverige. Enligt EU:s subsidiaritetsprincip ska besluten fattas nära medborgarna och denna lagstiftning anses stödja principen för kommunal självstyrelse.

Landstingen liksom kommunerna har självständig beskattningsrätt. Landstingsskatten är i snitt 10 procent för skattebetalarna och kommunskatten cirka 20 procent. I Sverige tillämpas ett utjämningsystem, enligt vilket de rikaste regionerna stöder ekonomin i de fattigare regionerna. Landstingens huvuduppgift är att ansvara för ordnandet av hälso- och sjukvård inom sin region. Kostnaderna för hälso- och sjukvården står för över 90 procent av verksamhetskostnaderna. Verksamheten finansieras med landstingsskatt, statliga bidrag och i viss mån klientavgifter. En del av de statsbidrag som betalas ut till landstingen är i relation till befolkningsunderlaget och kapitationsgrundade. Det största enskilda bidragsbeloppet grundar sig på ersättningarna för läkemedelskostnader. Under de senaste åren har en allt större del av statsandelarna blivit prestationsgrundade, vilket återspeglar statens växande behov av att styra det decentraliserade systemet mot en jämnare kvalitet och tillgänglighet.

Tidigare producerade landstingen själva största delen av den service för vars ordnande de ansvarar, men andelen utomstående producenter har fortgående ökat såväl inom den specialiserade sjukvården som inom primärvården under de senaste årtiondena. Orsaken till att producentkåren har blivit mångsidigare var i början de positiva förväntningarna på produktionskostnader, pris och kvalitet till följd av konkurrensen mellan producenter. Senare har problemen med tillgång till service väckt mycket politisk diskussion, och strävan att stärka patienternas ställning och öka medborgarnas valfrihet har understött utvecklingsförloppet där marknaderna har öppnats även för privata producenter och producenter inom den tredje sektorn.

Många landsting har redan sedan 1980-talet erfarenhet av att använda beställar-utförarmodellen framför allt inom hälso- och sjukvården. Till följd av detta har även produktifieringen av servicen och utvecklingen av ersättningsförfaranden som bygger på olika principer kommit rätt långt. Många av landstingen har helt separerat beställar- och utfö-

rarfunktionerna från varandra. Man har även aktivt strävat efter att utveckla och stärka beställarens roll, som även inbegriper finansieringsansvar, ansvar för att vården räcker till samt aktiv uppföljning. Inom Stockholmsområdet ansvarar en utomstående part för 30 procent av verksamheten, och nästan 60 procent av vårdcentralerna är privata. Man strävar efter att utvidga urvalet av service som omfattas av patienternas valfrihet till allt fler vårdområden. Auktoriseringen av de parter som erbjuder vård byggde till att börja med på relativt enkla kriterier, men främst kvalitetskraven har kontinuerligt preciserats.

Under de senaste åren har navet i hälsopolitiken i Sverige varit valfrihetsreformen i primärvården. Lagstiftningen om valfriheten trädde i kraft från början av 2010. Lagstiftningen om valfriheten förutsätter att landstingen/regionerna godkänner primärvårdsproducenterna genom ett neutralt godkännandeförfarande, varefter patienterna kan välja den tjänsteproducent som passar patienterna bäst. Penningmedel följer patienten till den producent som patienten valt, och ersättningarna är desamma för alla producenter. Lagstiftningen ger möjlighet att tillämpa motsvarande valfrihetssystem även inom specialiserad sjukvård och sociala tjänster, men inom dessa är förfarandet inte obligatoriskt.

Problem med integration av servicen

Varje nordisk modell för finansiering och ordnande har sina egna integrationsproblem, antingen mellan specialiserad sjukvård och primärvård eller mellan primärvård och socialservice. Särskilt äldre personer med många sjukdomar samt psykiatriska patienter och personer med missbruksproblem är grupper där bristfällig integration av servicen har orsakat stora problem. Även integration av hälsofrämjande i annan verksamhet har varit utmanande.

I Norge och Danmark har problemet varit att hälsofrämjandet, primärvården och den specialiserade sjukvården har separerats till följd av att två parter ansvarar för finansieringen och ordnandet. För att rätta till situationen trädde en omfattande lagstiftningsbaserad reform, den s.k. samhandlingsrefor-

men, i kraft från början av 2012 i Norge. Reformen medförde ändringar i lagstiftningen om kommunal social- och hälsovård och i Norges folkhälsolag. Genom ändringarna strävar man efter att förbättra hälso- och sjukvårdens funktion genom att öka kommunernas samordningsansvar och utveckla samarbetet inom primärvården i samma riktning som både socialservicen och den specialiserade sjukvården. Som grund för samverkan skulle kommunerna och de regionala aktörerna sluta särskilda samarbetsavtal. Genom reformen fick kommunerna även tilläggsfinansiering av staten och samtidigt delfinansieringsansvar för användningen av den specialiserade sjukvården. De första resultaten av uppföljningen av reformen var lovande. Även om färdigställandet av avgiftssystemet för fördröjd utskrivning från sjukhus förse- nades, minskade antalet patienter som väntade på utskrivning till nästan hälften under ett halvår. Reformen följs upp i Norges vetenskapsråds forskningsprogram.

I Danmark har man länge lagt vikt vid tillhandahållandet av tjänster för äldre. Den ansvariga anordnaren är lokalnivån, dvs. kommunerna. Kommunerna fastställer de äldres servicebehov individuellt. Man har strävat efter att förbättra kvaliteten på äldreomsorgen och lyft fram bedömningen av det enskilda vårdbehovet. Ett centralt mål är också att utveckla samarbetet mellan sjukhusvård och hemvård, så att utskrivningen av äldre från sjukhusvård sker smidigare än tidigare.

I fråga om primärvården har avtalsförhandlingarna för yrkesutövarläkare och villkoren för förfarandena väckt mycket diskussion. Man har även strävat efter att använda yrkesutövare, som har haft avtal med regionerna, inom hälsofrämjande (i kommunerna), rehabilitering och äldreomsorg. Det har tagit länge att enas om villkoren och ersättningarna för verksamheten.

Styrkan hos hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige ligger eventuellt i att samma huvudman, nämligen landstingen, har ansvaret för att tillhandahålla tjänsterna inom både primärvården och den specialiserade sjukvården. Till svagheter hos systemlösningarna i Sverige kan man räkna den bristfälliga integrationen av servicen mellan socialtjänsten som kommunerna ansvarar för och lands-

tingens hälso- och sjukvård. Detta är en direkt följd av att olika huvudmän – kommunerna och landstingen – har ansvaret för finansieringen och ordnandet. Integrationsproblemen har varit kända i årtionden, och de berör också i Sverige främst vården och omsorgen av äldre samt servicen för personer med psykisk ohälsa och personer med missbruksproblem. Problemen har dock inte uppfattats som så stora att man i Sverige skulle ha fört en allvarlig diskussion om att överföra ansvaret för finansieringen och ordnandet till en och samma anordnare. När man inom hälso- och sjukvården övergår till valfrihetssystem, strävar man efter att samtidigt utveckla servicens ersättningsförfaranden så att de så bra som möjligt stöder väl fungerande servicekedjor.

Nationell styrning i decentraliserade system

I väntan på en strukturreform har man i Sverige försökt att kompensera bristerna i hälso- och sjukvården genom stärkt statlig styrning. Exempel på att den statliga styrningen har stärkts är nationella verksamhetsplaner och verksamhetsanvisningar samt benchmarking av vårdprocesser och uppnådda vårdresultat mellan landstingen/regionerna och sjukhusen. Staten stöder och styr också landstingens verksamhet genom olika öronmärkta statsunderstöd ("stimulanspengar"). Staten har anvisat medel till att minska vårdköer, minska utskrivning av sjukledighet samt till äldreomsorg och rehabilitering. Även för att främja patientsäkerheten utdelas prestationsbaserad tilläggsfinansiering. Att utveckla och styra systemet samt stärka medborgarnas ställning anses kräva omfattande nationella jämförelseuppgifter om servicens kvalitet och effekt. Som grund för detta har man i Sverige ända sedan 1970-talet utvecklat systematisk uppföljning av vårdkvaliteten med hjälp av nationella kvalitetsregister. För närvarande har landet cirka hundra olika register för uppföljning av vården av olika patientgrupper. Landets specialistläkarföreningar har haft en central roll i utvecklingen av registren.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ansvarar tillsammans för framtagandet av jämförelseuppgifter

(Öppna jämförelser) om landsting/regioner och sjukhus. Även andra parter, som de privata tjänsteproducenterna (vårdföretagarna) och LIF (de forskande läkemedelsföretagen), har understött insamling, analys och rapportering av jämförelseuppgifter. En central strategi för utvecklingen och styrningen av vården är jämförelse av benchmarkingtyp och numera är även prestationsbaserade kvalitetsbonusar en central strategi. I jämförelse med dessa anses betydelsen av tillsyn och olika strafförfaranden vara begränsad. Från och med början av 2011 inledde ett nytt statligt verk (Vårdanalys) sin verksamhet. Det strävar efter att uppfylla särskilt patienters, klienters och skattebetalares informationsbehov. Med utgångspunkt i detta strävar man efter att skapa förutsättningar för att konsumenternas val – och därigenom även finansieringen – faller på service av hög kvalitet.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården fokuserar i Sverige utöver på frågor som rör patientens valfrihet på vårdresultat och vårdkvalitet. Med stöd av betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden har man börjat koncentrera vården i regionala cancercentrum. Man utgår från att vård som ges i större enheter förbättrar vårdkvaliteten, utjämnar ojämlikhet mellan befolkningen i olika områden och fokuserar resurserna mer optimalt. Man antar att även en del av den övriga specialiserade sjukvården kommer att följa efter.

Staten har ingripit i integrationsproblema mellan social- och hälsovården bland annat genom att förnya tillsynsmyndigheternas verksamhet. Tillsynen över socialtjänsten, som bygger på socialtjänstlagstiftningen, överfördes från början av 2010 till Socialstyrelsen, som redan ansvarade för tillsynen över hälso- och sjukvården.

I Sverige är många olika myndigheter, vars arbetsfördelning inte alltid är tydlig (t.ex. Socialstyrelsens, Läkemedelsverket och SBU:s utvärderingar av och vårdanvisningar om teknologi), verksamma inom social- och hälsovården. Dessutom har en och samma instans (t.ex. Socialstyrelsen) kunnat ha många olika ansvarsområden och funktioner: normering, utveckling, uppföljning, utvärdering och tillsyn. Detta har ansetts kunna leda till svårdefinierade situationer av jäv i myndighetsverksamheten. Mot bakgrund av detta lät

regeringen utföra en utredning om olika myndigheters uppgifter och verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Utredningen resulterade i ett förslag, som blev färdigt 2012, till att betydligt förenkla strukturerna i statsförvaltningen ("Gör det enklare"). Enligt förslaget ska tio tidigare myndigheter förena sina grundläggande uppgifter med utgångspunkt i typen av uppgifter och bli fyra myndigheter: en kunskapsmyndighet, en inspektionsmyndighet, en infrastrukturmyndighet och en s.k. strategimyndighet. Förslaget har inte genomförts i sin helhet, med det har lett till att bl.a. Folkhälsoinstitutet och Smittskyddsinstitutet har slagits ihop. På grund av uppgifter av annan karaktär separerades tillsynen över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården från Socialstyrelsens övriga verksamhet till ett eget verk (Inspektionen för vård och omsorg, IVO) sommaren 2013.

Även i Danmark har man ansett det vara nödvändigt att utveckla uppföljnings-, utvärderings- och rapporteringssystemen med utgångspunkt i nationell utveckling och styrning. I Danmark har ansvaret för uppföljningen av hälsotjänster delats upp mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvården. På nationell nivå ansvarar Sundhedsstyrelsen bland annat för förande av patientregistret och för drg-klassifikationen (diagnosis-related group). De fem regionerna i Danmark ansvarar för de nationella kvalitetsregistren och patientenkäterna, även om statsmakten ansvarar för finansieringen.

Uppgifterna om vårdkvaliteten utvecklas och utnyttjas bland annat i Danmarks nationella indikatorprojekt och i nättjänsten Sundhedskvalitet, vars syfte är att sprida medborgarinformation. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) ansvarar för det danska kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården (Den Danske Kvalitesmodel) och fastställer kvalitetskriterier och kvalitetsstandarder som grund för ackrediteringen.

Nationell uppföljning och styrning av kvaliteten på och effekten av hälso- och sjukvården har även utvecklats i Norge. Den nationella kvalitetsregisterverksamheten är inte lika långt utvecklad som i Danmark och Sverige, men under de senaste tio åren har man börjat föra ett tiotal register. År 2009 fick re-

gistercentrumet Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), som finns i Tromsø och har till uppgift att upprätta nya register och att utnyttja befintliga uppgifter, i uppdrag att samordna kvalitetsregisterverksamheten. Staten har redan tidigare investerat i informationsstyrning genom det nationella kunskapscentrumet Nasjonalt Kunnskaps-senter for Helsetjenesten, som inledde sin verksamhet 2004. Centrumet tillhandahåller särskilt information som riktar sig till yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården.

Man kan utgå från att regionala och sjukhusvisa variationer i tillgången till och kvaliteten på service inom Norges centraliserade statliga specialiserade sjukvård är lättare att hantera än till exempel i Danmarks och Sveriges system. Såvida stor variation förekommer, har staten bättre möjligheter att ingripa i tjänsteproduktionen än vad den kan ingripa i mer decentraliserade system. På motsvarande sätt kan man utgå från att det internationellt sett exceptionellt splittrade finländska hälso- och sjukvårdssystemet har ett mycket stort behov av att skapa en enhetlig nationell uppföljning och en styrning som bygger på denna för att undvika orimliga skillnader i tillgången till vård och kvaliteten på den.

2.13 Bedömning av nuläget

Servicestrukturen för social- och hälsovården

Vid ingången av 2013 finns det 304 kommuner i Fastlandsfinland som ansvarar för ordnandet och finansieringen av den offentliga social- och hälsovården till sina invånare. Den genomsnittliga befolkningmängden för dem som bär ansvar är 15 000 invånare och storleken på en mediankommun är 6 000 invånare. Den decentralisering som genomfördes vid reformen i början av 1990-talet, som å ena sidan anpassade servicesystemet till lokala förhållanden och till kommunen som helhet och klargjorde det ekonomiska ansvaret, förorsakar å andra sidan allvarliga problem med tanke på styrningen av systemet, en jämn kvalitet på tjänsterna och kontrollbarheten av kostnaderna.

Som en följd av att reformeringen av den splittrade lagstiftningen har skett som delre-

former och att finansieringen distribueras via flera kanaler är ansvaret för ordnandet delvis oklart och en deloptimering för att föra över finansieringsansvaret från en del av systemet till en annan medför en splittring av tjänsterna och en fördunkling av helhetsansvaret. När det gäller t.ex. kostnader för arbetsoförmåga så faller kostnaderna före och efter vård på en annan instans än kostnaderna för vården. I Finland finns det även geografiska områden som är större än kommuner och som har svårt att finansiera och ordna sina tjänster.

Ett splittrat organisationsfält försvårar ledandet. En styrning på nationell nivå som är baserad på rambaserad regelstyrning och resursstyrning som inte är öronmärkt samt den informationsstyrning som kompletterar dessa tryggar i regel inte på ett tillräckligt sätt likvärdiga tjänster i en servicestruktur av nuvarande modell. De olikartade besluten inom social- och hälsovården försvårar helhetsstyrningen i synnerhet när det gäller tjänster för gemensamma klientgrupper. Styrning med inriktning på klienträttigheter sker i liten omfattning och med tanke på en del av tjänsterna är den mycket snäv.

Ett splittrat fält av anordnare med en finansiering som sker via många kanaler och svaga styrningsmöjligheter har lett till att de av servicesystemets delar som är starkare och har bättre förutsättningar att fungera har utvecklats kraftigare än de andra. Detta har medfört att skillnaderna mellan befolkningsgrupperna när det gäller användandet av hälso- och sjukvårdstjänster har blivit större och hälsoskillnaderna har ökat. Denna utveckling stöds ytterligare av de regionala problemen i olika delar av landet. I flera internationella utvärderingar har uppmärksamhet fästs på situationen. Det största behovet av socialvårdstjänster uppstår inom sådana geografiska områden och verksamhetsområden till vilka det är svårt att få sakkunniga. Tillgången på t.ex. socialarbetare varierar områdesvis.

Situationen när det gäller den regionala strukturen för ordnandet av tjänster inom social- och hälsovården har under en lång tid varit oklar och i praktiken ser den Parasramlag som reglerar kommun- och servicestrukturen ut att ha gjort situationen ännu mera oenhetlig, i synnerhet med tanke

på socialvården. De enskilda kommunerna har av tradition haft ansvaret att ordna de centrala tjänsterna inom socialvården. Samarbetet mellan kommunerna vid ordnandet av tjänsterna har varit litet och samarbetsstrukturerna när det gäller ordnandet av t.ex. specialtjänster har varit snäva. Genom ändringen av ramlagen (268/2010) skapades klarhet i ställningen för socialvårdsuppgifterna i reformen genom att kommunerna förpliktades att ordna tjänsterna i enlighet med strukturer som uppfyller kraven på befolkningsunderlag. Förpliktelsen har i någon mån stärkt förverkligandet av en enhetlig social- och hälsovård.

När det gäller hälso- och sjukvården har snarare den alltför starka specialiserade sjukvården setts som ett problem och ett fortgående tema har varit stärkandet av hälso- och sjukvården på basnivå. Den nuvarande modellen har möjliggjort mycket olikartade lokala lösningar och samarbetsformer. Dessutom har kommunerna haft tillgång till serviceutbudet främst inom det egna sjukvårdsdistriktet, vilket även har motarbetat viljan att förnya servicestrukturen. Paras-ramlagen har för sin del även medverkat till att det uppstått mycket konstgjorda och splittrade lösningar, ofta ledda av sjukvårdsdistrikten, där socialvårdens deltagande som samarbetspartner är högst begränsat. De tillhandahållare av tjänster som kan skapas på grundval av ramlagen är dessutom fortsatt förhållandevis små. En del av de kommuner som har svårt att trygga social- och hälsotjänsterna för sina kommuninvånare lämnas i och med Paras-ramlagens grunder för undantag dessutom utanför projektet med kommun- och servicestrukturen.

Situationen inom basservicen kan på vissa områden högst anses som tillfredsställande. Vårdtillgängligheten inom t.ex. primärvården ligger på en otillfredsställande nivå. Bara en fjärdedel av befolkningen bor i områden där de i icke brådskande fall får läkarvård inom en tid som är kortare än två veckor. Nästan lika stor del av befolkningen bor i områden där väntetiden är över fyra veckor. Över en femtedel av befolkningen bor i områden där det åtminstone tidvis även är svårt att uppnå målsättningen att få mun- och tandvård inom sex månader. Hälsovårdscentralerna har svå-

righeter att fylla sina läkartjänster. Antalet läkartjänster vid hälsovårdscentralerna i förhållande till befolkningens storlek och servicebehovet varierar avsevärt från område till område. Däremot har antalet läkare inom kommunernas sjukhuservice, i synnerhet inom den specialiserade sjukvården, klart ökat. Även tillgången till specialiserad sjukvård måste förbättras med tanke på den brådskande vården. I och med att vården förverkligas enligt specialområde är patientens samlade service inte tillräckligt samordnad. På samma sätt kan inom vissa områden ses svårigheter att anställa specialistläkare och andra högkvalificerade arbetstagare.

Beroende av område är det svårt att få personal i synnerhet när det gäller läkare, tandläkare, socialarbetare och specialterapeuter, men även när det gäller vikarierande vårdpersonal. Inom den närmaste framtiden kommer det att inom vissa specialiteter, t.ex. psykiatri och patologi, vara synnerligen svårt att få tillräckligt med utbildade läkare.

Det har varit mycket förseningar vid utbetalningen av utkomststödet, vilket i huvudsak beror på resursbrist. Även när det gäller t.ex. barnskyddet finns det problem, å ena sidan på grund av att en socialarbetare ansvarar för skötseln av väldigt många barns och familjers ärenden, och å andra sidan på grund av att det i alla kommuner inte finns tillräckligt kunnande och erfarna arbetstagare för skötseln av de mest krävande fallen.

Det otillräckliga samarbetet mellan olika sektorer och nivåer inom basservicen är även en klar svaghet. De offentliga tjänsterna fungerar dessutom systemcentrerat och klientens eller patientens roll i helheten behöver stöd.

Trots de problem och brister som konstaterats ovan är kvaliteten på tjänsterna inom den finländska social- och hälsovården dock förhållandevis god. Vid granskning av flera mätare, t.ex. vaccineringsstäckning och hur screening genomförs eller vården av cirkulationsrubbningar i hjärnan, klarar vi oss utmärkt vid internationell jämförelse. Dessutom är kostnaderna för systemet rimliga vid internationell jämförelse. I förhållande till bruttonationalprodukten var socialutgifterna cirka 31,2 procent 2012. På motsvarande sätt var utgifterna för hälso- och sjukvård i förhållande till bruttonationalprodukten 9,1 procent

2012, vilket är medelnivå för OECD-länderna. I synnerhet den specialiserade sjukvårdens produktivitet ligger på toppnivå vid internationell jämförelse.

Även befolkningen har varit ganska nöjd med social- och hälsovården. Av medborgarna anser nästan 90 procent att den offentliga servicen är viktig, 79 procent anser att socialservicen är viktig och två tredjedelar anser att de offentliga social- och hälso-tjänsterna fungerar mycket bra (Medborgarbarometern 2009). Klienterna vid familjerådgivningarna och arbetsförvaltningens och kommunernas servicecentraler för arbetskraft uppskattar att servicen fås från ett verksamhetsställe därför att det är lätt att utträta ärenden. Vid den internationella jämförelsen av hälso-tjänster har både primärvården och sjukhustjänsterna klarat sig bra.

En styrka i systemet är dessutom högt utbildad personal som man kan stöda sig på vid utvecklandet av lösningar för framtida behov.

Avsaknaden av ett helhetsansvar gör dock att klientprocesserna inte fungerar och att serviceanvändarna hänvisas från en lucka till en annan. Detta försvagar kostnadskontrollen, medför problem med tanke på öppenheten och insynen samt hindrar att bästa praxis sprids. Kontrollen av kostnadsökningarna försvåras av deloptimering och det slöseri som sker i gränsområdena mellan organisationerna. På kommunnivå följer problem med förutsebarheten för kostnader på grund av ett litet finansieringsansvar och befolkningens varierande behov.

Den snabba förändringen i försörjningskvoten och åldersstrukturen medför utöver problem med kostnadskontrollen även behov av en kraftig ökning av dem som utför tjänsterna. I och med det ökade servicebehovet och pensioneringen av arbetstagarna behövs det en rejäl ökning av studerande inom branschen. Flyttningen inom landet förstärker den regionala befolkningsförändringen och orsakar t.o.m. plötsliga förändringar med tanke på försörjningskvoten och ordnandet av tjänster. Trots att antalet pensionerade kraftigt ökar i och med att befolkningen förväntas uppnå en högre ålder håller sig befolkningen längre frisk och bevarar sin funktionsförmåga. Servicebehovet under de sista levnadsåren ser dock inte ut att minska på indi-

viduell nivå och på grund av detta växer servicebehovet som helhet kraftigt.

Främjande av välfärd och hälsa

I kommunernas och regionernas verksamhet har främjandet av välfärd och hälsa stärkts som ett strategiskt mål. Att hitta effektiva sätt att främja hälsa och etablera dem och att skapa bestående strukturer som främjar välfärd och hälsa kräver aktivt arbete.

Bakgrunden för reformen av servicestrukturen är bland annat den splittrade servicestruktur och de svaga möjligheterna att leda och styra den. Detta orsakar svagheter i likvärdigheten mellan tjänsterna och tillgången på dem vid behov och ökar ojämlikheten och skillnaderna i välfärd och hälsa mellan medborgargrupperna. Ett multiprofessionellt samarbete som främjar välfärd och hälsa kräver sådana strukturer inom kommunens olika förvaltningsområden som möjliggör och stöder ett gemensamt ansvarstagande och en arbetsfördelning i avsikt att nå välfärdsmålen. När basservicen och specialtjänsterna fungerar smidigt ihop underlättas beslutsfattandet och samarbetet. När det gäller t.ex. välfärdstjänsterna för barn, unga och familjer, tjänster för äldre samt tjänsterna inom missbrukarvården och mentalvården ingår inom många områden tjänster som främjar hälsa, förebygger och vårdar. Det främjande av välfärd och hälsa som kommunerna ansvarar för måste få tillräcklig tyngd i beslutsfattandet och lösningarna ska behandlas i samband med det beslutsfattande som gäller social- och hälsovård samt kommunens övriga beslutsfattande.

Enligt en förfrågning för kommunledningen som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2013 har de ansvariga parterna för främjandet av hälsa och välfärd i kommunerna utsetts enligt varierande praxis. I hälften av de kommuner som besvarade frågorna ansvarade social- och hälsovårdsväsendet eller en välfärdsgrupp för uppföljningen och rapporteringen av kommuninvånarnas hälsa och välfärd. I 9 procent av kommunerna hörde uppgiften till centralförvaltningen. I 15 procent av kommunerna ansvarade sjukvårdsdistriktet eller samarbetsområdet för uppföljningen. Bland kommu-

nera hade 9 procent inte alls definierat svaret för uppföljningen.

Den vanligaste samarbetsformen mellan kommuner och samarbetsområden var gemensamma möten. I 75 procent av kommunerna hade man avtalat om gemensamma mål för främjandet av hälsa och välfärd och i 79 procent om koordineringen. Uppföljningen av befolkningens hälsa och välfärd varierade innehållsmässigt. Speciellt dåligt genomförs uppföljningen och rapporteringen av hälso-skillnader mellan befolkningsgrupper.

Kommunernas ledningsgrupper följde oftast med kommuninvånarnas levnadsförhållanden, till exempel försörjning, utbildning och sysselsättning, samt de åtgärder som genomförts inom kommunens tjänster. I mer än hälften av de kommuner som besvarade frågan följde ledningsgruppen med hur hälsosam levnadsmiljön är samt med kommuninvånarnas sjukfrekvens och levnadssätt. De områden som mest sällan följdes upp var kommuninvånarnas livskontroll och hälso-skillnader mellan befolkningsgrupper.

Till fullmäktigeförsamlingen har under 2012 oftast rapporterats om de åtgärder som genomförs som kommunens tjänster samt om kommuninvånarnas levnadsförhållanden. I cirka hälften av kommunerna fick fullmäktigeförsamlingen rapporter om kommuninvånarnas sjukfrekvens, levnadssätt och hur hälsosam livsmiljön är. Bara cirka hälften av kommunerna rapporterade för fullmäktigeförsamlingen om kommuninvånarnas levnadskontroll eller om hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper.

Finansiering

De svaga samhällsekonomiska tillväxtutsikterna och åtgärderna för att anpassa statsfinanserna dämpar ökningen av skatteinkomsterna och statsandelarna. Befolkningen i arbetsför ålder minskar hela tiden i förhållande till pensionärerna och barnen. Den åldrande befolkningen leder samtidigt till att utgifterna ökar särskilt inom social- och hälsovårdssektorn. Kostnaderna för tjänsterna har stigit. Den kraftiga skuldsättningen torde fortsätta inom kommunekonomin, och samtidigt växer trycket på kännbara höjningar av kommunalskattesatsen och en ökning av det

totala skatteuttaget. Skillnaderna mellan kommunerna ökar och den regionala jämlikheten är hotad.

Det behövs en servicestrukturförändring och den är nödvändig. Den måste också leda till kostnadsbesparingar.

Utvecklingsverksamhet och strukturer

Det finns stora regionala skillnader i satsningen på utvecklingsverksamheten. Den integreras inte överallt tillräckligt i utvecklandet av serviceverksamheten.

Kompetenscentrumen inom det sociala området har sedan 2001 skapat och upprätthållit en rikstäckande regional samarbetsstruktur i syfte att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt säkerställa specialservice och specialisttjänster som kräver specialkompetens och förutsätter samarbete på regional nivå inom det sociala området. Kompetenscentrumen har vid sidan av de regionala ledningsgrupperna för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården fungerat som regionala samordnare av utvecklingsprogrammet och samordnare av nätverken. Det nätverksbaserade och multiprofessionella arbetssättet har stött både forskningen och utvecklingen inom det sociala området och kontakten mellan forsknings- och utvecklingsverksamheten på det sociala området och andra områden. Kompetenscentrumen inom det sociala området har varit initiativtagare även när det gäller inledande av samarbete med utvecklingsenheterna för primärvården.

Institutet för hälsa och välfärd genomförde en kartläggning av utvecklingsverksamheten inom primärvården 2008–2009. I utredningen (Simo Kokko, Eija Peltonen & Virpi Honkanen: Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. THL; Avauksia 13/2009.) konstateras att det i utvecklingsverksamheten inom primärvården redan under 2000-talet har uppstått flera olika aktörer och nätverk som det finns skäl att inom utvecklingsverksamheten ta i beaktande som strukturer som redan existerar eller är under utveckling. Dessa är ROHTO-centralens nätverk, universitetens allmänmedicinska inrättningar och de enheter för pri-

märvård eller allmänmedicin som finns i vissa sjukvårdsdistrikt, yrkeshögskolorna, nätverket Akademisk hälsovårdscentral som samordnas av avdelningen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet, de större städernas egna utvecklingsenheter samt de serviceorganisationer som ska klassificeras som social- och hälsovårdsdistrikt (Päijänne-Tavastland, Östra Savolax, Södra Karelen och Kajanaland). I utredningen konstaterades att det inte saknas utvecklingsaktörer inom området för primärvård. Aktörerna har delvis bildat regionala nätverk och delvis har de sina egna särskilt formade nätverk. I nätverken deltar även många relativt självständigt agerande och starka aktörer ur servicestrukturen, städer och samkommuner. Som slutsats konstaterades att man i stället för att forma nya nätverk kanske borde utveckla tillvägagångssätt och tekniker för att trimma den aktivitet som redan finns till att fungera mera målinriktat än tidigare och även så att bra och fungerande lösningar och praxis kan sprida sig både via nätverkens strukturer och till hela fältet för primärvård.

Det har ansetts att det praktiska genomförandet och verkställandet av kommun- och servicestrukturen bäst främjas och stöds genom programledning. När det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård (Kaste) skapades var målsättningen att sammanställa den splittrade utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården och att bilda en förståelig och kontrollerbar helhet för styrningen av social- och hälsovården. Avsikten var att styrningen ska basera sig på klara och gemensamma målsättningar som definierats på riksnivå samt på tillräckligt konkreta tillvägagångssätt. Man hoppades att det nationella programmet för utvecklande även ur kommunernas synvinkel sett skulle leda till en bättre strukturerad helhet.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård har visat sig vara ett lyckat verktyg för utvecklande. Målsättningen för programmet har bedömts träffa rätt, och genomförandet och de grundläggande strukturerna för organiseringen stödjer samarbetet mellan olika förvaltningsnivåer och regionala aktörer. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård

har skapat helt nya nätverk för utvecklande och samarbete samt interaktion i synnerhet mellan kommunerna, men även mellan kommunerna och centralförvaltningen.

Regelsystemet för det nationella utvecklingsprogrammet är ganska nytt och det fungerar bra. De regionala ledningsgrupperna grundar sig på specialupptagningsområdena och detta har upplevts som en lämplig storlek på området. De regionala ledningsgrupperna har blivit mycket viktiga som primus motor för den regionala utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. Samarbetet mellan de regionala ledningsgrupperna och aktörerna på riksnivå har fungerat bra och kontakterna är täta.

En av det nationella utvecklingsprogrammets mest anmärkningsvärda styrkor anknyter till partnerskapet mellan aktörerna vid genomförandet. I synnerhet inom fem Kasteområden har ledningsgruppernas verksamhet visat sig vara betydande som en ny form av social nätverksbildande innovation för aktörerna i dessa områden. De regionala ledningsgruppernas mest betydande uppgift har varit att samordna omfattande Kaste-projekt och sprida de nya verksamhetsmodeller som utvecklats i dem. Under programperioden har rollen för de regionala ledningsgrupperna utkristalliserat sig och utvecklat sig i riktning mot en roll som strategisk vägvisare för regionen. Ett utvecklande av de regionala ledningsgruppernas verksamhet i denna riktning kräver även ett större insamlade av kunskapsunderlag för uppföljning som gäller den utvecklingsverksamhet som sker i andra områden och kunskap om situationen för social- och hälso-tjänsterna när det gäller hela kommunfältet.

Utvecklingsfinansiering från olika håll och forskning måste även fås bättre som stöd för programmet. Problematiskt har bl.a. ansetts vara att det statsunderstöd som beviljats för utvecklingsprojekt inte har kunnat användas till forskning. Detta har försvårat universitetens och högskolornas deltagande i samarbetet.

Undervisnings- och forskningsverksamhet

Bestämmelserna om undervisnings- och forskningsverksamhet inom social- och häl-

sovården är olika och betoningen i dem avviker från varandra. För närvarande finns ingen särskild statsandel avsedd för ordnande av undervisnings- och forskningsverksamhet inom socialvården. När det gäller ansvaret för att ordna specialtjänster inom socialvården saknas motsvarande bestämmelser som för specialupptagningsområdena inom hälso- och sjukvården.

Social- och hälsovårdsministeriet har i enlighet med regeringsprogrammen inlett en utredning om universitetsnivån för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården, i huvudsak när det gäller ersättande av utbildning efter avlagd examen. Dessutom utreds ställningen för EVO-finansieringen när det gäller utvecklande av den forskning på universitetsnivå som gäller socialsektorn. För närvarande finns det inte behov av att utreda finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, eftersom inriktningen av finansieringen och grunderna för betalning av ersättning nyligen har förnyats i samband med beredningen av hälso- och sjukvårdslagen.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Tjänsterna inom social- och hälsovården ska ordnas för dem som behöver dem. I enlighet med statsminister Alexander Stubbs regeringsprogram av den 24 juni 2014 har regeringen förbundit sig vid den riktlinje som statsminister Katainens regering utarbetade tillsammans med oppositionspartierna och enligt vilken de centrala finländska välfärdstjänsterna tryggas genom en grundlig reform av social- och hälsotjänsterna. Genom nationell styrning och social- och hälsovårdsområdenas styrning säkerställs det att reformens mål att minska hållbarhetsunderskottet nås.

Med stöd av det ovan konstaterade är målet att ordna och producera tjänster på ett klientorienterat sätt och på ett likvärdigt och högkvalitativt sätt. Den offentliga social- och hälsovårdens servicestruktur ska dessutom genomföras så att den är kostnadseffektiv. Detta krav framhävdes särskilt i och med det strukturpolitiska program som regeringen

lade fram den 29 augusti 2013. Genom programmet strävar man efter att avhjälpa det offentliga ekonomiska hållbarhetsunderskottet i Finland och på så sätt trygga finansieringen av allmännyttiga tjänster och förmåner. Syftet med den reform som nu föreslås är således att förbättra befolkningens jämlika möjlighet att få rättidiga och behovsbaserade tjänster, stärka tjänste- och vårdkedjornas funktion, minska onödiga överlappande funktioner, möjliggöra ibruktagandet av nya tillvägagångssätt och innovationer samt avlägsna gränstängslen mellan förvaltningsområdena. Samtidigt tryggas kommuninvånarnas rätt till närtjänster.

Enligt de utredningar som anknyter till beredningen av strukturreformen är ett av de viktigaste sätten att åtgärda bristen på tjänster, ojämlikhetsproblem samt systemets kostnadseffektivitet att ansvaret för att ordna de splittrade social- och hälsotjänsterna i största möjliga omfattning integreras i samma helhet både när det gäller basservicen och tjänsterna på specialnivå. Detta kräver att bärkraften kraftigt stärks för de aktörer som har organiseringsansvar för social- och hälsovården.

Ordnandet av social- och hälsovården baserar sig även i fortsättningen på kommunernas verksamhet. Till antalet är den största delen av Finlands kommuner små, kommunernas medianstorlek är cirka 6 000 invånare, dvs. hälften av kommunerna är mindre än så. De minsta kommunerna har under 1 000 invånare. På grund av den splittrade kommunstrukturen ska social- och hälsovården ordnas som samarbete mellan kommunerna. Samverkan mellan kommunerna möjliggör att all service ordnas täckande av samma kommunala organisation. Verksamheten och tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården kan då bäst genomföras på ett sätt där klienternas och patienternas olika servicebehov sammanförs. Samtidigt är det möjligt att planera och tillhandahålla tjänsterna på ett kostnadseffektivt sätt som inte medför en problematisk brist på service för klienten.

Ett så omfattande ordnande som möjligt av socialvården, primärvården och specialtjänsterna genom en ansvarig instans, dvs. integration, grundar sig på att på detta sätt är det möjligt att bäst trygga klienternas och patienternas tillgång till tillräckliga och högklassi-

ga samt rättidiga tjänster. Ordnan­det av tjänsterna genom en ansvarig instans innefattar både horisontell integration (tjänster inom socialvården och tjänster inom hälso- och sjukvården) och vertikal integration (basservice och specialtjänster). En så omfattande integration som möjligt säkerställer bäst att de olika aktörerna har förutsättningar att ha ansvar för helheten samtidigt som de, som för närvarande, inte har någon sporre att föra över klienter och patienter från en ansvarig aktör till en annan.

Det är väsentligt att uppnå en omfattande vertikal integration vid reformen, eftersom den annorlunda ställningen för den specialiserade sjukvård som sjukvårdsdistriktet svarar för och basservicen som kommunerna svarar för i förhållande till kommunernas beslutsfattande och budget har i dagsläget kunnat leda till ökade resurser för den specialiserade sjukvård som sker på samkommunernas försorg och till sämre resurser inom primärvården och socialvården. Ett centralt mål med reformen är att stärka basservicen. Ett brett samlande av social- och hälsotjänsterna till samma organisation som har ansvaret och har samma ledning och gemensam budgetering styr reformlösningen till att den som har ansvaret har en stark grund för att utveckla samtliga delar av helheten av service både när det gäller verksamheten och med tanke på en jämlik fördelning av resurserna.

Syftet med den integrerade servicestrukturen är dessutom att möjliggöra en verkningsfull och kostnadseffektiv användning av de befintliga resurserna. Hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin kräver att de befintliga resurser som finns används fullt ut och att de fördelas så jämnt som möjligt runt om i landet. Genom att ansvaret för att ordna tjänsterna definieras att gälla ett större område än för närvarande kan tjänsterna planeras och genomföras på ett sätt som beaktar både glesbygden och tätorternas perifera områden samt tätorterna. Till exempel inverkar den åldrande befolkningen och flyttningen inom landet på olika sätt på behovet av tjänster. Genom att tjänsterna ordnas utifrån ett bredare befolkningsunderlag än för närvarande är det även möjligt att balansera upp de olika utvecklingsriktningar som inverkar på servicebehovet.

Vid genomförandet av tjänsterna är tillgången på yrkesskicklig personal och kostnaderna för denna den mest betydelsefulla faktorn. I ett servicesystem som förverkligas utifrån ett brett befolkningsunderlag är det enklare att upprätthålla och tillhandahålla tjänster än vad det är med tanke på ett litet område, där tjänster inom socialvården eller tjänster av yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården i enlighet med det lokala behovet fås endast några dagar i veckan eller i månaden.

I samband med reformen bör det observeras att de strukturella reformerna endast skapar förutsättningar för en jämlik utveckling av verksamheten i hela landet. Den löser inte alla problem när det gäller tillhandahållandet av tjänster. Som fortsättning på strukturen krävs funktionell utveckling, så att de tjänster som människorna behöver kan tryggas kvalitativt i fortsättningen. Den lagstiftning som gäller social- och hälsovård ska vara sådan att den inte oändamålsenligt styr ordnandet och användandet av tjänster, t.ex. när det gäller avgiftspolicy.

3.2 Alternativ för tillhandahållandet

Tjänsterna inom social- och hälsovården kan ordnas på flera olika sätt. I enlighet med vad som konstaterades i kapitel 2.12 där modellerna i de andra nordiska länderna beskrivs har varje land sitt eget system. Dessutom avviker alla dessa från den kommunbase­rade modellen i Finland.

I Finland har en reform av servicestrukturen för social- och hälsovården utretts i flera olika sammanhang under de senaste tio åren. Nedan granskas kort de nyaste utredningarna och de alternativ som behandlats i dem.

Den arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2010 drog upp nio olika riktlinjer för strukturen och gjorde dessutom upp olika finansieringsmodeller. Utifrån dessa framförde arbetsgruppen i sin promemoria (SHM rapporter och promemorior 2011:7) tre alternativa modeller. En av dessa grundar sig på nuvarande kommunstruktur och de två andra modellerna på en situation där det finns klart färre och större kommuner än för närvarande. Den modell som grundar sig på nuvarande kommunstruk-

tur har 20–50 kommuner eller områden som ansvarar för social- och hälsovården på basnivån och fem områden som ansvarar för specialnivån. Om kommunerna hade varit ca 30–50 så hade de enligt förslaget kunnat ordna tjänsterna inom social- och hälsovård på basnivån. Även i det fallet ansvarar fem specialupptagningsområden för specialtjänsterna. I den tredje modellen är antalet kommuner under 20. Då ansvarar de för social- och hälsovården i sin helhet. Arbetsgruppen granskade dessutom olika alternativ för finansieringen av verksamheten.

Den arbetsgrupp som tillsattes 2012 hade till uppgift att bereda ett förslag till servicestruktur för social- och hälsovården och en lag om ordnande, finansiering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. I sin mellanrapport granskade arbetsgruppen tre olika modeller. I sin slutrapport (SHM rapporter och promemorior 2012:30) föreslog arbetsgruppen en ny integrerad servicestruktur med två nivåer, som skulle bestå av en bredare basnivå inom social- och hälsovården jämfört med nuläget vilken kompletteras av en gemensam specialupptagningsnivå inom social- och hälsovården. Arbetsgruppen konstaterade dessutom att det behövs ett tillräckligt befolkningsunderlag och tillräckliga produktionsvolymerna på basnivån inom social- och hälsovården för att kvaliteten på tjänsterna och säkerheten ska kunna tryggas. Tillräckliga befolkningsunderlag för tillhandahållare av tjänster utgör en grund för ett nationellt jämlikt servicesystem.

Enligt arbetsgruppens synpunkt bör ett tillräckligt befolkningsunderlag för ordnande av social- och hälsovården beroende av bärkraftsfaktorer vara minst 50 000–100 000. Andra bärkraftsfaktorer är tillhandahållarens finansiella hållbarhet och stabilitet, trygghet av kompetensen, personaltillgång och personalens tillräcklighet samt infrastruktur. Arbetsgruppen framlade inte någon uträkning över hur många områden som uppstår utifrån de nämnda kriterierna. Arbetsgruppen föreslog dessutom att fem specialupptagningsområden ska grundas inom social- och hälsovården, vars uppgifter ska omfatta arbetsfördelning-, samordnings-, planerings- och myndighetsuppgifter samt en skyldighet att avtala om de nationellt fastställda krävande tjäns-

terna på specialiserad nivå och säkerställa tillgången på dessa tjänster. Specialupptagningsområdenas befogenheter baseras på lagstiftningen.

För att komplettera beredningen av den ovan nämnda arbetsgruppens arbete tillsatte social- och hälsovårdsministeriet i november 2012 en grupp med utredningspersoner för att utreda lokala skillnader och särdrag samt språkliga förhållanden i Finlands kommuner. Gruppen med utredningspersoner framförde i sin rapport (SHM rapporter och promemorior 2013:7) att ansvaret för att ordna social- och hälsovården bör flyttas från kommunerna till social- och hälsovårdsområden. Samtidigt ska sjukvårdsdistrikten och samkommunernas specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda avvecklas och verksamheten omorganiseras. Finland ska utifrån förslaget då ha 34 social- och hälsovårdsområden eller kommuner, som ansvarar för ordnandet av nästan alla social- och hälso-tjänster. Utöver social- och hälsovårdsområden föreslog utredningspersonerna fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården, som ska sköta uppgifter som stöder och samordnar den omfattande social- och hälsovården på basnivå samt forskning och utbildning. Universitetssjukhusen ska även i fortsättningen ansvara för produktionen av och kompetensen inom den mest krävande vården inom de fem områdena. Inrättandet av gemensamma specialupptagningsområden inom social- och hälsovården förbättrar i synnerhet situationen för specialtjänsterna inom socialvården. Inom socialvården är det för närvarande i huvudsak kommunerna som ansvarar även för ordnandet av specialtjänster och problemen med tillgången på dessa tjänster är stora.

Statsminister Jyrki Katainen tillsatte i april 2013 en samordningsgrupp för att utifrån regeringens rambeslut för 2014–2017 bereda riktlinjerna för en grundläggande lösning för social- och hälsovården. I maj 2013 presenterade samordningsgruppen enhälligt riktlinjer för utformningen av servicestrukturen för social- och hälsovården för det nya kommunfältet.

Enligt riktlinjerna var utgångspunkten att alla tjänster ordnas heltäckande av social- och hälsovårdsområden. Organiseringsansvaret för social- och hälsovården inom social-

och hälsovårdsområdet uppfylldes i huvudsak genom en modell med en ansvarig kommun. Enligt modellen svarade en ansvarig kommun för att ordna alla kommunala tjänster inom social- och hälsovården för de kommuner som hör till området. Undantag från denna huvudregel var rätten för kommuner med ca 20 000–50 000 invånare att ordna tjänster inom social- och hälsovård på basnivå. Enligt riktlinjerna var utgångspunkten för metropolområdet i enlighet med den allmänna regeln att social- och hälsovårdsområdet bildas så att den ansvariga kommunen är en kommun med minst 50 000 invånare.

Enligt samordningsgruppens linjedragning fanns det dessutom fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården med uppgifter inom både hälso- och sjukvården och socialvården. Specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården var juridiska personer som enligt lag har rätt och skyldighet att fatta bindande beslut i ärenden som hör till deras behörighet. Specialupptagningsområdena hade ingen skyldighet att ordna tjänster. Specialupptagningsområdenas centrala uppgifter hade varit att trygga lika-behandlingen i synnerhet när det gäller centraliserade tjänster som kräver samarbete mellan social- och hälsovårdsområdena, att undvika överlappningar och kapprustning samt identifiera luckor i tjänsterna, styra resurserna på ett ändamålsenligt sätt samt samordna den regionala forskningen, utvecklingen och undervisningen.

I feedbacken i utlåtandena ansågs detta alternativ i regel som godtagbart, men tvivel om huruvida de mål som uppställts för reformen uppnås genom modellen framfördes. Knappt hälften av remissinstanserna ansåg att alla social- och hälso-tjänster ska omfattas av bara social- och hälsovårdsområdets organiseringsansvar för social- och hälsovården och att områden inom social- och hälsovård på basnivå inte ska bildas, så att reformens integrationsmål ska uppnås. Dessutom ansågs det att modellen med en ansvarig kommun är oklar. Över 80 procent av alla remissinstanser ansåg att man i samkommunmodellen bör kunna avtala om social- och hälsovårdsområdets förvaltning friare än på det föreslagna sättet. Den föreslagna förvaltningsmodellen för specialupptagningsområden an-

sågs vara för tung. Särskilt små kommuner önskade att det i samband med reformen också ska föreskrivas om innehållet i begreppet närtjänster.

Partierna i riksdagen uppnådde en överenskommelse om riktlinjerna för reformen av social- och hälso-tjänsterna den 23 mars 2014. För den fortsatta beredningen av reformen tillsattes en parlamentarisk styrgrupp, som stöddes av en expertgrupp. Den parlamentariska styrgruppen beredde propositionen med förslag till ordnandet av social- och hälso-tjänster. I den nya modellen har ordnandet av tjänster åtskiljts från produktionen av tjänster. Fem social- och hälsovårdsområden ska ha organiseringsansvaret för social- och hälsovården. En samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde ska svara för att invånarna och andra som har rätt att få tjänster inom dess område får de tjänster som de behöver. Utgångspunkten är att trygga närtjänsterna. Ett social- och hälsovårdsområde ska vart fjärde år utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård. I beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställs samkommunerna med produktionsansvar samt deras uppgifter, riktandet av finansieringen och resurserna, servicestrukturen och principerna för tjänster som anskaffas på annat håll (tjänster som köps), kvaliteten och nivån på social- och hälso-tjänsterna, gemensam praxis och tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna. I besluten om att ordna social- och hälsovård beaktas invånarnas synpunkter på tjänsterna. En samkommun ansvarar för produktionen av tjänster. Förutsättningarna för produktionsansvaret fastställs i lagen. Den produktionsansvariga ska ha förmåga att svara för de förebyggande, korrigerande, vårdande rehabiliterande och andra social- och hälso-tjänsterna som en enhetlig helhet. Social- och hälsovårdsområdet beslutar vilka samkommuner som har produktionsansvar. De kan i enlighet med beslutet om att ordna social- och hälsovård fortsättningsvis själva producera tjänster eller också anskaffa tjänster på annat sätt, som från organisationer, företag och genom att använda servicesedlar. Dessutom stärks statens styrning. Vid social- och hälsovårdsministeriet bildas en styrenhet. Ett förhandlingsförfarande skapas mellan ministeriet och social- och hälsovårdsområ-

det, genom vilket tillhandahållandet och uppföljningen av tjänster avtalas. Ärligen förs en resultatstyrningsförhandling mellan social- och hälsovårdsområdet och den produktionsansvariga.

Utöver de alternativ som konstateras ovan har en möjlighet varit att fortsätta enligt nuvarande modell, där ansvaret för social- och hälsojästerna i regel ligger på kommunerna samt på de kommunförbund som grundar sig på lag (specialiserad sjukvård och specialomsorger för utvecklingsstörda). Enligt den nuvarande modellen ska socialvården och primärvården med Paras-ramlagen som grund ordnas i samsarbetsområden med minst 20 000 invånare.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupper har framfört att ansvaret för att ordna social- och hälsovården borde ligga på färre aktörer än för närvarande. Enligt den nuvarande modellen ansvarar cirka 200 aktörer för ordnandet. En del av de förslag som granskats har baserat sig på tanken om att antalet kommuner minskar avsevärt jämfört med dagsläget, eventuellt till cirka 50 eller till och med cirka 20 kommuner. En så anmärkningsvärd minskning av antalet kommuner kan dock inte skönjas för tillfället. Därför baserar sig den förnyade servicestrukturen för social- och hälsovården även i fortsättningen någotsånär på den rådande kommunstrukturen.

I denna situation består alternativen därmed närmast av den rådande servicestrukturen, av förslaget från social- och hälsovårdsministeriets grupp med utredningspersoner vars arbete grundar sig på servicestrukturgruppens förslag eller samordningsgruppens förslag, enligt vilket organiseringsansvaret för social- och hälsovården i regel ligger hos de social- och hälsovårdsområden som baserar sig på de städer som är centrum i landskapen och på kommuner med över 50 000 invånare samt delvis hos områdena med social- och hälsovård på basnivå eller av en tredje modell som kombinerar olika beredningsalternativ. En sådan tredje modell är den modell som bygger på den överenskommelse som ordförandena för partierna i riksdagen ingick den 23 mars 2014. Beredningen av en avtalsenlig modell har fortsatt i den parlamentariska styrgruppen. I modellen har ordnandet och

produktionen av tjänster skiljts åt. För ordnandet av social- och hälsovård ansvarar fem social- och hälsovårdsområden, medan samkommunerna har produktionsansvaret. Fördelen med denna modell är att organiseringsansvaret för social- och hälsovården klargörs genom att koncentrera det hos fem social- och hälsovårdsområden och skapa ett styrsystem med starkare statlig styrning än i det nuvarande splittrade systemet.

Bedömning i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller

En alternativ lösningsmodell till den föreslagna modellen kan vara en samkommun på en nivå. Man kan utgå från att den som sådan administrativt är klarare och effektivare än en samkommunsmodell på två nivåer. Syftet med den samkommunsmodell på två nivåer som föreslås är dock att samtidigt trygga olika syften. På en nivå tryggas en ansvarsnivå som förutsätter en omfattande regional vård- och omsorgshelhet och till vilken även universitetssjukhus och på motsvarande sätt krävande socialvårdstjänster hör som en väsentlig del. På den andra nivån genomförs mer lokala servicehelheter med större volymer. Då är de enskilda kommunernas möjligheter att påverka större, då en betydande del av beslutsfattandet inte överförs till så stora samkommuner.

Social- och hälsovårdsområdets betydelse blir främst styrande så att serviceproduktionen hos områdena med produktionsansvar ska ha en så jämn kvalitet som möjligt och vara kostnadseffektiv, dock så att man på bästa möjliga sätt kan iaktta regionala förhållanden i olika delar av landet. Även om produktionsansvaret samlas till samkommuner, förblir det regionala skillnader mellan dem beträffande servicebehoven och möjligheterna att genomföra tjänsterna. Det är ett social- och hälsovårdsområdes uppgift att se till att skillnaderna i kvaliteten och tillgången till tjänsterna inom varje område är så små som möjligt och att servicenätet från basnivå till den krävande specialiserade nivån ekonomiskt genomförs på ett så effektivt sätt som möjligt. För att ett social- och hälsovårdsområde ska kunna genomföra denna styrningsroll, ska det ges beslutanderätt på strategisk

nivå medan beslutanderätten i anknytning till det praktiska genomförandet förblir hos områden med produktionsansvar.

En stor del av kommunerna sköter redan nu primärvården, socialvården och den specialiserade sjukvården samt specialomsorgerna för de utvecklingsstörda inom ramen för obligatoriskt samarbete över kommungränser. Syftet med det nya samarbetsarrangemanget är en effektivare samordning av tjänsterna och slopandet av överlappningar samt bättre kontroll över kostnaderna och främjandet av s.k. deloptimering, dvs. överföringen av kostnads- och serviceansvaret till andra ansvariga parter. I den föreslagna modellen samlas ansvaret från de nuvarande, flertaliga och splittrade samkommunerna samt delvis från enskilda kommuner till två samkommunsnivåer. På det sättet klarlägga modellen den nuvarande modellen, som har distribuerats på flera nivåer. Samtidigt kommer beslutsfattandet beträffande nuvarande tjänster på specialupptagningsnivå att övergå till alla de kommuner vars tjänster det är frågan om. I det nuvarande systemet deltar enbart medlemskommunerna i de sjukvårdsdistrikt som upprätthåller universitetssjukhus i beslutsfattandet, även om tjänsterna anordnas för invånarna i kommuner i flera sjukvårdsdistrikt.

Om man bedömer behovet av fem social- och hälsovårdsområden jämfört med statens styrning, behövs det fem social- och hälsovårdsområden, eftersom förhållanden varierar märkbart i olika delar av landet. Tillräcklig kännedom om såväl lokala förhållanden som lokala aktörer är en förutsättning för genomförandet och upprätthållandet av ett väl fungerande system. Jämförelsen ("benchmarking") av verksamhetens kvalitet, inverkan och effektivitet inom fem social- och hälsovårdsområden samt överföringen av information och innovationer från ett social- och hälsovårdsområde till ett annat gör att hela landet drar nytta av utvecklingsarbetet i de enskilda områdena.

En annan, alternativ lösning till den nu föreslagna strukturen är att uppgifterna inom social- och hälsovården helt överförs från kommunerna till en självstyrelsenivå på större förvaltningsområde än kommun, som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen, som har ett beslutandeorgan utsett genom direkt val.

Även finansieringsansvaret kan tas bort från kommunerna så att självstyrelsenivå har beskattningsrätt och statsandelarna styrs direkt till den. En separat regional självstyrelsenivå kan genomföra den nödvändiga horisontella och vertikala integrationen av social- och hälsovården som behövs för att trygga de grundläggande rättigheter som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen. Genom direkt val ser man till att kravet på demokrati uppfylls.

Man har dock kommit fram till den nu föreslagna lösningsmodellen eftersom det har ansetts vara viktigt att servicesystemet alltså baserar sig på kommuner så att man kan upprätthålla sambandet mellan beslutsfattandet och annat lokalt beslutsfattande som sker i kommunerna.

Beslutsfattandet inom social- och hälsovården har fast anknytning till beslutsfattandet om de övriga funktionerna som förblir i kommunerna. Till genomförandet av ett integrerat servicesystem inom social- och hälsovården enligt förslaget hör samtidigt att samarbetet med de funktioner som blir kvar hos kommunen upprätthålls och att social- och hälsovårdsområdet erbjuder sådan sakkännedom som kommunen behöver i sitt beslutsfattande om främjandet av välfärd och hälsa. Med tanke på genomförandet av de förebyggande tjänster som social- och hälsovårdsområden och samkommuner med produktionsansvar ansvarar för är det viktigt att upprätthålla sambandet mellan beslutsfattandet och kommunens övriga basservice, t.ex. småbarnsfostran, skolan, ungdoms- och fritidsservicen och boendet. Till exempel servicehelheten för barn, ungdomar och familjer förutsätter såväl samordning av social- och hälsovårdstjänster som praktiskt arbete i gemensamma kundprocesser bland annat med kommunernas fostrings- och utbildningstjänster samt ungdomsväsendet.

Det hur väl kommunerna främjar kommuninvånarnas välfärd och hälsa genom sitt beslutsfattande i andra sektorer har också direkt samband med social- och hälsovårdsservicesystemets totala kostnader och därmed hela nationalekonomin. Ju bättre beslut kommunerna fattar beträffande främjandet av kommuninvånarnas välfärd och hälsa om till exempel bildningsväsendet, trafiken, boende och markanvändning, påverkar det också utveck-

lingen av social- och hälsovårdens servicebehov. När social- och hälsovårdens service-system alltså är kommunbaserat, kan man koppla sporrar som ansluter sig till välfärd och hälsofrämjande till kommunens betalningsandel. I det föreslagna utkastet till lag kopplas dessa sporrar framför allt till den sjukfrekvenskoefficient som används i statsandelssystemet och med vilken kommunens betalningsandel viktas. I fortsättningen, då social- och hälsovårdens finansieringssystem förnyas, kan sporrarna i anknytning till välfärd och hälsofrämjande ytterligare utvecklas så att systemet blir ännu mer sporrande än nu.

Det har även uppskattats att en separat regional självstyrelsenivå blir en dyr lösning med tanke på nationalekonomin. Om regionalt självstyre genomförs inom social- och hälsovården, skapas ett administrativt system i tre steg av nytt slag: staten, landskapet, kommunen. Enligt uppskattningar blir de ekonomiska konsekvenserna av en sådan lösning problematiska, eftersom det vid sidan av statsbeskattningen då finns två konkurrerande, självständiga nivåer av regional beskattning.

3.3 De viktigaste förslagen

Ordnandet av social- och hälsovård ska även i fortsättningen vara kommunbaserat. För att säkerställa den tillräckliga bärkraft som behövs för att ordna tjänsterna föreslås det att fem social- och hälsovårdsområden, som ska vara samkommuner, bildas. Utgångspunkten ska vara att de grundar sig på de nuvarande områdesgränserna för specialupptagningsområdena. Inom alla fem social- och hälsovårdsområden ska man kunna trygga ett tillräckligt kunnande samt en ekonomisk bärkraft att genom en så omfattande integration som möjligt sörja för likvärdig tillgång till tjänster samt för skapandet av en kostnadseffektiv servicestruktur och tryggheten av närtjänster.

Social- och hälsovårdsområdet är förpliktat att ordna tjänster på likvärdiga grunder för invånarna inom hela sitt område. På så sätt kan man inom vart och ett av de fem social- och hälsovårdsområdena utjämna regionala skillnader och skillnader mellan befolknings-

grupperna när det gäller tillgången till tjänster. Social- och hälsovårdsområdet ska se till att personalresurserna och de ekonomiska resurserna inom dess område riktas så jämnt som möjligt med hänsyn till de servicebehov som hela områdets befolkning har. I och med social- och hälsovårdsområdena, som sinsemellan är synnerligen jämförbara, är det möjligt att jämföra områdena med varandra och skapa positiv konkurrens om hur tjänsterna ordnas och produceras så likvärdigt, högkvalitativt och kostnadseffektivt som möjligt. Bland annat på grund av detta föreslås det att fem social- och hälsovårdsområden bildas.

Ett social- och hälsovårdsområde ska också ansvara för lämplig tillgänglighet till tjänster. Även om det alltid kommer att finnas skillnader i avstånden till tjänster på grund av olika förhållanden och befolkningstäthet i olika delar av landet, har social- och hälsovårdsområden med tillräcklig bärkraft möjlighet att trygga närtjänsterna genom nya metoder, som mobila och elektroniska tjänster. Genom en servicestruktur som bygger på omfattande social- och hälsovårdsområden är det dessutom möjligt att utjämna personalresurserna så att hela landets servicebehov uppfylls så jämlikt som möjligt.

Det föreslås att ordnandet och producerandet av tjänster skiljs åt, så att ett social- och hälsovårdsområde i regel inte själv producerar tjänsterna, utan att områdets samkommuner har produktionsansvar för tjänsterna. På det sättet behålls beslutanderätten om hur tjänsteproduktionen genomförs i praktiken hos kommunbaserade helheter som är mindre än ett social- och hälsovårdsområde och därigenom närmare lokalnivån. På lokalnivån känner man bäst till de regionala specialförhållandena, varvid de kan beaktas särskilt vid det praktiska genomförandet av tjänsteproduktionen. Att skilja åt produktionsansvaret från organiseringsansvaret för social- och hälsovården ändrar innehållet i det gällande organiseringsansvaret på ett väsentligt sätt. Därför ska propositionen innehålla en förslagsenlig definition av organiseringsansvaret för social- och hälsovården. Dessutom ska produktionsansvaret för social- och hälsovården definieras separat.

Eftersom social- och hälsovårdsområdena inte har egen tjänsteproduktion, ska den som har produktionsansvaret ha tillräcklig bärkraft för att kunna ansvara för produktionen av den integrerade helheten av tjänster. Därför innehåller förslaget kriterier för aktören med produktionsansvar. Den produktionsansvariga ska ha förmåga att svara för de förebyggande och andra tjänsterna inom social- och hälsovården som en enhetlig helhet. Dessa uppgifter förutsätter sådant kunnande som helheten av uppgifter kräver, dvs. egen personal och andra resurser. Den produktionsansvariga kan själv producera tjänster eller också anskaffa tjänster på annat sätt, som från organisationer, företag och genom att använda servicesedlar.

I detta skede föreslås inga ändringar i bestämmelserna om ordnande av studerandehälsovård för studerande vid högskolor.

Det föreslås att social- och hälsovårdsområdets egen produktion begränsas till endast stödtjänster samt i undantagsfall till sådana social- och hälsotjänster som det annars inte är möjligt att tillhandahålla inom området.

Eftersom utgångspunkten är att ett social- och hälsovårdsområde inte får ha egen tjänsteproduktion, ska det på andra sätt tryggas att området har tillräcklig makt som sträcker sig ända till tjänsteproduktionen, så att det klarar av att uppfylla organiseringsansvaret för social- och hälsovården. Enligt förslaget ska social- och hälsovårdsområdet som har organiseringsansvar för social- och hälsovården besluta vilka samkommuner som har produktionsansvar. Det föreslås att social- och hälsovårdsområdet även i övrigt har betydande bestämmanderätt i fråga om tjänsteproduktionen. Ett viktigt verktyg vid utövandet av denna bestämmanderätt är beslutet om att ordna social- och hälsovård, som är ett dokument som är bindande för samkommunerna med produktionsansvar. I beslutet om att ordna social- och hälsovård ska samkommunerna med produktionsansvar fastställas och utöver deras uppgifter övriga strategiskt betydelsefulla ärenden som gäller ordnandet av social- och hälsovården, som hur tjänsterna ska ordnas så att en klientorienterad integration genomförs, kvalitets- och servicenivån på de tjänster som tillhandahålls inom områ-

det, hur tillgången till närtjänster säkerställs samt de centrala principerna för de tjänster som anskaffas utifrån.

Utöver beslutet om att ordna social- och hälsovård är ett annat betydelsefullt styrmedel inom social- och hälsovårdsområdet att besluta om finansieringen. I propositionen föreslås det att kommunerna ska finansiera verksamheten inom social- och hälsovårdsområdet genom en avgift som bygger på invånarantalet och där behovsfaktorer, som åldersstruktur och sjukfrekvens, beaktas. Storleken på kommunernas finansieringsansvar fastställs därmed enligt social- och hälsovårdsområdets budget och de ovan konstaterade kalkylmässiga behovsfaktorerna. Social- och hälsovårdsområdet finansierar verksamheten inom samkommunerna med produktionsansvar genom att dela upp finansieringen inom området enligt enhetliga grunder med hänsyn till servicebehovet samt tjänsteproduktionens effekt och kostnadseffektivitet. Social- och hälsovårdsområdet har således möjlighet att styra finansieringen till de aktörer som klarar av att genomföra tjänsteproduktionen så effektivt som möjligt och på ett effektivt sätt totalekonomiskt. Det kan också byta ut de som har produktionsansvar för tjänsten om de inte fungerar tillräckligt effektivt. Fördelningen av riktandet av finansieringen och resurserna mellan de produktionsansvariga ska också framgå av beslutet om att ordna social- och hälsovård. Social- och hälsovårdsområdet ska dessutom årligen förhandla om resultatstyrningen med samkommunerna med produktionsansvar.

Servicestrukturen inom social- och hälsovården är ett av de viktiga sätten att avhjälpa hållbarhetsunderskottet inom den offentliga ekonomin. Särskilt av denna orsak föreslås det att statens styrning av ordnandet av social- och hälsotjänster ska stärkas. Det föreslås att statens makt att styra stärks bland annat så att när beslutet om att ordna social- och hälsovården upprättas ska social- och hälsovårdsområdet ta hänsyn till social- och hälsovårdsministeriets åsikt om det. Genom detta förfarande försöker man att riksomfattande säkerställa ett så ändamålsenligt och kostnadseffektivt servicesystem som möjligt. Genom nationell styrning försöker man avhjälpa ineffektivitet samt eliminera onödiga

kostnader som orsakas av oändamålsenligt överlappande. Ministeriet ska varje år förhandla med varje social- och hälsovårdsområde och behandla beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Social- och hälsovårdsministeriet ska i sin egen verksamhet anvisa de nödvändiga resurserna för den allmänna styrningen av servicestrukturen inom social- och hälsovården och ordnandet av tjänster inom social- och hälsovården, behandlingen av besluten om att ordna social- och hälsovård samt kontinuerlig uppföljning av hur ordnandet av tjänster och produktionsansvaret inom social- och hälsovården genomförs. Institutet för hälsa och välfärd stöder styrenheten som nationell expertmyndighet.

Avsikten är att genomföra propositionen på så sätt att lagen träder i kraft stegvis mellan 2015 och 2017. Meningen är att social- och hälsovårdsområdena inleder sin verksamhet vid ingången av 2016 och samkommunerna med produktionsansvar vid ingången av 2017. En separat lag om införande av lagen innehåller bestämmelser om genomförandet av övergångsskedet.

Temporär skattefrihet vid servicestrukturformen inom social- och hälsovården

Det föreslås att lagen om överlåtelseskatt ändras, så att överlåtelseskatt under vissa förutsättningar inte behöver betalas när ett fastighetsaktiebolag som ägs av en kommun, en samkommun eller av dessa överlåter för fullgörande av de skyldigheter som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården en fastighet som används inom produktionen av hälso-tjänster eller fastighetsaktier till ett aktiebolag som ägs av en kommun eller samkommun i utbyte mot aktiebolagets aktier. I fråga om temporär skattefrihet vid arrangemang av ägande av verksamhetslokaler föreskrivs separat genom en ny bestämmelse om skattefrihet som fogas in i lagen om överlåtelseskatt. Bestämmelsen ska motsvara gällande 43 b § i lagen om överlåtelseskatt där det föreskrivs om temporär skattefrihet vid kommuners strukturarrangemang. Den bestämmelse som nu föreslås hänger samman med ett ändamålsenligt bildande av social- och hälsovårdsområden. Enligt lag-

förslaget ska de nya områdena inleda sin verksamhet vid ingången av 2017.

Lagen är en temporär lag och gäller överlåtelse som sker 2015–2018. Tillämpningstiden för den temporära skattefriheten ska vara tillräckligt lång, så att det finns tid att genomföra de behövliga ägande- och strukturarrangemangen. De behövliga egendomsarrangemangen kan uppskattningsvis genomföras före utgången av 2018.

Skattefrihet förutsätter att verksamhetslokalen huvudsakligen och direkt har använts för den kommunverksamhet som räknas upp i paragrafen och att lokalen överlåts för att användas av social- och hälsovården.

En av förutsättningarna för lättningen är att överlåtelsen sker mot det mottagande bolagets aktie, dvs. som så kallad apportöverlåtelse. Lättningen ska endast gälla bolagisering av kommunägda fastighetstillgångar där ägandeformen ändras till indirekt ägande genom ett fastighetsaktiebolag. Om fastighetstillgångar överlåts mot penningersättning, är det fråga om realisering av egendom och lättningen gäller inte dessa situationer. Om det vid bolagiseringen vid sidan av det förvärvande bolagets aktier betalas pengar eller någon annan ersättning, ska överlåtelseskatt betalas endast på den övriga ersättningen.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Allmänt

I propositionen föreslås att de administrativa strukturerna inom den kommunala social- och hälsovården ska förnyas. Social- och hälsovårdens lagstadgade offentliga uppgifter ska enligt förslaget ordnas i form av samarbete över kommungränser. I dagens läge är det i huvudsak enskilda kommuner och delvis lagstadgade samkommuner som ansvarar för deras ordnande. Därmed riktas reformens direkta konsekvenser till kommuners och samkommuners förvaltning och deras administrativa strukturer.

Administrativa ändringar är dock bara ett sätt att genomföra reformens viktigaste mål. De centrala målen i lagpropositionen är att främja och upprätthålla befolkningens välfärd och hälsa, främja social- och hälsovårdens höga kvalitet och trygga klientens och

patientens rätt till bra social- och hälsovård samt att skapa förutsättningar för en tillräcklig och likvärdig tillgång till social- och hälsovårdstjänster i hela landet. På det här sättet tryggas en välfungerande och enhetlig samt verkningfull och kostnadseffektiv servicestruktur för social- och hälsovården. Reformen genomför också integration mellan socialvården och hälsovården samt förstärker social- och hälsovårdens basservice, såväl regionalt som i hela landet.

Målet är att trygga likvärdiga social- och hälsovårdstjänster för alla de som bor i Finland. Nu påverkar bland annat befolkningens åldrande och ökningen av servicebehovet på grund av den samt den offentliga ekonomins hållbarhetsgap möjligheterna att nå detta mål. Därför måste man framöver fästa mera uppmärksamhet på att servicen riktas utgående från behovet och är verkningfull och produceras på ett kostnadseffektivt sätt.

Reformens inverkan på ekonomin, administrationen samt befolkningens ställning och tjänster beror i väsentlig grad på hur social- och hälsovårdsområden i enlighet med förslaget samt samkommunerna med produktionsansvar genomför den social- och hälsovård för vars ordnande och produktion de är ansvariga. Det är inte möjligt att presentera några säkra fakta om den föreslagna reformens konsekvenser. Det är dock möjligt att de vis bedöma konsekvenserna på basis av de erfarenheter som fått av tidigare arrangemang över kommungränser. Som exempel kan särskilt användas förvaltningsförsöket i Kajanaland, Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt Eksote samt samarbetsområden enligt Paras-projektet. I alla dessa har ordnandet av tjänster samlats till verksamhet som är mer omfattande än tidigare och som överskrider kommungränser. I förvaltningsförsöket i Kajanaland och i Eksote har social- och hälsovårdstjänsternas integration dessutom genomförts mycket långt.

4.2 Ekonomiska konsekvenser

Det finns ingen erfarenhet om koncentrationen av ansvaret för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna till fem social- och hälsovårdsområden från Finland eller om det heltäckande ansvaret för ordnandet av social-

och hälsovården från något annat land heller. Det är inte möjligt att bedöma propositionens ekonomiska konsekvenser på ett entydigt och pålitligt sätt, eftersom det finns knappt om forskning- och uppföljningsuppgifter om motsvarande stora systemreformer.

Genomförandet av lagen om ordnandet av social- och hälsovården sänker inte automatiskt kostnaderna. År 2013 var nettokostnaderna för kommunernas social- och hälsovårdsväsen 20 miljarder euro, exklusive kostnaderna för barndagvården, och de har stigit reellt med ca 2,3 % per år under åren 2006–2013. Ökningen av servicebehovet på grund av åldrande uppskattas öka kostnaderna med ca 1,5 procent per år under de närmaste åren. Även om det inte är möjligt att noggrant uppskatta de ekonomiska konsekvenserna, är den kalkylmässiga potentialen att begränsa kostnadsökningen betydande förutsatt att man vid styrningen och genomförandet av reformen strävar efter kostnadseffektiva lösningar.

Allt som allt är målet med reformen att begränsa kostnadsökningen med 850 miljoner euro under åren 2017–2021. Den begränsning av kostnadsökningen som är målet förutsätter att man förstår social- och hälsovårdens servicebehov för social- och hälsovårdsområdets hela befolkning, allokeringen av resurserna i enlighet med detta samt långsiktig och kompetent ledning. Enligt uppskattningar realiserar kostnadseffekterna till fullt belopp först efter flera år. Begränsningen av kostnadsökningen förutsätter även stark styrning från statens sida, som genomförs genom att grunda en ny styrenhet vid ministeriet. Styrenhetens uppskattade resursbehov är 6 årsverken, som förutsätter en permanent resursökning av 4 årsverken och 350 000 euro hos social- och hälsovårdsministeriet från och med 2016.

Därutöver innehåller regeringens strukturpolitiska program en åtgärdsplan för balansering av den kommunala ekonomin. För att man ska kunna nå det mål som ställs i det strukturpolitiska programmet och för att trygga den kommunala ekonomins balans bereds ett budgetramsystem som verkställer kontrollen över kostnaderna för offentliga social- och hälsovårdstjänster. Det stöder för sin del begränsningen av kostnader.

Man kan på ett vägledande sätt bedöma de ekonomiska konsekvenserna av verksamheten hos samkommuner med produktionsansvar enligt lagen på basis av resultat från experiment av samma typ. En verksamhetsmodell som strävar efter en integration av ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster, som är målet för lagförslaget, har genomförts i förvaltningsförsöket i Kajanaland och i Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt Eksote. Man bör dock komma ihåg att dessa två regioner inte representerar hela landet. Ett heltäckande genomförande av reformen i hela landet kan även leda till konsekvenser som man inte har kunnat upptäcka i reformer som har genomförts inom två landskap.

Ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänsterna har integrerats i förvaltningsförsöket i Kajanaland sedan 2005 och i Eksote sedan 2010. Förvaltningsförsöket i Kajanaland varken begränsade eller påskyndade tillväxten av social- och hälsovårdens nettokostnader. Detta framgår av en undersökning av Statens ekonomiska forskningscentral. Ökningen av kostnaderna saktades ner efter att försöket hade inletts, men så skedde även i jämförelseområdet. Institutet för hälsa och välfärd kom till likadana slutsatser. I dessa bedömningar betraktades dock inte utvecklingen av kvantiteten eller kvaliteten av de tjänster som invånarna fick eller dessa faktorer inverkan på kostnadsutvecklingen. Enligt en uppskattning av Institutet för hälsa och välfärd var nettokostnaderna för områdets social- och hälsovårdsväsen i Södra Karelen år 2010 innan Eksote grundades något lägre än kostnaderna för jämförelseområdets kommuner, men de ökade en aning snabbare än jämförelseområdets kostnader, dvs. med 3,4 procent per år i kommunerna inom nuvarande Eksote och med 2,8 procent per år i jämförelseområdets kommuner. Efter att Eksote hade grundats, under åren 2010–2012, var ökningen av områdets nettokostnader klart långsammare än innan Eksote grundades och också långsammare än i jämförelseområdet. Inom Eksote sjönk nettokostnaderna ca 0,2 procent per år, medan jämförelseområdets nettokostnader reellt ökade med 2,2 procent per år. Kalkylerat enligt detta begränsade Eksotes bildande tillväxttakten av

social- och hälsovårdens nettokostnader med 2,4 procent per år jämfört med jämförelseområdet.

De social- och hälsovårdsområden samt samkommuner med produktionsansvar som grundas enligt förslaget skiljer sig från varandra i fråga om både storlek och förhållanden. Därför kan konsekvenserna variera enligt område. Om konsekvenserna betraktas enligt Eksotes resultat, betyder detta enligt kostnadsnivån 2012 ungefär 450 miljoner euro lägre kostnader i hela landet. I den här uppskattningen beaktas inte det underskott som uppstod under Eksotes tre första verksamhetsår. När man beaktar underskottet, sjunker uppskattningen om begränsningen av kostnadsökningen i hela landet till cirka 190 miljoner euro. Man bör dock komma ihåg att det i bedömningen inte var möjligt att ta i beaktande ett eventuellt underskott i jämförelseområdena.

Om lagförslagets konsekvenser betraktas enligt resultaten för förvaltningsförsöket i Kajanaland, leder reformen inte till några kostnadsbesparingar men den ökar inte heller social- och hälsovårdsutgifternas tillväxttakt.

Det finns stora osäkerhetsmoment förknippade med ovan presenterade uppskattningar. Bakom resultaten för Eksote och förvaltningsförsöket i Kajanaland ligger systematiskt förändringsledarskap som pågått i flera år och strävar efter ett gemensamt mål. Utan det hade det knappast uppstått besparingar. Besparingarna är förknippade med lösningar inom specifika landskap, som eventuellt är vettiga bara i ifrågasvarande områden.

Reformen förutsätter att beslutsfattarna kan utnyttja de möjligheter som social- och hälsovårdens integrationsstruktur enligt lagförslaget erbjuder. När storleksordningen av ansvaret för ordnande och produktion ökar, finns det bättre förutsättningar att göra olika funktioner effektivare och öka produktiviteten samt vidare att begränsa kostnadsökningen och i enskilda funktioner även sänka kostnaderna. De potentiella förändringarnas storleksklass kan även bedömas genom att granska möjligheterna att rationalisera de funktioner som medför de största kostnaderna och öka produktiviteten.

Lagen om ordnandet av social- och hälsovården enligt förslaget stöder begränsandet

av kostnadsökningen genom att förstärka basservicen. Basservicen kännetecknas av att de öppna tjänsternas vikt är stor och att de typiskt är närtjänster. Dessutom accentueras kännedomen om den helhet som området, befolkningen och servicesystemet bildar. Bra tillgång till förebyggande, vårdande eller korrigerade samt rehabiliterande tjänster på basnivå som dessutom är rättidiga och kontinuerliga minskar behovet av dyra specialtjänster.

Till exempel ökningen av rättidiga familjetjänster som produceras i ett tidigt skede har uppskattats minska antalet barn som är placerade utanför hemmet med 5 000 klienter under 10–15 år. På det här sättet kan man på årsnivå spara cirka 200 miljoner euro i kostnaderna för anstalts- och familjevården. Det är lättare att genomföra sådana förändringar som för servicestrukturen och personalresurserna till den önskade, förebyggande riktningen i större organisationer.

Inom hälsovården minskar till exempel effektiviserat förebyggande av följsjukdomar till diabetes eller slaganfall behovet av specialiserad sjukvård, rehabilitering och omsorgstjänster på ett märkbart sätt. Välfungerande basservice främjar en servicekedja som är så smidig som möjligt även när specialiserade tjänster behövs och som minskar kostnader som beror på utdragna problem och överlappande arbete. Integrationen gör det också möjligt att koppla specialkompetens till basservicen enligt behov i stället för att skicka klienten till den specialiserade sjukvården, vilket klart minskar kostnaderna för såväl serviceproduktionen som klienten.

Den specialiserade sjukvårdens andel av hälsovårdsutgifterna är cirka en tredjedel. Till exempel de stora skillnaderna i sjukhusens produktivitet beskriver potentialen för produktivitetsökningen. Beroende på typ av sjukhus är de 5–10 % i genomsnitt och i de yttersta fallen till och med mycket större. Större samkommuner med ansvar för ordnande och produktion av social- och hälsovården kan bättre än en decentraliserad produktionsstruktur till exempel optimera sjukhusnätverket och koordinera arbetsfördelningen mellan sjukhusen inom social- och hälsovårdsområdet och nationellt. I en decentraliserad servicestruktur uppstår lätt oan-

damålsenlig vård av patienter, som leder till kostnader. Genom att effektivisera användningen av dyr infrastruktur och specialiserad personal samt göra vårdpraxisen enhetligare genom att utnyttja de nationella grunderna för vård och omsorg är det möjligt att åstadkomma besparingar. Det har uppskattats att enbart hotellfunktionen på sjukhus kostar ca 150 euro per dygn, och man kan åstadkomma märkbara besparingar genom att förkorta vårdtiderna.

De besparingar som funktionella reformer medför förverkligas och syns långsammare är de besparingar som beror på kombinationen av personalen, förvaltningen, upphandlingen och motsvarande funktioner. Till exempel de deflaterade kostnaderna per invånare i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS), som inledde sin verksamhet i början av 2000, steg under de första verksamhetsåren i samma takt som kostnaderna för andra sjukvårdsdistrikt. Sedan 2005 har HNS kostnadsutveckling däremot märkbart avvikit från den genomsnittliga kostnadsutvecklingen i andra sjukvårdsdistrikt. Kostnaderna per invånare har sjunkit och är nu klart lägre än i andra delar av landet. Innan sjukvårdsdistriktet grundades var kostnaderna per invånare högre än i det övriga landet.

En betydande del av social- och hälsovårdens driftskostnader består av kommuners och samkommuners inköp av samkommuner och andra kommuner. Dessa uppgår till mer än 7 miljarder euro per år. Största delen består av inköp som baserar sig på differentieringen och arbetsfördelningen inom vården, när till exempel ett sjukvårdsdistrikt köper av ett universitetssjukvårdsdistrikt sådana tjänster som förutsätter specialkompetens som det inte är ändamålsenligt att ge på centralsjukhusnivå. För närvarande baserar sig en del av dessa inköp inte på en planerad differentiering av vården utan de sker som oändamålsenliga inköp på grund av till exempel bristen på specialiserade läkare på ett sjukhus. Det har uppskattats att det årligen finns 6 miljoner öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården i hela landet, och 30 % eller 2 miljoner av dessa är första besök. Med bättre differentiering av vården och arbetsfördelning mellan nivåerna är det möjligt att minska behovet av dessa första besök.

Från synvinkeln av ordnandet av socialtjänster är det särskilt viktigt att koncentrera tjänster och ärenden som kräver specialkompetens och stark kännedom om speciallagstiftningen. Genom detta kan man bättre än nu trygga tillgången till specialkompetens, personalens ersätтарыangemang och yrkesmässigt stöd samt tjänsternas kvalitetsmässiga utveckling och därmed trygga tillgången till regionala, högklassiga tjänster även för kommuninvånare som behöver särskilt stöd.

Genom att förbättra den funktionella integrationen kan man slopa ineffektivitet vid gränssnitten genom att slopa dubbelt arbete mellan basnivån och den specialiserade nivån samt genom att koordinera samarbetet vid social- och hälsovårdens gränssnitt i synnerhet gällande de klienter som använder mycket tjänster. Cirka 10 % av social- och hälsovårdens samtliga klienter använder speciellt mycket tjänster, och cirka 80 % av hela social- och sjukvårdens resurser går till ordnandet av tjänster för dem.

Hittills finns inget klart internationellt bevis på hur integrationen av social- och hälsovårdstjänsterna påverkar användningen av tjänsterna och därmed kostnaderna. I enskilda reformer har man dock lyckats sänka kostnader. I utvecklingsprojektet för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård har man genom en multiprofessionell vårdplan som har utarbetats tillsammans med patienten kunnat spara en tredjedel och i utvecklingsprojektet för kommunerna inom Oulunkaari genom verksamheten med klientansvarig personal två tredjedelar av kostnaderna för de patienter vid hälsovårdscentraler som använder allra mest tjänster. Utvidgningen av metoder som i huvudsak testats inom hälsovården och i viss mån även vid social- och hälsovårdstjänsternas gränssnitt till socialtjänsterna och upprättandet av gemensamma serviceplaner och klientprocesser är det möjligt att åstadkomma ännu större kostnads- och klientfördelar.

Personalkostnader är den största enskilda kostnadsposten inom social- och hälsovården. De står för över hälften av kostnaderna. För närvarande är antalet anställda inom social- och hälsovården cirka 209 000. Enligt finansministeriets uppskattning kommer befolkningens åldrande att öka personalantalet i

den offentliga serviceproduktionen med drygt 3 000 personer per år i genomsnitt. Om den årliga personalökningen blir 2 000 personer färre, blir kostnadseffekten kalkylerat med genomsnittlig medellön cirka 70 miljoner euro per år. De ovannämnda åtgärder som ökar kostnadseffektiviteten påverkar direkt personalkostnaderna och deras struktur.

Kostnadsbesparingar inom administrationen åstadkoms genom att avveckla överlappningar inom personaladministrationen, ekonomiförvaltningen, fastighetsförvaltningen och den allmänna ledningen. När olika nivåer sammanslås genom administrativ integration är det dessutom möjligt att rikta arbetsinsatsen av de som arbetar i mellanledningen och utför såväl administrativt som direkt klient- eller patientarbete till klient- och patientarbete, vilket motsvarar deras yrkesmässiga kompetens. Till exempel genom HNS centraliserade ekonomi-, personal- och materialförvaltning har man i början åstadkommit en årlig kostnadsbesparing på 10–15 % och senare på 2–3 % (sammanlagt drygt 5 euro per invånare under en period på sex år).

Till ett social- och hälsovårdsområdes uppgifter hör sammanjämkandet av användningen samt planeringen, utvecklingen och uppföljningen av personalresurserna i samkommuner med produktionsansvar. I olika utvecklingsprojekt av användningen av social- och hälsovårdspersonalen har uppnåtts betydande kostnadsbesparingar. Till exempel ibruktagandet av ett förvaltningssystem av personalresurser som koordinerades av Södra Savolax sjukvårdsdistrikt i form av ett utvecklingsprojekt inom det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård har uppskattats minska användningen av ersättare med 5 %. Detta baserar sig på att personalen med hjälp av systemet kan dimensioneras på ett ändamålsenligare sätt enligt de olika enheters verksamhet samt patienternas vård och servicebehov. I organisationsenheter med produktionsansvar som är större än nu kan dylika förvaltningssystem utnyttjas bättre.

Efter personalkostnaderna är de näst största kostnadsposterna service- och materialanskaffningarna. Reformen gör det lättare att utnyttja storleksfördelar i bland annat utrustnings- och serviceanskaffningarna samt vid

anordnandet av medicinska och andra stödtjänster. Man kan åstadkomma kostnadsbesparingar genom att koncentrera upphandlingen. Av kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården utgör produkter, utrustning och varor ca 12 % (2012 cirka 2,1 miljarder euro). Produkterna består i huvudsak av sjukhusutrustning som används i bildiagnostiken och i vården. Utrustning och varor omfattar sjukhusläkemedel (nästan hälften av kostnaderna), vårdutrustning (ca en tredjedel av kostnaderna) samt annan utrustning. Det är möjligt att åstadkomma besparingar genom god planering av utrustningsplaceringen och genom gemensam upphandling. Det är möjligt att uppnå en sänkning av upphandlingskostnader genom att effektivisera verksamheten av upphandlingsringar och genom att utvidga gemensamma upphandlingar från läkemedel till vårdutrustning, hjälpmedel och annan utrustning. Integrationen möjliggör även rationaliseringen av vårdutrustningens distribution.

Lagförslaget gör det möjligt att producera medicinska och andra stödtjänster i form av en tjänst som täcker hela social- och hälsovårdsområdet. Koncentreringen av laboratorie- och bildiagnostiktjänster som inleddes inom det nationella hälsoprojektet i början av 2000-talet har gett betydliga kostnadsbesparingar i olika delar av landet. Inom Islab, som verkar i Östra Finland, har det uppskattats att den centraliserade produktionen av laboratoriefunktioner kan på årsnivå ge kostnadsbesparingar på till och med 5 euro per invånare jämfört med diversifierad serviceproduktion. Inom specialupptagningsområdet för ÅUCS har det å sin sida uppskattats att de medicinska stödtjänsternas andel av den specialiserade sjukvårdens samtliga kostnader är 15–25 %. Då kan betydelsen av produktivitetsutvecklingen på 5–15 %, som kan åstadkommas genom samarbete inom ett social- och hälsovårdsområde för kostnaderna för hela den specialiserade sjukvården vara 0,75–3,75 %.

Inom socialvården kan till exempel koncentreringen av juridiska stödtjänster och expert hjälp till regionalt jämlik service leda till såväl besparingar som verksamhetens kvalitetsmässiga förbättring.

Hälsovården har nästan helt digitaliserats. Inom socialvården används informationssystem i mindre grad. Den offentliga social- och hälsovårdens ICT-driftskostnader utan investeringar uppgår till cirka 400 miljoner euro årligen. Även om antalet patientdata- och andra system som är i bruk är begränsat, är informationssystemfältet i sin helhet rätt diversifierat, eftersom systemen i huvudsak är organisationsbaserade.

Enligt social- och hälsovårdsministeriets strategi för elektronisk dataförvaltning (Sote-tieto hyötykäyttöön) ligger den största besparingspotentialen inom social- och hälsovården i förändringen av verksamhetsprocesserna och i synnerhet i införandet av e-tjänster. Till exempel inom hemvården finns redan i vissa områden verksamhetsstyrningssystem som effektiviserar verksamheten och tillämpningar som möjliggör mobiltjänster. Egenvården (inklusive elektroniska tjänster) och andra elektroniska tjänster för klienter gör det möjligt att effektivisera verksamheten och rikta resurserna på ett förnuftigt sätt. Även minskningen av överlappande kostnader för administrationen och upprätthållandet av informationsteknologin leder till kostnadsfördelar.

Det är möjligt att genomföra utvecklingen av socialvårdens klientdatasystem enligt nationella krav och ansluta dem till nationella datasystemtjänster genom den nya strukturen för ordnandet av tjänsterna med betydligt lägre kostnader än i det nuvarande kommunbaserade systemet. Införandet av nationella informationssystemtjänster för social- och hälsovården (Kanta, Kansa) möjliggör nya verksamhetsmodeller och genom dem kostnadsfördelar. Avsikten är att ta i bruk socialvårdens nationella arkivtjänst (Kansa) vid decenniesskiftet.

Främjandet av befolkningens välfärd och hälsa är på lång sikt lönsamt såväl ekonomiskt som från en mänsklig synvinkel. Främjandet av välfärden och hälsan genomförs i människornas vardag och i de tjänster som de använder (kommunens verksamhet samt social- och hälsovårdstjänster). Många av dessa åtgärder som bearbetar levnadssätt och genomförs i den vardagliga omgivningen har konstaterats vara effektiva. Till exempel risken för hälsoproblem i anknytning till lev-

nadssätt kan sänkas och sjukfrekvensen kan minskas med hela 20–40 %. Sådana hälso- problem är bland annat hjärt- och blodkärls- sjukdomar och typ 2-diabetes. Tilläggskost- naderna för vården av diabetes har uppskat- tats som 833 miljoner euro per år.

Uppskattningsvis 1,4–7 % av alla hälso- vårdskostnader i Finland beror på övervikt, som år 2011 ledde till totalkostnader på cirka 330 miljoner euro för samhället. Största de- len av kostnaderna bestod av vårdavdel- ningsdagar, läkemedelskostnader och inva- lidpensioner. Befolkningens övervikt leder också till indirekta kostnader såsom produ- tionssänkningen på grund av sjukdomar och kostnader för sjukledigheter.

De direkta sjukvårdskostnaderna för kro- nisk obstruktiv lungsjukdom, lungcancer och hjärtinfarkter som beror på rökning var cirka 300 miljoner euro 2010. Om alla rökare slutade röka skulle man spara 85 % av detta be- lopp. Därutöver var de år 2007 kalkylerad nationalekonomiska förluster som förorsa- kats av hälsoproblem i anknytning till rök- ningen cirka 36 000 euro per rökare under 19 år (sänkningen av arbetets produktivitet, sjukfrånvaro, kortare arbetskarriärer). Alko- holförbrukningens direkta kostnader 2011 var uppskattningsvis 1,3 miljarder euro, utöver vilket kostnaderna för sänkt produktivitet och förlusten av arbetskarriärer uppgick till upp- skattningsvis 4–5 miljarder euro.

Utöver inverkan på levnadssätt är högklas- siga och tillräckliga tjänster för barnfamiljer ett exempel på effektivt främjande av välfärd och hälsa. Inom familjetjänsterna, i synner- het inom barnskyddet, har kostnaderna i en- staka kommuner till och med stigit med 30 % per år. Till exempel i Imatra med 30 000 in- vånare ökade kostnaderna tidigare med 200 000–500 000 euro per år. När man satsade på tjänsterna för barnfamiljerna i tidigt skede kunde man sätta stopp på kostnadsökningen inom grova tjänster (omhändertagande inom barnvården). År 2011 uppgick inköpsservi- ceutgifterna för barnskyddsanstalter till 2 miljoner euro då de år 2012 bara var 1,8 mil- joner euro. Genom förebyggande verksamhet kan man enligt detta inte bara begränsa kost- nadsökningen utan även åstadkomma direkta besparingar.

På kort sikt leder reformen även till änd- ringskostnader. Sänkningen av kostnader förutsätter av samkommuner med produ- tionsansvar eller av social- och hälsovårdsdi- strikt investeringar i bland annat enhetliga in- formationssystemlösningar. Dessutom har patientdatasystemen starkt integrerats med organisationens övriga informationssystem, bland annat separata system enligt special- bransch, vilket gör konsolideringen av sy- stemen ett mer omfattande projekt än i många andra sektorer då organisationers verksamhet integreras. Enligt kostnadsför- delsanalysen inom Apotti-projektet för HNS och vissa kommuner i Nyland betalar sig in- formationssysteminvesteringen tillbaka på sju år.

Ändringskostnader orsakas även av bildan- det av en gemensam och jämförelsebar data- bas för social- och hälsovårdsområden för bedömningen av servicebehovet samt upp- följningen av verksamheten och ekonomin samt tjänstekvaliteten. Personalutbildningen i anknytning till reformen leder till ändrings- kostnader på uppskattningsvis 20 miljoner euro. Reformen kan även ha oplanerade in- verkningar på den allmänna lönenivån, efter- som det för närvarande finns löneskillnader mellan kommuner och sjukvårdsdistrikt. Det är omöjligt att uppskatta hur de förverkligas eller deras nivå i förväg.

Konsekvenser för kommunernas avgifter

Kommunerna finansierar social- och hälso- vårdsområdena med en kommunvis avgift. I de kommunvisa kalkylerna har man jämfört nettoutgifterna för kommunens social- och hälsovård 2014 med den finansiering som kommunen enligt 33 § i lagpropositionen rik- tar till social- och hälsovårdsområdet. I kal- kylerna hör de enskilda kommunerna till so- cial- och hälsovårdsområden som har fast- ställts enligt specialupptagningsområden:

Södra = Specialupptagningsområdet för HUCS

Östra = Specialupptagningsområdet för KYS (Kuopion yliopistollinen sairaala)

Centrala = Specialupptagningsområdet för TAYS (Tampereen yliopistollinen keskussai- raala)

Västra = Specialupptagningsområdet för ÅUCS, och

Norra = Specialupptagningsområdet för OYS (Olun yliopistollinen keskussairaala).

Som undantag till dessa är de kommuner som hör till Päijät-Häme sjukvårdsdistriktet, i det nya systemet de hör till Södra social- och hälsovårdsområdet. Dessutom Jämijärvi, Karvia och Punkalaidun hör till Mellersta social- och hälsovårdsområdet.

Kalkylerna är uppskattningar om det kommande systemets inverknings.

Som grund för kalkylerna har använts nettokostnaderna för kommunernas social- och hälsovårdsväsen under åren 2011–2013, som har höjts till nivån 2014. Av nettokostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet har utslutits utgiftsposterna för barndagvården och utkomstskyddet. I nettokostnaderna ingår förutom driftsutgifter överföringsposter och

av dem har avdragits alla driftsinkomster. Dessutom har det i kalkylerna använts kalkyleringskriterier enligt det nya statsandelssystemet, som träder i kraft 2015, på nivån 2014.

Konsekvenser enligt kommun och social- och hälsovårdsområde

Social- och hälsovårdsområdena kommer att variera mycket, både till antalet invånare och enligt social- och hälsovårdsväsendets budget. Social- och hälsovårdsväsendets nettoutgifter i förhållande till antalet invånare varierar mellan 2900 euro per invånare och 3300 euro per invånare. Kalkylerat enligt kommun är skillnaderna ännu klart större och varierar mellan 2300 euro per invånare och 5500 per invånare.

Tabell 3 Nettoutgifterna för kommunernas social- och hälsovård enligt social- och hälsovårdsområde

Social- och hälsovårds-område	Antal invånare, 31.12.2012	Antal kommuner	Kommunernas social- och hälsovårdsutgifter, netto, 2012, mrd. euro*	Kommunernas social- och hälsovårdsutgifter, netto, 2012, euro/invånare
Södra	2 083 200	53	6,1	2 900
Ostra	817 800	68	2,7	3 300
Norra	739 500	68	2,4	3 200
Mellersta	900 300	56	2,8	3 100
Västra	857 500	59	2,7	3 200
Sammanlagt	5 398 300	304	16,7	3 100

*SC, Kommunernas ekonomi och driftstatistik exklusive avgiftsinkomster (exkl. dagvård och inkomststöd) Nivån 2014

Konsekvenserna i euro har uppskattats per kommun, samkommun, kommungrupp och social- och hälsovårdsområde. Kommunernas finansieringsandel till social- och hälso-

vårdsområdet har jämförts med de nuvarande nettoutgifterna för kommunernas social- och hälsovårdsväsen.

Tabell 4 Social- och hälsovårdens nettoutgifter per invånare på nuvarande nivå och kalkylerat med modellen enligt 33§

Social-och		Nuvarande	Social- och häl-
------------	--	-----------	------------------

hälsovårds- område		nivå	sovårds- modellen
		euro/invån.	euro/invån.
Södra	medeltal	2 905	2905
	minimum	2 319	2534
	maximum	4 103	4054
Östra	medeltal	3 324	3324
	minimum	2 278	2649
	maximum	4 890	4490
Norra	medeltal	3 241	3241
	minimum	2 279	2610
	maximum	5 465	5065
Mellersta	medeltal	3 094	3094
	minimum	2 265	2557
	maximum	4 626	4226
Västra	medeltal	3 177	3177
	minimum	2 442	2688
	maximum	4 528	4128
Enligt nivån för 2014			

Finansieringsmodellen i 33§ i lagen om ut ytterligheter bland kommunerna i social- ordnandet av social- och hälsovården jämnar och hälsovårdsväsendets nettoutgifter. Tabell 5. Förändringar i kommunernas finansieringsandel

Kommunernas finansieringsandel stiger		
ökning, euro/inv.	antal kommuner	milj. euro
400	11	40
300-399	13	35
200-299	28	115
100-199	52	180
under 100	51	63
Sammanlagt	155	432

Kommunernas finansieringsandel sjunker
--

sänkning, euro/inv.	antal kommuner	milj. euro
400	36	-65
300-399	16	-30
200-299	18	-229
100-199	31	-57
under 100	48	-31
Sammanlagt	149	-411

Kommunernas finansieringsandel i förhållande till de nuvarande utgifterna stiger för hälften av kommunerna och sjunker för hälften. I majoriteten av kommunerna är förändringen under 200 euro per invånare. Det finns dock 11 kommuner vars finansieringsandel stiger med mer än 400 euro per invånare och 36 kommuner i vilka den sjunker med mer än 400 euro per invånare.

I förhållande till inkomstskatteprocenten motsvarar en förändring på 100 euro per invånare intäkter på 0,62 procentenheter i genomsnitt på nivån 2012. Därmed var intäkter på en skatteprocent 161 euro per invånare. Som störst var intäkterna 344 euro per invånare i Grankulla och som lägst 92 euro per invånare i Merijärvi.

Tabell 6 Förändringar i kommunernas finansieringsandel enligt kommunstorlek

Antal invånare	antal kommuner	milj. euro	euro/inv.
under 6 000	148	-32	-66
6 000-9 999	54	-7	-16
10 000-19 999	46	56	86
20 000-39 999	31	85	99
40 000-99 999	16	41	42
över 100 000	9	-122	-61
TOTALT	304	0	0

Klassificering enligt kommunstorleksgrupper visar att kommunens finansieringsandel i genomsnitt sjunker i de minsta kommunerna och i städer med över 100 000 invånare.

Skillnaderna mellan kommunerna är dock stora. I genomsnitt är konsekvenserna (-102 €/invånare – + 97 €/invånare).

Tabell 7 Konsekvenserna i euro enligt kommunstorlek

Basmodell			
-----------	--	--	--

Antal invånare	antal kommuner	Kommunernas finansieringsandel	
		stiger	sjunker
under 6 000	148	55	93
6 000-9 999	54	26	28
10 000-19 999	46	33	13
20 000-39 999	31	25	6
40 000-99 999	16	11	5
över 100 000	9	5	4
SAMMANLAGT	304	155	149

Bland små kommuner sjunker finansieringsandelen i klart flera kommuner än den stiger. I större kommuner stiger finansieringsandelen oftare än sjunker.

Tabell 8 Konsekvenser enligt social- och hälsovårdsområde

social- och hälsovårdsområde	antal kommuner	Kommunernas finansieringsandel			
		sjunker	%	stiger	%
Södra	53	40	75 %	13	25 %
Östra	68	24	35 %	44	65 %
Norra	68	26	38 %	42	62 %
Mellersta	56	29	52 %	27	48 %
Västra	59	36	61 %	23	39 %
Totalt	304	155	51 %	149	49 %

I Södra och Västra social- och hälsovårdsområdet ökar de flesta kommuners finansieringsandel. I Norra och Östra social- och hälsovårdsområdet finns andelen sådana kommuners vars finansieringsandel sjunker större. I Mellersta social- och hälsovårdsområdet är fördelningen nästan jämn.

Tabell 9 Konsekvenser enligt social- och hälsovårdsområde och storleken på förändringen

	Kommunernas finansieringsandel stiger
--	---------------------------------------

social- och hälsovårdsområde	antal kommuner	totalt	under 5 %	5-10 %	över 10 %
Södra	53	40	19	12	9
Östra	68	24	14	6	4
Norra	68	26	17	3	6
Mellersta	56	29	14	9	6
Västra	59	36	21	11	4
Totalt	304	155	85	41	29

Kuntien rahoitusosuus laskee					
social- och hälsovårdsområde	antal kommuner	totalt	under 5 %	5-10 %	över 10 %
Södra	53	13	8	4	1
Östra	68	44	15	28	1
Norra	68	42	14	23	5
Mellersta	56	27	19	8	0
Västra	59	23	17	6	0
Totalt	304	149	73	69	7

Förändringen i kommunens finansieringsandel är under fem procent i 158 kommuner. Finansieringsandelen förändras med mer än 10 procent i 36 kommuner. Förändringar i enskilda kommuner kan vara klart större.

Det finns klara skillnader mellan social- och hälsovårdsområden. I Södra social- och hälsovårdsområdet stiger finansieringsandelen i tre kommuner av fyra, medan andelen kommuner i Östra och Norra social- och hälsovårdsområdet är litet över en tredjedel. I Mellersta och Västra social- och hälsovårdsområdet stiger finansieringsandelen för litet över hälften av kommunerna.

I Södra social- och hälsovårdsområdet stiger finansieringsandelen med mer än 10 procent i nästa var femte kommun. I andra områden är andelarna klart lägre. Finansieringsandelen sjunker med över 10 procent i en kommun inom Södra social- och hälsovårdsområdet och i en kommun i Östra social- och hälsovårdsområdet medan den sjunker på motsvarande sätt i fem kommuner inom Norra social- och hälsovårdsområdet. I Mellersta och Västra social- och hälsovårdsområdet finns det inte sänkningar på över 10 procent.

Övergången till ett system med fem social- och hälsovårdsområden innebär förändringar i kommunernas finansieringsandelar så att finansieringsandelen jämfört med nuvarande utgifter stiger i hälften av kommunerna och sjunker i andra hälften. För enskilda kommuner är förändringar i finansieringsandelar betydande. För att lindra dess förändringar har det föreslagits överföringsarrangemang i 14 § i lagen om införande.

Finansieringens överföringsarrangemang

Enligt 14 § i lagen om införande jämnas kommunens finansieringsandel ut under åren 2017–2020, om förändringen i finansieringen per invånare överskrider en viss gräns. Dessutom har det fastställts största tillåtna förändring för tiden efter 2020. För övergångsperioden fastställs utjämningsgränser, och andelar som överskrider dessa beaktas inte i kommunernas finansieringsandelar.

Utjämningsgränserna för åren 2017–2020 är:

Förändring 2017: +/-50 euro per invånare
Förändring 2018: +/-150 euro per invånare

Förändring 2019: +/-250 euro per invånare
 Förändring 2020: +/-400 euro per invånare
 2021: högst +/- 400 euro per invånare.

I bruktagandet av övergångssystemet betyder att social- och hälsovårdsområdets finansieringsbehov antingen inte uppfylls (utjämningsavdrag) eller det kan överskridas (utjämningsstillägg). Därför ska ett social- och hälsovårdsområde beakta övergångsskedets konsekvenser i sin budgetering så att de ut-

jämningsavdrag och -tillägg som övergångsperioden orsakar kan kompenseras. Detta behov verkar bli rätt måttligt, huvudsakligen under 1 % av social- och hälsovårdsområdenas finansieringsbehov i alla områden.

Övergångssystemets inflationsjustering görs årligen enligt prisindexet för basservice som nämns i 57 § 2 mom. i lagen om statsandel för kommunal service (1704/2009).

Tabell 10 Kommuner som täcks av övergångsutjämningsystemet 2017–2020.

År	utjämningsgräns	Antal kommuner som täcks av utjämnings	% av kommunerna
2020	400€	11	3,6 %
2019	250€	40	13,2 %
2018	150€	73	24,0 %
2017	50€	128	42,1 %
	0€		
2017	-50€	124	40,8 %
2018	-150€	83	27,3 %
2019	-250€	60	19,7 %
2020	-400€	36	11,8 %

I tabellen ovan har övergångsutjämnings inverknings uppskattats med kalkyler i relation till nivån 2014. De verkliga konsekvenserna kan ses först då uppgifterna för 2015 har erhållits. Då kan man uppskatta situationen på nivån 2017. Tabellen visar att under det första året då systemet är i bruk (2017) täcker övergångsutjämnings 252 kommuner (128+124). Av dessa 252 kommuner täcks

alltjämt 156 (83+73) av övergångsutjämnings 2018. Vidare täcks 100 (40+60) av dessa 156 kommuner av utjämnings 2019 och 47 (11+36) 2020.

Statsandelsreformens och statsandelsnedskärningarnas konsekvenser för den kommunala ekonomin

Utöver den föreslagna strukturreformen inom social- och hälsovården finns det flera andra faktorer som påverkar den kommunala ekonomin under kommande år. Bland dessa kan i synnerhet nämnas statsandelsreformen och separat bestämda nedskärningar av statsandelar.

Lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009) har ändrats genom en lag (676/2014) som träder i kraft i början av 2015. I regeringens proposition beträffande detta (RP 38/2014 rd, s. 48–51) har konsekvenserna av statsandelsreformen och de nedskärningar i statsandelarna som görs 2012–2017 för den kommunala ekonomin redogjorts för i detalj.

När man ser på de gemensamma konsekvenserna av social- och hälsovårdsreformens och reformen av statsandelssystemet på den kommunala ekonomin, kan man konstatera att förändringarna riktas på mycket olika sätt till de enskilda kommunerna. Det finns kommuner där bägge reformerna förstärker finansieringspositionen, kommuner där den ena reformen förstärker och den andra försvagar positionen och sådana där båda försvagar den. Utan statsandelsnedskärningar försvagas en enskild kommuns finansieringsposition med cirka 800 per invånare och år som högst. Förstärkningen av finansieringspositionen blir å sin sida cirka 610 euro per invånare och år som högst. Under åren 2012–2017 blir statsandelarnas nedskärningar sammanlagt 259 euro per invånare och år. Denna nedskärning påverkar alla kommuner på samma sätt.

Överlåtelseskatt

I propositionen föreslås det bestämmelser om temporär skattefrihet vid ägandearrangemang av kommunernas verksamhetslokaler i samband med bildandet av social- och hälsovårdsområden enligt lagen om ordnandet. Redan nu innehåller vårt skattesystem en reglering, enligt vilken skattefrihet godkänns som en del av systemets karaktär och allmänna struktur i samband med sammanslutningars strukturförändringar. I 43 a–c § i lagen om överlåtelseskatt har skattefriheten avgränsats både tidsmässigt och i fråga om objekt.

Tillämpningstiden för den temporära skattefriheten för överlåtelser som sker i anslutning till kommunernas strukturarrangemang förlängdes delvis ändrad genom en lag (991/2012) som trädde i kraft den 1 januari 2013. Skattefriheten gäller nu för överlåtelser som sker fram till utgången av 2016 för fullgörande av de förpliktelser som avses i ramlagen när fastigheten kommer att användas av social- eller hälsovården. Det tillägg som föreslås i lagen om överlåtelseskatt ändrar inte i sig den nuvarande situationen, utan den temporära skattefriheten ska genom en lagändring kopplas samman med bildandet av de nya social- och hälsovårdsområdena. Genom lättningen ges kommunerna också mer tid att genomföra ägandearrangemang som uppställts som mål för alla. Effekterna av den temporära skattefriheten i samband med boligiseringen av kommunernas fastighetstillgångar är kopplade till den omfattande totalreformen av integrationen inom social- och hälsovården och det finns inga tillgängliga beräkningar av hur skattebeloppen påverkas av den temporära skattefriheten.

4.3 Administrativa och organisatoriska konsekvenser

Kommuner

Den föreslagna reformen har en betydande inverkan på kommunernas administration. Ordandet av social- och hälsovården blir helt och hållet samarbete över kommungränser. Även serviceproduktionen kommer att ske över kommungränser. Ett undantag från detta kunde utgöras av en modell med ansvarskommuner i stället för samkommun, i vilket fall ansvarskommunen producerar tjänsterna för egna och andra kommuners invånare. Ansvarskommunmodellen förutsätter att kommunerna är eniga om den.

Nu har ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården fördelats mellan kommuner, samsamarbetsområden som bildats på olika sätt, samkommuner för sjukvårdsdistrikt och samkommuner för specialomsorgsdistrikt. Det finns knappt 200 organisationer med ansvar för ordnandet av social- och hälsovård. Förutom i Kajanaland och Eksote finns det minst två och i vissa fall till och med fyra

olika organisationer som ordnar social- och hälsovårdstjänster för kommuninvånare (kommunen själv, samkommun för folkhälsoarbetet, samkommun för sjukvårdsdistrikt och samkommun för specialomsorgsdistrikt).

Reformen leder till att samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden ansvarar för ordnandet av alla tjänster inom social- och hälsovården. För serviceproduktionen ansvarar samkommuner med produktionsansvar. Deras produktionsansvar ska täcka social- och hälsovårdstjänsterna som en integrerad helhet. Från kommuninvånarnas synvinkel fås tjänsterna i praktiken då av en kommunal organisation. Den här samkommunen med produktionsansvar ska se till att kommuninvånaren får alla de lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som han eller hon behöver.

Därmed kommer ordnandet av social- och hälsovården och administrationen i anknytning till den inte längre att täckas av det självständiga beslutsfattandet i enskilda kommuner och de nuvarande samkommunerna inom social- och hälsovården. För ett social- och hälsovårdsområdes verksamhet ansvarar en samkommun. Dess administration följer till största delen bestämmelserna i kommunallagen. Från en enskild kommuns synvinkel är det dock av stor betydelse att samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden blir stora och omfattar 60 kommuner i genomsnitt. När kommunrepresentanternas röstetal i samkommunens samkommunsstämma fastställs enligt antalet invånare, ligger den enskilda kommunens andel av röstetalet i flera fall under en procent.

I situationer där man har börjat genomföra funktionerna inom social- och hälsovården över kommungränser eller sådan verksamhet har utvidgats, har förändringen enligt utredningar konsekvenser för genomförandet och strukturerna inom administrationen och beslutsfattandet. De administrativa modellerna i samarbetsområden enligt Paras-rاملagen har haft flera olika former och gott om olika strukturer för beslutsfattande. Då servicenätverket och verksamheten i dessa områden alltjämt har baserat sig på kommungränser, har detta i vissa områden bromsat ner eller hindrat tjänsternas verksamhetsmässiga och

organisatoriska utveckling med tanke på produktiviteten.

I samarbetsområdena har även serviceavtal haft en betydande andel i tjänsternas administration och i beslutsfattandet. Den part som har produktionsansvaret (ansvarskommunen) ingår dessa avtal med sina partnerkommuner. Avtalsprocesserna har definierats, och de möjliggör kommunernas deltagande i de olika skedena av processen. En stor vikt har fästs vid bland annat en bedömning av servicebehovet, på basis av vilket serviceplaner och -avtal med kommuner upprättas. I dessa processer deltar vanligen en rätt stor grupp beslutsfattare och experter från kommunerna. Dessutom har det i flera områden bildats olika inofficiella samarbets- och uppföljningsgrupper vid sidan av den officiella avtalsprocessen.

Jämfört med tiden före Paras-reformen har kännedomen om grunderna för behovet av social- och hälsovårdstjänster, eventuella genomförandemodeller och bildandet av kostnaderna enligt undersökningar ökat i flera kommuner. I Paras-förfrågningen 2009 ansåg kommunernas representanter att reformens förberedelseprocesser var arbetsamma och krävande men nyttiga, eftersom man inte tidigare hade fått igång diskussioner om social- och hälsovårdstjänster inom beslutsfattandet.

Vid övergången till större områden har man försökt åstadkomma jämlikhet inom tjänsterna genom att samordna alla strukturer och processer inom tjänsternas ledning, chefsarbete och verksamheten. Man har också försökt trygga jämlikheten genom begränsande avtal och villkor som accentuerar kommungränser, som delvis har hindrat tjänsternas verksamhetsmässiga utveckling och ökningen av produktiviteten. Då det mer omfattande området har etablerats, har man dock identifierat behovet att bilda verksamhetsmodeller som skiljer sig från varandra för områden där städerna dominerar och å andra sidan landsbygden. På det här sättet har jämlikheten riktats till ställningen för den som får tjänsterna och genomförandet av tjänsten, men sätten att genomföra tjänsterna kan lokalt ha flera former.

Förslaget enligt propositionen avviker väsentligt från strukturerna enligt Paras-

reformen i synnerhet i och med att besluten om social- och hälsovården framöver fattas av hela social- och hälsovårdsområdet samt beträffande serviceproduktionen, enligt beslutet om att ordna social- och hälsovård inom social- och hälsovårdsområdet, i samkommuner med produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet med ansvar för att ordna social- och hälsovård ingår inga separata avtal med kommuner eller samkommuner utan besluten fattas som helhet i områdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Då måste social- och hälsovårdsområdet med ansvar för ordnande ta hänsyn till befolkningen i hela området och dess servicebehov.

Genomförandet av administrationen enligt förslaget i social- och hälsovårdsområden samt i samkommuner med produktionsansvar minskar antalet administrativa organisationer. Detta gör samtidigt organisationen mer transparent.

Viktigt vid reformen av social- och hälsovården är också att förändringar i verksamhetsområden för den som ordnar och den som producerar tjänsterna kan påverka myndigheternas språkliga ställning och därmed indirekt genomförandet av de språkliga rättigheter som har tryggats genom grundlagen. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande om regionförvaltningsreformen (GrUU 21/2009 rd - RP 59/2009 rd) behandlat språkliga rättigheters inverkan på den administrativa områdesindelningen. I sitt utlåtande konstaterade utskottet att om en administrativt fungerande områdesindelning kan definieras på flera alternativa sätt, förutsätter skyldigheten att tillgodose de grundläggande rättigheterna att man väljer det alternativ som bäst tillgodoser de grundläggande språkliga rättigheterna.

Enligt det som konstaterats ovan ska man vid ordnandet och produktionen lägga särskild vikt vid grundlagens 122 § 2 mom., enligt vilket man när förvaltningen organiseras ska eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Också bestämmelserna i 17 § 2 och 3 mom. i grundlagen om rätten att hos myndigheter använda sitt eget språk, antingen finska, svenska eller samiska,

och om att myndigheter och det allmänna skall tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings samhälleliga behov enligt lika grunder ska beaktas då samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden och samkommuner med produktionsansvar bildas. I synnerhet när det bildas social- och hälsovårdsområden och samkommuner med produktionsansvar måste man ta hänsyn till språkminoriteter i randområden och deras möjligheter att få tjänster enligt lika grunder och på basis av språklig likvärdighet.

Staten

I samband med reformen förstärks social- och hälsovårdsministeriets ställning i styrningen av social- och hälsovården, eftersom dess nya uttryckliga uppgift blir att styra social- och hälsovårdsområdenas verksamhet. Styrningen kan ske genom årligt förekommande förhandlingar eller i form av förhandsbedömningen av utkastet till avtalet om att ordna social- och hälsovård. Social- och hälsovårdsministeriet ska även förbereda redogörelsen till riksdagen. De olika instituten inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsgren stöder genom sin verksamhet genomförandet av reformen i kommunerna och samkommunerna. Förstärkningen av styrningen förutsätter att en ny styrenhet grundas och organiseras vid social- och hälsovårdsministeriet. Styrenhetens uppskattade resursbehov är 6 årsverken, som förutsätter en permanent resursökning av 4 årsverken och 350 000 euro vid social- och hälsovårdsministeriet från och med 2016.

Regionförvaltningsverkens verksamhetsområdesfördelning utreds separat på det sätt som konstateras i kapitel 6. I samband med detta bedöms även inverkan av den geografiska fördelningen av de social- och hälsovårdsområden som bildas i social- och hälsovårdsreformen på regionförvaltningsverken.

4.4 Konsekvenser för kommuninvånarna samt för klienterna och patienterna

Syftet med lagförslaget är att främja social- och hälsovårdens höga kvalitet och trygga klientens och patientens rätt till bra social-

och hälsovård samt att skapa förutsättningar för tillräcklig och likvärdig tillgång till social- och hälsovårdstjänster i hela landet och genomföra social- och hälsovårdens integration samt att förstärka basservicen. I reformen samlas ansvaret för ordnandet och produktionen till färre och större organisationer än nu. Större organisationer har bättre förutsättningar att bedöma olika befolknings- och klientgruppers servicebehov och rikta resurser enligt befolkningens behov. Serviceproduktionens större volymer gör det möjligt att kontrollera de regionala och lokala variationerna i serviceproduktionen. Detta stöds av serviceintegrationen, tjänster på basnivå och specialiserad nivå samt genomförandet av social- och hälsovårdstjänster under en och samma ledning.

System där ansvaret för ordnandet och finansieringen av tjänster fördelas mellan många regionala och lokala aktörer innebär samtidigt alltid variationer i resurserna, produktionens mängd och kvalitet samt tillgången till den. Detta leder även till att befolkningens likvärdighet inte genomförs på bästa möjliga sätt. Problemen i tillgången till tjänsterna och köerna i anslutning till detta har lett till oro och missnöje bland de som behöver och använder tjänsterna.

Enligt en konsekvensbedömning som gjorts av Institutet av hälsa och välfärd kan helhetsintegrationen av social- och hälsovårdstjänsterna väntas främja tillgången till likvärdiga tjänster och möjligheterna att nå dem. Förutsättningarna för bättre tillgång till tjänster och jämlikhet förbättras i större strukturer. Till exempel i utredningar om Paras-reformen har det konstaterats att tillgången till tjänsterna i samarbetsområdena har förbättrats, i synnerhet i små kommuner. Enligt erfarenheter och ovannämnda konsekvensbedömning kan man uppskatta att man bättre kan trygga tjänsternas kvalitet och tillgången till dem än i den struktur som följer den ikraftvarande lagstiftningen. I synnerhet för invånare i små kommuner kan tjänsterna tryggas bättre än nu när en organisation vars ekonomiska och verksamhetsmässiga bärkraft är klart bättre än nu ansvarar för tjänsterna. Detta stöds även av social- och hälsovårdsområdenas ansvar för enhetlig verksamhetspraxis inom området.

Den förbättrade tillgången till tjänsterna får även stöd av utredningar om att servicenätverket i redan bildade samarbetsområden och i kommunsammanslagingsstäder närmast har skurits ner i stadskärnor och inte i randområden. Målet och resultatet har då varit en jämnare fördelning av resurserna inom hela det nya området. Enligt Arttuundersökningen har tjänsterna inte flyttats längre bort från användarna inom samarbetsområdena. Inte heller i kommunsammanslagingskommuner har man kunnat se någon stark koncentring av tjänsterna. I stället för koncentring och delvis vid sidan av den har det genomförts gott om decentralisering av tjänsterna. Detta har gjorts så att experttjänster har förts till regionala serviceställen. Även sådana tjänster som förs hem till klienterna och patienterna har utvecklats mot allt mer krävande vård och omsorg. Större organisationer med ansvar för ordnande och produktion kan också bättre än små kommuner investera i utvecklingen av nya sätt att producera närtjänster. Sådana tjänster är bland annat e-tjänster, virtualtjänster och ambulerande tjänster. Likadana erfarenheter finns till exempel från Eksotes område.

I enskilda fall kan tillgången till tjänster, dvs. avståndet till den plats där tjänsterna tillhandahålls, gällande tjänster som sällan behövs försvåras, eftersom man måste koncentrera tjänsterna för att trygga tillgången till dem. Till den här delen kan man dock konstatera att en dylik utveckling är mycket sannolik i områden där befolkningen minskar även utan någon reform. Genom koncentring av tjänster som sällan används kan man dock trygga tillgången till tjänsterna på lång sikt och därigenom göra det lättare att nå dem än utan reformen.

Sammanjämkandet av de tjänster som en klient som behöver mycket tjänster blir bättre när en och samma organisation ansvarar för hela servicekedjan. Förbättringen av service- och vårdkedjan förutsätter verksamhetsmässiga förändringar, vars ledning blir lättare under en ledning och budget. Utvecklingen av gemensamma informationssystem gör att tjänsterna fungerar bättre tillsammans och att kommunikationen mellan kunden och serviceproducenter blir bättre.

I den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården finns bestämmelser om invånarnas deltagande och möjligheter att påverka social- och hälsovårdstjänsterna. Hörande av kommuninvånarnas och serviceanvändarnas samt specialgruppers erfarenheter och åsikter samt deras deltagande i utvecklingen av tjänsterna gör tjänsterna mer kundinriktade och användbara samt främjar utvecklingen av tjänsterna enligt befolkningens behov.

Även språkliga rättigheter tillgodoses i ett större område. Om det i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde finns en svensk- eller tvåspråkig kommun, måste de administrativa besluten i hela området fattas på klientens eller patientens modersmål, antingen finska eller svenska. På samma sätt ska en samkommun med produktionsansvar som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner erbjuda social- och hälsovårdstjänster både på finska och på svenska.

Reformens konsekvenser riktas på samma sätt till bägge könen. Enligt undersökningar använder män minde hälsovårdstjänster än kvinnor, och på befolkningsnivån är deras hälsa sämre än kvinnornas mätt till exempel med den förväntade livslängden. Bedömningen av servicebehovet inom social- och hälsovården och riktandet av serviceutbudet enligt detta kan skapa nya möjligheter att främja jämlikheten mellan könen i användningen av tjänster och beträffande hälsan.

4.5 Tjänsteproduktionen

I reformen ändras inte bestämmelser om tjänsteproduktionen. En samkommun med produktionsansvar kan alltså producera tjänsterna själv, genomföra dem i samarbete med andra samkommuner, delta i samkommuner eller köpa tjänster av privata eller tredje sektorns tjänsteproducenter. Också användningen av servicesedlar är möjligt enligt samma grunder som tidigare.

Reformen erbjuder bättre möjligheter än nu att med privat tjänsteproduktion komplettera den offentliga tjänsteproduktionen på ett systematiskt sätt som tillgodoser befolkningens behov i ett större geografiskt område.

Större upphandlingsenheter möjliggör vid behov köp av tjänster som är av bättre kvalitet än nu. I större enheter skapas bättre förståelse för befolkningens servicebehov och bättre upphandlingskunskande, vilket gör det möjligt att planera upphandlingshelheter för ett bredare befolkningsunderlag, noggrannare bedömning av kundgruppernas behov samt konkurrensutsättande av mer ändamålsenliga och mindre servicehelheter. Då kan även små företag och organisationer delta i konkurrensutsättande och erbjuda längre specialiserade tjänster för en viss kundgrupp.

Överföringen av ansvaret för ordnandet till en större organisation kan dock i praktiken påverka tjänsteproduktionen. De större samarbetsområden som uppstod till följd av Paras-reformen har ställvis lett till att tjänster som tidigare genomfördes som den enskilda kommunens köptjänst återigen har blivit samarbetsområdets egen verksamhet. Detta har bland annat motiverats med att den egna verksamheten kan kontrolleras bättre och att den kopplas bättre till andra tjänster. Den bredare befolkningsgrunden möjliggör dessutom tjänster för små klientgrupper i form av egen produktion.

Differentieringen av ansvaret för ordnande och produktion, som började under Paras-reformen, har börjat omarbета ledningen och den strategiska planeringen inom social- och hälsovården, eftersom ansvaret för ordnande, som har skiljts åt från produktionen, samt ett sätt att organisera sig som baserar sig på klientens servicehelhet framhäver helhetsansvaret att möta befolkningens servicebehov i stället för deloptimering.

Upphandlingslagstiftningen

De kommuner som hör till ett social- och hälsovårdsområde kan tillsammans besluta om principerna för och omfattningen av tjänsteproduktionen. Social- och hälsovårdsområdet beslutar om att ge produktionsansvaret till en sådan samkommun som uppfyller kriterierna enligt lagen. Enligt lagen ska uppgiften utföras som myndigheternas eget arbete. Detta betyder att samkommunerna har ett sådant produktionsansvar för tjänsterna som fastställs i social- och hälsovårdsområdet beslut om att ordna social- och hälsovård.

Ett social- och hälsovårdsområde kan inte besluta att ge de uppgifter som omfattas av produktionsansvaret till andra än till samkommuner som uppfyller kriterierna enligt lagen. Social- och hälsovårdsområdet har fått möjlighet att bestämma tjänsteproducenterna, men valmöjligheten har begränsats genom lag till endast de allmännyttiga tjänsteproducenter som uppfyller de strikta kriterierna. I dessa situationer kan social- och hälsovårdsområdet inte heller ingå ett upphandlingskontrakt om utförande av uppgifterna med privata sammanslutningar. Den arbetsfördelning som parterna avtalar om på basis av lagen och samarbetsförhållandet mellan social- och hälsovårdsområdet och kommunerna inom dess område är inte upphandling på vilken skyldigheten att konkurransutsätta enligt lagen om offentlig upphandling ska tillämpas. Beslutet om att ordna social- och hälsovård är alltså till sin karaktär intern organisation av förvaltningen inom ett social- och hälsovårdsområde, och det är inte fråga om ett privaträttsligt avtal.

I den horisontella samarbetsmodellen enligt artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet deltar tjänsteproducenterna sinsemellan likvärdigt i samarbetet, dvs. samarbetet ska bygga på begreppet samverkan. Syftet med det horisontella samarbetet är att säkerställa att de allmännyttiga tjänster som myndigheterna ska tillhandahålla erbjuds för att myndigheterna gemensamma mål ska uppnås. I uppgifter som omfattas av produktionsansvaret enligt lagen om ordnandet har samkommunerna inte endast det slutliga ansvaret för tjänsteproduktionen, utan också skyldighet och ansvar bland annat för kvaliteten på och uppföljningen av tjänsterna samt för utövningen av den makt som hör till myndigheten. Utöver dessa ansvarar en kommun som deltar i samarbetet som en medlem av social- och hälsovårdsområdet även för finansieringen av tjänsterna. Vid förhandlingarna före beslutet om att ordna social- och hälsovård avtalas i enlighet med de mål som tillgodoser det allmänna intresset om gemensamt utförande av de myndighetsuppgifter som myndigheterna ansvarar för.

En förutsättning för det horisontella samarbetet är att uppgiften anknyter till det allmänna intresset och att dess syfte är att en-

bart tillgodose ett behov enligt det allmänna intresset. Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Lagstadgade tjänster är till sin karaktär sådana att de tillgodoser behov enligt det allmänna intresset. En samkommun med produktionsansvar ska tillhandahålla social- och hälso-tjänsterna i enlighet med lagen och erhållandet av tjänster är enligt lagen kommuninvånarnas rättighet. Dessutom är utgångspunkten att de uppgifter som ålagts kommunerna genom lag ska vara sådana att åläggandet av dem till just sådana offentliga samfund som finansieras med skattemedel som kommunerna har varit motiverat. Således uppfyller uppgifterna inom social- och hälsovården förutsättningarna för att utföra en uppgift som är förknippad med det allmänna intresset.

Detta lagförslags bestämmelser om innehållet i ansvaret för att ordna och producera tjänster inom social- och hälsovården är sådana att både social- och hälsovårdsområdet och kommunerna och samkommunerna i området har gemensamma allmännyttiga uppgifter som de ska utföra tillsammans och om vars utförandesätt beslutas i beslutet om att ordna social- och hälsovård. Syftet med samarbetet är att säkerställa att tjänsterna erbjuds för att de gemensamma målen ska uppnås. Alla kommuner inom ett social- och hälsovårdsområde deltar i samarbetet och bidrar till att målen för samarbetet uppnås, även om uppgifterna skiljer sig från varandra. Kommunen deltar i tillhandahållandet av tjänster även genom att finansiera dem. Vid granskning av syftet med och karaktären hos arrangementet ska det beaktas att samkommunerna inte kan besluta om att självständigt börja utföra uppgifterna, utan principerna för och omfattningen av tjänsteproduktionen ska beslutas tillsammans. Även om social- och hälsovårdsområdet beslutar om att ge produktionsansvaret till en samkommun, är det fråga om samarbete och att förbinda sig att utföra sin del av produktionen av social- och hälso-tjänster i samverkan.

4.6 Konsekvenser för personalen

De personer som nu arbetar inom uppgifter och i organisationen för den kommunala social- och hälsovården flyttar på basis av den förslagna lagen om införande till den nya samkommunen med produktionsansvar som gamla anställda. Eftersom personalöverföringarna sker mellan kommunala organisationer, har de inte heller någon inverkan på personalens pensionsförmåner. Personalen omfattas även i fortsättningen av det kommunala pensionssystemet.

De nya kommunala organisationer som uppstår i och med reformen är större än nu. Samtidigt är antalet anställda i dem större än i de nuvarande organisationerna. I de nya organisationerna genomförs även en integrering av socialvården och hälsovården samt basservicen och den specialiserade nivån. Detta ger personalen nya möjligheter att upprätthålla och utveckla sina yrkeskunskaper, till arbetsrotation samt till olika arrangemang som gör att de anställda orkar arbeta bättre. I synnerhet jämfört med små kommuner och samarbetsområden kan man i större organisationer även trygga de ersätтарarrangemang som behövs. Samtidigt kan man se till att de anställdas arbetsbörda inte blir orimlig. I många fall gör större organisationer det också möjligt för personalen att mer än nu arbeta med uppgifter som uttryckligen motsvarar den egna yrkeskompetensen. Detta är viktigt i synnerhet i situationer i vilka bland annat befolkningens åldrande leder till ökat servicebehov. När personalen kan koncentrera sig på uppgifter som motsvarar yrkeskompetensen, kan man även tillgodose ökningen av servicebehovet med den tillgängliga personalen.

I reformen föreslås inte för personalen som flyttas till samkommuner med produktionsansvar likadant uppsägningsskydd som i kommunstrukturlagen för sammanslagna kommuners tjänsteinnehavare och anställda. Enligt 29 § i kommunstrukturlagen har arbetsgivaren inte rätt att säga upp personalen under fem års tid från ikraftträdandet av en ändring i kommunindelningen, när personalens arbetsgivare byts med anledning av en ändring i kommunindelningen. Bestämmel-

sen har först gällt under åren 2008 – 2013 och sedan under åren 2013–2021. En motsvarande bestämmelse har även gällt för arrangemang som har genomfört inom ramen för Paras-reformen.

Det har ansetts att uppsägningsskyddet inte behövs i samband med reformen i synnerhet eftersom det på många ställen finns brist på yrkespersonal inom social- och hälsovårdstjänster. Dessutom innebär uppsägningsskyddet att personal som flyttas till samkommuner med produktionsansvar har en bättre ställning än sådan personal som arbetar i administrativa uppdrag i enskilda kommuner, på vars arbete reformen också kan påverka.

Om det efter reformen är nödvändigt att genomföra omorganiseringar som är nödvändiga med tanke på ordnandet och produktionen av tjänster och som påverkar personalbehovet, ska eventuella arrangemang genomföras enligt lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007). På de anställda och tjänsteinnehavare i samkommuner med produktionsansvar tillämpas dessutom arbetsavtalslagen (55/2001) och lagen om kommunala tjänsteinnehavare (304/2003).

4.7 Uppföljning av reformens konsekvenser

Reformen är mycket omfattande och gäller hela social- och hälsovården. Det är omöjligt att förutse alla dess konsekvenser för ekonomin, administrationen samt befolkningens ställning och tjänster. Konsekvenserna beror i väsentlig grad på hur social- och hälsovårdsområden och samkommuner med produktionsansvar genomför social- och hälsovården. Därför är det väsentligt att följa med och undersöka reformens väntade och oväntade konsekvenser i social- och hälsovårdsområdena och nationellt. För detta ändamål bygger man upp ett nationellt uppföljningssystem som gör det möjligt att uppskatta reformens konsekvenser i hela landet och i social- och hälsovårdsområdena samt i samkommuner med produktionsansvar. Uppföljningen genomförs på så sätt att den samtidigt möjliggör jämförelsen av olika områden.

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningsskeden

Enligt regeringsprogrammet av den 22 juni 2011 förnyas servicestrukturen inom social- och hälsovården som en del av kommunreformen för att säkerställa en likvärdig tillgång till kvalitativa, effektiva och rättidiga tjänster inom social- och hälsovården. För kommunernas och social- och hälsovårdsområdenas gemensamma uppgifter finns fem specialupptagningsområden. Till specialupptagningsområdets uppgifter hör bl.a. krävande centraliserade tjänster inom hälso- och socialvården och uppgifter i anslutning till forskning, utveckling och utbildning.

I enlighet med regeringsprogrammet tillsatte social- och hälsovårdsministeriet den 23 mars 2012 en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta ett förslag till servicestruktur inom social- och hälsovården. Arbetsgruppen överlämnade sitt förslag den 11 januari 2013 (SHM:s rapporter och promemorior 2012:30). Därutöver tillsatte ministeriet den 27 november 2012 en arbetsgrupp med utredningspersoner som stöd för servicestrukturen. Arbetsgruppens uppgift var att i samarbete med aktörerna på fältet stöda beredningen av servicestrukturen genom att utreda de regionalt bästa strukturlösningarna. Arbetsgruppen med utredningspersoner överlämnade sitt förslag till ministeriet den 19 mars 2013 (SHM:s rapporter och promemorior 2013:7).

Regeringen kom den 21 mars 2013 överens om de statliga budgetramarna för åren 2014–2017. Enligt rambeslutet är målet för servicestrukturen inom social- och hälsovården en integrerad servicestruktur som i regel har två nivåer och som grundar sig på starka kommuner, där kommunerna ansvarar för ordnande och finansiering av uppgifterna inom den nya omfattande basnivån. Målet är att trygga närservicen inom social- och hälsovården. Social- och hälsotjänsterna inom den omfattande basnivån ordnas i regel genom modellen med en ansvarig kommun. Grunderna för modellen med en ansvarig kommun regleras i kommunallagen. De centrala städerna i landskapen och kommuner som baseras på naturliga pendlingsregioner

med tillräcklig bärkraft kan fungera som ansvariga kommuner.

Med stöd av rambeslutet tillsatte social- och hälsovårdsministeriet den 4 april 2013 en beredningsgrupp för en lag om ordnandet av social- och hälsovården. Beredningsgruppens uppgift var att bereda ett förslag till en lag om ordnandet av social- och hälsovården i form av en regeringsproposition, som innehåller reglerna för ordnande och finansiering av social- och hälsotjänster som kommunreformen förutsätter.

Den samordningsgrupp som tillsattes i april 2013 och vars uppgift var att på basis av rambeslutet utarbeta mer exakta riktlinjer för de grundläggande lösningarna för servicestrukturen inom social- och hälsovården. Samordningsgruppen överlämnade sina riktlinjer till statsministern den 8 maj 2013.

Beredningsgruppen vid social- och hälsovårdsministeriet överlämnade sin interimrapport den 27 juni 2013 (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:15). Rapporten innehöll en närmare beskrivning av servicestrukturen inom social- och hälsovården utifrån ramavtalet och samordningsgruppens riktlinjer. Alla kommuner och samkommuner för social- och hälsovård samt flera andra parter ombads yttra sig om interimrapporten.

Beredningsgruppen överlämnade sitt förslag till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovård och till vissa lagar som har samband med den till omsorgsminister Susanna Huovinen den 19 december 2013. Beredningsgruppens utkast till regeringens proposition kompletterades till vissa delar vid social- och hälsovårdsministeriet som tjänstearbete, och på basis av den fortsatta beredningen begärdes utlåtanden från alla kommuner och samkommuner för social- och hälsovård i januari 2014. Sammanlagt erhöles 446 utlåtanden.

Partierna i riksdagen uppnådde en överenskommelse om riktlinjerna för reformen av social- och hälsotjänsterna den 23 mars 2014. Enligt riktlinjen ska fem starka social- och hälsovårdsområden ordna alla social- och hälsotjänster. Utgångspunkten för reformen är en fullständig integration av social- och

hälsotjänsterna. Även i fortsättningen ska kommunerna delta i tjänsteproduktionen.

För den fortsatta beredningen av reformen tillsattes en parlamentarisk styrgrupp, som stöddes av en expertgrupp. Den parlamentariska styrgruppen beredde propositionen med förslag till ordnandet av social- och hälso-tjänster. I den nya modellen har ordnandet av tjänster åtskiljts från produktionen av tjänster. Fem social- och hälsovårdsområden ska ha organiseringsansvaret för social- och hälsovården. Ett social- och hälsovårdsområde ska vart fjärde år utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård. I beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställs samkommunerna med produktionsansvar samt deras uppgifter, riktandet av finansieringen och resurserna, servicestrukturen och principerna för tjänster som anskaffas på annat håll (tjänster som köps), kvaliteten och nivån på social- och hälso-tjänsterna, gemensam praxis och tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna. En samkommun ansvarar för produktionen av tjänster. Förutsättningarna för produktionsansvaret fastställs i den nya lagen. Dessutom stärks statens styrning.

För reformen tillsattes en separat expertgrupp. Under beredningen av utkastet har även representanter för kommuner och andra parter hörts.

Lagutkastets förhållande till grundlagen och upphandlingsbestämmelser har utretts av en grupp som bestod av representanter för social- och hälsovårdsministeriet, justitieministeriet, finansministeriet, arbets- och näringsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt Kommunförbundet. Dessutom har gruppen hört experter som specialiserar sig på statskicksfrågor.

Reformens ekonomiska konsekvenser har utretts i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt Kommunförbundet.

I samband med beredningen har även arrangerats en region- och kommunrunda, under vilken reformens mål och lagpropositionens innehåll har redogjorts för. Samtidigt har man samlat in respons från deltagarna som stöd för beredningen.

5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats

Alla kommuner och samkommuner för social- och hälsovård samt flera andra parter ombads yttra sig om utkastet till regeringens proposition. Därutöver begärdes utlåtanden om propositionsutkastet från olika ministerier och statliga myndigheter samt flera andra parter, som t.ex. fackföreningar som representerar arbetstagare. I utkastet till proposition som hade bifogats till begäran om utlåtanden ingick inte en bedömning av reformens konsekvenser. Institutet för hälsa och välfärd slutförde sin utredning över den föreslagna reformens allmänna konsekvenser under remissbehandlingen, och den skickades till alla de av vilka yttranden hade begärts. Kalkylerna om reformens konsekvenser blev klara först efter remissbehandlingen, och det var inte möjligt för kommunerna att beakta dem i sina yttranden.

Sammanlagt 526 yttranden lämnades inom den utsatta tiden. Dessutom fick ministeriet några yttranden efter att den utsatta tiden hade gått ut.

Av de som lämnade yttranden inom den utsatta tiden var 295 kommuner, 56 samkommuner, 28 statliga myndigheter, 96 organisationer och 51 andra aktörer.

Yttrandena gav brett stöd åt en modell som baserar sig på fem områden med ansvar för ordnandet av social- och hälsovården. Det ansågs att social- och hälsovårdsreformen och i synnerhet tjänsternas horisontella och vertikala integration är viktiga medel med vilka tjänsterna kan utvecklas och kostnadseffektivitet uppnås. I yttrandena ingick dock gott om förslag till ändring eller komplettering av utkastet till lag.

Kommunerna tog oftast ställning till propositionens ekonomiska konsekvenser, finansiering och kostnadsfördelningen mellan kommuner. Det ansågs att finansieringsmodellen enligt regeringens utkast till proposition är komplicerad, och man önskade att den gjordes klarare. Det har önskats att finansieringsmodellen ska innehålla element som sporrar till effektivitet, kostnadskontroll och förebyggande. Därutöver önskas det att finansieringsmodellen är rättvis kommuner emellan, och kommunerna önskade att kom-

munernas betalningsandelar inte stiger märkbart från nuvarande. I flera yttranden konstaterades att den slutliga finansieringsmodellen ska vara klar innan grundavtalen med social- och hälsovårdsområden och samkommuner med produktionsansvar ingås.

I synnerhet små kommuner anser att stora samkommuner försvagar kommunernas möjligheter att påverka beslutsfattandet. Detta anses vara utmanande, i synnerhet för att kommunerna även efter reformen finansierar social- och hälsovårdstjänsterna. Små kommuner anser också att utvecklingen av basserVICEN och närtjänster är den centrala faktorn i reformen. I flera yttranden från små kommuner befarades att tjänsterna koncentreras och önskades att bestämmelsen om närtjänster ska specificeras.

Medelstora och stora kommuner och samkommuner önskade att begreppet produktionsansvar ska definieras klarare än i utkastet. De önskade också att man vid definitionen av produktionsansvar möjliggör lokal prövning och mångsidiga produktionsstrukturer. Man önskade sig att olika aktörers, t.ex. stora städers och universitetssjukhusens, roll och möjligheter ska framgå av bestämmelsen om produktionsansvar eller utkastet till lag överhuvudtaget bättre än nu.

Även konsekvensbedömningarna kommenterades flitigt. Flera remissinstanser ansåg att det delvis är utmanande att kommentera utkastet, eftersom det inte har funnits pålitlig information om reformens ekonomiska konsekvenser. Även bristen på andra bedömningar kritiserades.

I kommentarer om genomförandet av reformen och lagen om införande lyfte kommunerna i synnerhet fram reformens tidtabell. Enligt kommuner är den tidtabell som föreslås med tanke på reformens storlek förstram. Kommunernas bekymmer var att den föreslagna tidtabellen inte gör det möjligt att bereda reformen tillräckligt omsorgsfullt. De ansåg att den strama tidtabellen gör det svårare att bilda nya organisationer och utveckla verksamheten i framtiden. Dessutom anser kommunerna att det förändringsstöd som föreslås i lagutkastet inte är tillräckligt.

Man har tagit hänsyn till yttrandena i vidareberedningen av regeringens proposition. Yttrandena har i synnerhet påverkat bestämmelserna om produktionsansvaret och finansieringen. Dessa har klarlagts och bearbetats på basis av yttrandena. Därutöver har yttrandena även för övrigt på ett omfattande sätt utnyttjats vid vidareberedningen av bestämmelser som gäller främjandet av välfärd och hälsa, styrning och utveckling samt planering.

6 Samband med andra propositioner

Ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster enligt denna lag tillhör samkommuner. På deras verksamhet och administration tillämpas kommunallagen, om inte annat föreskrivs i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Reformen av kommunallagen behandlas för närvarande av riksdagen (RP 268/2014 rd). I lagen om ordnandet av social- och hälsovården enligt denna proposition finns flera hänvisningar till kommunallagen. Hänvisningarna har gjorts till den ikraftvarande kommunallagen. Om riksdagen godkänner den nya kommunallagen, ska hänvisningarna till kommunallagen i lagen om ordnandet av social- och hälsovården ändras så att de motsvarar den nya kommunallagen.

Förslaget innehåller som 4. lag ett förslag till en lag om upphävande av vissa bestämmelser som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen. I förslaget har tagits hänsyn till regeringens proposition 164/2014 rd. och riksdagens social- och hälsoutskottets betänkande 27/2014 rd.

Tillsynen över att social- och hälsovårdsområdenas servicestruktur, verksamhet och de tjänster som de ordnar uppfyller lagens krav samt den därtill hörande styrningen ska höra till regionförvaltningsverket inom dess verksamhetsområde. Den nuvarande indelningen av de sex regionförvaltningsverkens verksamhetsområden motsvarar inte verksamhetsområdena för de fem social- och hälsovårdsområdena. Därför kan den nuvarande indelningen av regionförvaltningsverkens verksamhetsområden leda till att flera regionförvaltningsverk övervakar och styr ett social- och hälsovårdsområde. Då är risken att övervakningen och styrningen både splittras och blir överlappande. Avsikten är att genom

ändringar av regionförvaltningsverkens myndighetsstruktur lösa de problem som orsakas av regionförvaltningsverkens nuvarande verksamhetsområdesindelning och de befogenheter som bygger på den. Ändringarna bereds till att börja med i utredningsprojektet

för statens central- och regionförvaltnings- ämbetsverk (VIRSU). Projektperioden löper ut den 31 december 2014. Målet är att ändringarna av regionförvaltningsverkens myndighetsstruktur ska träda i kraft samtidigt som den föreslagna lagen den 1 januari 2017.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

1.1 Lagen om ordnandet av social- och hälsovården

1 kap. Allmänna bestämmelser

1 §. Lagens syfte. Paragrafen anger syftet med lagen. Det främsta syftet är att sköta om befolkningens välfärd och hälsa. För detta krävs många olika åtgärder. Utgångspunkten är att främja och upprätthålla välfärden och hälsan samt att minska skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna. Ett annat viktigt mål är att säkerställa människors rätt till god social- och hälsovård. Det behövs högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster och organisationer med kapacitet att ordna tjänsterna på behörigt sätt. Lagens syfte är att skapa behöriga förutsättningar för tillträde till vård och för att det i hela landet finns tillräcklig tillgång till tjänster på lika villkor samt en servicestruktur som tar hänsyn till behoven hos de människor som behöver tjänster och till förändringar i dessa behov. Samtidigt ska servicestrukturen vara verkingsfull och kostnadseffektiv för att de till buds stående resurserna ska räcka till för att huvudmännen ska kunna ta ansvar för att ordna den service som speciallagarna föreskriver.

Dessutom behövs det omfattande samarbete mellan flera parter för att målen ska kunna uppfyllas. Ett av målen med lagen är därför att ska finnas förutsättningar för den här typen av samarbete dels på det regionala, dels på det nationella planet för att servicen ska kunna integreras funktionellt och strukturellt. Detta gäller såväl horisontell integration mellan socialvården och hälso- och sjukvården som vertikal integration mellan den basala nivån och den specialiserade nivån, till exempel primärvården och den specialiserade sjukvården.

2 §. Tillämpningsområde. Paragrafen anger lagens tillämpningsområde. Den ska tillämpas på ordnandet, produktionen och finansieringen av kommunal social- och hälsovård,

liksom även på utveckling, styrning och tillsyn av vården. Med kommunal social- och hälsovård avses verksamhet där en kommunal organisation, en kommun, en samkommun eller något annat lagstadgat kommunalt samarbetsorgan svarar för ordnandet och finansieringen.

Bestämmelser om social- och hälsovård ingår i ett flertal olika lagar. Vissa av dem gäller uteslutande kommunal verksamhet, andra uteslutande privat verksamhet och en del både kommunal och privat verksamhet. Lagarna om kommunal social- och hälsovård är så många att de som berör den föreslagna lagen inte räknas upp i paragrafen. På grundval av 2 mom. ska lagen inte tillämpas på miljö- och hälsoskydd. Förvaltningen av miljö- och hälsoskyddet har just reviderats genom lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009). Samarbetsområdena inledde verksamheten senast den 1 januari 2013.

Den föreslagna lagen berör inte social- och hälsovård i landskapet Åland, eftersom den ingår i självstyrelsen. I 39 och 43 § ingår det dock bestämmelser om ersättning för utbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Ersättning kan också ges ut till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland. Följaktligen säger 3 mom. att 39 och 43 § också tillämpas på utbildning i landskapet Åland.

3 §. Definitioner. I paragrafen definieras begreppen social- och hälsovårdsområde, social- och hälsotjänster samt produktionsansvar, som används i lagen.

I 1 punkten definieras social- och hälsovårdsområde. Med det avses i lagen en samkommun som ansvarar för ordnandet av den offentliga social- och hälsovården enligt vad som föreskrivs i lagen samt för de uppgifter och tjänster som hänför sig till vården. Dessutom avses ett geografiskt område som består av de kommuner som hör till en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde.

I 2 punkten definieras social- och hälsotjänster så att i dem ingår alla de uppgifter och tjänster inom socialvården och hälso-

och sjukvården samt även det främjande av välfärd och hälsa för vars ordnande social- och hälsovårdsområdet ansvarar. Begreppet social- och hälso-tjänster som används i lagen omfattar således även andra uppgifter och funktioner än tjänster. För att lagtexten ska vara lättare att läsa föreslås ändå att begreppet social- och hälso-tjänster enligt definitionen används i lagen även när det är fråga om sådana uppgifter och funktioner i anslutning till socialvården eller hälso- och sjukvården som inte är tjänster.

I 3 punkten definieras produktionsansvar. Med det avses samkommunens skyldighet att producera social- och hälso-tjänster enligt social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. I produktionsansvaret ingår också att utöva den offentliga makt som är förknippad med produktionen av tjänster.

Produktionsansvaret är mera begränsat än det organiseringsansvar som definieras särskilt i 11 §. Produktionsansvaret förpliktar samkommunen att tillhandahålla social- och hälso-tjänster i enlighet med beslutet om att ordna social- och hälsovård och i den omfattning som närmare överenskommit i resultatavtalet med social- och hälsovårdsområdet. Produktionsansvaret medför således inte automatiskt förpliktelse att sköta alla lagstadgade social- och hälso-tjänster.

Dessutom kan det konstateras att det juridiska ansvaret för att tillhandahålla lagstadgade social- och hälso-tjänster vilar i sista hand på social- och hälsovårdsområdet, som bär organiseringsansvaret. På dess ansvar vilar också att se till att den kommun som bär produktionsansvaret har tillräcklig finansiering för att tillhandahålla tjänsterna enligt beslutet om att ordna social- och hälsovård och resultatavtalet.

4 §. Resurser för social- och hälsovård. Enligt paragrafen ska ett social- och hälsovårdsområde och samkommuner med produktionsansvar ha tillräckliga resurser för främjandet av välfärd och hälsa samt skötseln av lagstadgade uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården. En aktör med produktionsansvar ska också se till att det finns tillräckligt med personal som har fått nödvändig utbildning för att tillhandahålla social- och hälso-tjänster. Dessutom måste andra

verksamhetsvillkor vara uppfyllda på behörigt sätt, bland annat kraven på lokaler och apparatur. Kravet på produktion av tjänster gäller alla serviceproducenter som en samkommun med produktionsansvar anlitar för sin tjänsteproduktion. Också när ett område köper tjänster ska det följaktligen se till att de tillhandahållande företagen, organisationerna inom den tredje sektorn eller föreningarna har tillgång till relevant personal och nödvändiga lokaler och apparater.

5 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Den föreslagna paragrafen innehåller en allmän bestämmelse enligt vilken social- och hälso-tjänster ska ordnas på lika villkor för kommunerna invånare. Varje social- och hälsovårdsområde svarar för egen del för att likställighet förverkligas.

Den service som ska ordnas för kommuninvånarna finns inskriven i speciallagar, bland annat i socialvårdslagen, lagen om service och stöd på grund av handikapp, hälso- och sjukvårdslagen och andra lagar om kommunal social- och hälsovård. I 1 mom. sägs det också att tjänsterna ska tillhandahållas nära invånarna. Social- och hälsovårdsområdena med organiseringsansvar och samkommunerna med produktionsansvar ska i enlighet med detta se till att närservice tillhandahålls på behörigt sätt. Närservicen är viktig i synnerhet för dem som behöver mycket service regelbundet och som dessutom har svårt att anlita tjänster som ligger längre bort.

Närservice är tjänster som befolkningen anlitar ofta och åtminstone en del av befolkningen anlitar dem återkommande, rentav dagligen. Även tjänster som behövs sällan och som produceras centraliserat kan vara närservice som kommer till eller tillhandahålls nära klienten. Ur klientens synvinkel kan närservice erhållas till exempel i form av tjänster som tillhandahålls i hemmet, elektroniska tjänster, tjänster som tillhandahålls nära den dagliga livsmiljön och ambulerande tjänster. Tjänster som tillhandahålls nära klienten kan också innefatta tjänster som kräver specialkompetens och som tillhandahålls ute på fältet fast det fysiska verksamhetsstället kan vara centraliserat. Var det fysiska verksamhetsstället finns är inte väsentligt.

Det är varken möjligt eller rationellt att sprida ut alla tjänster och tillhandahålla dem i närmiljön. Detta gäller exempelvis mer sällsynta tjänster som kräver specialkompetens eller dyr apparatur. Den typen av service bör koncentreras till vissa platser. På så sätt kan det säkerställas att tjänsterna är av god kvalitet och säkra samt att de tillhandahålls på ett ekonomiskt förnuftigt och kostnadseffektivt sätt. Ändamålsenlig centralisering kan också göra att det finns tillgång till tjänster på lika villkor i olika delar av landet.

Enligt bestämmelsen får tjänster centraliseras endast om de grunder som uttryckligen konstateras i momentet föreligger. Den första grunden gäller säkerställande av tillgången till och kvaliteten på tjänsterna. Centralisering är möjlig om tillgången och kvaliteten förutsätter specialkunskaper eller dyra investeringar. Enligt den andra grunden för centralisering ska både kraven på ett ändamålsenligt tillhandahållande av tjänsterna och kraven på kostnadseffektivitet uppfylls.

När tjänster tillhandahålls ska även tillgängligheten främjas. Bestämmelser om detta finns i 2 mom. Det betyder att alla som behöver service ska ges tillgång till tjänster och möjlighet att anlita dem oberoende av funktionsförmåga eller hälsa. Tillgänglighet i miljön gör det möjligt bland annat för många personer som i omgivning med dålig tillgänglighetsanpassning hade varit beroende av andras hjälp att klara sig på egen hand. Tillgänglighetsanpassning handlar om principen att byggd miljö, service och kommunikation ska vara tillgängliga för alla. I takt med att människor lever längre och de äldre blir fler får tillgänglighetsanpassning en mer framträdande roll som livskvalitetshöjande faktor. Det ger smidigare och snabbare funktioner, till exempel när man ska utträta ärenden och förflytta sig mellan platser.

FN:s handikappkonvention, ökningen av den äldre befolkningen och den därmed sammanhängande minskade personalen i relation till dem som behöver hjälp förutsätter att tillgänglighet beaktas som utgångspunkt i all planering av tjänster.

6 §. Personrelaterat tillämpningsområde för ansvaret för ordnande och produktion av social- och hälsovård. Den föreslagna paragrafen innehåller bestämmelser om det per-

sonrelaterade tillämpningsområdet för organisations- och produktionsansvaret för social- och hälsovården. I 1 mom. bestäms om det personrelaterade tillämpningsområdet för organiseringsansvaret. Social- och hälsovårdsområdena åläggs skyldighet att ordna social- och hälsotjänster för personer vars hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en kommun som hör till social- och hälsovårdsområdet. Tillämpningsområdet för det personrelaterade organiseringsansvaret bestäms alltså enligt personens hemkommun. I organiseringsansvaret ingår att befolkningen i social- och hälsovårdsområdet har tillgång till ändamålsenliga tjänster på det sätt som lagen garanterar.

I 2 mom. bestäms om det personrelaterade tillämpningsområdet för produktionsansvaret. För samkommunerna har föreskrivits skyldighet att producera lagstadgade social- och hälsotjänster enligt social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Det personrelaterade tillämpningsområdet för såväl produktionsansvaret som organiseringsansvaret bestäms i paragrafen utifrån personens hemkommun. En kommuninvånare har rätt att av samkommunen med produktionsansvar få de förebyggande, korrigerande och vårdande, rehabiliterande samt andra social- och hälsovårdstjänster som den ansvarar för som en enhetlig helhet.

I 3 mom. konstateras att också sådana personer som vistas i social- och hälsovårdsområdet men som inte är invånare i en kommun som hör till det aktuella området i vissa fall har lagbestämd rätt att få social- och hälsotjänster. Alla som behöver ska till exempel enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen få brådskande sjukvård oberoende av var de är bosatta. Den samkommun med produktionsansvar där en läroanstalt finns är skyldig att ordna tjänster inom studerandehälsovården för alla studerande i läroanstalten oberoende av deras hemort. På motsvarande sätt ska företagshälsovårdstjänster ordnas för arbetstagar som arbetar på arbetsplatser i samkommunen samt för företagare och andra som utför eget arbete. I 16 b § i barnskyddslagen föreskrivs det om skyldigheten för en kommun att ordna service för barn som är placerade där. Vidare innehåller EU-lagstiftningen

skyldigheter som innebär att i första hand hälso- och sjukvård ska ges den personkrets som avses.

7 §. Språk som tjänster ska ordnas på. Paragrafen föreskriver om de språk som tjänster ska ordnas på. Den utgår från bestämmelserna om nationalspråken, finska och svenska, i grundlagen och språklagen, om rätten att använda dem och om förvaltningspråket. Paragrafen föreskriver dessutom om nordiska medborgares, samernas och funktionshindrade personers språkliga rättigheter. Också personer som talar andra språk och deras behov av att få tala sitt språk beaktas i bestämmelserna.

Enligt 1 mom. ska tjänster ordnas på finska och svenska, om ett social- och hälsovårdsområde omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner. Om alla kommuner är enspråkiga ska servicen och förvaltningen ordnas på det språk som kommunerna i området har. Servicen och förvaltningen ska ordnas på både finska och svenska när det finns kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner i ett område. Bestämmelser om rätten att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om rätten till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003). Enligt språklagen ska myndigheterna självmant se till att individens språkliga rättigheter förverkligas i praktiken. När tjänster ordnas ska verksamheten planeras så att bestämmelserna i språklagen iakttas.

I enspråkiga områden har klienter och patienter rätt att använda finska eller svenska, bli hörda och få handlingar på sitt eget språk, också när det är ett annat språk än det som används i området.

I momentet finns det även en hänvisning till samiska språklagen där det föreskrivs om rätten att använda samiska. Rätten att använda samiska gäller samernas hembygdsområde. Bestämmelser om hembygdsområdet finns i 4 § i sametingslagen (974/1995). Till området hör kommunerna Enontekis, Enare och Utsjoki samt en del av Sodankylä.

I 2 mom. föreskrivs hur klientens och patientens delaktighet tryggas i situationer där klienten eller patienten och personalen saknar gemensamt språk eller en person på

grund av en sinnesdefekt eller ett talfel eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd. I dessa situationer ska det ses till att personen får en tillräcklig uppfattning om innehållet i och betydelsen av sitt ärende och kan uttrycka sin åsikt. I bestämmelsen preciseras inte vilka metoder som ska användas för att sköta om förståelsen. Om det inte är möjligt att få en tolk till platsen måste det ses till att man förstår varandra på något annat sätt. Bestämmelsen motsvarar i sak gällande 5 § 3 mom. i klientlagen och 5 § 2 mom. i patientlagen.

I 3 mom. konstateras som information i anslutning till de språkliga rättigheterna att Folkpensionsanstalten är skyldig att ordna tolkningstjänster för hörselskadade, synhörselskadade och talskadade. Bestämmelser om dessa tjänster finns i lagen om tolkningstjänster för handikappade personer (133/2010). Lagen om tolkningstjänster för handikappade personer tillämpas om en person som använder teckenspråk inte med stöd av någon annan lag får tillräcklig och för sig lämplig tolkning. Dessutom konstateras i momentet att om det är fråga om ett ärende som kan inledas av en myndighet, ska tolkning och översättning ombesörjas på det sätt som bestäms i 26 § i förvaltningslagen.

I 4 mom. regleras nordiska medborgares rätt att använda sitt eget språk, det vill säga finska, isländska, norska, svenska eller danska. Området ska då, när det är möjligt, se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp. Deras rätt att använda sitt modersmål finns inskriven i artikel 5 i nordiska konventionen om social trygghet (FördrS 69/1996).

8 §. Främjande av välfärd och hälsa i kommunerna. Ett av de viktigaste målen med social- och hälsovårdspolitiken är att främja välfärd och hälsa och att förebygga sociala och hälsorelaterade problem. I detta sammanhang spelar social- och hälsovården, men i stor utsträckning också samhällets och i anslutning därtill kommunernas verksamhet, en stor roll. Människors välfärd och hälsa är kopplade till utbildning, motions-, kost- och kulturutbud, planläggning, trafikplanering och många andra uppdrag som kommunerna har hand om.

Följaktligen är det i första hand kommunerna som ska främja människors välfärd och hälsa. Därför föreskriver 1 mom. att det är kommunerna som ska främja kommuninvånarnas välfärd och hälsa. Enligt förslaget ska varje kommun nämligen bevaka kommuninvånarnas levnadsförhållanden, välfärd och hälsa och de faktorer som påverkar dem. Vidare ska kommunen följa upp hur kommuninvånarnas välfärd och hälsa utvecklas och hur kommunens åtgärder påverkar välfärden. En rapport om detta ska varje år lämnas till kommunfullmäktige. Dessutom ska en välfärdsberättelse tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod. Den ska innehålla uppgifter om invånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dem och om kommunens kapacitet att tillgodose behoven. Informationen ska samlas in för varje befolkningsgrupp eftersom man då kan sätta in nödvändiga åtgärder. Tanken är att slutsatserna i välfärdsberättelsen ska ligga till grund för den strategiska planeringen i kommunen.

Paragrafens 2 mom. kompletterar bestämmelsen om främjande av välfärden i förslaget till ny kommunallag. Bestämmelsen förpliktar kommunerna att i sin strategiska planering ställa upp mål, lägga fram åtgärder och tjänster och presentera resurser för att främja kommuninvånarnas välfärd och hälsa och förebygga problem. Målen ska bygga på det rådande läget för invånarnas välfärd och hälsa, de lokala förhållandena och nationella hälsostrategier som stöder de lokala aktiviteterna. Verkställigheten ska kopplas till planeringen av verksamheten och ekonomin i kommunen och det anknytande beslutsfattandet. Uppföljningen av verkställigheten ska integreras i kommunens övergripande utvärderings- och uppföljningssystem. För att målen ska kunna nås måste kommunen avsätta tillräckligt stora resurser, försäkra sig om att nödvändig kompetens finns och bygga upp ett utvärderings- och uppföljningssystem.

I 2 mom. ingår även en skyldighet för kommunen att utse en aktör som ansvarar för främjandet av välfärd och hälsa. Denna skyldighet ingår även i 12 § i hälso- och sjukvårdslagen. I praktiken kan den ansvariga aktören vara till exempel kommundirektören eller ledningsgruppen för kommunen.

I nuläget ingår bestämmelser om åtgärder för att främja hälsa och välfärd i kommuner i 11 och 12 § i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna kan upphävas i samband med att denna lag stiftas.

Enligt 3 mom. ska välfärdsberättelsen utarbetas elektroniskt. Institutet för hälsa och välfärd ska enligt bestämmelsen fastställa modellen för välfärdsberättelsen och de tekniska kraven för den elektroniska berättelsen. Enhetliga elektroniska berättelser säkerställer att de kan jämföras och följas upp både på regional och riksomfattande nivå. Elektroniska berättelser möjliggör även att uppgifter kan samlas in och överföras från andra elektroniska system.

9 §. Främjande av välfärd och hälsa regionalt och i tjänsteproduktionen. Främjande av välfärd och hälsa utgör också en väsentlig del av verksamheten för social- och hälsovårdsområdet samt för samkommunerna med produktionsansvar. Av denna orsak föreslås i 9 § att i de olika aktörernas beslutsfattande ska beslutens inverkan på olika befolkningsgruppers välfärd och hälsa förutsägas och beaktas.

Social- och hälsovårdsområdet samt samkommuner med produktionsansvar ska i sin planering sätta mål för främjande av välfärd och hälsa i samband med ordnandet och produktionen av social- och hälso-tjänster samt som stöd för målen fastställa åtgärder och ansvariga. Social- och hälsovårdsområdet ska med tanke på sättandet av dessa mål utarbeta en regional välfärdsberättelse om befolkningens välfärd och hälsa, om faktorer som påverkat dessa och om de åtgärder som genomförts. För att säkerställa berättelsens omfattning ska när berättelsen utarbetas kommunerna i området och samkommunerna med produktionsansvar höras. Denna uppgift omfattar även att samla in kommunspecifika uppföljningsuppgifter om välfärd och hälsa enligt 13 § 7 punkten.

I överensstämmelse med vad som i 8 § föreskrivs om kommunernas välfärdsberättelse ska även social- och hälsovårdsområdet elektroniskt utarbeta en välfärdsberättelse i enlighet med den fastställda modellen.

Enligt 2 mom. ska samkommunerna med produktionsansvar samarbeta med kommunerna i området och stödja dem med sin ex-

pertis i syfte att främja välfärd och hälsa enligt 8 §, vilket förutsätter att de även har tillräckliga resurser för den experthjälp de ska erbjuda kommunerna. Samarbetsområdena har med stöd av 12 § i hälso- och sjukvårdslagen i nuläget en motsvarande skyldighet.

Social- och hälsovårdsområdet samt samkommunerna med produktionsansvar ordnar som en del av detta regional utbildning, samordnar utvecklings- och forskningsprojekt samt verkställandet av riksomfattande program samt deltar i arbetet med att bedöma effekterna i förväg i kommunerna. Socialvårdens expertis kan utnyttjas bland annat med hjälp av konstruktivt socialarbete. Bestämmelser om konstruktivt socialarbete finns i den nya socialvårdslagen.

2 kap. **Ordnandet av social- och hälsovården**

I 2 kap. föreskrivs hur social- och hälsovården ska ordnas. I kapitlets bestämmelser definieras social- och hälsovårdsområden, organiseringsansvar och beslut om att ordna social- och hälsovård.

10 §. Social- och hälsovårdsområden. Paragrafen anger hur ansvaret för att ordna kommunal social- och hälsovård och anknyttande tjänster fullföljs. Enligt förslaget finns social- och hälsovårdsområden för ordnandet av social- och hälsovården. Antalet områden är fem och de nämns i 1 mom.

Med stöd av 2 mom. ska varje kommun höra till något social- och hälsovårdsområde. Ett social- och hälsovårdsområde ska bildas av de kommuner som hör till samkommunen i området. I bestämmelsen förutsätts det dessutom att social- och hälsovårdsområdet ska vara en regionalt enhetlig helhet. Regionalt enhetlig avser att alla kommuner som hör till området har en geografisk koppling till de övriga kommunerna i området.

Enligt 3 mom. beslutar statsrådet om vilka kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdena. Om en enskild kommun vill övergå från ett social- och hälsovårdsområde till ett annat förutsätter detta i praktiken att man först kommer överens om övergången mellan kommun samt det överlåtandet och det mottagande social- och hälsovårdsområ-

det, varefter statsrådet kan fastställa övergången genom sitt beslut.

11 §. Organiseringsansvar för social- och hälsovården. Organiseringsansvaret bestämmer vad social- och hälsovårdsområdet ska ansvara för. Där ingår en skyldighet att utföra uppgifter som finns inskrivna i en rad lagar och samtidigt också en skyldighet att se till att uppgifterna blir utförda på behörigt sätt. Begreppsmässigt bör man skilja mellan ansvar för att ordna social- och hälsovård och verksamhet för att producera tjänster. Organiseringsansvaret inbegriper ingen skyldighet att själv producera de lagstadgade tjänsterna, om inte något annat föreskrivs särskilt genom lag. I 14 och 15 § ingår separata bestämmelser om produktionsansvaret för tjänster.

I paragrafen definieras innehållet i organiseringsansvaret för social- och hälsovården. Begreppet organiseringsansvar i den föreslagna lagen avviker något från definitionen i den nya kommunallagen. Bakom avvikelserna finns två centrala faktorer. Social- och hälsovården är förenad med särdrag som det är skäl att beakta när ansvaret för att ordna social- och hälsovård fastställs. Dessutom ordnas social- och hälsotjänster som överkommunalt samarbete i fem social- och hälsovårdsområden, kommunallagens definition har däremot i första hand utarbetats med avseende på enskilda kommuners organiseringsansvar. Den viktigaste innehållsmässiga skillnaden hänför sig till produktionen av tjänster. Enligt kommunallagen ingår det i organiseringsansvaret att besluta om tjänsteproduktionen. I den här lagen utgår man däremot ifrån att organiseringsansvaret inte innefattar produktionen, utan det föreskrivs särskilt om den.

Enligt den föreslagna paragrafen innefattar organiseringsansvaret för social- och hälsovården ansvar att sköta lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifter. Det kan exempelvis vara lagstadgade skyldigheter att samarbeta. Organiseringsansvarets kärnområde är ändå att ordna social- och hälsovårdsuppgifter och social- och hälsotjänster. Därmed ingår det enligt 1 mom. i punkten ett ansvar för tillgång till tjänster på lika villkor och för kvaliteten på tjänsterna i organiseringsansvaret. Tillgång på lika villkor betyder att alla som behöver tjänster ska ha möjlighet att få det på

samma objektiva grunder, exempelvis enligt medicinska, sociala och ekonomiska kriterier. Lika villkor innebär också icke-diskriminering: människor får inte diskrimineras på grund av ålder, kön, etniskt ursprung eller någon annan orsak. Kvaliteten på tjänsterna avser förmågan att tillgodose klienternas och patienternas servicebehov systematiskt, verkningsfullt, lagenligt och kostnadseffektivt.

Enligt 2 punkten ska den som bär organiseringsansvaret för social- och hälsovården se till tjänsternas tillgänglighet på lämpligt sätt. I detta sammanhang betyder tillgänglighet exempelvis att tjänsterna geografiskt sett produceras på en plats som ger de behövande faktiska möjligheter att anlita dem. Nedan nämns några exempel på närservice. Exemplet är inte en heltäckande beskrivning av närservice, utan väldigt många andra tjänster är också sådan närservice som avses i punkten. Personer som behöver hemservice, hemsjukvård och rehabilitering i hemmet ska alltså få tjänsterna i sitt hem. Vidare ska skolhälsovård som regel ordnas i skolorna. Till mun- och tandvårdstjänster kan vid behov ordnas skjuts eller så kan ambulering tjänster ordnas. Rådgivningen ska organiseras så att familjerna har tillgång till den i varierande livssituationer. På grund av bland annat geografiska och bosättningsrelaterade faktorer kan tillgängligheten emellertid inte alltid organiseras fullt ut på lika grunder. Därför föreskriver paragrafen att den som bär organiseringsansvaret ska svara för att tillgängligheten ordnas på lämpligt sätt. Avstånden till tjänsterna kan variera beroende på de lokala förhållandena, också internt inom social- och hälsovårdsområdena. Den som ordnar tjänsterna är skyldig att se till att befolkningen har uppdaterad information om den verkliga tillgängligheten, exempelvis om serviceställets öppettider och telefonrådgivning dygnet runt.

Enligt 3 punkten ingår det också i ansvaret att fastställa behov och kvantitet. För att vården ska tillgodose behoven bland befolkningen och andra med rätt att få service ska de som bär organiseringsansvaret ta reda på vilken typ av service och hur mycket service det behövs i området och i vilken utsträckning den tillhandahålls. Först därefter kan de

planera och genomföra de tjänster som ingår i deras ansvar.

Som konstateras ovan bestämmer organiseringsansvaret inte hur tjänsterna borde produceras. För att säkerställa organiseringsansvaret och vad som nämns i 1–3 punkten i definitionen är det ändå viktigt att se om produktionsstrukturen för tjänsterna och sättet att producera dem. Därför konstateras i 4 punkten att organiseringsansvaret innefattar också att besluta om produktionsstrukturen för tjänsterna och på vilket sätt de produceras. Det centrala innehållet i produktionsstrukturen är att fastställa hur när servicen säkerställs, när det är nödvändigt att koncentrera produktionen av vilka tjänster och hur en eventuell koncentrerings genomförs. När man beslutar om produktionsstrukturen innefattar det också att avgöra vilka olika sätt som används för att producera tjänsterna. Det kan exempelvis bli fråga om att välja mellan öppenvård eller institutionsvård för en viss klientgrupp eller mellan olika former av öppenvård.

Beslut om produktionssättet innefattar på allmän nivå att dra upp linjerna för i vilken mån tjänster som ingår i social- och hälsovårdsområdets organiseringsansvar produceras som samkommunernas egen verksamhet och i vilken mån de skaffas från andra med stöd av avtal. I 16 § föreskrivs närmare om hur samkommunerna med produktionsansvar kan genomföra tjänsteproduktionen.

Enligt 5 punkten ingår det i organiseringsansvaret, förutom ovannämnda uppgifter, att följa upp och utveckla verksamheten. Punkten förutsätter att den som bär organiseringsansvaret aktivt följer upp tjänsternas kvalitet, kvantitet och verkningsfullhet, och huruvida de tillhandahålls i enlighet med lagstiftningens krav och de krav som social- och hälsovårdsområdet med organiseringsansvar ställer samt behoven hos invånarna och dem som använder tjänsterna i området. Behörigt ordnad verksamhet förutsätter också att den utvecklas hela tiden och att serviceproduktionen också övervakas till nödvändiga delar. Tillsynen omfattar både den egna verksamheten (egenkontroll) och tillsyn över att tjänster som produceras av andra på basis av avtalsarrangemang är som de ska vara. I 32 § bestäms om skyldighet för social- och hälso-

vårdsområdet med organiseringsansvar att utveckla verksamheten och i 18 § om skyldighet att utarbeta ett program för egenkontroll.

Enligt 2 mom. innefattar organiseringsansvaret för social- och hälsovården dessutom ansvar för att de språkliga rättigheterna enligt grundlagen och språklagen tillgodoses inom social- och hälso-tjänsterna. Enligt 23 § i språklagen ska myndigheterna i sin verksamhet självständigt se till att individens språkliga rättigheter förverkligas i praktiken. Dessutom ska myndigheterna enligt språklagen se till att både den finskspråkiga och den svenskspråkiga befolkningens behov av information tillgodoses.

12 §. Beslutet om att ordna social- och hälsovård. Med stöd av den föreslagna paragrafen ska social- och hälsovårdsområdet utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård, där det framgår hur social- och hälso-tjänster ska tillhandahållas i området. När beslutet utarbetas ska förhandlingar föras med samkommunerna med produktionsansvar. Genom att höra samkommunerna med produktionsansvar kan man säkerställa att även deras erfarenheter och kunskap om lokala förhållanden och behov beaktas när beslutet utarbetas.

Syftet med beslutet om att ordna social- och hälsovård är att i praktiken fastställa hur social- och hälsovårdsområdet sköter sitt organiseringsansvar enligt 11 § och hur tjänsteproduktionen utförs. Beslutet ska grunda sig på uppföljningsuppgifter om befolkningens välfärd och hälsa samt servicebehovet i social- och hälsovårdsområdet. Även uppföljningsuppgifter om verksamheten och ekonomin när det gäller tjänsterna och om kostnaderna för serviceproduktionen ska beaktas i beslutet.

Beslutet om att ordna social- och hälsovård ska grunda sig på befolkningens behov i området, som social- och hälsovårdsområdet ska följa upp i samarbete med andra social- och hälsovårdsområden, social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd. För att få reda på dessa behov måste man också ta hänsyn till invånarnas synpunkter på tjänsterna och behovet av dem i social- och hälsovårdsområdet. I 30 § bestäms när-

mare hur invånarnas möjligheter att påverka ska främjas.

I 2 mom. bestäms om de saker som ska fastställas i beslutet om att ordna social- och hälsovård. Den allmänna utgångspunkten är att social- och hälso-tjänster ska tillhandahållas på ett sätt som beaktar klienternas och invånarnas behov och intresse.

Enligt 1 punkten ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas hur social- och hälso-tjänsterna ska tillhandahållas så att klienternas servicehelhet integreras. För personer som behöver speciellt mycket tjänster på olika nivå inom socialvården och hälso- och sjukvården borde servicebehoven definieras och tjänsterna tillhandahållas på ett sätt som utgör en välfungerande helhet för klienten. En enskild klients och patients tjänster ska bilda en enhetlig helhet fast tjänster produceras av organisationer och företag utöver de kommunala aktörerna.

En lyckad integration innefattar även att social- och hälso-tjänsterna samordnas till fungerande servicehelheter med den kommunala basservicen, såsom med förskolepedagogiken, skolan, tjänster riktade till unga och fritidstjänster samt tjänster i anslutning till boende, vilket ska göras lokalt i enlighet med befolkningens behov. Till exempel servicehelheten för barn, unga och familjer förutsätter att social- och hälso-tjänsterna samordnas även med det praktiska arbetet i gemensamma klientprocesser bland annat med de kommunala tjänsterna i fråga om fostran och utbildning samt ungdomsverksamheten.

Med stöd av 2 punkten ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård utredas hur tillgången och tillgängligheten till när-service säkerställs. Social- och hälsovårdsområdet ska säkerställa att samkommunerna med produktionsansvar och de tjänsteproducenter som de anlitar tillhandahåller när-service på ett sätt som tryggar tillgången. Då ska man beakta principerna om tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet i 5 §.

Enligt 3 punkten i momentet ska i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas de principer enligt vilka invånarnas i 30 § avsedda möjligheter att delta och påverka tillgodoses inom social- och hälsovårdsområdet och i de tjänster som det ansvarar för att ordna.

Med stöd av 4 punkten ska det i beslutet utredas hur de riksomfattande strategiska målen ska uppnås och hur de riksomfattande utvecklingsprogrammen ska genomföras. Bestämmelser om dem finns i 26 och 31 §. När social- och hälsovårdsområdet utarbetar och verkställer beslutet om att ordna social- och hälsovård ska det se till att de riksomfattande målen verkställas på behörigt sätt.

Enligt 5 punkten ska målen och de ansvariga för främjandet av välfärd och hälsa i social- och hälsovårdsområdet fastställas i beslutet. I beslutet ska också de regionala och lokala samarbetsparterna när det gäller att främja välfärd och hälsa fastställas. Närmare bestämmelser om främjande av välfärd och hälsa finns i 8 och 9 §.

Med stöd av 6 punkten ska i beslutet fastställas service- och kvalitetsnivån på social- och hälsovården samt enhetlig praxis i social- och hälsovårdsområdet. Kvalitets- och servicenivån ska fastställas inom de gränser som möjliggörs av lagar och andra bestämmelser som fastställer innehållet i social- och hälso-tjänsterna. Med stöd av bestämmelsen kan man således inte gå under den miniminivå som fastställs på grundval av annan lagstiftning. Däremot möjliggör bestämmelsen en högre kvalitets- eller servicenivå än miniminivån.

Med enhetlig praxis avses till exempel enhetlig praxis i fråga om klientavgifter eller regionalt överenskommen vårdpraxis. I beslutet ska det fastställas hur man säkerställer enhetlig praxis i samkommunerna med produktionsansvar. Det måste ses till att praxisen är enhetlig även när service skaffas från privata tjänsteproducenter.

Med stöd av 7 punkten ska det utredas hur befolkningens språkliga rättigheter genomförs i social- och hälsovårdsområdet. Närmare bestämmelser om språkliga rättigheter finns i 7 och 24 §.

Enligt 8 punkten ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas de samkommuner som har produktionsansvar samt deras uppgifter. Dessutom kan tjänsteproduktionen med stöd av 17 § koncentreras regionalt eller riksomfattande. I beslutet borde särskilt fastställas de tjänster beträffande vilka produktionen inom social- och hälso-

vårdsområdet har uppdragits åt endast vissa samkommuner med produktionsansvar.

Enligt 9 punkten ska i beslutet fastställas arbetsfördelningen mellan samkommuner med produktionsansvar i fråga om tjänster på krävande specialnivå och övergripande dygnetruntjour. Tjänster på krävande specialnivå finns både inom socialvården och hälso- och sjukvården. Övergripande jour omfattar så kallad 24/7 jour inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården. Alla samkommuner med produktionsansvar behöver inte själv upprätthålla tjänster på krävande specialnivå och inte alla tjänster övergripande dygnetruntjour, utan i beslutet om att ordna social- och hälsovård kan en arbetsfördelning som är motiverad och nödvändig med tanke på genomförandet fastställas. I beslutet ska säkerställas att hela befolkningen i social- och hälsovårdsområdet får jourtjänster. Det ska på samma sätt säkerställas att tjänsterna på krävande specialnivå genomförs på ett ändamålsenligt sätt. En del av dessa tjänster på krävande specialnivå kan genomföras även som samarbete mellan social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar som hör till dem.

Enligt 10 punkten ska i beslutet fastställas de tjänster som hör till social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet kan med stöd av 15 § ha produktionsansvar för stödtjänster och även för sådana tjänster, beträffande vilka produktionsansvaret inte har kunnat realiseras på något annat sätt i social- och hälsovårdsområdet.

Enligt 11 punkten ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas hur den finansiering och de resurser som social- och hälsovårdsområdet förfogar över ska riktas till samkommunerna med produktionsansvar. Då är det i första hand fråga om enligt vilka principer den finansiering som social- och hälsovårdsområdet förfogar över och som samlats in från kommunerna ska riktas till samkommunerna med produktionsansvar samt till social- och hälsovårdsområdet. När resurserna allokeras måste man beakta de uppgifter som samkommunerna med produktionsansvar har i enlighet med vad som beslutats om dem med stöd av 7–9 punkterna.

Riktandet av resurser har även samband med planeringen av betydande och kostnadsmässigt stora investeringar som behövs för genomförandet av social- och hälso-tjänster. Därför ska det i planen för ordnandet av social- och hälsovården även finnas en plan som gäller investeringar av detta slag. Betydande och kostnadsmässigt stora investeringar är i huvudsak investeringar på över 40 miljoner euro. I beslutet om att ordna social- och hälsovård kan det i enlighet med detta fastställas tidpunkten för och placeringen av betydande investeringar som genomförs i hela området. Bestämmelser om finansieringen av dessa investeringar finns i 33 och 34 §.

Enligt 12 punkten ska i beslutet fastställas de centrala principerna för de tjänster som skaffas från organisationer och företag. Med stöd av 16 § kan social- och hälsovårdsområdet och samkommunerna med produktionsansvar tillhandahålla tjänsterna på olika sätt, till exempel genom att producera dem själv eller skaffa dem från andra tjänsteproducer. Dessutom kan tjänsterna tillhandahållas med hjälp av servicesedlar. Med tanke på organiseringsansvaret för social- och hälsovården är det viktigt att social- och hälsovårdsområdet kan fastställa de centrala principerna och strukturerna för serviceproduktionen på strategisk nivå.

När servicesystemet utvecklas ska det gå att göra kostnaderna mer överskådliga, öka verksamhetens effektivitet och verkningsfullhet samt förbättra kvaliteten på tjänsterna och göra dem mer jämförbara. Därför ska social- och hälsovårdsområdet enligt förslaget också fastställa de principer som samkommunerna med produktionsansvar ska iaktta när de ordnar tjänster som ingår i produktionsansvaret genom att skaffa dem från företag, organisationer och andra privata eller ofrentliga tjänsteproducer.

Avsikten är ändå inte att de enskilda tjänster som skaffas från andra ska fastställas i beslutet liksom inte heller detaljerna i upphandlingsavtalet. Det är samkommunerna med produktionsansvar som ska besluta om dem.

Med stöd av 13 punkten ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård utredas hur man i hela området säkerställer en ändamålsenlig och kostnadseffektiv servicestruktur. Dessutom ska det i beslutet utredas hur

tjänster som tillhandahålls på olika sätt och av olika organisationer ska samordnas. Serviceproducenter kan vara samkommunerna med produktionsansvar, företag och organisationer samt även statliga inrättningar och andra aktörer. Tjänsterna borde bilda en integrerad helhet som fungerar tillsammans särskilt för de klienter som använder tjänsterna.

Med stöd av 14 punkten ska det i beslutet fastställas hur genomförandet av det följs upp och utvärderas.

I 3 mom. bestäms om godkännande av beslutet om att ordna social- och hälsovård. Enligt bestämmelsen godkänns det av social- och hälsovårdsområdets högsta beslutande organ som enligt 19 § är samkommunens fullmäktige i en samkommun. Innan beslutet godkänns ska social- och hälsovårdsområdet höra social- och hälsovårdsministeriet och beakta dess synpunkter. Genom detta förfarande kan man säkerställa att man i beslutet på behörigt sätt har beaktat de riksomfattande strategiska målen för social- och hälsovården enligt 26 § och det riksomfattande utvecklingsprogrammet enligt 31 §. Samtidigt kan även andra faktorer utvärderas såsom servicestrukturen i social- och hälsovårdsområdet och tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Dessutom behandlas godkända beslut om att ordna social- och hälsovård vid förhandlingsförfaranden mellan social- och hälsovårdsområdet och social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med vad som föreskrivs i 28 §.

I momentet konstateras det även att ett beslut om att ordna social- och hälsovård som godkänts av samkommunens fullmäktige får verkställas trots att ändring har sökts. På så sätt kan man säkerställa att tjänsterna kan genomföras utan störning även under den tid eventuella besvär behandlas i besvärinstansen.

Genomförandet av beslutet ska med stöd av 4 mom. följas upp årligen och det ska vid behov justeras. Beslutet utarbetas vart fjärde år och därför är det möjligt att det behöver ändras innan ett nytt beslut utarbetas om förhållandena förändras.

Med stöd av 5 mom. kan närmare bestämmelser om det som ska fastställas i beslutet vid behov utfärdas genom förordning av statsrådet.

13 §. *Social- och hälsovårdsområdets övriga uppgifter.* Utöver de uppgifter och saker som uttryckligen ska godkännas i beslutet har social- och hälsovårdsområdet även andra uppgifter. Bestämmelser om dem finns i 13 §.

Enligt 1 punkten ska social- och hälsovårdsområdet säkerställa att det för området har bildats behövliga samarbetsstrukturer i fråga om sådana social- och hälsovårdsuppgifter som förutsätter samarbete över områdesgränserna. Social- och hälsovårdsområdet ska också kontinuerligt stödja och skapa förutsättningar för samarbete. Samarbetet kan dessutom behövas i fråga om till exempel dygnetrunttjour, krisjour inom socialvården, intensivvård, tillnyktringsstationsverksamhet, konsultationstjänster som förutsätter specialkompetens, sektorsövergripande krävande rehabiliteringsundersökningar och utredningar om arbetsförmågan, vård-, boende- och rehabiliteringstjänster för sjukdoms- och skadegrupper som förutsätter specialkompetens, läkemedelsförsörjning samt kliniska stödtjänster (laboratorie- och utbildningstjänster) samt bekämpning av smittsamma sjukdomar. Det kan även vara ändamålsenligt att i samarbete genomföra och upprätthålla vårdrelaterade tjänster och rådgivningstjänster som upprätthålls på elektronisk väg.

I punkten nämns prehospital akutsjukvård särskilt. Social- och hälsovårdsområdet ska i samarbete med samkommunerna med produktionsansvar avtala hur den prehospitala akutsjukvården planeras och genomförs och om servicenivå på den prehospitala akutsjukvården. Detta ska genomföras så att den prehospitala akutsjukvården, inklusive läkarhelikopterverksamheten, och dygnetrunttjouren bildar en funktionell helhet i social- och hälsovårdsområdet. I förekommande fall måste myndigheterna tillsammans komma överens om samverkan över gränserna för social- och hälsovårdsområdena (till exempel sjöräddning och Gränsbevakningsväsendet). Social- och hälsovårdsområdet ska dessutom tillsammans med samkommunerna med produktionsansvar fastställa de ledningscentraler för den prehospitala akutsjukvården som är skyldiga att använda statens säkerhetsnät (Tuve) och fältledningssystem (Kejo). Beslutet ska beredas med hänsyn till social- och

hälsovårdsministeriets anvisningar om samarbete med nödcentralen och andra säkerhetsmyndigheter.

Med stöd av 2 punkten ska social- och hälsovårdsområdet se till att de riksomfattande strategiska riktlinjerna och det riksomfattande utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården genomförs till den del det inte bestäms om det i beslutet om att ordna social- och hälsovård. Social- och hälsovårdsområdet ska särskilt se till att samkommunerna med produktionsansvar beaktar de nämnda riksomfattande riktlinjerna i sin egen verksamhet.

I 3 punkten bestäms om samordning av den forskningsverksamhet som bedrivs inom social- och hälsovården mellan olika aktörer. I 4 punkten ingår bestämmelser om att förutse arbetskraftsbehovet inom social- och hälsovården samt planera och utveckla den regionala utbildningen. För att sköta de samordningsuppgifter som nämns i 3 och 4 punkten ska social- och hälsovårdsområdet upprätta samarbetsstrukturer tillsammans med universitet och yrkeshögskolor samt andra aktörer i området. Samarbetet ska också samordnas med aktörer på nationell nivå, till exempel Institutet för hälsa och välfärd, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, Arbetshälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen.

I 3 och 4 punkten syftar ”för sin del” på att avsikten inte är att till social- och hälsovårdsområdet överföra till exempel sådana uppgifter i anslutning till utbildningsplanering som det helt klart är högskolornas och andra läroanstalters sak att besluta om, eller till exempel att förutse utbildningsbehovet, som enligt lagen om utveckling av regionerna (1651/2009) är en uppgift för landskapsförbunden inom deras områden. Social- och hälsovårdsområdet ska se till att olika aktörer samarbetar inom dess område så att verksamheten stöder lagens mål. Social- och hälsovårdsområdet ska till exempel förmedla information om förändrade kompetensbehov hos de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården till universitet och yrkeshögskolor i området.

Med stöd av 5 punkten ska social- och hälsovårdsområdet se till att principerna för personalens uppgiftsstruktur och arbetsfördel-

ning samt planerings-, utvecklings- och uppföljningspraxis samordnas i samkommunerna med produktionsansvar. En tillräcklig, kompetent och ändamålsenligt inriktad personal är central med tanke på servicesystemets funktionsduglighet och produktivitet inom social- och hälsovården.

Målet med den planering, utveckling och uppföljning av personalens uppgiftsstruktur och arbetsfördelning som äger rum i social- och hälsovårdsområdet är att man i samkommunerna med produktionsansvar i området tillämpar gemensamma principer och mätare för användningen av personal och planeringen av personalstrukturen. Målet är att social- och hälsovårdsområdet ska uppmuntra och styra samkommunerna med produktionsansvar att fundera på hur de kunde använda den tillgängliga personalen på ett nytt sätt så att man kostnadseffektivt kunde svara på utmaningarna från den åldrande befolkningen. Detta kunde ske så att man utvecklar personalens arbets- och uppgiftsfördelning samt användningen av multiprofessionella team så att de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården bättre än nu kunde koncentrera sig på uppgifter som motsvarar den egna kärnkompetens som en fast del av den multiprofessionella social- och hälsovårdspersonalen. Samtidigt är målet att säkerställa att det finns tillräckligt med kompetent social- och hälsovårdspersonal när befolkningen åldras samt att åstadkomma kostnadsbesparingar i personalutgifterna.

Exempelvis personalresursernas betydelse för patientsäkerheten, vårdresultaten, vårdperiodernas längd samt personalens arbetshälsa och personalomsättningen inom vårdarbetet har utretts i flera undersökningar. Enligt undersökningarna finns det inga grunder för en strikt fastställd uppgiftsstruktur och därpå baserad dimensionering inom hälso- och sjukvårdens komplexa verksamhetsmiljö.

Personalens uppgiftsstruktur och arbetsfördelning bör vara flexibel. Uppgiftsstrukturen bör ses över aktivt enligt hur målen uppnås på klient-, patient-, personal- och organisationsnivå. Inom social- och hälsovården finns det behov av att följa upp och utvärdera personalens uppgiftsstruktur samt anpassa verksamheten på denna grund.

Enligt 6 punkten ska social- och hälsovårdsområdet svara för samordningen av informationsförvaltningen inom social- och hälsovården och behandlingen av klient- och patientuppgifter. Social- och hälsovårdsområdet ska svara för att kommunerna och samkommunerna i området tillsammans kommer överens om den eftersträlvande övergripande arkitekturen och hur den ska genomföras genom att utnyttja samarbete mellan områdena, till exempel gemensam upphandling och centraliserat underhåll. Dessa lösningar påverkas i väsentlig grad av om någon del av informationsförvaltningen och produktionen av informationssystemtjänster i beslutet om att ordna social- och hälsovård har fastställts höra till social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar.

Vid samordningen måste man beakta även 59 § om registerföring samt lagen om styrning av informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (634/2011), nedan lagen om informationsförvaltningen. Den övergripande arkitekturen måste beakta de rikstäckande informationssystemtjänster som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) och i lagen om elektroniska recept (61/2007). Reformerna inom informationsförvaltningen måste anpassas till hur social- och hälsovårdens rikstäckande informationssystemen (Kansa och Kanta) införs. Den övergripande arkitekturen för social- och hälsovårdsområdenas informationsförvaltning måste samordnas med den arkitektur som de nationella aktörerna ansvarar för. Detta gäller särskilt i de frågor som 4 och 8 § i lagen om informationsförvaltningen reglerar.

I 7 punkten åläggs social- och hälsovårdsområdet skyldighet att svara för insamling, analys och utnyttjande av uppföljningsuppgifter om välfärd och hälsa samt uppgifter om verksamheten och ekonomin. Social- och hälsovårdsområdet ska på denna grund se till att uppgifter som är centrala med tanke på tillhandahållandet av social- och hälsotjänster finns tillgängliga och utifrån dem svarar för att information och kunskap sprids mellan olika aktörer i området. Social- och hälsovårdsområdet ska också avtala om förfaranden för att utnyttja information för behov i anslutning till utvecklande av social- och häl-

sotjänster och ledning av verksamheten. Informationen ska stå till förfogande för samkommunerna med produktionsansvar för att den ska kunna utnyttjas. Till den del som informationen behövs för att stödja främjandet av välfärd och hälsa måste det även ses till att alla kommuner har tillgång till uppgifterna. Det finns flera källor för välfärds- och hälso- samt verksamhetsuppgifter och ekonomiska uppgifter. Uppgifter ska insamlas av alla kommuner, samkommunerna med produktionsansvar samt social- och hälsovårdsområdena. Social- och hälsovårdsförvaltningen bör dra nytta av bland annat rapporter från patientombudsmännen och socialombudsmännen. Bland andra Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen sammanställer information centralt.

3 kap. **Produktionen av social- och hälso-tjänster**

14 §. *Produktionsansvaret som kommunal verksamhet.* I den föreslagna paragrafen föreskrivs det närmare om innehållet i och villkoren för produktionen av social- och hälso-tjänster. Enligt paragrafen ska samkommunerna med produktionsansvar sköta om produktionen.

Enligt 1 mom. i bestämmelsen ska en kommun för att kunna fullgöra produktionsansvaret höra till en samkommun med produktionsansvar. Samkommunen ansvarar för att invånarna i kommunerna som hör till den och andra som har rätt att få tjänster får social- och hälso-tjänster i enlighet med social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård och i enlighet med lagstiftningen. Varje kommun ska höra till en samkommun med produktionsansvar.

Kommuner kan dock komma överens om att produktionsansvaret get till en så kallad ansvarig kommun i stället för till en samkommun. Bestämmelser om modellen med en ansvarig kommun finns i 76 § i kommunallagen. Beslut om modellen med en ansvarig kommun och de därmed sammanhängande villkoren för kommunernas samarbete ska fattas genom enhälliga beslut av kommunerna. Vad som i den föreslagna lagen föreskrivs om en samkommun med produktionsansvar gäller även en i lagen avsedd ansvarig

kommun och de social- och hälso-tjänster den producerar för de andra kommunerna som avtalat om modellen med en ansvarig kommun och deras invånare.

I 2 mom. föreskrivs det om vilka krav en samkommun med produktionsansvar ska uppfylla. Utgångspunkten är att samkommunen klarar av att sköta alla social- och hälso-tjänster. För klientgrupper som använder speciellt mycket tjänster (10 procent av befolkningen står för 80 procent av kostnaderna för social- och hälso-tjänster) och utsatta klientgrupper är det viktigt att förebyggande tjänster, korrigerande och vårdande, rehabiliterande samt andra social- och hälso-tjänster produceras som en enhetlig helhet. Förebyggande tjänster förhindrar social marginalisering, utveckling av hälsoproblem och garanterar tidigt stöd. I dem ingår förebyggande tjänster för barn, unga och familjer, personer i arbetsför ålder och äldre och förebyggande mun- och tandvårdstjänster i olika skeden av livscykeln. I korrigerande och vårdande tjänster ingår bland annat öppen- och institutionsvård inom basal social- och hälsovård, med vilken har integrerats öppenvården inom centrala specialiteter. I rehabiliterande tjänster ingår medicinsk och social rehabilitering som stöder återställande och upprätthållande av funktionsförmågan. Om sjukhusvård dygnet runt ges i en produktionsenhet, ska man komma överens om jourarrangemangen inom social- och hälsovårdsområdet. De geografiska förhållandena ska beaktas när tjänste-produktionen säkerställs.

Produktionsansvaret är identiskt i alla kommuner med produktionsansvar. Detta innebär dock inte att alla samkommuner själv ska producera alla tjänster. I social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård ska en servicestruktur som är ändamålsenlig, kostnadseffektiv och verkningfull säkerställas i hela området. Dessutom ska det enligt 12 § 2 mom. 9 punkten i lagen om ordnandet av social- och hälsovården i planen för ordnandet av social- och hälsovården beslutas om arbetsfördelningen mellan samkommuner med produktionsansvar i fråga om tjänster på krävande specialnivå och övergripande dygnetruntjour. Utöver beslutet om att ordna social- och hälsovård ska i arbetsfördelningen och spridning-

en av tjänsterna beaktas vad som föreskrivs särskilt genom lag och förordningar som grundar sig på lag.

Samkommunerna med produktionsansvar ska ha den egna personal och andra resurser som uppgiften förutsätter så att tjänsterna kan tillhandahållas på behörigt sätt. Bestämmelsen innebär inte att alla tjänster ska produceras med hjälp av den egna personalen. Förpliktelsen att ha egen personal gäller således inte den del av verksamheten som har genomförts till exempel med hjälp av köpta tjänster, eftersom den personal som behövs då är anställd hos det företag eller den organisation som producerar de tjänster som köps. När köpta tjänster används ska det dock finnas tillräckligt med egen personal som behövs för upphandlingen och krävs för skötsel av ärenden som ska skötas under tjänsteansvar. Bestämmelsen hindrar inte heller att samkommunens egen personal kompletteras med personal som är anställd hos ett företag som hyr ut personal.

Bestämmelser om maximiantalet samkommuner med produktionsansvar i ett social- och hälsovårdsområde finns i 4 mom. Social- och hälsovårdsområdet kan besluta att antalet samkommuner med produktionsansvar ska vara mindre än det maximiantal som anges i momentet. Maximiantalet baseras sig med undantag för Östra social- och hälsovårdsområdet på antalet sjukvårdsdistrikt i de gällande specialupptagningsområdena för den specialiserade sjukvården. I det Östra social- och hälsovårdsområdet finns det enligt förslaget en samkommun med produktionsansvar mindre än det finns sjukvårdsdistrikt i specialupptagningsområdet för Kuopio universitetssjukhus.

Även om antalet samkommuner med produktionsansvar baseras sig på antalet sjukvårdsdistrikt, innebär bestämmelsen inte att samkommunerna med produktionsansvar bildas utifrån de nuvarande sjukvårdsdistrikten. Kommunerna kan även avtala om samkommuner som bildas på ett annat sätt. Det finns inte heller några hinder för att det i en samkommun med produktionsansvar finns samma medlemskommuner som tidigare har funnits i sjukvårdsdistriktet.

I 4 mom. föreskrivs det om universitetssjukhus. Enligt bestämmelsen ska det inom

de områden i samkommuner med produktionsansvar där Helsingfors, Kuopio, Uleåborgs, Tammerfors och Åbo universitet befinner sig finnas ett universitetssjukhus. Med ett universitets läge avses universitetets hemort. Om ett universitet har verksamhetsställen inom andra områden än området enligt hemorten, har dessa andra områden inte ett universitetssjukhus enligt bestämmelsen.

Universitetssjukhusens verksamhet har ett nära samband med verksamheten vid universitetens medicinska fakulteter i fråga om både utbildningen och den vetenskapliga forskningen. Dessutom har universitetssjukhusen en central ställning vid produktionen av tjänster inom den högspecialiserade sjukvården.

I 5 mom. konstateras det att samkommunerna med produktionsansvar fastställs i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Om kommunerna enligt 1 mom. har beslutat att fullgöra produktionsansvaret enligt modellen med en ansvarig kommun, fastställs i beslutet på motsvarande sätt den ansvariga kommunen och de andra kommuner som den ansvariga kommunen har produktionsansvar för. Närmare bestämmelser om beslutet om att ordna social- och hälsovård finns i 12 §.

15 §. Social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar. I den föreslagna paragrafen föreskrivs om social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar. Med stöd av bestämmelsen har social- och hälsovårdsområdet inte något direkt lagbestämt produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet kan ändå bestämma i beslutet om att ordna social- och hälsovård att det ansvarar för produktionen av de stödtjänster som nämns i beslutet. Med stödtjänster avses stödtjänster i anslutning till tillhandahållande och produktion av social- och hälso-tjänster. Det kan vara till exempel tjänster i anslutning till informationsförvaltning, anskaffning och upprätthållande av informationssystemlösningar eller gemensam upphandling.

Dessutom kan social- och hälsovårdsområdet åta sig produktionsansvaret och man inte har lyckats realiseras produktionsansvaret på något annat sätt. Med stöd av bestämmelsen ska social- och hälsovårdsområdet i samtliga situationer har möjlighet att säkerställa att det

kan ansvara för sitt lagstadgade organisationsansvar och att invånarna i området får de social- och hälso- och sjukvårdstjänster de behöver. I praktiken är en sådan situation då samkommunerna med produktionsansvar inte lyckas producera tjänsterna ytterst osannolik.

16 §. Produktionen av uppgifter och tjänster. I den föreslagna bestämmelsen anges på vilket sätt social- och hälsovårdsområdena med produktionsansvar samt samkommunerna i praktiken kan fullfölja de uppgifter och tjänster som de har ansvar för att ordna. Med stöd av bestämmelsen kan man producera tjänsterna själv eller i samarbete med andra samkommuner med produktionsansvar, genom att vara medlem i en samkommun eller genom att skaffa tjänsterna från någon annan offentlig eller privat tjänsteproducent. Ett annat alternativ är att ge ut servicesedlar som avses i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Dessutom konstateras i 1 mom. 4 punkten att tjänsterna kan tillhandahållas även på något annat sätt, om det någon annanstans föreskrivs om sätt att producera social- eller hälso- och sjukvårdstjänster som avviker från 1–3 punkten. Bestämmelsen motsvarar i stor utsträckning 4 § i den gällande lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992). Skillnaden är emellertid den att i den föreslagna lagen kopplas bestämmelser till produktionsansvaret enligt 13 och 14 § i stället för till organiseringsansvaret enligt 11 §.

Tjänster kan produceras som kommunal verksamhet i enlighet med samkommunen eller modellen med en ansvarig kommun. När samarbetsmodeller används ska de närmare villkoren i upphandlingslagstiftningen beaktas. Om tjänsterna genomförs på ett annat sätt än som ovannämnda gemensamt ordnade verksamheter tillämpas på upphandlingarna konkurrensutsättningskyldigheterna enligt upphandlingslagen. Vid tjänsteupphandlingarna och konkurrensutsättningen av dem är det nödvändigt att beakta även behovet och ståndpunkterna hos dem som anlitar tjänsterna samt de lokala förhållandena.

Vid vissa sällsynta eller högspecialiserade tjänster kan social- och hälsovårdsområdet för att säkerställa tillgången till en nödvändig tjänst klassas den som en åläggandetjänst enligt EU-bestämmelserna (SGEI-tjänst) Rätt

att tillhandahålla tjänsten kan på de villkor som anges i denna reglering ges en eller flera tjänsteleverantörer för viss tid. Avsikten med bestämmelsen är att åtgärder ska kunna vidtas bland annat för att säkerställa de tjänster som sådana små grupper med särskilda behov som hör till en språklig minoritet behöver. Bestämmelser om nationell koncentring av tjänster får med stöd av vad som föreskrivs i 17 § utfärdas genom förordning av statsrådet. I beslutet om att ordna social- och hälsovård får det bestämmas om regional koncentring.

17 §. Samarbete inom produktionen av tjänster. Enligt 1 mom. kan en del av de åtgärder och den vård som hör till socialvården och hälso- och sjukvården nationellt koncentreras till vissa samkommuner med produktionsansvar, om det är nödvändigt för säkerställandet av tjänsternas tillgänglighet och kvalitet samt rättigheterna för dem som använder tjänsterna på grund av att uppgifterna är krävande eller exceptionella, på grund av de språkliga rättigheterna eller på grund av stora kostnader till följd av uppgifterna. En delvis motsvarande bestämmelse finns i 45 § i hälso- och sjukvårdslagen. Med stöd av den kan en del av åtgärderna och vården inom den högspecialiserade sjukvården centraliseras till ett specialupptagningsområde eller vissa specialupptagningsområden. Den föreslagna bestämmelsen avviker dock från bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen så att den gäller även socialvården. Den nationella centraliseringen är inte heller begränsad till högspecialiserad vård, utan funktioner kan också koncentreras på andra grunder som anges i lagen. Det ska dock finnas en objektiv grund i anslutning till tjänstens art eller stora kostnader för centralisering. I enlighet med detta kan produktionen av tjänster för särskilda grupper inom socialvården eller av andra orsaker särskilt krävande socialtjänster nationellt hänvisas till en samkommun med produktionsansvar som ska fastställas särskilt. Till exempel krävande handikappservice för den språkliga minoriteten eller produktionen av tjänster för patienter med andningsförlamning som kräver specialtjänster kan koncentreras med stöd av bestämmelsen.

Social- och hälsovårdsområden eller samkommuner med produktionsansvar ska också

kunna avtala om att koncentrera tjänster. Dessutom ska man kunna bestämma om koncentring genom förordning av statsrådet på samma sätt som med stöd av den gällande 45 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt bestämmelsen ska det genom förordning av statsrådet föreskrivas om vilka åtgärder eller behandlingar eller uppgiftshelheter som ska koncentreras. Genom förordning fastställs också de verksamhetsenheter inom den offentliga socialvården eller hälso- och sjukvården som ska ansvara för uppgifter som koncentreras.

I 2 mom. ingår en bestämmelse som säger att tjänster kan koncentreras till en privat tjänsteproducent eller skaffas utomlands. Om det är mest ändamålsenligt att skaffa tjänsterna nationellt från privata tjänsteproducenter eller från utlandet, får det genom förordning av statsrådet fastställas kvalitetskrav för en tjänsteproducents verksamhet och övriga krav som ska ställas på åtgärderna eller vården för att säkerställa lämplig verksamhet.

18 §. Program för egenkontroll. Med stöd av 1 mom. ska social- och hälsovårdsområdena utarbeta ett program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll är ett redskap för ledningen. Egenkontroll är ett system för att säkerställa att verksamheten och tjänsterna anordnas som lagstiftningen föreskriver. Syftet är också att säkerställa att verksamheten och de tjänster som ordnas är planmässiga och av hög kvalitet samt att garantera klient- och patientsäkerheten, tjänsternas tillgänglighet samt att de personer som använder tjänsterna är likställda. Programmet för egenkontroll ska också omfatta de tjänster för att främja välfärd och hälsa som avses i 9 §. Den föreslagna bestämmelsen förutsätter dessutom att det i programmet för egenkontroll anges hur det följs upp att verksamheten är korrekt och hur eventuella brister eller fel ska åtgärdas. För att accentuera öppenheten i verksamheten ska programmet publiceras på internet.

Programmet för egenkontroll framhäver social- och hälsovårdsområdenas eget ansvar för att verksamheten är högklassigt ordnad på behörigt sätt. Samtidigt är målet att förhindra att de statliga tillsynsmyndigheterna blir tvungna att ingripa i verksamheten med efterhandskontroll. Liknande bestämmelser om

planer för egenkontroll finns för närvarande i lagen om privat socialservice (922/2011) och lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990). Dessutom är verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården enligt 8 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) skyldiga att upprätta planer för att säkerställa kvaliteten och verkställa patientsäkerheten.

Med stöd av 2 mom. ska även samkommunerna med produktionsansvar utarbeta ett program för egenkontroll av sin verksamhet. Programmet ska utarbetas i enlighet med samma principer som social- och hälsovårdsområdets program för egenkontroll. I praktiken skiljer de sig emellertid från varandra så till vida att social- och hälsovårdsområdena i regel inte har någon egen tjänsteproduktion till skillnad från samkommunerna med produktionsansvar. Sålunda kan de senares program fokusera mer på tjänsteproduktionen, både sådan som de står för själva som sådan som skaffas utifrån.

En samkommun med produktionsansvar ska dessutom i programmet för egenkontroll ta in en plan för kvalitetsledning samt främjande av klient- och patientsäkerheten. Med stöd av 8 § 3 mom. i den gällande hälso- och sjukvårdslagen ska en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011), som utfärdats med stöd av 4 mom. föreskrivs om innehållet i denna plan. I enlighet med förslaget till 2 mom. ska en samkommun med produktionsansvar i fortsättningen utarbeta nämnda plan som en del av sitt program för egenkontroll. Samtidigt ska planen i fortsättningen gälla även socialvården.

Lagen säger ingenting om detaljerna i programmet. Med stöd av 3 mom. får social- och hälsovårdsministeriet dock vid behov utfärda närmare bestämmelser om innehållet i och utarbetandet av programmet för egenkontroll. Genom förordning av ministeriet kan det dessutom utfärdas närmare bestämmelser om den plan för främjande av kvalitetsledning samt klient- och patientsäkerheten som en samkommun med produktionsansvar ska utarbeta.

Planen för främjande av kvalitetsledning samt klient- och patientsäkerheten i en samkommun med produktionsansvar ska innehålla förfaranden för att säkerställa den personalstruktur, arbetsfördelning och kompetens som kvaliteten på tjänsterna förutsätter och som motsvarar vård- och serviceprocesserna, med hänsyn till olika servicefunktioner och verksamhetsenheternas uppgifter och verksamhetsmiljön. I planen borde till denna del beaktas de principer för den yrkesutbildade personalens uppgiftsstruktur och arbetsfördelning enligt 13 § 5 punkten som social- och hälsovårdsområdet samordnat samt praxisen för planering, utveckling och uppföljning av personalresurserna.

4 kap. Administration

19 §. Förvaltningen i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde. Enligt paragrafen tillämpas på förvaltningen i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen. I 10 kap. i kommunallagen finns allmänna bestämmelser om förvaltningen i en samkommun.

I 2 mom. föreskrivs att i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde är alltid det högsta beslutande organet samkommunens fullmäktige. Bestämmelsen utesluter möjligheterna för kommunerna att besluta att det högsta organet är samkommunsstämman.

20 §. Uppgifterna för social- och hälsovårdsområdets samkommunens fullmäktige. I paragrafen anges de uppgifter som social- och hälsovårdsområdets samkommunens fullmäktige åtminstone ska besluta om.

Med stöd av den föreslagna bestämmelsen ska samkommunens fullmäktige beslut åtminstone om godkännande av beslutet om att ordna social- och hälsovård samt ändringar som görs i det. Dessutom beslutar samkommunens fullmäktige om de uppgifter som samkommunens högsta organ ska besluta om enligt kommunallagen. Dessa är samkommunens årliga verksamhetsmässiga och ekonomiska mål samt budgeten och ekonomiplanen.

Till övriga delar bestäms det i samkommunens grundavtal hur beslutsfattandet är förde-

lat mellan de olika organen i samkommunen som utgör ett social- och hälsovårdsområde.

21 §. Sammansättning hos och inval i organen i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde. I paragrafen bestäms om sammansättningen hos och inval i social- och hälsovårdsområdets samkommunens fullmäktige samt om övriga organs sammansättning.

Med stöd av 1 mom. ska medlemmarna i social- och hälsovårdsområdets samkommunens fullmäktige vara fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna.

Dessutom konstateras i bestämmelsen att varje kommun ska ha minst en representant i samkommunens fullmäktige. Lagen föreskriver inget maximiantal representanter. Det kan beslutas i samkommunens grundavtal. Om en kommun har flera representanter än en, fördelas röstetalet för kommunens representanter jämnt mellan representanterna.

I 2 mom. föreskrivs att representationen för grupperna i medlemskommunernas fullmäktige ska beaktas i samkommunens fullmäktiges sammansättning. Enligt förslaget ska röstandelarna för de grupper som är representerade i organet svara mot den andel röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige har fått vid kommunalvalet på det sätt som bestäms om proportionalitetsprincipen i vallagen (714/1998). Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att olika politiska och andra grupper har möjlighet att delta i områdets beslutsfattande. Representanterna i samkommunens fullmäktige fastställs vid kommunernas representantmöte. Mötet ska säkerställa att proportionalitetsprincipen som nämns ovan genomförs.

I 3 mom. finns en bestämmelse om sammansättningen av social- och hälsovårdsområdets övriga organ. Enligt förslaget ska i styrelsen för ett social- och hälsovårdsområde med kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner minst en medlem och en ersättare företräda den svenskspråkiga befolkningsgruppen. Hörande av den svenskspråkiga befolkningsgruppen avser antingen en person med svenska som modersmål eller en person som på något annat sätt hör till och är bunden till det svenskspråkiga lokalsamhället. Bestämmelsen anger dock inte vilken politisk grupp den medlem som företräder den

Nämnden ska inte ha beslutanderätt som binder social- och hälsovårdsområdena. I social- och hälsovårdsområdets beslutsfattande ska emellertid beaktas nämndens utredningar, bedömningar och definitioner av servicebehovet. Dessutom kan nämnden även ha andra än lagstadgade uppgifter som social- och hälsovårdsområdets styrelse beslutar om.

Nämnden för minoritetens språk ska varje år lämna social- och hälsovårdsområdet en berättelse om tillhandahållande av tjänster till den språkliga minoriteten. Syftet med berättelsen är att ge styrelsen information som det kan dra nytta av vid planeringen av servicen för den språkliga minoriteten.

Enligt 2 mom. ska också samkommuner med produktionsansvar som består av tvåspråkiga kommuner eller kommuner med olika språk ha en nämnd för minoritetens språk. Nämnden har samma uppgifter som social- och hälsovårdsområdets nämnd för minoritetens språk.

När medlemmarna i nämnden för minoritetens språk utses ska enligt 3 mom. beaktas med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen den andel röster som de kandidater som representerar minoritetens språk fick i kommunalvalet. Då blir maktförhållandena mellan de olika politiska grupperna för den befolkning som talar minoritetsspråket i området beaktade i nämndens sammansättning. Förfarandet vore då det samma som föreskrivs i 4 § 1 mom. i lagen om Svenska Finlands folkting (1331/2003) för valet av representanter till organisationen. Representanterna för minoritetens språk kan således väljas även från andra kommuner i området än sådana som har olika språk eller är tvåspråkiga.

I 4 mom. finns det bestämmelser om en nämnd för samiska språket. Enligt bestämmelsen ska det inrättas en sådan nämnd i ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar som omfattar en kommun som hör till samernas hembygdsområde. Sådana kommuner är Enontekiö, Enare och Utsjoki. Dessutom hör renbeteslaget Lapin paliskuntas område i Sodankylä kommun till samernas hembygdsområde. Medlemmarna i nämnden ska representera de samiskspråkiga invånarna i området. Minst en tredjedel av nämndens medlemmar ska ut-

ses bland personer som föreslagits av samedtinget.

5 kap. **Styrning, planering och utveckling**

25 §. *Allmän styrning, planering och utveckling.* Enligt 1 mom. hör den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen av samt tillsynen över social- och hälsovården till social- och hälsovårdsministeriet. Ministeriet svarar för den strategiska planeringen och övrig planering i anslutning därtill. Detta innefattar bland annat att bereda den redogörelse som nämns i 26 § samt det riksomfattande utvecklingsprogram som nämns i 31 §. Ministeriet svarar också inom sitt förvaltningsområde för beredningen av lagstiftning och statsbudgeten.

Som ett led i den uppgift som nämns ovan svarar social- och hälsovårdsministeriet för det centraliserade riksomfattande genomförandet av de långsiktiga strategiska riktlinjerna för social- och hälsovården, det riksomfattande utvecklingsprogrammet och den övriga informationsstyrningen. För detta ändamål inrättas en ny styrenhet vid ministeriet.

Ett viktigt mål för utvecklandet och styrningen av servicestrukturen inom social- och hälsovården på nationell nivå är att undvika överlappande verksamhet, säkerställa ett effektivt nyttjande av begränsade resurser och att se till att social- och hälso-tjänster av god kvalitet tillhandahålls på lika villkor över hela landet. De nationella styrverktygen används för att främja samarbetet, stärka den basala verksamheten, främja en ändamålsenlig personalstruktur och styra tillhandahållandet av tjänster som förutsätter centralisering på nationell nivå. I synnerhet i det skede då lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska verkställas, då en ny struktur för ordnandet av service skapas, är den nationella styrningen av väsentlig betydelse. Utvecklingen av servicestrukturen och effekten av styrningen av servicestrukturen följs och utvärderas, och vid behov utvecklas det i fortsättningen nya verktyg för att effektivisera den nationella styrningen.

I 2 mom. föreskrivs om den uppgift som Institutet för hälsa och välfärd har som nationell expertmyndighet i fråga om social- och

hälsovården. Bestämmelsen motsvarar den gällande lagstiftningen om institutets uppgifter i fråga om planeringen och utvecklingen av social- och hälsovården. Enligt den gällande lagstiftningen ska Institutet för hälsa och välfärd bland annat undersöka och följa befolkningens välfärd och hälsa, faktorer som påverkar dem och problem i anslutning till dem, samt utveckla och främja åtgärder för att främja välfärd och hälsa och minska problem i anslutning till dem. Institutet ska också undersöka, följa, utvärdera, utveckla och styra verksamheten inom social- och hälsovården och ge den experthjälp som behövs för att genomföra sådan politik och tillämpa sådana tillvägagångssätt och sådan praxis som främjar välfärd och hälsa. Dessutom ska institutet bedriva forskning och utveckling inom branschen samt ta initiativ och göra sådana framställningar som behövs för att utveckla social- och hälsovården och dess service och främja befolkningens hälsa och välfärd, och som ett led i denna verksamhet främja nya innovationer inom social- och hälsovårdsbranschen.

En väsentlig del av Institutet för hälsa och välfärds expertuppgifter består av att vara en statistikmyndighet enligt 2 § 2 mom. i statistiklagen (280/2004) och förvalta branschens datafiler och register på det sätt som förskrivs särskilt. Institutet ska dessutom delta i internationell verksamhet inom sitt område.

Institutet för hälsa och välfärd ska styra utvecklandet av servicesystemet och påverka aktörerna inom social- och hälsovården så att de olika funktionerna ordnas och genomförs i enlighet med användarnas intressen och på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Detta sker förutom genom institutets forsknings- och utvecklingsverksamhet även med hjälp av informationsstyrning samt genom att man utarbetar och publicerar anvisningar, handledningar och rekommendationer. Institutet ska också ge expertstöd till dem som ordnar service och till statsförvaltningen, delta i beredningen, verkställandet, uppföljningen och utvärderingen av det riksomfattande utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården och den övriga nationella styrningen, samt delta i den verksamhet som bedrivs av delegationen för social- och hälsovård.

Förutom Institutet för välfärd och hälsa, som nämns i paragrafen ska även andra expertinstitut som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, till exempel Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och Arbetshälsoinstitutet, vara expertinstitut inom förvaltningsområdet i enlighet med vad som bestäms om dem.

26 §. Social- och hälsovårdens strategiska mål. I denna paragraf föreskrivs om nationella strategiska mål för social- och hälsovården. Enligt förslaget överlämnar statsrådet vart fjärde år till riksdagen en redogörelse för de långsiktiga målen inom social- och hälsovården samt de strategiska riktlinjerna för ordnande av tjänster.

Syftet med förslaget är att riksdagen varje valperiod ska få en redogörelse från regeringen där det förklaras hur social- och hälsopolitiken ska utvecklas under de kommande åren. Det noggrannare innehållet i redogörelsen fastställs i samband med respektive beredning. Redogörelsen kan spänna över en längre tid än riksdagens valperiod.

Statsrådets redogörelse ska utarbetas under social- och hälsovårdsministeriets ledning, vilket konstateras i paragrafen.

27 §. Delegationen för social- och hälsovård. I paragrafen föreskrivs om delegationen för social- och hälsovård.

Delegationen ska för egen del främja genomförandet av de strategiska riktlinjerna inom social- och hälsovården i enlighet med den redogörelse som nämns i 26 §. Dessutom ska delegationen främja samarbetet mellan riksomfattande och regionala aktörer. Delegationen ska för egen del också sammanställa och förmedla information om utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården. Bland annat de olika aktörer som är med i delegationen ska sköta detta.

Delegationen ska också kunna lägga fram förslag för social- och hälsovårdsministeriet om vad de anslag som reserverats för utvecklingsverksamhet inom social- och hälsovården ska satsas på.

Avsikten är att det ska finnas en täckande representation av riksomfattande och regionala aktörer inom social- och hälsovården i delegationen. För närvarande följer man statsrådets förordning om delegationen för

social- och hälsovård samt om regionala ledningsgrupper för social- och hälsovården (913/2011), som trädde i kraft i augusti 2011.

Enligt paragrafen ska statsrådet tillsätta delegationen. Detta ska ske på framställning från social- och hälsovårdsministeriet och delegationens mandattid ska vara fyra år. Delegationens sammansättning regleras inte desto noggrannare i lagen. Då kan delegationens sammansättning och omfattning bestämmas i enlighet med de aktuella behoven.

Den föreslagna delegationen för social- och hälsovård motsvarar i stor utsträckning den delegation som det föreskrivs om i 5 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården.

28 §. Förhandlingsförfarandet mellan staten och social- och hälsovårdsområdet. I paragrafen föreskrivs om förhandlingsförfarandet mellan social- och hälsovårdsområdet och social- och hälsovårdsministeriet. Den allmänna styrningen av social- och hälsovården ankommer enligt 25 § på social- och hälsovårdsministeriet. För att stärka denna nationella styruppgift föreslås att det tas i bruk ett lagstadgat styrverktyg, det vill säga ett förhandlingsförfarande. Syftet med att föreskriva om förhandlingsförfarandet i lag är att stärka styrningens verkningsfullhet, öka samarbetet samt få social- och hälsovårdsområdet att förbinda sig till att följa de riktlinjer som man kommit överens om tillsammans. Förfarandet ska också styra social- och hälsovårdsområdet när beslutet om att ordna social- och hälsovård eventuellt ändras samt när ett nytt beslut utarbetas. Förfarandet ska basera sig på lag, vilket gör det till en etablerad del av samarbetet mellan ministeriet och social- och hälsovårdsområdet.

Genom förhandlingsförfarandet ska det vara möjligt att få en klarare och mera övergripande bild av situationen beträffande social- och hälsovårdsområdets servicestruktur, behoven av att utveckla den samt områdets möjligheter att ordna tjänster. Förhandlingsförfarandet ökar beredskapen att granska utförandet av uppgifterna och tillhandahållandet av tjänster på ett övergripande sätt. Förfarandet innebär förpliktelser för såväl social- och hälsovårdsområdet som social- och hälsovårdsministeriet. Den föreslagna bestämmelsen om förhandlingsförfarandet ska inte

vara uttömmande, utan ministeriet och social- och hälsovårdsområdet ska kunna föra förhandlingar även utanför förfarandet enligt denna lag.

Med stöd av 1 mom. ska social- och hälsovårdsområdet ha skyldighet att varje år föra förhandlingar med social- och hälsovårdsministeriet om utförandet av de uppgifter och tillhandahållandet av de tjänster som hör till områdets organiseringsansvar för social- och hälsovården. Syftet med de förhandlingar som förs under ledning av social- och hälsovårdsministeriet är att styra social- och hälsovårdsområdets verksamhet inom utvecklingen av servicestrukturen samt att främja samarbetet mellan ministeriet och social- och hälsovårdsområdet.

Ministeriet ska svara för att förhandlingsförfarandet ordnas årligen i enlighet med en tidtabell som överenskomms särskilt. Det ska således inte föreskrivas närmare om organisationen av förhandlingsförfarandet genom lag eller förordning, eftersom processen är avsedd att vara så smidig och fri som möjligt samt en interaktiv situation där man eftersträvar samförstånd. Förfarandet ska styra parterna att försöka hitta en gemensam syn på områdets utvecklingsmål och metoderna att nå dem. Processen ska utföras i överensstämmelse med de förfaranden som man märker att fungerar bäst.

I 2 mom. föreskrivs om innehållet i förhandlingsförfarandet. Vid förhandlingarna behandlas innehållet i beslutet om att ordna social- och hälsovård och dess centrala mål, samarbetet inom tjänsteproduktionen, egenkontrollen samt genomförandet av det riksomfattande utvecklingsprogrammet. Vid förhandlingarna utvärderas dessutom genomförandet av beslutet om att ordna social- och hälsovård, utvecklingen i området och regionala utvecklingsbehov, förändringar i närmiljön och servicebehovet samt finansieringsbehovet för, utvecklingen av och ökad produktivitet i de lagstadgade uppgifterna. I förhandlingarna kan också andra ärenden förknippade med ordnande och tillhandahållande av social- och hälsotjänster behandlas.

Vid förhandlingarna behandlas så ingående som möjligt utförandet av de uppgifter och tillhandahållandet av de tjänster som är viktigast med tanke på organiseringsansvaret. Vid

förhandlingarna granskas servicestrukturens utveckling och tillvägagångssätten i social- och hälsovårdsområdet, effektiviteten och verkningfullheten samt behovet av sådana strukturella reformer som gör det möjligt att förbättra lönsamheten, effektiviteten och verkningfullheten. Utifrån förhandlingarna ska man bedöma hur lagens mål har uppnåtts i social- och hälsovårdsområdet.

I 3 mom. föreskrivs om det dokument som ska utarbetas om förhandlingsförfarandet samt om redogörelse- och uppföljningsförpliktelser. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar förhandlingsdokumentet utifrån de förhandlingar som förts med social- och hälsovårdsområdet. I dokumentet antecknas innehållet i beslutet om att ordna social- och hälsovård och i eventuella ändringar i det. Dessutom fastslås i dokumentet hur social- och hälsovårdsområdet har beaktat ministeriets med stöd av 12 § 3 mom. framlagda synpunkter om utkastet till beslutet om att ordna social- och hälsovård. Till den del synpunkterna som ministeriet eventuellt lagt fram inte har tagits in i planen, kan man i dokumentet anteckna parternas uppfattning om varför detta är fallet. I dokumentet antecknas också nästa års centrala åtgärder och mål som avtalats vid förhandlingarna.

I anslutning till förhandlingsförfarandet föreskrivs om en beredningsuppgift för social- och hälsovårdsområdet. Social- och hälsovårdsområdet ska i samband med förhandlingarna lägga fram en redogörelse för hur de åtgärder och mål som avtalats i samband med tidigare förhandlingar genomförts. Ministeriet är åter skyldigt att följa hur de avtalade åtgärderna och målen beaktas i social- och hälsovårdsområdets verksamhet. Uppföljningsuppgiften innebär att översynen ska göras senast i samband med följande års förhandlingar.

29 §. Resultatstyrningen mellan ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar. I paragrafen föreskrivs om den resultatstyrning som ska iaktas mellan ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar. Resultatstyrningen ska vara en avtalsbaserad styrmodell, vars syfte är att hitta balans mellan de tillgängliga resurserna och de resultat som kan uppnås med hjälp av dem.

Samtidigt försöker man utveckla kvaliteten på tjänsterna och säkerställa att tjänsterna tillhandahålls kostnadseffektivt.

Social- och hälsovårdsområdet ska enligt 1 mom. inom sitt område svara för resultatstyrningen av tjänsteproduktionen inom samkommunerna med produktionsansvar. Resultatstyrningen är en del av social- och hälsovårdsområdets interna styrning, en helhet varmed avses i första hand att man avtalar om resultatmålen samt resurserna och utvecklingslinjerna samt utvärderar resultaten och effekterna av verksamheten. Målet med resultatstyrningen är att effektivisera verksamheten samt ett system som stöder ett nära förhållande mellan beslutet om att ordna social- och hälsovård samt de riksomfattande målen för social- och hälsovården. Syftet är att stärka de faktiska möjligheter för ett social- och hälsovårdsområde med organisationsansvar att påverka utvecklingen av tjänsteproduktionen inom området genom att ställa en styrmetod till förfogande som samtidigt är både effektiv och konkret.

Social- och hälsovårdsområdet ska leda resultatstyrningen. Förhandlingar ska föras varje år mellan social- och hälsovårdsområdet och en samkommun med produktionsansvar. För resultatstyrningen är det väsentligt att de mål som uppställs för samkommunerna med produktionsansvar grundar sig på social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård.

Social- och hälsovårdsområdet beslutar om målen för resultatförhandlingarna. Vid resultatförhandlingarna ska man beakta vad som avtalats i förhandlingsförfarandet mellan social- och hälsovårdsministeriet och social- och hälsovårdsområdet. Social- och hälsovårdsområdet ska samordna den nationella styrningen och de regionala förhållandena så att befolkningen är likvärdig. Social- och hälsovårdsområdet kan vid behov ha en enhet som svarar för resultatstyrningen och som ska sköta ordnandet av resultatstyrningen, dess kvalitet och utveckling.

I 2 mom. föreskrivs om innehållet i resultatstyrningen. I resultatstyrningen ska prioriteras verksamhetens effekt på befolkningens välfärd och hälsa samt kostnadseffektivitet. I resultatavtalet fastställs de mål som uppställs för tjänsteproduktionen och sättet att uppnå

dem samt avtalas om uppföljning, rapportering och utvärdering av resultat.

För tjänsteproduktionen kan uppställas vissa mål i fråga om kvalitet, pris, verkningsfullhet och innehåll. Det ska förutsättas att de som producerar social- och hälso-tjänster påvisar kvaliteten med ett gemensamt godkänt system och respons från kommuninvånarna ska utnyttjas systematiskt. Samkommunen svarar för att de resultatmål som har uppställts för den uppnås samt för att omständigheter som äventyrar uppnåendet identifieras och kontrolleras inom det egna tjänsteområdet. Alla samkommuner med produktionsansvar ska rapportera till social- och hälsovårdsområdet om hur de avtalade resultatmålen har uppnåtts, hur verkningsfullheten utvecklats, hur resurserna använts samt om personalfrågor i enlighet med i resultatavtalet överenskomna förfaranden. Social- och hälsovårdsområdet ska bedöma hur resultatrisken för verksamheten är genom den produktionsansvariges rapportering.

I 3 mom. föreskrivs om resultatavtal samt om bemyndigande för social- och hälsovårdsministeriet att utfärda förordning. Vid resultatavtalsförhandlingarna avtalar parterna om de resultatmål som ska uppställas för verksamheten i en samkommun med produktionsansvar och om de resurser som krävs för att uppnå dem. De resultatmål som uppställts vid förhandlingarna ska skrivas in i det årliga resultatavtalet, som fastställs av social- och hälsovårdsområdet. Resultatavtalet är det viktigaste resultatstyrningsdokumentet. Vid behov får dessutom närmare bestämmelser om de tillvägagångssätt som ska tillämpas vid resultatstyrningen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

30 §. Invånarnas möjligheter att delta och påverka. I paragrafen föreskrivs om invånarnas möjligheter att delta och påverka. Syftet med paragrafen är att beakta invånarnas behov av att delta i området och främja möjligheterna att påverka social- och hälsovården och avgöranden som hänför sig till den. Vid beredningen och beslutsfattandet ska användar- och erfarenhetsbaserad information från invånarna i området utnyttjas, och samtidigt ökar växelverkan och diskussionerna mellan invånarna och myndigheterna samt öppenheten i beredningen och beslutsfattandet. Invå-

narna ska kunna påverka och delta i beslutsfattande som gäller verksamheten inte bara i en samkommun med produktionsansvar utan i hela social- och hälsovårdsområdet. Målet är att motverka att beslutsfattandet fjärras alltför mycket från kommuninvånarna när organiseringsansvaret överförs från kommunerna och samarbetsområdena till social- och hälsovårdsområdena. Samtidigt är strävan att stärka demokratin och invånarnas möjligheter att agera så att invånarnas och invånargruppernas behov i olika delområden blir synliggjorda.

I 1 mom. föreskrivs att ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar ska samla in sina invånarnas synpunkter på tillståndet för befolkningens välfärd och hälsa samt på kvaliteten och funktionsdugligheten hos social- och hälso-tjänsterna. Synpunkter som samlas in hos invånarna ger erfarenhetsbaserad information om tillgången och tillgängligheten till social- och hälsovård, dess kvalitet samt tillståndet för invånarnas välfärd som kan utnyttjas i planeringen, beredningen av beslut och beslutsfattandet samt vid utvecklandet av tjänster. Erfarenhetsbaserad information är av stort värde när tjänster och andra stödåtgärder och deras verkningsfullhet ska utvecklas. Synpunkter ska samlas in hos de olika grupperna som använder tjänsterna och alla befolkningsgrupper, och det insamlade materialet ska analyseras. Även möjligheterna för personer med olika språk och för små grupper med särskilda behov att lägga fram synpunkter ska beaktas.

Invånarnas synpunkter på och erfarenheter av tjänsterna kan kanaliseras till tjänsteproducenterna och dem som ordnar tjänsterna genom systematisk insamling av respons. Responsen ska utnyttjas för att planera och utveckla tjänster och funktioner. Det är möjligt att samla in erfarenhetsexperternas uppfattning om hur klientvänliga, tillgängliga, lätta att använda och högklassiga tjänsterna är för mera omfattande användning till exempel via klientråd och klientforum. Insamling och analys av klient- och patientrespons spelar en viktig roll när man granskar kvaliteten på tjänsterna.

I 2 mom. föreskrivs att invånarnas synpunkter ska beaktas vid utarbetandet av soci-

al- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård samt i de årliga verksamhetsplanerna för social- och hälsovårdsområdet och samkommunerna med produktionsansvar. Verklig vikt ska fästas vid invånarnas synpunkter när planer utarbetas. Detta innebär dock inte att alla synpunkter på genomförande eller utvecklande av tjänsterna automatiskt bör genomföras. Invånarna synpunkter ska dock bedömas och synpunkterna ska inte åsidosättas utan behöriga grunder. För att invånarnas synpunkter ska kunna beaktas förutsätts att informationen om åsikter har samlats in i en form som är lätt att utnyttja.

I 3 mom. föreskrivs om olika sätt att delta och påverka. Deltagande och påverkan ska främjas särskilt genom att diskussionsmöten samt medborgarråd ordnas, genom att invånarnas åsikter utreds före beslutsfattandet, genom att representanter för dem som anlitar tjänsterna utses i olika organ och genom att respons samlas in. Syftet ska vara att tjänsterna planeras och utvecklas tillsammans med dem som anlitar dem. Invånarnas, organisationers och andra sammanslutningars planering och beredning av ärenden på eget initiativ ska stödjas. Som kanaler för invånarnas deltagande och påverkan kan även användas befintliga strukturer, såsom kommunernas äldreråd och handikappråd samt ungdomsfullmäktige.

Invånarna ska erbjudas mångsidiga, verkningfulla och användarorienterade sätt att delta och de nuvarande formerna och kanalerna för deltagande bör vidareutvecklas och stärkas. Lagen innehåller ingen förpliktelse att ta i bruk vissa sätt att delta och påverka, utan social- och hälsovårdsområdet och samkommunen ska bedöma vilka praktiska metoder de kunde använda för att på bästa sätt främja deltagande och påverkan med beaktande av de lokala förhållandena.

31 §. Riksomfattande utvecklingsprogram. I paragrafen föreskrivs om det riksomfattande utvecklingsprogrammet och om de statsunderstöd som ska beviljas utvecklingsprojekt på basis av det.

I 1 mom. föreskrivs om det riksomfattande utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Det riksomfattande utvecklingsprogrammet ska ersätta det tidigare nationel-

la utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Det nya riksomfattande utvecklingsprogrammet ska basera sig på den redogörelse om social- och hälsovården som statsrådet överlämnar till riksdagen. Dessutom ska riksdagens respons på redogörelsen beaktas i utvecklingsprogrammet. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar utvecklingsprogrammet vart fjärde år och det kan vid behov ändras.

I det riksomfattande utvecklingsprogrammet fastställs de prioriteringarna för social- och hälsovården som styr utvecklingen av social- och hälsovården under hela programperioden samt viktiga reform- och lagstiftningsprojekt, anvisningar och rekommendationer som stöder genomförandet av prioriteringarna. Åtgärdsrekommendationerna i det riksomfattande utvecklingsprogrammet ska samordnas med statsbudgeten och besluten om ramarna för statsfinanserna. Då är också det basserviceprogram som hänför sig till ramförfarandet för statsfinanserna och det riksomfattande utvecklingsprogrammet samordnade med varandra.

Programdokumentet innehåller en åtgärdsdel som stöder genomförandet av målen och prioriteringarna under hela programperioden och som kan ses över årligen i den mån det behövs. Den kan kompletteras i fråga om till exempel de viktigaste reformerna liksom anvisningar och rekommendationer som kommunerna kommer att få från förvaltningsområdet. Under programperioden görs ändringarna i utvecklingsprogrammet efter de årliga rambesluten för statsfinanserna, så att åtgärdsrekommendationerna stämmer överens med besluten om statsfinanserna. På så sätt kan man med hjälp av det nationella utvecklingsprogrammet precisera de social- och hälsovårdspolitiska mål som fastställts i redogörelsen samt stödja och främja förverkligandet av dem. I princip kan det riksomfattande utvecklingsprogrammet också revideras i sin helhet till exempel i samband med ett eventuellt regeringsskifte.

I 2 mom. föreskrivs om statsunderstöd som kan beviljas för utvecklingsprojekt. Bestämelsen har i huvudsak samma innehåll som den gällande 5 b § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Det gäller statsunderstöd som betalas

för utvecklingsprojekt. Statsunderstöd beviljas av social- och hälsovårdsministeriet på ansökan. Mottagare kan vara social- och hälsovårdsområdet samt en samkommun med produktionsansvar. För projekt för främjande av välfärd och hälsa får understöd även beviljas kommunerna.

Beslut om statsunderstöd för utvecklingsprojekt ska fattas av social- och hälsovårdsministeriet. De projekt som godkänts inom ramen för det tidigare nationella utvecklingsprogrammet har i huvudsak varit stora och strategiskt betydelsefulla. Av denna orsak är det motiverat att fortfarande koncentrera fattandet av statsunderstödsbeslut som baserar sig på det riksomfattande utvecklingsprogrammet till social- och hälsovårdsministeriet, så att de kan fungera som ett strategiskt styrverktyg för ministeriet. Enligt förslaget får ministeriet bevilja projektstöd för genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet inom ramen för anslaget i statsbudgeten.

Villkoret för beviljande av statsunderstöd är att projektet förverkligar de social- och hälsovårdspolitiska målen i det riksomfattande utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Vid bedömning av projekt ska också de regionala utvecklingsbehoven beaktas. För projekten ska fastställas konkreta och mätbara mål redan i projektplanen.

Den föreslagna paragrafen innehåller centrala bestämmelser om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården på samma sätt som den gällande lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården.

Statsunderstödslagen (688/2001) är avsedd att vara en allmän lag som kan tillämpas på all statsunderstödsverksamhet om lagen särskilt föreskriver det. På verksamhet som gäller utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården enligt denna lag ska tillämpas statsunderstödslagens bestämmelser, vilket konstateras i paragrafens 3 mom. I paragrafen konstateras dessutom att social- och hälsovårdsministeriet är statsbidragsmyndighet i ärenden som gäller utvecklingsprojekt. Motsvarande bestämmelser finns nu i 39 § 1 mom. i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. Enligt statsunderstödslagen fattar statsbidragsmyn-

digheten bland annat beslut om statsunderstöd, informerar om ansökningsmöjligheterna och ansökningsförfarandet, ger uppgifter om de allmänna förutsättningarna för beviljande av statsunderstöd, om villkoren för statsunderstöd samt ser till att användningen av statsunderstödet övervakas på behörigt sätt och i tillräcklig omfattning till exempel genom att inhämta uppgifter om användning och uppföljning av statsunderstödet och genom att vid behov utföra granskningar. Enligt 10 § 3 mom. 1 punkten i statsrådets förordning om regionförvaltningsverken (906/2009) sköter regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland de landsomfattande uppgifter som hänför sig till förvaltning av statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården. De till regionförvaltningsverket överförda förvaltningsuppgifterna gäller utbetalning av statsunderstöd, övervakning av användningen av understödet samt projekthandledning och projektrådgivning.

Enligt 4 mom. får ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar i statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. Samkommunens egen andel av finansieringen ska vara minst 25 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd.

I paragrafens 5 mom. finns ett bemyndigande att utfärda förordning enligt vilket man genom förordning av statsrådet får utfärda bestämmelser om grunderna för fördelning av statsunderstöd, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas. I nuläget iakttar man bestämmelserna i statsrådets förordning om statsunderstöd för utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården (183/2012) som trädde i kraft i maj 2012.

32 §. Utvecklingsverksamhet inom ett social- och hälsovårdsområde. Paragrafen innehåller bestämmelser om ett social- och hälsovårdsområdes skyldighet att svara för samordningen av utvecklingen av social- och hälsovården inom sitt område och för stödet till den. Till uppgiften hör att samordna utvecklandet av social- och hälsovården, stärka utvecklingsstrukturen och utvecklingskompe-

tensen samt att svara för det utvecklingsarbete som överskrider områdes- och organisationsgränserna. Vid den forskningsbaserade utvecklingen är samarbetet mellan universiteten, yrkeshögskolorna, forskningsinstituten, organisationerna i branschen och privata tjänsteleverantörer ofrånkomligt.

Social- och hälsovårdsområdet ska främja välfärd och hälsa för medborgare och sammanlutningar samt klienternas rättigheter och patientsäkerheten inom sitt område. Den regionala välfärden ska utvecklas i samverkan mellan invånare, klienter och patienter samt social- och hälsovårdens personal och övriga aktörer i området. Utvecklingen av handlingsprocesser som stöder välfärd och hälsa samt tjänsternas kvalitet förutsätter nära kontakt med serviceverksamheten och en yrkeskunnig personal.

Utvecklingsarbetet ska stödja utvecklingen av ett organisationsöverskridande, klient- och patientorienterat servicesystem, handlingsprocesser och handlingsmönster samt ledning av funktioner. Informationen från bedömningen av service- och handlingsprocessernas verkningfullhet samt klient- och patienterfarenheterna ska användas för att förbättra social- och hälsovårdsverksamhetens resultat.

Även om det egentliga utvecklingsarbetet sker i verksamhetsenheterna för social- och hälsovården, så behövs det en struktur som stöder utvecklingen för att stärka den verksamhetskultur, de utvecklingsrutiner och den utvecklingskompetens som stöder reformen av social- och hälsovården. De regionala kompetenscentrumen inom det sociala området (lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området 1230/2001) och sjukvårdsdistriktens primärvårdsenheter enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen arbetar i nuläget som stödjande enheter inom den regionala utvecklingsverksamheten.

Integrering av social- och hälsovården i det dagliga klientarbetet kräver också att utvecklarna har förmåga att samarbeta. Målet är att social- och hälsovårdsområdet ska se till att enhetliga utvecklingsstrukturer för social- och hälsovården åstadkoms i området. Utvecklingsstrukturerna ska förena utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården till en integrerad helhet.

Utvecklingsstrukturerna har till uppgift att inom sitt område stödja social- och hälsovårdens praktiskt inriktade utvecklingsarbete och förankringen av informationsbaserade handlingsmönster och god praxis i området. De ska också utgöra ett stöd när det gäller att utarbeta beslut för ordnandet av tjänsterna och leverera information som bygger på bedömningen av verkningfullheten för att användas vid beslutsfattandet och utveckling av verksamheten.

6 kap. Finansiering

Finansiering av områdenas verksamhet

33 §. *Finansiering av social- och hälsovårdsområden.* I paragrafen föreskrivs det om hur finansieringen av social- och hälsovårdsområden ordnas. I den föreslagna modellen finansierar ett social- och hälsovårdsområde tillhandahållandet av social- och hälso-tjänsterna och kostnaderna för tillhandahållandet genom att samla in finansiering från kommunerna i området. I paragrafen fastställs på allmän nivå de omständigheter som beaktas när social- och hälsovårdsområdets årliga budget utarbetas och hur kostnaderna enligt den fördelas för att finansieras av samkommunens medlemskommuner.

Enligt 1 mom. deltar kommunerna i finansieringen av kostnaderna för social- och hälsovårdsområdet med en avgift som fastställs årligen i social- och hälsovårdsområdets budget. Social- och hälsovårdsområdets årliga kostnader grundar sig på dess uppgifter samt på de uppgifter som samkommunerna med produktionsansvar har och som baserar sig på lagstiftning och beslutet om att ordna social- och hälsovård. Behövliga kostnader som orsakas av verksamheten kan beaktas. Behövliga kostnader av detta slag är även kapitalkostnader. De kostnader för betydande investeringar som ingår i investeringsplanen i beslutet om att ordna social- och hälsovård beaktas dock särskilt i kommunernas finansieringsansvar på det sätt som föreskrivs i 2 mom.

Bestämmelser om det närmare fastställandet av kommunernas betalningsandelar finns i 2 mom. Enligt det deltar kommunerna i finansieringen av kostnaderna för social- och

hälsovårdsområdet med en avgift som bygger på kommunens invånarantal, och som har viktats enligt de grundpris för åldersklasser som används vid beräkningen av statsandelar för kommunernas basservice samt enligt sjukfrekvenskoefficienten. Bestämmelser om dessa finns i 6 och 7 § i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), sådana de lyder i en lag (676/2014) som träder i kraft den 1 januari 2015. Det ska vara obligatoriskt att beakta dessa två faktorer.

I paragrafen konstateras även att vid beräkningen av kommunernas betalningsandelar är andelen för invånarantalet 20 procent. Andelen för åldersstrukturen och sjukfrekvensen är på motsvarande sätt 80 procent. En kommuns betalningsandel beräknas enligt följande formel:

Kommunens (i) finansieringsandel = invånarantal (i) * grundavgift (viktningprocent 20 %) + avgiften som baserar sig på åldersstrukturen och sjukfrekvensen (i) (viktningprocent 80 %)

Grundavgift = social- och hälsovårdsområdets nettoutgifter / social- och hälsovårdsområdets invånarantal

Den på åldersstrukturen och sjukfrekvensen baserade avgiften för kommunen (i) = { [de kalkylerade kostnaderna inom social- och hälsovården enligt åldersstruktur (i) + de kalkylerade kostnaderna enligt sjukfrekvens (i)] / [de kalkylerade kostnaderna enligt åldersstrukturen för hela social- och hälsovårdsområdet + de kalkylerade kostnaderna inom social- och hälsovården enligt sjukfrekvensen för hela social- och hälsovårdsområdet] } * social- och hälsovårdsområdets nettoutgifter

Bestämmelser om de kalkylerade kostnaderna enligt åldersstruktur och sjukfrekvens finns i 6 och 7 § i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009).

De kalkylerade kostnaderna inom social- och hälsovården enligt åldersstruktur (i) =
 invånarantal (0–5 år)(i) * pris (0–5)+
 invånarantal (6 år)(i) * pris (6 år)+
 invånarantal (7–12)(i) * pris (7–12)+
 invånarantal (13–15)(i) * pris (13–15)+
 invånarantal (16–18)(i) * pris (16–18)+
 invånarantal (19–64)(i) * pris (19–64)+
 invånarantal (65–74)(i) * pris (65–74)+
 invånarantal (75–84)(i) * pris (75–84)+

invånarantal (85+)(i) * pris (85+)

Det åldersgruppbaseade priset innehåller endast priset som baserar sig på social- och hälsovårdens åldersgruppbaseade pris.

De kalkylerade kostnaderna enligt sjukfrekvens (i) =

sjukfrekvenskoefficient (i) * sjukfrekvensens pris * kommunens invånarantal (i)

Den kommunspecifika sjukfrekvenskoefficienten fastställs enligt den sjukfrekvenskoefficient som anges i 7 § i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009).

Finansieringen av betydande investeringar som ingår i investeringsplanen i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård samlas in även av kommunerna i social- och hälsovårdsområdet. Finansieringsansvaret för investeringarna fördelas mellan kommunerna i området i enlighet med de kalkylmässiga faktorer som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård. De kalkylmässiga faktorer som används i finansieringen av betydande investeringar behöver inte vara desamma som i finansieringen av andra kostnader. Finansieringen kan fastställas till exempel enbart i enlighet med kommunens invånarantal. Beslut om indelningen av finansieringen av en investering fattas även i planen för ordnandet av social- och hälsovården.

34 §. Finansieringen av en samkommun med produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet finansierar social- och hälso-tjänster som omfattas av deras organiseringsansvar med medel som insamlas av kommunerna i enlighet med 33 §. Största delen av de insamlade medlen allokeras till samkommunerna med produktionsansvar. I paragrafen föreskrivs om bestämningsprinciperna för dessa ersättningar.

Med stöd av 1 mom. täcks de kostnader som orsakas av produktionsansvaret genom ersättning som betalas av social- och hälsovårdsområdet. Utgångspunkten är således att de behövliga kostnader som orsakas av fullgörandet av den produktionsansvariga samkommunens lagstadgade och på planen för ordnandet av social- och hälsovården baserade uppgifter samt tillgodoseendet av kraven på service- och kvalitetsnivån och andra krav ska finansieras genom ersättning som betalas

av social- och hälsovårdsområdet. Grunderna för ersättningen ska fastställas i beslutet om att ordna social- och hälsovård. I grunderna för finansieringen ska behovet av de tjänster som samkommunerna med produktionsansvar ansvarar för beaktas. Behovet ska beaktas i enlighet med samkommunens invånarantal och de i 33 § 2 mom. avsedda kalkylerade behovskriterier som används vid fastställandet av basservicen. Finansieringen som betalas utifrån dessa kalkylerade behovskriterier som baserar sig på kapitation ska täcka minst 80 procent av kostnaderna som orsakas av den produktionsansvarigas verksamhet. Dessutom ska i finansieringen beaktas de krav på att tjänsteproduktionen ska vara verkningsfull och effektiv som anges i 12 § 2 mom. 13 punkten. Dessa krav på verkningsfullhet och effektivitet får utgöra högst 20 procent av finansieringen. Den andel som betalas på basis av kraven på verkningsfullhet och effektivitet ska i mån av möjlighet fastställas så att den vid tillhandahållandet av tjänster sporrar samkommunerna med produktionsansvar till verksamhet som är verkningsfull med tanke på välfärden och hälsan för invånarna i området.

I beslutet om att ordna social- och hälsovård anges i enlighet med vad som konstateras ovan de kriterier som iaktas i fråga om alla samkommuner med produktionsansvar. Eftersom förhållandena i social- och hälsovårdsområdet och de kostnadsfaktorer som de orsakar kan variera betydligt, måste man förutom de kriterier som nämns i beslutet också beakta regionala faktorer som inverkar på kostnaderna för tjänsteproduktionen.

Enligt 2 mom. ska social- och hälsovårdsområdet besluta om det närmare fastställandet av ersättningar som betalas till samkommunerna med produktionsansvar. Alla samkommuner med produktionsansvar ska höras om fastställandet av ersättningarna. Avsikten med hörandet är att utreda hur man i ersättningarna beaktar kostnaderna för tjänsteproduktionen och kraven på verkningsfullhet och effektivitet. Kostnaderna för tjänsteproduktionen kan påverkas av till exempel omständigheter som är oberoende av producenten. Ersättningarna ska fastställas så att de lagstadgade social- och hälsotjänsterna kan tillhandahållas i enlighet med de kriterier och

kvalitetskrav som ställts upp för tjänsterna i beslutet om att ordna social- och hälsovård utan att det uppstår ett underskott i en samkommun som fungerar effektivt.

35 §. Täckning av underskott. I paragrafen föreskrivs om skyldighet att täcka underskott i balansräkningen för ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar.

Enligt 65 § 3 mom. i den gällande kommunallagen ska kommunens ekonomiplan vara i balans eller visa överskott under en planperiod på högst fyra år om det inte beräknas uppkomma överskott i balansräkningen för det år budgeten görs upp. Detta krav på balans i ekonomiplanen och den därtill hörande skyldigheten att täcka underskott har inte kunnat förebygga kumulation av underskott i kommunernas balansräkningar. Det finns kommuner som årligen gör upp en balanseerad ekonomiplan för planperioden, men som inte når någon balans i verkligheten. Därför har finansministeriet arbetat med att bereda reglering som går ut på att underskott i balansräkningen måste täckas inom en viss tid. Täckningen av underskott kan inte längre skjutas framåt genom planer. Den nu föreslagna lagparagrafen är förenlig med dessa riktlinjer. Underskott ska täckas inom högst fyra år från ingången av det år som följer efter fastställandet av bokslutet, utan någon möjlighet att senarelägga täckning av underskottet i ekonomiplanen.

För tillfället rör skyldigheten att täcka underskott inte samkommuner. Eftersom skyldigheten att täcka underskott har gjort det möjligt för kommunerna att senarelägga täckningen av underskott, samt att underskott samlas i samkommunerna, har finansministeriet arbetat fram reglering som utvidgar skyldigheten att täcka underskott så att den också gäller samkommuner. Att i denna lag utvidga skyldigheten att täcka underskott till att också omfatta ekonomiplaneringen i social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar som bildar en samkommun är förenligt med den här riktlinjen.

36 §. Ansvar för att ersätta kostnaderna för vård och omvårdnad i vissa situationer. I paragrafen föreskrivs om situationer där en samkommun med produktionsansvar har ordnat vård och omvårdnad för en person

som inte är invånare i en medlemskommun i samkommunen.

Enligt 42 § i den gällande socialvårdslagen har en kommun rätt att få ersättning för anstaltsvård som kommunen har lämnat annan än egen invånare. Kravet på att få ersättning är att vården har varat i minst 14 dygn. Därtill krävs det enligt paragrafen att kommunen lämnar in ersättningsansökan hos förvaltningsdomstolen inom sex månader från att anstaltsvården börjat. Om ansökan inte lämnas in inom den utsatta tidsfristen, förlorar kommunen rätten till ersättning för den anstaltsvård som den gett före inlämnandet av ansökan och som den ersättningskyldiga kommunen skriftligen har vägrat ersätta. Detta förfarande anses vara för styvt. Därför motsvarar den föreslagna paragrafen den gällande hälso- och sjukvårdslagens 58 § som inte innehåller bestämmelser om att ett förvaltningsdomstolsförfarande är ett villkor för ersättningen.

I 1 mom. föreskrivs att när en person vårdas vid en sådan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som en annan samkommun än samkommunen enligt personens hemkommun är huvudman för, ska den samkommun som ansvarar för ordnandet av vård enligt personens hemkommun betala ersättning för vården, om inte något annat bestäms om ersättning av vårdkostnader någon annanstans i lag. Om ersättandet har bestämts något annat till exempel i 13 a § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården som går ut på att den kommun eller samkommun som svarar för ordnandet av vårdtjänsten (enligt den gällande formuleringen) har rätt att av Statskontoret eller den försäkringsanstalt som enligt de nämnda lagarna är skyldig att betala ersättning få en avgift enligt de villkor som föreskrivs i lagarna vilken högst motsvarar beloppet av kostnaderna för vårdtjänsten minskat med beloppet av den klientavgift som tagits ut hos klienten.

Enligt paragrafens 2 mom. baserar ersättningen sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten följer upp sin verksamhet. Från ersättningen avdras de klientavgifter som klienten eller patienten betalat för sin vård och övriga verksamhetsintäkter som tjänsteproducenten har fått i samband med vården. Kli-

entavgiften bestäms enligt den lagstiftning som gäller den och det beslut som området fattat om avgifterna. Bestämmelser om avgifterna för social- och hälsovårdstjänster finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992). Det är möjligt att det i landets olika delar används olika faktureringsförfaranden. Detta kan orsaka oklarheter när det gäller faktureringsgrunderna. Det finns inte några nationellt överenskomna ersättningsgrunder eller faktureringsförfaranden. Därför får närmare bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om faktureringsförfarandet vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Statens utbildningsersättningar

37 §. Utbildningsersättning till universitetssjukhus. Den föreslagna bestämmelsen följer den bestämmelse som nu ingår i 59 § i hälso- och sjukvårdslagen.

I 1 mom. föreskrivs om de huvudsakliga principerna för ersättningar till universitetssjukhus för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialiseringsutbildningen baserar sig på antalet examina och på den ersättning som bestämts för examen.

I 2 mom. finns bestämmelser om ersättningar för vissa utbildningsprogram för specialistläkare. Utbildningsersättning som baserar sig på antalet examina betalas dock inte för specialistläkarexamen om dessa läkare i huvudsak utbildas någon annanstans än vid universitetssjukhus. Examina ska definieras genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på samma sätt som nu. Sådana examina är till exempel specialistläkar- och specialisttandläkarexamen inom hälso- och sjukvård eller specialistläkarexamen inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning emellertid ges vid ett universitetssjukhus, betalas huvudmannen för sjukhuset ersättning enligt antalet realiserade utbildningsmånader.

I fortsättningen ska det göras en utredning av införandet av utbildningsersättningar även för kostnaderna för universitets- och specialiseringsutbildningen inom socialvården och socialt arbete. Ytterligare ska det göras en utredning av ersättningar för kostnader som orsakas av utbildning av andra än ovan nämnda legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

38 §. Utbildningsersättning till universitet. Sedan 1986 har specialistläkarutbildningen och sedan 1984 specialisttandläkarutbildningen vid universitet varit utbildning som leder till examen. I statsrådets förordning om specialistläkarexamen och specialisttandläkarexamen (420/2012) finns bestämmelser om specialistläkarexamen och specialisttandläkarexamen som avläggs vid universitet enligt universitetslagen (558/2009) och som hör till universitetens fortsatta yrkesexamina. Bestämmelser om närmare fördelning av utbildningsansvaret mellan universiteten, om utbildningsprogrammen och om vilka utbildningsprogram vart och ett universitet ordnar utfärdas genom förordning av undervisningsministeriet på universitetets förslag.

Avsikten är att styrningen av specialistläkarutbildningen och specialisttandläkarutbildningen ska överföras till social- och hälsovårdsministeriet som svarar för hela social- och hälsovårdssystemet. När statsrådet den 15 december 2011 godkände utvecklingsplanen för utbildning och forskning 2011–2016 beslutade statsrådet att styrningen av specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen ska övergå från undervisnings- och kulturministeriet till social- och hälsovårdsministeriet. Vidare beslutade statsrådet göra finansieringen av utbildningen klarare i samband med reformen av finansieringen av statens ersättningar för utbildning av läkare och tandläkare för att social- och hälsovårdsministeriet ska få bättre möjligheter att styra specialiseringsutbildningen och dess dimensionering.

Överföringen av styrningen av specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen har beretts i en arbetsgrupp tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet. Enligt arbetsgruppens förslag ska specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre vara utbildning som leder till examen. I fortsättningen ska

bestämmelser om specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen utfärdas genom lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdsministeriets förordning som utfärdas med stöd av ovan nämnda lag. När specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre ska leda till examen, är dessa utbildningar i fortsättningen fortsatt yrkesutbildning efter universitetsexamina. Om specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen ska föreskrivas närmare genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på samma sätt som i den gällande förordningen av statsrådet. Universiteten ska svara för utbildningens innehåll och dess utveckling även i framtiden. Dessa förändringar ska genomföras genom ett separat lagstiftningsprojekt så att de börjar gälla vid ingången av 2015.

När det gäller att säkra specialistläkarutbildningens kvalitet, ska universitetens ställning under alla omständigheter stärkas också med finansieringsstyrning. Att specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen inte längre leder till examen innebär att undervisnings- och kulturministeriet inte längre anvisar medel till universiteten för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen. Undervisnings- och kulturministeriet har inte heller tidigare separat finansierat specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning utan medlen har ingått i universitetets basfinansiering. Universiteten har också i fortsättningen rättslig skyldighet att ordna specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning. Därför föreslås det att universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av att universiteten ordnar och koordinerar specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning.

39 §. Utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. I paragrafen ingår bestämmelser om ersättning av utbildningskostnaderna till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus. Bestämmelsen är förenlig med 60 § i den gällande hälso- och sjukvårdslagen.

I 1 mom. föreskrivs om ersättning av kostnaderna för grundutbildning för läkare och tandläkare, i 2 mom. för specialiseringsut-

bildning och i 3 mom. för särskild allmänläkarutbildning, praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare och fördjupad praktik i grundutbildningen för tandläkare samt kostnaderna för tjänstgöring som i vissa fall krävs av personer som avlagt grundexamen utomlands.

Huvudmannen för universitetssjukhuset betalar i 1 mom. avsedd ersättning för grundutbildning för läkare eller tandläkare till den berörda offentliga tjänsteproducenten eller någon annan tjänsteproducent som anges genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, och som är huvudman för den enhet inom hälso- och sjukvården där utbildningen har ordnats. Social- och hälsovårdsområdet och den tjänsteproducent som tillhandahåller utbildningen ingår ett avtal om ordnande av utbildningen och ersättningsbeloppet.

Enligt 2 mom. betalar man ersättning av statsmedel för kostnaderna för den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen endast till den del som utbildningen uppfyller de kvalitativa kriterierna enligt momentet. När det gäller utbildning vid hälsovårdscentralen ska man se till att läkaren eller tandläkaren får tillräckliga kunskaper om hälsovårdscentralens, hälso- och sjukvårdens samt social- och hälsovårdens olika verksamhetsområden och samarbete. För den som fullgör utbildning vid en hälsovårdscentral ska det utses en handledare som står i anställningsförhållande till en kommun eller en samkommun. Vidare ska primärvårdens verksamhetsenhet utföra styrning i enlighet med planen för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om andra serviceproducenter än kommunala producenter som avses i 1 och 2 mom. och som kan få utbildningsersättning. Bland dessa enheter som bestäms genom förordning finns de verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som bedrivit långvarig, etablerad och högkvalitativ hälsovetenskaplig forskning och som är lämpliga för långsiktig utbildning och som universiteten sedvanligt har anlitat vid läkarutbildningen.

Dessa verksamhetsenheter får en betydlig andel av inkomsterna från de tjänster som kommuner och samkommuner köper av dem. Verksamheten är av landsomfattande betydelse med tanke på systemet med hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt den gällande förordningen av social- och hälsovårdsministeriet om serviceproducenter som är berättigade till ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning samt finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (1125/2013) är Fimlab Laboratoriot Oy, Kottby Rehabiliteringscenter, för vilket Invalidförbundet rf är huvudman, Sairaala Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, för vilket Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiö är huvudman, FRK Blodtjänst, för vilken Finlands Röda Kors är huvudman, TAYS Sydänkeskus Oy, samt Tekonivelsairaala Coxa Oy serviceproducenter som är berättigade till ersättning.

Ersättningen i 3 mom. baserar sig på antalet personer som utbildas och antalet utbildningsmånader. I 13 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) finns bestämmelser om förutsättningarna för en tredjelandsmedborgare som har genomgått sin utbildning i en stat utanför EU eller EES att arbeta som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om den kompetens och de språkkunskaper som krävs av dessa personer finns i 14 § i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994). Enligt denna paragraf kräver man av den som är medborgare i en stat utanför EES och som i utlandet har genomgått utbildning enligt 4 § eller 5 § 1 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att personen, för att få tillstånd att utföra uppgifter enligt nämnda paragrafer eller för att få rätt att utöva yrke som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, har fullgjort den tjänstgöring som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) eventuellt har förordnat samt genomgått tilläggsutbildning och förhör för konstaterande av yrkesskickligheten så att personens kompetens motsvarar den kompetens som man får när man genomgår motsvarande utbildning i Finland och att personen visat sig ha tillräckliga språkkunskaper. I

praktiken har Valvira krävt en sex månader lång praktisk tjänstgöring. Tjänstgöringstiden är dock inte bunden till tiden för tilläggsutbildningen inom primärvården. Om Valvira förutsätter längre tjänstgöring är det ändamålsenligt att ersättning betalas för hela tjänstgöringstiden. Ofta är det svårt för medborgare i stater utanför EES att hitta tjänstgöringsplatser som krävs för att de ska få tillstånd eller rätt att utöva yrke. Att staten betalar ersättning för tjänstgöringstiden hjälper att hitta tjänstgöringsplatser.

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ändrades vid ingången av maj 2011 så att förfarandet med dubbellegitimering för läkare och tandläkare slopades. Systemet förenklades på det sättet att läkare och tandläkare legitimeras efter att de genomgått läkar- och tandläkarutbildning, och detta ger dem rätt att självständigt utöva yrket som legitimerade läkare och tandläkare.

Samtidigt slopades också kravet på läkarnas tilläggsutbildning inom primärvården som varit ett av villkoren för legitimeringen. Motsvarande utbildning ordnas i form av särskild allmänläkarutbildning. Genomförd allmänläkarutbildning är ett villkor för att få rätt att arbeta inom sjukförsäkringssystemet i övriga EU-länder. Till innehållet följer den särskilda allmänläkarutbildningen den tidigare tilläggsutbildningen inom primärvården. Staten betalar ersättning för utbildningskostnaderna enligt antalet utbildningsmånader.

Den praktiska tjänstgöringen som varit ett av villkoren för legitimeringen av tandläkare ändrades till praktisk tjänstgöring som ingår i grundutbildningen för tandläkare och för vilken staten betalar utbildningsersättning. När ändringen träder i kraft får en person som studerar för att avlägga medicine licentiatexamen och som inte har inlett praktisk tjänstgöring som ingår i examen fortsätta studierna enligt de nya eller gamla bestämmelserna. På grund av övergångsbestämmelserna är det möjligt att studera enligt de gamla bestämmelserna fram till slutet av 2020. Staten betalar utbildningsersättning för studerande som studerar såväl enligt de nya som gamla bestämmelserna.

Statens utbildningsersättning kan också betalas till hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland. Till övriga delar tillämpas

lagen om ordnandet av social- och hälsovården inte i landskapet Åland på grund av självstyrelselagen för Åland (1144/1991). Offentliga serviceproducenter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland ska dock också betalas statens utbildningsersättning för utbildningen för läkare och tandläkare på samma sätt som tidigare.

Statens ersättning för forskningsverksamhet

40 §. *Regionala forskningskommittéer för hälso- och sjukvården.* Enligt förslaget ska ett social- och hälsovårdsområde för en fyraårsperiod tillsätta en forskningskommitté för hälso- och sjukvården, samt eventuella sektioner. Forskningskommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Social- och hälsovårdsområdets forskningskommitté beslutar utifrån de ansökningar som gjorts hur forskningsmedlen fördelas inom dess område på forskningsprojekt.

41 §. *Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.* Enligt 1 mom. fastställer social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med forskningskommittéerna i 40 § insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i sänder. När forskningsverksamheten och insatsområdena bereds ska man beakta social- och hälsovårdsområdenas olika prioriteringar när det gäller forskning. Forskning är ett långsiktigt arbete, vilket ska beaktas när man ser över insatsområdena och målsättningarna med fyra års mellanrum.

Enligt 2 mom. beviljas för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå statlig finansiering enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i sänder. Ministeriets beslut baserar sig på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden. Finansieringen ska tilldelas social- och hälsovårdsområdenas forskningskommittéer. Eftersom anslaget för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå fastställs årligen i statsbudgeten, går det inte att bestämma hur forskningsmedlen i

euro fördelas för fyra år framåt. Ministeriet beslutar hur forskningsfinansieringen ska tilldelas social- och hälsovårdsområdena som procentandelar av det anslag som står till förfogande respektive år. Om indelningen i social- och hälsovårdsområden ändras under fyraårsperioden, ska den ändrade områdesindelningen beaktas på motsvarande sätt i ministeriets beslut om tilldelning av forskningsfinansiering. En motsvarande bestämmelse som togs in i hälso- och sjukvårdslagen börjar gälla från ingången av 2014.

De regionala forskningskommittéerna ska enligt 3 mom. på ansökan besluta om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. En samkommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, ett statligt sinnessjukhus eller en tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning. En enskild forskare eller forskningsgrupp kan inte ansöka om finansiering, utan sökanden ska vara en organisation inom den offentliga sektorn eller en genom förordning bestämd serviceproducent till vilken åtminstone en av medlemmarna i forskningsgruppen står i ett arbets- eller tjänsteförhållande.

Bestämmelser om andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som får söka finansiering är planerade att utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet enligt samma principer som i dag. De enheter som kan komma i fråga är verksamhetsenheter som bedrivit långvarig, etablerad och högkvalitativ hälsovetenskaplig forskning och som är lämpliga för långsiktig utbildning och som universiteten sedvanligt har anlitat vid läkarutbildningen. Dessa verksamhetsenheter får en betydlig andel av inkomsterna från de tjänster som kommuner och samkommuner köper av dem. Verksamheten är av landsomfattande betydelse med tanke på systemet med hälso- och sjukvårdstjänster. Bestämmelser om tjänsteproducenter som är berättigade till ersättning för kostnaderna för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning 1125/2013.

Avsikten är att man i fortsättningen utreder möjligheterna att finansiera socialvårds-

forskning på universitetsnivå på samma sätt som hälsovetenskaplig forskning.

42 §. Nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen. I paragrafen föreskrivs om en utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen. Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå en nationell utvärderingsgrupp som består av experter. För att säkerställa utvärderingsgruppens objektivitet får gruppen också ha utländska medlemmar.

Utvärderingsgruppen ska ha till uppgift att bedöma social- och hälsovårdsområdenas forskning under den föregående fyraårsperioden. Man ska särskilt bedöma utfallet av de fastställda insatsområdena och målsättningarna för forskningen i social- och hälsovårdsområdet samt forskningens kvalitet, omfattning och genomslag. Till hjälp vid utvärderingen kan användas till exempel antalet publiceringspoäng. För att säkerställa utvärderingsgruppens objektivitet får gruppen också ha utländska medlemmar. Utvärderingsgruppen ska lägga fram förslag om hur forskningsfinansieringen ska fördelas mellan social- och hälsovårdsområdena under den följande fyraårsperioden som grund för ministeriets beslutsfattande.

Utvärderingsgruppen ska inleda arbetet vid ingången av det sista året av fyraårsperioden då gruppen kan analysera forskningen under de föregående åren. Avsikten är att utvärderingsgruppen blir färdig med arbetet under hösten det sista året av fyraårsperioden då ministeriet kan fatta beslut om fördelningen av finansieringen genast vid ingången av den följande fyraårsperioden.

Bestämmelsen är förenlig med 62 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Ersättningsförfarande

43 §. Utbetalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering. Den föreslagna paragrafen är förenlig med 63 § i hälso- och sjukvårdslagen. I 1 mom. ingår bestämmelser om utbetalning av utbildningsersättning. Enligt förslaget betalas statens utbildningsersättning ut av regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland.

Utbildningsersättning utifrån antalet examina och antalet studerande som inlett sina studier betalas utan separat ansökan till huvudmannen för ett universitetssjukhus och till universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut. Ersättning utifrån antalet realiserade utbildningsmånader betalas ut halvårsvis på ansökan. På Åland betalas utbildningsersättningen ut av statens ämbetsverk på Åland, som är statens allmänna förvaltningsmyndighet i landskapet.

I 2 mom. föreskrivs om de tidsfrister som gäller för inlämning av ansökan om utbildningsersättning och den tid som regionförvaltningsverket får använda för behandling av ansökningarna.

Regionförvaltningsverket betalar enligt 3 mom. varje månad forskningsfinansiering till social- och hälsovårdsområdets forskningskommitté, som betalar finansieringen vidare på grundval av ansökningarna till dem som genomför projekten.

I 4 mom. konstateras att i övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning och övrigt förfarande samt ändringssökande i tillämpliga delar statsunderstödslagens bestämmelser. Det är fråga om statsunderstödslagens 20 § 1 mom. om återbetalning av statsunderstöd, 21 § om återkrav av statsunderstöd, 24 och 25 § om ränta och dröjsmålsränta, 26 § om jämknings, 28 § om tiden för återkrav, 29 § 2 mom. om preskription, 30 § om kvittning och 34 § om begäran om omprövning och ändringssökande.

44 §. Skyldighet att lämna uppgifter. Varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning ska kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina samt antalet avlagda specialistläkar- och specialisttandläkarexamina. Antalet studerande som inlett studier bygger på Utbildningsstyrelsens statistik på webbplatsen www.koulutusnetti.fi.

Huvudmannen för ett universitetssjukhus och universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning ska enligt 2 mom. för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för hur utbildningsersättningen har använts. Bestämmelsen är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens 64 §.

Med stöd av 3 mom. ska social- och hälsovårdsområdets forskningskommitté varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för de forskningsprojekt och insatsområden som har anvisats forskningsfinansiering. Besluten om forskningsfinansiering ska meddelas årligen till social- och hälsovårdsministeriet så att ministeriet har tillgång till informationen om användningen av medlen trots att utvärderingen av forskningen sker med fyra års mellanrum.

45 §. Användning av lokaler som hör till en samkommun i utbildnings- och forskningssyfte. I paragrafen föreskrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens 65 § om användningen av hälso- och sjukvårdens lokaler för utbildning och forskning. I 1 och 2 mom. föreskrivs om rätt för universitet och andra anordnare av social- och hälsovårdsutbildning att använda sjukhus och andra verksamhetsenheter som en samkommun med produktionsansvar har för utbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och för hälsovetenskaplig forskning. Med andra anordnare av social- och hälsovårdsutbildning avses yrkeshögskolor och yrkesläroanstalter som ger utbildning inom hälso- och sjukvården. Utbildningsanordnaren och samkommunen i fråga avtalar om användningen av lokaler för utbildning och forskning.

Enligt 3 mom. har ett universitet under den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen rätt att använda lokaler vid verksamhetsenheter inom primärvården enligt det som avtalas mellan samkommunen och universitetet.

Enligt 4 mom. ska samkommunen med produktionsansvar se till att universitet eller en annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokaler med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för studerandena som måste finnas vid social- och hälsovårdsområdets verksamhetsenheter. Om verksamheten också kan ordnas någon annanstans utan svårighet, är det inte frågan om en sådan nödvändighet som bestämmelsen avser. De maskiner, anläggningar och rum som avses i be-

stämelsen hör nära samman med sjukhusets eller verksamhetsenhetens verksamhet, och att ordna utbildningen och forskningen på något annat ställe är inte ändamålsenligt.

Enligt 5 mom. ska yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är anställda hos samkommunen med produktionsansvar vara skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården på det sätt som avtalas mellan samkommunen och universitetet eller en annan utbildningsanordnare.

46 §. Bemyndigande att utfärda förordning. Bestämmelser om storleken på ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning samt om förfarandena vid utbetalning av ersättningarna utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Enligt 1 mom. bestäms de ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning enligt ersättningen för examen och ersättningen för utbildningsmånaden. Beloppet av examensersättningar och ersättningar för utbildningsmånad fastställs årligen genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Ersättningens storlek kan variera enligt det årliga anslaget och antalet examen och utbildningsmånader.

Enligt 2 mom. utfärdas bestämmelser om insatsområdena och målen för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelning av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen samt om tillsättandet av en nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgifter genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Den gällande förordningen av social- och hälsovårdsministeriet om finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå (718/2013) är utfärdad i oktober 2013.

Enligt 3 mom. utfärdas bestämmelser om de serviceproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Om detta föreskrivs nu i social- och hälsovårdsministeriets förordning 1364/2011.

Den föreslagna bestämmelsen är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens 66 §.

7 kap. Myndighetstillsyn

Kapitlet innehåller bestämmelser om de statliga myndigheternas tillsyn över verksamheten i områdena och den därtill hörande styrningen. Syftet med bestämmelserna är att säkerställa att den kommunala social- och hälsovårdsverksamheten är lagenlig och högklassig, i första hand genom planering och uppföljning som riktas mot den egna verksamheten i social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar. Detta stötts av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens (Valvira) och regionförvaltningsverkens styrning och tillsyn som bygger på bland annat tillsynsprogrammen och informationen om dem.

47 §. Tillsyn och styrning i anslutning till tillsynen. I den föreslagna paragrafen fastställs den kommunala social- och hälsovårdens tillsynsmyndigheter och arbetsfördelningen mellan dem. En väsentlig del av tillsynen är styrning som dels siktar till att förebygga förhållanden och system som riskerar klient- och patientsäkerheten samt kränker klientens och patientens rättigheter, dels till att avhjälpa brister och andra missförhållanden i verksamheten.

Regionförvaltningsverken svarar med stöd av 1 mom. i första hand för tillsynen över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten i social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar och tillsynen över lagenligheten i de tjänster som dessa ordnar och producerar och styrningen i anslutning till tillsynen. Ett nytt tillsynsobjekt är enligt bestämmelsen tillsynen över lagenligheten i servicestrukturen.

Valvira har igen till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet och för enhetligandet av avgörandepraxis samt att i anslutning till tillsynen behandla särskilt bestämda tillsynsärenden enligt 2 mom. Valvira åläggs i enlighet med den gällande lagstiftningen sådana ärenden av riksomfattande betydelse där det är viktigt att få till stånd en enhetlig linje i hela landet. Det kan till exempel vara fråga om tolkning av ny lagstiftning och situationer där det av någon annan

anledning inte finns någon etablerad myndighetspraxis, samt att bedöma om sådan verksamhet sköts på behörigt sätt beträffande vilken det inte finns några bestämmelser eller riksomfattande rekommendationer. Principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden kan också vara till exempel betydande ändringar i ordnandet av social- och hälsovårdens tjänster. I oklara situationer kan Valvira efter att ha hört regionförvaltningsverket avgöra om ett enskilt ärende är principiellt så viktigt eller vittsyftande att det ska behandlas av Valvira.

Till Valvira ska också höra ärenden som gäller verksamhetsområdet för flera regionförvaltningsverk. Då undviker man situationer där det uppstår ovisshet om vilket regionförvaltningsverk som har behörighet att behandla ärendet. Valvira ska också behandla ärenden vars opartiska behandling vid regionförvaltningsverket uppenbart kan äventyras på grund av att regionförvaltningsverket är eller har varit part i ärendet. Det är i detta fall inte nödvändigt att den opartiska behandlingen äventyras med säkerhet, utan motiverad misstanke om opartiskhet är en tillräcklig grund för att Valvira behandlar ärendet.

Utöver dessa hör det till Valviras behörighet att behandla ärenden som väsentligen har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid verket och som gäller socialvården eller hälso- och sjukvården eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen ger möjlighet att behandla dessa ärenden som en helhet.

I 3 mom. konstateras det att tillsynsbestämmelserna i 7 kap. även gäller social- och hälsovård som tillhandahållits i kommunerna och andra samkommuner samt social- och hälso-tjänster. Enligt 8 § ska kommunen främja välfärd och hälsa. Kommuner kan även komma överens om att produktionsansvaret ska fullgöras genom modellen med en ansvarig kommun. Dessutom kan kommunerna inrätta frivilliga samkommuner som ansvarar för verksamhet i anslutning till social- och hälsovården. Med stöd av vad som anförs ovan föreslås det att det till lagen för tydlighetens skull fogas en bestämmelse enligt vilken regionförvaltningsverken och Valvira även ska ansvarar för myndighetstillsynen över social- och hälsovård samt social-

och hälso-tjänster som tillhandahålls i kommunerna och andra samkommuner.

Enligt 4 mom. utfärdas bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen vid behov genom förordning av statsrådet. Att utfärda en förordning har varit möjligt redan tidigare med stöd av de gällande bestämmelserna, men tills vidare har det inte uppstått behov av en sådan förordning.

48 §. Styrnings- och utvärderingsbesök. Utöver att tillsynsmyndigheterna har gjort inspektionsbesök i kommuner och samkommuner i samband med tillsynen har de också gjort besök som inte har gällt att utreda konstaterade eller misstänkta missförhållanden. Dessa styrnings- och utvärderingsbesök har kunnat bygga på till exempel ett resultatavtal mellan social- och hälsovårdsministeriet och tillsynsmyndigheten. Om besöken har man avtalat på förhand med kommunen eller samkommunen.

Styrnings- och utvärderingsbesöken har visat sig vara nyttiga för såväl kommunerna som tillsynsmyndigheterna. Besöken har också bidragit till genomförandet av tillsynsprogrammen samt i flera fall till utbildning och styrning när ny lagstiftning har trätt i kraft. I den lag som nu stiftas föreslås bestämmelser om styrnings- och utvärderingsbesök. Bestämmelserna klargör syftet med de besök som tillsynsmyndigheterna av olika orsaker gör hos den som ska övervakas. Till styrningsbesöken som avses i paragrafen hör inte några efterkontroller såsom till de inspektioner och liknande besök som görs i tillsynssyfte.

Med stöd av det föreslagna 1 mom. kan regionförvaltningsverken och Valvira företa styrnings- och utvärderingsbesök inom social- och hälsovårdsområden samt samkommuner med produktionsansvar. Besöken hör samman med verksamhetens styrning, utvärdering och uppföljning. Avsikten är bland annat att ge områdenas förtroendepersoner, ledning och personal orientering om tillsynsprogrammen, lagstiftningen och andra aktuella frågor inom social- och hälsovården. Till besöken hör vanligen också utbyte av information. I samband med besöken får tillsynsmyndigheterna information om besöksobjek-

tets verksamhet, sätten att ordna tjänsterna och om de lokala förhållandena.

Enligt 2 mom. ska styrningsbesöken och programmet för dem alltid avtals på förhand med respektive social- och hälsovårdsområde samt samkommun med produktionsansvar. Styrnings- och utvärderingsbesöken kräver alltid enligt detta att tidpunkten för besöket är lämplig för den kommun eller samkommun som ska besökas. Besöksobjektet har också möjlighet att meddela att det anser att tillsynsmyndighetens planerade besök inte är nödvändigt.

49 §. Inspektionsrätt. I paragrafen föreskrivs om inspektion av verksamhet och tjänster inom social- och hälsovården samt de enheter och andra lokaler som används för dem. Sakinnehållet i bestämmelserna är förenligt med de bestämmelser som nu finns bland annat i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen.

Enligt 1 mom. kan Valvira och regionförvaltningsverket inspektera verksamhet och tjänster in ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar samt de verksamhetsenheter och lokaler som används för att ordna och producera dem när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. En grundad anledning till en inspektion kan vara till exempel en klagomålsskrift eller eventuella påstådda eller misstänkta missförhållanden som förts fram i media. Eftersom Valvira har begränsade möjligheter att förrätta inspektioner, föreslås det att i paragrafen föreskrivs också att Valvira kan ålägga regionförvaltningsverket att på dess vägnar förrätta inspektionen. Även då ska det finnas en grundad anledning till inspektionen.

När en tillsynsmyndighet konstaterar att det är nödvändigt att förrätta en inspektion ska ett inspektionsföreläggande utarbetas om ärendet. I den antecknas bland annat objektet som ska inspekteras, orsakerna till inspektionen, omständigheter som ska beaktas särskilt vid inspektionen samt eventuellt myndigheten som förrättar inspektionen. Tjänstemannen som förrättar inspektionen ska när inspektionen inleds förevisa inspektionsföreläggandet för inspektionsobjektet. Inspektionsföreläggandet är inte ett beslut genom vilket ett avgörande i tillsynsärendet fattas,

utan en åtgärd i anslutning till utredningen av ärendet. Därför får besvär inte anföras om inspektionsföreläggandet.

Inspektionen ska också få förrättas utan någon förhandsanmälan. Enligt 39 § 1 mom. i förvaltningslagen ska en myndighet underätta en part som direkt berörs av ärendet om tidpunkten då en inspektion som faller under myndighetens behörighet inleds, såvida syftet med inspektionen inte äventyras av en sådan underrättelse. Inspektionerna enligt den föreslagna paragrafen är ofta av sådan karaktär att en förhandsanmälan kan äventyra syftet med inspektionen. Därför föreslås det att i 1 mom. anges uttryckligen att inspektioner får förrättas utan förhandsanmälan.

I 2 mom. ingår närmare bestämmelser om förrättandet av inspektioner. Bestämmelsen går ut på att en inspektör ska ges tillträde till det inspekterade verksamhetsställets alla lokaler samt tillgång till alla uppgifter och dokument som är nödvändiga för inspektionen. Rätten att få uppgifter och dokument ska vara möjlig trots sekretessbestämmelserna. Den föreslagna bestämmelsen behövs för att inspektören vid behov kan granska till exempel patient- och klientdokument under inspektionen. Det kan också vara nödvändigt att inspektören tar fotografier som hjälper att utreda och bedöma verksamhetens ändamålsenlighet även efter inspektionen, till exempel när det gäller hygien eller hantering av läkemedel i enheten.

Vid tillsynen över social- och hälsovården kan man bli tvungen att inspektera även lokaler som är avsedda för permanent boende, såsom boendeserviceenheter och åldringshem. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Hemfriden som tryggas i 10 § i grundlagen ingriper i princip alla slags utrymmen som används för permanent boende. Det är möjligt att förrätta en inspektion i en lokal som används för permanent boende endast om det är nödvändigt för att trygga klientens eller patientens ställning och ändamålsenliga tjänster. Det har inte ansetts att den egentliga kärnan för hemfriden riskeras då det föreskrivs att behörigheten att förrätta inspektioner ska omfatta lo-

kaler där det utövas yrkesverksamhet (GrUU 21/2010 rd).

I vissa fall kan det också vara nödvändigt att Valvira eller regionförvaltningsverkets tjänsteman som förrättar inspektionen biträds av en utomstående expert eller utomstående experter till exempel i situationer där inspektionen av enheten förutsätter kunskaper om ett visst specialområde. I paragrafen föreslås därför en bestämmelse som klargör möjligheten att anlita experter. På experter som deltar i inspektionen ska bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar tillämpas.

Dessutom ska det i bestämmelsen för tydlighetens skull finnas ett omnämnande av att polisen vid behov ska ge regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården handräckning för utförande av inspektion. Bestämmelser om den handräckning som polisen ska ge andra myndigheter finns i 9 kap. 1 § i polislagen (872/2011). Polisen ska på begäran ge andra myndigheter handräckning, om så föreskrivs särskilt. Bestämmelsen motsvarar det gällande 42 § 3 mom. i folkhälsolagen, 51 § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård och 55 § 3 mom. i socialvårdslagen.

I det föreslagna 3 mom. finns en hänvisning till förvaltningslagens 39 § där det finns allmänna bestämmelser om inspektion. Enligt den ska det bland annat föras protokoll över inspektionen och den berörda partens rätt att närvara vid inspektionen.

50 §. Förelägganden och tvångsmedel. I paragrafen föreskrivs om de åtgärder som regionförvaltningsverket och Valvira kan vidta när brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller produktionen av social- eller hälsovården eller om verksamheten i övrigt strider mot lagen. Bestämmelserna motsvarar bland annat de bestämmelser som för närvarande finns i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen.

Valvira och regionförvaltningsverket kan enligt 1 mom. meddela ett föreläggande om hur brister eller missförhållanden ska avhjälpas. Samtidigt ska man ge en rimlig tid för vidtagandet av åtgärder. Föreläggandet kan till exempel gälla avhjälpandet av felaktigheter eller brister som har upptäckts i verksam-

heten och verksamhetsprinciperna och till exempel förnyelse av handlingsätt liksom även avhjälpandet av brister i verksamhetslokalerna. Om det bedöms att den upptäckta bristen eller det upptäckta missförhållandet kan äventyra klient- eller patientsäkerheten, kan det bestämmas att verksamheten ska avbrytas omedelbart. På samma sätt kunde man med omedelbar effekt förbjuda användningen av en enhet inom social- och hälsovården, en del av den eller en anordning för att säkerställa klient- och patientsäkerheten.

Eftersom ordnande och produktion av social- och hälsovård är lagstadgade uppgifter, undanröjer inte Valvira eller regionförvaltningsverkets föreläggande om att bristen eller missförhållandet ska avhjälpas eller verksamheten avbrytas samkommunens ansvar för att ovannämnda tjänster inom social- och hälsovården ordnas och produceras på behörigt sätt. Valvira och regionförvaltningsverket kan med stöd av 2 mom. förplikta ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar att iaktta meddelade förbud eller förelägganden vid vite. Alternativa åtgärder till vite är avbrytande av verksamheten eller användningsförbud.

Ifall Valvira eller regionförvaltningsverket på basis av klient- eller patientsäkerheten fattar ett beslut om avbrytande av verksamheten eller användningsförbud som avses i paragrafen, ska ett dylikt förbud enligt det föreslagna 3 mom. iakttagas trots att ändring har sökts. Detta eftersom det annars är möjligt att klient- eller patientsäkerheten alltjämt äventyras under behandlingen av ärendet. Besvärsmyndigheten kan dock bestämma att verkställandet av tillsynsmyndighetens beslut avbryts.

Enligt läkemedelslagen (395/1987) ansvarar Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) ensamt för tillsynen enligt läkemedelslagen. För tydlighetens skull konstateras det i 4 mom. att Valvira och regionförvaltningsverkets i paragrafen avsedda möjlighet att meddela ett föreläggande eller förelägga vite eller förpliktelse inte enligt nämnda lag gäller sådana uppgifter som Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet har ensamrätt att övervaka. I samband med tillsyn som utövas av Valvira eller regionförvaltningsverket kan

det dock uppstå problem eller missförhållanden i anknytning till läkemedelsförsörjningen. Med tanke på deras ändamålsenliga utredande förutsätter bestämmelserna att Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet underrättas om dessa. Därutöver ska Strålsäkerhetscentralen på motsvarande sätt underrättas om brister och missförhållanden som gäller användning av strålning.

51 §. Administrativ styrning samt uppmaning. I paragrafen förskrivs om tillsynsmyndigheternas åtgärder som är lindrigare än de som avses i 50 §, det vill säga om Valvira och regionförvaltningsverkets möjlighet att ge tillsynsobjekten så kallad administrativ styrning eller en uppmaning då det har upptäckts en brist, felaktighet, försummelse eller något annat missförhållande vid ordnandet eller produktionen av social- eller hälsovården, men då denna inte anses ge anledning till åtgärder enligt 50 §.

Enligt 1 mom. är medlen för administrativ styrning delgivande av uppfattning om det förfarande som lagen kräver, uppmärksamgörande på de krav som en god förvaltning ställer och givande av anmärkning. Delgivande av uppfattning och uppmärksamgörande är till sin natur lindrigare medel än givandet av en anmärkning. Givandet av en anmärkning ska vara möjligt bara om lindrigare styrmedel med hänsyn till de omständigheter som inverkar på helhetsbedömningen av ärendet inte kan betraktas som tillräckliga. Syftet med delgivandet av uppfattning och uppmärksamgörandet är att styra den övervakade att agera på det sätt som lagen förutsätter och att i sin framtida verksamhet ta hänsyn till kraven på en god förvaltning. Även en anmärkning ska ges med tanke på framtiden, och syftet med den är att på ett mer klandrande sätt än uppmärksamgörande styra den som agerat mot lagen på så sätt att de upptäckta felaktigheterna inte upprepas. I fråga om uppmärksamgörande och anmärkning motsvarar bestämmelserna de nuvarande bestämmelserna i till exempel folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och socialvårdslagen. Det har ansetts vara motiverat att i paragrafen även införa bestämmelser om delgivande av uppfattning i enlighet med vad som föreskrivs i förvaltningslagen (434/2003).

I 1 mom. ska även ingå bestämmelser om möjligheten att uppmana den övervakade att avhjälpa den brist eller ett annat missförhållande som har upptäckts. I social- och hälsovårdslagstiftningen har det inte tidigare funnits bestämmelser om givandet av uppmaning utan dess användning har baserat sig på vedertagen praxis. En uppmaning är till sin natur en rekommendation som inte är förpliktande.

52 §. Behandling av ett tillsynsärende. I paragrafen föreslås bestämmelser om tillsynsmyndighetens prövningsrätt vid behandlingen av tillsynsärenden och om preskriptionen av tillsynsärenden.

Enligt 1 mom. ska tillsynsmyndigheterna på basis av ett tillsynsärende som kommit till deras kännedom vidta de åtgärder som de anser vara befogade med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen. Till exempel ärenden som har blivit anhängiga på basis av anmälningar till tillsynsmyndigheter avviker i praktiken märkbart från varandra med tanke på sitt allvar och sin övriga betydelse. Det är meningen att Valvira och regionförvaltningsverket från fall till fall ska bedöma hurdana åtgärder varje enskilt tillsynsärende förutsätter.

Enligt den föreslagna bestämmelsen ska behandlingsproceduren av ett tillsynsärende med tanke på själva proceduren uppdelas i två delar. Valvira eller regionförvaltningsverket ska först sätta sig in i det ärende som har kommit till dess kännedom och göra en preliminär helhetsbedömning om det med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen. Därefter ska tillsynsmyndigheten på basis av sin preliminära bedömning vidta de åtgärder som den anser vara befogade med tanke på säkerställandet av ovannämnda förhållanden. Avsikten är att tillsynsmyndighetens prövningsrätt beträffande de åtgärder som den väljer och deras omfattning är omfattande. Tillsynsmyndigheten kan till exempel vid behov skaffa sådana redogörelser som behövs i ärendet per telefon och på basis av dem utarbeta en promemoria eller skaffa dokument i anknytning till ärendet eller utredningar av den övervakade aktören eller andra aktörer genom skriftliga begäran om utred-

ning eller utlåtande. Om det på basis av den preliminära helhetsbedömningen inte finns anledning att misstänka att klient- eller patientsäkerheten äventyras eller att det förekommer sådant förfarande som strider mot lagen eller sådan försummelse av skyldigheten som förutsätter att tillsynsmyndigheten ingriper i ärendet, ger ärendet i princip ingen anledning till vidare åtgärder. Bestämmelsen motsvarar de bestämmelser om behandling av förvaltningsklagan som har föreslagits i förvaltningslagen.

I 2 mom. föreslås en bestämmelse om att Valvira och regionförvaltningsverket inte undersöker ett tillsynsärende som baserar sig på en händelse som ligger mer än två år tillbaka i tiden utan särskild orsak. Tillsynens verkliga inverkan och effektivitet minskar på ett betydande sätt då de ärenden som ska undersökas blir äldre. Det är ofta oändamålsenligt att utreda gamla ärenden. Då tiden löper, påverkar detta också möjligheterna att utreda ärendet på ett pålitligt sätt. Detta försvagar på motsvarande sätt tillsynsobjektets rättsskydd. Den föreslagna preskriptionstiden på två år ska inte vara absolut, utan man kan avvika från den utsatta tiden, om det finns särskild orsak till detta. Bestämmelsen motsvarar bestämmelserna om preskriptionstiden för förvaltningsklagan i förvaltningslagen liksom även bestämmelserna om preskriptionstiden för klagomålsärenden som riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet behandlar.

I 3 mom. ska ingå en till sin natur informativ bestämmelse, som hänvisar till bestämmelserna om anmärknings- och klagomålsförfarandet i förvaltningslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

53 §. Tillsynsmyndighetens rätt att få uppgifter. I paragrafen föreskrivs om skyldighet för kommuner och samkommuner att på begäran avgiftsfritt lämna Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket uppgifter och utredningar som är nödvändiga för fullgörandet av verkets styrnings- och tillsynsuppgifter oberoende av sekretessbestämmelserna. Skyldigheten gäller både social- och hälso-

vårdsområdet och samkommuner med produktionsansvar.

8 kap. Särskilda bestämmelser

54 §. Rättsligt ansvar. I paragrafen föreslås bestämmelser om fördelningen av det rättsliga ansvaret mellan en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar. Utifrån bestämmelsen är det möjligt att bl.a. bestämma om det är social- och hälsovårdsområdet eller samkommunen med produktionsansvar som gentemot kommuninvånaren, klienten eller patienten svarar för avsaknaden av service eller felaktigheter i den. Bestämmelsen behövs även med tanke på tillsynsmyndigheternas verksamhet. Utifrån den är det möjligt för en tillsynsmyndighet att bestämma vem som är parter i ett tillsynsärende.

I 1 mom. föreskrivs det om ansvaret för en samkommun med produktionsansvar. Samkommunen svarar för att de tjänster som tillhandahålls är lagenliga och i enlighet med beslutet om att ordna social- och hälsovård. Om detta inte förverkligas är samkommunen i fråga ansvarig för de rättsliga och ekonomiska påföljder som fel eller brister i tjänsterna medfört. Med detta som grund kan t.ex. en tillsynsmyndighet rikta påföljden av ett fel i en tjänst uttryckligen till samkommunen med produktionsansvar, om felet föranleds av dess verksamhet eller försummelse. På samma sätt kan de som använder tjänsterna rikta sina krav till samkommuner med produktionsansvar med deras verksamhet som grund.

I 2 mom. föreskrivs om det rättsliga ansvaret för social- och hälsovårdsområdet. Social- och hälsovårdsområdet svarar för att de uppgifter sköts lagenligt som det föreskrivs att området ska sköta. Om det finns brister eller fel i detta svarar social- och hälsovårdsområdet för påföljderna.

55 §. *Beredskap för störningar och undantagsförhållanden.* I 1 mom. föreskrivs om skyldighet för social- och hälsovårdsområdet och en samkommun med produktionsansvar att i samråd med samkommunerna inom sitt område bereda sig på störningar och storolyckor som förutsätter åtgärder inom social-

vården och hälso- och sjukvården. Därutöver konstateras i 1 mom. skyldigheten att utarbeta en sådan beredskapsplan som avses i 12 § i beredskapslagen (1552/2011) för att säkerställa verksamheten och kontinuiteten i social- och hälsovården också under undantagsförhållanden. Störningar som kräver beredskap är t.ex. stormar och översvämningar, situationer med våld och terror, strålningsrisk, epidemier, störningar i vattendistributionen eller störningar i betalningssystemen eller andra informationssystem. Störningssituationerna kan uppkomma snabbt och för dem ska man förbereda sig i samarbete med olika aktörer.

Syftet med bestämmelsen är att klargöra ansvaret för planeringen och styra förberedelser och beredskapsplaneringen så att dessa sker på regional basis. Regionala förberedelser och regional beredskapsplanering som sker i samråd mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården gör förberedelserna inför störningar i normalförhållanden och undantagsförhållanden effektiva. Detta främjar förhandsplaneringen av den gemensamma användningen av social- och hälsovårdens kapacitet och resurser samt special- och experttjänster. Regional beredskapsplanering inom social- och hälsovården ska ske i sådant samråd med kommunerna och samkommunerna med produktionsansvar i området som en behörigt utarbetad plan och beredskapen i området förutsätter.

Skyldigheten i beredskapslagen är en allmän skyldighet som gäller en enskild kommun och samkommun. Den innehåller inga bestämmelser om ledningsförhållanden för planeringen eller samarbetet. Av denna orsak förutsätts i den föreslagna lagen att beredskapsplanen för social- och hälsovården utarbetas regionalt i samråd med kommunerna och samkommunerna med produktionsansvar.

I 2 mom. föreskrivs om statens möjlighet att medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom socialvården och hälso- och sjukvård och i hanteringen av störningar. Bestämmelsen är avsedd att trygga det riksomfattande upprätthållandet av sådana förberedelser som en kommun eller samkommun enligt lagen inte är ansvarig för. Detta gör det samtidigt möjligt att ersätta

kostnader som föranleds av eftervården av störningar då detta med iakttagande av händelsens natur och resurserna för kommunen eller samkommunen i fråga är motiverat.

När det gäller större olycksfall och störningar i hemlandet och utomlands är en kommuns eller ett områdes social- och hälsovårdsresurser och -expertis ofta inte tillräckliga för att hantera eller leda situationen. Snabb undersökning och vård av offren och snabbt inledande av det psykosociala stödet förutsätter att man får hjälp från andra ställen av yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården, hälsovårdsutrustning och apparater samt medicin. Det kan också vara nödvändigt att flytta patienter till vård någon annanstans, vilket ofta förutsätter medicinsk evakueringsberedskap luftledes. I framtiden kan det uppstå ett behov att utse riksomfattande aktörer för att till exempel utveckla och upprätthålla gemensamma informationssystem för förberedelserna samt för andra eventuella funktioner som förberedelserna förutsätter.

Den föreslagna 55 § motsvarar nuvarande 38 § i hälsovårdslagen. Bestämmelsen har kompletterats så att den även täcker socialvården.

56 §. Befogenheter vid störningar. I paragrafen föreskrivs om myndigheternas befogenheter vid störningar som berör två eller flera samkommuner med produktionsansvar eller social- och hälsovårdsområden. För närvarande finns det inga bestämmelser om hur verksamheten under dylika omfattande störningar ska ordnas och vem som bär lednings- och samordningsansvaret för verksamheten. I beredskapslagen finns bestämmelser om att enskilda verksamhetsenheter, den övriga hälsovården samt vissa social- och hälsovårdstjänster och hälsoskyddet kan åläggas att lägga om sin verksamhet under sådana undantagsförhållanden som avses i beredskapslagen. Bestämmelserna i fråga gäller dock endast under undantagsförhållanden när det särskilt föreskrivs om detta och i bestämmelserna ingår inte någon möjlighet att vid behov flytta över samordningen och ledningen för ansvarsområdets alla funktioner till ett större område. Med tanke på kontrollen över störningar är det viktigt att befogenheterna i enlighet med hur allvarlig situa-

tionen är vid behov kan föras över till ett större område utan att befogenheterna enligt beredskapslagen tas i bruk, liksom i situationer när förutsättningarna enligt beredskapslagen inte uppfylls. I paragrafen föreslås därför bestämmelser om ett förfarande där social- och hälsovårdsområdet eller social- och hälsovårdsområdet kan utse någon samkommun med produktionsansvar, vars verksamhet störningen direkt påverkar, att ansvara för ledningen och samordningen. Det är motiverat att låta någon samkommun med produktionsansvar ansvara för ledningen och samordningen därför att den svarar för verksamheten för egen del och är i vilket fall som helst tvungen att styra användningen av den egna personalen och resurserna. I 55 § föreskrivs om beredskap för störningar. I beredskapsplanerna måste man beakta även situationer som gäller två eller flera områden med produktionsansvar och planera hur verksamheten ska ledas och samordnas i dessa situationer.

I 1 mom. föreskrivs om situationer där en störning berör två samkommuner med produktionsansvar inom social- och hälsovårdsområdet. I en sådan situation kan social- och hälsovårdsområdet utse någon av samkommunerna med produktionsansvar att leda och samordna verksamheten inom social- och hälsovården.

På motsvarande sätt kan enligt 2 mom. social- och hälsovårdsministeriet vid geografiskt omfattande störningar som berör två eller flera social- och hälsovårdsområden utse en samkommun med produktionsansvar att leda och samordna situationen vad social- och hälsovården beträffar. Vid särskilt betydande störningar kan social- och hälsovårdsministeriet ta ansvaret för ledning och samordning av social- och hälsovården. Sådana särskilt betydande störningar kan vara till exempel betydande strålningsituationer, pandemier, störningar i anslutning till datasystem och datanät eller situationer som förutsätter psykosocialt stöd och berör flera social- och hälsovårdsområden.

I 3 mom. föreskrivs om anmälningsskyldighet i anslutning till störningar. Ledningen vid störningar och beslutsfattandet baserar sig på lägesförståelse och en uppdaterad lägesbild på alla förvaltningsnivåer. Social-

och hälsovårdsområdet och samkommunen med produktionsansvar behöver en uppdaterad lägesbild när de ska leda en störning inom social- och hälsovården. Ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar ska meddela social- och hälsovårdsministeriet och regionförvaltningsverket sådana olyckor, farliga situationer, exceptionella händelser eller andra motsvarande störningar eller hot om störningar inom sitt område som kan vara av betydelse för utformningen av lägesbilden inom social- och hälsovården.

57 §. Övergång av ansvaret för att ordna tjänster i vissa fall. I paragrafen föreslås bestämmelser om ansvaret för att ordna tjänster mellan social- och hälsovårdsområdet i de fall där en person utnyttjar rätten enligt 3 a § i lagen om hemkommun (201/1994) att välja hemkommun. I dessa fall övergår organiseringsansvaret från flyttningsdagen till social- och hälsovårdsområdet för den nya hemkommunen. Paragrafen motsvarar 42 a § i den nuvarande socialvårdslagen. Det föreslås dock att de tekniska ändringar som föranleds av den förslagna lagen ska göras i den.

I paragrafen sägs att om en person är placerad i familjevård, institutionsvård eller boende med boendeservice i någon annan kommun och han eller hon utnyttjar rätten att välja hemkommun enligt lagen om hemkommun, övergår ansvaret för att ordna tjänster från och med flyttningsdagen till det social- och hälsovårdsområde till vilket den nya hemkommunen hör. Ifall både den tidigare och nya hemkommunen hör till samma område, påverkar flyttningen inte organiseringsansvaret.

Personens placering kan även basera sig på ett beslut av annan myndighet än den kommunala myndigheten. Detta innebär att även en person som vårdas till exempel på statens sinnessjukhus har rätt att välja hemkommun, även om han eller hon hade placerats på sjukhuset enligt ett beslut av Institutet av hälsa och välfärd. Även i dessa situationer är det motiverat att organiseringsansvaret för servicen överförs till det område till vilket den nya hemkommunen hör.

Social- och hälsovårdsområdet enligt den nya hemkommunen är ansvarigt att ordna

alla tjänster som personen i fråga behöver. I enlighet med detta ska man för personen ordna tjänsterna i enlighet med tidigare beslut samt även eventuella nya tjänster som behövs.

Ändring av hemkommunen förutsätter flyttningsanmälan på det sätt som föreskrivs i lagen om hemkommun. Anmälningsskyldigheten enligt 7 § i lagen om hemkommun är bunden till flyttningsdagen så att anmälan till magistraten ska göras tidigast en månad före och senast en vecka efter flyttningsdagen. I den situation som avses i 3 a § i lagen om hemkommun har personen dock på basis av det beslut som hans eller hennes hemkommun redan tidigare fattat i praktiken flyttat till den andra kommunens område. Därmed kan skyldigheten att göra en flyttningsanmälan inte på ovan nämnda sätt bindas till tidpunkten för den faktiska flyttningen, men förutsättningen för att hemkommunen ändras är ändå att personen i fråga gör till magistraten en anmälan som motsvarar flyttningsanmälan. I 7 § 1 mom. i lagen om hemkommun finns närmare bestämmelser om anmälningsskyldigheten i dessa situationer.

I den föreslagna 57 § finns bestämmelser om överföring av ansvaret att ordna tjänster när en person som är placerad i institutionsvård, familjevård eller boende med boendeservice byter hemkommun. Enligt den nu gällande bestämmelsen i 42 b § i socialvårdslagen ligger ansvaret för kostnaderna för vården fortfarande hos den tidigare hemkommunen även när hemkommunen ändras. Enligt förslaget överförs också kostnadsansvaret på samkommunen med produktionsansvar när hemkommunen ändras. Rätten att med stöd av 16 a § i socialvårdslagen och 3 a § i lagen om hemkommun byta hemkommun har använts i mycket liten utsträckning under 2011–2012. I den utredning som gjorts uppgav de 129 kommuner eller samarbetsområden som deltog att strax under 300 personer har bytt hemkommun. Kostnaderna för dessa överföringar var i allmänhet rätt små enligt kommunernas uppgifter. Merparten av kommunerna uppgav att ändringen av socialvårdslagen och lagen om hemkommun inte hade haft någon ekonomisk betydelse. 21 kommuner rapporterade att extra kostnader hade uppstått, och de varierade mellan 6 100

och 340 000 euro. Överföringen av kostnadsansvaret kommer dessutom att få mindre betydelse när ansvaret för att ordna tjänster och kostnadsansvaret efter reformen övergår till ett större befolkningsunderlag än i dagsläget. Att kostnadsansvaret blir kvar hos den tidigare hemkommunen har också visat sig vara betungande rent administrativt.

Kommunernas svar i utfrågningen tyder på att ändringarna av socialvårdslagen och lagen om hemkommun, bortsett från vissa undantag, inte har haft särskilt märkbara konsekvenser för kommunerna. Byte av hemkommun och påföljande överföring av ansvaret för att ordna tjänster har inte skett i så stor omfattning och ändringarnas inverkan på den kommunala ekonomin har inte heller varit särskilt märkbar. Realiserandet av kostnadsansvaret mellan kommunerna på det sätt som avses i 42 b § i socialvårdslagen har på grund av det som sagts ovan inte visat sig vara en ändamålsenlig lösning. Därför ska 42 b § i socialvårdslagen upphävas i samband med att den nya lagen om ordnandet stiftas.

58 §. Ordande av tjänster när hemkommunen ändras. Enligt förslaget ska i paragrafen föreskrivas om förfarings sättet i det fall att personen ansöker om vårdplats som baserar sig på det kommunala produktionsansvaret inom en annan kommun än sin hemkommun. I huvuddrag motsvarar paragrafen 16 a § i den nuvarande socialvårdslagen. Texten ska ändras att motsvara den nya strukturen för ordnandet av social- och hälsovården, och vissa tekniska ändringar ska införas i den.

Den som vill flytta och bli invånare i en annan kommun, men på grund av sin ålder eller sin funktionsnedsättning eller av någon annan liknande orsak inte kan bo där utan familjevård, institutionsvård eller boendeservice, har med stöd av 1 mom. rätt att anhålla om tjänster hos den samkommun som den andra kommunen tillhör på samma grunder som en invånare i den kommunen dit flyttningen sker. Termen ”självständigt boende”, som används i nuvarande 16 a § i socialvårdslagen är inte ändamålsenlig, och den används inte längre i den föreslagna paragrafen.

Den samkommun till vilken ansökan har kommit in ska enligt 2 mom. bedöma personens servicebehov i samarbete med den sam-

kommun som ansvarar för produktionen enligt sökandens hemkommun, samt besluta om servicen ska beviljas eller inte. Den samkommun som ansvarar för tjänsterna för personen vid ansökningstidpunkten ska underlättas om att ansökan tagits emot.

Enligt en rapport som hösten 2013 gavs ut av Institutet för hälsa och välfärd (Ulla Lehtonen, Eeva Nykänen och Marja Pajukoski: Kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain 1.1.2011 voimaan tulleiden muutosten vaikutukset kunnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 35/2013) har det framför allt varit äldre människor som utnyttjat rätten enligt 16 a § i den nuvarande socialvårdslagen att söka sig till tjänster som tillhandahålls av en annan kommun. Därutöver har personer med funktionsnedsättning, rehabiliteringsklienter inom mentalvården, långtidssjuka och rehabiliteringsklienter inom missbrukarvården i någon mån använt rätten att flytta.

I paragrafen föreslås inga närmare bestämmelser om den typ av service som ansökan kan gälla eller med stöd av vilken lag ärendet i första hand ska bedömas. Avsikten är att begränsningen av rätten till ansökan till den här delen dock i praktiken styr prövningen och beslutsfattandet. Eftersom personen åtminstone enligt egen bedömning i princip inte kan bo i sin nya hemkommun utan de tjänster som avses i bestämmelsen i fråga, är det närmast tjänster inom sluten vård och boende på en vårdplats där tjänster som möjliggör boende dygnet runt kan ordnas som ska bedömas. Det faktum hurdana tjänster sökanden får då han eller hon lämnar in ansökan får dock inte ensamt påverka behandlingen av ansökan. Tjänsterna ska ordnas på basis av sökandens verkliga behov, och man behöver inte ordna dem på samma sätt som vid tidpunkten för ansökan. Då kundens situation bedöms får man inte heller till exempel åberopa det att de tjänster som sökanden behöver redan har ordnats. Den föreslagna bestämmelsen har ingen inverkan på klientens rätt att välja anordnaren av hälsovårdstjänster i enlighet med den lagstiftning som gäller patientens valfrihet.

Det föreslagna ansökningsförfarandet kan även tillämpas i en situation där personen tills vidare har kunnat bo hemma, men hans eller hennes förhållanden håller på att ändras

snabbt så att behovet av vård och vårdplatsens natur måste omvärderas. Ofta börjar man fundera på att flytta närmare de anhöriga just i det skedet då den försämrade funktionsförmågan eller förändrade förhållanden börjar göra det svårt att bo ensam.

Samkommunen enligt nya hemkommunen ska i fortsättningen i enlighet med normala principer svara för produktionen av de tjänster personen behöver. Den nya samkommunen kan också senare bedöma personens servicebehov på nytt och placera honom eller henne på en vårdplats som bättre motsvarar servicebehovet än den som fanns tillgänglig efter flyttningen.

Vid behandlingen av ansökan och beslutsfattandet ska man iaktta socialvårdslagen, lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården samt en speciallag om social- och hälsotjänster som eventuellt ska tillämpas på basis av servicebehovet. Om bedömningen av behovet av socialservice i brådskande fall föreskrivs i 40 a § i socialvårdslagen. I 3 a § i lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987) finns särskilda bestämmelser om utredning av servicebehovet och utarbetande av en serviceplan. Ifall särskilda bestämmelser av denna typ är tillämpliga på sökanden, ska de naturligtvis iakttas.

Den aktör som behandlar ansökan och sökandens hemkommun eller samkommunen enligt den förutsätts samarbeta när ärendet behandlas. Detta är motiverat eftersom den som vid tidpunkten för ansökan ansvarar för sökandens tjänster vet bäst vilka tjänster sökanden tidigare behövt och använt och har därmed möjlighet att ge uppgifter som är viktiga med tanke på beslutsfattandet i ansökningsärendet. Det föreslås inga exakta bestämmelser om hur samarbetet i praktiken ska ordnas utan frågan ska bedömas från fall till fall. I de klaraste enskilda fallen kan tillräckligt samarbete eventuellt skötas genom informationsväxling mellan myndigheterna. Man kunde även förutsätta att det till ansökningsärendet bifogas sökandens serveplan eller annat redan befintligt material, som kunde utnyttjas då ärendet avgörs. Den samkommun som är skyldig att producera tjänster för sökanden vid ansökningstidpunkten ska i allmänhet lämna alla uppgifter som behövs

för att behandla ansökan. Oberoende av sekretessbestämmelserna har den myndighet som behandlar ansökningsärendet rätt att få nödvändiga uppgifter från andra myndigheter och aktörer i enlighet med det som föreskrivs i synnerhet i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Med stöd av 2 mom. ska samkommunen med produktionsansvar alltid fatta beslut i ansökningsärendet. Därmed kan sökanden begära omprövning av eller söka ändring i beslutet antingen enligt bestämmelserna i 7 kap. i socialvårdslagen eller enligt de speciallagar som i första hand har tillämpats då ärendet har avgjorts.

I samband med den föreslagna ändringen ska man försöka hindra ett sådant förfarande att en person samtidigt ansöker om en bedömning av servicebehovet på flera ställen för att till exempel utreda vilket alternativ som är det bästa möjliga för honom eller henne. För att förhindra oändamålsenlig användning av ovan beskrivna rätt till bedömning av servicebehovet ska en persons ansökan enligt 3 mom. inte behandlas, om han eller hon har lämnat in en likadan ansökan till en annan samkommun med produktionsansvar och behandlingen av ärendet fortfarande pågår. För att säkerställa att ansökningsförfarandet övervakas föreslås att den aktör till vilken ansökan har lämnats in omedelbart ska underrätta sökandens samkommun enligt hemkommun om saken. Då kan sökanden snabbt upptäckas, och man kan förhindra att bedömningen av en och samma persons servicebehov samtidigt inleds på flera ställen. I praktiken är det i vilket fall som helst nödvändigt att kommunerna och samkommunerna har kontakt för att kunna bedöma servicebehovet, så i samband med anmälningsförfarandet kan man samtidigt också komma överens om samarbete för att utreda sökandens situation och den service han eller hon behöver.

I 4 mom. föreskrivs närmare om förfarandet efter det att samkommunen med produktionsansvar har fattat ett för sökanden positivt beslut och beviljat honom eller henne en vårdplats jämte service. I detta fall ska personen inom den utsatta tiden först anmäla om han eller hon tar emot servicen och därefter också i praktiken flytta till den nya vårdplat-

sen för att ändringen av hemkommunen och produktionsansvaret ska genomföras. Det är nödvändigt att fastställa en tidpunkt för anmälan för att bedömningen av servicebehovet och beslutet om vårdplatsen inte förlorar sin betydelse samt för att de aktörer som ansvarar för produktionen av tjänster på basis av sökandens nuvarande och nya hemkommun i tillräcklig grad kan förbereda sig på situationen.

Sökanden ska för det första inom två veckor anmäla att han eller hon tar emot vårdplatsen. Det är motiverat att införa en kort tidsfrist för att planeringen och dimensioneringen av de resurser som servicen kräver inte i onödan försvåras. Det har även ansetts att tidsfristen kan vara kort eftersom de personer som söker sig till detta förfarande i praktiken ofta redan en längre tid har förberett sig på byte av hemkommun, vilket innebär att de har goda förutsättningar att fatta ett slutligt beslut i ärendet efter bedömningen av servicebehovet och beslutsfattandet.

Därutöver ska sökanden inom tre månader efter att ha fått del av beslutet i praktiken flytta till den vårdplats som avses i beslutet. Med stöd av 7 § i lagen om hemkommun har anmälningskyldigheten för den som flyttar bundits till flyttningsdagen så att anmälan om flyttningen till magistraten ska göras tidigast en månad före och senast en vecka från flyttningsdagen. Det är viktigt att lägga märke till att personens eget agerande är en förutsättning för att han eller hon faktiskt kan byta hemkommun för att produktionsansvaret för de tjänster han eller hon behöver ska övergå på den samkommun som fattat beslutet.

Sökanden kan även efter bedömningen av servicebehovet och det beslut som han eller hon har emottagit besluta att inte ta emot den erbjudna servicen eller vårdplatsen. Han eller hon kan vidare låta bli att i praktiken flytta till en sådan vårdplats som har anvisats för honom eller henne och om vars mottagande han eller hon redan har meddelat. I bägge fallen förfaller förfarandet och personens hemkommun ändras inte i enlighet med 3 b § i lagen om hemkommun.

59 §. Ordnande av hälso- och sjukvård i vissa fall. I paragrafen föreskrivs om jämställande av arbetstagare från vissa tredjeländer med kommuninvånare när de behöver hälso-

och sjukvårdstjänster. Bestämmelsen beror på direktiv antagna i Europeiska unionen. Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/98/EU, nedan direktivet om kombinerade tillstånd, förutsätter likabehandling, det vill säga sådana arbetstagare som avses i direktivet ska behandlas likadant som medlemsstatens egna medborgare inom bland annat hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelsen jämföras med kommuninvånare en person som har i Finland giltigt arbets-, tjänste- eller annat anställningsförhållande eller har registrerats som arbetslös arbetssökande efter det att ett sex månader långt arbets-, tjänste- eller annat anställningsförhållande har upphört. Bestämmelsen behövs för att även sådana arbetstagare som tillfälligt vistas i Finland ska ha rätt till kommunala hälso- och sjukvårdstjänster enligt samma grunder som kommuninvånarna enligt lagen om hemkommun.

Paragrafen gäller också på det i Europeiska unionen antagna direktivet 2009/50/EG, det vill säga direktivet om villkor för tredje-landsmedborgares inresa och vistelse för högkvalificerad anställning. Bestämmelsen har samma innehåll som nuvarande 14 § i folkhälsolagen och 3 § 1 mom. i lagen om specialiserad sjukvård. Till sitt innehåll ändras inte de ändringar i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård som gjordes i samband med genomförandet av nämnda direktiv i den här propositionen, och inga ändringar sker i dessa arbetstagares rättigheter.

60 §. Registerföring av klient- och patientuppgifter. I paragrafen föreskrivs om registerföringen av klient- och patientuppgifter som uppkommit i social- och hälsovårdsområdets verksamhet. Med stöd av huvudregeln i 3 § 4 punkten i personuppgiftslagen (523/1999) vore registeransvarig för klient- och patientuppgifter som uppkommer inom verksamheten i en samkommun med produktionsansvar i princip samkommunen i fråga.

I 1 mom. föreskrivs emellertid att ett social- och hälsovårdsområde är registeransvarigt enligt 3 § i personuppgiftslagen när det gäller klient- och patienthandlingar som uppkommer inom dess ansvar för att ordna social- och hälsovård. För att social- och hälsovårdsområdet med organiseringsansvar för social- och hälsovården ska vara registeran-

svarig talar bland annat att det inom de gemensamma registren är möjligt att smidigt utveckla arbetsfördelningen inom social- och hälsovårdens servicenät och mellan tjänste-producenterna samt författningar och etablerad praxis där en aktör med organiseringsansvar är registeransvarig. Ett exempel på detta är lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009). Social- och hälsovårdsområdet är då registeransvarig även i fall där servicen skaffas i form av köpta tjänster eller med servicesedel av serviceproducenter inom den privata eller den tredje sektorn.

När verksamhetsenheter för den offentliga hälso- och sjukvården eller registerförarnas verksamhet sammanslagits har de register som upprättats före sammanslagningen överförts att utgöra en del av den nya organisationens motsvarande klient- eller patientregister. I enlighet med detta ska även de klient- och patienthandlingar inom social- och hälsovården som upprättats före social- och hälsovårdsområdet bildades föras över att utgöra en del av social- och hälsovårdsområdets klient- och patientregister i enlighet med deras användningsändamål.

För övrigt tillämpas på behandlingen av klient- och patienthandlingar det som föreskrivs om dem i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007 nedan klientuppgiftslagen), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) och personuppgiftslagen. I dessa lagar bestäms om bland annat hemlighållande av klient- och patientuppgifter och handlingar som innehåller sådana samt om behandling av uppgifterna.

Eftersom social- och hälsovårdsområdet är registeransvarigt för klient- och patientregistren i områdets samkommuner med produktionsansvar hindrar inte sekretessbestämmelserna behandlingen av de uppgifter som behövs vid klient- och patientrelationer, trots att uppgifterna har fått i verksamheten för en annan samkommun med produktionsansvar som hör till samma social- och hälsovårdsområde. För behandling av sekretessbe-

lagda klient- och patientuppgifter måste det dock alltid med stöd av klientuppgiftslagen föreligga en klient- eller patientrelation och med stöd av 8 § i personuppgiftslagen en anknytning. Dessutom innehåller de nämnda lagarna närmare bestämmelser om bland annat utlämnande av uppgifter mellan verksamhetsenheter samt klientens och patientens rätt att granska uppgifterna. Genom denna lag ändras inte bestämmelserna i nämnda lagar som reglerar behandlingen av klient- och patientuppgifter.

I 2 mom. finns bestämmelser om användningen av social- och hälsovårdens riksomfattande informationssystemtjänster vid bildandet av klient- och patientregistret inom ett social- och hälsovårdsområde. Registret över patienthandlingar består av patienthandlingar i elektroniskt och pappersformat. I den riksomfattande arkiveringstjänsten enligt klientuppgiftslagen (Kanta-tjänsten) finns när social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar inleder sin verksamhet 2017 redan största delen av den information som är av betydelse för vården. Klientuppgiftslagen gör det möjligt att lagra även gamla uppgifter som en del av den riksomfattande servicen. En ändring av registren i alla de patientsystem som finns i bruk kräver omfattande utvecklingsarbete och leder till märkbara utgifter. Därför föreslås det i paragrafen att dessa klient- och patientregister bildas med hjälp av den riksomfattande informationssystemtjänsten. Som ansvarig aktör för den riksomfattande arkiveringstjänsten ska Folkpensionsanstalten genomföra den nödvändiga funktionaliteten. Eftersom alla handlingar inte finns i elektroniskt format och, å andra sidan, eftersom den riksomfattande informationssystemservicen inom socialvården inte nödvändigtvis helt och hållet är i bruk då registren bildas, begränsas bestämmelsen till att gälla de uppgifter som lagras i riksomfattande informationssystemtjänster. Beträffande handlingar i pappersformat och andra handlingar som inte kan lagras elektroniskt kan registreraren komma överens med den aktör som producerat informationen om arrangemangen i anknytning till förvaringen på det mest ändamålsenliga sättet.

I 3 mom. föreskrivs om ansvar för dem som gör anteckningar i klient- och patienthandlingar. Handlingarna upprättas inom den egna verksamheten i samkommuner med produktionsansvar samt även i privata tjänsteproducenters verksamhet när servicen har skaffats i form av köpta tjänster eller med servicesedel. Med stöd av personuppgiftslagen ska den registeransvarige se till att principerna för behandlingen av personuppgifter iaktas (2 kap.), säkerställa den registrerades rättigheter (6 kap.) och ombesörja datasäkerhet och förvaring av uppgifter (7 kap.). Eftersom ett social- och hälsovårdsområde är så omfattande vore det mycket svårt om enbart den samkommun som föreslagits bli registeransvarig skulle utföra alla uppgifter. Av denna orsak föreslås i lagen ett arrangemang där ansvaret är fördelat mellan social- och hälsovårdsområdet och de samkommuner som ansvarar för produktionen av social- och hälso-tjänster med stöd av beslutet om att ordna social- och hälsovård. Arrangemanget liknar det i lagen om elektroniska recept (61/2007), där Folkpensionsanstalten är registeransvarig, men de enheter som producerar uppgifterna, både kommunala och privata, svarar för att de är korrekta. Social- och hälsovårdsområdets ansvar fokuseras särskilt på kraven enligt 2 och 7 kap. i personuppgiftslagen medan de tjänsteproducerande enheternas ansvar hänförs till uppgifter enligt 2, 3 och 6 kap. Det föreskrivs uttryckligen om detta genom att det konstateras att aktörerna bär gemensamt ansvar för att personuppgifterna behandlas korrekt och att personuppgiftslagen iaktas.

När social- och hälso-tjänster skaffas från privata tjänsteproducenter på det sätt som föreskrivs i 16 § 1 mom. 3–5 punkten, ska den samkommun som skaffar tjänsterna se till att det företag eller den förening som producerar tjänsterna eller någon annan tjänsteproducent iaktar bestämmelserna om upprättande av handlingar och registerföring. Detta måste ombesörjas i avtalen om upphandling av tjänster.

I 4 mom. föreskrivs om förverkligande av klienternas och patienternas rätt till insyn, det förfarande som ska iaktas vid rättelse av fel och begäran om logguppgifter. Bestämmelsen behövs eftersom den registeransvarige

och den samkommun som producerar tjänsten är separata organisationer. Begäran om utövande av sin rätt till insyn i enlighet med personuppgiftslagen kan enligt bestämmelsen göras både till social- och hälsovårdsområdet och till samkommunen med produktionsansvar. Detsamma gäller begäran om logguppgifter. Om en klient eller patient inom social- eller hälsovården har upptäckt ett fel om sig själv i en klient- eller patienthandling ska begäran om rättelse av felet däremot göras till den samkommun där den person som gjorde felet var anställd när felet gjordes.

61 §. Upprätthållande av personalens yrkesskicklighet. Paragrafen ålägger social- och hälsovårdsområdet samt samkommuner med produktionsansvar att se till att personalen får fortbildning. Bestämmelsen förpliktar dem att se till att både social- och hälsovårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning som utformas med beaktande av längden på grundutbildningen, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll så att den upprätthåller och utvecklar de anställdas yrkesskicklighet och kunnande. Ifall de anställdas uppgifter och ansvarsområden ändras, ska man även ta hänsyn till detta då fortbildning arrangeras. Arbetsgivaren ansvarar för fortbildningens finansiering. När tjänster köps av en privat serviceproducent, har denna ansvaret för finansieringen av sin personals fortbildning.

Enligt bestämmelsen om bemyndigande, som igår i bestämmelsen, kan man genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet vid behov utfärda närmare bestämmelser om fortbildningens innehåll, kvalitet och mängd och om ordnandet, uppföljningen och utvärderingen av utbildningen.

Bestämmelser som delvis motsvarar den föreslagna paragrafen finns för närvarande i bland annat 4 och 5 § i hälso- och sjukvårdslagen, som gäller hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser och personal.

62 §. Ändringssökande. I paragrafen föreskrivs om sökande av ändring i beslut som fattats med stöd av bestämmelserna i lagen. I 1 mom. föreskrivs om sökande av ändring i beslut som fattats av kommunala myndigheter. Ändringssökande sker i enlighet med 11 kap. i kommunallagen. Enligt det kan den som är missnöjd med ett beslut av kommunala

organ framställa ett rättelseyrkande. Ändring i beslut som fattats med anledning av rättelseyrkandet kan sökas hos förvaltningsdomstolen. Enligt paragrafens 2 mom. söks ändring i ett beslut som en statlig myndighet fattat genom besvär på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen (586/1996), om inte något annat föreskrivs genom lag. Bestämmelsen täcker därmed såväl statsrådet som regionförvaltningsverket och Valvira. Ändring i ett beslut som fattats av statsrådet söks hos högsta förvaltningsdomstolen. Ändring i ett beslut av regionförvaltningsverket och Valvira söks hos förvaltningsdomstolen.

63 §. Ikraftträdande. Enligt förslaget bestäms om ikraftträdande av lagen särskilt genom lag.

1.2 Lagen om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården

1 §. Ikraftträdande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården. I paragrafen föreskrivs om tidpunkten för ikraftträdandet av lagen om ordnandet. Avsikten är att lagen ska träda i kraft så fort som möjligt efter att den antagits och stadfästs 2015.

I paragrafen föreskrivs dessutom särskilt om ikraftträdandet av 4–7, 9, 32 och 55 § samt 56 § 1 mom. i lagen om ordnandet. Avsikten är att de med avvikelse från huvudregeln träder i kraft först från ingången av 2017. Detta beror på att bestämmelserna anknyter till verksamheten och organisationerna enligt den nya lagen om ordnandet. Motsvarande tidigare bestämmelser, som grundar sig på nuvarande organisationsstruktur, är i kraft till utgången av 2016.

2 §. Lagar som upphävs. Med stöd av lagen om ordnandet föreskrivs i paragrafen om upphävande av de lagar som blir onödiga vid ingången av 2017. Enligt bestämmelsen upphävs folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården från och med den 1 januari 2017.

3 §. Inträdande av ansvaret för att ordna social- och hälsovård och produktionsansvaret. Med stöd av paragrafen träder social- och hälsovårdsområdenas organiseringsansvar för social- och hälsovården och produktionsansvaret för samkommunerna med produk-

vid utträttandet av ärenden och avstånd till service.

I enlighet med hörandet placeras Jämijärvi kommun, Karvia kommun och Punkalaidun kommun i Mellersta social- och hälsovårdsområdet. Anslutningen av dessa kommuner förbättrar den regionala sammanhållningen i Mellersta social- och hälsovårdsområdet. Jämijärvi och Karvia finns i utkanten av specialupptagningsområdet för ÅUCS och en stor del av kommuninvånarna utträttar sina ärenden i de kommuner som finns inom specialupptagningsområdet för TAYS. Bytet stöds även av avståndet från kommunerna till universitetssjukhusen. Tammerfors universitetscentralsjukhus finns närmare dessa kommuner än Åbo universitetscentralsjukhus. Dessutom är de allmänna kommunikationerna bättre i riktningen mot Tammerfors än mot Åbo. I båda kommunerna råder en stabil inre enighet om bytet.

Punkalaidun kommun har flyttat från landskapet Satakunta till landskapet Birkaland från och med ingången av 2005. Punkalaidun hör fortfarande till Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, men i övrigt riktar sig samarbetet centralt i riktningen mot Birkaland. Punkalaidun hör t.ex. till Sastamala regions social- och hälsovårdsservice Sotesi. Punkalaidun har planerat det kommande produktions-samarbetet tillsammans med kommunerna i Birkaland.

Det föreslås att samtliga kommuner inom samkommunen för social- och hälsovård i Päijänne-Tavastland placeras i Södra social- och hälsovårdsområdet. Samkommunen för social- och hälsovård i Päijänne-Tavastland har den 21 januari 2013 gjort en framställning till statsrådet om en överföring av samkommunen från specialupptagningsområdet för TAYS till specialupptagningsområdet för HUCS. Framställningen om överföring motiverades bl.a. med att verksamheten inom specialupptagningsområdet för HUCS är lättare tillgänglig än vad verksamhetsställena inom specialupptagningsområdet för TYKS är, de allmänna kommunikationerna är bättre och avstånden kortare. Dessutom ansågs att i synnerhet staden Lahtis allt tydligare utgör en del av huvudstadsregionens metropolområde. Även Päijänne-Tavastland förbund har understött en överföring av kommunerna i

Päijänne-Tavastland till det social- och hälsovårdsområde som ska bildas utifrån specialupptagningsområdet för HUCS. Av kommunerna i området framförde Lahtis, Kärkölä och Pukkila att de ska placeras i Södra social- och hälsovårdsområdet.

Vid beredningen av propositionen har man utifrån förslagen från kommunerna, samkommunen för social- och hälsovård i Päijänne-Tavastland och landskapsförbundet samt med tanke på ett ändamålsenligt verkställande av den kommunala social- och hälsovården stannat för en lösning där det föreslås att de kommuner som hör till samkommunen för social- och hälsovård i Päijänne-Tavastland placeras i Södra social- och hälsovårdsområdet.

Kommunerna Uurainen och Keuruu placeras inte i de social- och hälsovårdsområden som de har föreslagit. Kommunen Uurainen hör till Mellersta Finland och finns inte inom specialupptagningsområdet för TAYS eller vid gränsen till det Mellersta social- och hälsovårdsområde som ska bildas utifrån specialupptagningsområde för TAYS. Därför skulle anslutningen av Uurainen till Mellersta social- och hälsovårdsområdet innebära ett regionalt splittrat social- och hälsovårdsområde. Dessutom framförde Uurainen vid hörandet att "man i ljuset av den befintliga informationen i kommunen inte kan göra ett på tillräcklig kunskap baserat genomtänkt val mellan de olika social- och hälsovårdsområdena". Enligt Statistikcentralen hör Uurainen till Jyväskylä stads pendlingsområde. Jyväskylä hör till Östra social- och hälsovårdsområdet som ska bildas utifrån specialupptagningsområdet för KYS.

Både Keuruu och Uurainen producerar själv sin socialservice, men samtliga hälso- och sjukvårdstjänster och tjänsterna inom specialistsjukvården produceras inom området för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. I fråga om primärvården hör Uurainen till hälsovårdscentralen för Jyväskylä samarbetsområde och Keuruu till affärsverket för den regionala hälsovårdscentral som ägs av Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. I båda kommunerna riktar sig alltså det centrala samarbetet inom social- och hälsovård till Mellersta Finland.

7 §. *Bildande av en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde.* I paragrafen föreskrivs om förfarandet och tidtabellen när samkommunerna inom social- och hälsovårdsområdena bildas.

Med stöd av 1 mom. beslutar representantmötet för kommunerna om bildandet av en samkommun inom ett social- och hälsovårdsområde och om grundavtalet för samkommunen.

I 2 mom. föreskrivs om sammankallande av representantmötet. Enligt det sammankallas representantmötet första gången av regionförvaltningsverket. Eftersom regionförvaltningsverkens och social- och hälsovårdsområdenas gränser inte sammanfaller, är enligt momentet sammankallare de regionförvaltningsverk inom vars område majoriteten av kommunerna finns. Mötet ska sammankallas första gången senast i maj 2015. En person som har utsetts av regionförvaltningsverket leder mötet till dess att en ordförande och en vice ordförande har valts för representantmötet.

Enligt 3 mom. ska när samkommunen inom social- och hälsovårdsområdet bildas varje kommun vid representantmötet ha det antal representanter som kommunen fastställt, dock minst en och högst fem representanter. Det föreslås att röstetalet för en kommuns representanter vid representantmötet bestäms enligt kommunens invånarantal vid utgången av föregående år så att kommunens representanter har sammanlagt en röst för varje påbörjat antal av 1 000 invånare. Röstetalet för kommunens representanter fördelas jämnt mellan de representanter som är närvarande. Röstetalet för en kommuns representanter vid representantmötet ska vara mindre än hälften av det röstetal som bestäms enligt kommunernas invånarantal i hela området. Denna så kallade röstklippare förhindrar att representanterna för en kommun ensidigt kan besluta om grundavtalets innehåll.

Representantmötet är beslutfört när minst två tredjedelar av området kommuner är företrädna på mötet och deras invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samtliga kommuner som hör till området.

Ett beslut av representantmötet förutsätter enligt 4 mom. att godkännandet understöds

av minst hälften av de röster som är representerade. Dessutom krävs att minst en tredjedel av de kommuner som är representerade och en majoritet av dessa kommuners representanter understöder beslutet. Kommunens understöd bestäms utifrån understödet av majoriteten av kommunens representanter.

Med stöd av 5 mom. meddelar representantmötet behövliga föreskrifter om beredningen av grundavtalet för samkommunen och andra ärenden och om verkställigheten av beslut samt beslutar om betalning av gemensamma kostnader för bildande av samkommunen. I praktiken ska representantmötet avtala om hur den beredning som bildandet av samkommunen förutsätter och vem som svarar för denna beredning. På förfarandet vid representantmötet och på sökande av ändring i beslut som fattats vid representantmötet tillämpas i övrigt i tillämpliga delar bestämmelserna om fullmäktige i 7 och 11 kap. i kommunallagen.

I det sista 6 mom. föreskrivs om godkännande av grundavtalet för samkommunen inom social- och sjukvårdsområdet och om inledande av samkommunens verksamhet. Enligt bestämmelsen ska samkommunens grundavtal godkännas senast vid utgången av oktober 2015. Samkommunen ska dessutom inleda sin verksamhet senast i början av 2016. Där har samkommunen inom social- och hälsovårdsområdet ett år på sig att förbereda sig på organiseringsansvaret enligt lagen om ordnandet och på den praktiska skötseln av de förpliktelser som det för med sig. Samkommunen inom social- och hälsovårdsområdet kan genast när det inlett sin verksamhet vidta de praktiska åtgärder som inledandet av verksamheten förutsätter.

8 §. *Statsrådets behörighet att besluta om bildandet av ett social- och hälsovårdsområde.* I paragrafen föreskrivs om statsrådets behörighet i händelse av att beslut om grundavtalet för samkommunen inom ett social- och hälsovårdsområde inte har fattats före utgången av oktober 2015, alltså den tidsfrist som föreskrivs i 5 §. Enligt 1 mom. ska statsrådet då besluta om grundavtalet. Innan beslutet fattas ska statsrådet höra de kommuner som hör till social- och hälsovårdsområdet i fråga enligt 3 §.

Enligt 2 mom. är ett grundavtal som statsrådet beslutat om i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

9 §. Samkommuner med produktionsansvar. I paragrafen föreskrivs hur samkommunerna med produktionsansvar bestäms och bildas samt om social- och hälsovårdsområdets skyldighet att vid behov vidta åtgärder för att bilda samkommuner med produktionsansvar. Utgångspunkten är att kommunerna själva kommer överens om bildandet av samkommuner som uppfyller kriterierna enligt 14 § i lagen om ordnandet.

När ovan nämnda bedömning görs måste man beakta situationen i hela social- och hälsovårdsområdet. Kommunernas beslut får inte leda till en situation där deras lösningar väsentligt försämrar andra kommuners ställning och möjligheterna för invånarna att få de social- och hälso-tjänster som lagstiftningen förutsätter.

Enligt 1 mom. ska samkommunerna meddela social- och hälsovårdsområdet senast den 1 februari 2016 om sin villighet att vara en samkommun med produktionsansvar. Meddelandet ska innehålla en redogörelse för hur samkommunen uppfyller de villkor som föreskrivs i 14 § i lagen om ordnandet. Social- och hälsovårdsområdet måste på ett tillförlitligt sätt kunna konstatera att villkoren är uppfyllda utifrån redogörelsen.

I händelse av att meddelandena inte ger social- och hälsovårdsområdet en lösning som omfattar alla kommuner, ingår i 2 mom. en förpliktelse för social- och hälsovårdsområdet att vidta åtgärder. Med stöd av bestämmelsen ska social- och hälsovårdsområdet sammankalla representanterna för alla kommuner i området för att utreda hur man ska åstadkomma en heltäckande lösning beträffande produktionsansvaret i området. Mötet ska sammankallas senast den 1 mars 2016. Avsikten är att kommunerna utifrån dessa förhandlingar frivilligt ska komma överens om en lösning som omfattar hela social- och hälsovårdsområdet och som uppfyller kriterierna i 14 § i lagen om ordnandet.

Enligt 3 mom. kan social- och hälsovårdsområdet ålägga kommunerna att bilda samkommuner med produktionsansvar om det med stöd av 1 och 2 mom. inte åstadkoms lösningar som omfattar hela området beträff-

fande samkommuner med produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet ska då bestämma vilka kommuner som tillsammans ska bilda en samkommun med produktionsansvar. Representanterna för dessa kommuner ska kallas till ett representantmöte som ska påbörja bildandet av en samkommun på det sätt som föreskrivs i 4 § om bildandet av en samkommun inom social- och hälsovårdsområdet.

När social- och hälsovårdsområdet vidtar åtgärder för att bilda en samkommun ska bildandet genomföras så att samkommunen kan inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2017.

I 4 och 5 mom. finns en motsvarande bestämmelse som i 6 mom. i händelse av att medlemskommunerna i en samkommun med produktionsansvar inte har fattat beslut om grundandet av samkommunen och grundavtalet senast den 31 oktober 2016. Tidsfristen grundar sig på att beslutet om att ordna social- och hälsovård ska godkännas senast den dagen. Då vet man även vilka samkommuner som kommer att få produktionsansvar. Enligt bestämmelsen är ett grundavtal som social- och hälsovårdsområdet fastställt i en sådan situation i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat i fråga om grundavtalet.

10 §. Utarbetande av ett social- och hälsovårdsområdes beslut om att ordna social- och hälsovård. I paragrafen föreskrivs om utarbetande av social- och hälsovårdsområdet första beslut om att ordna social- och hälsovård. Beslutet ska utarbetas så att det godkänns i social- och hälsovårdsområdets samkommunsfullmäktige senast i oktober 2016, alltså två månader innan verksamheten enligt lagen om ordnandet inleds. Beslutet ska då förutom de saker som nämns i 12 § 2 mom. i lagen om ordnandet innehålla en redogörelse för hur en störningsfri verksamhet säkerställs på organiserings- och produktionsansvaret övergår till de nya organisationerna i början av 2017.

När det första beslutet bereds har det ännu inte beslutats vilka samkommuner som ska ha produktionsansvar. För att de viktiga frågorna när det gäller produktionsansvar ska beaktas på behörigt sätt förutsätts det enligt 2 mom. att man i en sådan situation ska höra de samkommuner som man avser utnämna till

samkommuner med produktionsansvar. Dessutom ska invånarna i området höras samtidigt i enlighet med vad som föreskrivs i 12 och 30 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

11 §. Personalens ställning. I paragrafen föreskrivs om ställningen för de personer som är anställda inom social- och hälsovården hos kommunerna och samkommunerna vid verkställandet av reformen.

Med stöd av 1 mom. övergår de personer som är anställda hos kommunerna och samkommunerna i uppgifter inom social- och hälsovården och förvaltningen till anställning hos samkommunen med produktionsansvar. Personalen övergår då till anställning hos den samkommun som är produktionsansvarig i fråga om de uppgifter där personen i fråga har varit anställd innan produktionsansvaret överfördes. Överföring av produktionsansvaret till en samkommun betraktas som överlåtelse av rörelse, om den leder till att personalen byter arbetsgivare.

Enligt 2 mom. ska de arrangemang enligt lagen om ordnandet och denna införandelag som gäller bildandet av samkommuner med produktionsansvar genomföras i samarbete med representanter för kommunernas anställda på det sätt som föreskrivs i lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagar (449/2007).

I paragrafen ingår ingen bestämmelse om personalens uppsägningsskydd som motsvarar 29 § i kommunstrukturlagen.

12 §. Reglering av egendomsförhållanden. I paragrafen föreskrivs om de arrangemang som gäller den egendom som används i kommunerna och samkommunerna inom social- och hälsovårdsverksamheten när reformen genomförs.

Enligt 1 mom. är utgångspunkten den att kommunerna avtalar om arrangemangen för egendomen. Om kommunerna inte avtalar om arrangemangen för egendomen, finns bestämmelserna om saken i paragrafen.

I grundavtalen för samkommuner inom social- och hälsovården ska det enligt kommunallagen finnas bestämmelser om hur egendomen och ansvaret arrangeras då samkommunen upplöses. Eftersom bland annat sjukvårdsdistrikten i många fall äger omfattande

egendom om vars fördelning mellan kommunerna eller avtal om vilken det kan vara mycket svårt att åstadkomma, föreslås det i lagen att samkommunerna tills vidare kan förvalta sin nuvarande egendom. Därmed kan en samkommun till exempel hyra ut fastigheterna och den övriga egendomen till samkommunen med produktionsansvar. Kommuner kan även upplösa nuvarande samkommuner, varmed deras egendom fördelas så som det bestäms i samkommunens grundavtal.

I 2 mom. föreskrivs att om kommunerna inte har avtalat om reglering av egendomsförhållandena, är medlemskommunerna i samkommunen skyldiga att ändra samkommunens grundavtal så att samkommunens uppgifter från ingången av 2017 begränsas till ägandet, administrationen och uthyrningen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem till samkommunerna med produktionsansvar. Dessutom kan man i grundavtalet avtala om att egendomen används även på andra sätt. I ändringen förändras inte samkommunernas andel av egendom, tillgångar och ansvar, om kommunerna inte avtalar om något annat i det reviderade grundavtalet.

Med stöd av 3 mom. kvarstår den egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo i deras ägo om kommunerna inte avtalar om något annat när områden bildas. Kommunerna kan hyra ut sin egendom till samkommunen med produktionsansvar.

I paragrafens 4 mom. konstateras att om skattepåföljderna i samband med regleringen av egendomsförhållanden föreskrivs i lagen om överlåtelseskatt (931/1996) och i mervärdesskattelagen (1501/1993).

13 §. Övergång av rättigheter och skyldigheter. I paragrafen föreskrivs om övergång av rättigheter, skyldigheter och ansvar i anslutning till ordnandet av socialvården och hälso- och sjukvården från de nuvarande kommunerna och samkommunerna till social- och hälsovårdsområdena samt samkommunerna med produktionsansvar. Med stöd av 1 mom. övergår rättigheter, tillstånd och förpliktelser som hänför sig till tiden före la-

gens ikraftträdande till den samkommun till vilken produktionsansvaret övergår.

Avsikten är att lagen om ordnandet ska stadfästas våren 2015 och att den träder i kraft så snabbt som möjligt efter det att den stadfästs. Organiserings- och produktionsansvaret överförs till social- och hälsovårdsområdena samt samkommunerna med produktionsansvar vid ingången av 2017. För att de kommuner och samkommuner som nu är organiseringsansvariga inte under mellantiden ska ingå avtal som är onödiga för samkommuner med produktionsansvar, föreslås dessutom i paragrafen att den som ingår ett avtal under tiden mellan stadfästandet av lagen och inledandet av områdenas verksamhet (början av 2017) svarar för avtalsförpliktelse. Den samkommun som får produktionsansvaret och den som ingått avtalet kan dock avtala om att förpliktelser som grundar sig dylika avtal som ingåtts under mellantiden övergår på samkommunen med produktionsansvar.

Produktionsansvaret kan också övergå på två eller flera olika samkommuner. I dylika situationer ska man även reda ut hur ansvaret delas. På basis av paragrafens 2 mom. fastställs delandet av ansvaret enligt principerna och bestämmelserna i 8 kap. i kommunstrukturlagen. Utgångspunkten är att man avtalar om delandet av ansvaret, men om inget avtal kan åstadkommas, ska ärendet avgöras vid medlingsförfarande enligt 38 § i kommunstrukturlagen.

Enligt 3 mom. kan kommunerna också avtala om övergången av rättigheter och förpliktelser på annat sätt än vad som föreskrivs i 1 och 2 mom.

14 §. Överföringsarrangemang för social- och hälsovårdsområdets finansiering. Med stöd av 33 § i lagen om ordnandet finansierar kommunerna social- och hälsovårdsområdenas verksamhet enligt den så kallade kapitationsprincipen. Enligt nämnda bestämmelse bestäms finansieringen utifrån kommunens invånarantal, åldersstruktur och sjukfrekvensen. Det föreslagna förfarandet innebär att de kostnader som social- och hälsovården orsakar kommunen kan förändras betydligt jämfört med tidigare. För en del kommuner stiger kostnaderna medan de sjunker för andra.

För att övergången till det nya systemet inte ska förorsaka någon överraskande och

orimligt stor förändring framför allt för de kommunerna som ska betala mera än tidigare, föreslås i lagen en övergångsperiod på 4 år, under vilken förändringen utjämnas. Med stöd av den föreslagna bestämmelsen ska den årliga förändringen per invånare 2012–2014 i fråga om den genomsnittliga kostnaden per invånare utjämnas 2017–2020 så att höjningen eller sänkningen av betalningsandelen är högst följande:

50 €/invånare 2017

150 €/invånare 2018

250 €/invånare 2019

400 €/invånare 2020

Om förändringen i kommunens betalningsandel är större än 400 €/invånare, utjämnas tills vidare en större förändring än det även efter 2020.

Effekten av utjämningen beaktas social- och hälsovårdsområdets budget på så sätt, att kommunernas utjämnade betalningsandelar täcker de kostnader som samkommunens verksamhet medför.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov närmare bestämmelser utfärdas om genomförandet av utjämningen.

15 §. Stöd för förändring för kommuner och samkommuner. I paragrafen föreskrivs om det stöd för förändring som hänför sig till reformen. Med stöd av förslaget till 1 mom. ska social- och hälsovårdsministeriet svara för stöd för förändring i anslutning till verkställigheten och genomförandet av reformen till de kommuner och samkommuner som nu har produktionsansvar samt till de nya samkommuner som kommer att bildas. När det gäller de praktiska stödarrangemangen stöder sig ministeriet i nödvändig omfattning på myndigheterna inom det egna förvaltningsområdet och andra myndigheter samt dessutom andra samarbetspartner.

Med stöd av 2 mom. anvisas varje samkommun inom ett social- och hälsovårdsområde som ska bildas årligen 2015–2017 stöd för genomförandet av reformen inom ramen för det anslag som anvisats i statsbudgeten. Innan social- och hälsovårdsområdena bildas kan anslaget användas 2015 för att anställa personal vid regionförvaltningsverken eller någon annan aktör som kommunerna i områ-

det bestämt för att främja genomförandet av reformen.

16 §. Ändringssökande. I paragrafen föreskrivs om sökande av ändring i beslut som fattats med stöd av bestämmelserna i lagen. I 1 mom. föreskrivs om sökande av ändring i beslut som fattats av kommunala myndigheter. Ändringssökande sker i enlighet med 11 kap. i kommunallagen. Enligt det kan den som är missnöjd med ett beslut av kommunala organ framställa ett rättelseyrkande. Ändring i beslut som fattats med anledning av rättelseyrkandet kan sökas hos förvaltningsdomstolen. Enligt paragrafens 2 mom. får ändring i beslut av statliga myndigheter sökas genom besvär på det sätt som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen. Därmed gäller bestämmelsen såväl statsrådet som social- och hälsovårdsministeriet då de fattar beslut med stöd av denna lag. Ändring i ett beslut som fattats av statsrådet söks hos högsta förvaltningsdomstolen. Ändring i ett beslut av regionförvaltningsverket och Valvira söks hos förvaltningsdomstolen.

17 §. Ikraftträdande. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Avsikten är att lagen ska träda i kraft så fort som möjligt efter att den antagits och stadfästs. Lagens 2 § avses dock träda i kraft först vid ingången av 2017, vilket särskilt konstateras i ikraftträdandebestämmelsen.

1.3 Lagen om temporär ändring av lagen om överlåtelseskatt

43 d §. Temporär skattefrihet vid kommunala social- och hälsovårdsarrangemang. I paragrafen föreskrivs om temporär skattefrihet för ägararrangemang som hänför sig till kommunernas lokaler när social- och hälsovårdsområdena förverkligas. Vissa lokalarangemang som genomförs för att genomföra servicestrukturreformen inom social- och hälsovården ska undantas från överlåtelseskatt för viss tid. Innehållet i bestämmelsen motsvarar 43 b § i lagen om överlåtelseskatt, där det föreskrivs om temporär skattefrihet vid kommunernas strukturarrangemang. Skatteförvaltningen återbetalar den betalda skatten på ansökan.

Enligt 1 mom. ska skattefriheten gälla överlåtelse av fastigheter som varit i an-

vändning inom socialvården eller hälso- och sjukvården samt skol-, ungdoms-, biblioteks-, kultur-, idrotts- eller brand- och räddningsväsendet eller inom kommunens eller samkommunens allmänna förvaltning. Villkoret är att kommunen, samkommunen eller ett av dem ägt aktiebolag som äger och förvaltar fastigheter överlåter en fastighet som ska användas inom social- och hälsovården till ett aktiebolag som ägs av en eller flera kommuner eller samkommuner och som äger och förvaltar fastigheter som apport mot aktier i bolaget. Överlåtelsen ska i sak hänföra sig till uppfyllandet av de förpliktelser som avses i lagen om ordnandet, och skattefriheten ska således inte gälla vilka fastighetsöverlåtelser som helst som genomförts under tillämpningstiden. Skattefriheten ska vara temporär och gälla överlåtelser under 2015–2018. Då finns det tillräckligt med tid att skapa ändamålsenligt överkommunala lokalarrangemang.

Det temporära undantag från överlåtelseskatt som avses i bestämmelsen ska gälla överlåtelser av fastigheter eller aktier som berättigar till innehav av fastigheter som används av alla sektorer som nämns i 1 mom., om de på det sätt som avses i bestämmelsen görs som ett led i strukturreformen enligt lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Skattefriheten ska gälla lokaler som i huvudsak har använts för sådana kommunal verksamhet som uppräknas i bestämmelsen och som överlåts för att användas inom social- och hälsovården. Sektorerna är avgränsade i propositionen så att skattefriheten inte gäller fastigheter som används av kommunernas affärsverksliknande enheter som bedriver näringsverksamhet.

Behovet av strukturarrangemang enligt lagen om ordnandet gäller endast socialväsendet och hälso- och sjukvården, så lättningen begränsas till att gälla endast fastigheter som kommer i sådan användning. Skattefriheten förutsätter att lokaler kommer i direkt användning för produktion av social- och hälso-tjänster. Om det i enskilda fall förekommer oklarhet beträffande om det är fråga om sådan användning som avses i paragrafen, ska man när saken bedöms kunna stöda sig på definitionerna av hälso- och sjukvårdstjänster samt socialvård i 35 och 38 § i mervärdes-

skattelagen samt den tillämpningspraxis som gäller dem.

Med ett bolag som äger och förvaltar fastigheter avses ett lokalbolag som förvaltar det fastighetsbestånd som används för att producera den basservice som nämns i paragrafen och som hyr ut lokalerna till den kommunala sektorn utan att själv bedriva annan verksamhet.

Enligt 2 mom. ska skattefriheten på motsvarande sätt gälla överlåtelse av aktier i ett lokalbolag, om en fastighet som det äger i huvudsak har använts för verksamhet som nämns i 1 mom. eller om aktierna medför rätt att förvalta en lägenhet som är i sådan användning.

När man ska bedöma om en fastighet i huvudsak har använts för dylik verksamhet ska utgångspunkten vara den andel av ytan som använts för verksamheten. Lättnad ska förutsätta att minst hälften av ytan är i sådan användning som krävs för skattefrihet. Om det finns lokaler som är i gemensam användning ska ytan fördelas på sådan användning som avses i paragrafen och annan användning. Man ska dock kunna avstå från att använda ytan som grund, om lokaler som används för olika ändamål avviker betydligt från varandra vad gäller till exempel egenskaperna. Då kan till exempel byggkostnaderna användas som bedömningsgrund.

I 3 och 4 mom. föreskrivs om det ansökningsförfarande som ska användas för att utreda om förutsättningar för skattefrihet föreligger. Till ansökan om lättnad ska enligt 3 mom. fogas en utredning om fastighetens användning före och efter överlåtelsen. I paragrafen förutsätts inte att föremålet för överlåtelsen används inom social- och hälsovården en viss minimitid efter överlåtelsen. Skattefrihet förutsätter ändå att den fastighetsegendom som överläts fortsätter att användas för nämnda ändamål också efter strukturarrangemangen. Om ett överlåtet objekt i strid med utredningen överläts vidare för ett annat användningsändamål, kan det bestämmas att den skatt som inte har betalats ska betalas, om skattefriheten har beviljats på felaktiga grunder på grund av en vilseledande utredning. Lättnaden är således inte avsedd att användas till exempel för bolagisering av byggnadsbestånd som blivit överflödigt för

att underlätta en senare realisering. Skatteförvaltningen kan vid behov begära att finansministeriet yttrar sig om hur överlåtelsen hänför sig till uppfyllandet av de förpliktelser som avses i lagen om ordnandet.

1.4 Lagen om upphävande av vissa bestämmelser som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen

1 §. I paragrafen föreslås att 2 kap. 40 §, 5 kap och 53–57 § som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen upphävs. I paragraferna föreskrivs om administration, språk som tjänster ska ordnas på, ersättningar mellan kommuner för kostnader som orsakas av tjänster inom socialvården samt om upprätthållande av personalens yrkesskicklighet, samarbete mellan kommunerna och myndighetstillsyn. I samband med reformen föreslås det att bestämmelserna om ersättande tas in i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. På grund av detta föreslås att nämnda paragrafer upphävs.

2 §. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen föreslås träda i kraft från ingången av 2017, när produktionsansvaret för social- och hälsotjänsterna övergår från de nuvarande kommunerna och samkommunerna till samkommunerna med produktionsansvar i enlighet med lagen om ordnandet.

1.5 Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i folkhälsolagen

1 §. Det föreslås att 2 och 42–45 § i folkhälsolagen upphävs. I paragraferna föreskrivs om övervakningen av folkhälsoarbetet och därtill hörande styrning, inspektionsrätt, förelägganden och tvångsmedel, administrativ styrning och uppmaning, handläggning av övervakningsärenden och tillsynsmyndighetens rätt att få upplysningar. Eftersom det föreslås att det i lagen om ordnandet av social- och hälsovården införs bestämmelser som till sitt sakinhåll motsvarar nämnda paragrafer i folkhälsolagen, är det med tanke på tydligheten i lagstiftningen motiverat att ovan nämnda paragrafer i folkhälsolagen upphävs.

2 §. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen föreslås träda i kraft

samtidigt som lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

1.6 Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om specialiserad sjukvård

1 §. Det föreslås att 5, 51, 52, 53 och 53 a § i lagen om specialiserad sjukvård upphävs. I paragraferna föreskrivs om övervakningen av den specialiserade sjukvården och därtill hörande styrning, inspektionsrätt, förelägganden och tvångsmedel, administrativ styrning och uppmaning, handläggning av övervakningsärenden och tillsynsmyndighetens rätt att få upplysningar. Bestämmelserna i den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården motsvarar till sitt innehåll ovan nämnda paragrafer i lagen om specialiserad sjukvård. Därmed kan de nämnda paragraferna i lagen om specialiserad sjukvård upphävas.

2 §. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen föreslås träda i kraft samtidigt som lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

1.7 Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

1 §. Det föreslås att 5, 12 och 58–66 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) upphävs. Bestämmelserna gäller hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning, främjande av hälsa och välfärd i kommunen, kommunens kostnadsansvar i fråga om vårdkostnaderna, statlig ersättning för utbildning för läkare och tandläkare, statlig finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå samt användning av de lokaler som verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvården har för utbildning och forskning. Den nu föreslagna lagen om ordnandet innehåller bestämmelser med samma innehåll, varför de motsvarande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen kan upphävas.

2 §. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen föreslås träda i kraft samtidigt som lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

1.8 Lagen om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården

1 §. Det föreslås att 5, 5 a och 5 b § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) upphävs. I paragraferna föreskrivs om det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, delegationen för social- och hälsovård samt statsunderstöd för utvecklingsprojekt. Den nu föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården innehåller bestämmelser om ett riksomfattande utvecklingsprogram och beviljande av statsunderstöd för genomförande av programmet (31 §) samt om delegationen för social- och hälsovård (27 §). Nämnda paragrafer i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården ska upphävas till följd av detta.

2 §. I paragrafen föreskrivs om ikraftträdandet av lagen. Lagen föreslås träda i kraft samtidigt som lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

1.9 Ändringar i annan lagstiftning

Lagen om ordnandet av social- och hälsovården föranleder ändringar i de flesta gällande lagar om socialvården samt hälso- och sjukvården. Ändringarna beror i huvudsak på att den föreslagna lagen om ordnandet innehåller de viktigaste bestämmelserna om hälso- och sjukvårdens servicestruktur, förvaltningen, organisations- och produktionsansvaret, styrningen och utvecklingen samt tillsynen över vården. På grund av detta kan dessa bestämmelser i regel upphävas i lagarna om socialvården samt hälso- och sjukvården. Dessutom är det nödvändigt att företa tekniska ändringar i lagarna eftersom den aktör som svarar för att ordna vården ändras. Exempelvis de bestämmelser som behandlar uppgifter som nu ankommer på sjukvårdsdistriktet eller specialomsorgsdistriktet för utvecklingsstörda ändras så att i dem hänvisas till uppgifter som ankommer på social- och hälsovårdsområdet eller samkommunen med produktionsansvar.

Flera bestämmelser som nu ingår i hälso- och sjukvårdslagen föreslås bli överförda till lagen om ordnandet. Till följd av denna föreslås att motsvarande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen upphävs. Till dessa bestämmelser som föreslås bli upphävda hör de allmänna bestämmelserna i 1 kap. i hälso- och sjukvårdslagen om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster (6 och 10 §) och bestämmelserna i 7 kap. om statens utbildnings- och forskningsersättningar (59–66 §). Dessutom kan vissa bestämmelser om ordnandet av hälso- och sjukvård och samarbete mellan de aktörer som svarar för att ordna hälso- och sjukvård, t.ex. 34 § om plan för ordnande av hälso- och sjukvård och 43 § om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård, upphävas.

Tekniska ändringar måste företas i nästan alla lagar som handlar om innehållet i socialvården samt hälso- och sjukvården. Ändringarna kan innebära att en enstaka paragraf upphävs eftersom motsvarande bestämmelse måste ingå i lagen om ordnandet eller att den aktör som svarar för ordnandet av vården ändras så att den börjar motsvara det som föreskrivs i lagen om ordnandet. Till de lagar som måste ändras hör

alkohollagen (1143/1994),
lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977),
lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001),
lagen om ordnande av utredningar av sexual- och misshandelsbrott mot barn (1009/2008),
barnskyddslagen (417/2007),
läkemedelslagen (395/1987),
lagen om medicinsk forskning (488/1999),
mentalvårdslagen (1116/1990),
lagen om stöd för närståendevård (937/2005),
lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992),
lagen om missbrukarvård (41/1986),
lagen om nykterhetsarbete (828/1982),
lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005),
socialvårdslagen (710/1982),
lagen om social kreditgivning (1133/2002),

lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992),

lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986),

lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994),

lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987),

lagen om företagshälsovård (1383/2001),
och

lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987).

Dessutom ingår bestämmelser om socialvårdsuppgifter i vissa lagar som behandlar familjerättsliga frågor, t.ex. äktenskapslagen (234/1929), lagen om faderskap (700/1975), adoptionslagen (22/2012), lagen om underhåll för barn (704/1975), lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt (361/1983) samt lagen om verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt (619/1996). Även i dessa lagar är det nödvändigt att företa tekniska ändringar som gäller det ändrade ansvaret för att ordna socialvård.

Avsikten är att göra de behövliga ändringarna under 2015 och 2016.

2 Närmare bestämmelser

Enligt propositionen utfärdas närmare bestämmelser genom förordningar av statsrådet och social- och hälsovårdsministeriet. Innehållet i en del förordningar motsvarar de nuvarande förordningar som utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.

Genom förordning utfärdas närmare bestämmelser om de saker som ska fastställas i beslutet om att ordna social- och hälsovård (12 §), nationell centralisering (17 §), fördelningsgrunderna för projektunderstöd i anslutning till det riksomfattande utvecklingsprogrammet (31 §), arbetsfördelningen mellan regionförvaltningsverken och Valvira (47 §) och inspektionsförfarandet i anslutning till tillsynen (49 §).

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas närmare bestämmelser om programmet för egenkontroll (18 §), de förfaranden som ska iaktas vid resultatstyrningen (29 §) samt ersättningsgrunderna och faktureringsförfarandet för tjänster

(36 §). Genom förordning av ministeriet föreskrivs dessutom om statens ersättningar för utbildningsverksamhet och hälsovetenskaplig forskning (36, 39, 41 och 46 §) samt om innehållet i och kvaliteten på personalens fortbildning (60 §).

3 Ikraftträdande

Lagarna föreslås träda i kraft den 2015, dock så att beslut om grundavtalen för social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar har fattats före de tidsfrister som föreskrivs i 4 och 6 § i ikraftträdandelagen. Organisationsansvaret och produktionsansvaret enligt lagen om ordnandet bärs av social- och hälsovårdsområdena samt samkommunerna från och med den 1 januari 2017.

Åtgärder som krävs för verkställigheten av lagarna får dock vidtas redan innan lagarna träder i kraft.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

4.1 Allmänt

Regeringens proposition bör bedömas med särskild hänsyn till hur de grundläggande fri- och rättigheterna samt den kommunala självstyrelsen som bestäms i grundlagen uppfylls.

Den centrala bestämmelsen med tanke på social- och hälsovården är 19 § i grundlagen. I grundlagens 19 § finns bestämmelser om rätten till social trygghet. Enligt paragrafens 1 mom. har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. I paragrafens 3 mom. föreskrivs en skyldighet för det allmänna att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

I 6 § 1 mom. i grundlagen ingår ett krav på rättslig jämlikhet och i 6 § 2 mom. ett diskrimineringsförbud. Invånare i olika kommuner får inte utan grundad anledning särbehandlas inom social- och hälsovården.

I 17 § 2 mom. i grundlagen bestäms om vars och ens rätt att hos myndigheter i egen

sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, och om det allmännas skyldighet att tillgodose den finskspråkiga och svenskspråkiga befolkningens samhällliga behov enligt lika grunder. I 3 mom. finns en laghänvisning till samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna.

Grundlagens 22 § ålägger det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses.

Enligt 121 § i grundlagen ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt 2 mom. utfärdas genom lag bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna. Självstyrelsen är avsedd att skydda också kommunernas rätt att besluta om sin egen ekonomi. Enligt 3 mom. har kommunerna beskattningsrätt och enligt momentet utfärdas genom lag bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättsskydd. Dessutom har det ansetts att den kommunala självstyrelsen även till andra delar förutsätter att kommunens ekonomiska rörelsefrihet inte begränsas i någon betydande utsträckning. Enligt artikel 9.2 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse ska de lokala myndigheternas ekonomiska resurser motsvara de uppgifter som tilldelats dem i grundlag och annan lag. Även om denna finansieringsprincip som betonar tillräcklig finansiering inte uttryckligen fastställs i 121 § i grundlagen, har grundlagsutskottet och förvaltningsutskottet ofta tagit ställning för att den ska förverkligas när det utfärdas bestämmelser om nya uppgifter eller skyldigheter för kommunerna. Finansieringsprincipen förutsätter att man i samband med varje lag försäkras om att finansieringen är tillräcklig. Eftersom förslagen till väsentliga delar rör kommunal verksamhet, bör i det avseendet de föreslagna bestämmelserna bedömas i förhållande till den kommunala självstyrelsen som det bestäms om i 121 § i grundlagen.

4.2 Utkastets förhållande till grundlagen

Grundlagsutskottets tidigare tolkningspraxis

Bestämmelser om kommunernas olika samarbetsförpliktelser har redan i flera decennier utfärdats i vanlig lagstiftningsordning. Riksdagens grundlagsutskott har behandlat lagbestämd samverkan mellan kommunerna i flera utlåtanden. Grundlagsutskottets bedömning har varit att man ansett det möjligt att föreskriva genom vanlig lag om dessa så kallade tvångssamkommuner och motsvarande samarbetsorgan, även om utskottet har ansett att det i någon mån inskränker kommunernas självstyrelse att genom lag förpliktas att medverka i en samkommun (GrUU 31/1996 rd). Utskottet har också med avseende på frivilligt kommunalt samarbete inom regioner konstaterat (GrUU 11a/1984 rd, s. 2/I) att det med hänsyn till demokratiprincipen i den kommunala självstyrelse som värnas i 121 § i grundlagen vore besvärligt om kommunal beslutanderätt och kommunala uppgifter överfördes i stor skala till ett regionalt organ. Utskottet har ansett att denna synpunkt gäller och i sista hand inskränker också kommunernas möjlighet enligt kommunallagen att överföra sina uppgifter till samkommuner (GrUU 65/2002 rd, s. 3/I, GrUU 22/2006 rd, s. 2).

När grundlagsutskottet har bedömt arrangemangen för påtvingat kommunalt samarbete har det tagit hänsyn till samverkansuppgifternas överkommunala karaktär, en rationell förvaltning av uppgifterna och det faktum att beslutsmekanismen inte ger någon enskild kommun möjlighet att få ensidig bestämmanderätt. En annan sak som har tillmätts betydelse är om arrangemanget väsentligt har inskränkt medlemskommunernas allmänna verksamhetsområde (GrUU 32/2001 rd, s. 2/II, GrUU 65/2002 rd, s. 2–3, GrUU 22/2006 rd, s. 2/II och s. 3–4, GrUU 37/2006 rd, GrUU 11/1984 rd, s. 2/II, GrUU 65/2002 rd, s. 3/II, GrUU 42/1998 rd).

Den föreslagna modellen för ordnandet av social- och hälsovården grundar sig på fem omfattande, obligatoriska samkommuner som tilldelas ansvaret för att ordna alla nuvarande lagstadgade uppgifter inom social- och hälsovården. Den nu föreslagna modellen för de arrangemang för påtvingat kommunalt samarbete som grundlagsutskottet tidigare bedömt kan särskilt jämföras med det så kallade förvaltningsförsöket i Kajanaland, som

till uppgiftsområdet har varit den mest omfattande formen av påtvingat kommunalt samarbete hittills. I försöket hade landskapet Kajanaland hand om merparten av de uppgifter inom social- och hälsovården och undervisningsväsendet som kommunerna ansvarade för. Grundlagsutskottet ansåg att regelverket principiellt sett var synnerligen problematiskt med hänsyn till den viktiga principen om kommunal självstyrelse (GrUU 65/2002 rd, s. 3/I).

I förvaltningsförsöket i Kajanaland syftade regleringen till att garantera likvärdig tillgång på kommunala bastjänster för invånarna i landskapet. Genom försöket syftade man i enlighet med de förpliktelser grundlagens 19 § 3 mom. och 16 § 2 mom. ålägger det allmänna att tillförsäkra invånarna i landskapet tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och säkerställa deras rätt att utveckla sig själva och på jämbördiga villkor också få annan än grundläggande utbildning. Grundlagsutskottet konstaterade i sitt utlåtande GrUU 65/2002 rd att det fanns i de grundläggande fri- och rättigheterna förankrade vägande skäl för regleringen.

För att föra fram aspekter som talade för lösningen hänvisade utskottet till det exceptionellt trängda ekonomiska och sociala läget i Kajanaland, som i förlängningen hotar göra det omöjligt för kommunerna inom området att i behövlig utsträckning producera kommunala bastjänster som hänger samman med de grundläggande fri- och rättigheterna, samt till demokratiprincipen i det föreslagna systemet med landskapsförvaltning (landskapsfullmäktige som valts genom direkta val) och till det faktum att bestämmelserna inte begränsar kommunernas allmänna verksamhetsområde eller deras rätt att sköta frivilliga uppgifter och att landskapet inte får överta alla obligatoriska uppgifter av kommunerna. Dessutom ansåg utskottet att också 121 § 4 mom. i grundlagen, som medger att det genom lag får bestämmas om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner, talade för lösningen. Utskottet ansåg att lagen utifrån en övergripande bedömning kunde behandlas i vanlig lagstiftningsordning i en experimentsituation som denna (GrUU 65/2002 rd, s. 3/II).

Enligt lagen om förvaltningsförsöket ingick i valsyste­met ursprungligen kommunvisa kvoter, och varje kommun garanterades alltså platser i landskapsfullmäktige. De kommunvisa kvoterna slo­pades dock i ett senare ske­de eftersom valsyste­met var så komplicerat. Grundlagsutskottet godkände ändringen med hänvisning till att närmare bestämmelser om grunderna för finansiering av landskapsförvaltningen nu fanns i lag, varvid landskapet inte ensidigt kan besluta påföra kommunerna ett större ansvar för finansieringen, och med hänvisning till att det var fråga om ett tidsbe­gränsat förvaltningsförsök (GrUU 22/2006 rd, s. 4).

Grundlagsutskottet (GrUU 37/2006 rd) an­såg i samband med behandlingen av lagen om en kommun- och servicestrukturereform att de basala uppgifterna inom social- och hälsovården på det sättet var avgränsade uppgiftshelheter att regleringen inte blev problematisk. I regleringen av ramlagen var det fråga om att förplikta små kommuner med en befolkningsbas på färre än 20 000 in­vånare till samverkan. I detta utlåtande tog grundlagsutskottet särskilt ställning till obli­gatoriskt samarbete för små kommuner. När det gäller den föreslagna modellen bör även större kommuners ställning bedömas i förhål­lande till uppgiftens överkommunala karak­­tär.

4.3 Bedömning av det föreslagna servi­cesyste­met inom social- och hälso­vården

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen betyder social- och hälso­tjänster. 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.

I tolkningen av 19 § i grundlagen är det avgörande bland annat hur det ska gå att ord­na tillräckliga social- och hälso­tjänster för befolkningen i hela landet oavsett boningsort. Tjänsternas kvalitet och tillräcklighet inom

social- och hälsovården bör granskas med hänsyn till hela syste­met av grundläggande fri- och rättigheter, såsom till exempel ur lik­värdighetssynpunkt och med tanke på diskrimineringsförbudet (RP 309/1993 rd, s.). I samband med reformen av de grundläg­gande fri- och rättigheterna fäste grundlags­utskottet uppmärksamhet vid kommunernas faktiska möjligheter att klara av de nya uppgifter och förpliktelser som reformen medför (GrUB 25/1993 rd, s. 3/II, se även GrUU 41/2002 rd, s. 3/II). I princip ställer grundla­gen inget hinder för att kommunerna fråntas uppgifter som de för närvarande har enligt lag. Enligt regeringens proposition ska ord­nandet av social- och hälsovården emellertid även i fortsättningen vila på kommunalför­valtningens ansvar.

När det bedöms om tjänsterna är tillräckli­ga är utgångspunkten en sådan nivå för tjän­sterna som skapar förutsättningar för varje människa att fungera som en fullvärdig med­lem av samhället. Tillräckliga tjänster i den betydelse som avses i 19 § 3 mom. är inte desamma som det skydd som ges i sista hand enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Vid ord­nandet av social- och hälsovård får bestäm­melsen en viktig roll när man avgör frågan om hur man kan genomföra tillräckliga men också nödvändiga social- och hälso­tjänster i hela landet. Socialvårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela syste­met med grundläggande fri- och rättigheter, som t.ex. från perspektivet för jämlikhet och förbudet mot diskriminering (RP 309/1993 rd).

Den skyldighet som ålagts det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolk­ningens hälsa avser enligt motiveringen till bestämmelsen å ena sidan social- och hälso­vårdens preventiva verksamhet och å andra sidan utvecklandet av förhållandena i sam­hället inom det allmännas olika verksamhets­sektorer i en riktning som allmänt främjar be­folkningens hälsa.

Det splittrade ansvaret för att ordna tjänster har lett till att både skillnaderna mellan be­folkningsgrupperna och de regionala skillna­derna när det gäller tillgången till social- och hälso­tjänster har ökat och till att ojämlikhe­ten därmed har blivit betydande stor. Detta syns i form av skillnader i välfärd och hälsa

såväl regionalt som mellan befolkningsgrupperna. Ökningen i ojämlikhet är således stor när det kommer till social- och hälsovård. Även i flera internationella utvärderingar har uppmärksamhet fästs på situationen.

Det att den specialiserade sjukvården och basservicen fördelas på olika ansvariga aktörer har ansetts vara särskilt problematiskt. Denna tudelning har lett till en bristfällig fördelning av resurserna till basservicen. Situationen inom basservicen kan på vissa områden högst anses vara tillfredsställande. Till exempel vårdtillgängligheten inom primärvården ligger på en otillfredsställande nivå. Beroende på område kan det vara svårt att få personal. Även det att enskilda kommuner allt mer helt lägger ut social- och hälso tjänsterna försvårar bland annat tillgången på personal på större områden än enskilda kommuner.

Situationen när det gäller den regionala strukturen för ordnandet av tjänster inom social- och hälsovården har under en lång tid varit oklar och möjliggjort mycket varierande servicenivå regionalt. I praktiken verkar lagen om en kommun- och servicestrukturreform ha splittrat situationen ännu mer särskilt vad gäller socialvården. En del av de kommuner som har mycket svårt att trygga social- och hälso tjänsterna för sina kommuninvånare lämnas dessutom på grund av skyldigheterna i lagen om en kommun- och servicestrukturreform, i och med grunderna för undantag i lagen, utanför projektet med kommun- och servicestrukturreformen. Dessutom upphörde lagen om en kommun- och servicestrukturreform att gälla vid utgången av 2013, men de skyldigheter som gäller social- och hälsovården och som ingick i lagen gäller fortfarande även om de endast omfattar en del av de kommuner som ursprungligen omfattades av skyldigheterna. Skyldigheterna rör kommunerna på synnerligen olika villkor.

Med stöd av vad som anförts ovan kan det bedömas att det nuvarande systemet inte i tillräcklig utsträckning garanterar att de grundläggande fri- och rättigheterna förverkligas. Nuläget för tjänsterna beskrivs närmare i avsnitt 2.13 i allmänna motiveringen.

Kommunernas roll vid ordnandet av social- och hälso tjänster grundar sig på en lång tra-

dition. Uppgiftshelheten vid kommunerna har ansetts vara av stor betydelse för systemet av social- och hälso tjänster. Hur kommunerna sköter uppgifter inom andra ansvarsområden har en väsentlig betydelse för servicebehovet och därmed för kostnaderna för servicesystemet. Den nuvarande kommunstrukturen och befolkningsutvecklingen inom den har dock lett till att det har ansetts vara nödvändigt att uppgifterna inom social- och hälso tjänsterna i form av olika mindre helheter flyttas från kommunernas ansvar till en överkommunal uppgift (specialiserad sjukvård, specialomsorger för de utvecklingsstörda, basservice i kommun- och strukturreformen). Vid dessa delreformer har det dock ansetts viktigt att bevara kontakten till det kommunala beslutsfattandet.

Enligt den föreslagna modellen samlas från den nuvarande uppdelade modellen en enhetlig förvaltningsstruktur av nytt slag för social- och hälsovården i hela landet som ska grunda sig på samverkan mellan kommunerna. Enligt propositionen ska ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården överföras till fem social- och hälsovårdsområden, som vad förvaltningsmodellen beträffar är lagstadgade samkommuner. Samtidigt samlas de olika delfunktionerna i servicesystemet inom social- och hälsovården. Från organiseringsansvaret för social- och hälsovården, som vilar på de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden, lösgörs produktionsansvaret, som ska vila på samkommuner som är mindre än social- och hälsovårdsområdena. Finansieringen av social- och hälsovården ska fortfarande till största delen komma från kommunerna.

Behovet av en omfattande integrering av socialvården, primärhälsovården och specialsjukvården utgår från en strävan efter att trygga de tjänster klienterna och patienterna behöver samt de rättigheter som hör samman med dem. Det nuvarande splittrade (icke-integrerade) systemet har gjort det möjligt att överföra ansvaret för vården av klienter och patienter från en aktör till en annan utan att man samtidigt har säkerställt kontinuiteten i behövliga tjänster. Så kan ske till exempel när en person efter avslutad vårdperiod inom specialsjukvården behöver kommunala tjänster. Behovet av en omfattande (vertikal, dvs.

mellan basal nivå och specialnivå, och horisontal, dvs. mellan socialvården och hälsovården) integration har kommit till synes också i att den nuvarande tudelningen har lett till att tjänsterna utförs på olika sätt. Det har inte funnits kapacitet för en övergripande utveckling av verksamheten. I det decentraliserade systemet finns, till både kunnandet och den ekonomiska bärkraften sett, många aktörer som är för små, och allt fler små kommuner har lagt ut hela verksamheten inom social- och hälsovården på entreprenad. Det nuvarande splittrade systemet uppmuntrar aktörerna att maximera sin egen vinning samtidigt som vård och omvårdnad blir mindre kontinuerliga och genomförs mindre helhetsbetonat. Detta innebär ineffektiv användning av offentliga resurser och försämrat förverkligande av det allmännas ansvar att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna som fastställs i grundlagen.

När social- och hälsotjänsterna helt placeras inom samma ansvarsorganisation leder strukturlösningen till att de ansvariga har både ett funktionellt och ett ekonomiskt intresse av att utveckla servicehelhetens alla delar utifrån behovet och effekten. För att genomföra integrationen behövs det bland de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden samt bland samkommunerna med produktionsansvar även sådana stora kommuner som i princip själva kan klara av hela uppgiften. Om de inte deltar i samarbetet har de andra kommunerna inom området inte bärkraft nog att klara av uppgiften ens tillsammans.

På grundval av de ovan relaterade tidigare ställningstagandena av grundlagsutskottet begränsar överföringen av social- och hälsovården till en överkommunal uppgift för obligatoriska samkommuner i sig kommunernas självstyrelse. När systemet bedöms särskilt med avseende på tryggheten av de sociala grundrättigheterna som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen har utskottet ändå ansett att obligatoriska samkommuner kan godkännas särskilt för att ordna hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården är uppgifterna redan nu i stor utsträckning, även när det gäller den basala nivån, överkommunalt organiserade. Jämfört med nuläget krymper den föreslagna samkommunsmodellen kommunens och

kommuninvånarnas påverkningsmöjligheter särskilt när det gäller socialvården. Dock sköts redan nu även många uppgifter inom socialvården överkommunalt.

Den centrala metoden för att trygga de grundläggande rättigheterna i 19 § 3 mom. i grundlagen är att genomföra horisontell och vertikal integration av social- och hälsovården. Sålunda är det enligt regeringens uppfattning i princip möjligt att överföra social- och hälsovården till obligatoriska samkommuner eftersom man på detta sätt bäst kan trygga de social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen samt på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen trygga att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses på lika villkor i hela landet.

Syftet med den föreslagna modellen är att det framöver ska gå att tillgodose tillräckliga social- och hälsotjänster på lika villkor på olika håll i Finland med hänsyn till skyldigheten i 22 § i grundlagen för det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Det är nödvändigt att reformera social- och hälsovården för att de grundläggande fri- och rättigheterna på ovannämnda sätt ska kunna skyddas i enlighet med grundlagen inom de närmaste åren. För att detta ska förverkligas krävs det att social- och hälsovården i sin helhet sköts överkommunalt, så att också de stora kommunerna i fortsättningen deltar i samarbetet mellan kommunerna.

Genomförande av demokrati

Även om överföringen av social- och hälsovårdsuppgifter till en överkommunal uppgift i sig kan anses möjlig på de grunder som anförts ovan, måste det bedömas om den föreslagna samkommunsmodellen på det sätt som 121 § i grundlagen avser tillgodose kommunens och kommuninvånarnas möjligheter att påverka ordnandet av social- och hälsovården i enlighet med demokratiprincipen.

I grundlagsutskottets tolkningspraxis ovan har föremålet för bedömningen i första hand varit huruvida överföringen av uppgifter av en viss omfattning från kommunerna till en samkommun äventyrar kommuninvånarnas

garanterade självstyrelse på ett betydande sätt. I tidigare tolkningspraxis har man däremot inte bedömt huruvida tvångssamkommunens storlek har någon väsentlig betydelse i detta avseende.

Överföringen av de kommande uppgifter som ska ordnas av de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden innebär att en betydande kommunal uppgiftshelhet blir överkommunal för alla kommuners del, även för dem som inte tidigare berörts enligt lag. Det att det kommunala finansieringsansvaret består innebär samtidigt att i medeltal lite under hälften av kommunens budget överförs till samkommunens beslutanderätt. Detta framhäver vikten av att genomföra demokratiprincipen. I den föreslagna modellen blir de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden exceptionellt stora. En samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde kan ha över 60 medlemskommuner.

I Finland finns det ingen erfarenhet av verksamhet i samkommuner som till medlemsantalet är så omfattande som i förslaget, med undantag för samkommunen Eteva som ansvarar för handikapptjänster och som har 47 medlemskommuner. Dess verksamhetsområde är dock väldigt snävt i jämförelse med de samkommuner som nu föreslås.

På grund av att samkommunerna blir exceptionellt stora blir de enskilda små kommunernas och deras invånares påverkningsmöjligheter inom social- och hälsovårdsområdena rätt små, samtidigt som ansvaret för finansieringen av uppgifterna kvarstår hos kommunerna, vilket är betydande för kommunernas ekonomi. Statsandelarna täcker på grund av de ändringar som gjorts under de senaste åren en allt mindre del av det kommunen ansvarar för att finansiera, varvid kommunerna måste använda en allt större del av sina skatteinkomster till att ordna lagstadgade tjänster. Statsandelsprocenten för kommunal basservice är 2015 under 26 procent i statlig-kommunal jämförelse. Enskilda kommuners kalkylmässiga statsandelsprocent är efter den utjämning av statsandelarna som baserar sig på skatteinkomsterna som minst 1,1 procent (Grankulla) och som mest 67 procent (Ranua). Denna konstellation framstår som särskilt problematisk om kommunen

och kommuninvånarna har små möjligheter att påverka beslutsfattandet om ordnandet av tjänsterna.

I de föreslagna samkommunerna som utgör social- och hälsovårdsområden kan en enskild kommuns och dess invånares faktiska påverkningsmöjligheter anses bli begränsade, om man enbart beaktar enkel majoritet. Detta gäller särskilt små kommuner. För ca 180 kommuner kommer andelen röster med den nuvarande kommunindelningen att bli under en procent i de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden, medan andelen röster för de större städerna inom området varierar mellan ca 16 procent och ca 29 procent enligt följande: Helsingfors ca 29 procent, Uleåborg ca 25 procent, Åbo ca 21 procent, Tammerfors ca 24 procent och Jyväskylä ca 16 procent. Å andra sidan finns dock inom den samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde till vilken Helsingfors hör dessutom också andra städer med ganska stora andelar röster (bland andra Esbo ca 12 procent och Vanda ca 10 procent, Lahtis ca 4 procent och Kouvola ca 4 procent). Den relativa fördelningen av beslutanderätten avviker i Södra Finland således sammantaget något från de övriga social- och hälsovårdsområdena. Det finns inget social- och hälsovårdsområde där en enda kommuns andel röster skulle överstiga 50 procent.

På grund av att de små kommunerna likom ovan visas har liten rösträtt, krävs enligt den föreslagna 23 § när beslutet om att ordna social- och hälsovård samt budgeten godkänns utöver en majoritet av rösterna dessutom understöd för beslutet av representanter från en tredjedel av kommunerna. Med anledning av denna bestämmelse krävs det vid de viktigaste besluten (beslutet om att ordna social- och hälsovård samt budgeten) att beslutet har tillräckligt med understöd i tillräckligt många kommuner. Så kan beslut inte heller godkännas genom att de har understöd i enbart de stora kommunerna. Genom ovan nämnda bestämmelser förbättras således avsevärt de små kommunernas möjligheter att påverka beslutsfattandet inom social- och hälsovårdsområdena.

Vid bedömningen av genomförandet av kommunal demokrati är det skäl att lägga vikt vid genomförandet av tjänstproduktio-

nen. I den föreslagna modellen har produktionsansvaret för tjänsterna lösgjorts från organiseringsansvaret för tjänsterna. Det föreslås att produktionsansvaret ges till samkommuner som är mindre än den samkommun som utgör social- och hälsovårdsområdet. En samkommun med produktionsansvar utövar betydande beslutanderätt när det gäller det konkreta tillhandahållet av tjänster. Det är fråga om ett delområde av beslutsfattandet som hänför sig till det nuvarande organiseringsansvaret och som i den föreslagna modellen frigörs från beslutsfattandet i den samkommun som utgör social- och hälsovårdsområdet till mera lokalt beslutsfattande. I den föreslagna modellen fördelas således den beslutanderätt som nu hör till social- och hälsovårdsområdets organiseringsansvar på ett nytt sätt på två nivåer. Inom social- och hälsovårdsområdet riktas beslutanderätten helt till sådana helhetslösningar på strategisk nivå där hela servicehelheten från basnivå till krävande tjänster på specialiserad nivå ingår. Denna beslutanderätt inom en till området sett större helhet är av betydelse särskilt för tryggheten av en lika tillgång på tjänster samt för en kostnadseffektiv servicehelhet. I samkommunerna med produktionsansvar däremot utövas betydande beslutanderätt som hänför sig till det praktiska tillhandahållandet av tjänster på mera lokal nivå än social- och hälsovårdsområdet. I dessa samkommuner med produktionsansvar ska således enskilda kommuner väga tyngre i beslutsfattandet än inom social- och hälsovårdsområdet. När enskilda kommuners möjligheter att påverka bedöms ska alltså även det beaktas att största delen av beslutsfattandet när det gäller det praktiska tillhandahållandet av tjänster sker inom samkommuner som är ungefär lika stora som de nuvarande sjukvårdsdistrikten och där antalet kommuner i medeltal är 16, dvs. betydligt lägre än antalet kommuner inom de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden. I den föreslagna modellen deltar alla kommuner även i beslutsfattandet om tjänster på krävande specialnivå.

Förvaltningsförsöket i Kajaland berörde åtta kommuner, och gällande det ansåg grundlagsutskottet att det med hänsyn till demokratiprincipen i den kommunala självstyrelsen var viktigt att landskapet Kajaland

ands beslutanderätt utövas av ett organ som valts av invånarna i landskapet genom direkta val. När det gäller förvaltningsförsöket i Kajaland är det dock skäl att konstatera att det för det första var fråga om ett försök inom ett begränsat område och för det andra att överföringen av uppgifter utöver social- och hälsovården gällde också vissa andra uppgifter (landskapets planering, regionutvecklingen, hälso- och sjukvården, socialvården och utbildningen samt finansieringen av dessa uppgifter i den mån de hör till landskapets ansvarsområde enligt lagen om ett förvaltningsförsök i Kajaland 343/2003).

När det gäller kommunens påverkningsmöjligheter är det dessutom skäl att konstatera att kravet på politisk representation i 21 § i den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården med avvikelse från bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen har utvidgats till samkommunfullmäktige. Samkommunfullmäktige väljs av representantmötet. Politisk representation begränsar medlemskommunernas valmöjligheter och därmed även betydelsen av den kommunala självstyrelsen, eftersom kommunerna inte direkt får välja de representanter de vill ha i det högsta organet. Det föreslagna arrangemanget har i samband med beredningen inte som sådant ansetts stå i strid med grundlagen, men eftersom det minskar kommunernas påverkningsmöjligheter i beslutsfattandet i det högsta organet är det skäl att beakta det i helhetsbedömningen.

Kommunernas ansvar för finansieringen

I grundlagsbedömningen ska kommunernas ansvar för finansieringen behandlas med tanke på både kommunernas beskattningsrätt och finansieringsprincipen.

Enligt 121 § 3 mom. i grundlagen har kommunerna beskattningsrätt. Substansen i beskattningsrätten är enligt utskottets praxis att den ska spela en reell roll för kommunernas möjligheter att självständigt bestämma över sin ekonomi (GrUU 12/2011 rd, s. 2/II, GrUU 29/2009 rd, s. 2/II).

Grundlagsutskottet har i sin tolkningspraxis ansett att då den kommunala självstyrelsen tryggas av grundlagen tryggas även finansieringsprincipen, enligt vilken man samtidigt

som uppgifter tilldelas kommunerna måste se till att kommunerna har faktiska möjligheter att klara av dem (GrUU 34/2013 rd, s. 2/I, GrUU 30/2013 rd, s. 5/I, GrUU 12/2011 rd, s. 2, GrUU 41/2010 rd, s. 5/I).

Grundlagsutskottet har i sin tolkningspraxis som gäller statsandelssystemet ansett att det med tanke på finansieringsprincipen som tryggas i grundlagen inte bara räcker att bedöma hur den förverkligas till hela den kommunala sektorn sett, eftersom medborgarnas självstyrelse är skyddad i varje kommun (jfr. GrUU 41/2002 rd, s. 3–4, GrUU 16/2014 rd). Konsekvenserna av reformen ska således bedömas också för enskilda kommuner.

Grundlagsutskottet har även fäst uppmärksamhet vid behovet av att i samband med lagstiftningsprojekt som gäller kommunerna och som för tillfället pågår (reformer av kommunstrukturen, kommunallagen och systemet för utjämning av skatteinkomster mellan kommunerna samt av strukturerna inom social- och hälsovården) bedöma statsandelssystemet som en helhet med hänsyn tagen till kommunernas ekonomiska bärkraft och till grundlagen (t.ex. GrUU 34/2013 rd, GrUU 16/2014 rd, s. 4/II). Därför bör statsandelssystemets konsekvenser kommunvis beaktas även vid bedömningen av den föreslagna reformen. Om statsandelarna för kommunal basservice inte ändras medan de enskilda kommunernas betalningsandelar inom social- och hälsovårdsområdena växer mycket jämfört med det nuvarande ansvaret för finansieringen, uppstår en konstellation som kanske inte längre motsvarar den skyldighet att sörja för kommunernas faktiska förutsättningar att klara sina skyldigheter som är i enlighet med finansieringsprincipen.

Finansieringen av social- och hälsovården ska fortfarande till största delen komma från kommunerna. Staten deltar i kostnaderna och i den regionala balanseringen av dem genom kalkylerade statsandelar. Således föreslås ingen ändring i den ursprungliga ansvarsfördelning mellan staten och kommunerna som gäller finansieringen av social- och hälsovårdstjänsterna.

Enligt förslaget ska kommunernas betalningsandelar av finansieringen av social- och hälsovårdsområdet bestämmas genom en av-

gift som baserar sig på kommunens invånarantal, och avgiften ska viktas i enlighet med de sjukfrekvens- och åldersstrukturskriterier i enlighet med lagen om statsandel för kommunal basservice som det ska bestämmas om i lagen. Storleken på andelen av finansieringen ska fastställas på basis av beslutet om social- och hälsovårdsområdets budget.

Liksom bedöms ovan i avsnittet om genomförande av demokrati går för tillfället knappt hälften av kommunernas ekonomi till social- och hälsovården. Av detta täcker statsandelen för kommunal basservice i medeltal under 26 procent. De enskilda kommunernas kalkylmässiga statsandelsprocent varierar mellan 1,1 procent och 67 procent. Eftersom finansieringen av social- och hälsovården har en så stor kommunalekonomisk betydelse och på grund av nivåerna på den kommunvisa kalkylmässiga statsandelsprocenten täcks utgifterna för social- och hälsovården till största delen med kommunala skatteinkomster.

När kommunernas betalningsandelar granskas kalkylmässigt jämfört med kommunernas utgifter för social- och hälsovården 2011–2013, ökar betalningsandelarna för ungefär hälften av kommunerna och minskar för hälften. Den föreslagna finansieringslösningen leder i vissa kommuner till en betydande ökning av kostnaderna för social- och hälsovården.

Dessa kalkylmässiga förändringar kan bedömas ha konsekvenser för kostnaderna i kommunerna särskilt under de första åren av reformen. Det föreslås att konsekvenserna av storleken på förändringen ska minskas genom överföringsbestämmelserna om finansiering i 12 § i införelagen, genom vilka förändringen delas upp i skeden för alla kommuner åren 2017–2020. Dessutom ska från 2021 framåt för kommunernas betalningsandel sättas ett utjämningstak. Sådana kalkylmässiga förändringar i finansieringsandelen som överstiger utjämningstaket ska inte beaktas i finansieringen av social- och hälsovårdsområdet, utan de ska täckas gemensamt i alla kommuners avgifter. Detta utjämningstak ska vara +/- 400 € per invånare jämfört med de genomsnittliga kostnaderna för 2012–2014. Utjämningstaket ska gälla både dem vars betalningsandelar ökar och

dem vars betalningsandelar minskar. Utjämningsstaket ska gälla tills vidare.

Enligt kommunvisa beräkningar skulle förändringarna i kommunernas betalningsandelar per invånare utan ovan beskrivna utjämningsystem variera mellan en minskning på 958 euro och en ökning på 1 863 euro. När utjämningsstaket beaktas skulle variationen i båda ytterligheterna vara högst 400 euro. Utjämningsstaket har bedömts vara nödvändigt eftersom de kalkylerade kostnaderna annars skulle variera relativt mycket.

På basis av den statsandelsreform som träder i kraft 2015 kommer förändringarna i kommunernas betalningsandelar per invånare att variera mellan en ökning på 592 euro och en minskning på 304 euro. Eftersom de enskilda kommunerna påverkas så mycket kommer konsekvenserna av reformen att utjämnas under en period på fem år. Samverkan av den föreslagna finansieringsbestämelsen och statsandelsreformen ökar som mest kommunens kostnader med 804 euro per invånare eller minskar kommunens kostnader med 714 euro per invånare. Nedskärningarna i statsandelarna innebär dessutom att kommunerna förlorar inkomster till ett belopp av ca 259 euro per invånare. Samverkan av bestämmelsen om finansiering av social- och hälsovårdsområden och statsandelarna skulle utan utjämningsstak och beräknat på vinsten av kommunalskatten innebära att trycket på skatteförhöjning kalkylmässigt som mest skulle vara ungefär sex och en halv procentenhet medan möjligheten till skattesänkning skulle vara ca 12 procentenheter. Detta skulle på basis av de kommunala skatteprocenter som fastställts för kommunerna för år 2015 betyda att den lägsta kommunala skatteprocenten skulle vara ca 7 och den högsta ca 27. Utjämningsstaket jämnar ut de kommunvisa konsekvenserna så att den lägsta skatteprocenten skulle vara ca 15 procent och den högsta ca 26 procent. Skillnaden mellan de kommunala skatteprocenterna skulle således växa från nuvarande sex procentenheter till ca 11 procentenheter. Detta ökar kommuninvånarnas ojämlika ställning i finansieringen av tjänsterna. Således ska samverkan bedömas på basis av jämlikheten som tryggas i grundlagen. Vid bedömningen är det även skäl att beakta att trycket på skat-

teförhöjning i synnerhet i små kommuner är stort i nuvarande systemet.

Den beräkning av trycket på skatteinkomsterna som konstateras ovan beskriver de konsekvenser som den bestämmelse om finansiering av social- och hälsovårdsområdena som ska finnas i lagen kommer att ha på kommunernas möjligheter att ansvara för de uppgifter som kvarstår hos kommunerna, eftersom kommunerna kan anpassa sin verksamhet endast när det gäller de uppgifter som kvarstår hos kommunerna. När det gäller ansvaret att betala social- och hälsovården kan kommunerna påverka kostnaderna genom att delta i beslutsfattandet i social- och hälsovårdsområdet. När kommunerna kan anpassa sin verksamhet endast till den verksamhet som kvarstår hos dem, för vilken inverkan av kostnaderna är ungefär hälften, är det troligt att en del av kommunerna blir tvungen att höja sin skatteprocent.

I den föreslagna modellen binds kommunernas skatteinkomster till finansieringen av verksamheten i de lagstadgade samkommunerna för social- och hälsovården. Enligt förslaget ökar dock inte kommunernas uppgifter. Kommunerna ansvarar i nuläget huvudsakligen genom skatteinkomster för finansieringen av social- och hälsovården. Liksom ovan konstateras utgör utgifterna för social- och hälsovården för tillfället i medeltal knappt hälften av kommunernas ekonomi. När den föreslagna modellen betraktas med beaktande av hur bunden kommunens självständiga beslutanderätt över sin ekonomi skulle vara, är skillnaden jämfört med nuläget att organiseringsansvaret nu blir överkommunalt för alla kommuner, medan det för tillfället är överkommunalt enligt lag endast för en del av kommunerna. En annan skillnad skulle vara att bestämmelser om hur kommunernas betalningsandel fastställs ingår i lag, medan kommunerna i nuläget kan avtala om fastställande av också lagstadgade samkommuners betalning i grundavtalen för samkommunerna.

När kommunernas finansieringsprincip bedöms ska dock samtidigt beaktas att syftet med hela reformen är att skapa ett nytt integrerat servicesystem med hjälp av vilket ökningen i social- och hälsovårdens utgifter som helhet kan dämpas och som alla kom-

muner har nytta av. Konsekvenserna som gäller den föreslagna reformens kostnadseffektivitet beskrivs närmare i avsnitt 4.2 om ekonomiska konsekvenser i allmänna motiveringen. Vid bedömningen av samverkan av statsandelssystemet och den nu föreslagna reformen av social- och hälsovården är det skäl att också märka att konsekvenserna av statsandelsreformen huvudsakligen är förbi när konsekvenserna av reformen av social- och hälsovården börjar.

Vid bedömningen av finansieringsprincipen bör dessutom kontrolleras om samkommunerna med produktionsansvar genom bestämmelserna tryggas rätten till tillräcklig finansiering för skötseln av sina uppgifter. Social- och hälsovårdsområdena ska finansiera de kostnader som förorsakas av produktionsansvaret genom en ersättning som betalas till produktionsansvarsområdena.

Social- och hälsovårdsområdena ska finansiera de kostnader som förorsakas av produktionsansvaret till produktionsansvarsområdena. I 34 § i den föreslagna lagen finns bestämmelser om grunderna för ersättningen. Minst 80 procent av ersättningen ska fastställas på basis av en avgift som grundar sig på invånarantalet och som viktas i enlighet med behovskriterier som grundar sig på åldersstruktur och sjukfrekvens. Högst 20 procent av ersättningen ska vara sådan där social- och hälsovårdsområdet beaktar arbetsfördelningen mellan produktionsansvarsområdena, omständigheter, investeringar samt sådana faktorer gällande kostnadseffektivitet och verkningsfullhet som hänför sig till tillhandahållandet av tjänster. När det kommer till dessa högst 20 procent har social- och hälsovårdsområdena således i någon mån styrningsrätt vad gäller inriktning av finansieringen och styrning av verksamheten genom finansiering. Målsättningen är således att genom den avgift på 80 procent som grundar sig på invånarantalet trygga den finansieringsandel som kan förutses för alla produktionsansvarsområden och genom andelen på högst 20 procent styrningsrätt för social- och hälsovårdsområdena när det gäller att produktionsansvarsområdena ska fungera så kostnadseffektivt som möjligt och att det inom produktionsansvarsområdena inte skapas ohälsosamma incitament till att öka den

egna betalningsandelen samtidigt som det skapas överlappningar och ineffektivitet inom funktionerna. Social- och hälsovårdsområdena ska dock anteckna grunderna för fastställande av finansieringen i beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Den föreslagna modellens ändamålsenlighet

Alternativ till den föreslagna modellen skulle kunna vara antingen en samkommunmodell i en nivå eller att helt och hållet överföra social- och hälsovårdsuppgifterna från kommunernas ansvar till sådana i 121 § 4 mom. i grundlagen avsedda förvaltningsområden med självstyrelse som är större än kommuner.

Båda ovannämnda modeller kan i princip användas för att säkerställa att social- och hälsovårdens integrationsmål uppnås. I en samkommunmodell i en nivå skulle demokratin i viss mån förverkligas bättre än i den föreslagna modellen, om antalet samkommuner motsvarar det maximala antal produktionsansvarsområden som nu föreslås. Där emot skulle finansieringsansvaret också i en modell i en nivå falla på kommunerna, så frågor i anknytning till finansieringsprincipen och kommunernas beskattningsskydd skulle man på motsvarande sätt bli tvungen att bedöma också för en modell i en nivå.

På regional självstyrelsenivå skulle demokratin förverkligas genom direkta val. Om en region på självstyrelsenivå dessutom hade egen beskattningsrätt, skulle problemen med kommunernas finansieringsansvar försvinna.

Dessa ovannämnda alternativa modeller kan även när det gäller förvaltningen och finansieringssystemet anses vara tydligare än den modell som nu föreslås. Den modell som nu föreslås har dock ansetts vara mera ändamålsenlig än dessa alternativa modeller, för det första eftersom det har ansetts viktigt att bevara social- och hälsovården i kommunbaserad form för att bevara kontakten mellan beslutsfattandet och kommunens övriga verksamhetsområden samt mellan finansieringen av servicesystemet och beslutsfattandet som gäller välfärd och främjande av hälsa. För det andra anses det vara motiverat att dela upp social- och hälsovårdsområdenas uppgifter och produktionsansvarsområdenas

uppgifter på två samkommunsnivåer å ena sidan med tanke på kontrollen och styrningen av den regionala helheten och å andra sidan för att ett mera lokalt beslutsfattande ska kunna säkerställas. En övergång till ett sådant regionalt självstyre som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen skulle också innebära en mycket stor förändring för det finländska samhällssystemet. Man har inte ansett det motiverat att genomföra en sådan ändring endast utifrån social- och hälsovårdens behov. I avsnitt 3.2 i allmänna motiveringen ges en utförligare beskrivning av den valda modellens ändamålsenlighet.

Rösträtten vid beslutsfattandet

Grundlagsutskottet har i flera ställningstaganden ansett att en enskild kommuns ensidiga bestämmanderätt i det lagbestämda samarbetet mellan kommunerna står i konflikt med den kommunala självstyrelsen, så bland annat i utlåtandet om lagförslaget om att slå samman Helsingfors sjukvårdsdistrikt och Nylands sjukvårdsdistrikt GrUU 42/1998 rd. Grundlagsutskottet konstaterade i samma utlåtande att "[i] det lagfästa interkommunala samarbetet måste de deltagande kommunernas beslutanderätt ordnas så att till exempel en eller två kommuner tillsammans [inte] kan inneha kvalificerad majoritet."

Grundlagsutskottet har behandlat en begränsning av kommunens rösträtt också bland annat i samband med kommun- och servicestrukturen (GrUU 37/2006 rd) och med förvaltningsförsöket i Kajanalands kommun (GrUU 65/2002 rd och GrUU 22/2006 rd).

I samband med kommun- och servicestrukturen ansåg grundlagsutskottet att ett beslutssystem grundat enbart på invånarantalet inte nödvändigtvis i alla fall garanterar att en kommun med ett litet invånarantal alls blir representerad i samarbetsområdets organ. Utskottet ansåg att möjligheten att en kommun kan få ensidig bestämmanderätt strider mot utskottets vedertagna praxis för det beslutssystem som ska följas i kommunernas obligatoriska samarbete. Utskottets ståndpunkt gällde uttryckligen fördelningen av rösträtten i obligatoriskt samarbete.

Å andra sidan har grundlagsutskottet godkänt att kommunerna i det obligatoriska sam-

arbetet kan ingå överenskommelser om rösträtten. På det sättet kan det med stöd av avtal uppstå en situation där representanterna för en enskild kommun har avgörande majoritet vid beslutsfattandet. Grundlagsutskottet har i sin utlåtandepaxis inte heller ingripit i kommunernas frivilliga samarbete. I det avseendet har kommunerna i vissa fall i själva verket kommit överens om fördelningen av rösträtten så att det har kunnat uppstå ensidig bestämmanderätt för en enskild kommun.

Enligt de föreslagna 19 och 22 § ska på en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde och på en samkommun med produktionsansvar tillämpas vad som föreskrivs om samkommuner i 10 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs genom lag. Den föreslagna 23 § innehåller bestämmelser om rösträtt i både en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde och i en samkommun med produktionsansvar.

Propositionens servicestruktur med fem samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden står med den nuvarande kommunstrukturen inte i konflikt med grundlagen när det gäller kommunernas rösträtt. Varje social- och hälsovårdsområde bildar en så stor samkommun att ingen kommun ensam har bestämmanderätt. Eftersom i synnerhet de små kommunernas rösträtt annars blir mycket liten inom ett social- och hälsovårdsområde, innehåller 23 § därtill ett krav enligt vilket ett beslut om att ordna social- och hälsovård och ett förslag till budget ska understödjas av en majoritet av rösterna och dessutom av minst en tredjedel av medlemskommunerna. Således krävs det vid de viktigaste besluten (beslutet om att ordna social- och hälsovård samt budgeten) att beslutet har tillräckligt med understöd i tillräckligt många kommuner. Så kan beslut inte heller godkännas genom att de har understöd i enbart de stora kommunerna.

Beträffande samkommunerna med produktionsansvar kan situationen utan särskild reglering komma att stå i strid med grundlagen i fråga om hur rösträtten bestäms. Därför har det i den föreslagna 23 § tagits in bestämmelser om att begränsa röstetalet i samkommunerna med produktionsansvar, så att ett beslut i en samkommun med produktionsansvar

kräver att det understöds av en majoritet av rösterna och dessutom av minst två kommuners representanter, så att över hälften av dessa två kommuners representanter understöder beslutet i fråga. Detta innebär att om den största kommunen i en samkommun med produktionsansvar har enkel röstmajoritet, har den trots det inte ensidig bestämmanderätt, men alla de andra kommunerna tillsammans kan emellertid inte heller fatta ett beslut som går emot denna största kommuns vilja.

Föreskrivande om kommunernas uppgifter genom lag

Enligt 121 § 2 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna genom lag. Bestämmelsens primära uppgift är att förbehålla lagstiftaren behörigheten att bestämma kommunens uppgifter. Författningspraxis har hittills fokuserats på gränsdragningen mellan lag och förordning i situationer där uppgifter uppdras åt alla kommuner. Den grundläggande utgångspunkten är att kommuner inte kan tilldelas uppgifter genom bestämmelser på förordningsnivå eller administrativa beslut.

Det måste specificeras tillräckligt exakt genom lag vilka uppgifter som ges till kommuner eller samkommuner samt tillräckligt exakta grunder enligt vilka de samkommuner som får i uppdrag att producera tjänster bestäms med stöd av lag.

Enligt förslaget ska organiseringsansvaret för social- och hälsojourer vila på fem samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden. Vilka kommuner som hör till dessa samkommuner bestäms i den införandelag som ingår i propositionen. Alla kommuner ska höra till samkommuner med produktionsansvar. Enligt förslaget till lag om ordnandet av social- och hälsovården ska social- och hälsovårdsområdet i beslutet om att ordna social- och hälsovård bestämma vilka samkommuner som ansvarar för produktionen av de lagstadgade social- och hälsojourerna.

I lagen anges dock exakta kriterier för produktionsansvarsområdena. Bestämmelser om kriterierna finns i 14 § i lagförslaget. Kriterierna gäller för det första omfattningen av an-

svaret för verksamheten och för det andra den bärkraft som krävs av aktörer. Dessutom ingår i bestämmelsen krav på regional och funktionell enhetlighet. Utöver detta föreskrivs det om det maximala antal samkommuner med produktionsansvar som får finnas inom respektive område. Genom att begränsa antalet samkommuner med produktionsansvar försöker man med hjälp av lagstiftningen göra så att storleken på produktionsansvarsområdena bibehålls på åtminstone samma nivå som på de nuvarande sjukvårdsdistrikten. De sammanlagda kriterierna leder till att social- och hälsovårdsområdenas beslutanderätt över fastställandet av produktionsansvarsområdena inskränker sig främst till frågan om det inom området ska finnas färre samkommuner med produktionsansvar än vad lagen högst tillåter. Dessutom kan beslutanderätt i någon mån anses föreligga i frågor om hur gränserna för enskilda produktionsansvarsområden i gränsområden ska fastställas.

I den föreslagna modellen är organiseringsansvaret och produktionsansvaret för tjänsterna separerade från varandra, så att ett social- och hälsovårdsområde med stöd av sin uppgift att ordna tjänsterna har rätt att meddela ett i 12 § avsett beslut om att ordna social- och hälsovård. Utöver det ovan beskrivna bestämmandet om produktionsansvarsområden innefattar beslutet om att ordna social- och hälsovård beslutanderätt om hur social- och hälsojourerna ska ordnas i området. När samkommunerna med produktionsansvar sköter sin produktionsansvarsuppgift ska de följa beslutet om att ordna social- och hälsovård. Den beslutanderätt som ingår i beslutet om att ordna social- och hälsovård gäller framför allt säkerställandet av tillräckliga och jämlika tjänster av god kvalitet i hela social- och hälsovårdsområdet. Enligt den föreslagna modellen kan det bildas högst 19 produktionsansvarsområden i hela landet. Detta innebär att det kommer att bli produktionsansvarsområden med mycket olika bärkraft. Därför är det nödvändigt att social- och hälsovårdsområdet använder den beslutanderätt som hör samman med dess organiseringsansvar för att säkerställa jämlika tjänster på sitt område.

4.4 Nationell styrning

I propositionen föreslås att den nationella styrningen av social- och hälsovården stärks jämfört med nuläget. I anslutning till detta föreslås att regeringen vart fjärde år till riksdagen överlämnar en redogörelse för de långsiktiga målen för social- och hälsovården samt de strategiska riktlinjerna för ordnandet av tjänster. Social- och hälsovårdsministeriet ska beakta dessa målsättningar när ministeriet styr den kommunala social- och hälsovården. I propositionen föreslås det att det föreskrivs om ett förhandlingsförfarande mellan social- och hälsovårdsministeriet och social- och hälsovårdsområdena. Det ska skapas ett lagstadgat förhandlingsförfarande inom ramen för vilket social- och hälsovårdsområdena årligen ska förhandla med social- och hälsovårdsministeriet om fullgörandet av de uppgifter och tillhandahållandet av de tjänster som ingår i ansvaret för att ordna tjänster i området. Innan beslutet om att ordna social- och hälsovård eller ändringar i beslutet godkänns, ska social- och hälsovårdsområdena höra social- och hälsovårdsministeriet och beakta ministeriets synpunkter.

Grundlagsutskottet har i sin tolkningspraxis ansett att det rimmar väldigt illa med ett grundlagsfäst system att statsrådet åläggs att i ett bestämt ärende och inom en viss tid lämna en redogörelse till riksdagen (t.ex. GrUU 37/2006 rd). Det är dock nödvändigt att föra de långsiktiga målen för social- och hälsovården till behandling i riksdagen, och grundlagen känner inga andra motsvarande förfaranden som lämpar sig för detta syfte.

4.5 Bemyndigande att utfärda förordning

Enligt 80 § i grundlagen kan statsrådet utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska det dock utfärdas bestämmelser bland annat om frågor som enligt grundlagen hör till området för lag. Även andra myndigheter kan genom lag bemyndigas att utfärda rättsnormer i bestämda frågor, om det med hänsyn till föremålet för regleringen finns särskilda skäl och regleringens betydelse

se i sak inte kräver att den sker genom lag eller förordning. Tillämpningsområdet för ett sådant bemyndigande ska vara exakt avgränsat.

Propositionen innehåller flera bemyndiganden att utfärda förordning för statsrådet och för social- och hälsovårdsministeriet.

Genom de föreslagna bemyndigandena att utfärda förordning görs det möjligt att med stöd av bestämmelser i lag utfärda närmare bestämmelser om det som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård (12 § 5 mom.), nationell koncentrerings (17 § 1 och 2 mom.), programmet för egenkontroll (18 § 3 mom.), de tillvägagångssätt som ska tillämpas inom resultatstyrningen (29 § 3 mom.), grunderna för fördelningen av statsunderstödet (31 § 5 mom.), beloppen av statens ersättning och ersättningsförfarandet (36 § 2 mom. och 46 §), arbetsfördelningen mellan de statliga tillsynsmyndigheterna (47 § 3 mom.) och fortbildning för social- och hälsovårdspersonalen (61 §). I alla dessa frågor fastställs uppgiftens centrala innehåll i lagen, och genom förordning kan bestämmelser som kompletterar lagen utfärdas.

De föreslagna bemyndigandena att utfärda förordning är exakt avgränsade på det sätt som förutsätts i grundlagen och kommunerna eller samkommunerna kan genom dem inte åläggas nya uppgifter eller förpliktelser.

4.6 Språkliga rättigheter

Tillgodoseendet i kommunerna och samkommunerna av de språkliga rättigheterna som tryggas i 17 § 1 och 2 mom. i grundlagen med avseende på svenska och finska är i språklagen bundet till kommunens språkliga ställning. Individens rätt att använda sitt eget språk påverkas följaktligen av om kommunen är enspråkig eller tvåspråkig liksom av vilket språk som är majoritetsspråk i kommunen. Detsamma gäller samkommuner. Av den orsaken kan ändringar som inverkar på den språkliga ställningen hos den organisation som är ansvarig för att ordna tjänsterna ha avsevärda konsekvenser också för individens språkliga rättigheter.

Genom reformen bildas fem samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden och högst 19 samkommuner med produk-

tionsansvar. I jämförelse med nuläget är dessa områden större, varvid även de språkliga rättigheterna ska genomföras på ett större område. Om det inom ett social- och hälsovårdsområde finns en enda finsk-, svensk- eller tvåspråkig kommun ska administrativa beslut inom hela området fattas på klientens eller patientens modersmål eller på det språk han eller hon väljer, på finska eller svenska. Dessutom ska tjänsterna inom produktionsansvarsområdet erbjudas på finska eller svenska. Reformens konsekvenser för de språkliga rättigheterna beror på hur kommunernas obligatoriska samarbete genomförs i praktiken. När social- och hälsovårdsområden samt samkommuner med produktionsansvar bildas bör kraven i 17 § 2 mom. och 122 § 1 mom. i grundlagen beaktas. Enligt den sistnämnda bestämmelsen ska en indelning i sinsemellan förenliga områden eftersträvas när förvaltningen organiseras, så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder.

Grundlagsutskottet har i sitt betänkande om grundlagspropositionen konstaterat när det gäller 122 § i grundlagen att de språkliga förhållandena kan vara ett sådant särskilt skäl som berättigar till avsteg från i och för sig förenliga områden (GrUB 10/1998 rd, s. 35). Enligt utskottet betyder detta bland annat att om det är möjligt att fastställa en administrativt fungerande områdesindelning på flera alternativa sätt, kräver skyldigheten att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna att det alternativ väljs som bäst tillgodoser de grundläggande språkliga rättigheterna. Nämnda moment och 17 § 1 och 2 mom. i grundlagen hindrar inte i sig bildandet av områden, under förutsättning att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens likvärdiga möjligheter att få tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. I 7 och 24 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården förutsätts det att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens rätt att använda sitt eget språk och att få tjänster på det språket beaktas när lagen genomförs.

Med tanke på de grundlagsenliga språkliga rättigheterna kan det anses bekymmersamt om en språklig minoritet befinner sig i utkanten av ett stort verksamhetsområde. Till den

na del bör tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna i de föreslagna social- och hälsovårdsområdena beaktas särskilt när det gäller placeringen av de nuvarande kommunerna i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt. Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt är enligt 6 § i språklagen en tvåspråkig samkommun, eftersom det omfattar Karleby, där majoritetsspråket är finska, och Kronoby, där majoritetsspråket är svenska. Enligt förslaget hör samtliga kommuner i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt till Norra social- och hälsovårdsområdet, vilket gör att den svenskspråkiga minoriteten finns i utkanten av social- och hälsovårdsområdet.

Att Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt hör till Norra social- och hälsovårdsområdet kan dock med tanke på fullgörandet av ansvaret att ordna social- och hälsovård anses vara det primära alternativet. Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt hör även för närvarande till specialupptagningsområdet Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt, och därmed även verksamhetsmässigt till samma helhet. Förslaget överensstämmer till denna del med samtliga kommuners ståndpunkt i Mellersta Österbotten.

Betydelsen av de språkliga rättigheterna accentueras framför allt när det bildas produktionsansvarsområden, eftersom det är produktionsansvarsområdet som ansvarar för det faktiska tillhandahållandet av de tjänster som tillhandahålls medborgarna, medan social- och hälsovårdsområdets roll är administrativ. Som det konstateras ovan finns det i princip bättre möjligheter att tillhandahålla tjänster på ett stort område på ett sätt som gör att de språkliga rättigheterna tillgodoses. I förslaget ges Norra social- och hälsovårdsområdet dock möjlighet att bilda fem produktionsansvarsområden. Detta motsvarar antalet sjukvårdsdistrikt som ingår i det nuvarande specialupptagningsområdet Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt. När Norra social- och hälsovårdsområdet fattar beslut om bildande av produktionsansvarsområden, måste särskild hänsyn tas till tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna. Vid tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna ska hänsyn också tas till social- och hälsovårdspersonalens färdigheter att använda de båda nationalspråken.

Enligt regeringens proposition ska ett social- och hälsovårdsområde som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner vara skyldiga att tillsätta en nämnd för minoritetens språk, vars uppgift är att följa tillgången till tjänster på minoritetens språk och deras kvalitet samt att lägga fram förslag till utveckling av tjänsterna. Det föreslås att personer som företräder den språkliga minoriteten i området utses till medlemmar i nämnden för minoritetens språk.

I och med reformen upphör de nuvarande lagstadgade samkommunernas, bl.a. samkommunernas för specialomsorgsdistrikten enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, ställning som obligatoriska samkommuner som producerar tjänster. Detta gäller även Kårkulla specialomsorgsdistrikt som en lagstadgad samkommun enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Samkommunen ansvarar för närvarande särskilt för specialomsorgstjänster för utvecklingsstörda på svenska. Om kommunerna avtalar om det, kan samkommunen kvarstå som ansvarig för ägandet och administrationen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem (10 § i införelagen). Medlemskommunerna i samkommunen är i det fallet skyldiga att ändra samkommunens grundavtal från ingången av 2017.

Den tidigare samkommunen Kårkulla kan också fortsätta med sin verksamhet som serviceproducent och sälja sina tjänster vidare till samkommuner med produktionsansvar. Detta förutsätter emellertid att verksamheten bolagiseras eller att en ny samkommun bildas, så att den nuvarande lagstadgade samkommunen för specialomsorger omvandlas till serviceproducent. Samkommunen Kårkullas nuvarande medlemskommuner ska enligt förslaget dock inte längre vara skyldiga att delta i verksamheten, utan samarbetet sker på frivillig basis. Om kommunerna beslutar att fortsätta Kårkullas verksamhet i form av en frivillig samkommun eller i bolagsform, kan samkommunerna med produktionsansvar köpa tjänster av Kårkulla. Om kommunerna kommer överens om att frivilligt fortsätta med verksamheten, ska man sträva efter att

ge den personal som behövs möjlighet att efter eget val övergå direkt till en annan organisation som kommunerna kommer överens om, i stället för till samkommunen med produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar har i vilket fall som helst en lagstadgad skyldighet att sörja för att också den språkliga minoriteten har tillgång till specialtjänster efter behov.

4.7 Samernas rättigheter

Samernas kulturella självstyre och rätt att använda samiska har nära samband med den nuvarande kommunindelningen. Samernas hembygdsområde bestäms enligt 4 § i samesingslagen enligt den nuvarande kommunindelningen. Hembygdsområdet består av Enontekis, Enare och Utsjoki kommuner samt området för renbeteslaget Lapin paliskunta i Sodankylä kommun. Hembygdsområdet bestämmer också samernas språkliga rättigheter, eftersom rättigheterna är mera omfattande inom hembygdsområdet än utanför.

Det föreslås att en hänvisning till den samiska språklagen (1086/2003), där det ingår bestämmelser om rätten att använda samiska, ska ingå i 6 § om språket som tjänster ska ordnas på i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Rätten att använda samiska gäller samernas hembygdsområde.

Det föreslås att social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar ska åläggas en skyldighet att tillsätta en nämnd för minoritetens språk. Nämnden ska ha i uppgift att utveckla och sammanjämka tjänsterna för den språkliga minoriteten i området samt utbildningen på minoritetsspråket för social- och hälsovårdspersonal. Vidare föreslås en bestämmelse om en nämnd för det samiska språket i social- och hälsovårdsområden som omfattar en kommun som hör till samernas hembygdsområde. Det föreslås att personer som företräder samiskspråkiga invånare utses till medlemmar i nämnden. Minst en tredjedel av nämndens medlemmar ska utses bland personer som föreslagits av samesinget.

Eftersom lagförslaget på många punkter har anknytning till grundlagen och den före-

slagna modellen avviker avsevärt från de nuvarande modellerna för kommunal verksamhet, vilka baserar sig på etablerade principer för hur grundlagen ska tolkas, föreslår reger-

ingen att grundlagsutskottet ombes yttra sig om propositionen.

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

1.

Lag**om ordnandet av social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:
1 kap.

Allmänna bestämmelser

1 §

Lagens syfte

Syftet med denna lag är att

- 1) främja och upprätthålla befolkningens välfärd och hälsa,
- 2) främja kvaliteten på social- och hälsovården,
- 3) säkerställa klienternas och patienternas rätt till en god social- och hälsovård,
- 4) skapa förutsättningar för tillräcklig tillgång till social- och hälso- och sjukvård på lika villkor i hela landet,
- 5) säkerställa social- och hälsovård som har en fungerande och enhetlig samt verkningsfull och kostnadseffektiv servicestruktur, samt
- 6) genomföra en integration av socialvården och hälso- och sjukvården samt stärka basservicen inom social- och hälsovården på det regionala och nationella planet.

2 §

Tillämpningsområde

Denna lag tillämpas på ordnandet, produktionen och finansieringen av den kommunala social- och hälsovården liksom även på ut-

vecklandet och styrningen av samt tillsynen över den.

På ordnandet och förvaltningen av hälso- skyddsuppgifter som gäller individer och livsmiljö tillämpas lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) i stället för denna lag.

Bestämmelserna om utbildningsersättning i 39 och 43 § i denna lag tillämpas också på utbildning i landskapet Åland.

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

- 1) social- och hälsovårdsområde ett geografiskt område som består av kommuner och en samkommun som består av de kommuner som hör till området, varvid samkommunen ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område,
- 2) social- och hälso- och sjukvård de uppgifter och tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården för vars ordnande social- och hälsovårdsområdet ansvarar samt främjande av välfärd och hälsa, och
- 3) produktionsansvar samkommunens skyldighet att producera social- och hälso- tjänster enligt social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård samt ansvaret för utövningen av den offentliga makt som är förknippad med tjänsterna.

4 §

Resurser för social- och hälsovård

Ett social- och hälsovårdsområde samt en samkommun med produktionsansvar ska ha tillräckliga resurser för främjandet av välfärd och hälsa samt tillhandahållandet av lagstadgade social- och hälso-tjänster.

5 §

Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet

Social- och hälso-tjänster ska ordnas på lika villkor. Tjänsterna ska till innehåll och kvalitet uppfylla de krav som social- och hälsovårds-lagstiftningen samt behoven hos kommuninvånarna inom ett social- och hälsovårdsområde ställer. Tjänsterna ska med hänsyn till befolkningens behov tillhandahållas nära dem som anlitar tjänsterna. Tjänsterna får centraliseras endast om tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskaper eller dyra investeringar eller om ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det.

Vid tillhandahållandet av social- och hälso-tjänsterna ska tillgängligheten främjas.

6 §

Personrelaterat tillämpningsområde för ansvaret för ordnande och produktion av social- och hälsovård

Social- och hälsovårdsområdet ska för personer vars hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/1994) är en kommun som hör till social- och hälsovårdsområdet ordna sådana social- och hälso-tjänster som avses i denna lag.

En samkommun med produktionsansvar ska för personer vars hemkommun enligt lagen om hemkommun är kommunen eller en kommun som hör till samkommunen producera sådana social- och hälso-tjänster som avses i denna lag.

Andra personer än de kommuninvånare som avses i 1 och 2 mom. har rätt att få soci-

al- och hälso-tjänster enligt det som föreskrivs om detta någon annanstans.

7 §

Språk som tjänster ska ordnas på

Social- och hälso-tjänster ska ordnas på både finska och svenska, om ett social- och hälsovårdsområde omfattar en eller flera tvåspråkiga kommuner eller både finsk- och svenskspråkiga kommuner. Tjänsterna ska ordnas så att klienterna och patienterna blir betjänade på det språk de väljer, antingen finska eller svenska. Bestämmelser om rätten att använda, bli hörd och få expeditioner på finska eller svenska och om rätten till tolkning när dessa språk används hos myndigheterna finns i 10, 18 och 20 § i språklagen (423/2003). Bestämmelser om rätten att använda samiska finns i samiska språklagen (1086/2003).

Om social- eller hälsovårdspersonalen inte behärskar andra språk än de språk som avses i 1 mom. eller om klienten eller patienten på grund av en sinnesdefekt eller ett talfel eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska vid tillhandahållandet av tjänster i den mån det är möjligt tolkning ordnas och en tolk anskaffas.

Om det är fråga om ett ärende som kan inledas av en myndighet, ska bestämmelserna i 26 § i förvaltningslagen (434/2003) tillämpas i fråga om skyldigheten att ombesörja tolkning och översättning. Bestämmelser om skyldigheten för Folkpensionsanstalten att ordna tolkningstjänster för hörselskadade, synhörselskadade och talskadade finns i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010).

När tjänster ordnas ska man dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, antingen finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar tjänster som avses i 1 mom. Man ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

8 §

Främjande av välfärd och hälsa i kommunerna

En kommun ska bevaka kommuninvånarnas levnadsförhållanden, välfärd och hälsa och de faktorer som påverkar dessa inom varje område och befolkningsgrupp. En rapport om kommuninvånarnas välfärd och hälsa och om de åtgärder som har vidtagits ska varje år lämnas till kommunfullmäktige. Dessutom ska en välfärdsberättelse tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod.

Kommunerna ska i sin strategiska planering ställa upp mål för främjandet av välfärd och hälsa. De ska vidare fastställa åtgärder som stöder målen. De konsekvenser som besluten har för människors välfärd och hälsa ska bedömas i förväg och beaktas vid beslutsfattandet inom kommunens olika verksamhetsområden. De kommunala verksamhetsområdena ska samarbeta med varandra för att främja välfärd och hälsa. Dessutom ska kommunen utse ansvariga för främjandet av välfärd och hälsa och samarbeta med andra offentliga aktörer, privata företag och allmännyttiga samfund som är verksamma i kommunen.

Välfärdsberättelsen ska utarbetas elektroniskt i enlighet med den modell och de tekniska krav som fastställts av Institutet för hälsa och välfärd.

9 §

Främjande välfärd och hälsa regionalt och i tjänsteproduktionen

Social- och hälsovårdsområdet samt samkommuner med produktionsansvar ska i sin verksamhet i förväg bedöma och beakta effekten av beslut på olika befolkningsgruppers välfärd och hälsa, i sin planering sätta mål för främjande av välfärd och hälsa i samband med ordnandet och produktionen av social- och hälso-tjänster samt som stöd för målen fastställa åtgärder och ansvariga. Social- och hälsovårdsområdet ska utarbeta en regional välfärdsberättelse om befolkningens välfärd och hälsa, om faktorer som påverkat dessa

och om de åtgärder som genomförts. När berättelsen utarbetas ska kommunerna i området och samkommunerna med produktionsansvar höras. Berättelsen ska utarbetas elektroniskt i enlighet med den modell och de tekniska krav som fastställts av Institutet för hälsa och välfärd.

Samkommunerna med produktionsansvar ska samarbeta med kommunerna i området och stödja dem med sin expertis i syfte att främja välfärd och hälsa.

2 kap.

Ordnandet av social- och hälsovården

10 §

Social- och hälsovårdsområden

För ordnandet av social- och hälsovården finns det följande fem social- och hälsovårdsområden:

- 1) Södra social- och hälsovårdsområdet,
- 2) Östra social- och hälsovårdsområdet,
- 3) Mellersta social- och hälsovårdsområdet,
- 4) Västra social- och hälsovårdsområdet,
- 5) Norra social- och hälsovårdsområdet.

Ett social- och hälsovårdsområde består av de kommuner som hör till samkommunen i området. Kommunerna ska bilda en regionalt enhetlig helhet. Varje kommun ska höra till något av de social- och hälsovårdsområden som nämns i 1 mom.

Statsrådet beslutar till vilket social- och hälsovårdsområde en kommun hör.

11 §

Organiseringsansvar för social- och hälsovården

Enligt denna lag innefattar organiseringsansvaret för social- och hälsovården ansvar att sköta lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifter och ansvar för

- 1) likvärdig tillgång till och kvalitet på tjänster,
- 2) tjänsternas tillgänglighet på lämpligt sätt,
- 3) fastställande av behov och kvantitet,

4) produktionsstrukturen och beslutandet om produktionsätten, samt

5) uppföljning och utveckling av kvaliteten, kvantiteten och effekten samt tillsyn över produktionen.

I organiseringsansvaret för social- och hälsovården ingår ansvaret för att de språkliga rättigheterna tillgodoses inom social- och hälso-tjänsterna.

12 §

Beslutet om att ordna social- och hälsovård

Social- och hälsovårdsområdet ska vart fjärde år utifrån de förhandlingar som har förts med samkommunerna med produktionsansvar utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård, där det framgår hur de social- och hälso-tjänster som hör till social- och hälsovårdsområdets ansvar för att ordna social- och hälsovård ska tillhandahållas. Beslutet ska grunda sig på uppföljningsuppgifter om befolkningens välfärd och hälsa i området, servicebehovet i området samt uppföljningsuppgifter om verksamheten och ekonomin när det gäller social- och hälso-tjänsterna i området. Vid utarbetandet av beslutet om att ordna social- och hälsovård ska de synpunkter som invånarna i området har beaktas.

I beslutet om att ordna social- och hälsovård ska följande fastställas:

1) hur områdets social- och hälso-tjänster ska tillhandahållas så att en klientinriktad integration realiserar,

2) hur tillgången och tillgängligheten till närservice säkerställs,

3) de principer enligt vilka invånarnas i 30 § avsedda möjligheter att delta och påverka tillgodoses inom social- och hälsovårdsområdet och i de tjänster som det ansvarar för att ordna,

4) hur de riksomfattande strategiska målen för social- och hälsovården ska uppnås samt de riksomfattande utvecklingsprogrammen genomföras inom området,

5) målen och de ansvariga för främjandet av välfärd och hälsa samt samarbetet med kommunerna och andra i området,

6) service- och kvalitetsnivån på social- och hälso-tjänsterna samt enhetlig praxis,

7) genomförandet av befolkningens språkliga rättigheter,

8) de samkommuner som har produktionsansvar samt deras uppgifter,

9) arbetsfördelningen mellan samkommuner med produktionsansvar i fråga om tjänster på krävande specialnivå och övergripande dygnetruntjour,

10) de stödtjänster som hör till social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar samt de tjänster som med stöd av 15 § 1 mom. införlivats i områdets produktionsansvar,

11) riktandet av finansiering och resurser till samkommunerna med produktionsansvar samt investeringsplanen för social- och hälso-tjänster,

12) de centrala principerna för de tjänster som anskaffas från andra än kommunerna och samkommunerna och för användningen av servicesedlar, omfattningen av de tjänster som anskaffas samt fördelningen av genomförandet av anskaffningar mellan social- och hälsovårdsområdet och samkommunerna med produktionsansvar,

13) säkerställandet av en ändamålsenlig, kostnadseffektiv och verkningsfull servicestruktur samt hur de tjänster som tillhandahålls kommunalt i enlighet med beslutet om att ordna social- och hälsovård och de tjänster som anskaffas på annat sätt ska samordnas, och

14) hur genomförandet av 1–13 punkten följs upp och utvärderas.

Beslutet om att ordna social- och hälsovård godkänns av det högsta beslutande organet i social- och hälsovårdsområdet. Innan beslutet godkänns ska social- och hälsovårdsområdet höra social- och hälsovårdsministeriet och beakta dess synpunkter. Ett beslut om att ordna social- och hälsovård som har godkänts av ett organ är verkställbart trots ändringssökande.

Genomförandet av beslutet om att ordna social- och hälsovård ska följas upp och utvärderas årligen. Beslutet ska vid behov justeras.

Närmare bestämmelser om det som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård kan vid behov utfärdas genom förordning av statsrådet.

Social- och hälsovårdsområdets övriga uppgifter

Social- och hälsovårdsområdet har utöver det som står i beslutet om att ordna social- och hälsovård följande uppgifter:

1) säkerställa och stödja samarbetet och dess strukturer i social- och hälsovårdsuppgifter som förutsätter samarbete över gränserna för social- och hälsovårdsområdena och för samkommunerna med produktionsansvar, inklusive prehospital akutsjukvård,

2) genomföra de riksomfattande strategiska riktlinjerna för social- och hälsovården och det riksomfattande utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård samt planera och samordna utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården,

3) för sin del säkerställa planeringen och samordningen av forskningsverksamheten inom social- och hälsovården samt universitets- och yrkeshögskolesamarbetet,

4) för sin del förutse arbetskraftbehovet inom social- och hälsovården samt planera och utveckla den regionala utbildningen,

5) samordna principerna för social- och hälsovårdspersonalens uppgiftsstruktur och arbetsfördelning samt praxis för planering, utveckling och uppföljning i samkommunerna med produktionsansvar,

6) samordna informationsförvaltningen inom social- och hälsovården och behandlingen av klient- och patientuppgifter samt fastställa den regionala övergripande arkitekturen på det sätt som föreskrivs i lagen om styrning av informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (634/2011), och

7) samla in, analysera och utnyttja uppföljningsuppgifter om välfärd och hälsa samt uppgifter om verksamheten och ekonomin.

3 kap.

Produktionen av social- och hälsotjänster

14 §

Produktionsansvaret som kommunal verksamhet

För att kunna fullgöra produktionsansvaret för social- och hälsotjänster ska en kommun

höra till en samkommun med produktionsansvar. Kommuner som annars skulle höra till en samkommun med produktionsansvar kan i stället för samkommunen komma överens om att produktionsansvaret fullgörs på det sätt som avses i 76 § i kommunallagen (365/1995) så att en kommun (ansvarskommunen) sköter de social- och hälsotjänster som ingår i produktionsansvaret för de övriga kommunerna i produktionsansvarsområdet. För ansvarskommunen gäller då vad som i denna lag föreskrivs om samkommuner med produktionsansvar.

I produktionsansvaret ingår skyldigheten att tillhandahålla förebyggande, korrigerande, vårdande och rehabiliterande tjänster som en enhetlig helhet. Samkommunen ska ha den egna personal och de övriga resurser som fullgörandet av produktionsansvaret kräver. De resurser som fullgörandet av produktionsansvaret kräver ska omfatta kapacitet att svara för alla de lagstadgade uppgifter inom den kommunala socialvården och hälso- och sjukvården som ingår i produktionsansvaret. Oberoende av det som föreskrivs om produktionsansvaret ovan ska det i beslutet om att ordna social- och hälsovård fastställas vilka produktionsansvarsområden som ansvarar för den övergripande dygnetruntjouren.

Samkommunerna med produktionsansvar ska vara regionalt och funktionellt enhetliga. Antalet samkommuner i social- och hälsovårdsområdena kan vara högst följande:

- 1) Södra social- och hälsovårdsområdet 4,
- 2) Östra social- och hälsovårdsområdet 4,
- 3) Mellersta social- och hälsovårdsområdet 3,
- 4) Västra social- och hälsovårdsområdet 3,
- 5) Norra social- och hälsovårdsområdet 5.

I de samkommuner med produktionsansvar inom vars område Helsingfors, Åbo, Uleåborgs, Tammerfors och Kuopio universitet befinner sig ska det finnas ett universitets-sjukhus.

Samkommunerna med produktionsansvar fastställs i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård.

15 §

Social- och hälsovårdsområdets produktionsansvar

Social- och hälsovårdsområdet har produktionsansvar för de stödtjänster som fastställs i områdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Dessutom kan social- och hälsovårdsområdet ta produktionsansvaret för sådana uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården där det inte har varit möjligt att skapa produktionsansvar genom kommunalsamarbete enligt 14 §.

De samkommuner som avses i 14 § ska anskaffa de stödtjänster som avses i 1 mom. från social- och hälsovårdsområdet.

16 §

Produktionen av uppgifter och tjänster

Social- och hälsovårdsområdet och de samkommuner som avses i 14 § kan tillhandahålla de social- och hälso-tjänster som hör till deras produktionsansvar

- 1) genom att producera dem själv,
- 2) med stöd av avtal tillsammans med en annan samkommun med produktionsansvar på det sätt som avses i 76 § i kommunallagen,
- 3) genom att anskaffa tjänster från en annan tjänsteproducent,
- 4) genom att ge dem som anlitar tjänsterna servicesedlar som avses i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009), eller
- 5) på något annat sätt som anges i lag.

När tjänsterna tillhandahålls på det sätt som anges i 1 mom. 2–5 punkten, ska de principer som godkänts i beslutet om att ordna social- och hälsovård iakttas. En samkommun med produktionsansvar ska dessutom övervaka att kvaliteten på och innehållet i de tjänster som tillhandahålls enligt de nämnda punkterna är lagenliga och följer det avtal som har slutits om anskaffningen av tjänsterna.

Uppgifter och tjänster som innefattar utövning av offentlig makt får anskaffas hos en privat tjänsteproducent eller genom att ge dem som anlitar tjänsterna servicesedlar endast om tjänsteproducenten har rätt enligt lag att utöva offentlig makt i anslutning till utförandet av den anskaffade uppgiften eller tillhandahållandet av den anskaffade tjänsten.

17 §

Samarbete inom produktionen av tjänster

En del av de åtgärder och den vård som hör till socialvården och hälso- och sjukvården kan nationellt koncentreras till vissa samkommuner med produktionsansvar, om det är nödvändigt för säkerställandet av tjänsternas tillgänglighet och kvalitet samt rättigheterna för dem som använder tjänsterna på grund av att uppgifterna är krävande eller exceptionella, på grund av de språkliga rättigheterna eller på grund av stora kostnader till följd av uppgifterna. Bestämmelser om de tjänster som ska koncentreras och om de samkommuner som har produktionsansvaret för dem utfärdas genom förordning av statsrådet.

Om det är mest praktiskt att anskaffa de tjänster som ska centraliseras nationellt från privata tjänsteproducenter eller från utlandet, får det genom förordning av statsrådet föreskrivas om kvalitetskrav för en tjänsteproducents verksamhet och övriga krav som ska ställas för att säkerställa lämplig verksamhet.

18 §

Program för egenkontroll

Social- och hälsovårdsområdet ska utarbeta ett program för egenkontroll i fråga om verksamheten och tjänsterna som hör till ansvaret för att ordna social- och hälsovård. I programmet ska det anges hur tillhandahållandet av och kvaliteten på social- och hälso-tjänsterna samt likställigheten mellan klienterna och patienterna ska säkerställas. Det ska dessutom anges hur tillhandahållandet, kvaliteten, klient- och patientsäkerheten och likställigheten i fråga om social- och hälso-tjänsterna ska övervakas och upptäckta brister åtgärdas. Programmet för egenkontroll ska offentliggöras på internet.

En samkommun med produktionsansvar ska utarbeta ett program för egenkontroll av sin verksamhet så som det föreskrivs i 1 mom. om social- och hälsovårdsområdets program för egenkontroll. Dessutom ska samkommunen med produktionsansvar som en del av programmet för egenkontroll utarbeta en plan för kvalitetsledning samt främjande av klient- och patientsäkerheten.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet får vid behov utfärdas närmare bestämmelser om innehållet i och utarbetandet av programmet för egenkontroll samt den i 2 mom. avsedda plan för främjande av kvalitetsledning samt klient- och patientsäkerhet som ingår i programmet för egenkontroll.

4 kap.

Administration

19 §

Förvaltningen i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde

På en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde och samkommunens förvaltning tillämpas vad som föreskrivs i 10 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs genom lag.

Samkommunens högsta beslutande organ är samkommunsfullmäktige.

20 §

Uppgifterna för social- och hälsovårdsområdets samkommunsfullmäktige

Social- och hälsovårdsområdets samkommunsfullmäktige godkänner social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård och ändringar som görs i det. I övrigt tillämpas på samkommunsfullmäktiges uppgifter vad som i kommunallagen föreskrivs om uppgifterna för samkommunens högsta beslutande organ.

21 §

Sammansättning hos och inval i organen i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde

Ledamöterna av samkommunsfullmäktige i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde ska vara ledamöter av fullmäktige i medlemskommunerna. Varje medlemskommun ska ha minst en representant i samkommunsfullmäktige. Röstetalet

för de representanter som kommunen har utsett fördelas jämnt mellan de av representanterna som är närvarande.

Representantmötet för kommunerna ska utse ledamöterna till samkommunsfullmäktige så att röstandelarna för de grupperingar som är representerade i samkommunsfullmäktige vid valet svarar mot den andel röster som de olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet i enlighet med den proportionalitetsprincip som föreskrivs i vallagen (714/1998).

I styrelsen för ett social- och hälsovårdsområde med kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner ska minst en medlem och en ersättare företräda den svenskspråkiga befolkningsgruppen. Bestämmelser om sammansättningen av områdets övriga organ finns i 81 § 4 mom. i kommunallagen.

22 §

Förvaltningen i en samkommun med produktionsansvar

På en samkommun med produktionsansvar och dess förvaltning tillämpas vad som föreskrivs om samkommuner i 10 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs genom lag.

23 §

Beslutsfattandet i en samkommuns organ

Kommunrepresentanternas röstetal i det högsta beslutande organet i en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde och i en samkommun med produktionsansvar grundar sig på kommunens invånarantal.

En samkommuns högsta beslutande organ är beslutfört när minst två tredjedelar av samkommunens kommuner är representerade vid mötet och invånarantalet i de kommuner som är representerade vid mötet är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samkommunens medlemskommuner.

För att social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård och social- och hälsovårdsområdets budget ska kunna godkännas i samkommunsfullmäktige,

krävs det att förslaget understöds av en majoritet av rösterna och dessutom av minst en tredjedel av medlemskommunerna och mer än hälften av dessa medlemskommuners representanter. Övriga ärenden avgörs i samkommunsfullmäktige med enkel majoritet.

För att ett förslag ska kunna godkännas i det högsta beslutande organet i en samkommun med produktionsansvar, krävs det att förslaget understöds av en majoritet av rösterna och dessutom av minst två medlemskommuner och mer än hälften av dessa medlemskommuners representanter.

Kommunerna kan besluta om den majoritet som krävs för beslutsfattande på något annat sätt än vad som föreskrivs i 3 och 4 mom.

24 §

Nämnd för minoritetens språk

I de social- och hälsovårdsområden som omfattar kommuner med olika språk eller tvåspråkiga kommuner ska det finnas en nämnd för minoritetens språk. Nämnden ska utreda, bedöma och fastställa behovet av tjänster för den språkliga minoriteten i området och följa upp tillgången till och kvaliteten på tjänsterna. Nämnden har till uppgift att med stöd av utredningar, bedömningar och uppföljningar lägga fram förslag till utveckling av tjänsterna för den språkliga minoriteten och för att de ska beaktas i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård samt att lägga fram förslag om kraven på språkkunskaper och utvecklandet av språkkunskaperna. Nämnden kan även ha andra uppgifter som social- och hälsovårdsområdets styrelse beslutar om. Nämnden för minoritetens språk ska varje år lämna en berättelse om tillhandahållandet av tjänster till den språkliga minoriteten.

Vad som i 1 mom. föreskrivs om social- och hälsovårdsområdet gäller också samkommuner som har produktionsansvar och som består av kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner.

När medlemmarna i nämnden för minoritetens språk utses, beaktas med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen den andel röster som de kandidater som represen-

terar minoritetens språk fick i kommunalvalet.

I ett social- och hälsovårdsområde och i en samkommun med produktionsansvar som omfattar en kommun som hör till samernas hembygdsområde ska det finnas en nämnd för samiska språket. Till medlemmar i nämnden utses personer som företräder samiskspråkiga invånare. Minst en tredjedel av nämndens medlemmar ska utses bland personer som föreslagits av sametinget. På nämnden tillämpas i övrigt bestämmelserna i 1 mom. om nämnden för minoritetens språk.

5 kap.

Styrning, planering och utveckling

25 §

Allmän styrning, planering och utveckling

Den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen av samt tillsynen över social- och hälsovården hör till social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för det centraliserade genomförandet av de långsiktiga riktlinjerna, det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård och den övriga informationsstyrningen. Vid ministeriet finns en styrningsenhet för verkställigheten.

Institutet för hälsa och välfärd är nationell expertmyndighet i fråga om social- och hälsovården.

26 §

Social- och hälsovårdens strategiska mål

Vart fjärde år överlämnar statsrådet till riksdagen en redogörelse för de långsiktiga målen inom social- och hälsovården samt de strategiska riktlinjerna för ordnande av tjänster. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar redogörelsen.

27 §

Delegationen för social- och hälsovård

I anslutning till social- och hälsovårdsministeriets styrenhet finns det en delegation för social- och hälsovård. Delegationens syfte är att främja genomförandet av de strategiska riktlinjerna inom social- och hälsovården samt att främja samarbetet mellan riksomfattande och regionala aktörer. Dessutom sammanställer och förmedlar delegationen information om utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården. Delegationen tillsätts av statsrådet för fyra år i sänder.

28 §

Förhandlingsförfarandet mellan staten och social- och hälsovårdsområdet

Social- och hälsovårdsområdet ska årligen förhandla med social- och hälsovårdsministeriet om utförandet av de uppgifter och tillhandahållandet av de tjänster som hör till områdets ansvar för att ordna social- och hälsovård. Syftet med de förhandlingar som förs under ledning av social- och hälsovårdsministeriet är att styra social- och hälsovårdsområdets verksamhet inom utvecklingen av servicestrukturen samt att främja samarbetet mellan ministeriet och social- och hälsovårdsområdet.

Vid förhandlingarna behandlas innehållet i beslutet om att ordna social- och hälsovård och dess centrala mål, samarbetet inom tjänsteproduktionen, egenkontrollen samt uppnåendet av de strategiska mål som avses i 26 §. Vid förhandlingarna utvärderas dessutom genomförandet av beslutet om att ordna social- och hälsovård, utvecklingen i området och regionala utvecklingsbehov, förändringar i närmiljön och servicebehovet samt finansieringsbehovet för, utvecklingen av och ökad produktivitet i de lagstadgade uppgifterna. Vid förhandlingarna kan också andra ärenden förknippade med ordnande och tillhandahållande av social- och hälsotjänster behandlas.

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar tillsammans med social- och hälsovårdsområdet ett dokument om de förda förhandlingarna. I dokumentet antecknas beslutet om att ordna social- och hälsovård och eventuella ändringar i det samt hur de synpunkter som ministeriet har framfört vid det hörande som avses i 12 § 3 mom. tillgodoses. I dokumen-

tet antecknas dessutom nästa års centrala mål som avtalats vid förhandlingarna och de åtgärder som stöder målen. Utifrån den redogörelse som social- och hälsovårdsområdet har lagt fram vid förhandlingsförfarandet följer social- och hälsovårdsministeriet upp och utvärderar uppnåendet av de mål och genomförandet av de åtgärder som avtalats vid förhandlingarna.

29 §

Resultatstyrningen mellan ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar

Mellan ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar tillämpas resultatstyrning. Social- och hälsovårdsområdet svarar inom sitt område för resultatstyrningen av tjänsteproduktionen inom samkommunerna med produktionsansvar. Resultatmålen avtalas vid förhandlingar som förs årligen. Resultatmålen bygger på social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård.

I resultatstyrningen prioriteras verksamhetens effekt på befolkningens välfärd och hälsa samt kostnadseffektiviteten. I resultatavtalet fastställs dessutom de mål som uppställs för tjänsteproduktionen och sättet att uppnå dem samt avtalas om uppföljning, rapportering och utvärdering av resultat. Samkommunen svarar för att de resultatmål som har uppställts för den uppnås samt för att omständigheter som äventyrar uppnåendet identifieras och hanteras under kontroll inom det egna tjänsteområdet.

De effekt- och resultatmål som har uppställts vid förhandlingarna antecknas i det årliga resultatavtalet, som fastställs av social- och hälsovårdsområdet. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov närmare bestämmelser utfärdas om de tillvägagångssätt som ska tillämpas inom resultatstyrningen.

30 §

Invånarnas möjligheter att delta och påverka

Ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar ska samla in sina invånares synpunkter på tillståndet för befolkningens välfärd och hälsa samt på social- och hälso-tjänsternas kvalitet och funktion.

Invånarnas synpunkter ska beaktas vid utarbetandet av social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård och i verksamhetsplanerna för social- och hälsovårdsområdet och samkommunerna med produktionsansvar samt vid utvecklandet av tjänsterna.

Invånarnas deltagande och påverkan ska främjas:

- 1) genom att det ordnas diskussionsmöten och medborgarråd och genom att tekniska förfaranden för hörande utnyttjas,
- 2) genom att invånarnas åsikter utreds och respons samlas in före beslutsfattandet,
- 3) genom att representanter utses för dem som anlitar tjänsterna i olika organ,
- 4) genom att tjänster planeras och utvecklas tillsammans med dem som anlitar dem,
- 5) genom att invånares, organisationers och andra sammanslutningars planering och beredning av ärenden på eget initiativ stöds,
- 6) på andra lämpliga sätt.

31 §

Riksomfattande utvecklingsprogram

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar utifrån redogörelsen enligt 26 § ett riksomfattande utvecklingsprogram för social- och hälsovården. I programmet beskrivs prioriteringarna i programperiodens utvecklingsverksamhet samt de centrala reform- och lagstiftningsprojekt som stöder genomförandet av prioriteringarna. Programmet utarbetas vart fjärde år och det kan vid behov justeras.

I anslutning till det riksomfattande utvecklingsprogrammet kan social- och hälsovårdsministeriet bevilja inom ramen för ett anslag i statsbudgeten projektunderstöd till social- och hälsovårdsområdet och till samkommunen med produktionsansvar för genomförandet av utvecklingsprogrammet. Utvecklingsprojekt kan även genomföras av flera samkommuner tillsammans. För projekt för främjande av välfärd och hälsa får under-

stöd även beviljas en kommun eller flera kommuner tillsammans. Statsunderstöd får beviljas om de mål som uppställts i det riksomfattande utvecklingsprogrammet fullföljs genom projektet och om de regionala utvecklingsbehoven beaktas i det.

På statsunderstöd tillämpas statsunderstödslagen (688/2001). Social- och hälsovårdsministeriet är statsbidragsmyndighet i ärenden som gäller utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården.

Ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar får i statsunderstöd beviljas högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. Samkommunens egen andel av finansieringen ska vara minst 25 procent av projektets stödberättigande kostnader.

Genom förordning av statsrådet får det utfärdas bestämmelser om grunderna för fördelningen av statsunderstödet, om sökande, beviljande och betalning av statsunderstöd samt om hur användningen av statsunderstödet ska följas, utvärderas och övervakas.

32 §

Utvecklingsverksamhet inom ett social- och hälsovårdsområde

Social- och hälsovårdsområdet svarar inom sitt område för samordning av och stöd för utvecklandet av social- och hälsovården och för stärkandet av kunnandet samt för utvecklingssamarbete som överskrider områdes- och organisationsgränserna. Dessutom ska social- och hälsovårdsområdet besluta om en enhetlig utvecklingsstruktur för social- och hälsovården i området.

6 kap.

Finansiering

Finansiering av områdenas verksamhet

33 §

Finansiering av social- och hälsovårdsområden

Kommunerna deltar i finansieringen av kostnaderna för social- och hälsovårdsområdet med en avgift som fastställs årligen i social- och hälsovårdsområdets budget. Social- och hälsovårdsområdets årliga kostnader ska basera sig på behövliga kostnader som orsakas av fullgörandet av social- och hälsovårdsområdets lagstadgade uppgifter, i fråga om de samkommuner som har produktionsansvaret för områdets social- och hälsotjänster, av tillhandahållandet av de lagstadgade social- och hälsotjänsterna och de social- och hälsotjänster som följer av beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Kommunens betalningsandel baserar sig på kommunens invånarantal som har viktats i enlighet med de grundpriser angivna enligt åldersklass och den sjukfrekvenskoefficient som används vid fastställandet av de kalkylerade kostnader som ligger till grund för statsandelen för kommunal basservice enligt vad som föreskrivs om dem i 6 och 7 § i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009). Vid beräkningen av kommunens betalningsandel bestäms 20 procent enligt invånarantalet och 80 procent enligt åldersstrukturen och sjukfrekvensen.

Dessutom finansierar kommunerna kostnaderna för de investeringar som ingår i den investeringsplan som avses i 12 § 2 mom. 11 punkten. Finansieringen periodiseras över den tid som anges i beslutet om att ordna social- och hälsovård, och kommunernas betalningsandelar bestäms i enlighet med kalkylmässiga faktorer som fastställs i beslutet.

34 §

Finansieringen av en samkommun med produktionsansvar

De kostnader som orsakas av produktionsansvaret finansieras genom ersättning som betalas av social- och hälsovårdsområdet. Grunderna för ersättningen fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård på så sätt att man i finansieringen beaktar invånarantalet och behovet av tjänster i medlemskommunerna i samkommunen med produktionsansvar i enlighet med de kalkylerade behovsfaktorer som avses i 33 § 2 mom. An-

delen av den finansiering som baserar sig på invånarantalet och behovsfaktorer ska vara minst 80 procent. Dessutom beaktas de i 12 § 2 mom. 13 punkten avsedda bakgrundsfaktorer och andra faktorer som inverkar på kostnaderna samt kraven på verkningsfullhet och effektivitet, vilkas andel av ersättningen får vara högst 20 procent.

Social- och hälsovårdsområdet beslutar efter att ha hört samkommunen med produktionsansvar om det närmare fastställandet av ersättningar för produktionsansvaret och för betydande investeringar som omfattas av den investeringsplan som ingår i beslutet om att ordna social- och hälsovård så, att de i 1 mom. avsedda faktorer som inverkar på kostnaderna för serviceproduktionen samt kraven på verkningsfullhet och effektivitet beaktas.

35 §

Täckning av underskott

Om ett social- och hälsovårdsområde eller en samkommun med produktionsansvar har ett underskott i balansräkningen för det år budgeten görs upp, ska detta underskott täckas inom fyra år från ingången av det år som följer efter fastställandet av bokslutet.

36 §

Ansvar för att ersätta kostnaderna för vård och omvårdnad i vissa situationer

Om en sådan person vårdas vid en verksamhetsenhet inom social- eller hälsovården som inte är invånare i en medlemskommun i den samkommun som är huvudman för verksamhetsenheten, ska den samkommun med produktionsansvar som ansvarar för produktionen av vård och omvårdnad för personen i fråga betala ersättning för kostnaderna för servicen, om inte något annat bestäms om ersättning för kostnader någon annanstans.

Ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när verksamhetsenheten följer upp sin verksamhet. Från ersättningen avdras de klientavgifter som personen har betalat och övriga verksamhetsintäkter som tjänsteprodu-

centen har fått i samband med vården eller omvårdnaden. Klientavgiften bestäms enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992). Närmare bestämmelser om grunderna för ersättning för tjänsterna och om faktureringsförfarandet får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Statens utbildningsersättningar

37 §

Utbildningsersättning till universitetssjukhus

Huvudmannen för ett universitetssjukhus betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av grund- och specialiseringsutbildning för läkare och tandläkare. Ersättningen för grundutbildningen räknas ut på grundval av ett medeltal av antalet studerande som har påbörjat läkar- och tandläkarutbildning och antalet avlagda examina. Ersättningen för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen bygger på antalet läkare och tandläkare som har fullgjort utbildningen och på en ersättning som har fastställts för utbildningen.

Ersättning betalas dock inte för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning inom hälso- och sjukvård eller specialistläkarutbildning inom idrottsmedicin, företagshälsovård och allmän medicin. Om sådan utbildning ges vid ett universitetssjukhus, betalas huvudmannen för sjukhuset ersättning av statsmedel för utbildningskostnaderna på grundval av antalet realiserade utbildningsmånader.

38 §

Utbildningsersättning till universitet

Universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av utbildningen. Ersättningen för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen bygger på antalet läkare och tandläkare som har fullgjort utbildningen och på en ersättning som har fastställts för utbildningen.

39 §

Utbildningsersättning till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården

Om grundutbildning för läkare eller tandläkare ges vid någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus, betalar huvudmannen för universitetssjukhuset ersättning till den berörda offentliga tjänsteproducenten eller någon annan tjänsteproducent som anges genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet, på det sätt som parterna har kommit överens om.

Om ett universitet anlitar någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården än ett universitetssjukhus för specialistläkar- eller specialisttandläkarutbildning, betalas en kommun, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller någon annan tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av specialiseringsutbildning enligt ett utbildningsprogram som universitetet har godkänt. Ersättningen baserar sig på antalet realiserade utbildningsmånader. För kostnaderna för den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen betalas ersättning av statsmedel endast om läkarens kunskaper om samarbetet mellan folkhälsoarbetet samt primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården har säkerställts i utbildningen vid hälsovårdscentralen. För den som fullgör utbildning vid en hälsovårdscentral ska det dessutom utses en handledare som står i anställningsförhållande till en kommun eller en samkommun och som ska garantera utbildningens kvalitet och utveckling. Utbildning vid en hälsovårdscentral fullgörs i enlighet med den plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses som avses i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

En samkommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvårdsmyndigheten i landskapet Åland betalas på kalkylmässiga grunder ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av tjänster som förutsätter den kompetens som avses i 13 § i lagen om

yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), av särskild allmänläkarutbildning enligt 4 § 3 mom. i den lagen och av praktisk tjänstgöring för legitimerade tandläkare samt av fördjupad praktik i grundutbildningen för tandläkare. Ersättning baseras på antalet personer som utbildas och antalet utbildningsmånader. Ersättning betalas dock inte för tjänstgöring som avses i 13 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården till den del tjänstgöringen överskrider sex månader, om inte Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kräver en längre tjänstgöring.

Statens ersättning för forskningsverksamhet

40 §

Regionala forskningskommittéer för hälso- och sjukvården

Ett social- och hälsovårdsområde ska för en fyraårsperiod tillsätta en forskningskommitté för hälso- och sjukvården, samt eventuella sektioner. Forskningskommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i social- och hälsovårdsområdet.

41 §

Finansiering av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå

Social- och hälsovårdsministeriets fastställer i samarbete med de i 40 § avsedda social- och hälsovårdsområdenas forskningskommittéer insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå för fyra år i sänder.

För den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå beviljas statlig finansiering till social- och hälsovårdsområdenas forskningskommittéer enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i sänder. Ministeriets beslut baseras på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående

fyraårsperioden. Om indelningen i social- och hälsovårdsområden ändras under fyraårsperioden, ska social- och hälsovårdsministeriets beslut ändras i enlighet med den ändrade områdesindelningen.

Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. En kommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sinessjukhus eller en tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

42 §

Nationell utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en riksomfattande utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskning som består av sakkunniga. Utvärderingsgruppen har till uppgift att bedöma den hälsovetenskapliga forskningens kvalitet, omfattning och genomslag och utfallet för insatsområdena och målsättningarna för forskningen under den föregående fyraårsperioden samt att för social- och hälsovårdsministeriet lägga fram förslag om hur finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå ska fördelas mellan social- och hälsovårdsområdena under den följande fyraårsperioden.

Ersättningsförfarande

43 §

Utbetalning av utbildningsersättning och forskningsfinansiering

Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland betalar ut statens utbildningsersättning. Utbildningsersättning utifrån antalet studerande som fullgjort sin utbildning och som inlett sina studier betalas utan separat ansökan till huvudmannen för ett universitetssjukhus och till universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning.

Ersättning utifrån antalet realiserade utbildningsmånader betalas ut halvårsvis på ansökan. I fråga om det första halvåret ska ersättning sökas senast den 30 september samma år och i fråga om det andra halvåret senast den 31 mars följande år. Regionförvaltningsverket och statens ämbetsverk på Åland ska avgöra en ansökan om ersättning som har lämnats in inom utsatt tid under det kalenderår då ansökan har inkommit.

Regionförvaltningsverket betalar varje månad forskningsfinansiering till social- och hälsovårdsområdets forskningskommitté, som betalar finansieringen vidare till dem som genomför projekten.

I övrigt iakttas i fråga om betalning av ersättning, övrigt förfarande och ändringssökande 20 § 1 mom., 21, 24–26 och 28 §, 29 § 2 mom. och 30 och 34 § i statsunderstödslagen.

44 §

Skyldighet att lämna uppgifter

Varje universitet med läkar- och tandläkarutbildning ska kalenderårsvis meddela social- och hälsovårdsministeriet antalet avlagda läkar- och tandläkarexamina samt antalet avlagda specialistläkar- och specialisttandläkarexamina.

Huvudmannen för ett universitetssjukhus och universitet med specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning ska för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för hur utbildningsersättningen har använts.

Social- och hälsovårdsområdets forskningskommitté ska för varje år före utgången av juni följande år lämna social- och hälsovårdsministeriet en redogörelse för de forskningsprojekt och insatsområden som har anvisats finansiering.

45 §

Användning av lokaler som hör till en samkommun i utbildnings- och forskningssyfte

Ett universitet har rätt att använda ett universitetssjukhus för sin medicinska utbild-

ningsenhets utbildnings- och forskningsbehov.

Ett universitet och en annan anordnare av social- och hälsovårdsutbildning som har hand om utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och forskning inom hälso- och sjukvården har rätt att använda sjukhus och separata verksamhetsenheter som en samkommun med produktionsansvar svarar för även för att ordna annan utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården än sådan som avses i 1 mom., enligt det som avtalas mellan samkommunen och den utbildningsanordnare som bedriver utbildnings- och forskningsverksamhet.

Ett universitet har under den nio månader långa utbildning vid en hälsovårdscentral som ingår i specialistläkar- och specialisttandläkarutbildningen rätt att använda lokaler vid verksamhetsenheter inom primärvården enligt det som avtalas mellan samkommunen och universitetet.

Samkommunen med produktionsansvar ska se till att universitetet eller anordnaren av social- och hälsovårdsutbildning förfogar över sådana för undervisning och forskning behövliga lokaler med fasta maskiner och anläggningar och sådana personalrum för utbildnings- och forskningspersonalen och för studerandena som måste finnas vid en verksamhetsenhet vars huvudman eller samkommunen med produktionsansvar är.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är anställda hos samkommunen med produktionsansvar är skyldiga att delta i utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården på det sätt som avtalas mellan området och universitetet eller en annan utbildningsanordnare.

46 §

Bemyndigande att utfärda förordning

Bestämmelser om beloppet av de ersättningar som betalas för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildning och om förfarandena vid betalning av ersättningar utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Bestämmelser om insatsområdena och målsättningarna för den hälsovetenskapliga

forskningen på universitetsnivå, om de övriga grunderna för fördelning av forskningsfinansieringen och förfarandena vid fördelningen samt om tillsättandet av en utvärderingsgrupp för den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå och om gruppens sammansättning och uppgifter utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet utfärdas bestämmelser om de tjänsteproducenter som har rätt att få ersättning för kostnader för läkar- och tandläkarutbildning och finansiering för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå.

7 kap.

Myndighetstillsyn

47 §

Tillsyn och styrning i anslutning till tillsynen

Tillsynen över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten i social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar och tillsynen över lagenligheten i de tjänster som dessa ordnar och producerar och styrningen i anslutning till tillsynen hör till regionförvaltningsverket inom dess verksamhetsområde.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården styr regionförvaltningsverkens verksamhet vid verkställigheten, samordningen och förenhetligandet av tillsynen och den därtill hörande styrningen. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården utövar dessutom tillsyn över lagenligheten i servicestrukturen och verksamheten inom social- och hälsovårdsområdena och inom samkommunerna med produktionsansvar samt i de tjänster som dessa ordnar samt ger styrning i anslutning till tillsynen i synnerhet när det är fråga om:

1) principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden,

2) ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområden eller hela landet,

3) ärenden som väsentligen har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och som gäller socialvården eller hälso- och sjukvården eller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården,

4) ärenden vars opartiska behandling uppenbart kan äventyras på grund av att regionförvaltningsverket även är eller har varit part i ärendet.

Vad som i detta kapitel föreskrivs om tillsyn över social- och hälsovårdsområdena och samkommunerna med produktionsansvar gäller även tillsynen över den social- och hälsovård och de social- och hälsotjänster som tillhandahålls i kommunerna och i övriga samkommuner.

Bestämmelser om den närmare arbetsfördelningen mellan Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken vid styrningen och tillsynen utfärdas vid behov genom förordning av statsrådet.

48 §

Styrnings- och utvärderingsbesök

Regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan i syfte att genomföra den styrning som avses i 47 § företa styrnings- och utvärderingsbesök inom social- och hälsovårdsområden samt i samkommuner med produktionsansvar.

Styrnings- och utvärderingsbesöken och programmet för dem ska avtalas på förhand med respektive social- och hälsovårdsområde och samkommun med produktionsansvar.

49 §

Inspektionsrätt

Regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan inspektera verksamhet och tjänster enligt denna lag samt de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av dem när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Inspektionen får förrättas utan förhandsanmälan. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan ålägga regionförvaltningsverket att på dess vägnar

förrätta inspektionen. Beslutet om inspektion får inte överklagas genom besvär.

En inspektör ska ges tillträde till verksamhetsställets alla lokaler. Trots sekretessbestämmelserna ska alla dokument som inspektören ber att få och som är nödvändiga för inspektionen läggas fram i samband med inspektionen. Inspektören ska dessutom trots sekretessbestämmelserna avgiftsfritt få de kopior han eller hon begär av de dokument som är nödvändiga för inspektionen. Inspektören har även rätt att ta fotografier under inspektionen. Utrymmen som används för boende av permanent natur får dock inspekteras endast om inspektionen är nödvändig för tryggnad av klientens ställning och ändamålsenliga tjänster. Inspektören kan biträdas av sådana experter som behövs för inspektionen. På experter ska bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar tillämpas. Polisen ska vid behov ge regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården handräckning för utförande av inspektion.

På inspektioner tillämpas i övrigt bestämmelserna om inspektion i 39 § i förvaltningslagen.

50 §

Förelägganden och tvångsmedel

Om brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården eller om verksamheten i övrigt strider mot denna lag eller någon annan lag som gäller social- eller hälsovården, kan regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården meddela ett föreläggande om att bristen eller missförhållandet ska avhjälpas. När föreläggandet meddelas ska det sättas ut en tid inom vilken de behövliga åtgärderna ska vidtas. Om klient- eller patientsäkerheten så kräver kan det bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den eller av en anordning ska förbjudas omedelbart.

Ett i 1 mom. avsett föreläggande av regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och till-

synsverket för social- och hälsovården kan förenas med vite eller med hot om att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den eller av en anordning förbjuds.

Beslut av regionförvaltningsverket och av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården om avbrytande av verksamheten eller om förbud mot användning av en verksamhetsenhet eller av en del av den eller av en anordning ska iakttas trots att ändring har sökts, om inte besvärmyndigheten bestämmer något annat.

Bestämmelserna i denna paragraf gäller inte sådan verksamhet som avses i läkemedelslagen (395/1987) och som övervakas av Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet eller sådan verksamhet som avses i strålskyddslagen (592/1991) och som övervakas av Strålsäkerhetscentralen. Om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården eller regionförvaltningsverket i sin tillsyn upptäcker brister eller andra missförhållanden i läkemedelsförsörjningen, ska Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet underrättas om dessa. Brister och missförhållanden som gäller användning av strålning ska anmälas till Strålsäkerhetscentralen.

51 §

Administrativ styrning samt uppmaning

Om en brist, felaktighet eller försummelse eller något annat missförhållande som upptäcks vid ordnandet eller genomförandet av social- eller hälsovården inte ger anledning till åtgärder enligt 50 §, kan regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården delge social- och hälsovårdsområdet och samkommunen med produktionsansvar eller den person som svarar för den felaktiga verksamheten sin uppfattning om det förfarande som lagen kräver eller uppmärksamma den övervakade på att verksamheten ska ordnas på behörigt sätt och på de krav som en god förvaltning ställer. Regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården kan också uppmana den övervakade att avhjälpa bristen eller missförhållandet. Om de åtgär-

der som avses ovan i denna paragraf inte kan betraktas som tillräckliga med hänsyn till de omständigheter som inverkar på helhetsbedömningen av ärendet, kan regionförvaltningsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ge den övervakande en anmärkning för framtiden.

52 §

Behandling av ett tillsynsärende

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket vidtar på basis av ett tillsynsärende som kommit till deras kännedom de åtgärder som de anser vara befogade med tanke på säkerställandet av klient- och patientsäkerheten eller efterlevnaden av lagen.

Ett tillsynsärende som baserar sig på handlingar som ligger mer än två år tillbaka i tiden undersöks inte utan särskild orsak.

Bestämmelser om förvaltningsklagan finns i förvaltningslagen. Bestämmelser om anmärkning finns i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000).

53 §

Tillsynsmyndighetens rätt att få uppgifter

Kommunen och samkommunen är skyldiga att till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverket lämna begärda uppgifter och utredningar, om de är nödvändiga för fullgörandet av verkets tillsynsuppdrag. Uppgifterna och utredningarna ska lämnas avgiftsfritt och oberoende av sekretessbestämmelserna.

8 kap.

Särskilda bestämmelser

54 §

Rättsligt ansvar

En samkommun med produktionsansvar ansvarar för de rättsliga och ekonomiska på-

följderna av fel och brister i de tjänster som ingår i dess produktionsansvar.

Social- och hälsovårdsområdet ansvarar för det lagenliga fullgörandet av de uppgifter som föreskrivits för det i denna lag.

55 §

Beredskap för störningar och undantagsförhållanden

Ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar ska i samråd med kommunerna inom sitt område genom beredskapsplaner och andra åtgärder bereda sig på störningar som förutsätter åtgärder inom socialvården och hälso- och sjukvården. Vid förberedelserna ska tjänsternas kontinuitet säkerställas även när tjänsterna tillhandahålls på det sätt som avses i 16 § 1 mom. 3 och 4 punkten genom att anskaffa dem hos privata tjänsteproducenter eller genom servicesedlar. I 12 § i beredskapslagen (1552/2011) föreskrivs det om förberedelser inför undantagsförhållanden.

Staten kan medverka i upprätthållandet av den beredskap som behövs inom socialvården och hälso- och sjukvården och i hanteringen av störningar genom att finansiera sådan verksamhet som det av särskilda skäl är ändamålsenligt att finansiera med statsmedel. För verksamheten får social- och hälsovårdsministeriet utse och bemyndiga aktörer på riksnivå.

Närmare bestämmelser om förberedelser inför störningar kan vid behov utfärdas genom förordning av statsrådet.

56 §

Befogenheter vid störningar

Vid störningar som rör två eller flera samkommuner med produktionsansvar kan social- och hälsovårdsområdet utse någon av sitt områdes samkommuner med produktionsansvar att leda och samordna verksamheten inom social- och hälsovården.

Om störningarna är omfattande och rör två eller flera social- och hälsovårdsområden, får social- och hälsovårdsministeriet utse en samkommun med produktionsansvar att leda och samordna situationen inom social- och

verksamhet inom dess ansvar för att ordna social- och hälsovård. Bestämmelser om dessa klient- och patienthandlingar och om behandlingen av dem finns i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, lagen om patientens ställning och rättigheter, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) och personuppgiftslagen.

Klient- och patientregistren inom ett social- och hälsovårdsområde ska bildas med hjälp av de riksomfattande informationssystemtjänster som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården.

En samkommun med produktionsansvar ansvarar för att de klient- och patienthandlingar som har upprättats inom dess egen verksamhet och i samband med verksamhet som den genomför på det sätt som avses i 16 § 1 mom. 2–5 punkten är felfria. Dessutom svarar en samkommun med produktionsansvar för sin del för att bestämmelserna i de lagar som nämns i 1 och 2 mom. tillämpas på dess egen verksamhet och på tjänster som anskaffas på annat håll i fråga om behandlingen av klient- och patientuppgifter.

Bestämmelser om en persons rätt att kontrollera uppgifter i det klient- och patientregister som avses i 1 mom. finns i 26–28 § i personuppgiftslagen. Begäran att få kontrollera uppgifter kan framställas hos det behöriga social- och hälsovårdsområdet och hos samkommunen med produktionsansvar. Bestämmelser om rättelse av felaktiga uppgifter finns i 29 § i personuppgiftslagen. Begäran om rättelse ska ställas till den organisation i vars tjänst den person som begått felet var när felet begicks. En begäran om logguppgifter i anslutning till elektronisk behandling av klient- och patientuppgifter kan framställas

hos den registeransvarige i fråga eller till samkommunen med produktionsansvar.

61 §

Upprätthållande av personalens yrkesskicklighet

Ett social- och hälsovårdsområde och en samkommun med produktionsansvar ska se till att social- och hälsovårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning som ordnas för den. Fortbildningen utformas med beaktande av längden på grundutbildningen, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll. Närmare bestämmelser om fortbildningens innehåll, kvalitet och mängd och om ordnandet, uppföljningen och utvärderingen av utbildningen får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

62 §

Ändringssökande

Ändring i beslut som fattats av en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde eller av en samkommun med produktionsansvar inom ett social- och hälsovårdsområde får sökas så som bestäms i 11 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs genom lag.

Ändring i ett beslut som en statlig myndighet har meddelat med stöd av denna lag söks på det sätt som anges i förvaltningsprocesslagen (586/1996), om inte något annat föreskrivs genom lag.

63 §

Ikraftträdande

Om ikraftträdandet av denna lag bestäms särskilt genom lag.

2.

Lag**om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §

Ikraftträdande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården

Lagen om ordnandet av social- och hälsovården (xxxx/2014), nedan lagen om ordnandet, träder i kraft den 2015. Lagens 4–7, 9, 32 och 55 § samt 56 § 1 mom. träder dock i kraft den 1 januari 2017.

2 §

Lagar som upphävs

Genom denna lag upphävs:
1) folkhälsolagen (66/1972),
2) lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), samt
3) lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992).

3 §

Inträdande av ansvaret för att ordna social- och hälsovård och produktionsansvaret

Ansvaret för att ordna social- och hälsovård och produktionsansvaret för samkommunerna med produktionsansvar enligt lagen om ordnandet inträder den 1 januari 2017.

4 §

Statens utbildningsersättning och ersättning för forskningsverksamhet

Statliga ersättningar enligt 37–46 § i lagen om ordnandet betalas första gången för de ersättningar som ska betalas 2015.

5 §

Tillämpningen av vissa bestämmelser i lagen om ordnandet på kommuner och samkommuner

På kommunerna samt på befintliga samkommuner för social- och hälsovården och samarbetsområden inom social- och hälsovården vid ikraftträdandet av denna lag tillämpas 40–45, 47–53 § 3 mom. och 61 § i lagen om ordnandet till utgången av 2016.

På specialupptagningsområden enligt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) tillämpas 56 § 2 mom. i lagen om ordnandet till utgången av 2016.

6 §

Kommunerna i de samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden

När social- och hälsovårdsområden enligt 10 § i lagen om ordnandet första gången bildas hör kommunerna till en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde enligt följande:

1) till den samkommun som utgör Södra social- och hälsovårdsområdet hör
Asikkala, Askola, Esbo, Fredrikshamn, Hangö, Hartola, Heinola, Helsingfors, Hollola, Hyvinge, Hämeenkoski, Iitti, Imatra, Ingå, Träskända, Högfors, Grankulla, Kervo,

Kyrkslätt, Kotka, Kouvola, Kärkölä, Lahtis, Lappträsk, Villmanstrand, Lemi, Lojo, Lovisa, Luumäki, Miehikkälä, Mörskom, Mäntsälä, Nastola, Nurmijärvi, Orimattila, Padasjoki, Parikkala, Borgnäs, Borgå, Pukkila, Pyttis, Raseborg, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitai-pale, Sibbo, Sjundeå, Sysmä, Taipalsaari, Tusby, Vanda, Vichtis och Virolahti,

2) till den samkommun som utgör Östra social- och hälsovårdsområdet hör

Enonkoski, Hankasalmi, Heinävesi, Hirvensalmi, Idensalmi, Ilomants, Joensuu, Jorois, Joutsa, Juankoski, Juuka, Juva, Jyväskylä, Kaavi, Kangasniemi, Kannonkoski, Kars-tula, Keitele, Keuruu, Kinnula, Kitee, Kiuru-vesi, Kivijärvi, Konnevesi, Kontiolahti, Kuopio, Kyyjärvi, Lapinlahti, Laukaa, Leppävir-ta, Lieksa, Liperi, Luhanka, Maaninka, Multia, Muurame, Mäntyharju, Nurmes, Nyslott, Outokumpu, Pertunmaa, Petäjävesi, Pieksä-mäki, Pielavesi, Pihtipudas, Polvijärvi, Puu-mala, Rantasalmi, Rautalampi, Rautavaara, Rääkkylä, Saarijärvi, Siilinjärvi, Sonkajärvi, S:t Michel, Sulkava, Suonenjoki, Tervo, Tohmajärvi, Toivakka, Tuusniemi, Uurainen, Valtimo, Varkaus, Vesanto, Vieremä, Viita-saari och Äänekoski,

3) till den samkommun som utgör Mellers-ta social- och hälsovårdsområdet hör

Akaa, Alajärvi, Alavus, Birkala, Bötom, Etseri, Evijärvi, Forssa, Hattula, Hausjärvi, Humppila, Tavastehus, Tavastkyro, Ikalis, Ilmajoki, Jalasjärvi, Janakkala, Jockis, Juupa-joki, Jämijärvi, Jämsä, Kangasala, Karvia, Kauhajoki, Kauhava, Kihniö, Kuhmoinen, Kuortane, Kurikka, Lappajärvi, Lappo, Lem-päälä, Loppi, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orive-si, Parkano, Punkalaidun, Pälkäne, Riihimä-ki, Ruovesi, Sastamala, Seinäjoki, Soini, Storkyro, Storå, Tammela, Tammerfors, Ur-jala, Valkeakoski, Vesilahti, Vimpeli, Virdo-is, Ylöjärvi, Ypäjä och Östermark,

4) till den samkommun som utgör Västra social- och hälsovårdsområdet hör

Aura, Björneborg, Eura, Euraåminne, Gus-tavs, Harjavalta, Honkajoki, Huittinen, Ja-kobstad, Kankaanpää, Kaskö, Kimitoön, Kju-lo, Korsholm, Korsnäs, Koski TI, Kristine-stad, Kumo, Laihela, Laitila, Larsmo, Lavia, Loimaa, Lundo, Luvia, Malax, Marttila, Ma-sku, Mynämäki, Nakkila, Nousis, Nykarleby, Nystad, Nådendal, Närpes, Oripää, Pargas,

Pedersöre, Pemar, Pyhäranta, Päämark, Pöy-tyä, Raumo, Reso, Rusko, Sagu, Salo, Sast-mola, Siikainen, Somero, S:t Karins, Säkylä, Tarvasjoki, Tövsala, Ulvsby, Vasa, Vehmaa, Vörå och Åbo,

5) till den samkommun som utgör Norra social- och hälsovårdsområdet hör

Alavieska, Brahestad, Enare, Enontekis, Haapajärvi, Haapavesi, Halsua, Hyrnsalmi, Ii, Kajana, Kalajoki, Kannus, Karleby, Karlö, Kaustby, Kemi, Kemijärvi, Keminmaa, Kempele, Kittilä, Kolari, Kronoby, Kuhmo, Kuusamo, Kärsämäki, Lestijärvi, Limingo, Lumijoki, Merijärvi, Muhos, Muonio, Niva-la, Oulainen, Paltamo, Pelkosenniemi, Pello, Perho, Posio, Pudasjärvi, Puolanka, Pyhäjo-ki, Pyhäjärvi, Pyhäntä, Ranua, Reisjärvi, Ris-tijärvi, Rovaniemi, Salla, Savukoski, Sievi, Siikajoki, Siikalatva, Simo, Sodankylä, Sot-kamo, Suomussalmi, Taivalkoski, Tervola, Toholampi, Torneå, Tyrnävä, Uleåborg, Uta-järvi, Utsjoki, Vaala, Veteli, Ylivieska och Övertorneå.

7 §

Bildande av en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde

Representantmötet för kommunerna beslu-tar om bildandet av en samkommun som ut-gör ett social- och hälsovårdsområde och om grundavtalet för samkommunen.

Representantmötet sammankallas första gången av det regionförvaltningsverk inom vars område majoriteten av de kommuner som nämns i 2 § 1–5 punkten finns. Repre-sentantmötet ska sammankallas så att det sammanträder första gången senast i maj 2015. En person som har utsetts av region-förvaltningsverket leder representantmötet till dess att en ordförande och vice ordföran-de har valts för representantmötet.

Varje kommun har vid representantmötet det antal representanter som kommunen fast-ställt, dock minst en och högst fem represen-tanter. Röstetalet för en kommuns represen-tanter vid representantmötet bestäms enligt kommunens invånarantal vid utgången av fö-regående år så, att kommunens representanter har en röst för varje påbörjat antal av 1 000

invånare. Röstetalet för kommunens representanter fördelas jämnt mellan de representanter som är närvarande. Representantmötet är beslutfört när minst två tredjedelar av områdets kommuner är företrädna vid mötet och deras invånarantal är minst hälften av det sammanlagda invånarantalet i samtliga kommuner som hör till området.

Ett beslut av representantmötet förutsätter att godkännandet understöds av en majoritet av rösterna och dessutom av minst en tredjedel av de kommuner som är representerade och en majoritet av dessa kommuners representanter. Om kommunrepresentanternas röster faller lika, avgörs kommunens ståndpunkt genom lottning.

Representantmötet meddelar behövliga föreskrifter om beredningen och verkställigheten av beslut som gäller grundavtalet och övriga ärenden samt beslutar om betalning av gemensamma kostnader. På förfarandet vid representantmötet och på sökande av ändring i beslut som fattats vid representantmötet tillämpas i övrigt bestämmelserna om fullmäktige i 7 och 11 kap. i kommunallagen (365/1995).

Beslut om godkännande av grundavtalet för en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde ska fattas senast den 31 oktober 2015. Grundavtalet ska lämnas till social- och hälsovårdsministeriet för kännedom senast den 2 november 2015. Samkommunen ska inleda sin verksamhet senast den 1 januari 2016.

8 §

Statsrådets behörighet att besluta om bildandet av ett social- och hälsovårdsområde

Om det inte har beslutats om ett grundavtal för en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde senast vid den tidpunkt som avses i 5 § 6 mom., beslutar statsrådet om de frågor som föreskrivs i 78 § 3 mom. i kommunallagen och som ska ingå i ett grundavtal, till den del som kommunerna inte

har avtalat om frågorna. Kommunerna i området ska höras innan beslutet fattas.

Ett grundavtal som statsrådet fastställt är i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

9 §

Samkommuner med produktionsansvar

En samkommun ska meddela samkommunen som utgör ett social- och hälsovårdsområde senast den 1 februari 2016 om sin vilighet att vara en sådan samkommun med produktionsansvar som avses i 14 § i lagen om ordnandet. Meddelandet ska innehålla en redogörelse för att de villkor som föreskrivs i 14 § i lagen om ordnandet uppfylls.

Om produktionsansvaret enligt 14 § i lagen om ordnandet utifrån de meddelanden som lämnats till samkommunen som utgör ett social- och hälsovårdsområde inte omfattar alla kommuner eller alla social- och hälso-tjänster inom området, ska samkommunen sammankalla representanterna för kommunerna i området för att utreda hur ett heltäckande produktionsansvar kan skapas. Mötet ska sammankallas senast den 1 mars 2016.

Om det med stöd av de meddelanden och förhandlingar som avses i 1 eller 2 mom. för social- och hälsovårdsområdet inte bildas samkommuner med produktionsansvar som omfattar alla kommuner och social- och hälso-tjänster inom området, ska social- och hälsovårdsområdet bestämma vilka kommuner som ska grunda samkommuner med produktionsansvar. Social- och hälsovårdsområdet ska sammankalla ett representantmöte för de berörda kommunerna. Representantmötet ska påbörja grundandet av en samkommun med iakttagande av förfarandet enligt 4 § 3–5 mom. En samkommun med produktionsansvar ska grundas så att den kan ta emot ett produktionsansvar enligt denna lag den 1 januari 2017.

Om det inte har beslutats om ett grundavtal för en samkommun med produktionsansvar senast den 31 oktober, beslutar social- och hälsovårdsområdet om de frågor som föreskrivs i 78 § 3 mom. i kommunallagen och som ska ingå i ett grundavtal, till den del som kommunerna inte har avtalat om frågorna.

Kommunerna i området ska höras innan beslutet fattas.

Ett grundavtal som social- och hälsovårdsområdet fastställt är i kraft till dess att kommunerna avtalar något annat.

10 §

Utarbetande av ett social- och hälsovårdsområdes beslut om att ordna social- och hälsovård

Ett social- och hälsovårdsområde ska utarbeta och godkänna ett beslut om att ordna social- och hälsovård första gången senast den 31 oktober 2016. Beslutet om att ordna social- och hälsovård ska då utöver vad som föreskrivs i 12 § i lagen om ordnandet innehålla en redogörelse för hur en kontinuerlig och störningsfri tillgång till social- och hälso-tjänster säkerställs då produktionsansvaret övergår till de samkommuner som avses i 14 och 15 § i lagen om ordnandet.

När ett beslut om att ordna social- och hälsovård utarbetas ska man höra de samkommuner som man avser utnämna till samkommuner med produktionsansvar. Vid beredningen av beslutet om att ordna social- och hälsovård ska de synpunkter som invånarna i området har beaktas i enlighet med 12 § 1 mom. och 30 § i lagen om ordnandet.

11 §

Personalens ställning

När samkommuner med produktionsansvar bildas övergår de personer som är anställda hos samkommunerna i uppgifter inom social- och hälsovården, förvaltningen och i andra uppgifter inom social- och hälsovården till anställning hos samkommunen med produktionsansvar. Personerna övergår till anställning hos den samkommun med produktionsansvar som har produktionsansvar för de uppgifter som den berörda personen utförde innan övergången genomfördes. Ändringen betraktas som överlåtelse av rörelse, om den leder till att personalen byter arbetsgivare.

Besluten om bildande av sådana samkommuner med produktionsansvar som avses i denna lag genomförs i samarbete med representanter för kommunernas anställda på det sätt som föreskrivs i lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007).

12 §

Reglering av egendomsförhållanden

Om medlemskommunerna i ett specialomsorgsdistrikt, i ett sjukvårdsdistrikt eller i någon annan samkommun för social- och hälsovården inte avtalar om något annat, ansvarar samkommunen för ägandet och administrationen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem.

Om kommunerna inte har avtalat om reglering av samkommunens egendomsförhållanden, är medlemskommunerna i samkommunen skyldiga att ändra samkommunens grundavtal så att samkommunens uppgifter från ingången av 2017 begränsas till ägandet, administrationen och uthyrningen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till dem till samkommunerna med produktionsansvar och så att samkommunens namn motsvarar dessa uppgifter. I grundavtalet kan det avtalas om att egendomen även används för andra uppgifter än de som anges ovan. Samkommunens medlemskommuners andel av samkommunens tillgångar och deras ansvar för skulderna är desamma som i grundavtalet, om inte medlemskommunerna avtalar om något annat.

De lokaler samt annan egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo kvarstår i deras ägo, om inte kommunerna avtalar om något annat.

Bestämmelser om temporär skattefrihet i samband med reglering av egendomsförhållanden som avses i denna paragraf finns i lagen om överlåtelseskatt (931/1996) och i mervärdesskattelagen (1501/1993).

13 §

Övergång av rättigheter och skyldigheter

Vid ikraftträdandet av denna lag övergår i enlighet med social- och hälsovårdsområdets beslut rättigheter, tillstånd och förpliktelser i anslutning till den socialvård och hälso- och sjukvård som kommunerna och samkommunerna ska ordna till den samkommun till vilken produktionsansvaret för tjänsterna övergår. Om en kommun eller samkommun under tiden mellan stadfästandet av lagen och inledandet av verksamheten inom samkommunen med produktionsansvar ingår avtal om förpliktelser som fortsätter efter det att verksamheten inom samkommunen med produktionsansvar inletts, svarar den kommun eller samkommun som ingått avtalet för förpliktelserna, om kontrahenten och samkommunen med produktionsansvar inte avtalar om något annat.

Om produktionsansvaret övergår till två eller flera samkommuner, gäller i fråga om delande av ansvaret för rättigheter, tillstånd och förpliktelser i tillämpliga delar vad som föreskrivs om ekonomisk uppgörelse i 8 kap. i kommunstrukturlagen.

Kommunerna kan avtala om övergången av rättigheter och förpliktelser på ett annat sätt än vad som föreskrivs i 1 och 2 mom.

14 §

Överföringsarrangemang för social- och hälsovårdsområdets finansiering

Om kommunens finansieringsandel per invånare enligt 33 § i lagen om ordnandet avviker från den genomsnittliga årliga kostnad per invånare för social- och hälsotjänster 2012–2014 som justerats med prisindexet för basservice enligt 57 § 2 mom. i lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), utjämnas kommunens finansieringsandel per invånare 2017–2020. Utjämnningen sker genom höjning eller sänkning av kommunens finansieringsandel per invånare enligt 33 § i lagen om ordnandet så att förändringen i kommunens betalningsandel per invånare jämfört med kommunens genomsnittliga årliga kostnader per invånare åren 2012–2014 är:

- 1) 50 euro per invånare 2017,
- 2) 150 euro per invånare 2018,
- 3) 250 euro per invånare 2019,

4) 400 euro per invånare 2020.

Om förändringen i kommunens betalningsandel är större än 400 euro per invånare, utjämnas en större förändring än det även efter 2020.

Närmare bestämmelser om genomförandet av utjämnningen får vid behov utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

15 §

Stöd för förändring för kommuner och samkommuner

Social- och hälsovårdsministeriet har till uppgift att vid genomförandet av reformen stödja kommunerna, samkommunerna för social- och hälsovården samt de social- och hälsovårdsområden som ska bildas. Institutet för hälsa och välfärd deltar i genomförandet av stödet för förändring.

Varje samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde anvisas 2015–2017 ekonomiskt stöd för genomförandet av reformen inom ramen för det anslag som anvisats i statsbudgeten. Innan en samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde bildas kan personer som stöder genomförandet anställas år 2015 vid regionförvaltningsverken eller vid en annan organisation som social- och hälsovårdsområdets kommuner sinsemellan kommer överens om.

16 §

Ändringssökande

Ändring i beslut som fattats av ett social- och hälsovårdsområde får sökas så som bestäms i 11 kap. i kommunallagen, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag.

Ett beslut som en statlig myndighet har meddelat med stöd av denna lag överklagas genom besvär på det sätt som anges i förvaltningsprocesslagen (586/1996).

17 §

Ikraftträdande

Denna lag träder i kraft den 2015. Lagens 2017.
2 § träder dock i kraft först den 1 januari

3.

Lag

om temporär ändring av lagen om överlåtelseskatt

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till lagen om överlåtelseskatt (931/1996) temporärt en ny 43 d § som följer:

43 d §

Temporär skattefrihet vid kommunala social- och hälsovårdsarrangemang

Om en kommun eller samkommun eller ett av dem ägt aktiebolag som äger och förvaltar fastigheter under 2015–2018 överlåter en sådan fastighet som de ägt för fullgörande av de skyldigheter som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården (x/2015) och som huvudsakligen har varit i direkt användning inom socialvården, hälso- och sjukvården, skol-, ungdoms-, biblioteks-, kultur-, idrotts- eller brand- och räddningsväsendet eller inom kommunens eller samkommunens allmänna förvaltning till ett aktiebolag som ägs av en eller flera kommuner eller samkommuner och som äger och förvaltar fastigheter för socialvårdens eller hälso- och sjukvårdens bruk och som vederlag får aktier i det mottagande bolaget, återbetalar Skatteförvaltningen på ansökan den betalade skatten.

Skattefriheten gäller på motsvarande sätt överlåtelse av aktier i ett bolag som ägs av en kommun eller samkommun och som äger och förvaltar fastigheter, mot aktier i det mottagande bolaget, om

1) fastigheterna i huvudsak används för ett ändamål enligt 1 mom., eller

2) aktierna medför rätt att besitta en lägenhet som används för ett ändamål enligt 1 mom.

Ansökan om skatteåterbäring ska göras inom ett år från det att skatten betalades. Till ansökan ska fogas de berörda kommunernas utredning om hur överlåtelsen ansluter sig till fullgörandet av de skyldigheter som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården samt om användningen av fastigheten före och efter överlåtelsen. Till ansökan ska dessutom fogas utlåtande av kommunens revisor. Skatteförvaltningen kan vid behov begära utlåtande av finansministeriet om hur överlåtelsen ansluter sig till fullgörandet av de skyldigheter som avses i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

Om ansökan har gjorts och utredning har lämnats om att villkoren för skattefri överlåtelse är uppfyllda redan innan skatten har betalats, kan Skatteförvaltningen besluta att skatt inte ska betalas.

Denna lag träder i kraft den 2015. Lagen gäller till och med den 31 december 2018.

På överlåtelser som sker enligt avtal som ingåtts före ikraftträdandet av denna lag tillämpas de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet.

4.

Lag**om upphävande av vissa bestämmelser som lämnats i kraft i den upphävda socialvårdslagen**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

<p>1 § Genom denna lag upphävs 2 kap., 40 §, 5 kap. och 53–57 § som lämnats i kraft i den genom socialvårdslagen (/) upphävda socialvårdslagen (719/1982), sådana de lyder, 2 kap. delvis ändrad i lagarna 736/1992, 813/2000, 413/2001, 1329/2006 ja 1541/2009, 40 § i lag 430/2003, 5 kap. delvis</p>	<p>i lagarna 1134/2002 och 1378/2010, 53 § i lag 50/2005, 54 § i lag 736/1992, 55 § i lag 670/2008 samt 56 och 57 § i lag 1541/2009..</p> <p>2 § Denna lag träder i kraft den 20 .</p>
---	--

5.

Lag**om upphävande av vissa bestämmelser i folkhälsolagen**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

<p>1 § Genom denna lag upphävs i folkhälsolagen (66/1972) 2 och 42–44 §, sådana de lyder, 2 § i lag 1537/2009, 42 § i lagarna 1254/2005, 1537/2009 och 1327/2010 samt 43 och 44 § i lagarna 1537/2009 och 1327/2010.</p>	<p>2 § Denna lag träder i kraft den 20 .</p>
--	--

6.

Lag

om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om specialiserad sjukvård
I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 § Genom denna lag upphävs i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) 5 och 51–53 a §, sådana de lyder, 5 § i lag 1548/2009, 51 § i lagarna 1256/2005, 1548/2009 och	1328/2010 samt 52 och 53 § i lagarna 1548/2009 och 1328/2010. 2 § Denna lag träder i kraft den 20 .
---	---

7.

Lag**om upphävande av vissa bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 § Genom denna lag upphävs i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) 5, 12 och 58–66 §, av dem 60 och 65 § sådana de lyder delvis	ändrade i lag 313/2011 samt 61 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 802/2013. 2 § Denna lag träder i kraft den 20 .
---	--

8.**Lag****om upphävande av vissa bestämmelser i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården**

I enlighet med riksdagens beslut föreskrivs:

1 §
Genom denna lag upphävs i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) 5, 5 a och 5 b §, så-
dana de lyder, 5 och 5 a § i lag 253/2007 samt 5 b § i lag 140/2008.

2 §
Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 4 december 2014

Statsminister

ALEXANDER STUBB

Omsorgsminister *Susanna Huovinen*