

Ekonomiutskottet

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse

Till social- och hälsovårdsutskottet

INLEDNING

Remiss

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd): Ärendet har remitterats till ekonomiutskottet för utlåtande till social- och hälsovårdsutskottet.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- enhetschef, finansråd Tanja Rantanen, finansministeriet
- lagstiftningsråd Ville Koponen, finansministeriet
- lagstiftningsråd Jaakko Weuro, finansministeriet
- finansråd Markku Nissinen, finansministeriet
- finansråd Jenni Pääkkönen, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Ilari Ahola, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Noora Heinonen, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Erkki Papunen, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Matti Sillanmäki, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Miikka Vähänen, finansministeriet
- konsultativ tjänsteman Antti Väisänen, finansministeriet
- direktör Raija Volk, social- och hälsovårdsministeriet
- regeringsråd Pirjo Kainulainen, social- och hälsovårdsministeriet
- regeringsråd Auli Valli-Lintu, social- och hälsovårdsministeriet
- specialsakkunnig Mikko Meuronen, social- och hälsovårdsministeriet
- ställföreträdande generaldirektör, direktör Matti Okko, Statens revisionsverk
- generalsekreterare Seppo Orjasniemi, Rådet för utvärdering av den ekonomiska politiken
- chefsforskare Teemu Lyytikäinen, Statens ekonomiska forskningscentral
- forskningsrådgivare Tarmo Valkonen, Näringslivets forskningsinstitut ETLA

Utlåtande EkUU 12/2021 rd

- kanslichef Sami Sarvilinna, Helsingfors stad
- stadsdirektör Jukka Mäkelä, Esbo stad
- stadsdirektör Ritva Viljanen, Vanda stad
- professor Teemu Malmi, Aalto-universitetet
- professor Otto Toivanen, Aalto-universitetet
- professor Risto Renkonen, Helsingfors universitet
- prorektor Juha Teperi, Tammerfors universitet
- tenure track-forskare, biträdande professor Liina-Kaisa Tynkkynen, Tammerfors universitet
- projektdirektör Teppo Heikkilä, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
- verkställande direktör Juha Tuominen, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
- branschdirektör Antti Vento, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
- ekonomi- och förvaltningsdirektör Päivi Tarsia, Mellersta Nylands social- och hälsovårdsreform
- direktör Risto Miettunen, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt
- verkställande direktör Ilkka Pirskanen, Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalven kuntaryhtymä
- direktör, kommunalekonomi Ilari Soosalu, Finlands Kommunförbund
- chefsjurist Arto Sulonen, Finlands Kommunförbund
- forskningsdirektör Tuulia Hakola-Uusitalo, Konkurrens- och konsumentverket
- sjukhusdirektör Petri Virolainen, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt
- verkställande direktör Anne Piikivi, Affärsverkssamkommunen för Norra Finlands laboratoricentral, Nordlab
- chef för kommun- och näringsfrågor Tanja Matikainen, Företagarna i Finland rf
- ekonomi- och skatteexpert Joel Kuuva, Hyvinvointiala HALI ry
- verksamhetsledare Ismo Partanen, Läkarföretagen rf
- verkställande direktör Pasi Lehto, Sydänsairaala Oy
- verkställande direktör Kristiina Michelsson, Tekonivelsairaala Coxa Oy
- delägare Mikko Alkio, Avance Advokatbyrå Ab
- verkställande direktör Ilpo Tolonen, Docrates Ab
- verkställande direktör Ari Miettinen, Fimlab Laboratoriot Oy
- verkställande direktör Esa Kallio, Kommunfinans Abp
- advokat Mikko Alkio
- professor emeritus Mats Brommels
- professor Petri Kuoppamäki
- professor Lasse Lehtonen
- professor Paul Lillrank
- professor Sami Moisio
- professor Tuomas Ojanen
- professor Juha Raitio
- professor Jukka Snell.

Skriftligt yttrande har lämnats av

- Barnombudsmannens byrå
- Samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax
- Kommunernas garanticentral
- Oy Apotti Ab

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

- SOSTE Finlands social och hälsa rf.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Propositionen. Syftet med lagstiftningspaketet är att skapa en ny modell för att ordna social- och hälsovård. Den bärande tanken är att inrätta 21 välfärdsområden och att områdena tar över den verksamhet inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som kommunerna för närvarande ansvarar för.

I Nyland ska ansvaret för att ordna social- och hälsovård och räddningsväsende organiseras på ett annat sätt än i landet i övrigt. Helsingfors stad kommer därmed fortfarande att ha ansvaret för att ordna tjänsterna. Ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård ska fördelas mellan välfärdsområdena, Helsingfors och HUS-sammanslutningen på det sätt som fastställs i lag och i avtalet om ordnande av social- och hälsovården.

I syfte att säkerställa regionalt samarbete och nödvändiga servicestrukturer inom social- och hälsovården bildas det fem samarbetsområden.

Det huvudsakliga innehållet. Ett centralt element i reformen är att ansvaret för finansieringen av social- och hälsovården överförs till staten, vilket ger staten en starkare roll som garant för det offentliga välfärdssystemet. Välfärdsområdenas verksamhet finansieras alltså huvudsakligen med statliga medel, men delvis också med klientavgifter. Regleringen av välfärdsområdena är uppdelad i två delar, dels social- och hälsovårdsministeriets, inrikesministeriets och finansministeriets styrning, dels behovsbaserad finansiering, som regleras av finansministeriet. Den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och övervakningen av social- och hälsovården hör således till social- och hälsovårdsministeriet. I det arbetet är statsrådets riksomfattande mål centrala verktyg.

Utgångspunkter och mål. Syftet med reformen är att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, trygga likvärdig och högkvalitativ social- och hälsovård och tjänster inom räddningsväsendet, förbättra säkerheten, tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, trygga tillgången på yrkeskunnig arbetskraft och dämpa kostnadsökningen.

Den drivande kraften bakom den nya lagstiftningen är farhågor kring den processuella och ekonomiska bärkraften i vårt hälso- och sjukvårdssystem inför ett ökande behov av vård och omsorg, särskilt med beaktande av sjukfrekvensen och den geografiska spridningen av befolkningen. Systemet måste uppfylla många förväntningar som delvis kan visa sig vara sinsemellan motstridiga. Det kan bli en ytterst krävande ekvation att samtidigt dämpa kostnadsutvecklingen, garantera vårdkvaliteten och se till att tjänsterna blir regionalt heltäckande.

Avgränsning av behandlingen. I utlåtandet koncentrerar sig ekonomiutskottet i enlighet med sitt ansvarsområde den föreslagna lagstiftningens konsekvenser för ekonomi, näringsliv och människor som använder tjänsterna. Särskild uppmärksamhet ägnas den föreslagna modellens EU-rättsliga dimension, jämbördiga konkurrensvillkor, incitament för utveckling av verksamheten, kostnadseffekter och företagets roll i den nya tjänstestrukturen.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

Stordriftsfördelar. De skalfördelar som uppnås genom större funktionella enheter är en viktig förutsättning för att bilda välfärdsområdena. Att tjänsterna ordnas av större administrativa enheter än i dag förenklar och förtydligar verksamheten, och det bedöms medföra effektivitetsvinster. I förhållande till befolkningsunderlaget innebär 21 områden och särlösningen i Nyland emellertid att de minsta områdena kommer att vara relativt små med avseende på skalfördelar. Också regeringen ger uttryck för samma oro: ”Vissa välfärdsområden kommer sannolikt också att ha svårt att få behövlig finansiering på marknaden ...” och ”En del av de välfärdsområden som bildas kommer dock att vara relativt små och därigenom ha klart sämre resurser än genomsnittet.”

Områdenas storlek kommer inte att ha samma effekter för finansiering och själva tjänsterna. En bred finansiell bas möjliggör en bred riskpool och därför kan en statscentrerad finansieringsmodell anses motiverad.

Med avseende på tjänsteproduktionen är den optimala storleken på ett område teoretiskt beroende av hur stor del av serviceuppläggen som kan genomföras inom området. Inom områden med universitetssjukhus kan nästan alla tjänster tillhandahållas inom området, men små välfärdsområden kommer oundvikligen att leda till att servicekedjorna blir gränsöverskridande.

I avvägningen mellan fördelar och nackdelar är det av betydelse att ett flertal tjänster kännetecknas av en funktionell uppdelning mellan möten nära klienten och utnyttjande av infrastruktur oberoende av plats. De dimensioneras på olika sätt. För tjänstehändelser som kräver närvaro spelar det knappast någon roll om aktören är stor, men utnyttjande av infrastruktur skalas kraftigt upp bland annat via gemensamma informationssystem, laboratorier och upphandlingsenheter.

Incitament – dämpa kostnaderna och effektivisera verksamheten. De organisationsansvariga områdena är självständiga vad beträffar tjänsteproduktionen och de kan därför förväntas utveckla sin verksamhet utifrån incitamenten inom ramen för regelstyrning. Det är viktigt att se i vilken riktning den föreslagna lagstiftningen uppmuntrar regionerna att ändra sin verksamhet.

Anslagen till välfärdsområdena kommer från staten – behovsbaserat. Staten är skyldig att se till att välfärdsområdena får tilläggsanslag, om de ursprungligen anvisade medlen inte räcker till för att tillhandahålla nödvändiga tjänster.

Ekonomiutskottet välkomnar reservsystemet, eftersom det säkerställer att tillgången till social- och hälsovård inte kommer att vara beroende av ett enskilt välfärdsområdes förmåga att ha god ekonomi eller av att patienternas servicebehov förläggs till en viss tidpunkt i tidsplanen för budgetförfarandet.

Ekonomiutskottet anser det vara utrett att överföringen av skyldigheten att ordna social- och hälsovård till välfärdsområdena kan ge besparingar, exempelvis genom de skalfördelar som nämns ovan eller genom annan effektivisering av verksamheten.

Att döma av ett sakkunnigyttrande är det dock oklart vad som under dessa omständigheter kommer att motivera områdena till återhållsamhet i användningen av pengar. Mot bakgrund av yttrandet är det delvis också oklart på vilket sätt områdena kan dra nytta av sina eventuella bespa-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

ringar. Enligt ett sakkunnigyttrande bidrar den universella finansieringen till att områdena får incitament för att bedriva resurseffektiv verksamhet.

Det finns dock en risk för att det uppstår ett problem med en gemensam resurs: om de budgeterade kostnaderna överskrids, täcks den överskjutande delen med skatter som tas ut av en befolkning som är större än välfärdsområdet (hela landet). Det kan hända att välfärdsområdena i högre grad måste ta ställning till hur ekonomin ska ordnas, om räntekostnaderna för lån räknas in i de kostnader som ligger till grund för beräkningen av det belopp ges ut till områdena.

Utskottet har fått närmare information om frågan. Den visar att den föreslagna bromsen för kostnadsökning enligt planerna införs med hjälp av hot om att bli föremål för ett så kallat utvärderingsförfarande: ett utvärderingsförfarande ska kunna inledas om ett välfärdsområde upprepade gånger uppvisar ett finansiellt underskott. Den effekten kan dock lindras av att granskningsperioden läggs fast till två på varandra följande år. För att bromsa kostnaderna har det dessutom föreslagits en restriktion i förfarandet för tilläggsfinansiering: här beaktas endast 80 procent av den förväntade ökningen av servicebehovet.

Ekonomiutskottet påpekar att de sedvanliga resultatförhandlingarna inom statsförvaltningen också kunde tillämpas mellan staten och välfärdsområdena för att förbättra effekterna av styrningen.

Vid utfrågning av sakkunniga föreslogs en mellanform för finansieringen. Modellen går ut på att utgifter som överstiger de kalkylerade kostnaderna täcks med välfärdsområdets egna skatter eller delvis också med klientavgifter. Det skulle tillföra beslutsfattandet i området ett element av kostnadseffektivitet eftersom en koppling av effektiviteten i tjänsteproduktionen till skattebelastningen i befolkningen i området är ett konkret incitament för effektivisering. Regional beskattningsrätt är dock förknippad med en risk för att den totala skatteuppbörden stiger, i synnerhet om aktörerna med beskattningsrätt deloptimerar rätten ur sin egen synvinkel.

Men inte ens en mellanform för finansieringen lösa de frågor kring den centrala bestämningsgrunden, så kallad behovsstandardisering, som kom upp i utfrågningen.

I den föreslagna modellen spelar de så kallade regionala behovskoefficienterna en central del av kalkylen för resursallokeringen. De har bildats utifrån behovsfaktorer som baserar sig på en studie av Institutet för hälsa och välfärd (THL). Behovsfaktorerna hänför sig till det regionala behovet inom äldreomsorg, socialvård och hälso- och sjukvård och förekomsten av dessa faktorer som beskriver som beskriver belastningen på social- och hälsovårdssystemet. THL:s behovskoefficienter bestämmer också de statsandelar som för närvarande baserar sig på kommunernas social- och hälsovårdsutgifter. Också finansieringsmodellen för förslagen till vårdreform från tidigare regeringsperioder baserade sig på dem. I det aktuella förslaget baserar sig behovskoefficienterna på en ny studie av THL, där antalet relevanta behovsfaktorer har utökats flerfald, vilket ger en mer exakt bild av de social- och hälsovårdsrelaterade kostnaderna i olika områden.

Sakkunniga uttryckte oro över hur väl standardiserade behov avspeglar det faktiska servicebehovet i välfärdsområdena och de kostnader det medför. Enligt vissa sakkunniga kunde man genom att vidareutveckla den föreslagna modellen uppnå en så lämplig fördelning av anslagstilldelningen som möjligt utifrån verkliga behov. I den nuvarande formen förefaller dock sjukdoms- och so-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

cialvårdsklassificeringarna vara halvfärdiga. Utskottet anser det vara viktigt att de underliggande siffrorna kan bedömas öppet. Vi måste finna metoder som också utomstående forskare kan använda för att verifiera modellen.

Utskottet anser det vara viktigt att de underliggande siffrorna kan bedömas öppet. Vi måste finna metoder som också utomstående forskare kan använda för att verifiera modellen.

Exempelvis HUS har påpekat att det i modellen saknas nästan hälften av de sjukdomskategorier eller sjukdomsdiagnoser som ger upphov till kostnaderna. Enligt uppgifter till utskottet är osäkerhetsfaktorerna i modellkalkylerna betydande. Vad beträffar vissa områden kan variationsintervallet för alternativen baserade på THL:s modell enligt fördelningsbeslutet vara upp till 500 miljoner euro om året. Modellen kan alltså motivera mycket divergerande beslut om anslagsfördelning utan att det kan påvisas att beslutet är felaktigt eller att skillnaderna kan motiveras med faktiska skillnader i servicebehovet.

Finansministeriet betonar i sitt bemötande att sjukdomarna inte har glömts bort, utan den lösning som tillämpas i THL:s modell beror på att man i modellen har utgått från att många akuta sjukdomar som ger upphov till ett vårdbehov av engångskaraktär fördelar sig relativt jämnt bland befolkningen. Då har de ingen betydande inverkan på viktkoefficienterna mellan regionerna och därför har de inte inkluderats separat i modellen. Enligt uppgifter till utskottet utvecklar THL modellen fortfarande kontinuerligt, exempelvis klassificeringen av akuta sjukdomar och modelleringen av socialvårdsinsatser.

Även om finansieringen av områdena utifrån modellen med behovskoefficient i varje enskilt fall kan fastställas entydigt, kan utvecklingen av och variationen i förekomsten av olika sjukdomar och andra behovsfaktorer medföra relativt betydande förändringar i finansieringen inom olika områden. Det lindras i viss mån av att finansieringsmodellen för reformen utöver behovskoefficienten innehåller andra bestämningsfaktorer som jämnar ut effekterna av modellen och för med sig en del element i finansieringslösningen som inte är inkluderade i behovskoefficienten.

Ekonomiutskottet delar de sakkunnigas oro över att den föreslagna finansieringsmodellen inte beaktar exempelvis att universitetssjukhusen har högre kostnader för undervisning och forskning eller att vissa ingrepp och behandlingen av vissa sjukdomar rikstäckande är koncentrerade till vissa sjukvårdsenheter. De uppträder som kostnader som förs över från kommunerna och samkommunerna på riksnivå i finansieringen, men behovskoefficienterna beaktar dem inte i tillräckligt hög grad. Enligt information till utskottet fördelas anslagen under SHM:s moment separat för forskning och utbildning. Utskottet understryker att det är ytterst viktigt att behovet av anslag för forskning och utbildning beaktas i tillräcklig utsträckning i den samlade finansieringen.

I utfrågningen av sakkunniga kom det fram att behovskoefficienterna i den nuvarande modellen inte tar hänsyn till de skillnader i kostnadsnivån mellan olika delar av landet som är oberoende av hur effektiv verksamheten är. De regionala kostnadsskillnaderna, som är oberoende av vad som ingår i social- och hälsovårdsverksamheterna, drivs till sin spets bland annat vad beträffar lokalkostnader.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

I sin nuvarande form är modellen med behovskoefficienter fördelaktig för områden med lägre kostnadsnivå än genomsnittet, eftersom belastningen till följd av den ökade kostnadsnivån kompenseras i kalkylen med ett prisindex, som justeras årligen och som bildas som ett vägt genomsnitt av prisindexen för välfärdsområdena. Om kostnadsnivån inom ett område stiger snabbare än genomsnittet inom vissa områden, fördelas den tilläggsfinansiering som ökningen medför på de områden där de kalkylerade, behovsstandardiserade kostnaderna är störst. De högre kostnaderna för universitetssjukhusen måste beaktas.

Det vore extra problematiskt för områden där de standardiserade behoven är lägre än genomsnittet och kostnadsnivån högre än genomsnittet. Inom de här områdena kommer resurserna sannolikt att relativt sett mer gå till infrastrukturkostnader än till egentlig tjänsteproduktion i resten av landet. Behovsstandardiseringen beaktar inte heller hur företagshälsovården inverkar på behovet av hälso- och sjukvårdsnivå, inte heller det servicebehov som kommer med fritidsbefolkningen. Enligt vad utskottet erfar utvecklar THL modellen med behovskoefficienter tillsammans med Statens ekonomiska forskningscentral för att regionala kostnadsskillnader ska kunna beaktas i finansieringen när reformen träder i kraft 2023. Enligt utskottet är det viktigt att arbetet slutförs och att regionala kostnadsskillnader beaktas i fördelningen av finansieringen utifrån det verkliga läget.

Offentliga finanser och totalkostnader för reformen. Kostnadsupplägget i den föreslagna modellen utgår från nuläget. I fortsättningen kommer budgeteringen att ändras utifrån ökad kostnadsnivå och servicebehov samt utifrån nya uppdrag som anvisas välfärdsområdena. Ekonomiutskottet välkomnar att modellen möjliggör flexibilitet, om erfarenheterna visar att det finns behov av justeringar. Med beaktande av de faktorer (befolkningsstruktur och förändringar i servicebehov) som påverkar och kan förväntas påverka kostnadsutvecklingen och som beskrivs ovan kan det anses sannolikt att social- och hälsovårdskostnaderna totalt sett kommer att stiga på riksnivå.

Dessutom kommer läget att påverkas temporärt av kostnaderna för omorganiseringar. Kostnaderna för harmonisering av lönerna kommer att utgöra Permanenta merkostnadsposter. Också kravet på egen produktion kommer sannolikt att leda till investeringsbehov i vissa områden med omfattande totala utläggningar.

Vid utfrågningen i utskottet kom det fram en viss oro över att reformen försämrar städernas konkurrenskraft och den lokala näringspolitikens potential, trots att social- och hälsovården i sig utan vidare utgör en utgiftspost. Det kan försämma de offentliga finanserna i sin helhet, exempelvis på grund av tillväxtstädernas stora ekonomiska betydelse. Utskottet påpekar att reformens konsekvenser för de offentliga finanserna via den regionalekonomiska och den regionala utvecklingen bör följas upp och rättas till.

Ekonomiutskottet påpekar att de direkta kostnaderna och de indirekta effekterna av coronapandemin för den ekonomiska aktiviteten och exportmarknaden inskränker handlingsutrymmet i de offentliga finanserna.

Patientrörlighetsdirektivet. Propositionen innehåller inga bestämmelser om genomförande av patientrörlighetsdirektivet (direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Kommissionen har inlett ett överträdelseförfarande mot

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

finska staten, men ärendet har inte gått vidare till Europeiska unionens domstol. Överträdelsen har alltså ännu inte avgjorts slutligt eller bedömts juridiskt. En del av de sakkunniga ansåg att en bedömning av konsekvenserna och eventuella kostnader av ett eventuellt nytt genomförande av patientrörlighetsdirektivet borde ha ingått i motiveringen till propositionen. Det är omöjligt, eftersom ändringarna i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård inte ingår i propositionen, utan social- och hälsovårdsministeriet har ansett att frågan hänför sig till finansiering via flera kanaler. Ministeriet började bereda ärendet i höstas.

Social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet har utrett att eventuella ändringar i genomförandet av patientrörlighetsdirektivet inte har kunnat bedömas eller inte hade hört hemma i propositionens konsekvensbedömning.

Privata aktörers roll. Propositionen innehåller bestämmelser som delvis avviker från de nuvarande bestämmelserna om det allmännas ansvar för att ordna social- och hälsovård och om att anförtro andra än myndigheter offentliga förvaltningsuppgifter. Enligt propositionen är syftet att precisera organiseringsansvaret och att på så sätt förtydliga vad som i det här sammanhanget avses med skötsel av en offentlig förvaltningsuppgift samt att skapa förutsättningar för att en offentlig aktör ska kunna ta ansvar för de uppgifter som ingår i organiseringsansvaret.

Ekonomiutskottet konstaterar att skyldigheterna för privata leverantörer av köpta tjänster ökar i viss grad, men inte i så hög grad att det skulle vara omöjligt att vara verksam som företagare i större omfattning. Kraven motsvarar i stor utsträckning den gällande lagstiftningen eller de krav som ställs på leverantörerna på grundval av upphandlingslagen. Tack vare kraven på privata tjänsteproducenter tryggas kvaliteten på upphandlade tjänster och på klient- och patientsäkerheten samtidigt som kontinuiteten i serviceverksamheten kan garanteras.

Definitionen av offentlig förvaltningsuppgift har motiverats med grundlagsutskottets krav från förra valperioden på tillräcklig egen tjänsteproduktion (GrUU 15/2018 rd – RP 15/2018 rd, HE 16/2018 vp) och med den senaste tidens utveckling, som inneburit att kommuner och sjukvårdsdistrikt har lagt ut och bolagiserat verksamhet.

I 12 § i lagen föreskrivs det om restriktioner i rätten att skaffa tjänster från privata tjänsteproducenter. Anskaffning av tjänster begränsas särskilt för tjänster som inbegriper utövning av offentlig makt enligt den aktuella lagstiftningen eller som har ett väsentligt samband med välfärdsområdenas organiseringsuppdrag. Vidare är jour dygnet runt inom hälso- och sjukvård undantagen, eftersom den är kritisk och livsviktig verksamhet och därför har ansetts ha en stark anknytning till beredskap och beredskapsmöjligheter inom välfärdsområdena. Det ska dock vara möjligt att köpta tjänster förutsatt att vissa specialvillkor är uppfyllda.

Enligt uppgifter till ekonomiutskottet är avsikten med regleringen inte att inbegripa medicinska stödtjänster i det förbud som avses i 12 § 2 mom. i lagförslag 2. Ekonomiutskottet tillstyrker den lagtolkningen.

Vidare konstaterar utskottet att lagförslaget tillåter att välfärdsområdena upphandlar tjänster hos olika producenter samtidigt som det kan vara befogat att ansvaret för att ordna tjänsterna i huvudsak ligger på den offentliga sektorn.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

Ekonomiutskottet har fått information som visar att det villkor för att använda tjänsteläkare som anges i förslaget som villkor för att vissa vårdkedjor skall kunna framskrida kan bromsa upp tillgången till vård, särskilt till en början i det nya systemet. Enligt uppgift är vårdpersonal inom hälso- och sjukvården i Finland för närvarande till största delen anställd hos privata aktörer eller arbetar som självständiga näringsidkare. Följaktligen kan man utgå från att privata aktörer i synnerhet i början av reformen kommer ha underutnyttjad kapacitet (personal och infrastruktur) samtidigt som offentliga aktörer är kraftigt överbelastade. Enligt propositionen kan ett välfärdsområde hyra in arbetskraft för att komplettera sin egen personal för tjänster som enligt 12 § får skaffa från en privat tjänsteproducent. Regleringen ändrar avsevärt möjligheterna att anlita inhyrd arbetskraft jämfört med den gällande lagstiftningen.

Ekonomiutskottet anser det vara utrett att det tack vare de olika juridiska formerna för hälso- och sjukvårdsenheter har blivit möjligt att införa positiva verksamhetsmodeller i utvecklingen och effektiviseringen av vårdkedjorna och förvaltningen, men att reformen medför en press på översyn av modellerna. Samtidigt har det blivit klart att nuläget gör det möjligt för verksamhetsenheterna att vara självständiga. Det leder i sin tur till deloptimering, där det inom hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt förekommer dels övervård, dels flaskhalsar som äventyrar vårdgarantin och lika tillgång till vård och beror på knappa resurser.

De uppdagade problemen kan åtgärdas med mer systematiskt och bättre samarbete mellan aktörerna än fallet är i dag.

I styrningen av välfärdsområdena är det viktigt att vara uppmärksam på att de samarbetsavtal som ingås med stöd av bestämmelserna om ordnande och produktion av tjänster innehåller samordnade kriterier och indikatorer för tillgång till vård och ordnande av vård för att incitamenten för deloptimering ska undanröjas.

Ekonomiutskottet välkomnar regeringens mål att lösa problemet med deloptimering, men uttrycker sin oro över huruvida den föreslagna regleringen säkerställer god praxis och möjligheter att utveckla praxis.

Det är viktigt att de rikstäckande målen också inbegriper en tydlig plan för hur den privata sektorns och den tredje sektorns resurser ska utnyttjas. Planen ska stötta välfärdsområdena och motivera dem att bedriva mer systematiskt och långsiktigt samarbete.

Det ska fortfarande gå att upphandla tjänster hos privata producenter. De tjänster som områdena upphandlar ska till innehåll, omfattning och kvantitet vara av den typen att områdena i alla situationer kan uppfylla sitt organiseringsansvar. Den utgångspunkten beror på konstitutionella rättigheter och utlåtanden från grundlagsutskottet. Reformen innebär inga ändringar i det gällande valfrihetssystemet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har invånarna möjlighet att välja på vilken offentlig primärvårdsenhet de vill få sina tjänster. De kan också i enlighet med de lagstadgade villkoren välja på vilken enhet inom den specialiserade sjukvården de vill få sin vård.

Ekonomiutskottet påminner om att reformen fortfarande tillåter att tjänster produceras av flera producenter. Det kommer att vara tillåtet att anlita privata tjänsteproducenter för alla tjänster om lagen inte särskilt förbjuder att privata producenter anlitas för dem. Det ska fortfarande vara til-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

låtet att använda servicesedel. Om en offentlig anordnare erbjuder möjligheter att använda servicesedlar hos privata tjänsteproducenter, kan klienten välja bland de privata tjänsteproducenter som står till buds. Ett välfärdsområde kan utifrån avtal skaffa social- och hälsovårdstjänster för en klient av en privat tjänsteproducent, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna.

Servicesedlar kan exempelvis göra det möjligt att anlita mindre aktörer. I propositionen motsvarar reglerna för servicesedlar i det hänseendet nuläget att värdet på sedeln fortfarande bestäms av den som ställer ut sedeln. Det i sin tur underblåser variation i självriskandelen, vilket ökar ojämlikheten. Intensifierat samarbete mellan offentlig och privat sektor kan vara ett sätt att minska den ojämlikhet som kommer av att klyftan mellan offentlig och privat social- och hälsovård vidgas.

Någon lagstiftning om servicesedlar ingår inte i propositionen, utan den kommer att stiftas senare. Därför är det av stor vikt att säkerställa att det nya systemet i förekommande fall också kan dra nytta av resurserna inom privat och tredje sektor. Frågan är av betydelse med avseende på kvaliteten på och tillgängligheten till tjänster, näringsfriheten, marknadens funktion och konkurrensen.

Ekonomiutskottet uppmanar social- och hälsovårdsutskottet att i sitt betänkande beakta och säkerställa att det också i den kommande förvaltningsmodellen finns lagstiftningsstöd för de verksamhetsmodeller som visat sig vara bra och för den effektivitet som uppnås med lämpligt val av bolagsformer. För en effektiv och fungerande marknad är det viktigt att regleringen och omvärlden är gynnsam också för små och medelstora företag, men också för nya företag och nya affärsmodeller.

Ekonomiutskottet betonar betydelsen av upphandlingskompetens och fungerande och öppen konkurrensutsättning för att förbättra kostnadseffektiviteten och kvaliteten. En stor del av tjänsteproducenterna är små eller medelstora yrkesutövare. I utfrågningen av sakkunniga nämndes behovet av en gemensam kostnadsberäkningsmodell och större insyn i kostnadsberäkningen vid upphandling.

Anordnare som är större än de vi har i dag kan ha bättre möjligheter att utveckla upphandlingskompetensen och se till att den blir mer strategisk och totalt sett ger bättre resultat. Samtidigt gäller det att komma ihåg att en stor del av tjänsteproducenterna är små mikroföretag, vilket bör beaktas vid konkurrensutsättningar. Detta faktum understryker betydelsen av andra upphandlingsmetoder, bland annat servicesedlar eller personlig budgetering. Utskottet betonar vikten av att lagstiftning om de här frågorna.

Avtal och investeringar mellan offentlig förvaltning och privata aktörer. Propositionen har bestämmelser om att avtal om köpta tjänster som överförs till välfärdsområden är ogiltiga, om de innebär att områdena inte längre ansvarar för att ordna social- och hälsovård. I övrigt ska ett uppsägningsförfarande tillämpas på andra utläggningar.

Ogiltigförklaring eller uppsägning som grundar sig på en retroaktiv lagändring är problematisk inte bara för dem som för närvarande har ett avtalsförhållande med offentliga förvaltningsenheter som upphör att gälla i och med den nya lagstiftningen, utan också för alla andra företag som i fortsättningen planerar att sluta avtal med offentliga förvaltningsenheter i Finland. Hädanefter kom-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

mer företagen att vara tvungna att göra en avvägning mellan varaktiga avtal med enheter inom offentlig förvaltningar och förändringar i berättigade förväntningar. Ekonomiutskottet konstaterar emellertid att ogiltigförklaring och godtagbarheten för ogiltigförklaring av gällande avtal anknyter här till en omfattande administrativ omstrukturering av hela branschen. Följaktligen går det inte att dra några slutsatser av hur ogiltigförklaring av avtal lämpar sig för andra situationer.

Med bestämmelser om välfärdsområdenas upplåning och planering och styrning av investeringar kan en alltför stor ökning av riskerna för såväl statens som välfärdsområdenas ekonomi och verksamhet förhindras, likaså områdenas förmåga att trygga genomförandet av social- och hälsovårdstjänster. Fullmakten att uppta lån ska grunda sig på välfärdsområdets ekonomiska bärkraft. Vid utfrågningen av sakkunniga uttrycktes vissa farhågor kring investeringar och det framhölls att även oförutsedda, relativt små upphandlingar (ett typiskt exempel kan vara utbildningsapparat) utanför tidsplanen för budgetförfarandet verkar vara tungrodda. Välfärdsområdena kommer som regel inte att ha rätt att ta upp långfristiga lån, utom inom ramen för lånefullmakt från statsrådet. Dessutom föreskrivs det om möjlighet att bevilja tilläggs lån för brådskande och nödvändiga investeringar. Vidare kan välfärdsområdena utanför lånefullmakten använda intern finansiering, influtna penningmedel och även kortfristiga lån för att finansiera investeringar.

Välfärdsområdenas begränsade handlingsutrymme kan inskränka deras möjligheter att effektivisera verksamheten.

Områdena ska utarbeta en separat investeringsplan som inte får stå i strid med fullmakten att ta upp lån. Investeringsplanen ska innehålla den information som anges i lagen, men är innehållsmässigt mer heltäckande än de investeringar som finansieras med lånefullmakten. I investeringsplanen avsätts anslag för investeringar.

Därtill kommer utskottets farhågor om huruvida investeringar kommer att genomföras på ett lämpligt sätt, inte bara under omställningarna utan också, och i synnerhet, på lång sikt. Investeringar kräver visshet om kontinuitet. Välfärdsområdena kan använda lånefullmakten under flera räkenskapsperioder, i synnerhet vid större investeringar. En outnyttjad fullmakt att uppta lån ökar i sin tur framtida kapaciteten att ta upp lån och det underlättar finansieringen av investeringar.

Åtaganden som överförs från kommunerna till välfärdsområdena. I sakkunnigutfrågningen fick utskottet information om de rättsliga följderna av att åtaganden överförs. Här måste det göras skillnad mellan social- och hälsovårdsverksamhet och finansiering av verksamheten.

Reglerna om statligt stöd kan bli tillämpliga i de fall när lån med statlig borgen finansierar verksamhet i välfärdsområdena som med stöd av EU-rätten kan betraktas som ekonomisk verksamhet. Begreppet ekonomisk verksamhet förklaras i Europeiska kommissionens meddelande om begreppet statligt stöd och i Europeiska unionens domstolars beslutspraxis. Det innebär att hälso- och sjukvård som kan anses bygga på solidaritetsprincipen inte är ekonomisk verksamhet. Verksamheter som naturligt ingår i myndigheternas privilegier och som staten ansvarar för att utföra är inte heller ekonomisk verksamhet i den mening som avses i detta sammanhang, förutsatt att medlemsstaten inte har beslutat införa marknadsmekanismer.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

I ljuset av det som sägs ovan beror problemen med statligt stöd vid social- och hälsovårdsverksamhet på hur vårt offentliga hälso- och sjukvårdssystem baserat på välfärdsområdenas lagstadgade åtaganden anses vara enligt EU-rätten. I vår nuvarande modell producerar kommunen lagstadgade tjänster inom ramen för statlig reglering och informationsstyrning. Solidariteten fullföljs på kommunal nivå via bosättningsbaserade tjänster och betalningsstrukturen. Kostnaderna för och innehållet i enskilda tjänster är separerade från storleken på patientavgiften. Solidariteten fullföljs också genom statsandelarna till kommunerna. I den nuvarande modellen betalas statsandelen ut till kommunerna i sin helhet. Beloppet beror på vissa egenskaper hos kommunen och invånarna utifrån behovskoefficienter baserade på studier av THL. När denna standardlösning ändras så att en ny nivå bildas mellan kommun och stat (landskap) påverkar inte faktorerna för att fullfölja solidariteten.

Borgensbestämmelserna är en fråga som inte är kopplad till den nya nivån och därför måste bedömas separat.

I den gällande regleringen finansieras kommunernas ekonomi, inklusive social- och hälsovård, av Kommunfinans. Vidare hör det till Kommunernas garanticentral att garantera de lån som Kommunfinans tar upp. Vad gäller de uppgifter för välfärdsområdena som föreslås för Kommunfinans och Kommunernas garanticentral måste tillsynsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning nr 575/2013 om tillsynskrav för kreditinstitut och värdepappersföretag och om ändring av förordning (EU) nr 648/2012 (nedan kallad EU:s tillsynsförordning) och artiklarna 213 och 215 i den beaktas. Följaktligen måste Kommunfinans och Kommunernas garanticentral ha säkerhet om att finansieringen kan godkännas också vad gäller reglerna för statligt stöd. Kommissionen konstaterade i ett beslut från 2004 att Kommunfinans är ett särskilt kreditinstitut med offentliga uppdrag inom offentlig förvaltning och att de garantier som garanticentralen beviljar Kommunfinans inte ska betraktas som vare sig ekonomisk verksamhet eller statligt stöd.

Enligt propositionen kan statsrådet utan krav på motsäkerhet besluta bevilja statlig proprieborgen som säkerhet för skulder och vissa andra förbindelser som överförs från sjukvårdsdistrikten, specialomsorgsdistrikten och kommunerna till välfärdsområdena och för anknytande ränte- och valutaväxlingsavtal samt för andra liknande skyddsåtgärder och uppfyllande av räntevillkoren och andra villkor i avtalen. Om säkerhet har ställts för en skuld eller någon annan förbindelse ska statsborgen emellertid beviljas som fyllnadsborgen för säkerheten.

Här garanterar staten också de låneposter som redan finns och som överförs från kommunerna, sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten till välfärdsområdena.

Tillsynsförordningen lägger fast gränserna för hur mycket eget kapital ett kreditinstitut ska avsätta för varje riskfylld post i balansräkningen. Den vägen påverkar riskvikten kreditinstitutens vilja att ta upp sådana poster i balansräkningen, och det är själva syftet med tillsynsbestämmelserna.

Nollrisken grundar sig på offentliga samfunds (teoretiskt sett obegränsade) rätt att ta ut skatt. I och med att välfärdsområdena inte har beskattningsrätt har de inte heller någon särskild roll för riskvikten vid beräkningen av bankernas kapitalkrav enligt standardmetoden. I vilket fall som helst har de alltid någon roll i riskviktningen. I standardmodellen kan en sådan fordran från ett välfärdsområde eventuellt behandlas exempelvis med en riskvikt på 20 procent i enlighet med ar-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

tikel 115.5 i tillsynsförordningen. Det är dock osäkert om det är så. En bindande riskviktsklassificering måste förvärvas via en process på Europeiska bankmyndigheten (EBA). Riskvikterna i riskviktsklassificeringen enligt interna modeller bildas via bankernas interna riskbedömning.

Trots det ser det ut som om riskvikten för lån blir noll med hjälp av statsborgen för finansiering av välfärdsområden, om borgen uppfyller kraven i tillsynsförordningen. Den här tolkningen av förordningen kan motiveras med att kapaciteten att klara av de ekonomiska förpliktelseerna i sista hand baserar sig på statens rätt till skatteuppbörd: enligt propositionen och mot bakgrund av bestämmelserna nedan garanterar staten välfärdsområdenas finansiella åtaganden. Dessutom inrättas en mekanism som innebär att finansiellt underskott i välfärdsområdena åtgärdas genom ett förfarande med tilläggsfinansiering, också det via statsbudgeten.

Kraven i tillsynsförordningen är mycket detaljerade och det finns ingen tidigare tolkningspraxis för hur de ska tillämpas på fyllnadsborgen. Formuleringen av lagrummen om statsborgen så att borgen definieras närmare bland de övriga borgensvillkoren är avsedd att minska den skada som eventuellt uppstår vid en ofördelaktig tolkning av tillsynsförordningen. Att döma av detaljmotiveringen till 20 § i lagförslag 1 är det den här frågan som fyllnadsborgen till ett välfärdsområde hänger samman med. Den villkorade metod för att bedöma kreditgivaren som lagen ger Statskontoret kan vara avgörande vid bedömningen av riskvikter.

Ersättningsgränsen enligt regleringen om kompensation till kommunerna för egendomsöverföringar bör ligga på en nivå som kan anses vara betydelsefull med avseende på möjligheterna att trygga kommunernas självstyrelse och även motiverad och skälig sett ur statens perspektiv, sägs det i propositionen. Propositionen har inte nödvändigtvis någon negativ inverkan på kommunernas riskvikt, om kompensationsregleringen säkerställer kommunernas möjligheter att besluta om sin ekonomi och självstyrelse trots egendomsarrangemangen. Det beror på att kriteriet i tillsynsförordningen om institutionella arrangemang som minskar risken för insolvens och som inte skiljer sig från statliga mekanismer då inte är uppfyllt.

Ekonomiutskottet påpekar att välfärdsområdena har möjlighet att också bedriva annan verksamhet än den som omfattas av den lagstadgade skyldigheten. De kan exempelvis åta sig att sköta uppdrag som stöder lagstadgade uppgifter och bedriva företagsverksamhet med låg risk som stöder möjligheterna att utföra lagstadgade uppgifter. Ekonomiutskottet framhåller att de statsstödsrättsliga aspekterna av den föreslagna regleringen, inklusive en eventuell anmälningsskyldighet, måste utredas noggrant.

Digitalisering och förnyelse. Vid sakkunnigutfrågningen bedömdes det att kommunernas kostnader för social- och hälsovård kommer att öka på riksnivå. Det behövs många olika effektiviseringsåtgärder för att bryta trenden. Ett sätt är att utnyttja digitaliseringen effektivare. Det måste dessutom finnas stöd i lagstiftningen för nya innovationer och försök. För att tjänsterna ska kunna produceras effektivt behövs ett samordnat system som täcker in primärvård och specialiserad sjukvård å ena sidan och social- och hälsovård å andra sidan. Det är svårt att se att social- och hälsovårdstjänster ska kunna produceras, utvecklas eller ledas i sin helhet utan samordnade informationssystem. De största ekonomiska fördelarna med digitaliseringen består sannolikt i effektivare utnyttjande av tillgängliga data och effektiviserade processer.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

För att uppnå fördelarna med digitalisering krävs det att sammanhängande vårdkedjor möjliggörs. För närvarande utgör exempelvis de tekniska gränserna och restriktionerna för användningsrätt till registren hinder för optimalt utnyttjande i rätt tid. Till exempel uppgifter som förs in i socialvårdsregistret är inte tillgängliga för hälso- och sjukvården. Genom att utveckla informationsspridningen kan man också påverka hur den yrkesutbildade personalens tid fördelar sig mellan klienter och sökning respektive registrering av uppgifter.

Ekonomiutskottet betonar vikten av att digitala verktyg, exempelvis distansmottagning, utnyttjas inom de gränser som reformen tillåter. De föreslagna behovsfaktorerna tar inte särskilt bra hänsyn till särdragen i huvudstadsregionen, exempelvis kraftig befolkningsökning, större invandring än i resten av landet eller omständigheter relaterade till ojämlikhet som segregering, utslagning och missbruksrelaterad överdödlighet. THL:s nuvarande behovskoefficient för social- och hälsovård kalkylerar kostnaderna för socialvård i huvudstadsregionen utifrån för liten resurstilldelning.

Samtidigt vill utskottet uttrycka sin oro över vilka konsekvenser regleringen kan ha i det hänseendet. Det gemensamma register som möjliggörs av 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är för närvarande till exempel i Nyland den grund för registrering av data inom den specialiserade sjukvården och primärvården som informationssystemen är uppbyggda på.

Regleringen kan innebära att det förslagsvis i Nyland behövs sex separata system av typen Apotti inom det nuvarande systemet, om exempelvis systemet Apotti i och med den föreslagna regleringen måste införas så att välfärdsområdena är åtskilda också vad gäller informationssystem och alla klienter och yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården bara är hänvisade till registret i sitt eget välfärdsområde. Utan explicit samtycke överförs då inga uppgifter. Det ökar den administrativa bördan, särskilt för vård av klienter med sektorsövergripande servicebehov inom hälso- och sjukvården och socialvården.

Kanta-systemet lämpar sig däremot inte för dagligt patientarbete på grund av det tekniska genomförandet. Mot den bakgrunden är det viktigt att regleringen i 9 § i hälso- och sjukvårdslagen inkluderas i den nya lagstiftningen.

Slutsatser. Ekonomiutskottet håller med de sakkunniga som anser att vårt social- och hälsovårds-system i sin nuvarande form är ohållbart på sikt. Åldersstrukturen bland befolkningen och behovet av social- och hälsovård, den anknytande kostnadsutvecklingen, den geografiska fördelningen av befolkningen och tillgången till kvalificerad yrkesutbildad personal inom social- och hälsovård ställer tvingande krav på förändringar i systemet.

Den föreslagna lagstiftningen läggs fram i ett läge när hållbarhetsgapet i Finlands ekonomi har fortsatt att vidgats i flera år. Det är viktigt att en av de mest betydande delarna av de offentliga finanserna, nämligen social- och hälsovårdssektorn, ordnas på bästa möjliga sätt och att omställningar baserar sig på forskningsrön om verkningsfull vårdpraxis, människors beteende och incitament och på befolkningsutvecklingen.

Det förefaller att råda en viss spänning mellan vissa av målen och de valda regleringslösningarna. Det är visa sig vara svårt att se hur man i lagstiftningen samtidigt ska kunna ha kvar ett krav på

Utlåtande EkuU 12/2021 rd

tjänsteläkare av det slag som föreslås, tillåta offentligt ägda bolag men organiserade i bolagsform att bedriva verksamhet och avgränsa de privata aktörernas tillåtna verksamhetsområde på det sätt som avses i lagförslag 2, och ändå säkerställa medborgarnas tillgång till vård på det sätt som sägs i propositionen.

Enligt ett sakkunnigyttrande innehåller den föreslagna lagstiftningen också element som kan bedömas innebära att hållbarhetsgapet delvis omfördelas på ett sätt som avviker från det nuvarande statsandelssystemet. Den föreslagna regleringen löser åtminstone inte helt och hållet problemet med resursbrist till följd av hållbarhetsgapet och det ökade servicebehovet inom social- och hälsovårdssektorn, om man beaktar att välfärdsområdena utan beskattningsrätt inte är skyldiga att täcka sina underskott själva. Därmed har de inga fullgoda verktyg för att vara kostnadseffektiva i verksamheten. Ledstjärnan i reformen är att alla människor i olika delar av landet ska jämlik tillgång till vård och att skillnaderna i hälsa ska minska. Det betyder att kostnadsbelastningen för offentlig hälso- och sjukvård i motsats till praxis i det nuvarande systemet fördelas över hela landet i relation till skattebetalningsförmågan.

Med hänvisning till utfrågningen av sakkunniga pekar ekonomiutskottet på den diskrepans som råder mellan autonomi att ordna verksamheten i välfärdsområdena och kravet på att säkerställa jämlik tillgång till social- och hälsovård: målet med propositionen är att områdena ska vara mycket självständiga, vilket gör det möjligt att producera tjänster utifrån invånarnas behov i varje välfärdsområde. Å andra sidan eftersträvas minskade skillnader i hälsa bland befolkningen med hjälp av ett system som tillhandahåller social- och hälsovård så jämlikt som möjligt i olika delar av landet.

Det främsta målet med regleringen är att med offentlig tjänsteproduktion kunna garantera tillgång till tjänster också i extraordinära situationer. Det finns däremot inga bestämmelser som förpliktar välfärdsområdena att upprätthålla överkapacitet. Följaktligen drabbas offentliga tjänsteproducenter av samma problem som privata aktörer till följd av begränsade resurser (t.ex. Tillgång till kvalificerad personal) eftersom det för produktion av tjänster behövs samma element (personal, infrastruktur) oberoende av tjänsteproducentens juridiska form.

Utskottet instämmer med de sakkunniga i att det är en stor utmaning att förutsäga vilka val de olika aktörerna kommer att göra i den nya modellen och hurdana kostnadsstrukturen och serviceutbudet slutligen kommer att bli. Samtidigt påminner utskottet att det regelverk som består av budgetrestriktion för statsfinanserna, lagar, författningar på lägre nivå plus anvisningar och avtalspraxis från ministerierna spelar en framträdande roll för att målen med lagstiftningen ska nås. Ekonomiutskottet betonar behovet av att skapa incitament för att förebygga hälsomässiga och sociala problem. Samtidigt påpekar utskottet att konsekvenserna av en omfattande reform måste följas noggrant och att bestämmelserna i förekommande fall bör preciseras eller ändras för att reformmålen ska nås.

FÖRSLAG TILL BESLUT

Ekonomiutskottet föreslår

Utlåtande EkUU 12/2021 rd

att social- och hälsovårdsutskottet beaktar det som sägs ovan.

Helsingfors 29.4.2021

I den avgörande behandlingen deltog

ordförande Juhana Vartiainen saml
vice ordförande Hanna Kosonen cent
medlem Atte Harjanne gröna
medlem Mari Holopainen gröna (delvis)
medlem Hannu Hoskonen cent
medlem Eeva Kalli cent
medlem Pia Kauma saml
medlem Riitta Mäkinen sd
medlem Matias Mäkyne sd
medlem Sakari Puisto saf
medlem Minna Reijonen saf
medlem Janne Sankelo saml
medlem Joakim Strand sv
medlem Veikko Vallin saf
medlem Tuula Väätäinen sd
medlem Johannes Yrttiaho vänst
ersättare Aki Lindén sd (delvis)
ersättare Kai Mykkänen saml (delvis)
ersättare Olli Immonen saf (delvis).

Sekreterare var

utskottsrad Teija Miller.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 1 /saf

Avvikande mening 1 /saf

Motivering

I propositionen överförs social- och hälsovården och räddningsväsendet till 21 regionala välfärdsområden. För närvarande ordnas tjänsterna av nästan 200 kommuner och kommunala samarbetsområden, social- och primärvård självständigt av drygt 70 kommuner, specialiserad sjukvård av 20 samkommuner, specialomsorger av sju samkommuner och räddningsväsende av 20 kommunala samarbetsområden.

Var och en av de omkring 300 anordnarna har sin egen förvaltning med chefer och förtroendevalda. Till många delar arbetar de självständigt och är sårbara. Kommunerna har små möjligheter att påverka deras beslutsfattande trots att de till stor del svarar för kostnaderna. Det nuvarande systemet är splittrat, utom den specialiserade sjukvården som fungerar effektivt. Reformförslaget inför direkt demokrati i beslutsfattandet.

Finland har ett medelmåttigt fungerande hälso- och sjukvårdssystem, där kostnaderna är klart lägre än i de övriga nordiska länderna. Sektorn är god för 20 miljarder euro, vilket är omkring 8 procent av bnp. Det behövs kostnadseffektivitet och vi måste vara rustade inför den åldrande befolkningen. Men då är det inte läge att genomföra en modell som inte ens enligt propositionen genererar kostnadseffektivitet. I stället innehåller den enligt flera sakkunnigyttranden en hel del risker och halvdana lösningar.

Till de primära syftena med propositionen hör att tillhandahålla god, heltäckande och jämlik vård. Det finns en betydande risk för att propositionen inte backar upp sådana mål, utan tvärtom försvårar läget, inte minst i sin nuvarande form och på kort sikt.

Storskalighet ger fördelar upp till en viss gräns

Många verksamheter gynnas ekonomiskt av centralisering och samgång. I synnerhet inom specialistvården är fördelarna med storskalighet betydande. Genom en kraftig koncentring har hjärt- och ledkirurgi till vissa sjukhus kompetens- och produktionscentra kunnat byggas upp och de betjänar större områden i hela landet än bara enskilda regioner. I och med propositionen kommer utbudet av områdesöverskridande tjänster praktiskt taget att försvinna och verksamhetsmöjligheterna för privata företag att försvåras avsevärt.

Samtidigt finns det en risk för att tjänsterna flyttas längre bort från klienterna och därmed blir för dyra eller besvärliga att anlita. Det finns ingen anledning att underskatta den agilitet som kommer av lokal förankring. Den naturligaste nivån för att fatta beslut om närservice är kommunen och inte ett omfattande välfärdsområde.

Regeringen vill inrätta 21 välfärdsområden, vilket sannolikt innebär att små områden inte får någon stordriftsnytta. I stället kan man utgå från att områden kommer att slås samman senare. Det hade varit lättare att fånga upp den här utvecklingstrenden med färre områden.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 1 /saf

Incitamenten bör ha kostnadsdämpande effekt

I finansieringsmodellen ges välfärdsområdena inga incitament för att spara kostnader eller effektivisera verksamheten. Anslagen för följande år bestäms utifrån den verkliga anslagsanvändningen och det motiverar områdena att använda mycket pengar. Det är politikerna som beslutar hur pengarna ska användas och staten finansierar utgifterna genom att betala ut anslag välfärdsområdena så att säga mot kvitto. Områdena får överskrida budgeten tre gånger om året utan utvärderingsförfarande. För att propositionen inte ska leda till att kostnaderna helt och hållet skenar iväg bör områdena ges beskattningsrätt och åläggas att själva betala kostnaderna. Följaktligen kommer propositionen att binda kommande regeringars händer och tvinga dem att fortsätta med landskapsförvaltningen och införa en landskapskatt, trots att avsikten ursprungligen uttryckligen var att skapa ett smidigare system.

Finansieringskriterierna stöder inte målen med propositionen

Finansieringen av områdena baserar sig på standardiserade behov, men behoven baserar sig på för få sjukdomsklassificeringar. Exempelvis intensivvård, akutvård och ungdomspsykiatri får inte tillräckligt stora anslag i modellen. Prevention, rehabilitering och primärvård spelar en biroll i reformen, även om de har en nyckelroll när det gäller att dämpa ökningen i hälso- och sjukvårdsutgifterna.

THL använder i sin modell genomsnittliga kostnader per enhet för behovsprövning och det gynnar glesbygdsområden på bekostnad av tätbefolkade områden med högre prisnivå. Finansieringsmodellen skär "kraftigt" i tjänsterna för Nyland. Indexjusteringen beaktar inte regionala skillnader i kostnadsutvecklingen. Det i sin tur gynnar glest befolkade områden med måttlig kostnadsutveckling.

THL-modellen tar inte hänsyn till vårdköer, vårdskuld eller beredskapsmöjligheter. Modellen behandlar universitetssjukhusen som centralsjukhus, trots att universitetssjukhusen har andra skyldigheter och kostnader.

Dessutom tar modellen ingen hänsyn till vårdkvalitet eller vårdeffekter. Ersättningen är densamma oberoende av om cancer behandlas lite och billigt eller bra och dyrt. Det förleder områdena att ge så lite behandling som möjligt.

Var ska fördelarna för de offentliga finanserna tas?

Det har inte gjorts några ordentliga konsekvensbedömningar av propositionen. Det enda sättet att generera besparingar som nämns är att utveckla tjänsterna, men för det behöver inte den här propositionen godkännas. Så den duger det inte som motivering till nyttan med propositionen.

Att döma av vissa sakkunnigyttranden är det sannolikt att social- och hälsovårdsutgifterna ökar mer än väntat till följd av propositionen. Dessutom ökar utgifterna med all säkerhet åtminstone till en början av omställningskostnaderna, mellanstegsförvaltningen, löneharmoniseringen, övergångsperioderna och investeringskostnaderna för egen produktion med säkerhet kostnaderna åtminstone i början av den föreslagna reformen.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd **Avvikande mening 1 /saf**

Personalen hos cirka 300 olika arbetsgivare flyttas helt eller delvis över till 21 arbetsgivare. Samtidigt harmoniseras lönenivån, vilket redan det i sig sannolikt ger en utgiftsökning på hundratals miljoner euro, men det inte har inte räknats in i kalkylerna.

Förenlighet med EU:s patientrörlighetsdirektiv

EU:s patientrörlighetsdirektiv garanterar att en medborgare i ett EU-medlemsland kan söka icke-brådskande vård i ett annat EU-land och inte behöver betala mer för vården än vad den skulle kosta inom den offentliga hälso- och sjukvården i hemlandet. Direktivet har gällit sedan 2011, men EU har inte godkänt Finlands genomförande. Det finns en stor risk för att propositionen inte överensstämmer med EU-direktivet och att den omedelbart måste ses över, i kölvattnet av böter och rättegångar.

Privata aktörer måste få säkrare roll

Reformen kan leda till att små och medelstora producenter av social- och hälsovårdstjänster inom privat och tredje sektor försämrats. De minsta företagens förutsättningar att uppfylla skyldigheterna i propositionen är ytterst blygsamma. Då blir alternativet att privatiserad verksamhet åter blir offentlig eller att verksamheten lyfts över på något stort företag, vilket skulle ha en negativ effekt på konkurrensen och företagsamheten.

I Finland har det med tiden utvecklats privata och offentligt ägda affärsverk som fungerar som välrenommerade kompetens- och produktionscentrum för hälsovårdstjänster. Dessa enheter praktiskt taget köras i botten eftersom propositionen ställer ett minimikrav på egen produktion i landskapet, förhindrar tjänsteproduktion över områdesgränserna och kräver att tjänsteläkare fattar vårdbesluten. Det är en absurd situation, om också vanliga recept måste skrivas ut av en tjänsteläkare som i den föreslagna modellen. Ett sådant Informationsutbyte slöseri med resurser och skulle knappast fungera. För folkhälsan och effektiviteten vore det huvudlöst att avveckla de välrenommerade enheterna.

Är det läge för att fundera på alternativa genomförandesätt?

Reformen hade kunnat genomföras på flera olika sätt, som hade skingrat åtminstone en del av de farhågor som vi behandlar här. Men det har av allt att döma varit en svår politisk nöt att knäcka. Om systemet inte är fullständigt i olag ska man inte reparera det med ett förslag som är uppenbart defekt redan från början, men som parterna ändå på något sätt kan gå med på. Det är beklagligt om förslaget antas främst för att det inte finns något annat alternativ när ett enskilt parti pockar på sina intressen eller parterna helt enkelt fått nog. Bristen på konsekvensbedömningar och riskanalyser kan eventuellt förklaras med samma politiska skäl.

Svårt att förutse hur investeringar och utläggningar kommer att behandlas

Propositionen är ett problem vad gäller investeringar inom social- och hälsovård. Det är oklart hur de omfattande balansposter inom social- och hälsovårdsverksamheterna som nu hör till kommunerna förs över till välfärdsområdena. Den gällande begränsningslagen försvårar kommunernas utläggningar genom ett obligatoriskt uppsägningsvillkor. Villkor innebär i praktiken att avtalen

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Avvikande mening 1 /saf

har en uppsägningsparagraf. Det finns också restriktioner för avtal om nyttjanderätt till byggnader och för betydande investeringar.

Till följd av ändringarna blir det svårare för privata aktörer att förutse verksamheten. För kommunerna stiger tröskeln för att lägga ut verksamheter, eftersom uppsägningsparagrafen äventyrar kontinuiteten. De ekonomiska konsekvenserna av detta har inte utretts.

Ansvar som överförs till kommunerna, solvensbestämmelser

Reformen kräver att statsandelarna till kommunerna reformeras så att systemet motsvarar den kraftigt förändrade fördelningen av åtaganden och kostnader inom den offentliga sektorn och mellan olika kommuner. Redan nu är kommunerna hårt trängda ekonomiskt och behöver ingen extra osäkerhet om framtiden. Propositionen utgår från fullständig åtskillnad mellan landskapens och kommunernas uppgifter, men det är ingen effektiv lösning och uppdelningen beaktar inte i tillräckligt hög grad skillnaderna mellan kommunerna.

Grundlagsperspektivet beaktats inte

Ekonomiutskottet utarbetade sitt utlåtande innan grundlagsutskottets ställningstagande blev klart. Vi sannfinländare beklagar att en majoritet i utskottet inte var beredd att invänta ställningstagandet. Därför har ekonomiutskottet inte kunnat ta ställning bland annat till problem, alternativ och lösningar som har att göra med finansiering och avtal utifrån de konstitutionella villkoren. Denna brådska är extra beklagligt, eftersom det i sakkunnigutfrågningar kom fram vissa farhågor kring EU-rättsliga och konstitutionella problem.

Avvikande mening

Vi anför

att social- och hälsovårdsutskottet bör beakta det som sägs ovan.

Helsingfors 29.4.2021

Veikko Vallin saf
Sakari Puisto saf
Minna Reijonen saf

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

Avvikande mening 2 /saml

Motivering

Allmänt

Målet med vårdreformen är att förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna. Bristen på resurser på är det största problemet med den offentliga hälso- och sjukvården i Finland och det tar sig uttryck i värdköer och skillnader i hälsa.

Mindre skillnader i hälsa bland finländarna är ett beaktansvärt mål, men det får inte drivas igenom via försämrade tjänster. Samlingspartiet vill ha en reform som utgår från människors behov och använder de bästa lösningarna oberoende av vem som producerar tjänsterna. Propositionen innehåller en förvaltningsreform som utvidgar den offentliga sektorn på ideologiska grunder. Detta kommer att leda till sämre social- och hälsovård, eftersom reformen inte ger några tilläggsresurser, men uppenbart försämrar incitamenten och de juridiska möjligheterna för effektiv och ändamålsenlig verksamhet. Reformen leder sannolikt också till nedskärningar i kommunernas livskrafts- och utbildningstjänster och till större kostnader.

Samlingspartiet anser att det viktigaste målet för utvecklingen av social- och hälsovården bör vara att främja människors hälsa, inte att öka den offentliga produktionen som ett värde i sig.

I ett grånande Finland måste kostnaderna per enhet för social- och hälsovård kunna dämpas samtidigt som de resurserna måste bli större.

Hållbara offentliga finanser är en garanti för högkvalitativa och adekvata tjänster. Låg natalitet, pensionsavgångar i de stora åldersklasserna och sämre demografisk försörjningskvot undergräver avsevärt den finansiella basen för de offentliga finanserna de kommande åren. Det ursprungliga och viktigaste målet för vårdreformen har varit att dämpa kostnadsökningen inom social- och hälsovården. Om vi lyckas dämpa utgifterna med 0,25 procent per år, minskar utgifterna med 1,4 miljarder fram till 2040 (FM, 2020). Bland reformmålen måste det också finnas nominella mål som beskriver produktivitet och kostnadsökning.

Reformen tillför alltså inte större resurser, men skapar nya kostnader och försämrar incitamenten för effektiv verksamhet. Följaktligen ökar propositionen sannolikt incitamenten att anlita privata hälsovårdstjänster och teckna hälsoförsäkringar. Det motverkar å ena sidan minskad ojämlikhet och är å andra sidan ingen politiskt hållbar förändringstrend.

Som det framgick i utfrågningen av sakkunniga innehåller propositionen från regeringen Marin incitament som talar mot målet. I utfrågningen kallades de ”perverse incitament”.

Om hur regeringsmajoriteten i utskottet arbetar

Arbetet med utlåtande om vårdreformen har avviker från ekonomiutskottets normala och goda arbetssätt, det vill säga att ett utlåtande eller ett betänkande utifrån sakkunnigyttrandena noggrant

Utlåtande EkUU 12/2021 rd **Avvikande mening 2 /saml**

beskriver propositionen på ett objektivt sätt och utmynnar i avvägningar som visserligen avspeglar viljan i en majoritet av regeringspartierna. Nu har en regeringsmajoritet ändrat det utlåtandeutkast som har utarbetats av tjänstemännen i utskottet och som noga stöder sig på sakkunnigytttrandena så att det är bristfälligt och rentav vilseledande. Därför har vi kopierat in tjänstemännens utkast som bilaga till var avvikande mening. Den belyser i all sin kärnfullhet de primära dragen i reformen, till skillnad från det utlåtande som antogs med regeringsfrontens röster och som avsiktligt tiger ihjäl kritiken från utfrågningen av sakkunniga. Den allmänna tonen i utfrågningen och i sakkunnigytttrandena var klart negativ till reformen. Så regeringsmajoriteten i utskottet var tvungen att i kraft av sina röster förvränga innehållet i yttrandena ordentligt.

Vårdreformen löser inte det grundläggande problemet

För närvarande är Finlands hälsovårdsanslag per invånare lägst i Norden. Samtidigt har vi den sjukaste befolkningen. Mätt i förlorade levnadsår på grund av för tidig död tar Finland hand om sina medborgare sämst i Norden. Mätt i förväntad livslängd är Finland näst sämst. Propositionen och finansieringsmodellen där korrigerar inte detta grundläggande problem, där alltför svag samsättning är den bakomliggande orsaken. I stället för att åtgärda problemet genomför regeringen en förvaltningsreform som inte på något sätt ingriper i det grundläggande problemet. Mot bakgrund av den information som utskottet fått kommer problemet att förvärras, eftersom en ny administrativ nivå kommer att medföra betydande övergångskostnader och de incitament som krävs för effektiv användning av befintliga resurser kommer att försämrats (se nedan).

Av dessa skäl anser ett flertal sakkunniga att reformen är en försämring med avseende på finländarnas välfärd (t.ex. Lasse Lehtonen, diagnostikdirektör på HUS, och Välmåendebranschen HALLI).

Propositionen strider mot EU:s patientrörlighetsdirektiv, alltså finländarnas frihet att välja vårdtjänster

Europeiska unionens direktiv 2011/24/EU, det så kallade patientrörlighetsdirektivet, garanterar patientens rättigheter och förutsättningar att få vård. Principen är att patienten har rätt att få vård i ett annat medlemsland på samma villkor som han eller hon skulle få samma vård i sitt hemland. I praktiken innebär det valfrihet för patienten. Huvudansvaret för vården ligger alltid hos patientens hemland, men om en person får vård i ett annat medlemsland, ska den stat som ansvarar för personens sjukvårdskostnader ersätta personen för vårdkostnaderna till minst det belopp som de hade uppgått till i hemlandet.

Den finländska sjukförsäkringsmodell som tagits fram för tillämpningen av patientrörlighetsdirektivet stämmer inte överens med direktivet. EU-kommissionen har ansett att Finland inte har genomfört alla obligatoriska artiklar.

Regeringen har meddelat att den genomför patientrörlighetsdirektivet i samband med vårdreformen, men propositionen innehåller inte ens någon konsekvensbedömning av frågan. Om Finland låter vi att genomföra patientrörlighetsdirektivet strider vårt rättsläge fortfarande mot EU-rätten och innebär att finländarna har sämre villkor än övriga EU-medborgare. I vissa sakkunnigytttrandena (advokat Mikko Alkio, professor Juha Raitio) påpekas denna brist klart och tydligt och av-

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

krävs regeringen en lösning på förhållandet till patientrörlighetsdirektivet genom att ändra propositionen eller åtminstone lägga till en bedömning av konsekvenserna av att genomföra direktivet. Eftersom direktivet förr eller senare måste genomföras på rätt sätt och eftersom vårdreformen med stor sannolikhet kommer att öka vårdköerna och försämra tillgången till tjänster, uppstår ett incitament för medborgarna att söka privat vård i andra EU-länder, såsom Sverige och Estland. Den vård som ges på grundval av patientrörlighetsdirektivet måste ersättas i sin helhet, eftersom medborgarna måste få vård till samma pris som i sitt hemland. Genomförandet av direktivet kommer alltså att kräva förändringar i arbetssättet inom den finländska vården eller medföra en klar merkostnad. Åtminstone merkostnaderna borde ha inkluderats i konsekvensbedömningarna i propositionen.

Ministeriets svar på frågan har varit bristfällig och arrogant. Vid sakkunnigutfrågningen framgick det att regeringen föraktar medborgarnas rättigheter och näringsfriheten och betraktar patientrörlighetsdirektivet som någon form av intressebevakning för företag, och inte, som den borde, som genomförande av en grundläggande rättighet som hör till EU-medborgarna. Ett korrekt genomförande av direktivet kommer alltså sannolikt att kräva att social- och hälsovårdslagarna ändras eller alternativt att medföra en betydande merkostnad. Sannolikheten för detta ökar eftersom reformen av allt att döma kommer att förvärra resursbristen inom vården och förlänga köerna och på så sätt öka incitamenten att söka vård utomlands.

Kommissionen har redan lagt fast att Finland har brutit mot sin medlemsskyldighet genom att genomföra patientrörlighetsdirektivet på fel sätt. Regeringen känner till den här allvarliga bristen och det risk för ett överträdelseförfarande som den medför, men har av politiska skäl inte velat beakta den i propositionen ens i en konsekvensbedömning.

Som framgår av bilagan innehöll utskottsrådets utkast till utlåtande en ärlig och artig beskrivning av direktivproblemet baserad på sakkunnigyttranden i form av följande stycken (se bilaga):

Propositionen innehåller inga bestämmelser om genomförande av patientrörlighetsdirektivet (direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Den föreslagna regleringen kan emellertid innebära vi behöver ändra vår nationella lagstiftning och förfarandena för ersättning av kostnader på grund av direktivet. Ekonomiutskottet påpekar att en bedömning av den föreslagna regleringen i det här hänseendet försvåras av att dessa framtidsinriktade men uppenbara och oundvikliga kostnadselement som följer av patientrörlighetsdirektivet inte har beaktats i behandlingen av kostnadseffekterna av propositionen.

Patientrörlighetsdirektivet innehåller regler för att underlätta tillgången till gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom EU och för att säkerställa patientrörligheten. Patientrörlighetsdirektivet innehåller bland annat bestämmelser om patientens rätt att få ersättning för kostnaderna för vård som ges i en annan EU- eller EES-stat. I Finland har patientrörlighetsdirektivet genomförts genom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Enligt 9 § 1 mom. i den lagen ersätts kostnaderna för vård på det sätt som föreskrivs i 2–5 kap. i sjukförsäkringslagen, när någon reser till en annan EU-stat för att anlita hälso- och sjukvård där. En förutsättning är att vården hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och att patienten inte har beviljats ett sådant tillstånd att söka vård som avses i 13 § i lagen.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

År 2015 fick Finland en formell underrättelse från Europeiska kommissionen om genomförandet av patientrörlighetsdirektivet, eftersom Finlands ersättningsmodell strider mot patientrörlighetsdirektivet. Enligt vår modell ersätts kostnaderna för hälso- och sjukvård som sökts utan förhandstillstånd i en annan EU- eller EES-stat eller i Schweiz i enlighet med sjukförsäkringslagen. Kommissionen upprepade sin ståndpunkt i sitt motiverade yttrande i april 2016 och uppmanade Finland att vidta åtgärder för att säkerställa att kostnaderna för vård som i en annan EU- eller EES-stat ersätts så att patienten får betala samma belopp som han eller hon hade betalat för vården inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland.

Enligt uppgifter till ekonomiutskottet pågår överträdelseförfarandet fortfarande och Finland har inte avhjälpt bristen. Ekonomiutskottet påpekar för social- och hälsovårdsutskottet att det i samband med det aktuella lagstiftningsförslaget kan vara lämpligt att ändra rättsläget så att det uppfyller kraven i patientrörlighetsdirektivet.

Som det framgår av utlåtandet från majoriteten i utskottet strök majoriteten de här styckena och förhindrade på så sätt att riksdagen får kännedom om de kritiska aspekterna.

Det finns inga incitament för att producera högkvalitativa och effektiva tjänster

I princip kan kostnadsbesparingar tänkas bli uppnådda tack vare skalfördelar för en större anordnare, men bara om modellen innehåller incitament för att producera högkvalitativa och effektiva tjänster. Ett viktigt problem med den föreslagna modellen är att det saknas incitament för effektivare verksamhet. Om de kapitationsbaserade ersättningarna är större än de faktiska kostnaderna, övergår nyttan till staten och inte till välfärdsområdet. När finansieringen dessutom i efterhand justeras för att motsvara den faktiska nivån finns det inga incitament för kostnadsbesparingar. Precis som HUS påpekar i sitt yttrande:

”Den föreslagna finansieringsmodellen innehåller inga riktiga incitament för att producera kostnadseffektiva social- och hälsovårdstjänster baserade på så kallade perversa incitament, som tvingar områdena att hålla fast vid sin budget, också om befolkningens hälsa därmed sätts på spel”.

Många av sakkunnigytrandena påpekade denna brist. Dessutom sägs det i sakkunnigytrandena att de eventuella fördelarna med storskalig ekonomi sannolikt är små.

Kostnadsbromsen är en central mekanism i propositionen för att dämpa kostnadsökningen på längre sikt, men den beaktar bara 80 procent av det ökade behovet av anslag när behovet av tjänster ökar. ”Den statliga nedskärningsmekanismen, det vill säga att förslaget finansierar endast 80 procent av den förutsedda ökningen i servicebehovet, främjar på intet sätt befolkningens hälsa eller minskar behovet av att anlita tjänster. Den enda nya mekanismen för att öka produktiviteten är sträng statlig styrning och ett utvärderingsförfarande. Det är oklart varför och hur välfärdsområdena i den nya modellen i någon större omfattning ska lyckas utveckla sin produktivitet, särskilt när målet samtidigt är att begränsa deras investeringar.” (HUS, 11.2.2021)

Statens direkta styrning av verksamheten i välfärdsområdena är mycket stark och har i värsta fall förödande konsekvenser för kvaliteten på tjänsterna. Bemyndigandet att uppta lån kan vid behov

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

höjas för att områdena ska kunna fullgöra skyldigheten att ordna tjänster, men det leder till ett utvärderingsförfarande. För välfärdsområdet är det i det här fallet fördelaktigare att låta bli att producera lagstadgade tjänster för befolkningen än att överskrida budgeten. ”Inom hälsoekonomin kallas detta ”perverst incitament”, eftersom incitamentet i själva verket äventyrar befolkningens hälsa och välfärd.” (Lehtonen, 10.2.2021) Förslaget innehåller dock incitament för maximal upplåning, eftersom räntekostnaderna räknas in i de faktiska verksamhetskostnader som anslagen bestäms utifrån.

Kravet på egen produktion och bristen på insyn i kostnaderna försämrar de redan svaga incitamentens förmåga att utveckla effektiviteten. Inom den offentliga tjänsteproduktionen finns det ingen jämförbar modell för kostnadsberäkning. Det finns inga faktiska uppgifter om kostnadseffektiviteten i olika former av tjänsteproduktion. Kravet på egen produktion i kombination med att ingen insyn i priserna behövs betyder att välfärdsområdena egentligen inte alls behöver oroa sig för sin kostnadseffektivitet. Oberoende av kostnaderna ordnar områdena tjänsterna i form av offentlig produktion på det sätt som lagen föreskriver.

En mjuk budgetbroms i kombination med perversa incitament skapar nästan de sämsta tänkbara incitamenten för välfärdsområdena med avseende på både kvalitet och effektivitet: ”De incitament som den föreslagna social- och hälsovårdsmodellen ger de regionala beslutsfattarna skapar både när det gäller användningen av statliga medel och lån för investeringar en modell som leder till snabbare ökning än väntat av statens utgifter inom social- och hälsovårdssektorn.” (Malm, 9.3.2021)

Professor Brommels: ”I motiveringen till lagförslaget konstateras det att välfärdsområdena har ett starkt incitament att inte överskrida den finansiella ramen i den kalkylerade statsandelen för att undvika att det lagstadgade utvärderingsförfarande som följer av upprepade finansiella underskottet inleds. Det kan ifrågasättas om en sådan skrämeltaktik av typ ”name and shame” har någon motiverande effekt. Erfarenheten har visat att budgetrestriktioner vanligen leder till en ingående ”kostnadsjakt” och till att kostnaderna förs över på någon annan. Detta resulterar i suboptimering av verksamheterna och ökat kostnadstryck längre fram. Behovet av snabba anpassningsåtgärder motiverar inte heller områdena att göra strukturella reformer eller omorganisera verksamheten. De positiva effekterna av budgetrestriktionen minskar av grundlagsutskottets riktlinjer från förra valperioden, det vill säga att medborgarnas konstitutionella rättigheter i varje situation måste säkerställas med tillräckliga anslag. Slutsatsen av dessa konstateranden är att den planerade finansieringsmodellen inte innehåller några egentliga incitament för att öka produktiviteten och kostnadseffektiviteten inom social- och hälsovården och att det i fortsättningen kommer att vara en stor utmaning att dämpa kostnadsökningen. Uppskattningarna av att tillväxtkurvan för de totala kostnaderna kommer att peka neråt mot slutet av decenniet är således synnerligen optimistiska.”

Tillräckligt mycket egen produktion och hinder för organiseringsformer

Av uppenbara ideologiska skäl föreslår regeringen att välfärdsområdena ska vara tvungna att utvidga den offentliga serviceproduktionen. För regeringen är det viktigare att tjänsterna produceras av en offentlig aktör än hur högkvalitativa tjänster patienten får eller hur social- och hälsovårdssektorn faktiskt förmår främja hälsan. I 19 § räknas det i en lång lista upp vilka tjänster som

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

får köpas av privata aktörer och listan är omfattande, men trots det bara skenbar. I motiverings-texten till bestämmelsen och på andra ställen i paragraferna ingår det restriktioner som kraftigt hindrar eller begränsar tjänstepphandling inom privat sektor.

En viktig faktor som också försvårar upphandling av tjänster från privata aktörer är också att lagförslaget kräver att det motiveras särskilt om man vill skaffa tjänster från en privat tjänsteproducent. Det är helt klart att det styr tjänsteinnehavarna och beslutsfattarna att gynna egen tjänsteproduktion i stället för privat tjänsteproduktion, när det i lagen tas in en skyldighet att motivera varför privat tjänsteproduktion upphandlas i stället för att anlita egen produktion. När möjligheterna att organisera tjänsteproduktionen inskränks utesluts modeller som ger hög kvalitet och kostnads-effektivitet och förhindras det att sådana modeller utvecklas i framtiden.

Kravet på tillräckligt omfattande egen produktion leder till ett investeringsbehov och det är lätt hänt att produktionsmodellerna blir ineffektiva. De lagstadgade behoven att investera i egen produktion som lagstiftningen kräver och anknytande långfristig upplåning kan sannolikt inte förbjudas av statsrådet.

Servicestrategin för välfärdsområdena är ett mycket viktigt dokument också med avseende på näringsverksamheten och livskraften i välfärdsområdena som är av samma storlek som ett landskap. Därför måste också företagare och andra intressentgrupper delta i arbetet med servicestrategin för varje välfärdsområde. Tillgången till tjänster och kvaliteten på tjänsterna försämras samtidigt som kostnadsnivån stiger, om välfärdsområdena inte tillsammans med företagen kan bilda gemensamma företag eller lägga ut verksamheter som de av en eller annan orsak inte själva kan sköta effektivt eller om områdena blir tvungna att avveckla redan existerande modeller med flera producenter.

Social- och hälsovården sysselsätter för närvarande hela 400 000 personer och drygt 80 000 av dem arbetar inom privat sektor. I dagsläget sysselsätter branschen flest personer i vårt land. I framtiden kommer behovet av personal, bland annat på grund av den åldrande befolkningen, att öka så mycket att det borde vara en självklarhet att den offentliga sektorn också i fortsättningen kommer att behöva den privata sektorn som partner. I Finland finns det nästan 20 000 företag inom social- och hälsovårdssektorn. Fyra av fem företag har högst fyra anställda och bara några är stora företag. En reform enligt lagförslaget kommer att slå hårt mot företagen inom branschen. Reformen innehåller en rad restriktioner bland annat vad gäller möjligheterna att anlita underleverantörer, vilket försämrar i synnerhet små privata aktörers möjligheter att leverera tjänster och få sin försörjning via sitt arbete. Det är absolut nödvändigt att privata tjänsteproducenter får organisera sin verksamhet på det sätt som de vill och att ingen lägger sig i fortsättningen heller. Även experters möjligheter att arbeta som yrkesutövare måste tryggas.

Det problemet förvärras av kravet på tjänsteläkare, som utvidgar definitionen av myndighetsverksamhet till att omfatta vårdrelationer mellan patient och läkare samt av det omotiverade inkludandet av rådgivningsverksamhet i myndighetsverksamhet. Det faktum att rådgivningsverksamhet betraktas som en offentlig förvaltningsuppgift utesluter möjligheten att lägga ut en enhet inom primärvården också i de fall, där lagförslaget annars tillåter det samt innebär att redan fungerande utläggningar inom primärvården avvecklas.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd **Avvikande mening 2 /saml**

I ett åldrande och välmående Europa hälsosektorn en garanterad tillväxtbransch och exportmarknad och också i Finland bör vi på alla sätt främja företagsverksamhet inom branschen i stället för att inskränka den.

Som det framgår av bilagan innehöll det textutkast som utskottsråden hade utarbetat en ärlig och artig beskrivning av tolkningen av utövning av offentlig makt och vårdrelationer baserad på sakkunnigbedömningar (punkt 38). Men i den slutliga versionen av utlåtandet har stycket helt och hållet strukits av regeringspartierna (se bilaga):

Ekonomiutskottet anser att den föreslagna tolkningen av utövning av offentlig makt inom hälso- och sjukvård skiljer sig avsevärt från den hittills etablerade tolkningen, som går ut på att en vårdrelation som regel grundar sig på patientens eget beslut om att söka vård. Bestämmelserna om patientens rätt att få information och om patientens självbestämmanderätt visar att det en vårdrelation ett förtroenderelation, som stöder sig på uppdraget att säkerställa medicinskt motiverad och kvalificerad vård, skyldigheten att beakta patientens vilja i vården och en ambition uppnå samförstånd i terapeutiska frågor. De flesta avgöranden om vårdrelationen kan inte karakteriseras som den typen av ensidiga beslut om patientens rättigheter eller förmåner som normalt avses med utövning av offentlig makt är. Ett undantag är avgöranden som inskränker patientens självbestämmanderätt, till exempel beslut om tvångsvård.

Fördelar med bolagsformen

Propositionen underminerar möjligheterna att utnyttja olika bolagsmodeller i organiseringen av högkvalitativ och effektiv tjänsteproduktion. Frihet att välja bolagsform har gjort det möjligt att bilda såväl offentliga och privata affärsverk som kombinationer av dessa på enligt vad som är mest effektivt i den aktuella situationen. I proposition bemödar sig regeringen inte ens om att ge någon ordentlig motivering till avgränsningen av olika bolagsformer, vilket ger anledning att göra tolkningen att strategin är rent ideologisk.

Om motiveringen hade byggts på fakta, hade regeringen erkänt det faktum att bolagsformen utifrån verifierbara siffror har varit ett lämpligt och effektivt alternativ inom specialiserad sjukvård. I utfrågningen av sakkunniga kom det fram att tjänsteproducenter i bolagsform har kunnat höja produktiviteten så att det inte hade funnits någon press på att höja priserna per enhet för kommunala kunder eller att behovet har varit mycket litet. Bolag hade kunnat utveckla nya tjänstemodeller, bland annat distanstjänster och närtjänster med lägre kostnader samt effektivitetsbaserade tjänster, som ger kommunerna besparingar, och kunderna får betala för hälsovinster och inte för hälsoprestationer.

En modell med olika bolagsmodeller och andra restriktioner i upphandlingen av privat tjänsteproduktion försämrar välfärdsområdenas förmåga att producera högkvalitativa tjänster nära patienten. I vårt glest befolkade land har vi med olika partnerskapsmodeller kunnat tillhandahålla tjänsterna där patienten befinner sig. Å andra sidan har den fria organiseringsmöjligheten skapat effektiva sätt att producera tjänster och höjt effektiviteten inom offentlig tjänsteproduktion. Inom ramen för den gällande regleringen ansvarar den offentliga sektorn för att ordna tjänsterna, men den har i förekommande fall och på ett relevant sätt kunnat upphandla tjänster av privata tjänsteproducenter.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

”Kravet på tillräckligt stor egen produktion” och förbudet mot utläggning av vissa verksamheter kommer att vara ett hinder för att tillämpa många av de bolagsformer som hittills har gett produktivitetstvinster. Det är inte bara fråga om de nuvarande sjukhusens fortsatta verksamhet, utan också om hinder som läggs för alla framtida innovativa företagslösningar som kan höja produktiviteten inom vården. Situationen är extra oroväckande för de människor som i nuläget snabbt kunde få högkvalitativ vård, men som med reformen i fortsättningen blir tvungna att köa exempelvis för behandling av hjärtsjukdomar eller operationer som kräver annan högspecialiserad kompetens.

Inskränkningarna i privat verksamhet motiveras i propositionen med ett utlåtande från grundlagsutskottet. I det textutkast som utskottsråden hade utarbetat konstaterades följande om inskränkningarna (se bilaga).

Ekonomiutskottet betonar att grundlagsutskottets utlåtande om den förra vårdreformen (GrUU 15/2018 rd) inte kan tillämpas direkt på bedömningen av den aktuella reformen, eftersom det nu är fråga om en strukturellt sett helt annan reform när det gäller ordnande och produktion av tjänster. Den aktuella reformen har särdrag som skiljer sig från de strukturella egenskaperna i det förra förslaget till vårdreform (RP 15/2018 rd – RP 16/2018 rd). Grundlagsutskottet lyfte bland annat fram särdragen i sitt utlåtande om reformen. Förbudet för landskapen att producera tjänster i egen regi enligt det förra reformförslaget har nu bytts ut mot en skyldighet för välfärdsområdena att ha tillräckligt stor egen tjänsteproduktion. Också reformernas konsekvenser för marknadskonstellationerna är i det närmaste varandras motsatser. I och med förslaget till valfrihetslag hade privata tjänsteleverantörer fått en framträdande roll, medan rätten att köpa tjänster inskränks i det aktuella förslaget.

Detta är ett pinsamt men sanningsenligt stycke om man ser till motiveringen, men utskottsmajoriteten strök det i betänkandet.

Ogiltigförklaring av avtal

Som det sägs i utskottsrådets utlåtandeutkast försämras det allmännas trovärdighet som avtalspartner (följande citat från utkastet) till följd av att vissa av de gällande utläggningsavtalen ogiltigförklaras, som regeringen utgår från:

”Propositionen har bestämmelser om att avtal om köpta tjänster som överförs till välfärdsområden är ogiltiga, om de innebär att områdena inte längre ansvarar för att ordna social- och hälsovård. I övrigt ska ett uppsägningsförfarande tillämpas på andra utläggningar.”

”Ogiltigförklaring eller uppsägning som grundar sig på en retroaktiv lagändring är problematisk inte bara för dem som för närvarande har ett avtalsförhållande med offentliga förvaltningsenheter som upphör att gälla i och med den nya lagstiftningen, utan också för alla andra företag som i fortsättningen planerar att sluta avtal med offentliga förvaltningsenheter i Finland. Hädanefter kommer företagen att vara tvungna att göra en avvägning mellan varaktiga avtal med enheter inom offentlig förvaltning och förändringar i berättigade förväntningar. Ekonomiutskottet understryker att denna principiella förändring som kommer att godkännas inom ramen för social- och hälsovårdslagstiftningen också påverkar alla branscher.”

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

Dessa stycken har tyvärr strukits och urlakats i det slutliga utlåtandet.

Växande städer och universitetssjukhusens situation

Den föreslagna vårdreformen försämrar i betydande grad städernas ekonomi. Den innebär en direkt och omotiverad nedskärning i städernas finansiella läge och en skadlig förändring i finansieringsstrukturen. Halveringen av inkomsterna i de städer som ingår i propositionen och överföringen av egendom utan ersättning, medan skulderna kvarstår och ersättningen av skattefinansiering med statsandelar bromsar upp ökningen i den interna finansieringen. Däremot minskar reformen inte nämnvärt behovet av investeringar.

En betydande minskning av skattebasen i växande städer försvårar väsentligt deras förutsättningar att finansiera investeringar som är väsentliga med avseende på tillväxt och livskraft. En stor risk med reformen är att den försämrar städernas och kommunernas förutsättningar att för en näringspolitik, deras konkurrenskraft och deras möjligheter att investera i hållbar tillväxt. Därigenom sträcker sig konsekvenserna till hela samhällsekonomin, utvecklingen och välfärden i vårt land.

I propositionen granskas inte alls kommunernas investeringsbehov ur tillväxtstädernas synvinkel. Det är en betydande brist. Vårdreformen medför praktiskt taget inga förändringar alls i tillväxtstädernas investeringsbehov, men det faktum att skatteinkomstbasen minskar till mindre än hälften av det nuvarande beloppet kommer inte att tillåta att investeringar finansieras på en nivå motsvarande det nuvarande systemet. Redan före den föreslagna reformen var stadsregionerna tvungna att öka sin lånestock för att säkerställa byggprojekt inom bostadsproduktionen och stärka attraktionskraften och den vägen också tillväxten. Den växande lånestocken måste efter den föreslagna reformen upprätthållas med en betydligt mindre skattebas än i dag.

Samlingspartiet anser att en ny tredje förvaltningsnivå i Finland är ett misstag som avsevärt försämrar städernas verksamhetsförutsättningar och verksamhetsmöjligheter, när det gäller att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna och främja livskraft och konkurrenskraft. I själva verket blir kommunernas självstyrelse ifrågasatt, eftersom i synnerhet tillväxtstäderna i fortsättningen blir tvungna att ta till statliga anslag redan för relativt vanliga investeringar för att ordna basservice.

Universitetssjukhusens undervisnings- och forskningsverksamhet har inte heller beaktats i behovskoefficienterna eller finansieringsmodellen. Det är nödvändigt att bedriva undervisning och forskningsverksamhet för kontinuiteten i hälso- och sjukvårdssystemet, men servicesystemet orsakar extra kostnader som särskilt drabbar universitetssjukhusen.

Universitetssjukhusen betraktar propositionen som en försämring och HUS förutspår att den internationella kvalitetsrankingen för HUS-sjukhusen sjunker avsevärt till följd av propositionen.

Patientuppgifter och hur de rör sig

Som utskottet säger i utlåtandet krävs det att sammanhållna vårdkedjor möjliggörs för att fördelarna med digitalisering ska nås. Genom att utveckla informationsspridningen kan man påverka

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Avvikande mening 2 /saml

hur den yrkesutbildade personalens tid fördelas mellan klienter och sökning respektive registrering av uppgifter. Propositionen är problematisk eftersom den ger välfärdsområdena nya personuppgiftsansvariga som inte kommunicerar med varandra. Detta ökar både den administrativa bördan och kostnaderna.

Vårdreformen vidgar hållbarhetsgapet som drabbar städerna

I propositionen bedöms konsekvenserna för kommunerna kortfattat med en statisk kalkyl. Där dämpar förändringsrestriktionen de kraftigaste förändringarna statistiskt under de kommande åren. I själva verket bör städernas och kommunernas ekonomiska ställning bedömas utifrån det nuvarande värdet av alla framtida kassaflöden. Likaså bör framtida kostnader bedömas som nuvärde av alla framtida förväntade utgifter. Detta lyfter över hållbarhetsgapet särskilt till växande städer, som i fortsättningen måste bära en större del av bördan för att finansiera hälso- och sjukvården, men utan att resurserna för servicen till invånarna höjs. Propositionen beaktar inte de särskilda kostnadsfaktorerna i växande städer. De föreslagna behovsfaktorerna beaktar extra dåligt särdragen i huvudstadsregionen, bland annat utmaningarna med den kraftiga befolkningstillväxten, men också med större invandring än i resten av landet och ojämlikhetsfaktorer som segregering, utslagning och överdödlighet till följd av missbruksproblem. THL:s nuvarande behovskoefficient för social- och hälsovård kalkylerar kostnaderna för socialvård i huvudstadsregionen utifrån för liten resurstilldelning.

Avslutningsvis

Den reform som regeringen föreslår kommer att försämra finländarnas välfärd. Det föreslagna regelverket löser inget av de fundamentala problemen. Reformen ger inte invånarna bättre hälsa och minskar inte skillnaderna i hälsa. Med den föreslagna lagändringen går det inte att skapa incitament för att producera högkvalitativa och effektiva tjänster. Att döma av remissvaren är det uppenbart att propositionen inte får bukt med kostnadsökningen, utan hållbarhetsgapet vidgas ytterligare om reformen godkänns. När de offentliga finanserna förlorar i hållbarhet kommer hela den offentliga sektorn ha få sämre förmåga att producera högkvalitativa tjänster för medborgarna.

Samlingspartiet håller med regeringen om att social- och hälsovården behöver ses över. Men finns ingen anledning att införa en reform som avsevärt försämrar utgångsläget. Samlingspartiet har lagt fram ett eget alternativ för att reformera social- och hälsovården utifrån det nuvarande kommununderlaget. Där ses vårdtjänsterna över och axlas ansvaret av fler utan att en ny förvaltningsnivå och nya skatter införs. Samlingspartiets alternativ innefattar snabbare tillgång till vård, ger människorna möjlighet att påverka och välja, nyttiggör information och teknik, säkerställer tillgång till kvalificerad arbetskraft och välmående yrkesutbildade personer som tillhandahåller högkvalitativa tjänster och tryggar hållbar finansiering av tjänsterna.

Avvikande mening

Vi anför

att riksdagen bör förkasta lagförslagen och

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Avvikande mening 2 /saml

att riksdagen godkänner 13 uttalanden. (*Den avvikande meningens förslag till uttalanden*)

Den avvikande meningens förslag till uttalanden

- 1. Riksdagen förutsätter att skyldigheten att anlita tjänsteläkare slopas.*
- 2. Riksdagen förutsätter att privata aktörer även i fortsättningen har rätt att ordna sin verksamhet på det sätt de själva väljer.*
- 3. Riksdagen förutsätter att rådgivningsverksamheten inte ska betraktas som offentlig verksamhet.*
- 4. Riksdagen förutsätter att huvudstadsregionens särdrag, bland annat ökande invandring samt segregering, beaktas i de finansiella kalkylerna.*
- 5. Riksdagen förutsätter att restriktionerna för underleverantörer slopas.*
- 6. Riksdagen förutsätter att offentliga och privata tjänsteproducenter behandlas lika.*
- 7. Riksdagen förutsätter att en gemensam modell för kostnadsberäkning tas fram och införs i jämförelser av kostnaderna för offentliga och privata tjänster.*
- 8. Riksdagen förutsätter att ordnande och produktion av tjänster skiljs åt på ett förpliktande sätt i lagstiftningen.*
- 9. Riksdagen förutsätter att servicesedlar får användas i alla icke-brådskanse insatser.*
- 10. Riksdagen förutsätter att experter har tryggade möjligheter att arbeta som yrkesutövare även i fortsättningen.*
- 11. Riksdagen förutsätter att vården uppmuntras att satsa på distansmottagningar, elektroniska tjänster och andra verksamhetssätt som förbättrar produktiviteten och kvaliteten på tjänsterna.*
- 12. Riksdagen förutsätter att det förhindras att hållbarhetsgapet förvärras och att det därför görs nödvändiga korrigeringar i social- och hälsovårdsmodellen.*
- 13. Riksdagen förutsätter att universitetssjukhusens uppgifter, bland annat undervisning och forskning samt upprätthållande av beredskap, beaktas i finansieringsmodellen.*

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Avvikande mening 2 /saml

Helsingfors 29.4.2021

Pia Kauma saml
Juhana Vartiainen saml
Janne Sankelo saml

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

Avvikande åsikt 2/saml Bilaga: tjänstemannaförslag till utskottets utlåtande

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Propositionen

(1) Syftet med lagstiftningspaketet är att skapa en ny modell för att ordna social- och hälsovård. Den bärande tanken är att inrätta 21 välfärdsområden och att områdena tar över den verksamhet inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som kommunerna för närvarande ansvarar för.

(2) I Nyland ska ansvaret för att ordna social- och hälsovård och räddningsväsende organiseras på ett annat sätt än i landet i övrigt. Helsingfors stad kommer därmed fortfarande att ha ansvaret för att ordna tjänsterna. Ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård ska fördelas mellan välfärdsområdena, Helsingfors och HUS-koncernen på det sätt som fastställs i lag och i avtalet om ordnande av social- och hälsovården.

(3) I syfte att säkerställa regionalt samarbete och nödvändiga servicestrukturer inom social- och hälsovården bildas det fem samarbetsområden.

Det huvudsakliga innehållet

(4) Ett centralt element i reformen är att ansvaret för finansieringen av social- och hälsovården överförs till staten, vilket ger staten en starkare roll som garant för det offentliga välfärdssystemet. Välfärdsområdenas verksamhet finansieras alltså huvudsakligen med statliga medel, men delvis också med klientavgifter. Regleringen av välfärdsområdena är uppdelad i två delar, dels social- och hälsovårdsministeriets styrning, dels behovsbaserad finansiering, som regleras av finansministeriet. Den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och övervakningen av social- och hälsovården hör således till social- och hälsovårdsministeriet. I det arbetet är statsrådets riksomfattande mål centrala verktyg.

Utgångspunkter och mål

(5) Syftet med reformen är att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, trygga likvärdig och högkvalitativ social- och hälsovård och tjänster inom räddningsväsendet, förbättra säkerheten, tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, trygga tillgången på yrkeskunnig arbetskraft och dämpa kostnadsökningen.

(6) Den drivande kraften bakom den nya lagstiftningen är farhågor kring den processuella och ekonomiska bärkraften i vårt hälso- och sjukvårdssystem inför ett ökande behov av vård och omsorg, särskilt med beaktande av sjukfrekvensen och den geografiska spridningen av befolkningen. Systemet måste uppfylla många förväntningar som delvis kan visa sig vara sinsemellan motstridiga. Det kan bli en ytterst krävande ekvation att samtidigt dämpa kostnadsutvecklingen, garantera vårdkvaliteten och se till att tjänsterna blir regionalt heltäckande.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

Avgränsning av behandlingen

(7) I utlåtandet koncentrerar sig ekonomiutskottet i enlighet med sitt ansvarsområde den föreslagna lagstiftningens konsekvenser för ekonomi, näringsliv och människor som använder tjänsterna. Särskild uppmärksamhet ägnas den föreslagna modellens EU-rättsliga dimension, jämbördiga konkurrensvillkor, incitament för utveckling av verksamheten, kostnadseffekter och företagens roll i den nya tjänstestrukturen.

Stordriftsfördelar

(8) De skalfördelar som uppnås genom större funktionella enheter är en viktig förutsättning för att bilda välfärdsområdena. Att tjänsterna ordnas av större administrativa enheter än i dag förenklar och förtydligar verksamheten, och det bedöms medföra effektivitetsvinster. I förhållande till befolkningsunderlaget innebär 21 områden och särlösningen i Nyland emellertid att de minsta områdena kommer att vara relativt små med avseende på skalfördelar. Också regeringen ger uttryck för samma oro: ”Vissa välfärdsområden kommer sannolikt också att ha svårt att få behövlig finansiering på marknaden ...” och ”En del av de välfärdsområden som bildas kommer dock att vara relativt små och därigenom ha klart sämre resurser än genomsnittet.”

(9) Områdenas storlek kommer inte att ha samma effekter för finansiering och själva tjänsterna. En bred finansiell bas möjliggör en bred riskpool och därför kan en statscentrerad finansieringsmodell anses motiverad.

(10) Med avseende på tjänsteproduktionen är den optimala storleken på ett område teoretiskt beroende av hur stor del av serviceuppläggen som kan genomföras inom området. Inom områden med universitetssjukhus kan nästan alla tjänster tillhandahållas inom området, men små välfärdsområden kommer oundvikligen att leda till att servicekedjorna blir gränsöverskridande.

(11) I avvägningen mellan fördelar och nackdelar är det av betydelse att ett flertal tjänster kännetecknas av en funktionell uppdelning mellan möten nära klienten och utnyttjande av infrastruktur oberoende av plats. De dimensioneras på olika sätt. För tjänstehändelser som kräver närvaro spelar det knappast någon roll om aktören är stor, men utnyttjande av infrastruktur skalas kraftigt upp bland annat via gemensamma informationssystem, laboratorier och upphandlingsenheter.

Incitament – dämpa kostnaderna och effektivisera verksamheten

(12) De organisationsansvariga områdena är självständiga vad beträffar tjänsteproduktionen och de kan därför förväntas utveckla sin verksamhet utifrån incitamenten inom ramen för regelstyrning. Det är viktigt att se i vilken riktning den föreslagna lagstiftningen uppmuntrar regionerna att ändra sin verksamhet.

(13) Anslagen till välfärdsområdena kommer från staten – behovsbaserat. Staten är skyldig att se till att välfärdsområdena får tilläggsanslag, om de ursprungligen anvisade medlen inte räcker till för att tillhandahålla nödvändiga tjänster.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

(14) Ekonomiutskottet välkomnar reservsystemet, eftersom det säkerställer att tillgången till social- och hälsovård inte kommer att vara beroende av ett enskilt välfärdsområdes förmåga att ha god ekonomi eller av att patienternas servicebehov förläggs till en viss tidpunkt i tidsplanen för budgetförfarandet.

(15) Ekonomiutskottet anser det vara utrett att överföringen av skyldigheten att ordna social- och hälsovård till välfärdsområdena kan ge besparingar, exempelvis genom de skalfördelar som nämns ovan eller genom annan effektivisering av verksamheten.

(16) Att döma av ett sakkunnigyttrande är det dock oklart vad som under dessa omständigheter kommer att motivera områdena till återhållsamhet i användningen av pengar. Mot bakgrund av yttrandet är det delvis också oklart på vilket sätt områdena kan dra nytta av sina eventuella besparingar. Enligt ett sakkunnigyttrande bidrar den universella finansieringen till att områdena får incitament för att bedriva resurseffektiv verksamhet.

(17) Det finns dock en risk för att det uppstår ett problem med en gemensam resurs: om de budgeterade kostnaderna överskrids, täcks den överskjutande delen med skatter som tas ut av en befolkning som är större än välfärdsområdet (hela landet). Det kan hända att välfärdsområdena i högre grad måste ta ställning till hur ekonomin ska ordnas, om räntekostnaderna för lån räknas in i de kostnader som ligger till grund för beräkningen av det belopp ges ut till områdena.

(18) Utskottet har fått närmare information om frågan. Den visar att den föreslagna bromsen för kostnadsökning enligt planerna införs med hjälp av hot om att bli föremål för ett så kallat utvärderingsförfarande: ett utvärderingsförfarande ska kunna inledas om ett välfärdsområde upprepade gånger uppvisar ett finansiellt underskott. Den effekten kan dock lindras av att granskningsperioden läggs fast till två på varandra följande år. För att bromsa kostnaderna har det dessutom föreslagits en restriktion i förfarandet för tilläggsfinansiering: här beaktas endast 80 procent av den förväntade ökningen av servicebehovet.

(19) Ekonomiutskottet påpekar att de sedvanliga resultatförhandlingarna inom statsförvaltningen också kunde tillämpas mellan staten och välfärdsområdena för att förbättra effekterna av styrningen.

(20) Vid utfrågning av sakkunniga föreslogs en mellanform för finansieringen. Modellen går ut på att utgifter som överstiger de kalkylerade kostnaderna täcks med välfärdsområdets egna skatter eller delvis också med klientavgifter. Det skulle tillföra beslutsfattandet i området ett element av kostnadseffektivitet eftersom en koppling av effektiviteten i tjänsteproduktionen till skattebelastningen i befolkningen i området är ett konkret incitament för effektivisering. Regional beskattningsrätt är dock förknippad med en risk för att den totala skatteuppbörden stiger, i synnerhet om aktörerna med beskattningsrätt deloptimerar rätten ur sin egen synvinkel.

(21) Men inte ens en mellanform för finansieringen lösa de frågor kring den centrala bestämningsgrunden, så kallad behovsstandardisering, som kom upp i utfrågningen.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

Finansiella element – standardiserade behov

(22) Enligt den föreslagna modellen är de så kallade standardiserade behoven en framträdande del av resursallokeringen. Behovsstandardiseringen består av ett antal kriterier som sjukfrekvens i befolkningen, demografi och vissa andra faktorer som förväntas korrelera med belastningen i social- och hälsovårdssystemet.

(23) Sakkunniga uttryckte oro över hur väl behovsstandarderna avspeglar det faktiska servicebehovet i välfärdsområdena och de kostnader det medför. Enligt sakkunniga kunde man genom att vidareutveckla den föreslagna modellen uppnå en rättvis fördelning av anslagstilldelningen utifrån verkliga behov. I den nuvarande modellen verkar sjukdomsklassificeringarna vara bristfälliga.

(24) För exempelvis HUS saknas nästan hälften av de sjukdomskategorier eller sjukdomsdiagnoser som ger upphov till kostnader. Enligt uppgifter till utskottet är osäkerhetsfaktorerna i modellkalkylerna betydande. Vad beträffar vissa områden kan variationsintervallet för alternativen baserade på THL:s modell enligt fördelningsbeslutet vara upp till 500 miljoner euro om året. Modellen kan alltså motivera mycket divergerande beslut om anslagsfördelning utan att det kan påvisas att beslutet är felaktigt eller att skillnaderna kan motiveras med faktiska skillnader i servicebehovet.

(25) Ekonomiutskottet delar de sakkunnigas oro över att den föreslagna finansieringsmodellen inte beaktar exempelvis att universitetssjukhusen har högre kostnader för undervisning och forskning eller att vissa ingrepp och behandlingen av vissa sjukdomar rikstäckande är koncentrerade till vissa sjukvårdsenheter.

(26) I utfrågningen av sakkunniga kom det fram att behovsstandardiserad resursallokering inte heller tar hänsyn till skillnader i kostnadsnivå mellan olika delar av landet som oberoende av hur effektiv verksamheten är. De regionala kostnadsskillnaderna, som är oberoende av vad som ingår i social- och hälsovårdsverksamheterna, drivs till sin spets bland annat vad beträffar lokalkostnader. Den föreslagna modellen med behovskoefficienter är fördelaktig för områden med lägre kostnadsnivå än genomsnittet, eftersom belastningen till följd av den ökade kostnadsnivån kompenseras i kalkylen med ett prisindex, som justeras årligen och som bildas som ett vägt genomsnitt av prisindexen för välfärdsområdena. Om kostnadsnivån inom ett område stiger snabbare än genomsnittet inom vissa områden, fördelas den tilläggsfinansiering som ökningen medför på de områden där de kalkylerade, behovsstandardiserade kostnaderna är störst.

(27) Detta är särskilt problematiskt för områden där behovsstandarderna är lägre än genomsnittet och kostnadsnivån högre än genomsnittet. Inom de här områdena kommer resurserna sannolikt att relativt sett mer gå till infrastrukturkostnader än till egentlig tjänsteproduktion i resten av landet.

Offentliga finanser och totala kostnader för reformen

(28) Kostnadsupplägget i den föreslagna modellen utgår från nuläget. I fortsättningen kommer budgeteringen att ändras utifrån ökad kostnadsnivå och servicebehov samt utifrån nya uppdrag som anvisas välfärdsområdena. Ekonomiutskottet välkomnar att modellen möjliggör flexibilitet,

Utlåtande EkUU 12/2021 rd Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

om erfarenheterna visar att det finns behov av justeringar. Med beaktande av de faktorer (befolkningsstruktur och förändringar i servicebehovet) som påverkar och kan förväntas påverka kostnadsutvecklingen och som beskrivs ovan kan det anses sannolikt att social- och hälsovårdskostnaderna totalt sett kommer att stiga på riksnivå.

(29) Dessutom kommer läget att påverkas temporärt av kostnaderna för omorganiseringar. Bestående merkostnadsposter är förvaltningen på den nya mellannivån och harmoniseringen av lönerna. Också kravet på egen produktion enligt propositionen kommer sannolikt att medföra investeringsbehov.

(30) Ekonomiutskottet påpekar att de direkta kostnaderna och de indirekta effekterna av coronapandemin för den ekonomiska aktiviteten och exportmarknaden inskränker handlingsutrymmet i de offentliga finanserna.

Patientrörlighetsdirektivet

(31) Propositionen innehåller inga bestämmelser om genomförande av patientrörlighetsdirektivet (direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård). Den föreslagna regleringen kan emellertid innebära vi behöver ändra vår nationella lagstiftning och förfarandena för ersättning av kostnader på grund av direktivet. Ekonomiutskottet påpekar att en bedömning av den föreslagna regleringen i det här hänseendet försvåras av att dessa framtidsinriktade men uppenbara och oundvikliga kostnadselement som följer av patientrörlighetsdirektivet inte har beaktats i behandlingen av kostnadseffekterna av propositionen.

(32) Patientrörlighetsdirektivet innehåller regler för att underlätta tillgången till gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom EU och för att säkerställa patientrörligheten. Patientrörlighetsdirektivet innehåller bland annat bestämmelser om patientens rätt att få ersättning för kostnaderna för vård som ges i en annan EU- eller EES-stat. I Finland har patientrörlighetsdirektivet genomförts genom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Enligt 9 § 1 mom. i den lagen ersätts kostnaderna för vård på det sätt som föreskrivs i 2–5 kap. i sjukförsäkringslagen, när någon reser till en annan EU-stat för att anlita hälso- och sjukvård där. En förutsättning är att vården hör till det tjänsteutbud inom hälso- och sjukvården som avses i 7 a § i hälso- och sjukvårdslagen och att patienten inte har beviljats ett sådant tillstånd att söka vård som avses i 13 § i lagen.

(33) År 2015 fick Finland en formell underrättelse från Europeiska kommissionen om genomförandet av patientrörlighetsdirektivet, eftersom Finlands ersättningsmodell strider mot patientrörlighetsdirektivet. Enligt vår modell ersätts kostnaderna för hälso- och sjukvård som sökts utan förhandstillstånd i en annan EU- eller EES-stat eller i Schweiz i enlighet med sjukförsäkringslagen. Kommissionen upprepade sin ståndpunkt i sitt motiverade yttrande i april 2016 och uppmanade Finland att vidta åtgärder för att säkerställa att kostnaderna för vård som i en annan EU- eller EES-stat ersätts så att patienten får betala samma belopp som han eller hon hade betalat för vården inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland.

(34) Enligt uppgifter till ekonomiutskottet pågår överträdelseförfarandet fortfarande och Finland har inte avhjälpt bristen. Ekonomiutskottet påpekar för social- och hälsovårdsutskottet att det i

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

samband med det aktuella lagstiftningsförslaget kan vara lämpligt att ändra rättsläget så att det uppfyller kraven i patientrörlighetsdirektivet.

Privata aktörers roll

(35) Propositionen innehåller bestämmelser som avviker avsevärt från de nuvarande bestämmelserna om det allmännas ansvar för att ordna social- och hälsovård och om att anförtro andra än myndigheter offentliga förvaltningsuppgifter. Enligt propositionen är syftet att precisera organiseringsansvaret och att på så sätt förtydliga vad som i det här sammanhanget avses med skötsel av en offentlig förvaltningsuppgift samt att skapa förutsättningar för att en offentlig aktör ska kunna ta ansvar för de uppgifter som ingår i organiseringsansvaret.

(36) Definitionen av offentlig förvaltningsuppgift har motiverats med grundlagsutskottets krav från förra valperioden på tillräcklig egen tjänsteproduktion (GrUU 15/2018 rd – RP 15/2018 rd, HE 16/2018 vp) och med den senaste tidens utveckling, som inneburit att kommuner och sjukvårdsdistrikt har lagt ut och bolagiserat verksamhet.

(37) I 12 § i lagen föreskrivs det om restriktioner i rätten att skaffa tjänster från privata tjänsteproducenter. Anskaffning av tjänster begränsas särskilt för tjänster som inbegriper utövning av offentlig makt enligt den aktuella lagstiftningen eller som har ett väsentligt samband med välfärdsområdenas organiseringsuppdrag. Vidare är jour dygnet runt inom hälso- och sjukvård undantagen, eftersom den är kritisk och livsviktig verksamhet och därför har ansetts ha en stark anknytning till beredskap och beredskapsmöjligheter inom välfärdsområdena. Det ska dock vara möjligt att köpta tjänster förutsatt att vissa specialvillkor är uppfyllda.

(38) Ekonomiutskottet anser att den föreslagna tolkningen av utövning av offentlig makt inom hälso- och sjukvård skiljer sig avsevärt från den hittills etablerade tolkningen, som går ut på att en vårdrelation som regel grundar sig på patientens eget beslut om att söka vård. Bestämmelserna om patientens rätt att få information och om patientens självbestämmanderätt visar att det en vårdrelation ett förtroenderelation, som stöder sig på uppdraget att säkerställa medicinskt motiverad och kvalificerad vård, skyldigheten att beakta patientens vilja i vården och en ambition uppnå samförstånd i terapeutiska frågor. De flesta avgöranden om vårdrelationen kan inte karakteriseras som den typen av ensidiga beslut om patientens rättigheter eller förmåner som normalt avses med utövning av offentlig makt är. Ett undantag är avgöranden som inskränker patientens självbestämmanderätt, till exempel beslut om tvångsvård.

(39) Ekonomiutskottet konstaterar att det särskilt vid verksamheter av typen stödtjänster, bland annat laboratoriefunktioner, är svårt att se hur de kan innefatta utövning av offentlig makt – ens i vid bemärkelse. Enligt uppgifter till ekonomiutskottet är avsikten med regleringen inte att inbegripa medicinska stödtjänster i det förbud som avses i 12 § 2 mom. i lagförslag 2. Ekonomiutskottet tillstyrker den lagtolkningen.

(40) Ekonomiutskottet konstaterar att det inte nödvändigtvis är relevant att per automatik eller under alla omständigheter koppla ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster till produktionsansvaret, samtidigt som ansvaret för att ordna tjänsterna i huvudsak kan ligga inom den of-

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

fentliga sektorn. Inte heller grundlagsutskottet har ställt något absolut krav på denna koppling i sin utlåtandep Praxis.

(41) Ekonomiutskottet betonar att grundlagsutskottets utlåtande om den förra hälsovårdsreformen (15/2018 rd) inte kan tillämpas direkt på bedömningen av den aktuella reformen, eftersom det nu är fråga om en strukturellt sett helt annan reform när det gäller ordnande och produktion av tjänster. Den aktuella reformen har särdrag som skiljer sig från de strukturella egenskaperna i det förra förslaget till vårdreform (RP 15/2018 rd – RP 16/2018 rd). Grundlagsutskottet lyfte bland annat fram särdragen i sitt utlåtande om reformen. Förbudet för landskapen att producera tjänster i egen regi enligt det förra reformförslaget har nu bytts ut mot en skyldighet för välfärdsområdena att ha tillräckligt stor egen tjänsteproduktion. Också reformernas konsekvenser för marknadskonstellationerna är i det närmaste varandras motsatser. I och med förslaget till valfrihetslag hade privata tjänsteleverantörer fått en framträdande roll, medan rätten att köpa tjänster inskränks i det aktuella förslaget.

(42) Ekonomiutskottet anser det vara utrett att det villkor för att använda tjänsteläkare som anges i förslaget som villkor för att vissa vårdkedjor skall kunna framskrida kan fördröja tillgången till vård, särskilt till en början i det nya systemet. Enligt uppgift är vårdpersonal inom hälso- och sjukvården i Finland för närvarande till största delen anställd hos privata aktörer eller arbetar som självständiga näringsidkare. Följaktligen kan man utgå från att privata aktörer i synnerhet i början av reformen kommer ha underutnyttjad kapacitet (personal och infrastruktur) samtidigt som offentliga aktörer är kraftigt överbelastade. Enligt propositionen kan ett välfärdsområde hyra in arbetskraft för att komplettera sin egen personal bara för tjänster som enligt 12 § får skaffa från en privat tjänsteproducent. Regleringen ändrar avsevärt möjligheterna att anlita inhyrd arbetskraft jämfört med den gällande lagstiftningen.

(43) Ekonomiutskottet anser det vara utrett att det tack vare de olika juridiska formerna för hälso- och sjukvårdsenheter har blivit möjligt att göra positiva omställningar i utvecklingen och effektiviseringen av vårdkedjorna och förvaltningen. Sådana omställningar kan vi inte låta gå förlorade för att den juridiska referensramen ändras. Samtidigt har det blivit klart att nuläget gör det möjligt för verksamhetsenheterna att vara självständiga. Det leder i sin tur till deloptimering, där det inom hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt förekommer dels övervård, dels flaskhalsar som äventyrar vårdgarantin och lika tillgång till vård och beror på knappa resurser.

(44) I styrningen av välfärdsområdena är det viktigt att vara uppmärksam på att de samarbetsavtal som ingås med stöd av bestämmelserna om ordnande och produktion av tjänster innehåller samordnade kriterier och indikatorer för tillgång till vård och ordnande av vård för att incitamenten för deloptimering ska undanröjas.

(45) Ekonomiutskottet välkomnar regeringens mål att lösa problemet med deloptimering, men uttrycker sin oro över huruvida den föreslagna regleringen säkerställer god Praxis och möjligheter att utveckla Praxis.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

Alternativa sätt att tillhandahålla tjänster

(46) Förslaget innehåller bestämmelser om alternativa sätt att tillhandahålla tjänster och därmed också en möjlighet att låta privata tjänsteproducenter och tjänsteproducenter inom tredje sektorn bedriva verksamhet utifrån lagstiftningen om offentlig upphandling. Det är viktigt att de rikstäckande målen också inbegriper en tydlig plan för hur den privata sektorns och den tredje sektorns resurser ska utnyttjas. Planen ska stötta välfärdsområdena och motivera dem att bedriva mer systematiskt och långsiktigt samarbete.

(47) Till exempel kan servicesedlar göra det möjligt att anlita mindre aktörer. I propositionen motsvarar reglerna för servicesedlar i det hänseendet nuläget att värdet på sedeln fortfarande bestäms av den som ställer ut sedeln. Det i sin tur underblåser variation i självriskandelen, vilket ökar ojämlikheten. Intensifierat samarbete mellan offentlig och privat sektor kan vara ett sätt att minska den ojämlikhet som kommer av att klyftan mellan offentlig och privat social- och hälsovård vidgas.

(48) För att målen med förslaget ska nås bör det säkerställas att det nya systemet i förekommande fall också kan utnyttja resurserna inom den privata sektorn. Frågan är av betydelse med avseende på kvaliteten på och tillgängligheten till tjänster, näringsfriheten, marknadens funktion och konkurrensen.

(49) Ekonomiutskottet uppmanar social- och hälsovårdsutskottet att i sitt betänkande beakta och säkerställa att det också i den kommande förvaltningsmodellen finns lagstiftningsstöd för de verksamhetsmodeller som visat sig vara bra och för den effektivitet som uppnås med lämpligt val av bolagsformer.

Avtal och investeringar mellan offentlig förvaltning och privata aktörer

(50) Propositionen har bestämmelser om att avtal om köpta tjänster som överförs till välfärdsområden är ogiltiga, om de innebär att områdena inte längre ansvarar för att ordna social- och hälsovård. I övrigt ska ett uppsägningsförfarande tillämpas på andra utläggningar

(51) Ogiltigförklaring eller uppsägning som grundar sig på en retroaktiv lagändring är problematisk inte bara för dem som för närvarande har ett avtalsförhållande med offentliga förvaltningsenheter som upphör att gälla i och med den nya lagstiftningen, utan också för alla andra företag som i fortsättningen planerar att sluta avtal med offentliga förvaltningsenheter i Finland. Hädanefter kommer företagen att vara tvungna att göra en avvägning mellan varaktiga avtal med enheter inom offentlig förvaltning och förändringar i berättigade förväntningar. Ekonomiutskottet understryker att denna principiella förändring som kommer att godkännas inom ramen för social- och hälsovårdslagstiftningen också påverkar alla branscher.

(52) Vid utfrågningen av sakkunniga uttrycktes vissa farhågor kring investeringar och det framhölls att även oförutsedda, relativt små upphandlingar (ett typiskt exempel kan vara utbildningsapparatur) utanför tidsplanen för budgetförfarandet verkar vara tungrodda. Välfärdsområdena kommer som regel inte att ha rätt att ta upp långfristiga lån, utom inom ramen för lånefullmakt från statsrådet. Dessutom föreskrivs det om möjlighet att bevilja tilläggsån för brådskande och

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

nödvändiga investeringar. Vårdförordningarna är skyldiga att utarbeta en investeringsplan för de investeringar som ingår i låneramen.

(53) Därtill kommer utskottets farhågor om huruvida investeringar kommer att genomföras på ett lämpligt sätt, inte bara under omställningarna utan också, och i synnerhet, på lång sikt. Investeringar kräver visshet om kontinuitet.

Åtaganden som överförs från kommunerna till vårdförordningarna

(54) I sakkunnigutfrågningen fick utskottet information om de rättsliga följderna av att åtaganden överförs. Här måste det göras skillnad mellan social- och hälsovårdsverksamhet och finansiering av verksamheten.

(55) Reglerna om statligt stöd kan bli tillämpliga i de fall när lån med statlig borgen finansierar verksamhet i vårdförordningarna som med stöd av EU-rätten kan betraktas som ekonomisk verksamhet. Begreppet ekonomisk verksamhet förklaras i Europeiska kommissionens meddelande om begreppet statligt stöd och i Europeiska unionens domstolars beslutspraxis. Det innebär att hälso- och sjukvård som kan anses bygga på solidaritetsprincipen inte är ekonomisk verksamhet. Verksamheter som naturligt ingår i myndigheternas privilegier och som staten ansvarar för att utföra är inte heller ekonomisk verksamhet i den mening som avses i detta sammanhang, förutsatt att medlemsstaten inte har beslutat införa marknadsmekanismer.

(56) I ljuset av det som sägs ovan beror problemen med statligt stöd vid social- och hälsovårdsverksamhet på hur vårt offentliga hälso- och sjukvårdssystem baserat på vårdförordningarnas lagstadgade åtaganden anses vara enligt EU-rätten. I vår nuvarande modell producerar kommunen lagstadgade tjänster inom ramen för statlig reglering och informationsstyrning. Solidariteten fullföljs på kommunal nivå via bosättningsbaserade tjänster och betalningsstrukturen. Kostnaderna för och innehållet i enskilda tjänster är separerade från storleken på patientavgiften. Solidariteten fullföljs också genom statsandelarna till kommunerna. I den nuvarande modellen betalas statsandelen ut till kommunerna i sin helhet. Beloppet beror på vissa egenskaper hos kommunen och invånarna. När denna standardlösning ändras så att en ny nivå bildas mellan kommun och stat (landskap) påverkar inte faktorerna för att fullfölja solidariteten.

(57) Borgensbestämmelserna är en fråga som inte är kopplad till den nya nivån och därför måste bedömas separat.

(58) I den gällande regleringen finansieras kommunernas ekonomi, inklusive social- och hälsovård, av Kommunfinans. Vidare hör det till Kommunernas garanticentral att garantera de lån som Kommunfinans tar upp. Borgensansvar innebär att en finansmarknadsaktör som står utanför social- och hälsovårdsverksamheten deltar i kreditgivningen. Den här delen av finansieringen av social- och hälsovårdstjänster kan inte längre betraktas som ”solidariskt finansierad, icke-ekonomisk” verksamhet. I den här konstellationen måste tillsynsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning nr 575/2013 om tillsynskrav för kreditinstitut och värdepappersföretag och om ändring av förordning (EU) nr 648/2012 (nedan kallad EU:s tillsynsförordning) och artiklarna 213 och 215 i den beaktas. Följaktligen måste Kommunfinans och Kommunernas garanticentral ha säkerhet om att finansieringen kan godkännas också vad gäller reglerna för statligt stöd.

Utlåtande EkuU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

(59) Enligt propositionen kan statsrådet utan krav på motsäkerhet besluta bevilja statlig proprieborgen som säkerhet för skulder och vissa andra förbindelser som överförs från sjukvårdsdistrikten, specialomsorgsdistrikten och kommunerna till välfärdsområdena och för anknytande ränte- och valutaväxlingsavtal samt för andra liknande skyddsåtgärder och uppfyllande av räntevillkoren och andra villkor i avtalen. Om säkerhet har ställts för en skuld eller någon annan förbindelse ska statsborgen emellertid beviljas som fyllnadsborgen för säkerheten.

(60) Här garanterar staten också de låneposter som redan finns och som överförs från kommunerna till välfärdsområdena.

(61) Tillsynsförordningen lägger fast gränserna för hur mycket eget kapital ett kreditinstitut ska avsätta för varje riskfylld post i balansräkningen. Den vägen påverkar riskvikten kreditinstitutens vilja att ta upp sådana poster i balansräkningen, och det är själva syftet med tillsynsbestämmelserna.

(62) Nollrisken grundar sig på offentliga samfunds (teoretiskt sett obegränsade) rätt att ta ut skatt. I och med att välfärdsområdena inte har beskattningsrätt har de inte heller någon särskild roll för riskvikten vid beräkningen av bankernas kapitalkrav enligt standardmetoden. I vilket fall som helst har de alltid någon roll i riskviktningen. I standardmodellen kan en sådan fordran från ett välfärdsområde eventuellt behandlas exempelvis med en riskvikt på 20 procent i enlighet med artikel 115.5 i tillsynsförordningen. Det är dock osäkert om det är så. En bindande riskviktsklassificering måste förvärfvas via en process på Europeiska bankmyndigheten (EBA). Riskvikterna i riskviktsklassificeringen enligt interna modeller bildas via bankernas interna riskbedömning.

(63) Trots det ser det ut som om riskvikten för lån blir noll med hjälp av statsborgen för finansiering av välfärdsområden, om borgen uppfyller kraven i tillsynsförordningen. Den här tolkningen av förordningen kan motiveras med att kapaciteten att klara av de ekonomiska förpliktelseerna i sista hand baserar sig på statens rätt till skatteuppbörd: enligt propositionen och mot bakgrund av bestämmelserna nedan garanterar staten välfärdsområdenas finansiella åtaganden. Dessutom inrättas en mekanism som innebär att finansiellt underskott i välfärdsområdena åtgärdas genom ett förfarande med tilläggsfinansiering, också det via statsbudgeten.

(64) Kraven i tillsynsförordningen är mycket detaljerade och det finns ingen tidigare tolkningspraxis för hur de ska tillämpas på fyllnadsborgen. Formuleringen av lagrummen om statsborgen så att borgen definieras närmare bland de övriga borgensvillkoren är avsedd att minska den skada som eventuellt uppstår vid en ofördelaktig tolkning av tillsynsförordningen. Att döma av detaljmotiveringen till 20 § i lagförslag 1 är det den här frågan som fyllnadsborgen till ett välfärdsområde hänger samman med. Den villkorade metod för att bedöma kreditgivaren som lagen ger Statskontoret kan vara avgörande vid bedömningen av riskvikter.

(65) Ersättningsgränsen enligt regleringen om kompensation till kommunerna för egendomsöverföringar bör ligga på en nivå som kan anses vara betydelsefull med avseende på möjligheterna att trygga kommunernas självstyrelse och även motiverad och skälig sett ur statens perspektiv, sägs det i propositionen. Propositionen har inte nödvändigtvis någon negativ inverkan på kommunernas riskvikt, om kompensationsregleringen säkerställer kommunernas möjligheter att besluta om sin ekonomi och självstyrelse trots egendomsarrangemangen. Det beror på att kriteriet i tillsyns-

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

förordningen om institutionella arrangemang som minskar risken för insolvens och som inte skiljer sig från statliga mekanismer då inte är uppfyllt.

(66) Ekonomiutskottet påpekar att välfärdsområdena har möjlighet att också bedriva annan verksamhet än den som omfattas av den lagstadgade skyldigheten. De kan exempelvis åta sig att sköta uppdrag som stöder lagstadgade uppgifter och bedriva företagsverksamhet med låg risk som stöder möjligheterna att utföra lagstadgade uppgifter. Ekonomiutskottet framhåller att de statsstödsrättsliga aspekterna av den föreslagna regleringen, inklusive en eventuell anmälningsskyldighet, måste utredas noggrant.

Digitalisering och förnyelse

(67) Vid sakkunnigutfrågningen bedömdes det att kommunernas kostnader för social- och hälsovård kommer att öka på riksnivå. Det behövs många olika effektiviseringsåtgärder för att bryta trenden. Ett sätt är att utnyttja digitaliseringen effektivare. Det måste dessutom finnas stöd i lagstiftningen för nya innovationer och försök. För att tjänsterna ska kunna produceras effektivt behövs ett samordnat system som täcker in primärvård och specialiserad sjukvård å ena sidan och social- och hälsovård å andra sidan. Det är svårt att se att social- och hälsovårdstjänster ska kunna produceras, utvecklas eller ledas i sin helhet utan samordnade informationssystem. De största ekonomiska fördelarna med digitaliseringen består sannolikt i effektivare utnyttjande av tillgängliga data och effektiviserade processer.

(68) För att uppnå fördelarna med digitalisering krävs det att sammanhållna vårdkedjor möjliggörs. För närvarande utgör exempelvis de tekniska gränserna och restriktionerna för användningsrätt till registren hinder för optimalt utnyttjande i rätt tid. Till exempel uppgifter som förs in i socialvårdsregistret är inte tillgängliga för hälso- och sjukvården. Genom att utveckla informationsspridningen kan man också påverka hur den yrkesutbildade personalens tid fördelas mellan klienter och sökning respektive registrering av uppgifter.

(69) Samtidigt vill utskottet uttrycka sin oro över vilka konsekvenser regleringen kan ha i det hänseendet. Det gemensamma register som möjliggörs av 9 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är för närvarande till exempel i Nyland den grund för registrering av data inom den specialiserade sjukvården och primärvården som informationssystemen är uppbyggda på.

(70) Regleringen kan innebära att det behövs sex separata system av typen Apotti inom det nuvarande systemet, om exempelvis systemet Apotti i och med den föreslagna regleringen måste införas så att välfärdsområdena är åtskilda också vad gäller informationssystem och alla klienter och yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården bara är hänvisade till registret i sitt eget välfärdsområde. Utan explicit samtycke överförs då inga uppgifter. Det ökar den administrativa bördan, särskilt för vård av klienter med sektorsövergripande servicebehov inom hälso- och sjukvården och socialvården.

(71) Kanta-systemet lämpar sig däremot inte för dagligt patientarbete på grund av det tekniska genomförandet. Mot den bakgrunden är det viktigt att regleringen i 9 § i hälso- och sjukvårdslagen inkluderas i den nya lagstiftningen.

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

Slutsatser

Ekonomiutskottet håller med de sakkunniga som anser att vårt social- och hälsovårdssystem i sin nuvarande form är ohållbart på sikt. Åldersstrukturen bland befolkningen och behovet av social- och hälsovård, den anknyttande kostnadsutvecklingen, den geografiska fördelningen av befolkningen och tillgången till kvalificerad yrkesutbildad personal inom social- och hälsovård ställer tvingande krav på förändringar i systemet.

(73) Den föreslagna lagstiftningen läggs fram i ett läge när hållbarhetsgapet i Finlands ekonomi har fortsatt att vidgats i flera år. Det är viktigt att en av de mest betydande delarna av de offentliga finanserna, nämligen social- och hälsovårdssektorn, ordnas på bästa möjliga sätt och att omställningar baserar sig på forskningsrön om verkningsfull vårdpraxis, människors beteende och incitament och på befolkningsutvecklingen.

(74) Det förefaller att råda en viss spänning mellan vissa av målen och de valda regleringslösningarna. Det är visa sig vara svårt att se hur man i lagstiftningen samtidigt ska kunna ha kvar ett krav på tjänsteläkare av det slag som föreslås, tillåta offentligt ägda bolag men organiserade i bolagsform att bedriva verksamhet och avgränsa de privata aktörernas tillåtna verksamhetsområde på det sätt som avses i lagförslag 2, och ändå säkerställa medborgarnas tillgång till vård på det sätt som sägs i propositionen.

(75) Enligt ett sakkunnigytrande innehåller den föreslagna lagstiftningen också element som kan bedömas innebära att hållbarhetsgapet delvis omfördelas på ett sätt som avviker från det nuvarande statsandelssystemet. Regleringen i propositionen löser egentligen inte problemet med resursbrist till följd av hållbarhetsgapet och det ökade servicebehovet inom social- och hälsovårdssektorn. Områden som är starka vad gäller ekonomisk bärkraft eller befolkningens hälsa kommer att i större utsträckning vara tvungna att stötta svagare områden.

(76) Med hänvisning till utfrågningen av sakkunniga pekar ekonomiutskottet på den diskrepans som råder mellan autonomi att ordna verksamheten i välfärdsområdena och kravet på att säkerställa lika tillgång till social- och hälsovård: målet med propositionen är att områdena ska vara mycket självständiga, vilket gör det möjligt att producera tjänster utifrån invånarnas behov i varje välfärdsområde. Å andra sidan eftersträvas minskade skillnader i hälsa bland befolkningen med hjälp av ett system som tillhandahåller social- och hälsovård så lika som möjligt i olika delar av landet.

(77) Det främsta målet med regleringen är att med offentlig tjänsteproduktion kunna garantera tillgång till tjänster också i extraordinära situationer. Det finns däremot inga bestämmelser som förpliktar välfärdsområdena att upprätthålla överkapacitet. Följaktligen drabbas offentliga tjänsteproducenter av samma problem som privata aktörer till följd av begränsade resurser (t.ex. Tillgång till kvalificerad personal) eftersom det för produktion av tjänster behövs samma element (personal, infrastruktur) oberoende av tjänsteproducentens juridiska form.

(78) Utskottet instämmer med de sakkunniga i att det är en stor utmaning att förutsäga vilka val de olika aktörerna kommer att göra i den nya modellen och hurdana kostnadsstrukturen och servicebudet slutligen kommer att bli. Samtidigt påminner utskottet att det regelverk som består av

Utlåtande EkUU 12/2021 rd
Eriävän mielipiteen 2 /kok Liite

budgetrestriktion för statsfinanserna, lagar, författningar på lägre nivå plus anvisningar och avtalspraxis från ministerierna spelar en framträdande roll för att målen med lagstiftningen ska nås. Likaså påminner utskottet att pressen kan bli stor exempelvis när patienter åberopar rättigheterna i patientrörlighetsdirektivet. Ekonomiutskottet betonar behovet av att skapa incitament för att förebygga hälsomässiga och sociala problem.