

INNEHÅLL

5 Alternativa handlingsvägar	2
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser	2
5.1.1 Ordnande av social- och hälsovård	2
5.1.1.1 Översikt.....	2
5.1.1.2 Bedömning av den föreslagna strukturen för ordnandet av social- och hälsovården i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller.....	4
5.1.2 Organisering av räddningsväsendet	6
5.1.3 Finansiering.....	12
5.1.3.1 Översikt.....	12
5.1.3.2 Överföring av kostnader och inkomster från kommunerna till vårdlandskapen.....	13
5.1.3.3 Övriga granskade alternativ för ökning av statens skatteinkomster	17
5.1.4 Egendomsarrangemang.....	18
5.1.4.1 Alternativa egendomsarrangemang när vårdlandskapen inrättas.....	18
5.1.4.2 Alternativ för hantering av lokaler och finansiering av investeringar	20
5.1.4.3 Överföring av den finansiering som Kommunfinans Abp beviljar vårdlandskapen i den begränsade fördelningsmodell som föreslås i propositionen	22
5.1.5 Intressebevakning för arbetsgivare	22
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet.....	23

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

5.1.1 Ordnande av social- och hälsovård

5.1.1.1 Översikt

Tjänsterna inom social- och hälsovården kan ordnas på flera olika sätt. Såsom framgår av kapitel 3.2 nedan där modellerna i de andra nordiska länderna beskrivs har varje land sitt eget system. Dessutom avviker vart och ett dessa från den nuvarande kommunbaserade modellen i Finland.

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

Den arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2010 utarbetade nio olika riktlinjer för strukturen samt dessutom olika finansieringsmodeller. Utifrån dessa framförde arbetsgruppen i sin promemoria (social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2011:7) tre alternativa modeller. En av dessa grundar sig på den nuvarande kommunstrukturen, och de två andra modellerna på en situation där det finns klart färre och större kommuner än för närvarande. Den modell som grundar sig på den nuvarande kommunstrukturen har 20–50 kommuner eller områden som ansvarar för social- och hälsovården på basnivån och fem områden som ansvarar för specialnivån. Om kommunerna var cirka 30–50, så skulle de enligt förslaget kunna ordna tjänsterna på basnivån. Även i det fallet ansvarar fem specialupptagningsområden för specialtjänsterna. I den tredje modellen är antalet kommuner under 20. Då ansvarar de för social- och hälsovården i sin helhet. Arbetsgruppen granskade dessutom olika alternativ för finansieringen av verksamheten.

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

Enligt arbetsgruppens synpunkt bör beroende på bärkraftsfaktorer ett tillräckligt befolkningsunderlag för ordnande av social- och hälsovården vara minst 50 000–100 000. Andra bärkraftsfaktorer är tillhandahållarens finansiella hållbarhet och stabilitet, tryggnad av kompetensen, personaltillgång och personalens tillräcklighet samt infrastruktur. Arbetsgruppen lade inte fram någon uträkning över hur många områden som uppstår utifrån de nämnda kriterierna. Arbetsgruppen föreslog dessutom att fem specialupptagningsområden ska bildas inom social- och hälsovården och att deras uppgifter ska omfatta arbetsfördelning, samordning, planering och myndighetsuppgifter samt en skyldighet att avtala om de nationellt fastställda tjänsterna på krävande specialnivå och säkerställa tillgången på dessa tjänster. Specialupptagningsområdenas befogenheter ska grunda sig på lagstiftningen.

För att komplettera beredningen av den ovan nämnda arbetsgruppens arbete tillsatte social- och hälsovårdsministeriet i november 2012 en grupp med utredningsmän för utredning av lokala skillnader och särdrag samt språkliga förhållanden i Finlands kommuner. Gruppen av utredningsmän framförde i sin rapport (social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:7) att ansvaret för att ordna social- och hälsovården bör flyttas över från kommunerna till social- och hälsovårdsområden. Samtidigt ska sjukvårdsdistrikten och samkommunernas specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda avvecklas och verksamheten omorganiseras. Finland ska enligt förslaget då ha 34 social- och hälsovårdsområden eller kommuner, som ansvarar för ordnandet av nästan all social- och hälsovård. Utöver social- och hälsovårdsområdena föreslog utredningsmännen fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården. Dessa områden ska sköta uppgifter som stödjer och samordnar den omfattande basnivån samt forskning och utbildning. Universitetssjukhusen ska även i fortsättningen ansvara för produktionen av och kompetensen inom den mest krävande vården inom de fem områdena. Inrättandet av gemensamma specialupptagningsområden inom social- och hälsovården förbättrar i synnerhet situationen för specialtjänsterna inom socialvården.

Statsminister Jyrki Katainen tillsatte i april 2013 en samordningsgrupp med uppdrag att utifrån regeringens rambeslut för 2014–2017 bereda riktlinjerna för en grundläggande lösning för social- och hälsovården. I maj 2013 presenterade samordningsgruppen enhälligt riktlinjer för utformningen av servicestrukturen för social- och hälsovården inom det nya kommunfältet. Enligt riktlinjerna var utgångspunkten att alla tjänster ordnas heltäckande av social- och hälsovårdsområden. Ansvaret för ordnandet inom social- och hälsovårdsområdet skulle i huvudsak genomföras genom en modell med ansvariga kommuner. Enligt modellen skulle en ansvarig kommun svara för att ordna alla kommunala social- och hälsovårdstjänster för de kommuner som hör till området. Undantag från denna huvudregel skulle ha varit rätten för kommuner med minst cirka 20 000–50 000 invånare att ordna tjänster på basnivå. Enligt riktlinjerna var utgångspunkten för metropolområdet i enlighet med den allmänna regeln att social- och hälsovårdsområdet bildas så att den ansvariga kommunen är en kommun med minst cirka 50 000 invånare.

Enligt samordningsgruppens riktlinjer skulle det dessutom finnas fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården med uppgifter inom både hälso- och sjukvården och socialvården. Specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården var juridiska personer som enligt lag har rätt och skyldighet att fatta bindande beslut i ärenden som hör till deras behörighet. Specialupptagningsområdena hade ingen skyldighet att ordna tjänster.

För den fortsatta beredningen av reformen tillsattes i mars 2014 en parlamentarisk styrgrupp, som stöddes av en expertgrupp. Den parlamentariska styrgruppen beredde propositionen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården. I den nya modellen hade ordnandet av tjänster separerats från produktionen av tjänster. Fem social- och hälsovårdsområden skulle ha organiseringsansvaret för social- och hälsovården. En samkommun som utgör ett social- och hälsovårdsområde skulle svara för att invånarna och andra som har rätt att få tjänster inom dess område får de tjänster som de behöver. Utgångspunkten var att trygga närtjänsterna. Enligt regeringens proposition skulle fem samkommuner (social- och hälsovårdsområden) ha organiseringsansvaret för alla social- och hälsovårdstjänster. Dessa organisationer skulle alltså ersätta de nuvarande kommunala, närmare 200 organisationer som nu har organiseringsansvaret. Det föreslogs att det utöver de fem social- och hälsovårdsområdena bildas högst 19 samkommuner med ansvar för att social- och hälsovårdstjänsterna produceras som en helhet. Enligt propositionen skulle kommunerna fortfarande ansvara för främjandet av hälsa och välfärd.

Enligt tidsplanen i förslaget till lag om ordnandet av social- och hälsovården skulle social- och hälsovårdsområdena ha inlett sin verksamhet vid ingången av 2016 och samkommunerna med ansvar för produktionen av tjänsterna vid ingången av 2017. Varje kommun skulle ha hört till ett social- och hälsovårdsområde. Social- och hälsovårdspersonalen i de nuvarande kommunerna och samkommunerna skulle administrativt ha övergått att vara anställda hos kommunerna och samkommunerna med produktionsansvar.

Propositionen behandlades i flera riksdagsutskott. Enligt grundlagsutskottets första utlåtande (GrUU 67/2014 rd) hade lagförslaget kunnat behandlas i vanlig lagstiftningsordning endast om utskottets konstitutionella anmärkningar om demokratin i den föreslagna förvaltningsmodellen och kommunernas finansieringsansvar samt det regelverk som dessa bildar hade blivit behörigen beaktade. Därefter beredde social- och hälsovårdsutskottet i februari 2015 en modell som ändrats utifrån regeringens proposition och som skulle ha baserat sig på 19 samkommuner med organiserings- och produktionsansvar.

Grundlagsutskottet ansåg dock i sitt andra utlåtande (GrUU 75/2014 rd) att lagförslagen och motiveringarna till dem inte bildade ett tillräckligt underlag för en konstitutionell bedömning av de väsentliga ändringar som föreslogs i propositionen. Med hänsyn till demokratin och den kommunala självstyrelsen förelåg i propositionen fortfarande samma problem som i den tidigare propositionen. Lagförslaget förföll i riksdagen.

Under den föregående regeringsperioden föreslogs det (RP 15/2017 rd) att organiseringsansvaret för basnivån och specialnivån inom social- och hälsovården ska överföras till sektorsövergripande landskap, som hade varit 18 till antalet. Landskapens högsta organ skulle ha valts genom direkta val (landskapsval) i landskapen. Lagförslaget förföll i riksdagen till följd av grundlagsenliga problem i samband med det.

Grundlagsutskottet och olika arbetsgrupper som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet har upprepade gånger påtalat att ansvaret för att ordna social- och hälsovården bör vila på starkare aktörer än för närvarande. Med undantag för den landskapsreform som föreslogs under den föregående valperioden har de övriga propositionerna syftat till att öka kommunstorleken eller kommunernas samarbete. Enligt den nuvarande modellen har knappt 200 aktörer organiseringsansvar. En del av de förslag som granskats har baserat sig på tanken att antalet kommuner skulle minska avsevärt jämfört med dagsläget, eventuellt till cirka 50 eller till och med cirka 20 kommuner. En så stor minskning av antalet kommuner är dock inte i sikte för närvarande. Alternativen i

denna situation är därmed närmast det nuvarande kommunbaserade ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården, en överföring av ansvaret på en samkommun med en nivå eller på större självstyrande områden än kommuner.

5.1.1.2 Bedömning av den föreslagna strukturen för ordnandet av social- och hälsovården i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller

I den lösning som föreslås överförs ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården helt från kommunerna till sådana större förvaltningsområden än en kommun som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen, det vill säga till ett vårdlandskap som har ett beslutandeorgan som utsetts genom direkta val. Även finansieringsansvaret flyttas från kommunernas ansvar till staten. På en separat regional självstyrelsenivå vore det möjligt att genomföra den horisontella och vertikala integration av social- och hälsovården som behövs för att trygga de grundläggande rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Genom direkta val säkerställs det att kravet på demokrati iakttas. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande (GrUU 75/2014 rd) konstaterat att en överföring av uppgifterna från kommunerna till sådana i 121 § 4 mom. i grundlagen större än kommuner avsedda självstyrelseområden där demokratin skulle genomföras genom direkta val vore ett tänkbart alternativ med avseende på grundlagen. En lösning som baserar sig på statens finansieringsansvar skulle bäst förverkliga även riktlinjen i statsminister Sanna Marins regeringsprogram, enligt vilken den totala skattegraden inte får höjas och beskattningen av arbete inte får skärpas på någon inkomstnivå.

Ett alternativ till den modell som föreslås kunde vara en samkommun med en nivå. Ansvaret för att ordna social- och hälsovården skulle bäras av ett social- och hälsovårdsområde, som är ett geografiskt område som består av kommuner och en samkommun som består av de kommuner som hör till området. Samkommunen skulle kunna genomföra den horisontella och vertikala integration av social- och hälsovården som behövs för att trygga de grundläggande rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Beslutanderätten utövas av social- och hälsovårdsområdets samkommunfullmäktige, vars medlemmar är fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna. Kommunerna finansierar kostnaderna för social- och hälsovårdsområdet med en avgift som fastställs årligen i social- och hälsovårdsområdets budget. Arrangemanget förutsätter ett utjämningssystem mellan kommunerna (utjämningstak). Det att det kommunala finansieringsansvaret består innebär samtidigt att i medeltal något under hälften av kommunens budget ställs under samkommunens beslutanderätt. Sambandet med beslutsfattandet på kommunal nivå och i synnerhet med kommuninvånarnas möjligheter att påverka genom att utöva sin rösträtt skulle trots att systemet formellt fortfarande baserar sig på kommuner förbli ganska avlägset. Grundlagsutskottet konstaterade i sitt utlåtande (GrUU 75/2014 rd) att en samkommunsmodell med en nivå åtminstone i princip inte kan betraktas som ett uteslutet alternativ. Enligt utskottet får genomförandet av modellen för en samkommun med en nivå i ett helhetsperspektiv dock inte strida mot demokratiprincipen eller finansieringsprincipen. Faktorer som måste beaktas vid helhetsbedömningen är enligt utskottet bland annat områdenas storlek, samkommunens uppgifter och behörighet som helhet, finansieringslösningar, fördelningen av olika slags ansvar mellan staten, kommunerna och samkommunen samt samkommunens högsta beslutande organ i termer av sammansättning, valsätt och beslutsförfarande.

Ett annat alternativ till den nu föreslagna modellen skulle kunna vara det kommunbaserade nuvarande systemet och att vidareutveckla det utan att ändra de grundläggande principerna. Social- och hälsovårdstjänster skulle ordnas och produceras av knappt 200 producenter. En stor del av kommunerna skulle sköta uppgifter inom primärvården, socialvården och den specialiserade sjukvården i det obligatoriska kommunöverskridande samarbetet, precis som för närvarande. För en del av de små aktörerna skulle den ekonomiska bärkraften innebära utmaningar. Styrningen av verksamheten och kostnadskontrollen skulle också i fortsättningen vara mycket utmanande. Det skulle fortsättningsvis vara en utmaning att förverkliga en likvärdig tillgång till tjänster och att genomföra integration.

Ett tredje alternativ till den modell som föreslås kunde vara en centralisering av ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården till en aktör på nationell nivå. Om produktionsansvaret differentierades, skulle anordnaren i första hand vara beställare av tjänster. Fördelarna med en sådan lösning jämfört med den regionala anordnaren på vårdlandskapsnivå som föreslås vore att beställarkompetensen når en så hög nivå som möjligt främst tack vare centraliseringen och att beställaren når en så stor förhandlingskraft som möjligt i förhållande till producenterna. En central lösning kan också bättre lösa de problem med suboptimering som präglar nuläget och som orsakas av ett splittrat finansieringsansvar. För en anordnare på nationell nivå vore det däremot svårare att beakta lokala och regionala särdrag. Styrningen av verksamheten och integreringen av tjänsterna skulle eventuellt kräva stöd av regionala aktörer.

Ett fjärde alternativ kunde vara en modell som stöder sig på privata försäkringsbolag. Det vore en stor ändring jämfört med det nuvarande systemet med beaktande av de mål som ställts för reformen. De medel som är

avsedda för social- och hälsovårdstjänster skulle då kanaliseras till försäkringsbolag som godkänts av staten, och försäkringsbolagen skulle ansvara för ordnandet av tjänster. Internationella erfarenheter visar att ett system som stöder sig på privata försäkringsbolag kräver en mycket omfattande reglering för att fungera väl och att det räcker länge att skapa en sådan reglering. Exempelvis låg det 20 år av arbete bakom den reform som lanserades i Holland 2006. Försäkringsbaserade system begränsar sig nästan utan undantag till hälso- och sjukvård. I vissa länder tillämpas en parallell omsorgsförsäkring som närmast gäller äldreomsorgen. Det är svårt att i ett försäkringssystem säkerställa en integration av social- och hälsovårdstjänsterna.

Den jämförelse av internationella system för social- och hälsovårdstjänsterna som ingår i avsnitt 3.2 ger en bild av hur varierande systemen i de olika länderna är. Systemen skiljer sig från varandra till exempel när det gäller samlande av medel för tjänsterna, karaktären av de aktörer som förvaltar medlen samt separerandet av ansvaret för anordna och producera tjänsterna. Riktigt grovt taget kan systemen i de utvecklade länderna delas in i två typmodeller. System där samlandet av medel för tjänsterna främst sker genom sådana avgifter av skattenatur som är öronmärkta för social- och hälsovård och där förvaltningen av medlen sköts av aktörer av fondtyp separat från den offentliga förvaltningen kan kategoriseras som socialförsäkringssystem. Till välfärdsstatssystemen hör sådana system som påminner om den nuvarande finländska kommunbaserade modellen där de medel som används för tjänsterna kommer från den offentliga förvaltningens allmänna skatteintäkter och där medlen förvaltas, alltså tillhandahålls, av en aktör inom den offentliga förvaltningen. Det servicesystemet inom social- och hälsovården som föreslås och som grundar sig på att ansvaret för ordnandet av tjänster ligger på regionala självstyrande områden är i stora drag mycket likt det nuvarande servicesystemet.

I välfärdsstatssystemen har social- och hälsovårdsutgifterna konstaterats vara mer beroende av det rådande konjunkturläget. Anordnarens offentliga karaktär kan i teorin leda till en effektivare fördelning av medel mellan flera olika lagstadgade uppgifter, men i praktiken kan politiska intressen försvåra fördelningen av medel på ett sätt som är optimalt med tanke på den totala nyttan.

I forskningslitteratur som behandlar skillnaderna mellan systemen i de olika länderna varnas det ändå för att det är svårt att jämföra systemen, eftersom en sådan jämförelse oundvikligen blir endast riktgivande. I litteraturen finns det emellertid empiriska indikationer på att system av socialförsäkringstyp i viss mån är dyrare och att finansieringen av dem är mindre progressiv i förhållande till medborgarnas inkomster. Till exempel i Adam Wagstaffs undersökning om systemförändringar i OECD-länderna, som publicerades av Världsbanken 2009, visas det att hälso- och sjukvårdsutgifterna har ökat med 3–4 procent vid en övergång från ett skattefinansierat system till ett system av socialförsäkringstyp. I så kallade transitionsländer har motsvarande ökning varit upp till 11 procent. Det har däremot inte kunnat påvisas att förändringarna skulle ha haft någon effekt på vårdresultaten om man ser till dödligheten.

OECD har gjort omfattande jämförande forskning om olika hälsovårdssystem, och resultaten visar att det inte finns ett enda system som skulle ha den bästa kostnadseffektiviteten. Det sätt på vilket finansieringen samlas in verkar inte ha något systematiskt samband med att hålla kostnaderna nere eller med vårdens kvalitet. OECD konstaterar som sin policyrekommendation i publikationen *Health Care Systems: Efficiency and Institutions* att radikala och snabba ("big bang") systemförändringar inte är nödvändiga, utan att en ökad stringens i fråga om den policy som tillämpas genom att man tar i bruk bästa praxis från system av samma typ och genom att man lånar lämpliga element från andra system sannolikt är ett mer effektivt sätt att öka kostnadseffektiviteten. I vissa situationer kan det dock vara svårare att hålla kostnaderna nere i den finansieringsmodell som grundar sig på försäkringspremier än i den modell som grundar sig på skattefinansiering. Empiriska jämförelser har visat att det i ekonomiska kristider är lättare att hejda en ökning av utgifterna i ett skattefinansierat än i ett försäkringsbaserat system. OECD konstaterar i sin rapport *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives* från 2015 att ett sätt att hejda en ökning av kostnaderna är att ställa upp klara utgiftsmål, att följa upp utgifterna och att använda mått som varnar om utgifterna börjar öka i alltför snabb takt och att vidta snabba korrigerande åtgärder samt att finansministeriet och hälsoministeriet har ett nära samarbete. I ett skattefinansierat system går detta lättare att genomföra än i ett system som grundar sig på försäkringspremier.

Enligt forskningslitteraturen är det typiskt för en välfärdsstat att det allmänna i hög utsträckning svarar för uppgifter som hänför sig till individers och familjers välfärd. Detta kan skötas med hjälp av en försäkringsbaserad modell eller en modell som grundar sig på universella offentliga tjänster. I Finland och de övriga nordiska länderna har den historiska utvecklingen lett till en institutionell välfärdsstatsmodell där de sociala rättigheterna och de offentliga tjänster som hänför sig till dem är universella samtidigt som det allmänna i omfattande utsträckning anordnar välfärdstjänster. Omfattningen av social- och hälsovårdstjänsterna, som ordnas av det allmänna, och tjänsternas universalitet, det vill säga att alla har tillgång till dem, är kännetecknande för den

finländska och allmänt taget för den nordiska välfärdsstatsmodellen (se Pentti Arajärvi: Johdatus sosiaalioikeuteen. Talentum 2011, särskilt kap. 5 och Kaarlo Tuori och Toomas Kotkas, Sosiaalioikeus, Talentum Pro, 5:e uppdaterade utgåvan, 2016, särskilt kap. 2). Trots detta har socialförsäkringen och den försäkringsbaserade modellen, som alltså grundar sig på lagstadgade försäkringsavgifter som de försäkrade betalar, bred tillämpning i Finland. I lagberedningen har man utifrån belägg i forskningslitteraturen utgått från att den modell som grundar sig på att uppgifterna sköts av det allmänna med allmän skattefinansiering har visat sig vara relativt effektiv i alla nordiska länder bland annat när man granskar förhållandet mellan social- och hälsovårdsutgifterna och bruttonationalprodukten parallellt med den sociala och medicinska välfärden. De nordiska länderna ligger i topp när det gäller olika index som mäter social rättvisa och välfärd och när det gäller befolkningens hälsotillstånd. Samtidigt ligger social- och hälsovårdsutgifternas andel av BNP inte i världstoppen. Detta är en orsak till att man i beredningen inte i nämnvärd utsträckning har utrett en övergång till ett försäkringsbaserat system. Det grundläggande valet i beredningen har således varit att det allmänna, i enlighet med den nordiska välfärdsstatsmodellen, i stor utsträckning fortsätter sköta ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. I bedömningen av alternativ har man således utgått från de modeller som grundar sig på att det allmänna har ansvaret för att ordna tjänsterna.

Det bör dock noteras att det finländska systemet även i framtiden kommer att vara en blandmodell där sociala rättigheter tillgodoses med hjälp av försäkringsbaserade och offentliga tjänster. Vårdlandskapets ansvar för ordnandet av tjänster innefattar även i viss mån växande inslag från det försäkringsbaserade systemet i den bemärkelsen att landskapets uppgift klart förenas med ett finansieringsansvar enligt det system som föreslås i regeringspropositionen. Avsikten är att vårdlandskapet också i huvudsak ska bära den risk som är förenad med finansieringen.

5.1.2 Organisering av räddningsväsendet

Liksom tjänsterna inom social- och hälsovården kan också tjänsterna inom räddningsväsendet ordnas på flera olika sätt. I enlighet med vad som konstateras i 5.2 kap. där modellerna i de andra nordiska länderna beskrivs har varje land sitt eget system. Vart och ett av dem avviker till någon del från Finlands nuvarande regionala modell som bygger på kommunsamarbete, men till exempel i Danmark och Norge samarbetar kommunerna i viss mån när det gäller räddningsverksamhet.

I Finland har omorganisation av servicestrukturen inom räddningsväsendet utretts flera gånger under de senaste tjugo åren. Nedan granskas tidigare utredningar och de alternativ som behandlats i dem. Den struktur för organiseringen för räddningsväsendet som föreslås nedan har bedömts i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller.

Utredare Pekka Myllyniemis förslag 2000

Enligt regeringsprogrammet från den 15 april 1999 för statsminister Paavo Lipponens andra regering skulle överföring av brand- och räddningsväsendet till att skötas av staten utredas. Den 2 juni 1999 utsåg statsrådet politices magister Pekka Myllyniemi att i enlighet med regeringsprogrammet utreda vid inrikesministeriet överföring av brand- och räddningsväsendet till att skötas av staten. Utredningen fokuserade på den räddningsverksamhet som avsågs i lagen om räddningsväsendet (561/1999) inklusive på befolkningsskyddet. I granskningen inkluderades också andra sådana synpunkter på beredskap inför undantagsförhållanden som är av betydelse när alternativa sätt att organisera räddningsväsendet övervägs. Målet var ett så effektivt och ekonomiskt system för räddningsväsendet som möjligt.

Enligt utredningen finns det fyra grundläggande alternativ för organisering av räddningsväsendet

- 1) Ett räddningsväsende på kommunens ansvar
- 2) Ett regionalt räddningsväsende som bygger på samarbete mellan kommunerna
- 3) Ett statligt räddningsväsende
- 4) Ett räddningsväsende finansierat av staten och organiserat av kommunerna

Modellerna för organisering av räddningsväsendet bedömdes i utredningen på följande sätt:

1. Ett räddningsväsende på kommunens ansvar

Primärkommunen ansvarar för räddningsväsendet, som styrs av staten. Detta leder i praktiken till att ministeriet blir tvunget att styra kommunerna mycket detaljerat utifrån mindre kommuners behov. Eftersom man håller på att minska den statliga styrningen och öka den kommunala självstyrelsen, kan ett fortsatt ansvar hos primärkommunen för räddningsväsendet på lång sikt också förutsätta att regleringen av räddningsväsendet luckras upp och att kommunernas självständighet och eget ansvar ökas, även om det medför risk för att räddningsväsendets servicenivå varierar i olika delar av landet.

2. Ett regionalt räddningsväsende som bygger på samarbete mellan kommunerna

Ett regionalt räddningsväsende, som bygger på samarbete mellan kommunerna, är baserat på de samarbetsformer mellan kommunerna som kommunallagen ger och överför ansvaret för organiseringen av räddningsväsendet från primärkommunen till den regionala nivån. I detta alternativ sker finansieringen via kommunerna och budgetmakten kvarstår på regional nivå. Bildandet av områden förutsätter dock lagstadgade beslut om områdesindelningen, eftersom man med hjälp av frivilligt samarbete mellan kommunerna inte kan åstadkomma så stora områden som behövs för organisering av ett ekonomiskt och effektivt räddningsväsende i hela landet. Den statliga styrningen av räddningsväsendet förblir då på allmän nivå och områdena är självständiga när det gäller organiseringen av räddningsväsendet och fastställandet av servicenivån.

Det regionala räddningsväsendet, som bygger på samarbete mellan kommunerna, bevarar den kommunala kulturmodellen inom räddningsväsendet. Det skulle därför vara lätt att godta systemet. Lagändringarna är relativt små.

3. Ett statligt räddningsväsende

Det statliga räddningsväsendet leds av inrikesministeriet, och beslut om finansieringen av verksamheten och om den regionala organiseringen av verksamheten samt om den allmänna servicenivån fattas av staten. Även detta alternativ förutsätter att landet indelas i områden som fungerar relativt självständigt i fråga om organiseringen av räddningsväsendet. Vid bildandet av områden iaktas i fråga om deras storlek samma principer som i det regionala alternativ som bygger på samarbete mellan kommunerna.

Om systemet för det statliga räddningsväsendet genomförs är det i princip möjligt att avhjälpa bristerna i det nuvarande systemet på samma sätt som inom det regionala räddningsväsendet som bygger på samarbete mellan kommunerna.

Övergången till ett system med statligt räddningsväsende innebär dock en så radikal förändring jämfört med det traditionella kommunala systemet att förändringen kan beskrivas som ett hopp ut i det okända.

Lagstiftningen om räddningsväsendet borde revideras grundligt, och dessutom skulle det krävas revidering av åtminstone lagstiftningen om statsandelar till kommunerna. Det skulle vara nödvändigt att åtminstone fördubbla räddningsavdelningens personal innan det statliga systemet genomförs.

En överföring av uppgifterna från kommunerna till staten skulle inte underlätta kommunernas finansiella ställning, eftersom genomförandet av uppgifterna ska ske kostnadsneutralt till exempel genom att minska kommunernas statsandelar med ett belopp som motsvarar de utgifter som överföringen av uppgifterna medför för staten. Inom räddningsväsendet skulle beloppet av de allmänna statsandelarna inte räcka till. Beloppet är endast cirka hälften av det som behövs.

En kritisk punkt i övergången till ett statligt system skulle vara hur den frivilliga brandkårsverksamheten ska fortsätta. Frivilliga brandkårer kan inte tvingas ingå avtal. Man skulle vara tvungen att locka dem till att ingå avtal, och det är uppenbart att det skulle finnas ett stort tryck på att höja nivån på avtalsersättningarna.

4. Ett räddningsväsende finansierat av staten och organiserat av kommunerna

Ett räddningsväsende som finansieras av staten men organiseras av kommunerna grundar sig på att enligt kommunallagen (365/1995) kan kommuner med stöd av ett avtal åta sig att sköta uppgifter som hör till ett offentligt samfund, det vill säga till exempel statliga uppgifter. I avtalet avtalas det om villkoren för skötseln av uppgifterna. Utgångspunkten är att kommunen får full ersättning för skötseln av uppgifter som annars inte hör till kommunen. Som kommunens uppdrag kan också lokala intressen och förhållanden beaktas. Det huvudsakliga ansvaret för organisering av brand- och räddningsväsendet ligger klart hos staten, som beställer tjänsterna i fråga från samarbetsområdet (ekonomisk region eller motsvarande).

Om ett räddningsväsende som finansieras av staten och organiseras av kommunerna genomförs kommunvis, kvarstår de centrala problemen i det nuvarande systemet. Även detta system kräver regionalisering för att problemen ska kunna avhjälpas. Om bildandet av områden var frivilligt, skulle bildandet av områden ta flera år och områdena skulle förbli för små för att vara effektiva.

I detta system kunde länsstyrelserna eller, vilket sannolikt skulle vara det ändamålsenligaste, de ledningsorgan som bildas vid nödcentralerna vara beställare på statens vägnar. Sålunda skulle organisationen bli mer komplicerad än i en regional modell som bygger på samarbete mellan kommunerna eller i en rent statlig modell.

Detta system kan inte heller genomföras utan att principen om kostnadsneutralitet iakttas, det vill säga kommunernas finansiella ställning förbättras inte.

Det skulle vara uppenbart svårt att genomföra systemet. De genomförda modellerna, såsom skötseln av avbyttarservice, vissa uppgifter i anslutning till val och skötseln av förmyndarverksamheten, är så små jämfört med räddningsväsendet att erfarenheterna av dem inte är tillräckliga, utan det skulle vara nödvändigt att utarbeta helt nya planer. Därför skulle staten behöva betydligt större resurser än för närvarande. Av inrikesministeriet skulle det till exempel krävas till och med mer detaljerade anvisningar än för närvarande för beredningen av riskanalyser och beslut om servicenivån och mycket detaljerade bestämmelser om miniminivån på servicen. Även övervakningen av avtalen skulle kräva rikligt med resurser.

Efter utredningsarbetet föreslog utredare Pekka Myllyniemi ett kommunbaserat regionalt räddningsväsende. I följbrevet till statsrådet konstateras följande om förstatligandet:

Utredaren föreslår inte att räddningsväsendet överförs från kommunerna till staten. Frågan ska dock övervägas om det rättsliga bildandet av kommunala regionala räddningsväsenden visar sig vara politiskt eller annars ogenomförbart. (Pekka Myllyniemi: Onnettomuusriskit hallintaan – Slutrapport 29.2.2000, följbrev till statsrådet.)

På basis av utredarens arbete gav regeringen vid sitt möte den 3 maj 2000 inrikesministeriet i uppdrag att bereda en regeringsproposition om organiseringen av räddningsväsendet, så att det inom räddningsväsendet bildas cirka 30 genom lag bestämda regionala räddningsväsenden som bygger på kommunernas samarbete. Syftet med reformen var att skapa förutsättningar för ett så effektivt och ekonomiskt räddningsväsende som möjligt.

Projekt för utveckling av räddningsväsendet 2000

För att bereda och genomföra reformen inledde inrikesministeriet på basis av det ovan nämnda regeringsuppdraget ett projekt för utveckling av räddningsväsendet den 1 september 2000. Projektet hade till uppgift att utöver att bilda områden bereda andra utvecklingsförslag som behövs för att effektivisera verksamheten.

Slutrapporten om utvecklingsprojektet publicerades i början av mars 2004. Projektets viktigaste resultat var följande:

- Lagen om bildande av räddningsområden (1214/2001) utfärdades den 13 december 2001 och trädde i kraft den 1 januari 2002. Det samarbete som avses i lagen inleddes den 1 januari 2004.
- Statsrådets beslut (174/2002) från den 7 mars 2002 om 22 räddningsområden och statsrådets beslut (962/2003) från den 20 november 2003 om ändring av statsrådets beslut om räddningsområden.
- Räddningslagen (468/2003), som upphävde lagen om räddningsväsendet (561/1999), utfärdades den 13 juni 2003 och trädde i kraft den 1 januari 2004.
- Statsrådets förordning om räddningsväsendet (787/2003) utfärdades den 4 september 2003 och trädde i kraft den 1 januari 2004.

Regionalisering av räddningsväsendet 2002

Genom lagen om bildande av räddningsområden indelades landet i 22 räddningsområden, som fastställdes av statsrådet efter att kommunerna hörts. Lagen trädde i kraft den 1 januari 2002. De kommuner som hörde till ett räddningsområde skulle senast den 31 december 2002 ingå ett avtal om att ordna samarbetet inom räddningsväsendet.

De strategiska målen för reformen gällde räddningsväsendets verkningsfullhet, effektivitet och servicesystem. Effektiviteten skulle ökas på så sätt att räddningsväsendets resurser, personal, yrkeskompetens och materiel används på bästa möjliga sätt. Servicesystemet skulle omfatta hela landet på det sätt som riskområdena förutsätter och yrkesskickligt. Man måste förbereda sig på att skydda befolkningen i enlighet med rikets säkerhetspolitiska riktlinjer.

En förutsättning för att nå dessa mål var att räddningsverket har tillräckliga resurser. I synnerhet antalet personer skulle vara så stort att räddningsverket förmår sköta de grundläggande uppgifterna i fråga om förebyggande av olyckor och räddningsverksamhet. Räddningsverkets årliga budget skulle vara så stor att den ger möjlighet till flexibilitet i överraskande situationer och att hålla materielen tidsenlig.

Målen för reformen skulle enligt regeringspropositionens motiveringar också ha kunnat uppnås genom verksamhet som upprätthålls av staten. Ett räddningsväsende som staten ansvarar för skulle ha inneburit en stor förändring i det dåvarande systemet och förutsatt betydande ändringar i förvaltningen. Därför ansågs det inte ändamålsenligt att överföra ansvaret för räddningsväsendet på staten och det kunde ha kommit i fråga endast i det fall att reformen inte hade genomförts i form av samarbete mellan kommunerna.

Strukturreformen av räddningsväsendet 2013

Under ledning av inrikesministeriet utreddes i samband med strukturreformen av räddningsväsendet 2013 en övergång till större områden. Utgångspunkten var modellen för polisens 11 polisinrättningar. Bakgrunden till inrikesministeriets strukturreform av räddningsväsendet var finansministeriets begäran till ministerierna att lägga fram förslag till minskning av kommunernas skyldigheter. Räddningsväsendets andel av sparmålen var 13 miljoner euro.

Inrikesministeriets tjänstemannaarbetsgrupp föreslog för finansministeriet en strukturell reform av räddningsväsendet. Reformen skulle ha möjliggjort sparåtgärder inom räddningsväsendet på så sätt att servicenivån inte hade behövt sänkas nämnvärt. Om besparingen hade genomförts genom en minskning av antalet anställda, skulle servicenivån ha sjunkit betydligt. Därför skulle reformen ha genomförts dels genom strukturella ändringar där förvaltningen sammanslås, dels genom annan effektivisering av verksamhetssätten, vilket inte hade sänkt servicenivån. Genom en strukturell reform skulle det ha varit möjligt att rikta åtgärderna så att konsekvenserna hade fördelats jämnare än vad som var möjligt i det dåvarande systemet.

Ursprungligen var omstruktureringen av räddningsväsendet avsedd att genomföras genom en förstoring av räddningsområdena. På detta sätt hade man kunnat lösa några av de problem som berodde på regionala skillnader och kunnat förbereda sig på framtida utmaningar, samtidigt som man hade uppnått det ovan nämnda sparmålet. Inrikesministeriets modell med 11 regioner var på remiss i kommunerna. Totalt 331 yttranden lämnades. I 66,8 procent av dem, det vill säga 221, ansågs det att den nuvarande regionindelningen var lämpligast när det gällde att hitta varaktiga besparingar. De viktigaste grunderna som nämndes var de betydande merkostnaderna för harmonisering, den pågående kommunreformen och vårdreformen, som också påverkar räddningsverkens verksamhet, och det faktum att kommunernas verkliga styrningsmakt skulle försvinna allt längre bort. Under remissbehandlingen klarnade det hur stora harmoniseringskostnaderna skulle bli. Enligt Finlands Kommunförbunds beräkningar skulle räddningsverken ha fått över 6 miljoner euro merkostnader. Harmoniseringskostnaderna skulle i huvudsak ha orsakats av en harmonisering av lönerna.

Slutligen föreslog inrikesministeriet vid regeringens ramförhandlingar att räddningsväsendets sparmål ska uppnås genom den nuvarande regionindelningen inom räddningsväsendet. Orsakerna var tre. För det första ansågs det i en klar majoritet av kommunernas yttranden att besparingar bäst kunde uppnås genom den nuvarande regionindelningen. För det andra påverkades ärendet av de preciserade beräkningarna av kostnaderna för harmonisering, eftersom det primära målet dock var att söka snabba permanenta strukturella besparingar. För det tredje var det först under regeringens ramförhandlingar som den lösning som gällde social- och hälsovårdsområdena blev klarare.

I samband med social- och hälsovårdslösningen fastställde regeringen riktlinjen att så mycket synergifördelar som möjligt bör eftersträvas genom att kombinera social- och hälsovårdsområdenas och räddningsområdenas lägescentrallösningar med varandra. Därför beslutade regeringen i fråga om räddningsväsendets lägescentraler att inrätta högst 11 av dem och fem tillsammans med social- och hälsovårdsområdena. Genom en mer detaljerad planering skulle det ha fastslagits hur många lägescentraler som totalt skulle byggas.

Föregående valperiod

Under den föregående regeringsperioden föreslogs det (RP 16/2017 rd) att organiseringsansvaret för räddningsväsendet ska överföras till sektorsövergripande landskap, som hade varit 18 till antalet.

Vid beredningen av regeringens proposition bedömdes det att efter att räddningsväsendets struktur ändrades 2004 har ökningen av kostnaderna för systemet varit moderata än inom de flesta andra kommunsektorer. Räddningsväsendet har enligt bedömningen ett bra och omfattande operativt nätverk. Räddningsväsendets nuvarande organisationsmodell har dock inte understött en så effektiv resursanvändning som möjligt och inte heller nödvändig verksamhetsutveckling. De nuvarande styr- och ägarförbindelserna har lett till att det är svårt att skapa lösningar som resulterar i nationella eller enhetliga verksamhetsmodeller, gemensamma informationssystem eller ett enhetligt serviceutbud. Systemet för räddningsväsendet har blivit splittrat och det klarar inte tillräckligt bra av att genomföra stora nationella reformer. Systemet lämpar sig inte heller bra för att svara på de utmaningar som Europeiska unionens civilskyddsmekanism och internationell verksamhet medför. I räddningsväsendet har man inte i tillräcklig utsträckning satsat på forskning och utveckling.

Slutsatsen var att ledningen och styrningen av räddningsväsendet bör förtydligas. Räddningsväsendets tjänster ska med stöd av riskbedömning och servicebehov dimensioneras bättre än för närvarande. Detta innebär att metoder för kunskapsbaserad ledning införs och att nyttjande av information är utgångspunkten för planering av tjänster.

Syftet med den föreslagna lagen var att effektivisera användningen av räddningsväsendets resurser samt att förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänster. Dessutom hade man som målsättning att kostnadseffektiviteten och yrkeskarriärerna inom räddningsväsendet ska utvecklas genom en reform av utbildningssystemet och genom att utveckla systemet med avtalsbrandkårer.

Syftet med den föreslagna lagen var särskilt att utveckla styrsystemet för räddningsväsendet så att det vid behov bättre än för närvarande ger möjlighet till riksomfattande och enhetliga verksamhetsmodeller, gemensamma informationssystem och enhetlig service i hela landet.

Avsikten var att i regel bevara räddningsväsendets närservice nästan oförändrad och åtminstone på den nuvarande nivån. Räddningsväsendet är utöver när servicen en riksomfattande organisation som leds, styrs och utvecklas av inrikesministeriet. Räddningsverken ska kunna ledas nationellt och de ska kunna samarbeta med varandra och andra myndigheter som deltar i räddningsverksamheten. Detta förutsätter nationell styrning och ledning.

Enligt lagförslaget skulle landskapet ansvara för organiseringen av räddningsväsendet och landskapets affärsverk för produktionen av räddningsväsendets tjänster. Statsrådet skulle på förslag av inrikesministeriet fastställa räddningsväsendets nationella riktlinjer och strategiska mål för organisering av räddningsväsendet.

I lagen hade det föreskrivits om ett förhandlingsförfarande där inrikesministeriet och landskapen årligen ska förhandla om utförandet av de uppgifter och tillhandahållandet av de tjänster som hör till räddningsväsendet. Syftet med förhandlingarna hade varit att styra utvecklingen av räddningsväsendet och dess tjänster samt att främja en nationell och enhetlig organisering av räddningsväsendet.

Syftet med lagen var också att bevara räddningsväsendets möjligheter att på ett sådant sätt som i dag producera prehospital akutsjukvård och första insatsen i enlighet med vad som avtalas om detta med social- och hälsovårdsväsendet.

Alternativen för organisering av räddningsväsendet påverkades också av hur social- och hälsovårdsväsendet organiseras. Vid beredningen av lagen bedömdes det att man bäst hade kunnat trygga att räddningsverken även i fortsättningen är en del av servicekedjan inom den prehospitala akutsjukvården genom att räddningsväsendet och social- och hälsovårdsväsendet organiseras i landskapen hos samma juridiska person.

Eftersom det föreslogs att organiseringsansvaret för den prehospitala akutsjukvården ska överföras till landskapen, borde också organiseringsansvaret för räddningsväsendet ha överförts till landskapen. Målet var att räddningsverken även i fortsättningen ska kunna utföra prehospital akutsjukvård och första insatsen. Därför skulle det inte ha varit möjligt att behålla den nuvarande organisationsmodell som bygger på samarbete mellan kommunerna. De kommunala räddningsverken skulle inte längre ha kunnat producera prehospital akutsjukvård inom ramen för social- och hälsovårdsväsendet på ett motsvarande sätt som i dag.

Under beredningen förelåg också alternativet att de fem landskap som upprätthåller universitetssjukhusen ska ansvarar för ordnandet av den prehospitla akutsjukvården inom respektive samarbetsregion. Då skulle det även ha föreslagits att räddningsväsendet på ovan nämnda grunder ska organiseras av dessa landskap.

Bedömning av den föreslagna strukturen för organiseringen av räddningsväsendet i förhållande till andra alternativa lösningsmodeller

I den lösning som föreslås överförs ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården helt från kommunerna till ett sådant större förvaltningsområde än en kommun som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen, det vill säga till ett landskap som har ett beslutandeorgan som utsetts genom direkta val. Även finansieringsansvaret flyttas från kommunernas ansvar till staten.

Syftet med förslaget till lag om organisering av räddningsväsendet är att effektivisera den riksomfattande styrningen av räddningsväsendet. Behovet av styrning ska dock stå i balans med självstyrelsen i vårdlandskapen. Enligt lagförslaget är en starkare och mer centraliserad styrning begränsad till den del av verksamheten i vårdlandskapen som uttryckligen tryggar medborgarnas grundläggande rättigheter, såsom liv, hälsa och egendom, och som måste organiseras på ett enhetligt sätt på nationell nivå. Räddningsväsendet är utöver den närservice som det producerar en riksomfattande organisation som kan bli tvungen att verka inom ett större område än sitt eget område eller på riksnivå. Detta förutsätter enhetliga operativa arrangemang samt effektiv riksomfattande styrning och ledning.

Räddningsväsendet är en betydande tjänsteproducent inom prehospitla akutsjukvård som social- och hälsovårdsväsendet ansvarar för. Räddningsväsendet är dock inte en del av social- och hälsovården, utan det är även i vårdlandskapet ett separat verksamhetsområde som till sin ställning är jämförbart med social- och hälsovården. Att utifrån en enhetlig områdesindelning och organiseringsmodell organisera räddningsväsendet jämsides med reformen av servicestrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet är nödvändigt, eftersom detta säkerställer räddningsväsendets möjlighet att också i framtiden utföra prehospitla akutsjukvård och första insatser i enlighet med vårdlandskapets beslut.

Genom att organisera både social- och hälsovårdsväsendet och räddningsväsendet utifrån samma grunder i alla vårdlandskap kan synergifördelarna av räddningsväsendet och social- och hälsovårdsväsendet utnyttjas vid genomförandet av prehospitla akutsjukvård samt vid förberedelserna inför storolyckor och undantagsförhållanden. När prehospitla akutsjukvård och första insatser utförs inom räddningsväsendet kan samma nätverk av stationer, samma stödfunktioner, delvis samma personal, samma verksamhetsmodeller och gemensamma övningar samt gemensam reserv- och storolycksberedskap användas för räddningsuppdrag samt prehospitla akutsjukvård och första insatser. Avtalsbrandkårer kan vid sidan av räddningsuppdrag användas vid första instanser. Detta är särskilt viktigt i glesbefolkade områden.

Ett alternativ till den modell som nu föreslås kunde vara att bevara det nuvarande kommunbaserade regionala räddningsväsendet. Räddningsväsendets nuvarande organisationsmodell stöder dock inte en så effektiv resursanvändning som möjligt och inte heller nödvändig verksamhetsutveckling. Genom de nuvarande styr- och ägarförbindelserna är det svårt att skapa lösningar som resulterar i riksomfattande eller enhetliga verksamhetsmodeller, gemensamma informationssystem eller ett enhetligt serviceutbud. Systemet för räddningsväsendet är splittrat och klarar inte tillräckligt bra av att genomföra stora riksomfattande reformer. Systemet lämpar sig inte heller bra för att svara på de utmaningar som Europeiska unionens civilskyddsmekanism och internationell verksamhet medför. Eftersom det föreslås att ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården överförs på vårdlandskapen, kan det räddningsväsende som kommunerna ansvarar för inte i fortsättningen producera prehospitla akutsjukvård för social- och hälsovården på samma sätt som för närvarande, och de nuvarande synergifördelarna vid tillhandahållandet av prehospitla akutsjukvård och beredskapen inför storolyckor och undantagsförhållanden går förlorad.

Ett annat alternativ till den föreslagna modellen kunde vara en centralisering av organisationsansvaret för räddningsväsendet till en aktör på nationell nivå. I praktiken innebär detta förstatligande av räddningsväsendet. Styrkorna i denna lösning jämfört med den föreslagna regionala aktören på landskapsnivå kan särskilt anses vara den enhetliga organisationsstruktur som uppnås genom centraliseringen och de rationaliseringsfördelar som en stor organisation medför och de konkurrensfördelar vid upphandling som uppstår genom stora volymer. För en aktör på nationell nivå vore det däremot svårare att beakta lokala och regionala särdrag. Styrningen av verksamheten skulle kräva att det nuvarande regionala förvaltningsnätet upprätthålls, men en del av de administrativa åtgärderna kan koncentreras till centralförvaltningen. Även genomförandet av denna modell äventyrar den prehospitla akutsjukvårdens synergifördelar mellan social- och hälsovården och räddningsväsendet,

om inte en motsvarande lösning genomförs inom hälso- och sjukvårdsväsendet. I denna modell är kostnaderna för löneharmonisering betydligt högre än i den föreslagna vårdlandskapsmodellen.

På grund av de nuvarande regionala skillnaderna i avtalssystemet för avtalsbrandkårsverksamheten kan det vara utmanande att övergå till en enda riksomfattande avtalsmodell.

5.1.3 Finansiering

5.1.3.1 Översikt

Alternativen för att ordna finansiering för vårdlandskapen kan vara kommunal finansiering, statlig finansiering eller en kombination av statlig finansiering och beskattningsrätt för vårdlandskapen. Som finansieringsmodell för vårdlandskapen föreslås full statlig finansiering, det vill säga vårdlandskapen skulle inte ha beskattningsrätt. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering utreds dock vårdlandskapens eventuella beskattningsrätt senare i en parlamentarisk kommitté.

En kommunbaserad finansiering av vårdlandskapens uppgifter ses inte som ett genomförbart alternativ, eftersom den skulle strida mot den grundlagsfästa rätten till kommunal självstyrelse. Utifrån den kommunala självstyrelsen skulle ett finansieringsansvar innebära att kommunerna finansierar en uppgift som har ålagts en annan aktör. Detta har i grundlagsutskottets tolkningspraxis redan tidigare setts som problematiskt till och med när det har gällt betydligt lägre finansieringsbelopp. En kommunbaserad finansieringsmodell för vårdlandskapen innebär att vårdlandskapen skulle fatta beslut om ungefär hälften av kommunernas utgifter. Beslut fattade av vårdlandskapet skulle i betydande grad inskränka en kommuns ekonomiska spelrum och avsevärt inverka på bestämmandet av den kommunala skattesatsen. Därmed kan ett finansieringssystem som baserar sig huvudsakligen på kommunal finansiering bedömas strida mot den grundlagsfästa rätten till kommunal självstyrelse.

En finansieringsmodell som bygger på att vårdlandskapen har beskattningsrätt skulle enligt den ekonomiska forskningslitteraturen vara ett berättigat alternativ. På grundval av den ger en omfattande beskattningsrätt för områdena bättre incitament för en kostnadseffektiv verksamhet än full statlig finansiering. I det fallet är det samma aktör som har ansvar både för att ordna och för att finansiera tjänsterna, vilket förbättrar incitamenten för en god ekonomi. Ur dessa synvinklar ger även en begränsad beskattningsrätt bättre incitament än full statlig finansiering.

En modell som bygger på en omfattande beskattningsrätt för vårdlandskapen kan dock inte i nuläget betraktas som ett verkligt alternativ som finansieringsmodell på grund av det stora antal vårdlandskap som inrättas och de uppgifter som anvisas dem. Vårdlandskapen är mycket olika vad gäller antalet invånare och åldersstruktur och därför förekommer det stora skillnader i deras utgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet. Befolkningsprognoser visar att skillnaderna mellan områden när det gäller invånarantalet kommer att öka ytterligare under de närmaste årtiondena. Vårdlandskapen skiljer sig från varandra också i fråga om sin ekonomiska bärkraft. År 2018 var den beskattningsbara inkomsten per invånare 22 800 euro i Västra Nyland, medan den i landskapet med den sämsta inkomstbasen, Norra Karelen, var endast 13 500 euro. Ju större skatteinkomstandelen är i finansieringen av områdena och ju större skillnader i skattebas det är mellan områdena, desto mer behövs skattebaserad utjämning mellan områdena. Stora skillnader i inkomstbas innebär att vårdlandskapens skattesatser differentieras redan från början. Skillnaderna i skattebas mellan områdena är mindre än mellan kommunerna, men skillnaderna är fortfarande stora. I områden där den beskattningsbara inkomsten per invånare är låg måste skattesatserna höjas för att skatteinkomsterna ska vara tillräckliga. Situationen försämras dessutom av att servicebehovet ofta är större i områden med sämre inkomstbas. Med beaktande av de stora skillnaderna i skattesatser minskar även det nuvarande variationsintervallet för kommunernas skattesatser jämligheten mellan medborgarna.

En modell som bygger på statlig finansiering ses som mera fungerande också med tanke på beskattningsnivån och skattesystemet. Som specialvillkor för reformen har ställts att utgångspunkten för ändringarna i beskattningen är regeringens riktlinje att ändringarna i skattestrukturen inte får leda till en skärpning av beskattningen när de träder i kraft. Full statlig finansiering stöder uppnåendet av dessa mål. Den förbättrar statens möjlighet att styra nivån på beskattningen och i synnerhet den totala belastningen av beskattningen av arbete. Man kan inte utifrån den ekonomiska forskningslitteraturen dra några entydiga slutsatser om hur vårdlandskapsbeskattningen inverkar på den totala skattenivån. Under beredningen har man dock bedömt att beskattningsrätt för vårdlandskapen skulle innebära en större risk för en ökad total skattegrad än statlig finansiering, eftersom antalet aktörer som fattar beslut om skattesatserna skulle öka. Beskattningsrätt för vårdlandskapen skulle också vara förknippad med en risk för att skattesatserna för de skattskyldiga differentieras i områdena. Med tanke på

skattesystemet skulle modellen med statlig finansiering vara enklare och klarare än ett system som inbegriper beskattningsrätt för vårdlandskapen. Beskattningsrätt för vårdlandskapen skulle vara en stor förändring, som skulle komplicera skattesystemet. Skattskyldiga betalar redan nu 7–8 olika skatter på löneinkomsterna, och vårdlandskapsskatten skulle vara ytterligare en.

Beskattningsrätten kan också granskas utifrån vårdlandskapens uppgifter. Som mål för reformen har bland annat ställts att tillgången på tjänster ska förbättras och att skillnader i välfärd och hälsa ska minska, vilket förutsätter att den statliga styrningen stärks. Ju mer detaljerad den statliga styrningen är, desto mer bör finansieringen vara statlig.

Full statlig finansiering innebär att statens ansvar för att finansieringsprincipen följs är större än i en finansieringsmodell som bygger på vårdlandskapens egen finansiering. Staten ska anvisa tillräcklig finansiering för vårdlandskapens lagstadgade uppgifter och den måste kunna fördelas rättvist med hänsyn till servicebehoven bland vårdlandskapets invånare, förutsättningarna för ordnandet av tjänster och arbetsfördelningen mellan områdena.

Risken med att vårdlandskapens finansiering helt grundar sig på statlig finansiering är att detta kan minska vårdlandskapets incentiv att hejda en ökning av kostnaderna. Det uppstår en mjuk budgetrestriktion om vårdlandskapet kan överföra sina kostnader på andra vårdlandskap eller på staten. Forskningslitteraturen ger vid handen att risken med en mjuk budgetrestriktion för lokalförvaltningen ökar i och med ett stort beroende av statsandelar. Risken ökar av att de social- och hälsovårdstjänster och det räddningsväsende för vars ordnande landskapen svarar är lagstadgad basservice som i sista hand staten är ansvarig för.

Problemet kan i viss mån minskas med hjälp av finanspolitiska bestämmelser och genom en effektivare styrning av vårdlandskapen, vilket i sin tur kan öka de administrativa kostnaderna. Bestämmelserna ska vara transparenta och trovärdiga.

5.1.3.2 Överföring av kostnader och inkomster från kommunerna till vårdlandskapen

Kommunernas skatteinkomster uppgår enligt finansministeriets prognos till cirka 22,3 miljarder euro 2020. Kommunernas skatteinkomster åren 2020–2023 har beräknats årligen öka med cirka 4 procent. Av kommunernas skatteinkomster inflyter i genomsnitt 84 procent från kommunalskatten, cirka 8 procent från samfundsskatten och cirka 8 procent från fastighetsskatten. I samband med att organiseringsansvaret för social- och hälsovård och räddningsväsendet överförs till vårdlandskapen överförs även nettokostnader på cirka 19,05 miljarder euro enligt 2020 års nivå. Statsandelarna för den kommunala basservice som ska överföras till vårdlandskapens finansiering täcker 6,5 miljarder euro av kostnaderna för de uppgifter som överförs till vårdlandskapens organiseringsansvar. Resten av kostnaderna täcks genom att kommunernas skatteinkomster minskas med cirka 12,66 miljarder euro.

Kommunalskatten utgör största delen av kommunernas skatteinkomster, och därför kommer minskningen av kommunernas skatteinkomster i huvudsak att beröra kommunalskatten. En överföring innebär att tyngdpunkten i förvärvsinkomstbeskattningen överförs till en annan skattetagare och att samtidigt både skatteinkomststrukturen i kommunerna och den utjämning av statsandelen på basis av kommunernas skatteinkomster som ingår i statsandelssystemet ändras avsevärt. I samband med beredningen av regeringens proposition har man därför också bedömt hur samfundsskatten och fastighetsskatten kan användas vid minskningen av kommunernas skatteinkomster.

Efter att de statsandelar som överförs till vårdlandskapen har överförts skulle de 12,66 miljarder euro som ska dras av från kommunernas skatteinkomster motsvara ungefär två tredjedelar av kommunalskatteintäkterna. Till följd av minskningen skulle kommunalskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster minska och samfundsskattens och fastighetsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster öka. I synnerhet ökningen av den konjunkturkänsliga samfundsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster skulle kunna bli problematisk med avseende på kommunernas finansiering. Därför har man i samband med beredningen bedömt möjligheten att delvis minska kommunernas skatteinkomster genom att minska kommunernas samfundsskatteandel. En minskning av kommunernas samfundsskatteandel skulle vara motiverad också därför att den samtidigt skulle minska behovet av att minska kommunalskatten.

Det system för utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna som ingår i statsandelssystemet utsätts för särskilt stora ändringskrav i samband med reformen. Den utjämningsgräns som utgör grunden för utjämning av statsandelen, det vill säga den genomsnittliga kalkylerade skatteinkomsten, sjunker automatiskt när

kommunernas inkomstskattesatser sänks då inkomster överförs till vårdlandskapens finansiering. Därför minskar utjämningsstilläggen i största delen av kommunerna, det vill säga dessa kommuners statsandelar minskar. I vissa kommuner skulle förändringen vara betydande. Ändringarna förutsätter att beräkningsgrunderna för skatteinkomstutjämnings omvärderas som ett led i ändringen av finansieringssystemen för att stora inkomstförändringar ska kunna begränsas och kommunernas finansiella ställning och tillämpningen av den finansiella principen ska kunna tryggas efter reformen.

Vid utjämnings av statsandelen på basis av skatteinkomsterna beaktas enligt gällande lag den kalkylerade kommunalskatten och samfundsskatten samt delvis fastighetsskatten i kommuner med kärnkraftverk. Fastighetsskatten slopades 2012 i utjämnings av statsandelen på basis av skatteinkomsterna, men fastighetsskatten för kärnkraftverk återinfördes i utjämnings vid ingången av 2015 med en andel på 50 procent. Återinförande av fastighetsskatten i utjämningsssystemet åtminstone delvis stöds bland annat av OECD:s undersökningar om utjämnings av inkomster i lokalförvaltningen, enligt vilka alla betydande inkomstkällor måste vara med vid utjämnings för att förhindra suboptimeringsmöjligheter.

Nedan bedöms olika genomförandealternativ i anslutning till överföringen av skatteinkomster. Målet vid bedömnings av alternativen har varit att fästa vikt i synnerhet vid korrelationen mellan de kostnader och inkomster som överförs från kommunerna till vårdlandskapen, likabehandlingen av skattskyldiga samt tillämpningen av finansieringsprincipen i de uppgifter som blir kvar i kommunerna.

Inkomstöverföring som motsvarar de faktiska kostnaderna

Ett alternativ som i grunden är jämlikt och begripligt är att det för varje kommun minskas lika mycket statsandelar och skatteinkomster som det överförs kostnader till vårdlandskapet. De skatteinkomster som överförs i alternativet skulle alltså motsvara de faktiska kostnaderna för de uppgifter som överförs.

Problemet är de stora skillnaderna mellan kommunerna i fråga om de faktiska social- och hälsovårdskostnaderna per invånare och intäkterna av kommunalskattesatserna. De faktiska social- och hälsovårdskostnaderna är som högst cirka 6 700 euro och som lägst cirka 2 600 euro per invånare. Intäkten av en kommunalskattesats är 2018 som lägst 90 euro och som högst 381 euro per invånare. Om de kostnader som överförs efter minskningen av statsandelarna i varje kommun dras av från kommunernas inkomstskattesatser i motsvarighet till de faktiska kostnaderna skulle resultatet vara stora skillnader i kommunalskattesatserna mellan kommunerna. I tio kommuner skulle kommunalskatten inte räcka till för att fullt ut täcka den del som efter statsandelarna återstår av de kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet som överförs till vårdlandskapet, utan kostnaderna måste täckas av kommunens övriga inkomster.

Variationsintervallet för kommunalskattesatserna är efter ändringen -11—+10 procentenheter. Skillnaden mellan kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen skulle öka till nästan tredubbel jämfört med nu läget, även om kommunernas kostnader och inkomster minskar till cirka hälften från de nuvarande.

Det ovan beskrivna förfarandet skulle inte behandla de skattskyldiga lika och leda till en skärpt beskattning av arbete för en stor del av de skattskyldiga. Alternativet där kommunens statsandelar och skatteinkomster minskas i motsvarighet till dess faktiska kostnader uppfyller enligt vad som anförs ovan således inte målen för reformen.

Inkomstöverföring som motsvarar de kalkylerade kostnaderna

Ett alternativ är att resten av de inkomster som överförs till vårdlandskapen när statsandelarna minskats blir avdragna från kommunernas kommunalskatt i enlighet med de kalkylerade kostnaderna för kommunens social- och hälsovård och räddningsväsende. I praktiken skulle detta ske så att för varje kommun minskas kommunalskatten i motsvarighet till den andel som kommunens kalkylerade kostnader utgör av hela vårdlandskapets kalkylerade kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet. Minskningen av skatteinkomsterna bygger alltså på beaktandet av behovsfaktorer i fråga om tjänsterna, men inte på de faktiska kostnaderna.

Problematiskt i alternativet är de stora skillnaderna mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet samt de stora skillnaderna i kommunalskatteintäkter mellan kommunerna. Om de kostnader som överförs när statsandelarna minskats i varje kommun dras av från inkomstskattesatsen i motsvarighet till de kalkylerade kostnader som överförs till vårdlandskapet, skulle resultatet vara till och med större skillnader mellan de kommunala skattesatserna än i det alternativ som bygger på de faktiska

kostnaderna. I 58 kommuner skulle kommunalskatten inte räcka till för att helt täcka de kalkylerade kostnaderna.

Variationsintervallet för kommunalskattesatserna är efter ändringen -8+11 procentenheter. Skillnaderna mellan kommunerna med den högsta och den lägsta kommunalskattesatsen skulle efter ändringen vara ungefär tre gånger större än i nuläget.

Även detta alternativ skulle behandla de skattskyldiga mycket ojämnt och leda till en skärpt beskattning av arbete för en stor del av de skattskyldiga. Om man dessutom beaktar vårdlandskapens finansiering, skulle skattegraden för de skattskyldiga ändras till mycket ojämnt i vårdlandskapen. I vissa vårdlandskap skulle skattegraden för de skattskyldiga skärpas och i vissa betydligt lindras. Inte heller ett förfarande som baserar sig på en minskning av kommunernas skatteinkomster i motsvarighet till de kalkylerade kostnaderna skulle således med beaktande av det ovan anförda uppfylla specialvillkoren eller målen för reformen.

Minskning av inkomster med vårdlandskapens kalkylerade skattesatser

Under beredningen har man inte utifrån regeringens riktlinjer för beredningen av reformen närmare undersökt den situation som skulle uppstå om vårdlandskapet skulle ha beskattningsrätt. Vid preliminära bedömningar har man dock konstaterat att om de inkomster som ska minskas motsvarar de kostnader som överförs till vårdlandskapen inom alla områden, kommer skattegraderna i vårdlandskapen att skilja sig avsevärt från varandra.

Lika stor minskning i samtliga kommuners inkomstskattesats

I alternativet sänks varje kommuns kommunalskattesats med samma nominella skattesats. Kommunens återstående skattesats skulle alltså vara skillnaden mellan kommunens nuvarande skattesats och den för samtliga kommuner lika stora sänkningen av inkomstskattesatsen i motsvarighet till de kostnader som överförs till vårdlandskapen. Skillnaderna mellan kommunernas skattesats skulle vara oförändrade, det vill säga skillnaden mellan kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen skulle efter ändringen vara 6,5 procentenheter enligt 2020 års nivå. Eftersom kommunens återstående skattesats och den inkomstskattesats som överförs till vårdlandskapets finansiering summeras i kommunens nuvarande kommunalskattesats, ändras inte skattebördan för de skattskyldiga i samband med reformen. De ändringar som ska göras i beskattningen behandlas i övrigt mera ingående i den del av regeringens proposition som gäller beskattningen.

En jämn stor sänkning av de kommunala skattesatserna innebär att de inkomster som minskas inte kommer att motsvara de kostnader som överförs vare sig i vårdlandskapen eller i en enda kommun.

Skillnaderna mellan de inkomster som ska dras av och de kostnader som ska överföras är ställvis betydande. De faktiska kostnader som överförs till vårdlandskapen avviker när det gäller kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen med cirka 4 100 euro per invånare. Å andra sidan är skillnaderna i intäkter av kommunalskattesatserna som mest mer än fyra gånger så stora mellan olika kommuner. Skillnaderna beror på flera olika faktorer. Det är fråga om skillnader i behov och förhållanden, men även i fråga om tillgången till och användningen av tjänster, tjänsternas kvalitet och effektivitet. Om de kommunala skattesatserna sänks lika mycket i alla kommuner, leder situationen ofrånkomligen till att ändringen räknat per invånare behandlar kommunerna på mycket olika sätt.

En fördelning av skatteinkomsterna mellan kommunerna och landskapen inverkar i betydande grad även på den utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna som ingår i statsandelssystemet. Ändringarna orsakas av en betydande sänkning av utjämningsgränsen när kommunernas skatteinkomster minskar. På grund av ändringarna minskar utjämningsstilläggen i största delen av kommunerna, det vill säga i praktiken minskar dessa kommuners statsandelar. En ändring av utjämningsgränserna i gällande lag skulle försämra statsandelsfinansieringen i 265 kommuner.

Som genomförandealternativ skulle en jämn stor sänkning av de kommunala skattesatserna uppfylla specialvillkoren och målen för reformen i fråga om höjningen av den totala skattegraden och en jämlik behandling av de skattskyldiga. Däremot skulle alternativet leda till problem för statsandelssystemet och finansieringen av den kommunala ekonomin. Problemen skulle dock kunna lindras genom ändringar i statsandelsgrunderna och i utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna, genom en utjämning av de förändringar som reformen leder till mellan kommunerna samt genom en begränsning av ändringarna under en tillräckligt lång tid.

Uppskattningen av de kostnader och inkomster som överförs kompliceras av att det inte finns tillgång till aktuella kostnads- och inkomstuppgifter. Vid beredningen av regeringens proposition har det funnits tillgång endast till de slutliga uppgifterna för 2018. De färskaste officiella statistiska uppgifterna, som även kommunerna kan beakta i sina budgetprocesser, kommer att vara från 2019. De ekonomiska konsekvenserna av regeringens proposition bedöms enligt 2020 års nivå, vilket gör att kalkylerna bättre beskriver situationen under det år då reformen träder i kraft. I kalkylerna används informationsunderlaget för den budgetenkät som gjordes bland kommuner och samkommuner i slutet av januari 2020.

När reformen träder i kraft 2023 görs kalkyler enligt medelvärdet av kommunernas budgetuppgifter för 2021–2022 upp enligt 2022 års nivå. På denna grund beräknas även en övergångsutjämnning i systemreformen. Övergångsutjämnningen beaktas vid utbetalningen av statsandelar till kommunerna 2023. För att utbetalningen av statsandelar ska vara rättvis är det ändamålsenligt att kalkylerna över förändringarna i reformen så långt det är möjligt motsvarar den verkliga jämviktssituationen i kommunerna. Därför är det motiverat att kalkylerna ses över på nytt. Detta görs enligt medelvärdet av kommunernas utfallsuppgifter för åren 2021 och 2022. De nya kalkylerna kommer att utgöra grunden för statsandelar som beviljas från 2024. Om det efter översynen konstateras att en kommun 2023 betalats mer eller mindre statsandel än vad enligt den justerade kalkylen bör betalas, ska under åren 2024–2025 jämnstora belopp som motsvarar skillnaden dras av från eller läggas till den statsandel som kommunen beviljas.

Andra granskade tekniska metoder att sänka kommunalskatten

I samband med beredningen av social- och hälsovårds- och landskapsreformen under den föregående regeringsperioden behandlades också alternativa tekniska sätt att genomföra sänkningen av kommunalbeskattningen. Dessa granskas nedan.

Begränsning av kommunalbeskattningen genom systemet för skatteredovisning

Ett alternativ som granskats är att begränsa kommunalbeskattningen genom systemet för skatteredovisning. Genom redovisningssystemet kan nivån på kommunalskatten tekniskt begränsas så att det belopp av kommunalskatten som motsvarar varje kommuns finansiering av social- och hälsovården och räddningsväsendet redovisas till staten. I detta system behöver de kommunala skattesatserna inte i sig sänkas med anledning av reformen.

En sänkning av nivån på kommunalbeskattningen genom redovisningssystemet skulle dock vara problematisk ur konstitutionell synvinkel. En del av de skatteinkomster som hör till kommunerna överförs till en annan skattetagare, varvid samma konstitutionella problem uppstår som i anslutning till den direkta finansiering som kommunerna ger vårdlandskapen. Grundlagsutskottet har ansett att kommunens beskattningsrätt åtnjuter grundlagsenligt skydd i synnerhet om avsikten är att direkt genom lag i stor utsträckning överföra kommunens skatteinkomster till finansieringen av andra än de uppgifter som till stor del vilar på andras än kommunernas ansvar. Grundlagsutskottet har till exempel i sitt utlåtande (GrUU 13/1993 rd) konstaterat att en överföring av kommunernas betalningsandelar till finansieringen av folkpensionerna så att kommunens finansieringsandel skulle utgöra cirka en tiondedel av kommunalskattens avkastning står i strid med den kommunala självstyrelsen. Därför anses det inte genomförbart att överföra kommunernas skatteinkomster till staten via systemet för skatteredovisning.

Bestämmelser om särskilt avdrag

Tekniskt kan kommunalbeskattningen begränsas även inom skattesystemet, genom bestämmelser om ett särskilt skatteavdrag vid kommunalbeskattningen. Avdraget kan vara antingen ett avdrag från inkomsten eller ett avdrag från skatten. Ett inkomstavdrag skulle i praktiken vara ett avdrag i likhet med det förvärvsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen enligt 105 a § i inkomstskattelagen (1535/1992) som reglerar nivån på kommunalbeskattningen så att beskattningsnivån för de skattskyldiga inte förändras i samband med reformen. Ett skatteavdrag skulle i praktiken innebära att ett belopp som motsvarar åtstramningen av statsbeskattningen kunde dras av från den skattskyldiges kommunalskatt. Då skulle beskattningsnivån förbli lika för alla.

I samband med en lösning som baserar sig på avdragssystemet skulle insynen i vårdlandskapens finansiering och skattesystem dock bli betydligt sämre. Systemet skulle leda till att skillnaden mellan kommunernas nominella och verkliga skattesats ökar betydligt jämfört med nuläget, och att de aldrig skulle motsvara varandra. Detta kan inte anses vara ett bra skattesystem.

Problemen med insynen i systemet skulle vara så pass omfattande att det inte anses genomförbart att begränsa nivån på kommunalbeskattningen genom avdragssystemet.

5.1.3.3 Övriga granskade alternativ för ökning av statens skatteinkomster

Till följd av reformen behandlades utöver den modell som föreslagits för skattesystemet i samband med beredningen av social- och hälsovårds- och landskapsreformen under den föregående valperioden dessutom två andra alternativ för ökning av statens skatteinkomster. De granskas nedan.

Separat statlig tilläggsskatt

I den så kallade tilläggsskattemodell som varit aktuell skulle statens skatteinkomster ökas genom att det utfärdas bestämmelser om en ny separat tilläggsskatt. Skattebasen för den skulle vara den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattningen och skattetagaren staten. Avdragen vid inkomstbeskattningen skulle förbli på sin nuvarande nivå. Skattesatsen för den statliga tilläggsskatten skulle vara lika för samtliga skattskyldiga, och den skulle inte variera i vårdlandskapen beroende på deras finansieringsbehov eller skattebas. Tilläggsskattesatsen skulle bestämmas på grundval av de skatteinkomster som ska överföras från kommunerna till staten när reformen träder i kraft. När reformen trätt i kraft skulle tilläggsskattenivån inte vara knuten till utvecklingen av social- och hälsovårdskostnaderna eller räddningsväsendets kostnader. Tilläggsskattesatsen skulle i det närmaste motsvara den med vilken kommunalbeskattningen sänks i procentenheter, och därmed skulle beskattningsnivån för de skattskyldiga i princip inte förändras under det år då reformen träder i kraft. Lika mycket skatt som före reformen skulle tas ut av varje skattskyldig i kommunalbeskattningens skattebas, men en del av skatten skulle tas ut av staten och en del av kommunerna. Ur denna synvinkel är det i ikraftträdandeskedet enkelt att genomföra tilläggsskatten i samband med reformen av finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet.

En separat tilläggsskatt skulle dock komplicera skattesystemet avsevärt. Särskilda bestämmelser måste utfärdas om skattebasen för tilläggsskatten så att alla avdrag som nu beviljas från skattepliktig inkomst vid kommunalbeskattningen enligt bestämmelserna beviljas när skattebasen för den statliga tilläggsskatten fastställs. Staten skulle ta ut förvärvsinkomstskatt ur två separata skattebaser, vilket klart skulle göra skattesystemet mindre överskådligt.

Skatteinkomster är i egenskap av statliga inkomster allmänna inkomstposter och i skattesystemet bör inte skapas skatter som är örönmärkta endast för vissa utgifter. Det primära syftet med beskattningen är att finansiera den offentliga sektorns verksamhet, och riksdagen beslutar genom budgeten om användningen av skatteinkomsterna. Skatterna ska alltså vara allmänna inkomstposter för att den offentliga sektorns verksamhet ska kunna finansieras med skatteinkomster på ett ändamålsenligt sätt. Skatterna har inte heller samband med någon direkt motprestation från det allmänna och skatterna är inte betalning för någon viss offentlig service. Med intäkterna av tilläggsskatten skulle endast en del av den statliga finansieringen av utgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet täckas och ett belopp som motsvarar de nuvarande statsandelarna för social- och hälsovård och räddningsväsende till kommunerna skulle även i fortsättningen täckas genom andra statliga inkomster. Tilläggsskatten skulle alltså inte motsvara finansieringsbeloppet för social- och hälsovården och räddningsväsendet utan endast en del av det. Utan ändringar i skattebasen skulle tilläggsskattens utveckling från år till år vara beroende av skattebasens utveckling, och inte av hur utgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet utvecklas. Tilläggsskattens belopp eller dess utveckling från år till år skulle inte ge någon fullständig information om nivån på utgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet eller deras utveckling och därför skulle det inte heller med tanke på klarheten i finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet vara motiverat att införa en separat tilläggsskatt

Även om man genom en separat tilläggsskatt skulle täcka endast en del av kostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet och skattenivån inte skulle vara knuten till utgifternas utveckling, skulle en ökning av utgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet ändå kunna skapa ett tryck på en höjning av uttryckligen tilläggsskatten. Då skulle en ökning av utgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet leda till ett åtstramningstryck direkt på beskattningen av arbete och annan förvärvsinkomstbeskattning, vilket inte kan anses befogat med tanke på spelrummet i skattepolitiken eller skattesystemets effektivitet.

Av ovan nämnda orsaker föreslogs inte någon separat tilläggsskatt under den föregående valperioden och en sådan föreslås inte heller i denna regeringsproposition. Att införa en tilläggsskatt anses inte ge sådana fördelar som skulle kunna motivera en betydligt mera komplicerad struktur i skattesystemet.

En bredare reform av skattesystemet

En bredare reform av förvärvsinkomstskattesystemet, där strukturen i det nuvarande systemet samtidigt görs klarare och enklare, föreslogs också. I det alternativet ökas statens skatteinkomster och minskas kommunernas skatteinkomster genom att den kommunala skattesatsen sänks och förvärvsinkomstavrdraget, pensionsinkomstavrdraget och grundavdraget vid kommunalbeskattningen slopas. Arbetsinkomstavrdraget vid statsbeskattningen ökas och för pensionsinkomst och dagpenningssinkomst skapas motsvarande avdrag som i första hand görs från förvärvsinkomstskatten till staten. Reformen skulle göra skattesystemet tydligare, eftersom endast ett avdrag per inkomstslag skulle beviljas från respektive förvärvsinkomstslag.

De sammanlagda effekterna av de otaliga avdragen i det nuvarande skattesystemet och statens inkomstskatteskala är så komplicerade att verkningarna av denna ändring för de skattskyldiga inte kan fås lika på alla inkomstnivåer. Detta skulle innebära att beskattningen lindras på vissa och skärps på vissa inkomstnivåer. Eftersom man i detta alternativ skulle slopa de avdrag från inkomsten som görs vid kommunalbeskattningen och vars effektiva inverkan är beroende av kommunalskattesatsen, och skärpa statsbeskattningen, som är lika oberoende av kommunalskattesatsen, skulle ändringens verkningar variera i kommunerna. Eftersom utgångspunkten för den reform som nu bereds är att ändringarna av skattestrukturen inte får leda till skärpt beskattning när de träder i kraft, ska inkomstbeskattningen i sin helhet lindras i samband med reformen. Utifrån en kalkyl som gjordes enligt 2016 års nivå under den föregående regeringsperioden och en uppskattning som gjorts utifrån skattegrunderna för 2016 skulle alternativet ha krävt att skatteuttaget minskar med cirka 500 miljoner euro så att de åtstramningar i beskattningen som hänför sig till reformen skulle ha blivit så små att de hade kunnat godkännas.

I samband med reformen av finansieringen av social- och hälsovården kommer det i vilket fall som helst att göras en stor förändring i skattesystemet och därför är det motiverat att samtidigt se över och förenkla ändamålsenligheten i strukturerna i systemet. Att genomföra beskattningsreformen genom att reformera skattesystemet på det sätt som beskrivs här skulle likväl kräva stöd av en omfattande inkomstskattelindring, vilket inte kan genomföras i den nuvarande ekonomiska situationen. Dessutom skulle reformens verkningar för de skattskyldiga variera i kommunerna. Därför beslutade man under den föregående valperioden att inte föreslå detta alternativ, och det föreslås inte heller i denna regeringsproposition. I fortsättningen bör strukturen i systemet med förvärvsinkomstskatt dock utvecklas i en enklare och klarare riktning. Den sammanslagning av skattebaserna för kommunalbeskattningen och statsbeskattningen som nu föreslås är ur detta perspektiv en åtgärd i rätt riktning.

5.1.4 Egendomsarrangemang

5.1.4.1 Alternativa egendomsarrangemang när vårdlandskapen inrättas

Egendomsförhållandena ska stödja uppnåendet av målen för reformen. För vårdlandskapets bruk ska den egendom som behövs i uppgifter som ingår i dess organiseringsansvar tryggas. I anslutning till detta ska det avgöras om äganderätten till den egendom som behövs blir överförd till vårdlandskapen eller om en del av egendomen kvarstår i kommunernas ägo. Det ska dessutom avgöras om tillvägagångssättet ska vara detsamma i fråga om all den egendom som behövs och, när egendom övergår i vårdlandskapens ägo, om kommunerna ska betalas en ersättning för överföringen.

Egendomsarrangemangen kan genomföras enligt flera olika alternativ eller kombinationer av alternativ, men de främsta alternativen har i beredningen konkretiserats som inlösning, hyrning och fördelning av egendomen mellan kommunen och vårdlandskapet, det vill säga den så kallade fördelningsmodellen.

I inlösningalternativet löser vårdlandskapet in den egendom av kommunen som behövs i de uppgifter som ingår i ansvaret för att ordna tjänster. När det gäller samkommuner kan modellen antingen genomföras så att vårdlandskapen löser in egendomen direkt av samkommunerna eller så att samkommunernas egendom överförs först genom en upplösning av samkommunen till medlemskommunerna och därifrån till vårdlandskapen. Inlösning har inte någon direkt inverkan på kommunernas skuldbelopp, utan inlösningserättningens storlek avgör vilken del av kommunens nuvarande skuld som skulle täckas.

De största utmaningarna i inlösningssmodellen gäller omfattningen av vårdlandskapets inlösningsskyldighet, fastställandet av värdet på den egendom som ska lösas in, kommunernas jordegendom som en faktor i den framtida närings- och samhällsstrukturen samt den finansiering som vårdlandskapet behöver för inlösningen. Inlösningsskyldighetens omfattning är dessutom förknippad med frågan om hur risken i anslutning till egendom som eventuellt förblir oanvänd i framtiden ska fördelas mellan kommunen och vårdlandskapet.

Det största problemet med att använda inlösningsmodellen är den finansiering som vårdlandskapet behöver för inlösnings. Att ordna separat finansiering kan högst sannolikt leda till att den totala skattegraden stiger. Denna risk är stor också i det fall att vårdlandskapet skulle bli kommunerna skyldig för inlösningssumman. Den summa som vårdlandskapet betalar i inlösningsersättning skulle hur som helst innebära en tilläggsinvestering i kommunalekonomin för skattebetalarna. I praktiken skulle det uppkomma en situation där vårdlandskapet, som finansieras med skatter, betalar kommunerna för egendom som kommuninvånarna redan en gång betalat i form av skatter.

I hyresalternativet hyr vårdlandskapen de lokaler de anser nödvändiga av kommunerna och samkommunerna. I praktiken innebär modellen att alla samkommuner för social- och hälsovård, inklusive sjukvårdsdistriktens samkommuner, skulle bli så kallade fastighetssamkommuner, det vill säga deras verksamhet skulle enbart bestå i att hyra ut lokaler. Som grund för hyrorna skulle åtminstone i övergångsskedet kunna användas de bestämningsgrunder för interna hyror som eventuellt redan är i bruk i kommunerna och samkommunerna. När det gäller lösöret, det vill säga inventarier, maskiner och utrustning, är det av praktiska skäl motiverat att överföra äganderätten till vårdlandskapet. Om det betalas ersättning för denna egendom, ska grunden för bestämningen av ersättningen avgöras och finansiering för inlösnings av lösöre ordnas för vårdlandskapet. Inga förändringar sker i kommunernas och samkommunernas skulder. Modellen är enkel att genomföra i övergångsskedet och den finansiering som vårdlandskapet behöver för inlösnings av lösöret är lägre än i inlösningsmodellen.

Det ska avgöras om vårdlandskapen till exempel under en viss övergångsperiod skulle vara skyldiga att hyra alla lokaler som är i bruk eller om vårdlandskapet redan från början skulle kunna hyra endast de lokaler som det anser nödvändiga. Det ska också avgöras hur de investeringar som vårdlandskapet behöver ska genomföras.

Hysesmodellen kan i princip även genomföras så att lokalegendom överförs från kommunerna och samkommunerna till ett eller flera bolag som kommer i kommunernas ägo och som hyr vidare den egendom som behövs till vårdlandskapen. Senast efter den eventuella övergångsperioden kan vårdlandskapet hyra sina lokaler antingen från kommunerna, samkommunerna, ett potentiellt kommunalt ägt bolag eller på privata marknaden, vilket innebär att det befintliga marknadsutbudet garanterar en skälig hyresnivå. Från kommunernas synvinkel skulle situationen dock på samma sätt som i inlösningsmodellen innebära att lokaler som eventuellt förblir oanvända i framtiden kan bli problematiska med tanke på den kommunala ekonomin i vissa kommuner.

Fördelningsmodellen innebär att den egendom som finansieras av kommuninvånarna i och med överföringen av organiseringsansvaret fördelas mellan kommunen och vårdlandskapet, det vill säga egendomen följer verksamheten. Två alternativ för fördelningsmodellen har granskats, en omfattande och en begränsad.

I den omfattande fördelningsmodellen överförs sådan lös och fast egendom till vårdlandskapet som uteslutande eller i huvudsak används vid en viss tidpunkt i den verksamhet som överförs på vårdlandskapets organiseringsansvar och en sådan andel av skulder och andra åtaganden som motsvarar denna egendom. Någon inlösningsersättning eller annan ersättning betalas inte. Över kommunens egendom görs upp en fördelningsplan där det definieras vilken egendom och vilka skulder och åtaganden som ska överföras till vårdlandskapet. Planerna utarbetas enligt de balansvärden som ingår i kommunens bokslut. Samkommuner inom social- och hälsovården överförs som sådana till vårdlandskapen, det vill säga med sina tillgångar och skulder. I kommunens bokföring täcks överföringen av egendomen till vårdlandskapet genom en sänkning av kommunens grundkapital.

Den omfattande fördelningsmodellen säkerställer att vårdlandskapet får tillgång till och beslutanderätt över hela den egendom som behövs oberoende av egendomens typ eller slag. Genom modellen uppnås också målet att den totala skattegraden ska förbli oförändrad. Överföringen av lika mycket skulder som egendom från kommunerna till vårdlandskapet säkerställer dessutom att kommunens finansiella ställning inte försämras på grund av överföringen av egendom.

Utmaningarna med modellen hänför sig till balansvärdena för kommunernas egendom och det skuldbelopp som överförs till vårdlandskapet. På samma sätt som i inlösningsmodellen blir också frågor om den mark som byggnaderna står på aktuella.

Det är i praktiken mycket svårt att utreda hur skulder kan inriktas på de uppgifter som överförs till vårdlandskapets organiseringsansvar och anknytande egendom, eftersom kommunens lån inte är så att säga öronmärkta, utan en del av den kommunala finansieringen som helhet. Därför överförs i proportion lika mycket skulder som egendom från varje kommun till vårdlandskapets ansvar. De kommuner som reglerat sin fastighetsegendom skulle i samband med att den omfattande fördelningsmodellen genomförs få en fördel jämfört med de

kommuner som inte har vidtagit liknande arrangemang. Fördelen skulle i praktiken märkas som en ökning av det skuldbelopp som överförs till vårdlandskapet.

Ett betydande skuldansvar överförs till vårdlandskapen, enligt en preliminär bedömning cirka 4,5 miljarder euro.

Den begränsade fördelningsmodellen är en kombination av hyresmodellen och den omfattande fördelningsmodellen. Samkommuner inom sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt ansluts med tillgångar, skulder och åtaganden till vårdlandskapen. Lokaler samt byggnads- och jordegendom som används inom räddningsväsendet samt kommunal primärvård, specialiserad sjukvård och socialväsendet blir kvar hos sina nuvarande ägare och vårdlandskapet hyr de delar det behöver. När det gäller kommunalt ägda lokaler ingås för övergångsperioden ett tidsbestämt hyresavtal mellan vårdlandskapet och kommunen. Efter övergångsperioden beslutar vårdlandskapet vilka lokaler det i fortsättningen ska inneha med stöd av hyresavtal. Lös egendom med fast anknytning till de hyrda lokalerna samt inventarier, maskiner, utrustning och material som ansluter sig den verksamhet som hör till vårdlandskapets organiseringsansvar överförs tillsammans med organiseringsansvaret och personalen utan ersättning till vårdlandskapet. Kommunen överför avtal med anknytning till den verksamhet som hör till vårdlandskapets organiseringsansvar till vårdlandskapet.

I kommunernas balansräkningar minskar egendomens omfattning med samkommunsandelarna samt lösöret inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Effekten märks som en minskning av kommunernas grundkapital och inverkar på kommunernas självförsörjningsgrad. Kommunernas skuldbelopp förblir oförändrat. Modellen uppfyller kravet på att den totala skattegraden förblir oförändrad. Modellen säkerställer att vårdlandskapet får den viktigaste egendomen inom den specialiserade sjukvården i sin ägo samt en nödvändig utrustningsinfrastruktur i anslutning till social- och hälsovården och räddningsväsendet. Det skuldbelopp som överförs till vårdlandskapen skulle uppgå till cirka 1,3 miljarder euro, det vill säga betydligt mindre än i den omfattande modellen. Modellen skulle förmodligen vara enklare att genomföra i övergångsskedet än den omfattande modellen.

Utmaningarna i den begränsade modellen gäller tiden efter övergångsperioden. Ansvaret för lokaler som eventuellt förblir oanvända fördelas mellan vårdlandskapet och kommunerna. Ansvaret för stora sjukhusfastigheter som ägs av sjukvårdsdistrikten överförs till vårdlandskapet, men de flesta fastigheterna kvarstår fortfarande i kommunernas ägo. Således kommer kommunerna fortfarande att ansvara även för lån som tagits för investeringar. Potentiella problem kan efter övergångsperioden uppkomma i den kommunala ekonomin, om lokaler som det nyligen gjorts stora investeringar i med lånade pengar förblir oanvända eller om underhållskostnaderna för lokalerna är höga och de inte kan skäras ned genom att sälja eller riva fastigheten.

Alternativen ovan beskrivs närmare i bakgrundspromemorian i bilaga 1.

5.1.4.2 Alternativ för hantering av lokaler och finansiering av investeringar

För förvaltningen av de lokaler som överförs till vårdlandskapen i samband med reformen kan utkast till flera alternativ göras. Vårdlandskapen kan förvalta de lokaler som överförs till dem åtminstone i sina egna organisationer, i de vårdlandskapsbolag eller regionala, samarbetsområdesspecifika eller riksomfattande bolag som ägs av vårdlandskapen, tillsammans i form av vårdlandskapssammanslutningar eller i ett gemensamt bolag med kommunerna. Den modell för förvaltning av lokaler som väljs inverkar väsentligt på genomförandet av nyinvesteringar i lokaler samt på styrningen av vårdlandskapens verksamhet, investeringar och finansiering. Vid beredningen av ärendet ska det dessutom avgöras om vårdlandskapen genom lag ska åläggas en skyldighet att samarbeta i fråga om förvaltning av lokaler och genomförande av investeringar, eller om ärendet ska överlämnas till vårdlandskapen för avgörande utan bestämmelser i lag.

Vid bedömningen av om de olika alternativen är genomförbara ska de utgångspunkter som ställts för reformen och i synnerhet för finansieringen av vårdlandskapen beaktas. Finansieringen av vårdlandskapen kommer i initialskedet att basera sig på statlig finansiering med allmän täckning. Staten kommer alltså i sista hand att ansvara för att vårdlandskapens finansiering räcker till. Därför ska vårdlandskapen inte ha självständig rätt till långfristig upplåning. I och med den obegränsade rätten att uppta lån ökar statens risker utan statens eget beslutsfattande. Dessutom skulle en obegränsad rätt att uppta lån leda till att styrningen av vårdlandskapens ekonomi försvåras och att statens finansieringsansvar sannolikt ökar på längre sikt liksom behovet av tilläggsfinansiering och utvärderingsförfaranden. På grund av förvaltningen av kassamedlen bör vårdlandskapen dock ha rätt till kortfristig upplåning och till exempel användning av leasingfinansiering. Finansieringsmodellen för vårdlandskapen ska inte innehålla någon separat investeringsfinansiering. Ett separat finansieringssystem för investeringar blir ett administrativt tungt förfarande med styrningseffekter som är svåra att hantera. Dessutom

kan det anslag som reserveras för finansiering av investeringar bli så lågt att endast en liten del av projekten kan täckas med det, varvid genomförandet av brådskande investeringar kan fördröjas i onödan. Den finansiering som reserverats för att täcka vårdlandskapens avskrivningar räcker endast till för att upprätthålla den befintliga egendomen. Vidare ska den modell som väljs för förvaltningen av lokalerna vara förenlig med den beskattningsrätt som planeras för vårdlandskapen och som tas i bruk senare.

Med beaktande av de ovan beskrivna utgångspunkterna har följande tre alternativ för förvaltning av lokaler och finansiering av investeringar utretts närmare i beredningen av reformen: 1) en vårdlandskapsmodell där varje vårdlandskap inom ramen för det statliga tillståndsförfarandet förvaltar sina lokaler och svarar för genomförandet och finansieringen av de investeringar som hänför sig till dem, 2) en riksomfattande modell där ett riksomfattande fastighetsbolag som ägs gemensamt av vårdlandskapen förvaltar lokalerna och genomför investeringarna på uppdrag av vårdlandskapen samt 3) en samarbetsområdesmodell där de fastighetsbolag som ägs av vårdlandskapen förvaltar lokalerna inom sitt område och genomför investeringar på uppdrag av vårdlandskapen.

I den förstnämnda modellen är det alltså vårdlandskapen som ansvarar för förvaltningen av lokalerna. Eftersom vårdlandskapen av ovannämnda orsaker inte har rätt att självständigt uppta ett långfristigt lån, fastställer statsrådet för varje vårdlandskap för varje räkenskapsperiod en kalkylerad fullmakt för upptagande av långfristigt lån. För lån som upptagits inom denna fullmakt kan vid behov beviljas statsborgen. Styrningen av vårdlandskapens investeringar sker inom ramen för fullmakten att uppta lån. Vårdlandskapen ska årligen göra en framställning till de styrande ministerierna om vårdlandskapskoncernens investeringar och finansieringen av dem. Förslaget till investeringsplan för ett vårdlandskap ska förkastas om det står i strid med vårdlandskapets fullmakt att uppta lån. Dessutom kan den förkastas på vissa andra grunder som anges i lag. Ett vårdlandskap får genomföra en investering endast om det behöriga ministeriet har godkänt den som en del av vårdlandskapets investeringsplan. Modellen ska också omfatta ett kompetenscenter för lokal- och fastighetsförvaltning, som ägs gemensamt av vårdlandskapen och som ska förvalta ett gemensamt lokaldatasystem för vårdlandskapen. Vårdlandskapen kan också ge kompetenscentrumet andra uppgifter. Denna modell har valts som grund för propositionen.

Ett annat alternativ i beredningen har varit en modell där förvaltningen av lokalerna har överförts till ett riksomfattande fastighetsbolag. Den modellen låg till grund för regeringens proposition 15/2017 rd föregående valperiod. Det riksomfattande fastighetsbolaget ska ägas av alla vårdlandskap och eventuellt också av staten. Genom lag ska det föreskrivas om alla vårdlandskaps skyldighet att överföra de lokaler som överförs till dem i samband med reformen och de skulder som hänför sig till dem vidare till det gemensamma fastighetsbolaget, som på alla de vårdlandskaps vägnar som äger bolaget svarar för förvaltningen av lokalerna samt för genomförandet av behövliga investeringar och för anskaffningen av finansiering. Bolagets verksamhet ska grunda sig på uppdrag av de vårdlandskap som äger bolaget. Alla investeringar som bolaget gör ska grunda sig på de lokalspecifika hyresavtal som ingås med vårdlandskapen. Varje vårdlandskap beslutar själv om sitt servicenätverk, svarar endast för hyrorna för lokalerna inom sitt område och för kostnaderna för de investeringar som görs i området inom ramen för sin basfinansiering. Bolaget ska producera kostnadsuppgifter som stöd för planeringen av vårdlandskapens investeringar. Omfattande nyinvesteringar kan planeras på riksomfattande nivå. Genom bestämmelserna i bolagsordningen och aktieägaravtalen kan det säkerställas att bolagets alla medlemslandskap behandlas jämlikt i bolagets beslutsfattande och att deras intressen beaktas jämlikt vid planeringen och genomförandet av investeringar. På grund av sin storlek har bolaget goda förutsättningar för ekonomiskt lönsam verksamhet, planmässigt genomförande av investeringar, erhållande av förmånlig finansiering utan statsborgen samt koncentrerad kompetens. Efter att vårdlandskapens beskattningsrätt har tagits i bruk kan vårdlandskapen, om de så önskar, lösgöra sig från bolaget i enlighet med bestämmelserna i aktiebolagslagen.

Det tredje alternativ som behandlades vid beredningen är en modell som grundar sig på fem samarbetsområdesspecifika fastighetsbolag. Till skillnad från den ovan beskrivna riksomfattande modellen överförs med stöd av lag förvaltningen av lokalerna från vårdlandskapen till fem fastighetsbolag som ska bildas i samarbetsområdena och ägas av vårdlandskapen. Såsom i den riksomfattande modellen ska de samarbetsområdesspecifika bolag som bildas bedriva verksamhet på uppdrag av de vårdlandskap som de ägs av. Varje vårdlandskap ska själv besluta om sitt servicenätverk och själv svara för kostnaderna för underhållet av sina lokaler och för investeringarna inom sitt område. Investeringarna ska anges som hyror i vårdlandskapens ekonomi och de ska betalas inom ramen för vårdlandskapets basfinansiering. Omfattande nyinvesteringar kan planeras inom hela samarbetsområdet. Samarbetsområdesspecifika bolag är i fråga om storlek och ekonomisk verksamhet i regel lönsammare än bolag i ett enskilt vårdlandskap. Vissa av de samarbetsområdesspecifika bolag som bildas kan dock ha så svag ekonomisk bärkraft att de har problem med att få förmånlig finansiering på marknaden. Detta skulle förutsätta att statsborgen beviljas för bolagets lån. Som stöd för bolagets verksamhet kan det inrättas ett

riksomfattande kompetenscentrum, som säkerställer till exempel en harmonisering och uppföljning av kostnadsuppgifterna, förvaltning av informationssystemen samt den kompetens som på motsvarande sätt som i fråga om ett riksomfattande bolag behövs vid förvaltningen av lokalerna och vid investeringarna. Efter att vårdlandskapens beskattningsrätt har tagits i bruk kan vårdlandskapen, om de så önskar, lösgöra sig från bolaget i enlighet med bestämmelserna i aktiebolagslagen.

Alternativen ovan beskrivs närmare i bakgrundspromemorian i bilaga 1.

5.1.4.3 Överföring av den finansiering som Kommunfinans Abp beviljar vårdlandskapen i den begränsade fördelningsmodell som föreslås i propositionen

I och med reformen är det motiverat att till vårdlandskapen överföra även sådana lån och andra förbindelser som Kommunfinans Abp beviljat samkommuner och kommuner och som hänför sig till organisering av social- och hälsovården eller räddningsväsendet. Detta föreslås ske genom att till lagen om Kommunernas garanticentral foga en bestämmelse med stöd av vilken de garantier som beviljas av garanticentralen för Kommunfinans Abp:s medelanskaffning kan gälla sådana skulder och andra förbindelser som Kommunfinans Abp beviljat samkommuner och kommuner och som i och med reformen överförs till vårdlandskapen.

Ett annat alternativ är att Kommunfinans Abp säger upp de krediter och andra förbindelser som överförs och att staten beviljar finansiering för återbetalning av dem antingen genom statens utlåning eller genom att bevilja garantier för vårdlandskapens externa finansiering. Att säga upp existerande krediter och andra förbindelser i förtid skulle dock oundvikligen leda till beaktansvärda extra kostnader. Det är mycket svårt att uppskatta sådana kostnaderna i förväg bland annat på grund av de i säkringssyfte ingångna derivatavtalens karaktär. I vilket fall som helst bör man undvika att sådana extra kostnader uppstår.

Ett tredje alternativ är att vårdlandskapen åläggs att ansluta sig till Kommunernas garanticentral. I samband med det förslag till landskapsreform och social- och hälsovårdsreform som Juha Sipiläs regering lade fram motiverade särskilt Kommunernas garanticentral landskapens medlemskap i garanticentralen med att landskapen och de sammanslutningar som de har bestämmande inflytande över också efter överföringen av organiseringsansvaret för social- och hälsovården och räddningsväsendet kan använda finansiering beviljad av Kommunfinans Abp.

Avsikten med den ändring av lagen om Kommunernas garanticentral som ingår i denna regeringsproposition är inte att lösa frågan om genomförandet och finansieringen av framtida investeringar i vårdlandskapen, utan endast att ordna övergångsskedet. Landskapen ska inte ha självständig rätt att uppta ett långfristigt lån som behövs för att genomföra investeringar, utan sådana lån kan upptas endast inom ramen för en av statsrådet fastställd fullmakt att uppta lån. Eftersom det inte är möjligt att utträda ur Kommunernas garanticentral är det inte motiverat att vårdlandskapen blir permanenta medlemmar i garanticentralen endast på grund av de förbindelser som finns vid överföringstidpunkten men som så småningom faller bort, eftersom situationen vid överföringstidpunkten går att lösa även på något annat sätt. De krediter och förbindelser som överförs utgör för närvarande endast cirka 4 procent av Kommunfinans Abp:s hela kreditgivning och även vid tidpunkten för överföringen av organiseringsansvaret kommer andelen sannolikt att uppgå till högst 7 procent. Det största hindret för vårdlandskapen att bli medlemmar i Kommunernas garanticentral är dock att landskapen saknar beskattningsrätt. Eftersom vårdlandskapen inte har beskattningsrätt svarar i sista hand staten för vårdlandskapens finansiering. Om vårdlandskapen blir medlemmar i garanticentralen, innebär det i praktiken att i sista hand staten även ansvarar för de skulder som grundar sig på vårdlandskapens medlemskap i garanticentralen. En sådan situation skulle dessutom innebära att staten får implicit ansvar för hela kommunsektorns medelanskaffning, vilket ur statens synvinkel skulle utgöra en stor risk.

5.1.5 Intressebevakning för arbetsgivare

Intressebevakningen för arbetsgivare i vårdlandskapen kan ordnas antingen med stöd av lag eller med stöd av vårdlandskapens eget beslutsfattande. Det senare nämnda kan också ske så att vårdlandskapen bildar en arbetsgivarförening. Med stöd av lag kan antingen fastställas en arbetsgivarförening eller ett annat organ. Det andra organet kan vara ett befintligt som utvecklas vidare eller ett helt nytt organ.

Intressebevakningen för arbetsgivare i vårdlandskapen kan ordnas i en separat organisation eller i samma organisation som intressebevakningen för arbetsgivarna i kommunsektorn.

Utvecklingen av arbetsmarknadsorganisationerna inom såväl arbetsgivar- som löntagarorganisationerna har gått i flersektoriell avtalsriktning och mot större organisationer. Samma personalorganisationer är verksamma

inom både den privata och den offentliga sektorn. På arbetsmarknaden framhävs särskilt samordning och harmonisering av avtals- och förhandlingsverksamheten över avtals- och sektorsgränser. Samma arbetstagarorganisationer företräder arbetstagarna i den offentliga sektorns alla tjänste- och arbetskollektivavtalsförhandlingar som gäller social- och hälsovårdsområdet och räddningsväsendet. Även i framtiden är detta mycket sannolikt. Sålunda finns det behov av att trygga att även arbetsgivaren företräds av en och samma part. Rollen för arbetsmarknadens centralorganisationer förändras när man inom avtalsverksamheten övergår till förbundsvisa uppgörelser. Även denna förändring framhäver betydelsen av samordning inom intressebevakningen av arbetsmarknadsfrågor när det gäller att ha kontroll över kostnaderna och kunna upprätthålla arbetsfred.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

Regional självstyrelse i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder

Norden

Norge

I Norges grundlag (Kongeriket Norges Grunnlov, LOV-1814-05-17) nämns varken kommuner eller fylkeskommuner, men Norges kommunallag (Lov om kommuner og fylkeskommuner, LOV-1992-09-25-107) gäller både kommuner och fylkeskommuner. Kommunerna och fylkeskommunerna står inte i något hierarkiskt förhållande till varandra.

Efter den regionreform som trädde i kraft 2020 i Norge är landet indelat i 356 kommuner och 11 fylkeskommuner. Oslo sköter både de uppgifter som hör till kommunen och de uppgifter som hör till fylkeskommunen. Den nya regionindelningen motsvarar den regionala förvaltningsmyndigheten fylkesmannsembetets regionindelning, som reformerades redan 2019. Undantag är Oslo och Viken, som har ett gemensamt fylkesmannsambete. Invånarantalet i den minsta fylkeskommunen är ca 243 000 och i den största fylkeskommunen ca 1 230 000.

Kommunerna och fylkeskommunerna har allmän kompetens och stor frihet att planera sin egen verksamhet. Den allmänna kompetensen uttrycks i kommunallagen negativt, dvs. så att en kommun eller fylkeskommun har rätt att sköta uppgifter som det inte i lag föreskrivs att någon annan myndighet ska sköta. Fylkeskommunernas allmänna kompetens är i praktiken begränsad, eftersom det i stor utsträckning föreskrivs i lag att uppgifter ska skötas av antingen kommunerna eller staten. Fylkeskommunernas främsta lagstadgade uppgifter är utbildning på andra stadiet, trafik (kollektivtrafik och väghållning) och tandvård. Dessutom har fylkeskommunerna vissa uppgifter inom planering, miljö och kultur. Fylkeskommunernas personal utgör ca 9 procent av personalen inom hela den kommunala sektorn.

Fylkeskommunen leds av fylkestinget, som utses genom val. Fyra fylkeskommuner har med stöd av kommunallagen valt en parlamentarisk styrningsmodell. Fylkestingsvalet ordnas samtidigt med kommunalvalet. Varje fylkeskommun utgör en valkrets, och det finns inga interna valkretsar. Fylkeskommunen bestämmer själv om antalet ledamöter i fylkestinget och om styrningsmodellen. Antalet ledamöter i fylkestinget varierar mellan 35 och 57. Valsystemet är baserat på listval. Ett parti eller en grupp kan leverera en kandidatlista där kandidaterna är minst sju till antalet och högst sex fler än antalet ledamöter. Kandidaterna ställs upp på listan i den ordning partiet eller gruppen bestämmer. Väljarna röstar i första hand på ett parti eller en grupp, men kan om de så vill också rösta på en av kandidaterna på listan. Platserna i fylkestinget fördelas på partierna i förhållande till det totala antalet röster. I första hand är det kandidater med ett personligt röstetal på minst 8 procent av det totala antalet röster till listan som får en plats, trots den ordning som partiet bestämt. Därefter tilldelas kandidaterna en plats i den ordning som partiet bestämt. Ungefär en femtedel av väljarna utnyttjar möjligheten att rösta på en kandidat i fylkestingsvalet. Valdeltagandet i fylkestingsvalet 2019 var 60,5 procent i hela landet, vilket var lägre än för kommunalvalet som hölls samtidigt och där valdeltagandet var 64,7 procent. Bestämmelser om fylkestingsvalet finns i vallagen (Lov om valg til Stortinget, fylkesting og kommunestyre, LOV-2002-06-28-57).

Bestämmelser om fylkeskommunernas administration och om invånarnas deltagande finns i kommunallagen. Utöver fylkestingsvalen nämner kommunallagen två former av direkt samhällsdeltagande: invånarinitiativ (innbyggerforslag) och rådgivande lokala folkomröstningar. Fylkestinget är skyldigt att ta ställning till invånarinitiativ som har undertecknats av minst 500 av fylkeskommunens invånare. För invånarinitiativ har det öppnats en webbplats (minsak.no) där man kan komma med initiativ. På webbplatsen finns flera initiativ som fått

det antal underskrifter som krävs. I övrigt bestämmer varje fylkeskommun själv hur den ordnar sin administration och hur den främjar invånarnas möjligheter till delaktighet och inflytande. Fylkeskommunerna kan med stöd av kommunallagen inrätta styrelser och andra organ där tjänsteanvändarna finns representerade. Dessutom kan fylkeskommunerna ha olika rådgivande forum, såsom exempelvis barn- eller ungdomsfullmäktige.

Fylkeskommunerna har nominell beskattningsrätt, vilket innebär att de har rätt till en del av den inkomstskatt som tas ut av invånarna i området. Fylkeskommunerna kan ändå inte genom egna beslut påverka beloppet av skatteinkomsterna, eftersom riksdagen (Stortinget) årligen fastställer kommunernas och fylkeskommunernas skattesats, som är densamma i hela landet. Skatterna utgör 2020 cirka 40 procent av fylkeskommunernas inkomster. De kalkylerade statsandelarna utgör fylkeskommunernas största inkomstkälla. År 2020 är 72 procent av inkomsterna medel som kan användas fritt.

Bestämmelser om de allmänna styrmedlen för fylkeskommunernas ekonomi och verksamhet finns i kommunallagen och i speciallagstiftning. Grundprincipen för styrningen är att staten beslutar om de rättsliga och ekonomiska ramarna, inom vilka kommunerna och fylkeskommunerna har stor handlingsfrihet. På ett allmänt plan för statsmakten och en representant för den kommunala sektorn (Kommunenes sentralforbund) årligen formella förhandlingar om den kommunala sektorns ekonomi och verksamhetsmål. Staten styr i stor utsträckning kommunernas inkomster genom att besluta om beskattningen och om ramarna för statsandelssystemet. Statsandelar som är bundna enligt användningsändamål används t.ex. om det finns stora regionala variationer i tjänstebudgeten.

Varje fylkeskommun ansvarar själv för sin ekonomi. Kommunal- och moderniseringsdepartementet kontrollerar fylkeskommunernas lån i de fall som det särskilt föreskrivs om i kommunallagen, såsom när en fylkeskommuns ekonomi uppvisar ett underskott och fylkeskommunen inte har lagt fram någon tydlig plan för hur underskottet ska täckas. Om en fylkeskommuns budget i flera år har uppvisat ett underskott, hamnar fylkeskommunen i statens kontrollregister (Register om betinget godkjenning og kontroll, ROBEK) och måste få sin budget godkänd av staten. För tillfället finns ingen av fylkeskommunerna i registret.

För kontroll av lagligheten av fylkeskommunernas verksamhet ansvarar enligt kommunallagen den statliga regionalförvaltningsmyndigheten (fylkesmannsembetet) och statliga sektormyndigheter. I Norge används flera riksomfattande rapporteringssystem för övervakning av kommunernas och fylkeskommunernas verksamhet och ekonomi.

Sverige

Enligt Regeringsformen (SFS 1974:152) finns det i riket kommuner på lokal och regional nivå. Enligt Regeringsformen utövas beslutanderätten i dessa kommuner av församlingar valda genom direkt folkval, och kommunerna får ta ut skatt. I Regeringsformen konstateras det också att kommunerna i lag får åläggas att bidra till kostnaden för andra kommuners angelägenheter, om det krävs för att uppnå likvärdiga ekonomiska förutsättningar. Detta utgör den konstitutionella grunden för systemet för kommunalekonomisk utjämning. Kommunerna och regionerna (fram till den 31 december 2018 landstingen) är parallella självstyrande områden, och de står inte i något hierarkiskt förhållande till varandra.

Enligt den reform av Kommunallagen som trädde i kraft 2019 (SFF 2017:725, SFS 2019:835) är Sverige indelat i 290 kommuner och 21 regioner (tidigare landsting). Varje region omfattar ett län, om inte något annat är särskilt föreskrivet. Inom länet finns den demokratiskt valda regionstyrelsen. I det minsta länet på fastlandet (Jämtland) bor det ca 131 000 människor och i det största länet (Stockholm) ca 2,3 miljoner.

Kommunerna och regionerna har med stöd av Kommunallagen stor frihet att ordna sin egen förvaltning och tjänsteproduktion. Kommunerna och regionerna har allmänna befogenheter. De allmänna befogenheterna uttrycks i Kommunallagen negativt, dvs. i form av rätten att sköta angelägenheter som det inte i lag föreskrivs att någon annan aktör ska sköta. Tolkningen av lagen styrs till denna del av tre principer: lokaliseringsprincipen, självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen. När en kommun eller en region genomför en åtgärd som hör till dess allmänna befogenheter, måste åtgärden vara knuten till kommunen eller regionen (med undantag för t.ex. internationellt samarbete). Genom åtgärden får man inte sträva efter ekonomisk vinning, och åtgärden måste främja invånarnas allmänna intresse.

Regionernas lagstadgade uppgifter omfattar hälso- och sjukvård samt tandvård fram till 24 års ålder. I och med 2019 års reform (Lag om regionalt utvecklingsansvar, SFS 2010:630, SFS 2019:944) har alla regioner i Sverige också regionalt utvecklingsansvar. Regionerna ansvarar dessutom tillsammans med kommunerna för kollektivtrafiken. Arten och omfattningen av de uppgifter som hör till de allmänna befogenheterna varierar mellan

regionerna. Regionernas främsta lagstadgade uppgift är hälso- och sjukvården, som utgör nästan 90 procent av deras budget. Regionernas driftsutgifter uppgår till en dryg tredjedel av hela kommunsektorns driftsutgifter.

Regionernas högsta beslutsfattande organ är regionfullmäktige. Bestämmelser om regionval finns i Kommunallagen och Vallagen (Lag om ändring i vallagen, SFS 2005:837, SFS 2019:923). I Sverige ordnas riksdags-, region- och kommunalval på samma dag med fyra års mellanrum. I regionval kan regionerna delas in i två eller flera valkretsar. Vid valet 2018 var alla landsting (från och med 2019 regioner) indelade i två eller flera valkretsar. Regionfullmäktige beslutar om landstingets indelning i valkretsar, och länsstyrelsen fastställer indelningen. Grundprincipen är att en valkrets ska omfatta en eller flera hela kommuner. En valkrets bör utformas så att den kan beräknas få minst åtta fasta valkretsmandat. Av mandaten är 9/10 fasta valkretsmandat som baserar sig på resultatet inom valkretsen, och 1/10 är utjämningsmandat. Regionfullmäktige beslutar självt om antalet mandat i fullmäktige. Antalet regionfullmäktigeledamöter varierar från 55 till 149. Valsystemet är baserat på listval, vilket innebär att partierna bestämmer ordningsföljden mellan sina kandidater. Väljarna röstar alltid på ett parti eller en grupp, men kan om de så vill också rösta på en kandidat. En kandidat som har fått minst 5 procent av det antal röster som partiet fått i valkretsen, eller i regionvalet minst 100 personröster, kan väljas på basis av personröster. Valdeltagandet i landstingsvalet 2018 var 83,8 procent, och 21,6 procent av väljarna utnyttjade möjligheten till personval i landstingsvalet, vilket är en lite lägre andel än i kommunal- och riksdagsvalen. I regionvalet används en spärr på 3 procent, vilket betyder att de partier och grupper som klarat spärren får mandat i fullmäktige i förhållande till det totala antalet röster till listan.

Bestämmelser om regionfullmäktiges förvaltning och om invånarnas, möjligheter till delaktighet och inflytande finns i kommunallagen. Det är enligt kommunallagen bland annat möjligt att inrätta nämnder för att sköta verksamheter för en del av regionen samt att tillsätta andra nämnder. Regioninvånarna får väcka ärenden i regionfullmäktige genom medborgarförslag, om regionen har beslutat det. Nio regioner har infört medborgarförslag (år 2020). Regioninvånarna har dessutom rätt att väcka folkinitiativ till folkomröstning i regionen. Enligt kommunallagen ska fullmäktige hålla en rådgivande folkomröstning om minst tio procent av regioninvånarna kräver det. Lagen om kommunala folkomröstningar (SFS 1994:692) gäller också regionerna. Möjligheten till folkomröstning har dock utnyttjats mycket sällan. I övrigt har regionerna med stöd av självstyrelsen stor frihet att besluta om sin egen organisation och om medlemmarnas möjligheter till delaktighet och inflytande. Regionerna har t.ex. inrättat pensionärsråd och handikappråd.

Regionerna har rätt att ta ut inkomstskatt av regioninvånarna. Skatterna utgjorde 2018 ca 70 procent av regionernas inkomster. Dessutom fick regionerna statsbidrag samt inkomster från taxor och avgifter. År 2020 är den genomsnittliga totala kommunala skattesatsen, dvs. skattesatsen till kommunen och till regionen, 32,28 procent. Av skatteinkomsterna går cirka 64 procent till kommunen och 36 procent till regionen. Förhållandet mellan skatten till kommunen och skatten till regionen varierar regionalt beroende på arbetsfördelningen mellan kommunen och regionen.

Bestämmelser om de allmänna styrmedlen för regionernas ekonomi och verksamhet finns i Kommunallagen och i speciallagstiftning. Den allmänna tillsynen över regionernas verksamhet grundar sig på förhandlingar mellan staten och den kommunala sektorn och på tillsyn i efterhand. Grundprincipen för styrningen är att staten beslutar om de rättsliga och ekonomiska ramarna, inom vilka kommunerna och regionerna har stor handlingsfrihet. När det gäller Sveriges styrsystem är det viktigt att beakta att enligt Regeringsformen ansvarar regeringen endast för de politiska riktlinjerna, och enskilda departement och ministrar får inte bestämma över den operativa verksamheten inom sitt ansvarsområde. Den operativa styrningsverksamheten har delegerats till allmänna myndigheter (t.ex. Statskontoret, som på en allmän nivå ansvarar för den offentliga förvaltningens kvalitet) och till sektorsmyndigheter (t.ex. Inspektionen för vård och omsorg). De statliga myndigheternas möjligheter att lägga sig i regionkommunernas beslut är strikt reglerade.

Kommunallagen innehåller bestämmelser om regionernas ekonomi. Grundprincipen i lagen är att regionerna själva ansvarar för att den egna ekonomin är i balans. Det centrala ekonomiska styrmedlet är det kommunala utjämningsystemet. Genom det kommunala utjämningsystemet garanterar staten att tillgången till tjänster inte varierar orimligt mycket mellan landets olika delar. Utjämningsystemet består av inkomstutjämning, kostnadsutjämning och strukturbidrag. Den nationella lagstiftningen, när det gäller hälsovården bland annat lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962), skapar ramarna för regionkommunernas verksamhet. Inom valfrihetssystemet har regionkommunerna frihet att besluta i vilken omfattning och på vilket sätt valfriheten förverkligas inom det egna området. Vid sidan av de allmänna styrmedlen styr staten kommunernas och regionernas verksamhet genom olika mjukare styrmedel, varav de viktigaste är följande: statsbidrag som är bundna enligt användningsändamål till särskilda projekt eller satsningar, överenskommelser mellan staten och en representant för den kommunala sektorn (Sveriges Kommuner och Landsting), nationella kvalitetskriterier och

riktlinjer för verksamheten, nationella utredare samt nationella register över verksamheten i kommuner och landsting.

Samarbetet mellan kommuner och regionkommuner är omfattande, särskilt inom regional utveckling och kollektivtrafik. Stora regionkommuner (t.ex. Skåne och Västra Götaland) har inom regional utveckling ett tätt samarbete med kommunerna, vilket innebär att kommunerna engageras i bland annat strategiprocesser och infrastrukturprojekt.

Danmark

Den regionala nivån ställning tryggas inte i Danmarks grundlag (Danmarks riges grundlov, LOV nr 169 af 05/06/1953). Regionerna uppfyller endast delvis kriterierna för självstyrelse. Enligt regionallagen (Regionsloven, LBK nr 770 af 09/06/2015) är Danmark indelat i fem regioner. Invånarantalet i regionerna varierar från 590 000 invånare i den minsta regionen till 1,8 miljoner invånare i den största. I Danmark finns det 98 kommuner. Lagstiftningen förutsätter nära samarbetsrelationer mellan regionen och kommunerna. Kommunerna finansierar en del av regionernas verksamhet. Regionutvecklingen och kollektivtrafiken grundar sig enligt lag på samarbete mellan kommunerna och regionerna. Regionerna utövar ingen tillsyn över kommunerna.

Regionerna har ingen allmän kompetens, utan de kan endast sköta lagstadgade uppgifter. Regionernas lagstadgade uppgifter är hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regionutveckling. Regionerna upprätthåller sjukhus och den specialiserade sjukvården i samband med dem samt ansvarar för verksamheten vid institutioner på det sociala området för vissa grupper med särskilda behov. När det gäller kollektivtrafiken ska regionerna grunda regionala trafikföretag, i vilka kommunerna är skyldiga att vara delägare. Till regionernas regionutvecklingsuppgifter hör bland annat bildande av regionala tillväxtforum tillsammans med kommunerna och andra aktörer inom regionen.

Regionernas verksamhet leds av regionsrådet som väljs genom direkt folkval och som i enlighet med den nationella lagstiftningen har 41 ledamöter. Regionalvalet ordnas samtidigt med kommunalvalet. Varje region utgör en valkrets. Det finns inga interna valkretsar inom regionerna. I kommunalvalet 2017 var valdeltagandet 70,8 procent och i regionalvalet 70,7 procent.

Valsystemet har drag av både listval och personval. Kandidatuppställningen baserar sig på kandidatlistor. En kandidatlista kan lämnas in av ett politiskt parti, en grupp väljare eller en enskild kandidat. I regionalval får man på en kandidatlista ställa upp högst 45 kandidater. Kandidatlistorna kan bilda valförbund med varandra. Väljarna kan rösta på antingen en kandidatlista eller en enskild kandidat. En listas antal platser i regionsrådet bestäms utgående från det totala antalet röster till listan. Därefter fördelas platserna till kandidaterna på listan. I regionalvalet 2017 röstade 54 procent av väljarna på en enskild kandidat och 46 procent på en kandidatlista. Det parti eller den grupp som lämnar in kandidatlistan bestämmer om kandidaterna på listan ställs upp i prioritetsordning eller om de alla har samma utgångsläge. Det senare sättet har under de senaste årtiondena blivit populärare, vilket betyder att väljarna har fått större möjlighet att påverka vilka personer som väljs in i regionsrådet. Om kandidaterna ställs upp i prioritetsordning beror den ordning, i vilken kandidaterna sedan tilldelas en plats, på antalet röster till listan, antalet personröster och prioritetsordningen. Om kandidaterna inte har ställts upp i prioritetsordning, avgör antalet personröster om kandidaten blir invald eller inte.

I regionallagen föreskrivs det inte om några andra demokratiska möjligheter till delaktighet och inflytande än om val. Lagen innehåller inte heller några bestämmelser om regionala folkomröstningar. Enligt hälsotjänstlagen (Sundhedsloven, LBK nr 1202 af 14/11/2014) ska alla regioner inrätta en rådgivande patientnämnd (patientinddragelsesudvalg) bestående av representanter för patientorganisationer, handikapporganisationer och äldreråd. Lagen om socialservice (Serviceloven, LBK nr 1284 af 17/11/2015), som delvis gäller också regionerna, förpliktar likaså till att sörja för att tjänsteanvändarna har påverkningsmöjligheter, men ger dem som ordnar tjänster större prövningsrätt när det gäller hur användarnas deltagande organiseras.

Regionerna har ingen beskattningsrätt. Regionernas verksamhet finansieras med statsandelar, som år 2019 täckte cirka 82 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna och cirka 76 procent av regionutvecklingsuppgifterna. Dessutom finansieras verksamheten med kommunernas betalningsandelar, som år 2019 täckte cirka 17 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna och cirka 25 procent av regionutvecklingsuppgifterna. Kommunernas betalningsandelssystem har ändrats med jämna mellanrum för att stödja ansvarsfull verksamhet i både kommunerna och regionerna (kommunerna ansvarar för förebyggande och rehabiliterande verksamhet och regionerna för vårdåtgärder). Staten och regionernas intresseorganisation (Danske Regioner) förhandlar årligen om regionernas ekonomi och om tyngdpunkterna för regionernas verksamhet. Statsbidragen är bundna enligt användningsändamål.

Beslut om tyngdpunkterna för regionernas ekonomi och verksamhet fattas i ett årligt avtal mellan staten och regionernas intresseorganisation. I avtalet beslutar man om de verksamhetsområdesspecifika ramarna för den statliga finansieringen till regionerna och om tyngdpunkterna för verksamheten. Statsandelen till regionerna fördelas mellan regionerna i enlighet med kriterierna i Lov om regionernas finansiering, LBK nr 797 af 27/06/2011. Statsandelen till en region fastställs bland annat utgående från åldersstrukturen och socioekonomiska kriterier. Dessutom består en liten del av den statliga finansieringen av medel som är bundna enligt användningsändamål och som grundar sig på överenskommelser mellan staten och regionerna. Regionsrådet beslutar om regionens budget. Regionsrådet fattar också självständigt beslut om lån, om inte ministeriet bestämmer något annat.

Regionsrådet ska skicka det årliga revisionsdokumentet och revisionsberättelsen till den statliga förvaltningsmyndigheten (statsförvaltningen). Riksrevisorn kan på eget initiativ eller på begäran ta upp en regions ekonomi till granskning. Dessutom kan ekonomi- och inrikesministern utfärda bestämmelser om att en regions ekonomi kan bli föremål för särskild granskning.

Vid tillsyn över lagligheten av regionernas verksamhet tillämpas samma principer som vid tillsynen över lagligheten av kommunernas verksamhet. Den statliga förvaltningsmyndigheten utövar allmän tillsyn över lagligheten av regionernas verksamhet och kan upphäva beslut av regionsrådet. Ekonomi- och inrikesministern kan å sin sida åta sig ärenden i vilka den statliga förvaltningsmyndigheten har konstaterat att regionen handlat lagstridigt. Bestämmelser om styrningen av innehållet i verksamheten finns också i sektorslagstiftningen. I hälsojännstlagen, som är central för regionernas verksamhet, föreskrivs det bland annat om kvalitetsutveckling, rapportering och nationella datasystem. Den centrala myndigheten för hälsovård (Sundhedsstyrelsen) ansvarar på nationell nivå för utveckling av och tillsyn över hälsovården.

Vissa andra europeiska länder

Nederländerna

I Nederländerna garanteras provinsernas ställning i grundlagen. Parlamentet kan genom lag upphäva eller sammanlå provinser. Provinserna har rätt stor frihet att inom ramarna för lagstiftningen sköta de uppgifter som ankommer på dem. Provinserna har också en begränsad självständig normgivningsrätt. På basis av denna har de rätt att godkänna regionala föreskrifter.

Nederländernas regionala och lokala administration består av 12 provinser och 390 baskommuner. Utöver kommunerna och provinserna finns det på regional nivå ett antal särskilda myndigheter, varav de regionala vattennämndernas administration väljs genom direkt folkval. Invånarantalet i provinserna varierar mellan 350 000 och 3,5 miljoner. I praktiken har provinserna en starkare ställning på landsbygden än i metropolområdena. I landsbygdsområdena samordnar provinserna kommunernas verksamhet och representerar området gentemot staten. I metropolområdena har inofficiella kommunala samarbetsorgan (Stadsregio) en mera framträdande roll än provinserna när det gäller samordning av funktioner, såsom kollektivtrafiken.

Provinserna ansvarar huvudsakligen för infrastruktur- och miljöuppgifter (t.ex. planläggnings-, miljö- och jordbruksärenden) samt för regionala vägar och kollektivtrafik. Dessutom utövar provinserna tillsyn över kvaliteten på kommunernas verksamhet. Kommunerna ansvarar för tjänster till fysiska personer och uppgifter som gäller den lokala infrastrukturen. På grund av typen av uppgifter som provinserna sköter utgör provinsernas personal endast ca 2 procent av den offentliga sektorns personal.

Det högsta beslutande organet i en provins är provinsfullmäktige, som väljs genom direkt val. I varje provins finns det 39–55 platser i fullmäktige. Antalet platser beror på invånarantalet i provinsen. Valdeltagandet i provinsvalen är lägre än i andra val. I valet 2019 var valdeltagandet 56,2 procent. Utöver de fullmäktigeledamöter som valts av invånarna utnämner staten i varje provins en kunglig kommissionär som fungerar som ordförande för provinsfullmäktige och provinsstyrelsen. Fullmäktigeledamöterna i provinsen har en dubbel roll i och med att de fungerar som beslutsfattare i provinsen och dessutom väljer ledamöterna i parlamentets första kammare.

Provinserna har en begränsad beskattningsrätt (fordonsskatt), men skatterna utgör endast knappt 20 procent av provinsernas inkomster. Den största delen av provinsernas inkomster består av statsandelar. Hälften av statsandelarna utgörs av medel som är bundna enligt användningsändamål och hälften av medel som kan användas fritt. Utöver detta kan provinserna ha andra egna inkomstkällor.

Bestämmelser om tillsyn över provinsernas verksamhet utfärdas genom lag. Statliga myndigheter kan ingripa i en pågående beslutsprocess endast om det föreskrivs särskilt om det i lag. Den kungliga kommissionären som utnämns av staten fungerar som representant för statsmakten i provinsen.

Förhållandena mellan provinserna och kommunerna kan delas in i tre olika kategorier: samarbete, bistånd och tillsyn. Provinserna och kommunerna har ett tätt samarbete i t.ex. planläggnings- och miljöärenden. Provinserna utövar enligt lag tillsyn över kvaliteten på kommunernas verksamhet och över kommunernas ekonomi samt behandlar klagomål från kommuninvånare.

Storbritannien

Eftersom Storbritanniens rättssystem baserar sig på common law-traditionen och inte på en skriven grundlag, har kommuner och regioner inget konstitutionellt skydd i enlighet med Europeiska stadgan om lokal självstyrelse. Kommunernas och regionernas ställning har ansetts härleda sig från parlamentets ställning. Sedan 1990-talet har makten allt mer decentraliserats till de olika riksdelarna och till kommunerna. Således har t.ex. Skottlands och Wales parlaments självstyrande ställning förstärkts. Kommunerna får i princip endast sköta uppgifter som parlamentet har föreskrivit för dem. Genom lokalförvaltningslagen (Localism Act) som trädde i kraft 2011 utvidgades ändå kommunernas handlingsfrihet så att de får åta sig också sådana lokala uppgifter som inte står i strid med annan lagstiftning.

Storbritanniens kommunala och regionala förvaltning är asymmetrisk. Skottland, Wales och Nordirland har egna parlament som har en viss lagstiftningsbehörighet i ärenden som gäller området. Kommunsystemet har en eller två nivåer. I England, främst på landsbygden, används en traditionell modell med två nivåer (shire authorities), bestående av den högre nivån med grevskap (counties), som är 26 till antalet, och av den lägre nivån med kommuner (districts), som är 247 till antalet. I storstadsområdena samt i Skottland och Wales har kommunsystemet en nivå (unitary authorities). Kommunerna i Storbritannien hör till Europas största; invånarantalet är i medeltal ca 140 000.

I Storbritanniens modell med regional och lokal förvaltning i två nivåer ansvarar kommunerna (district) för bostadspolitik, fritidstjänster och vissa myndighetsfunktioner (t.ex. bygglov). Grevskapen (county) ansvarar för största delen av tjänsterna inklusive grundskolor, socialväsande, bibliotek, avfallshantering, trafikplanering och väghållning samt för brand- och räddningsväsendet.

Det högsta beslutande organet i grevskapet är ett fullmäktige som väljs vart fjärde år. Grevskapen delas in i valkretsar, där den kandidat som fått flest röster väljs in i fullmäktige. Det finns vissa olikheter mellan valsystemen inom landet. Valdeltagandet i lokalvalen är i allmänhet lågt, och till exempel 2018 var valdeltagandet 34,7 procent i England.

Kommunerna tar ut lokal fastighetsskatt (council tax). De skatter som tas ut lokalt och regionalt utgör endast 4,8 procent av alla skatteinkomster i Storbritannien. Av kommunernas och regionernas inkomster utgör de lokala skatteinkomsterna i medeltal 16 procent och inkomsterna av lokala avgifter ca 12 procent. Detta innebär att kommunernas och regionernas ekonomi till stor del baserar sig på olika statsandelar.

Kommunerna och regionerna styrs bland annat med hjälp av olika nationella standarder och produktivitetmätare. År 2015 tog man i bruk ett nytt riksomfattande system för uppföljning av och tillsyn över den kommunala ekonomin (Local Audit and Accountability Bill). Lokalförvaltningsombudsmannen (Local Government Ombudsman) tar ställning till medborgares klagomål om kommunal och regional verksamhet.

Kommunerna i Storbritannien ingår i nätverk med både lokala samfund på lägre nivå och aktörer inom den privata sektorn. Allmänt taget har den statliga politiken i allt större utsträckning gjort att kommunerna och regionerna möjliggör verksamhet snarare än bara producerar tjänster.

Italien

I Italiens grundlag garanteras regionernas, provinsernas och kommunernas självstyrelse. I grundlagen föreskrivs det också om provinsernas beskattningsrätt och rätt till egna ekonomiska resurser. Om grundande av nya provinser, sammanslagning av provinser eller ändring av provinsernas gränser föreskrivs genom nationell lag. Kommunerna har initiativrätt i ärenden som gäller provinsindelning, och regionerna hörs innan en lag stiftas. År 2016 ordnades en folkomröstning där man bland annat röstade om att slopa det grundlagsenliga skyddet för provinserna. Förslaget röstades dock ned.

Italien har en förvaltningsmodell i tre steg. Den består av 20 regioner (regioni), som i sin tur delas in i 107 provinser (province) och över 8 000 kommuner (comuni). De 20 regionerna har lagstiftningsbehörighet inom de områden där staten inte har reserverat den lagstiftande makten. Kommunalval ordnas med fem års mellanrum. Beslutsfattarna i provinserna väljs bland borgmästare och fullmäktige i regionens kommuner.

I Italien ansvarar provinserna för den psykiatriska vården, socialhjälpen, miljöärenden och byggande av vägar. Dessutom samordnar provinserna kommunernas verksamhet när det gäller exempelvis planläggning, kollektivtrafik och utbildning på andra stadiet. Efter förvaltningsreformen 2014 har provinsernas uppgifter i stort sett förblivit desamma, men fokus har allt mer flyttats till planering, tillsyn och samordning. Provinserna har inte en särskilt framträdande roll inom den offentliga sektorn som helhet. I och med förvaltningsreformen fick 14 provinser status av storstadsregion. Storstadsregionerna sköter utöver de uppgifter som hör till provinserna dessutom ärenden i anslutning till gemensam planering, tjänsteproduktion och administration, inklusive informations- och kommunikationstekniska ärenden.

Efter förvaltningsreformen väljer kommunernas borgmästare och fullmäktigeledamöterna beslutsfattarna i provinsen eller storstadsregionen i sin egen region. De sista direkta valen i provinserna hölls 2013. Tanken är att provinsen inte representerar invånarna i området utan de beslutande och administrativa organen i de kommuner som hör till provinsen. Beslutande organ i provinserna är en parlamentarisk församling som består av alla borgmästare i provinsen, provinspresidenten, som väljs bland borgmästarna i provinsen för fyra år åt gången, och fullmäktige, som väljs för två år åt gången. Antalet fullmäktigeledamöter varierar i enlighet med invånarantalet i provinsen (10–16 ledamöter). Vid valet av provinspresident har borgmästarna och kommunfullmäktige i provinsen rösträtt. Röstberättigade i fullmäktigevalet är kommunfullmäktige och borgmästare i provinsen, bland vilka fullmäktige också väljs.

Kommunalval som inverkar på de nya storstadsregionerna ordnades första gången år 2014 i nio storstadsregioner. Också i storstadsregionerna är den parlamentariska församlingen, borgmästaren och fullmäktige, som väljs med fem års mellanrum, centrala beslutsfattande organ. Borgmästaren för storstadsregionens centralstad är samtidigt borgmästare för hela storstadsregionen. Antalet fullmäktigeledamöter varierar i enlighet med invånarantalet mellan 14 och 24.

Provinserna har beskattningsrätt. I praktiken består skatteinkomsterna av regional fastighetsskatt och regional miljöskatt. Skatteinkomsterna utgör en dryg tredjedel (36,5 procent) av provinsernas inkomster. Resten av inkomsterna består av inkomster av avgifter samt statsunderstöd. Av statsunderstödet är ungefär en tredjedel medel som är bundna enligt användningsändamål, så provinserna har rätt så stor möjlighet att prioritera inom de givna ekonomiska ramarna.

Efter förvaltningsreformen 2014 har provinsernas samordnings-, planerings- och tillsynsuppgifter ökat i förhållande till kommunerna. När det gäller beslutsfattandet stärks kopplingen mellan kommunerna och provinserna, eftersom beslutsfattarna i provinserna väljs bland de lokala beslutsfattarna.

Grekland

I Greklands grundlag konstateras det att landet har kommunal självstyrelse i två nivåer. Bestämmelser om uppgifterna inom den kommunala och regionala självstyrelsen utfärdas genom lag. Grundlagen nämner inte särskilt den regionala självstyrelsen och beaktar inte heller de olika geografiska områdenas särdrag. Regionerna sköter de uppgifter som tilldelats dem genom lag. Regionerna har ingen allmän kompetens, men de regionala beslutsfattarna har handlingsfrihet bland annat i ärenden inom den egna organisationen och i andra ärenden av teknisk och praktisk natur.

De 13 grekiska regionerna (peripherias) inrättades i samband med en omfattande förvaltningsreform (den så kallade Kallikratis-reformen) 2010, då såväl antalet kommuner och regioner som antalet decentraliserade statsförvaltningar minskades avsevärt. Regionindelningen baserar sig på de NUTS2-regioner enligt Europeiska unionens system för regionklassificering (Nomenclature of Territorial Units for Statistics) som inrättades på 1990-talet och inom vilka bland annat den statliga regionförvaltningen och de statliga skolorna och hälso- och sjukvårdsinrättningarna verkar. I alla regioner väljs beslutsfattarna genom val, och alla regioner är självstyrande enligt lag. I samband med reformen samlades statsförvaltningens decentraliserade myndighetsfunktioner i sju regionala enheter (Apokentromeni Diikesi). Invånarantalet i regionerna varierar mellan 200 000 och 3,7 miljoner.

Regionerna har uppgifter inom fem verksamhetsområden. Inom undervisningsområdet ansvarar regionerna för yrkesutbildning, vuxenutbildning och fortbildning. Inom hälso- och sjukvården ansvarar regionerna för ärenden som gäller tillstånd för och tillsyn över aktörer inom hälso- och sjukvården. Inom socialområdet utövar regionerna tillsyn över socialarbetarna och ansvarar för inrättande av institutioner för socialservice. När det kommer till näringslivs- och utvecklingspolitik ansvarar regionerna för regionutvecklingsprogram, främjande av näringsgrenar och tillsyn. Inom miljöområdet ansvarar regionerna för miljökonsekvensbedömning, planering av avfallshanteringen och miljöinspektioner. Inom trafikområdet beviljar regionerna kollektivtrafiktillstånd samt ansvarar för byggande och underhåll av regionala vägar.

Regionfullmäktige och regionens borgmästare (peripheriarch) väljs genom direkt folkval för fem år i sänder. Fullmäktigeledamöterna är 41–101 till antalet, beroende på invånarantalet i regionen. Partierna ställer på sina listor upp kandidater till borgmästare, biträdande borgmästare och fullmäktigeledamöter. Valet förrättas som majoritetsval i två omgångar. Den kandidatlista som fått majoriteten av rösterna får 3/5 av platserna i fullmäktige, borgmästaren och alla biträdande borgmästare. I regionvalet 2019 var valdeltagandet i det första valet 58 procent och i det andra valet 42 procent. Den grekiska lagstiftningen känner inte till regionala folkomröstningar.

Den grekiska staten har skattemonopol. Grundlagen gör det i princip möjligt för kommunerna och regionerna att självständigt samla in medel, men kommunerna och regionerna har ingen självständig beskattningsrätt. Enligt grundlagen ska staten finansiera de funktioner som genom lag har ålagts kommunerna och regionerna. Regionerna får 4 procent av statens mervärdesskatteinkomster och 2,4 procent av inkomstskatteinkomsterna. Den regionala nivån är nästan helt (97 procent) beroende av statsunderstöd, och regionerna får så gott som inga egna inkomster av avgifter. En tredjedel av statsunderstödet är bunden till investeringar. Dessutom utövas det noggrann tillsyn över regionernas ekonomi, vilket minskar de regionala beslutsfattarnas spelrum.

Staten utövar detaljerad tillsyn över regionernas verksamhet, ekonomi och beslutsfattande. Utöver de nationella myndigheterna finns det vid alla sju statliga regionalförvaltningsmyndigheter en tjänsteman som ansvarar för tillsynen över regionerna. Beslut som regionerna fattar om bl.a. konkurrensutsättning, lokala stadgor, lån, tvångsinlösning och avgifter ska underställas generalsekreteraren. Den tjänsteman som utövar tillsyn har dessutom rätt att upphäva en regions beslut om det konstateras vara lagstridigt.

Regionerna har inget bestämmande inflytande över kommunerna. I stället är det vanligt med samarbete mellan regionen och kommunerna. Kommunerna och regionen kan grunda gemensamma organisationer (syndikat) som sköter uppgifter som hör till båda förvaltningsnivåerna, såsom avfallshantering eller verkställande av regionala utvecklingsprojekt.

Frankrike

Enligt Frankrikes grundlag är landet indelat i regioner, departement och kommuner. Förhållandet mellan nivåerna är inte hierarkiskt, men statsmakten kan genom lag föreskriva att uppgifter ska skötas av en viss nivå eller förplikta regioner, departement och kommuner att samarbeta. Som exempel kan nämnas skolsystemet, där kommunerna ansvarar för grundskolorna, departementen för undervisningsanstalter på andra stadiet och regionerna för utbildning på tredje stadiet. Alla tre nivåerna har beslutande organ som valts genom direkt folkval. I grundlagen konstateras det också att en betydande del av regionernas ekonomi ska baseras på egna skatteinkomster och på medel som kan användas fritt. Regionerna och departementen har allmän kompetens.

Frankrikes lokala och regionala förvaltning består av 13 regioner (régions), 101 departement (départements) och 36 763 kommuner (communes). Dessutom har betydelsen av olika interkommunala organisationer (intercommunaux) ökat, och dessa har fått utökade befogenheter framför allt i ärenden som gäller planläggning, miljö och näringsliv. I och med förvaltningsreformen 2014 inrättades bland annat en ny, indirekt vald interkommunal metropolförvaltning för regionerna kring Paris, Lyon och Marseille, och vissa av departementens uppgifter överfördes till dessa regioner. Invånarantalet i departementen varierar mellan ca 90 000 och 2,8 miljoner.

Departementens viktigaste uppgifter är socialpolitik (inklusive socialpolitiska inkomstöverföringar), utbildning på andra stadiet och det regionala vägnätet. Trenden är att nya uppgifter i första hand tilldelas regionerna, departementen och interkommunala organisationer, och att kommunernas uppgifter i huvudsak förblir oförändrade. Departementens personal utgör ca 18 procent av personalen inom alla tre nivåer av självstyrande områden, och departementens andel av driftsutgifterna är ca 34 procent.

Departementsrådet väljs genom direkt folkval i två omgångar. Varje departement är indelat i två valkretsar (cantons). I varje valkrets väljs två ledamöter. I departementsvalet 2015 valdes sammanlagt 4 108 ledamöter. Valet ordnades samtidigt med kommunalvalet. Valdeltagandet i båda omgångarna var ca 50 procent. Nästa departementsval ordnas 2021.

Departementens inkomster består av skatteinkomster, statsandelar, inkomster av avgifter och lån. Departementen har traditionellt haft ganska stort ekonomiskt spelrum. År 2007 utgjorde skatteinkomsterna 65 procent av departementens driftsinkomster. Av statsandelarna var 24 procent bundna enligt användningsändamål. Till följd av skattereformen 2010 ersattes departementens samfundsskatt (taxe professionnelle), som var en betydande inkomstkälla, med en andel av en samfundsskatt som tas ut centraliserat (Contribution Economique Territoriale). Dessutom tar departementen fortfarande ut lokal omsättningskatt.

I en europeisk jämförelse är statens tillsyn över departementen medelstark. Departementens ekonomi är ändå i större utsträckning än tidigare beroende av statlig finansiering och styrning av ekonomin.

Departementen och kommunerna står inte i ett hierarkiskt förhållande till varandra, men de har ett tätt samarbete. I synnerhet små kommuner är beroende av departementens insats i olika utvecklingsprojekt. Det är vanligt att beslutsfattare har förtroendeuppdrag på både kommun- och departementsnivå.

System för social- och hälso-tjänster i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder

De nordiska länderna

I de nordiska länderna har ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården på 2000-talet överförs till aktörer med större befolkning. Syftet med detta har varit att stärka anordnarnas ekonomiska bärkraft och organiseringskunskaper. Ordnandet av tjänster har allt mer separerats från produktionen av tjänster, och gruppen av tjänsteproducenter har utvidgats och blivit mångsidigare. Man har strävat efter att förbättra patienternas ställning och rättigheter och vårdens klientorientering genom att reformera lagstiftningen och öka klienternas valfrihet. Transparensen i systemen ökas genom att man producerar jämförande information om kvaliteten på, tillgången till och kostnadseffektiviteten hos tjänsterna och genom att man delar denna information bland annat via webbtjänster för allmänheten. I hela Norden har kommunerna ett centralt ansvar för att ordna socialtjänster. Kommunerna är dock avsevärt större i Danmark och Sverige än i Finland.

Norge

Aktörer på nationell nivå i Norge är hälsodepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet) samt följande myndigheter underställda departementet: hälsodirektoratet (Helsedirektoratet), tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården (Statens Helsetilsyn), läkemedelsverket (Statens Legemiddelverk) och folkhälsoinstitutet (Folkehelseinstituttet). Inom socialväsendet har Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som stöder och styr tjänster till barn, ungdomar och familjer, blivit en central aktör.

I Norge genomfördes två omfattande reformer av hälso- och sjukvården 2001–2002. Husläkarmodellen (Fastlegeordningen) gällde ansvaret för finansiering och ordnande av läkartjänster inom primärvården, och sjukhusreformen (Sykehusreform, Helseforetaksloven) innebar ett förstatligande av landets specialiserade sjukvård. I reformen av primärvården förpliktades Norges kommuner att ordna läkartjänster inom primärvården genom avtal med privata yrkesutövare. Tidigare hade läkarna varit i länets (fylkets) tjänst. Genom reformen blev läkarna yrkesutövare. I sjukhusreformen övergick ansvaret för finansiering och ordnande av den specialiserade sjukvården från fylkena till staten. I samband med reformen delades Norge in i fem, sedan 2007 fyra, regioner, där statens regionala aktörer har ansvaret (Regionale Helseforetak). Dessa ansvarar för att invånarna i varje region får de tjänster inom den specialiserade sjukvården som de behöver. Sjukhusen är de regionala aktörernas ”dotterbolag” (Lokale Helseforetak), som kan utgöras av ett eller flera sjukhus.

Regionerna fick i princip stor frihet att ordna de tjänster de ansvarar för, men staten behöll möjligheten att styra deras verksamhet inte bara genom lagstiftning och budget utan också genom olika styrdokument och styrelsepåverkare. Särskilt i början förekom det problem med att fastställa lämpliga och rättvisa beräkningsgrunder för allokeringen av statens finansiering till regionerna. Finansieringen består av en kapitationsersättning som grundar sig på befolkningsunderlaget och av en prestationsbaserad ersättning. Ungefär 50 procent av den somatiska specialiserade sjukvården ersätts från ingången av 2017 på prestationsgrunder med stöd av DRG-systemet. Den psykiatriska vården har i huvudsak ersatts på kapitationsgrunder, men från ingången av

2017 utsträcktes de prestationsbaserade ersättningarna även till den psykiatriska öppenvården. Även om sjukhusen självständigt ansvarar för personalen, verksamheten och ekonomin och de i princip kan fatta stora ekonomiska beslut, kan de ändå inte gå i konkurs. Kommunerna ålades också en skyldighet att under 2012–2015 skapa bäddplatser i anslutning till primärvården, t.ex. med tanke på akuta vårdbehov bland äldre. Antalet nya bäddplatser har dock varit förhållandevis litet (under 500 bäddplatser 2015).

Primärvården finansieras delvis av kommunerna och delvis av staten. Ersättningarna till producenterna består av en kombination av kapitationsersättning och prestationsbaserad ersättning samt av klientavgifter. Produktionen av specialiserad sjukvård finansieras med statliga medel i form av ersättningar som är örönmärkta för olika typer av tjänster. Allmänläkarna verkar i huvudsak som yrkesutövare, men många andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är anställda av kommunen, t.ex. inom långvården. En särskild aktör när det gäller allokering av finansieringen är Norges hälsoekonomiförvaltning HELFO (Helseøkonomiforvaltningen).

Till följd av Norges omfattande reformer uppstod ett system med två parter där staten ordnar den specialiserade sjukvården och kommunerna ordnar tjänster inom primärvården samt socialservice. Det konstaterades så småningom att det fanns problem i modellens funktion när det gällde integrationen av servicekedjorna. Därför genomfördes en lagstiftningsreform, Samhandlingsreformen. Den trädde i kraft vid ingången av 2012. Kommunernas ansvar för samordningen av tjänsterna stärktes, samtidigt som kommunerna och regionerna, som ansvarar för den specialiserade sjukvården, förpliktades till ett avtalsförfarande för att få vård- och servicehelheterna att fungera.

Norges patient- och klientlag garanterar patientens rätt till valfrihet och till information till stöd för valet. Valfriheten stärktes genom husläkarreformen, som skulle efterlikna Danmarks system. Kommunerna fick på sitt ansvar att organisera minst två alternativa öppna husläkarlistor på rimligt geografiskt avstånd från patienten. Patienterna har rätt att aktivt välja hos vilken läkare de listar sig, om det finns plats på läkarens lista. Läkarna inom primärvården fungerar som portvakt till tjänsterna inom den specialiserade sjukvården.

Inom den specialiserade sjukvården har patienterna haft rätt att välja vårdplats bland alla offentliga sjukhus i landet och bland de privata producenter som de fyra regioner som ordnar tjänster har ingått avtal med. I vissa fall har sjukhusen dock haft möjlighet att avvisa patienter från andra regioner för att kunna prioritera vårdbehovet hos patienterna inom den egna regionen. Patienternas rättigheter utvidgades vid ingången av 2015 så att patienterna i fortsättningen kan välja vårdplats inom den specialiserade sjukvården bland alla på förhand godkända sjukhus, såväl privata som offentliga. För att informera patienterna upprätthåller Norges nationella hälsomyndighet en nättjänst. Den innehåller information om alternativa vårdplatser, köer och väntetider och om vårdens kvalitet.

Sverige

Sveriges social- och hälsovårdssystem är indelat i tre nivåer. På nationell nivå verkar Socialdepartementet, som ansvarar för beredningen av lagpropositioner samt utövar tillsyn över och styr ordnandet av social- och hälso-tjänsterna. Ett flertal olika myndigheter är underställda Socialdepartementet, såsom Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket.

Enligt Sveriges hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30, SFS 2019:996) har de 21 regionerna (tidigare landsting) efter reformen 2019 det huvudsakliga ansvaret för att erbjuda och finansiera hälso- och sjukvård. Regionernas befolkningsunderlag varierar mellan cirka 131 000 och 2 300 000 invånare. Varje region ansvarar för att ordna såväl primärvård som specialiserad sjukvård och har dessutom regionutvecklingsansvar.

Kommunerna ansvarar bland annat för skolhälsovården och hemsjukvården samt för socialtjänsten i sin helhet. Kommunerna ordnar äldreomsorg och serviceboende, men de ordnar inte självständigt läkartjänster för äldre utan ska avtala om dessa med regionerna.

Regionernas huvuduppgift är att ansvara för ordnandet av hälso- och sjukvården inom sitt område. Kostnaderna för hälso- och sjukvården står för nästan 90 procent av verksamhetskostnaderna. Verksamheten finansieras med skatter som tas ut av kommunerna och regionerna, med statsbidrag och i liten utsträckning med kundavgifter. En del av de statsbidrag som betalas ut till regionerna står i relation till befolkningsunderlaget och är kapitationsgrundade. Det största enskilda bidragsbeloppet grundar sig på ersättningar för läkemedelskostnader. Under de senaste åren har en allt större del av statsandelarna blivit prestationsbaserade, vilket återspeglar statens växande behov av att styra det decentraliserade systemet mot jämnare kvalitet och tillgänglighet.

Tidigare producerade landstingen själva största delen av de tjänster som de ansvarar för att ordna, men andelen utomstående producenter har ökat såväl inom den specialiserade sjukvården som inom primärvården. Orsaken till att producentkåren blev mångsidigare var inledningsvis att man väntade sig att konkurrensen mellan producenterna skulle leda till en positiv utveckling av produktionskostnader, pris och kvalitet. Senare har problemen med tillgång till tjänster samt strävan att stärka patienternas ställning och öka medborgarnas valfrihet understött utvecklingsförloppet, där marknaderna har öppnats även för privata producenter och för producenter inom den tredje sektorn.

När verksamhet lades ut på entreprenad följde man tidigare huvudsakligen Lagen om offentlig upphandling och de upphandlingsförfaranden som den beskriver. Vid ingången av 2009 förändrades situationen i och med ikraftträdandet av en lagstiftningsreform som vid sidan av upphandlingsförfarandena gav landstingen och kommunerna en alternativ möjlighet att utvidga gruppen av tjänsteproducenter, nämligen genom att ordna tjänsterna inom så kallade valfrihetssystem. Lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962, SFS 2019:934) innehåller bland annat bestämmelser enligt vilka kommunen eller regionen offentligt ska annonsera om möjligheten att delta i ett valfrihetssystem, godkänna och teckna kontrakt med leverantörer som uppfyller på förhand angivna krav samt tillämpa ersättningsförfaranden som är gemensamma för alla godkända producenter. Producenterna förväntas då konkurrera huvudsakligen genom kvaliteten.

I januari 2010 blev valfrihetssystemen obligatoriska i landstingens primärvård. Detta skedde i och med en ändring av Hälso- och sjukvårdslagen, den allmänna lag som reglerar finansieringen och bedrivandet av samt andra förutsättningar för hälso- och sjukvården. Enligt ändringen ska landstinget (numera regionen) organisera primärvården så att alla regioninvånare kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa patientens val av utförare. Regionerna kan, men är inte tvungna att, tillämpa vårdvalssystem också inom den specialiserade sjukvården. Staten har stimulerat den fortsatta utvecklingen och utvidgandet av vårdvalssystemen till den specialiserade sjukvården bland annat genom öronmärkta stödinsatser. Kommunerna å sin sida får själva bestämma om de tillämpar valfrihet i äldreomsorgen som de ansvarar för att ordna och i viss annan socialservice. Det är dock vanligare att kommunerna ger sina klienter valmöjligheter genom upphandlingsförfaranden eller andra förfaranden av olika slag.

I och med patientlagen (SFS 2014:821, SFS 2019:964), som trädde i kraft vid ingången av 2015, utvidgades valfriheten till hela landet vad gäller läkartjänsterna, inom både primärvården och den öppna sjukvården. Medborgare som söker tjänster kan nu välja en lämplig utförare bland godkända utförare av tjänster, medan den kommun eller den region som ansvarar för att ordna tjänsterna har helhetsansvaret för verksamheten och informationen om den.

Danmark

Två centrala ministerier ansvarar för styrningen av Danmarks social- och hälsovård: hälso- och äldreministeriet (Sundheds- og Ældreministeriet) och social- och inrikesministeriet (Social- og Indenrigsministeriet). En del av de uppgifter som tidigare hört till hälsostyrelsen (Sundhedsstyrelsen), som lyder under hälso- och äldreministeriet, fördelades i slutet av 2015 på myndigheter med ansvar för styrning, läkemedelsområdet och patient-säkerhet. Dessa kompletteras med en ny myndighet för informationsförvaltning inom hälso- och sjukvården. Danska Socialstyrelsen är underställd social- och inrikesministeriet.

Den danska social- och hälsovårdens struktur har sin grund i en regionförvaltningsreform som genomfördes 2005–2007 och genom vilken huvudansvaret för att ordna hälso- och sjukvården överfördes från 14 landskap (amter) till fem regionala aktörer (regioner). Befolkningsunderlaget i regionerna varierar mellan 590 000 och 1 800 000. Samtidigt minskade antalet kommuner i Danmark från 271 till 98. Kommunerna har i medeltal ca 53 000 invånare.

Regionernas huvudsakliga uppgift är att ansvara för hälso- och sjukvården (såväl primärvården som den specialiserade sjukvården). Regionerna har dessutom uppgifter inom socialväsendet, som kräver specialkompetens, och inom regional utveckling och regionplanering.

Regionernas verksamhet finansieras med statsandelar, som år 2019 täckte cirka 82 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna och cirka 76 procent av regionutvecklingsutgifterna. Dessutom finansieras verksamheten

med kommunernas betalningsandelar, som år 2019 täckte cirka 17 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna och cirka 25 procent av regionutvecklingsuppgifterna. Kommunerna å sin sida får den största delen av sina inkomster, cirka 71 procent, av kommunalskatten och en mindre del, cirka 21 procent, i form av statligt stöd. Det senare ”återvinns” som finansiering till regionerna. År 2012 slopades kommunernas kapitationsgrundade ersättningsandel, och kommunernas hela finansieringsandel blev aktivitetsbunden.

Storleken på den finansieringsandel som staten betalar till en region påverkas av flera sociodemografiska faktorer i regionen, såsom antalet ensamboende personer över 65 år, antalet personer som lever på arbetslöshetsunderstöd eller andra understöd samt förväntad livslängd i förhållande till den region som har den längsta förväntade livslängden. En dryg procent av regionernas totala finansiering består av den aktivitetsbundna andel som staten betalar och som påverkas av mängden tjänster som producerats. Genom detta försöker man skapa incitament för effektiviserande av verksamheten särskilt inom sjukhussektorn. De närmare principerna för ersättningarna kommer man överens om årligen. Det sätts dock på förhand ett tak för den aktivitetsbundna finansieringen till varje område.

Kommunernas delfinansieringsansvar gäller regionernas hälso- och sjukvård och regionutvecklingen. Kommunerna betalar vårdavgifterna på sjukhus för patienter som vårdats på sjukhus och väntar på förflyttning samt rehabiliteringen inom den öppna vården. Dessutom betalar kommunerna den ovannämnda aktivitetsbundna finansieringsandelen som är direkt beroende av kommuninvånarnas användning av tjänster. Syftet är att erbjuda incitament för hälsofrämjande verksamhet samt att främja utvecklandet av smidiga vård- och servicekedjor.

Av regionernas utgifter går över 97 procent till hälso- och sjukvården. Läkarna inom primärvården är privata yrkesutövare som har ingått avtal med de regionala aktörerna. Största delen av den specialiserade sjukvården är verksamhet inom den offentliga sektorn. Både producenter inom primärvården och producenter inom den specialiserade sjukvården får sådana ersättningar för producerade tjänster som betalas ut enligt på förhand överenskomna förfaranden och beräkningsgrunder. Den största delen av de ersättningar som allmänläkarna inom primärvården får (70 procent) är prestationsbaserad, och en mindre del baserar sig på antalet listade patienter; inga klientavgifter tas ut. En växande del av ersättningarna till offentliga sjukhus (50–70 procent) betalas i form av aktivitetsbundna ersättningar som baserar sig på DRG-beräkningar som ministeriet uppdaterar årligen.

Funktioner som kräver särskilda kunskaper har sammanförts nationellt i större enheter för specialiserad sjukvård. Staten använder betydande anslag för att göra om gamla sjukhus till moderna så kallade supersjukhus. En plan för den specialiserade sjukvården godkändes första gången 2010. Där fastställs verksamheten vid de olika sjukhusen.

I Danmark har kommunerna huvudsakligen ansvaret för socialväsendet, dit också äldreomsorgen hör. Till kommunernas uppgifter hör också hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård och hemsjukvård. Även förebyggande av komplikationer till följd av kroniska sjukdomar anses delvis höra till kommunernas uppgifter. Kommunerna har huvudsakligen ansvaret för rehabiliteringen, men det är regionerna som ansvarar för krävande rehabilitering. Kommunerna förväntas upprätthålla ”hälsocentraler” (sundhedscentra) där man fokuserar på att främja och upprätthålla hälsan samt på rehabilitering och förebyggande av sjukdomar (eller av komplikationer till följd av kroniska sjukdomar).

Patienter och klienter har länge haft valfrihet inom Danmarks primärvård, medan lagstiftningen om valet av sjukhus har utvecklats bland annat i och med den nationella vårdgarantin. Med stöd av Danmarks sjukförsäkringslagstiftning kan befolkningen välja mellan två olika försäkringsklasser. Över 98 procent av landets invånare har valt att höra till grupp 1, där patienten inte betalar några klientavgifter alls inom primärvården. De listar sig hos en läkare inom primärvården som fungerar som portvakt till den specialiserade sjukvården. Till grupp 2 hör under 2 procent av befolkningen. De betalar klientavgifter inom primärvården och kan också uppsöka specialistläkare utan remiss.

Valfriheten inom primärvården baserar sig på att patienterna aktivt listar sig hos den läkare de vill. Inom den specialiserade sjukvården kan patienterna välja behandlande enhet bland alla offentliga sjukhus i landet, så länge vårdköen till det valda sjukhuset inte är exceptionellt lång. Om väntetiden överskrider två månader, vilket är gränsen för Danmarks vårdgaranti, kan patienten också välja bland de privata och utländska sjukhus som regionen har ingått avtal med. För vissa sjukdomar (cancer, ischemisk hjärtsjukdom) är tidsgränserna för vårdgarantin kortare än två månader.

De danska regionerna och sjukhusen har en lagstadgad skyldighet att informera patienterna om den planerade tidpunkten för vårdåtgärder och om alternativa behandlingsmöjligheter också i landets övriga sjukhus. Den nationella nättjänsten för hälso- och sjukvården erbjuder information om alternativa vårdplatser inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården samt detaljerade jämförelser av sjukhusens kvalitet.

De danska regionerna grundade i mars 2006 en gemensam intresseorganisation, Danske Regioner, som är en betydande förhandlingspart bland annat när det gäller att fastställa avtal med hälsovårdsproducenter samt därmed relaterade grunder och förfaranden för ersättningar. Kommunerna har en egen intresseorganisation, Kommunernas Landsforening. Danmarks regering och ovannämnda intresseorganisationer för årligen förhandlingar, utgående från vilka man ingår ramavtal om regionernas och kommunernas ekonomi. På basis av de nivåer och förutsättningar som man kommit överens om fastställs den statliga finansieringen till regionerna och kommunerna. Avtalen är av rätt allmän natur, och de har gett regionerna och kommunerna möjlighet att prioritera resurserna i förhållande till olika lokala behov.

Vid ingången av 2014 trädde en ny budgetlag i kraft i Danmark. Enligt lagen ska det fastställas tak för de offentliga finansernas delområden. Den innehåller även tillägg till regionallagen, bland annat sanktionsmöjligheter om regionerna inte följer de mål som riksmötet och finans- och inrikesministeriet har ställt upp för varje fyraårsperiod. Danmarks oberoende ekonomiska råd (De Økonomiske Råd) kontrollerar kontinuerligt om de offentliga finanserna följer planen.

Problem med integrationen av tjänsterna i de nordiska länderna

Varje nordisk finansierings- och organiseringsmodell har sina egna integrationsproblem – antingen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården eller mellan primärvården och socialservicen. Särskilt äldre personer med många sjukdomar samt psykiatriska patienter och personer med missbruksproblem är grupper där bristfällig integration av tjänsterna har orsakat stora problem. Även integrationen av hälsofrämjande i annan verksamhet har varit utmanande.

I Norge och Danmark har problemet varit att hälsofrämjandet, primärvården och den specialiserade sjukvården har separerats i och med att finansierings- och organiseringsansvaret ankommer på två aktörer. För att rätta till situationen i Norge trädde en omfattande samhandlingsreform i kraft vid ingången av 2012. Reformen omfattade ändringar i lagstiftningen om kommunal social- och hälsovård och i folkhälsolagen. Genom ändringarna strävade man efter att förbättra hälso- och sjukvårdens funktion genom att öka kommunernas samordningsansvar och utveckla primärvårdens samarbete med både socialservicen och den specialiserade sjukvården. Som grund för samverkan skulle kommunerna och de regionala aktörerna ingå särskilda samarbetsavtal. Genom reformen fick kommunerna även tilläggsfinansiering av staten och samtidigt delfinansieringsansvar för användningen av den specialiserade sjukvården. De tidiga resultaten vid uppföljningen av reformen var lovande, men delfinansieringsansvaret har, som beskrivs ovan, sedermera begränsats.

I Danmark ansvarar den lokala nivån, dvs. kommunerna, för ordnande av tjänster för äldre. Man har strävat efter att förbättra kvaliteten på äldreomsorgen och lyft fram bedömningen av det enskilda vårdbehovet. Ett centralt mål är också att utveckla samarbetet mellan sjukhusvård och hemvård, så att utskrivningen av äldre från sjukhusvård sker smidigare än tidigare.

I fråga om primärvården har yrkesutövarläkarnas uppgifter och villkoren för dem väckt mycket diskussion. Man har strävat efter att använda yrkesutövare som har haft avtal med regionerna även inom hälsofrämjande, rehabilitering och äldreomsorg (som kommunerna ansvarar för). Det tog dock länge att enas om villkoren och ersättningarna för verksamheten.

En av styrkorna hos hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige ligger i att samma aktör, nämligen regionerna, ansvarar för att finansiera och ordna tjänsterna inom både primärvården och den specialiserade sjukvården. Till svagheter hos Sveriges systemlösningar har man däremot räknat den bristfälliga integrationen mellan socialtjänsten, som kommunerna ansvarar för, och regionernas hälso- och sjukvård. Detta har varit en direkt följd av att finansierings- och organiseringsansvaret fördelats mellan kommunerna och regionerna. Vid övergången till valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården har man strävat efter att samtidigt utveckla tjänsternas ersättningsförfaranden så att de så bra som möjligt stöder välfungerande servicekedjor.

Nationell styrning i de nordiska ländernas decentraliserade system

Svenska staten har också ingripit i integrationsproblem mellan social- och hälsovården genom att förnya tillsynsmyndigheternas verksamhet. Tillsynen över socialtjänsten överfördes 2010 från länsstyrelsen till Socialstyrelsen, som sedan tidigare ansvarade för tillsynen över hälso- och sjukvården. År 2013 skildes hela tillsynsverksamheten från Socialstyrelsen i en separat tillsynsmyndighet (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Staten stöder och styr regionernas verksamhet genom olika öronmärkta statsunderstöd ("stimulanspengar"). Staten har anvisat medel till att korta vårdköerna och minska utskrivning av sjukledighet samt till äldreomsorg och rehabilitering. Prestationsbaserad tilläggsfinansiering har även delats ut för att främja patientsäkerheten.

Exempel på att den statliga informationsstyrningen har stärkts är nationella verksamhetsplaner och verksamhetsanvisningar samt benchmarking av vårdprocesser och uppnådda vårdresultat mellan regionerna och sjukhusen. Att utveckla och styra systemet samt stärka medborgarnas ställning anses kräva omfattande nationella jämförelseuppgifter om tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet. Som grund för detta har man i Sverige ända sedan 1970-talet utvecklat systematisk uppföljning av vårdkvaliteten med hjälp av nationella kvalitetsregister. För närvarande har landet över hundra olika register för uppföljning av vården av olika patientgrupper.

Landets specialistläkarföreningar hade till en början en central roll i utvecklingen av registren. Sedermera har landstingen (numera regionerna) och staten systematiskt börjat stödja och styra verksamheten mot nationellt enhetliga system samt publicera jämförelseuppgifter (Öppna Jämförelser). Även andra aktörer, såsom de privata tjänsteproducenterna (Vårdföretagarna) och LIF – de forskande läkemedelsföretagen, har understött insamling, analys och rapportering av jämförelseuppgifter.

Centrala strategier för utveckling och styrning av vården är jämförelse av benchmarkingtyp, och numera även prestationsbaserade kvalitetsbonusar. Vid ingången av 2011 inledde ett nytt statligt verk (Vårdanalys) sin verksamhet. Det strävar efter att uppfylla särskilt patienters, klienters och skattebetalares informationsbehov. Vårdanalys har bland annat producerat omfattande uppföljningsinformation om effekterna av valfrihetsreformen.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården fokuserar i Sverige utöver på frågor som rör patientens valfrihet också på vårdresultat och vårdkvalitet. Till exempel har cancervården koncentrerats i regionala centrum. Man utgår från att vård som ges i större enheter förbättrar vårdkvaliteten, utjämnar ojämlikhet mellan befolkningen i olika områden och fokuserar resurserna mer optimalt. Man antar att även en del av den övriga specialiserade sjukvården kommer att göra likadant.

Styrningen av de danska regionernas och kommunernas ekonomi och förfarandet med utgiftstak beskrivs ovan. Även i Danmark har man ansett det nödvändigt att utveckla uppföljnings-, utvärderings- och rapporteringssystemen med utgångspunkt i nationell utveckling och styrning. Ansvar för uppföljningen av hälsovårdstjänster har delats upp mellan de olika nivåerna i hälso- och sjukvården. På nationell nivå ansvarar hälsostyrelsen bland annat för att föra patientregister och för DRG-klassifikationen. Regionerna ansvarar för de nationella kvalitetsregistren och patientenkäterna.

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

I Norge ägs den specialiserade sjukvården, som särskilt påverkar utgiftsutvecklingen, av staten, och den ekonomiska styrningen av systemet är därför kanske inte tekniskt lika utmanande som i mer decentraliserade system. En central instans som ansvarar för allokering av finansieringen är Norges hälsoekonomiförvaltning HELFO (Helseøkonomiforvaltningen), som är underställd hälsodirektoratet.

Den nationella uppföljningen och styrningen av kvaliteten på och verkningsfullheten av hälso- och sjukvården har i Norge utvecklats i samma riktning som i Sverige och Danmark. Under de senaste 15 åren har det i Norge skapats över 50 nationella kvalitetsregister som också fått en gemensam nationell stöd- och finansieringsstruktur. Staten investerar i informationsstyrning bl.a. genom det nationella kunskapscentrumet (Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten). Centrumet påverkar särskilt genom att tillhandahålla information till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Jämförelseuppgifter från kvalitetsregistren används i stor utsträckning för benchmarking och numera även för information till medborgarna om alternativa vårdplatser. Under de senaste åren har man dessutom utvecklat kvalitetsrelaterade bonussystem för tjänsteproducenterna.

System för social- och hälsotjänster i vissa andra europeiska länder

Nederländerna

Inom hälso- och sjukvården i Nederländerna sköter centralförvaltningen övervakning av verkställandet och förbättring av servicesystemets effektivitet. Under hälsoministeriet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) lyder flera nationella myndigheter och utvecklingsinstanser som har i uppgift att övervaka och styra servicesystemet och aktörerna inom det. Tillsynsmyndigheten IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) följer upp och övervakar innehållet i och kvaliteten på hälso- och sjukvården, medan IJZ (Inspectie Jeugdzorg) följer upp och övervakar tjänsterna till barn och unga samt barnskyddet. Det nationella institutet för folkhälsa och miljö (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM) är ett forsknings- och utvecklingsinstitut som lyder under hälsoministeriet och som vid behov tillgodoser även andra ministeriers informationsbehov. I Nederländerna stöds informationsstyrningen dessutom av ett stort antal andra, även internationellt kända, oberoende institut, såsom NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research).

Inom hälso- och sjukvården genomfördes 2006 en lagändring som innebar att den offentliga och den privata sjukförsäkringen slogs ihop. Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem har sedan dess präglats av principerna om en fri marknadsekonomi. Provinserna har inom social- och hälsovården närmast ansvar för social- och ungdomsarbetet. Även kommunerna har ansvar för socialvården.

Det försäkringsbaserade systemet inom hälso- och sjukvården i Nederländerna är uppdelat i tre avdelningar (compartimenten). Den första avdelningen täcker långvården, som skulle förorsaka den försäkrade betydande ekonomisk belastning. Den andra avdelningen är ett allmänt hälsoförsäkringssystem, och den tredje avdelningen är ett frivilligt tilläggsförsäkringssystem. Av dessa är den andra avdelningen viktigast med tanke på hälso- och sjukvårdssystemet. Den är i praktiken en allmän hälsoförsäkring för hela Nederländernas befolkning. Försäkringen täcker sedvanliga sjukvårdstjänster, och försäkringsavgiften tas ut av medborgarna i två delar. Den första delen är en fast avgift som betalas direkt till försäkringsbolaget. Den försäkrades riskprofil får alltså inte påverka beloppet av försäkringsavgiften. Den andra delen bestäms enligt den försäkrades inkomster, och arbetsgivaren redovisar den från den försäkrades lön direkt till sjukförsäkringsfonden, till skillnad från den första delen. Sjukförsäkringsfonden redovisar pengarna till försäkringsbolagen i enlighet med ett särskilt riskprofilsystem. Medel för finansieringen av den första avdelningen tas ut i samband med inkomstbeskattningen. Social trygghet och förebyggande av sjukdomar omfattas inte av försäkringen, utan de finansieras med medel som fås genom beskattningen.

Tjänsteproducenterna är i Nederländerna privata aktörer som förhandlar med försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen och tjänsteproducenterna kommer överens om mängden tjänster som ska produceras och om tjänsternas kvalitet och pris. I förhandlingarna representeras allmänläkarna inom primärvården av särskilda kommittéer (huisartsenkringen), eftersom allmänläkarna i regel verkar som yrkesutövare.

I Nederländerna finns det 17 regionala stödstrukturer (Regionale Ondersteuningsstructuren ROS) som har till uppgift att hjälpa personalen inom primärvården, såsom allmänläkare, fysioterapeuter och mentalvårdare, att utveckla integrerade modeller för teamarbete, verkställa program för bättre vårdkvalitet och utveckla kontinuiteten i vården. Kommunerna vill främja horisontell integration genom de regionala stödstrukturerna, eftersom de ansvarar för primärvården när det gäller förebyggande av sjukdomar, socialt stöd och ungdomstjänster. Stödstrukturernas verksamhet finansieras av försäkringsbolagen, provinserna och kommunerna.

I Nederländerna har primärvården en stark roll som portvakt i och med att man måste gå via en allmänläkares mottagning för att kunna få specialiserad sjukvård, med undantag för brådskande sjukvård. Varje invånare listar sig hos en allmänläkare, och en allmänläkare har ca 2 300 patienter på sin lista. Det finns knappt 9 000 allmänläkare.

Inom den specialiserade sjukvården finns det tre olika slags sjukhus. Universitetssjukhusen erbjuder krävande tjänster inom den specialiserade sjukvården, och de fungerar som en del av Nederländernas högskolesystem. Undervisningssjukhusen erbjuder också specialiserade tjänster, och sjukhusens verksamhet har organiserats för att stödja grundläggande utbildning inom hälso- och sjukvården, t.ex. för barnmorskor. Det tredje slaget är de allmänna sjukhusen, som erbjuder övriga tjänster inom den specialiserade sjukvården. I Nederländerna har det dessutom uppstått från sjukhusen fristående kliniker som är specialiserade på vissa sjukdomar. Den specialiserade sjukvården får i Nederländerna inte vara vinstdrivande, utan ska enligt lagen vara icke-vinstdrivande verksamhet trots att verksamhetsenheterna inom den specialiserade sjukvården är privata.

När det gäller långvården i Nederländerna tillhandahålls serviceboende av separata aktörer och hemvård av kommunen. År 2009 användes 38 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården till tjänster inom långvården. De har med stöd av AWBZ-lagen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) finansierats ur den första

avdelningen i försäkringssystemet. AWBZ-lagen upphävdes år 2015 och ersattes med lagen om långtidsvård (Wet langdurige zorg, Wlz). Systemet samordnas av CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), en myndighet som koncentrerar sig på bedömning av servicebehovet. Kommunerna å sin sida ansvarar för bedömningen av särskilda servicebehov, t.ex. hjälpmedel.

Valfriheten förverkligas i Nederländerna genom att kunden fritt kan välja sitt eget försäkringsbolag. Försäkringsbolagen är skyldiga att låta vem som helst omfattas av försäkringen, och försäkringsbolagen får inte fastställa beloppet av försäkringsavgiften utgående från den försäkrades ålder eller hälsotillstånd. Kunden kan byta försäkringsbolag en gång om året. Att valfriheten ordnats på detta sätt baserar sig på att försäkringsbolagen konkurrerar om kunderna genom att försöka skaffa tjänster med bra förhållande mellan pris och kvalitet från tjänsteproducenterna.

Spanien

Spanien är indelat i 17 autonoma regioner (comunidades autónomas). Den minsta har drygt 300 000 invånare, medan invånarantalet i den största autonoma regionen är över 8,4 miljoner. De autonoma regionernas uppgifter och ansvar varierar, eftersom en del av regionerna t.ex. har beskattningsrätt, medan andra inte har det. De autonoma regionerna delas vidare in i 50 provinser. Invånarantalet i Spanien är 47,1 miljoner (2019).

Alla Spaniens autonoma regioner har ett eget regionalt hälso- och sjukvårdsministerium (Consejería de Salud) och en egen regional produktionsorganisation för hälso- och sjukvården. De regionala ministerierna ansvarar utöver hälsopolitik, regional lagstiftning och övervakning också för ordnande och produktion av hälsotjänster. Produktionen av hälsotjänster delas i många regioner in i primärvård och specialiserad sjukvård. De regionala ministerierna har stor makt i jämförelse med det nationella ministeriet. Centralförvaltningens uppgifter gäller lagstiftning, fastställande av tjänsteutbudet och uppföljning av regionernas effektivitet. Hälso- och sjukvården är de autonoma regionernas centrala uppgift.

De autonoma regionerna ansvarar för ordnande och produktion av hälso- och sjukvård. Genom en reform som genomfördes 2009 fick ett och samma nationella ministerium (MSPS) ansvar för både socialvården och hälso- och sjukvården. En central aktör när det gäller samordningen av den spanska hälso- och sjukvården är det interregionala hälsorådet CISNS (Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España). Rådet, som består av hälsoministern och de regionala hälsoministrarna, har som uppgift att främja jämlikheten och funktionaliteten inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Spaniens hälso- och sjukvårdssystem finansieras huvudsakligen med medel som fås från offentliga källor, varav 94 procent fås genom beskattningen. Den totala finansieringen av hälso- och sjukvårdssystemet består av finansiering från offentliga källor (71 procent), frivilliga försäkringar (5,5 procent) och finansiering som medborgarna ansvarar för (22,4 procent). De autonoma regionerna tar ut en del av skatten direkt, och dessutom får regionerna en del av finansieringen av staten samt olika slag av projektfinansiering.

Primärvården grundar sig på allmänläkarnas verksamhet. Klienterna är skrivna hos en viss allmänläkare eller familjeläkare, som utgör klientens första kontakt med hälso- och sjukvårdssystemet. Allmänläkaren beslutar vid behov om klienten ska skickas till en specialistläkare. Tjänsterna inom den specialiserade sjukvården fastställs i servicepaketet för den specialiserade sjukvården, och de autonoma regionerna kan komplettera det med ytterligare tjänster om de så vill. I varje autonom region finns det åtminstone ett offentligt sjukhus som tillhandahåller de allra mest krävande tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Sjukhusen är indelade enligt nivån på de tjänster som erbjuds. Utöver de offentliga sjukhusen finns det i Spanien mindre, privata sjukhus.

När det gäller socialservicen har den nationella samordnande aktören efter 2009 varit SAAD (National System for Autonomy and Assistance for Situation of Dependency). Socialservicen tillhandahålls av socialcentraler som samordnas av SAAD, och de autonoma regionerna har makt att fastslå hur servicen inom regionen ska ordnas. Servicepaketet innehåller olika social-, hemvårds- och boendetjänster samt ekonomiska stöd. Servicepaketet omfattar såväl socialservice som långvård och tjänster för äldre.

I Spanien har ordnande och produktion av tjänster länge varit sammanlänkade, men de senaste årens reformer har ändrat lite på detta. Till exempel för sjukhusen avtalsförhandlingar med de autonoma regionerna om tjänsteproduktionen och om målsättningarna i samband med produktionen, vilket har lett till att indikatorinformativpaketet används som grund för avtalsförhandlingarna (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD). Förhandlingsförfarandena omfattar även primärvården. Avtalsförhandlingarna har också varit en mekanism för att styra producenterna, för med hjälp av dem har man kunnat genomföra t.ex. olika program för rationell

läkemedelsbehandling. Avtalsförhandlingarna har kritiserats för att främst godkänna redan befintliga producenters tjänster och strukturer. Med hjälp av systemet kan man dock för producenterna ställa upp konkreta mål som gäller hälso- och sjukvårdstjänsterna. Byrån för den nationella hälso- och sjukvårdens kvalitet Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud fäster särskild uppmärksamhet vid tjänsternas kvalitet och säkerhet.

En klient inom hälso- och sjukvården har rätt till sina egna klientuppgifter och rätt att se också administrativa beslut om användningen av tjänster. Klienten har även rätt att se var det är möjligt att få motsvarande tjänst och på vilka villkor. Tjänsteanvändaren har dessutom möjlighet att själv välja sin allmänläkare eller familjeläkare och sitt sjukhus och att få information om kötider samt rätt att be om en andra bedömning när det gäller vårdbeslut.

Storbritannien

England

England är en del av Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland. Englands offentliga hälso- och sjukvårdssystem National Health Service (NHS) omfattar över 53 miljoner människors hälso- och sjukvårdstjänster. Under de senaste regeringsperioderna har det genomgått två betydande strukturella reformer. Gemensamt för dem har varit viljan att stödja klientens delaktighet och valfrihet samt att trygga den höga kvaliteten på och resultaten av tjänsterna jämlikt för hela befolkningen.

Hälso- och sjukvården styrs av hälso- och sjukvårdsministeriet, och under ministeriet lyder den nationella anordnarorganisationen NHS England. Organisationens verksamhet baserar sig på ett årligt uppdrag från regeringen, i vilket målen för verksamheten fastställs. Förverkligandet av målen följs upp med hjälp av resultat- och hälsofördelsindikatorer (Outcomes Framework). NHS England ansvarar för ledningen av NHS, NHS budget, beställande av nationellt centraliserade tjänster inom NHS samt de regionala anordnarorganisationernas verksamhet. Det finns 211 regionala anordnarorganisationer (Clinical Commissioning Groups, CCG), vars invånarantal varierar mellan 61 000 och 860 000, medan medianen är 250 000. En CCG består av områdets läkarcentraler inom primärvården, och den ansvarar för att beställa andra tjänster till befolkningen inom området. Tjänsteproducenterna kan verka inom den offentliga, den privata eller den tredje sektorn, och de ska uppfylla NHS gemensamma registrerings-, pris- och kvalitetskriterier.

Hälso- och sjukvårdsministeriet ansvarar även för den strategiska ledningen av socialvården, men det är 152 lokalförvaltningsområden som ordnar socialvården. Praxis varierar regionalt, men under den senaste tiden har man strävat efter att harmonisera den genom lagstiftningen. Också inom socialvården kan de lokala myndigheterna, om klienten så önskar, finansiera tjänster som produceras inom andra sektorer. Den referensram som mäter resultaten av verksamheten har tagits fram för både socialvården för vuxna och mentalvårdstjänsterna.

Hälso- och sjukvården finansieras genom skattefinansiering. Tjänsterna är i regel avgiftsfria för användarna. Nästan hälften av NHS totala finansiering går till sjukhusvård och akutverksamhet. Läkarvården inom primärvården, övrig primärvård, den öppna hälsovården, mentalvårdstjänsterna och medicinerna täcker vardera ca 10 procent av den totala finansieringen. Finansieringen till den nationella anordnarorganisationen utgör ca 90 procent av NHS totala finansiering. Ungefär två tredjedelar av finansieringen kanaliseras vidare till de regionala anordnarorganisationerna. Inom primärvården baserar sig över hälften av läkarnas finansiering på relaterad kapitationsersättning. Dessutom kan 25 procent vara bunden till en frivillig referensram (Quality and Outcomes Framework) som mäter kvaliteten och resultaten av verksamheten och som sporrar till vård baserad på god praxis. Vid finansieringen av övriga tjänster används i stor utsträckning ett nationellt betalningssystem (National Tariff Payment System). Genom detta system får alla godkända tjänsteproducenter inom den offentliga, den privata och den tredje sektorn enhetlig ersättning för de tjänster de producerar, och konkurrensen gäller kvaliteten. Den nationella beställarorganisationen NHS England beslutar årligen vilka tjänster det nationella betalningssystemet gäller. På basis av detta fastställer tillsynsmyndigheten Monitor ersättningsnivåerna.

Finansieringen av socialvården består av statlig finansiering, områdets egen finansiering och klientavgifter. Socialvårdstjänsterna är behovsprövade och ofta förenade med avgifter som fastställs utgående från klientens inkomster och egendom. Nationellt har man dock fastställt en personlig övre gräns för avgifterna.

Det är fortfarande olika myndigheter som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården, men sedan slutet av 1990-talet har man koncentrerat sig på horisontell integration genom att möjliggöra sammanslagning av de olika myndigheternas budgetar samt gemensam produktion av tjänster. Dessutom har särskilt de krävande

målsättningarna gällande vårdgarantin sporrar till vertikal integration. En förbättring av den horisontella och vertikala integrationen är nu ett av de främsta målen. Därför har man satsat på regionala försök med nya typer av organisationsstrukturer, där olika typer av strategier till stöd för såväl horisontell som vertikal integration framhävs.

Inom hälso- och sjukvården har läkarna inom primärvården (GP) en central roll i och med att de ansvarar för klientens vård och för att hänvisa klienten också till andra tjänster. Inom hälso- och sjukvården kan konkurrensen mellan producenterna basera sig på antingen klientens val eller konkurrensen om serviceavtal. En klient som fått en remiss kan välja en tjänsteproducent som inte verkar inom den offentliga sektorn, om tjänsteproducenten uppfyller kriterierna för verksamhetens innehåll och kvalitet samt godkänner den ersättningsnivå som NHS fastställt. Än så länge har hälso- och sjukvårdens klienter ändå främst valt lokala offentliga producenter, och strukturen i gruppen av tjänsteproducenter har förändrats väldigt lite. Av de offentliga sjukhusen har 64 procent (153 sjukhus) fått Foundation Trust-status, i och med vilken sjukhusen får fler friheter vad gäller verksamheten och ekonomin. Det anmärkningsvärda är att största delen av befolkningen också i verkligheten anlitar den offentliga hälso- och sjukvården och att det är ovanligt att man tecknar olika slag av kompletterande försäkringar eller själv finansierar tjänsterna.

Socialvårdstjänsterna omfattar tjänster till äldre, till barn och deras familjer, till personer med funktionsnedsättning och till mentalvårdsklienter. Tjänsterna kan tillhandahållas hemma hos klienten, i stödboende eller i form av dagverksamhet. En central del av verksamheten utgörs av en bedömning av servicebehovet som görs tillsammans med klienten. Inom socialvården har man genom valfriheten medvetet strävat efter att bryta de lokala myndigheternas monopolställning inom tjänsteproduktionen.

Förverkligandet av de nationella målen följs inom social- och hälsovården upp med hjälp av resultat- och hälsoförordningsindikatorer. Dessutom har tillsynsmyndigheterna en viktig roll i förfarandet för godkännande av tjänsteproducenter samt när det gäller utvecklande av gemensamma spelregler och standarder och tillsynen över förverkligandet av dem. Tillsynsmyndigheten (Monitor) ansvarar för licensiering av verksamheten hos de producenter som finansieras av NHS. Till Monitors uppgifter hör dessutom att utveckla anvisningar som förtydligar de gemensamma spelreglerna på hälso- och sjukvårdsmarknaden, att övervaka att klientens intressen tillgodoses samt att ansvara för verksamhetens kontinuitet om en producent råkar i svårigheter beträffande verksamheten. Care Quality Commission (CQC) ansvarar också för registrering av kvaliteten och patientsäkerheten hos tjänsteproducenter inom socialvården. CQC ser till att det går att välja enbart tjänsteproducenter som är trygga för klienten. Jämförelseuppgifter om alla producenter inom social- och hälsovården finns fritt tillgängliga på webbplatsen NHS Choices. Dessutom ska tjänsteproducenterna se till att den kvalitetsklassificering som tillsynsmyndigheten gett dem presenteras väl synligt samt publicera ett årligt kvalitetsbokslut (Quality Accounts) där innehållet i och resultaten av verksamheten beskrivs.

I England har man stärkt klientens roll genom att stödja delaktigheten på alla nivåer av beslutsfattandet. Det togs in skyldigheter i social- och hälsovårdslagen när den förnyades 2012. Skyldigheterna omfattar klientens rätt till delaktighet i beslutsfattandet som gäller den egna vården, till planering av vården, till valfrihet och till assisterat beslutsfattande. Dessutom är beställarorganisationerna skyldiga att stödja delaktigheten i allt från planeringen av tjänsterna till bedömningen av verksamheten. Inom de regionala myndigheternas områden verkar även nätverket Healthwatch som ser till att klienternas önskemål hörs och beaktas i den praktiska verksamheten. Dessutom finns det många stödfunktioner på organisationsnivå, såsom programmet NHS Citizens som stöder delaktigheten i den nationella beställarorganisationen.

Rättigheter som gäller valfriheten har skrivits in i NHS stadgar (NHS Constitution). Dessutom preciseras social- och hälsovårdslagen av förordningen om tjänsteupphandling, valfrihet och konkurrens samt av nationella anvisningar som förtydligar valrätten. Valfriheten inom socialvården har fastställts i omsorgslagen från 2014 och i preciserande anvisningar.

Inom hälso- och sjukvården är praxis för valfriheten enhetlig, och samma registrerings-, pris- och kvalitetskriterier gäller alla producenter. Inom socialvården förverkligas valfriheten genom en personlig budget som eventuellt beviljas efter att servicebehovet bedömts, och praxis är mera varierande. Möjligheten gäller även närståendevårdare. Den personliga budgeten ska motsvara ett rimligt pris på den tjänst som behövs. Klienten kan bli tvungen att betala skillnaden om han eller hon väljer en tjänsteproducent som är dyrare än de lokala myndigheternas kriterier tillåter.

Inom hälso- och sjukvården gäller valmöjligheten främst valet av läkarstation inom primärvården och, i den utsträckning det är möjligt, av den läkare och den skötare som ansvarar för vården. Vårdplatsen på sjukhus

fastställs utgående från det första poliklinikbesök som patienten väljer. Detta omfattar även mentalvårdstjänster och val av det team som leds av den yrkesutbildade person som utsetts att ansvara för vården. Dessutom kan patienten välja vem som utför specialundersökningar som den remitterande läkaren förskrivit. Inom mödravården kan klienten välja vårdenheterna för mödravård och förlossning. Även andra tjänster som produceras annanstans än på sjukhus kan omfattas av regionalt fastställda valmöjligheter. Det är numera möjligt att använda en personlig hälsobudget också inom hälso- och sjukvården.

Skottland

Skottland är en del av Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland. Social- och hälso-tjänsterna för Skottlands 5,3 miljoner invånare har förnyats genom en reform som trädde i kraft 2016 (The Public Bodies (Join Working) Scotland Act, 2014). Syftet med reformen är att stärka integrationen mellan de nuvarande anordnarna av social- och hälsovård. Lagstiftningen har skapat 31 IJB (Integration Joint Board) i Skottland och deras uppgift är att ordna social- och hälsovårdstjänster och samordna serviceproduktionen tillsammans med 14 NHS Board och 32 lokala aktörer (Council). Som en del av reformen har den strategiska ledningen av tjänsterna ägnats extra uppmärksamhet och nya nationella mål har ställts för social- och hälsovårdssystemet i Skottland. När det gäller vissa specialtjänster finns det i Skottland nio ansvariga instanser (Special NHS Boards), som ansvarar för bl.a. sjuktransporter, psykiatrisk sjukhusverksamhet och hälso- och sjukvårdsutbildning.

Skottlands servicesystem inom social- och hälsovården har under de senaste årtiondena blivit mindre marknadsorienterat och i stället rört sig mot en starkare helhet av offentligt ordnande och offentlig produktion av tjänster. Program och initiativ inriktade på tjänsternas kvalitet, integration och samarbete har under åren förstärkt denna princip.

Finansieringen av Skottlands social- och hälsovård måste delvis behandlas tillsammans med hela Storbritannien. Av finansieringen av Storbritanniens hälso- och sjukvård kommer 83 procent från offentliga finansieringskällor. Resten utgörs av användaravgifter och frivilliga försäkringar. De offentliga finansieringskällorna består av skatter (76,2 procent) och nationella försäkringar (18,4 procent) (National Insurance Contribution NIC). NIC är i praktiken ett obligatoriskt sjuk- och pensionsförsäkringssystem för förvärvsarbetande. NHS regionala nämnder har i praktiken inte möjlighet till finansiering av tjänsterna, men en del av finansieringen av socialservicen utgörs av kommunalskatt som uppbärs av förvaltningsområdena. Den reform som trädde i kraft 2016 samlade social- och hälsovårdsfinansieringen under IJB:s förvaltning för att möjliggöra den eftersträfvade serviceintegrationen

Det fungerande samarbetet mellan NHS och de lokala aktörerna har konstaterats vara en central faktor för verkningsfullheten inom social- och hälsovården. Skottlands servicesystem inom social- och hälsovården skiljer sig från Englands system särskilt när det kommer till integrationen. Under 2000-talet har det publicerats ett flertal initiativ och arbetsdokument för stärkande av integrationen. Community Health Partnership CHP inrättades för att främja integrationen. Ett av de nyaste projekten för främjande av integrationen är Integrated Resource Framework IRF, som strävar efter att främja olika aktörers gemensamma förståelse för användningen av resurser och för tjänsternas kostnader.

Inom primärvården fungerar allmänläkarna så att säga som portvakt och som patienternas första kontakt inom servicesystemet. Uppskattningsvis 90 procent av patientkontakterna sker i sin helhet inom primärvården. Med primärvård avses i Skottland antingen självständiga yrkesutövare eller multidisciplinära team bestående av läkare, skötare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Tjänster inom den specialiserade sjukvården produceras nästan uteslutande genom offentliga sjukhus som ägs av NHS, inom glest bebodda områden finns det också mindre kliniker för specialiserad sjukvård. Det är lokala aktörer som ansvarar för ordnande av tjänster inom hemsjukvård, hemvård, handikapps-service och personlig assistans. För produktion av tjänster kan de lokala aktörerna använda tjänster som erbjuds av den privata sektorn eller tredje sektorn.

En omfattande reform av äldreomsorgen påbörjades 2011, då den separata fonden Change Fund inrättades för att allokera medlen till CHP för utveckling av äldreomsorgen. Även vården av långtidssjuka har ägnats särskild uppmärksamhet sedan 2009. När det gäller produktionen av Skottlands social- och hälso-tjänster är gränsdragningen mellan privata och offentliga tjänster tydlig, för tyngdpunkten ligger på de offentliga tjänsterna, och man har målmedvetet övergått från produktion av tjänster på marknadsvillkor till offentlig produktion.

Healthcare Improvement Scotland (NHS GIS, HIS) koncentrerar sig på utveckling av kvaliteten på hälso- och sjukvården i Skottland. I och med främjandet av integrationen har kvaliteten fått en central position i hela

social- och hälsovårdssystemet. Tillsynsmekanismerna inom hälso- och sjukvården består av årliga ansvarsdiskussioner mellan de ministrar och nämnder (NHS Boards) som ansvarar för hälso- och sjukvården. Vid diskussionerna bedöms det hur väl hälso- och sjukvården under nämnden fungerar när det gäller de mål som satts upp. Bedömningsprocessen är även öppen för allmänheten.

Patienten har valfrihet inom primärvården, om den valda allmänläkaren eller det valda team som producerar tjänster inom primärvården är redo att ta upp patienten på sin lista. Patienten kan få vård vid vilket som helst av NHS sjukhus, men vården kräver remiss av en allmänläkare. Valfriheten anses i Skottlands hälso- och sjukvårdssystem inte vara av central betydelse när det handlar om att höja tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet. HIS koncentrerar sig på att stödja patientens egen roll och patientens agerande i samband med vården av sjukdomar samt på att främja dokumenterat effektiv vårdpraxis.

Italien

Italiens hälso- och sjukvårdssystem grundar sig på att ordnande, produktion och finansiering är starkt offentliga. Systemet präglas av universell och automatisk täckning för befolkningen. Det ankommer på den nationella nivån att fastställa de allmänna målsättningarna och principerna för hälso- och sjukvårdssystemet. De allmänna målen för systemet och de regionala målen bildar en helhet. Varje region har alltså en egen plan för social- och hälsovården inom regionen. Denna plan hör ihop med den regionala utvecklingsplanen (Piano Regionale di Sviluppo) som syftar till att integrera olika förvaltningsområdens arbete till en helhet ur regionens perspektiv.

Aktörer på nationell nivå är hälso- och sjukvårdsministeriet (Ministero della Salute) och det nationella hälso- och sjukvårdsinstitutet (Istituto Superiore di Sanità ISS) samt andra mindre substansmyndigheter. Något som i hög grad styr tjänsteproduktionen på nationell nivå är fastställandet av nivån på vården genom vad som kallas basservicepaket. Basservicen, LEA (Livelli essenziali di assistenza), fastställs nationellt. Varje region ska kostnadsfritt för medborgarna tillhandahålla den basservice eller de förmåner som fastställts. Regionerna kan komplettera det egna utbudet av basservice på det sätt de vill, men de måste själva bekosta tilläggstjänsterna. Mentalvårdstjänsterna och den vuxna befolkningens tandvård omfattas inte av basservicen. LEA-systemet ger de yttre ramarna samt anvisningar för ordnandet av ett flertal tjänster, t.ex. i samband med vaccinering och förebyggande av sjukdomar. En för centralförvaltningen viktig styrmekanism är ett hälsoavtal (Patto per la salute) som upprättas vid förhandlingar mellan centralförvaltningen och regionerna för tre år åt gången. I avtalet fastställs bl.a. de centrala strategiska utvecklingsområdena och prioriteringarna, LEA och standarder för olika tjänster.

I Italiens hälso- och sjukvårdssystem uppgår andelen offentlig finansiering till 77,3 procent. Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen genom systemet för företagsbeskattning. De enskilda regionerna kan dessutom samla finansiering genom ytterligare regional beskattning, vilket har lett till ojämlikhet också när det gäller finansieringen. Resten av finansieringen utgörs av befolkningens egen finansiering, som till största delen går till läkemedel. Privata försäkringar har endast en marginell betydelse i systemet, för de används främst för att täcka tilläggstjänster eller tilläggsvård utanför basservicen eller vid sjukhusen.

I Italien produceras tjänsterna inom social- och hälsovården genom lokala hälsovårdsenheter (Aziende Sanitarie Locali). Regionerna har omfattande behörighet att fastställa hur tjänsterna produceras i praktiken. Hälsovårdsenheterna ansvarar för produktion av primärvård, specialiserad sjukvård, folkhälsoarbete, företagshälsovård samt hälsojourer i samband med socialservicen. Allmänläkarna inom primärvården har den så kallade portvaksrollen, och allmänläkarna arbetar i regel självständigt vid kliniker och finansieras på kapitationsgrunder. Allmänläkarnas arvodesnivåer, ansvar och uppgifter fastställs genom förhandlingar mellan centralförvaltningen och allmänläkarnas fackorganisationer. Centralförvaltningen har börjat erbjuda incitament för bättre samarbete mellan primärvården, socialservicen, hemvården och miljö- och hälsoskyddet. Befolkningen listar sig hos en allmänläkare, och det är möjligt att byta läkare när man vill. År 2013 kunde det på en allmänläkares lista finnas högst 1 500 invånare.

Sjukhusens verksamhet grundar sig på de lokala hälsovårdsenheternas finansiering. Sjukhusen är antingen offentliga sjukhus eller ackrediterade privata sjukhus. De offentliga sjukhusen kan antingen helt eller delvis ledas av hälsovårdsenheterna. Avgifter och praxis inom den specialiserade sjukvården varierar avsevärt mellan de olika regionerna. Inom långvården finns det olika praxis med mycket varierande finansiell grund. Till denna del skiljer sig Italien från de andra länderna i Europa, eftersom andelen offentlig finansiering inom långvården är exceptionellt liten. Familjens ansvar för omsorgen om närstående är stort i Italien. Vid reformerna under 2000-talet har man i Italien koncentrerat sig på att stärka regionernas ställning och utarbetandet av nationella hälsoplaner. I kvalitetsarbetet är hälsovårdsproducenternas skyldighet att publicera en så kallad servicekarta

(Carta dei Servizi) central. Med hjälp av servicekartan får tjänsteanvändarna information om kötider, resultat av kvalitetsindikatorerna och klagomål. Alla aktörer inom hälso- och sjukvården ska vara ackrediterade. En tjänsteproducent inom hälso- och sjukvården som inte är ackrediterad har inte rätt till finansiering från centralförvaltningen. På centralförvaltningens webbsidor publiceras öppet omfattande information om hur väl hälso- och sjukvården fungerar och om dess effektivitet. Nationell aktör inom patientsäkerhetsarbetet i Italien är centret för uppföljning av patientsäkerhet och god praxis (Osservatorio Buone Pratiche).

Portugal

Hälso- och sjukvården i Portugal omfattar tre överlappande system: 1) den offentliga hälso- och sjukvården, National Health System som motsvarar NHS i Storbritannien, som finansieras med skattemedel och är helt eller delvis avgiftsfri för patienten och öppen för alla, 2) så kallade undersystem, där staten betalar försäkringarna eller tjänsterna för vissa grupper av tjänsteinnehavare eller där företag tecknar försäkringar för sina arbetstagare och 3) ett system som grundar sig på frivillig privat försäkring. De två senare täcker 20–25 procent av befolkningen.

Hälso- och sjukvårdsministeriet ansvarar för landets hälsopolitik och för planeringen av hälso- och sjukvården. Ansvaret för ordnande av tjänster på basnivå inom den offentliga hälso- och sjukvården har fördelats på fem regioner. Den regionala hälsovårdsförvaltningen (Administração Regional de Saúde) svarar inför hälso- och sjukvårdsministeriet för att de mål man kommit överens om uppnås, för produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster på basnivå, för kompletterande avtal med privata allmänläkare och specialistläkare och för tillsyn över verksamheten. Kommunerna ansvarar inom hälso- och sjukvården främst för hälsofrämjande verksamhet.

Den offentliga hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen med statliga skattemedel. Dess andel av statsbudgeten är ca 13 procent. De stränga sparkrav som ställts på Portugal på grund av den ekonomiska krisen i landet har påverkat också hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsministeriet allokera den statliga finansieringen direkt till de offentliga sjukhusen. Den statliga finansieringen till regionerna baserar sig på tidigare användning och kapitation. Med denna finansieras basservicen och särskilda program inom hälso- och sjukvården.

Inom den offentliga hälso- och sjukvården betalar patienten en del av utgifterna i form av användaravgifter för enskilda åtgärder. Avgifterna för läkemedel är störst, men också avgifterna för jourbesök och besök hos allmänläkare och specialistläkare är mycket stora. Avgifterna hör till de högsta i Europa. Barn, gravida och mindre bemedlade är åtminstone i teorin befriade från avgifter. Det har dock konstaterats att kostnaderna för hälso- och sjukvården relativt sett är mest betungande för personer i de lägsta inkomstklasserna, bland annat eftersom avgifterna är avdragsgilla i inkomstbeskattningen. På de offentliga sjukhusens avdelningar tas användaravgifter bara ut av privatpatienter som betalar full avgift. Undersystemen, som täcker en del eller alla tjänster, finansieras med både arbetstagar- och arbetsgivaravgifter samt med statlig finansiering av arbetstagarernas försäkring eller av tjänster.

Reformerna inom hälso- och sjukvården har haft som syfte att öka verkningsfullheten och effektiviteten. Detta har vid de nya sjukhusen främjats genom samarbete mellan den offentliga och den privata sektorn och genom förnyad administrativ struktur vid de offentliga sjukhusen. Inom primärvården är långvården nätverksbaserad.

Största delen av tjänsterna på basnivå tillhandahålls vid hälsovårdscentraler, där personalen är anställd inom den offentliga sektorn. Detta kompletteras av privata allmänläkare och specialistläkare som den regionala myndigheten ingår avtal med. Dessa privata läkare har individuella mottagningar eller grupp-mottagningar och samarbetar med hälsovårdscentralerna (10–15 procent av tjänsterna).

Ministeriet för solidaritet och social trygghet ansvarar för socialvården. Socialservice produceras, förutom av familjen, huvudsakligen av aktörer inom tredje sektorn, medan lokalförvaltningens roll begränsas till enskilda projekt. Den mest betydande tillhandahållaren av mångsidig socialservice är den icke-vinstdrivande takorganisationen IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social. Efter att ha godkänts i takorganisationen har enskilda organisationer möjlighet att börja producera tjänster också med offentlig finansiering. Lagen från 2014 begränsar de vinstdrivande företagens roll som producenter av offentliga tjänster. Företagen måste få verksamhetstillstånd från socialförsäkringsinstitutionen och uppfylla kraven för certifiering. Ett företag kan få avtal som producent av offentliga tjänster, varvid staten betalar en del av kostnaderna för tjänsten och klienten resten. Under den senaste tiden har det även utvecklats integrerade tjänster i långvården som ett samarbete mellan olika aktörer.

För vissa yrkesgrupper och arbetstagare är den offentliga eller den privata försäkringen obligatorisk (de så kallade undersystemen). Offentliga försäkringar finansieras helt med statliga medel, och de täcker en del av arbetstagarna inom den offentliga sektorn, såsom ADSE-försäkringen, som omfattar 1,3 miljoner arbetstagare inom central-, regional- och lokalförvaltningen. Vissa företag har en försäkring som finansieras av arbetsgivaren, arbetstagaren eller båda och som täcker användaravgifterna för offentliga tjänster, erbjuder privata hälso-tjänster i enlighet med de avtal som förhandlats fram eller ersätter utgifterna i efterhand. I Portugal är även aktörer inom den tredje sektorn betydande tillhandahållare av hälso-tjänster. Många har en bakgrund inom den katolska kyrkan (Misericórdias). Utöver sämre lottade i omedelbart behov av vård, vårdar de också kroniskt sjuka.

Hälso- och sjukvårdsministeriet har huvudansvaret för och utövar tillsyn över samt planerar, styr och reglerar verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården. Ministeriet ansvarar också för reglering och revision av samt tillsyn över privata tjänster. I den strategi för kvalitetssäkring som ministeriet publicerar ingår bland annat instruktioner för klinisk vård, nationella indikatorer för uppföljning av kvalitetssäkringen av vården och administrationen samt sätt att främja patientsäkerheten.

Andra instanser som utövar tillsyn och ger anvisningar är den högsta hälso- och sjukvårdsmyndigheten (Alto Comissariado para a Saúde), tillsynsverket för tjänsteproducenter inom den specialiserade sjukvården, medicinalstyrelsen och anstalten för kvalitet och administration inom hälso- och sjukvården.

Om patientens rätt att inom ramen för de befintliga resurserna välja hälso-tjänster och tjänestetillhandahållare föreskrivs i lag. Omfattningen av patientens valfrihet beror på om patienten omfattas av det offentliga systemet, har en privat försäkring eller omfattas av en yrkeskårs eller arbetsplats försäkring. Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan patienten välja en allmänläkare inom den region där patientens hemkommun finns, en husläkare som har en offentlig tjänst vid en hälsovårdscentral i regionen eller en privat allmänläkare som har ingått avtal med den offentliga hälso- och sjukvården. Man måste registrera sig (lista sig) hos den läkare man väljer. I praktiken har inte alla invånare registrerat sig, vilket beror på det låga antalet allmänläkare särskilt i inlandet. Därför finns det en del av befolkningen som inte omfattas av hälso-tjänsterna och inte heller av valfriheten. Man har rätt att byta husläkare inom den offentliga hälso- och sjukvården, under förutsättning att man till den regionala hälsoförvaltningen lämnar en skriftlig ansökan där man förklarar varför man vill byta.

För att komma till en specialistläkare inom den offentliga hälso- och sjukvården krävs en remiss från en allmänläkare. Också för att komma till ett sjukhus måste man få remiss av en läkare, med undantag för jouren. Inom den offentliga hälso- och sjukvården kan patienten inte välja sjukhus. Patienten kan dock med tillstånd av ministeriet få statligt finansierad vård på ett privat sjukhus, om patienten skulle vara tvungen att vänta mer än tre månader på att komma till ett offentligt sjukhus. De som omfattas av en yrkeskårs eller arbetsplats försäkring samt de som har en privat hälsoförsäkring kan i allmänhet direkt uppsöka privata sjukhus eller specialistläkare som godkänts av försäkringsgivaren.

För att utvidga valmöjligheterna togs det år 2008 i bruk en servicesedel för tandvården, inom vilken det inte erbjuds många offentliga tjänster. Sedlarna ges bara till gravida och till äldre personer. Systemet utvidgades senare till att gälla också barn, men då krävs remiss av en allmänläkare för att få en servicesedel.

Varken den regionala hälso- och sjukvården eller tillsynsmyndigheterna har någon lagstadgad skyldighet att ge invånarna information om tjänsterna och tjänestetillhandahållarna. De förmedlar dock i någon mån information om tjänsteproducenter och tjänster samt rapporter om tjänsternas kvalitet. Hälso- och sjukvårdsministeriet har en webbsida med information om offentliga och privata sjukhus kvalitet, såsom klinisk nivå, patientsäkerhet, sjukhusets vårdberedskap, patientcentrering och patienttillfredsställelse. Informationen fås från tjänsteproducenterna, som förmedlar den till den regionala hälsoförvaltningen.

Frankrike

För den franska social- och hälsovården är den nationella och den regionala nivån central. På nationell nivå är centrala aktörer Frankrikes hälso- och sjukvårdsverk (Direction générale de la santé DGS), som har som uppgift att producera för folkhälsan centrala hälsopolitiska riktlinjer och program, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), som har till uppgift att ansvara för social- och hälsovårdens resurser, centralen för social trygghet (DSS), som ansvarar för socialpolitiska ärenden, samt DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), som på ett omfattande sätt koncentrerar sig på social välfärd och jämlikhet och som behandlar familje-, köns- och funktionshindersfrågor. Det mest centrala nationella organet är dock hälso- och sjukvårdsministeriet, som ansvarar för ärenden gällande regleringen av social- och hälsovården och gällande budgeten.

Det är staten och försäkringssystemet samt i mindre mån kommunerna som bär ansvaret för hälsopolitiken, regleringen av verksamheten och hälso- och sjukvårdssystemet. Bland producenterna finns offentliga sjukhus, vinstdrivande privata och allmännyttiga privata sjukhus samt privata yrkesutövare.

Aktörerna på regional nivå har slagits samman efter 2010, och för närvarande är de regionala hälsomyndigheterna (ARS) centrala aktörer. Deras uppgifter har att göra med samordnad vård, vettig allokering av resurser och mer jämlik tillgång till vård. På det franska fastlandet finns det 22 ARS och inom de utomeuropeiska territorierna 4 ARS.

Det franska systemet baserar sig på en lagstadgad sjukförsäkring som täcker nästan 100 procent av landets befolkning. Det är möjligt att komplettera den lagstadgade sjukförsäkringen med en privat försäkring som täcker den självriskandel som inte omfattas av den lagstadgade försäkringen.

Det franska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras huvudsakligen med offentliga medel. Fransmännen betalar en andel av sin lön till en allmän socialförsäkringsfond (CNAMTS). Även arbetsgivaren deltar i betalningen. Avgiften bestäms på basis av inkomstnivån. Av kostnaderna inom social- och hälsovården finansieras ca 75 procent med offentliga medel som huvudsakligen består av ovannämnda avgifter. Man betalar dock en självriskandel för användningen av tjänsterna. För att täcka självriskandelen finns det olika försäkringar som t.ex. arbetsgivarna kan skaffa åt sina anställda.

I Frankrike används Carte Vitale, ett betalkort försett med socialskyddssignum, av vilket tjänsteproducenten kan avläsa för vilka tjänster personen är försäkrad. Hälsöförsäkringsfondernas centralförbund (l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladies UNCAM) förhandlar om avgifterna för tjänsterna med förbundet för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (Union Nationale des Professionnels de Santé UNPS) för fem år åt gången. Tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården HAS (Haute Autorité de Santé) deltar också i förhandlingarna. På lokal nivå ansvarar ARS för de socialförsäkringsfonder (Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail CARSAT) genom vilka t.ex. pensionerna finansieras.

Inom primärvården har allmänläkarna ingen så kallad portvaksroll, utan patienten kan fritt välja allmänläkare eller direkt uppsöka specialistläkare. Läkarna inom primärvården arbetar huvudsakligen vid praktiker, ensamma eller i team. Ungefär en tredjedel av läkarna arbetar inom primärvården.

Bland producenterna finns både offentliga och privata tjänsteproducenter, hos vilka de yrkesutbildade personerna till stor del är privata yrkesutövare. De som tillhandahåller tjänster inom den öppna sjukvården är till största delen privata. Vård på sjukhusnivå produceras av privata, offentliga och icke-vinstdrivande organisationer. För att omfattas av ersättningar från den obligatoriska hälsoförsäkringen ska de privata tjänsteproducenterna ingå avtal med försäkringsinstitutionen (det lokala hälso- och sjukvårdsverket).

Tjänster inom den specialiserade sjukvården produceras genom olika slags sjukhus. Universitetssjukhusen (Centre Hospitalier Régional Universitaire CHRU) producerar tjänster inom specialiserad sjukvård och är dessutom de sjukhus som ansvarar för undervisning och forskning. Universitetssjukhusen är 29 till antalet. Det finns över 800 övriga sjukhus, varav 90 är psykiatriska sjukhus. Av dessa övriga sjukhus fungerar ca 300 som lokala sjukhus med uppgifter även i anslutning till långvård och serviceboenden. Också privata aktörer kan godkännas som producenter av offentligt finansierade tjänster inom den specialiserade sjukvården. Dessa aktörer får då en viss status (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif ESPIC).

Den viktigaste mekanismen för marknadsreglering är avtal om priser för åtgärder och servicehändelser. Vissa specialistläkare inom den öppna sjukvården har en avtalsenlig möjlighet att ta ut ett högre pris av klienten än det pris för specialistläkares tjänster som man kommit överens om. I avtalen sätts det en gräns för hur stora belopp specialistläkarna kan ta ut av klienterna. Dessutom har man i det franska systemet vid sidan av prestationsbaserad fakturering provat ett ersättningssystem baserat på vårdresultat. Till exempel när det gäller långtidssjuka patienter har läkarna möjlighet att få bonus för lyckade vårdresultat.

I det franska systemet har integrationen av tjänsterna byggts upp genom producentnätverk. De grundar sig på en lagstiftningsreform från 2004. Integrationen av tjänsterna koncentreras särskilt på vård av de långvariga sjukdomar som fastställts i reformen och i hälsoplanen för kroniska sjukdomar. Dessutom finns det integrerade producentnätverk inom tjänsterna för äldre. De baserar sig på det i reformen fastställda programmet för en åldrandeprocess med bibehållen hälsa.

I Frankrike finns det enligt uppskattning drygt 1 000 olika producentnätverk. En del av producentnätverken är koncentrerade på vård av en viss sjukdom (t.ex. diabetes), och en del har en viss befolkningsgrupp som målgrupp. Producentnätverkens verksamhet finansieras genom särskild finansiering i budgeten för social- och hälsovården, ur fonden för kvaliteten på och samordningen av omsorgen (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, FIQCS). År 2009 var finansieringen ca 163 miljoner euro (Département de la coordination et de l'efficience des soins & Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

Genom formandet av producentnätverk eftersträvar man både vertikal och horisontell integration. Målet med dem är vertikal sammanslagning av vården vid sjukhusen med den öppna sjukvården och primärvården. Genom horisontell integration strävar man efter att integrera socialservicen med hälso- och sjukvården. Till exempel när det gäller tjänsterna för äldre betyder integration av socialservice bl.a. att omsorgstjänsterna ingår i ett gemensamt nätverk med hälso- och sjukvården.

Det franska ANESM (Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et medico-sociaux) koncentrerar sig på utveckling av social- och hälsovårdens kvalitet, främjande av säker vård samt patienternas rättigheter, särskilt när det gäller äldre personer, personer med funktionsnedsättning, barn och socialt marginaliserade personer. I Frankrike används dock inget system där man systematiskt samlar information om alternativa tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster. Med stöd av lagen om patienträttigheter samlas det dock till stöd för valfriheten in information om tjänsternas kvalitet. Hälso- och sjukvårdsministeriet har en webbsida med information om offentliga och privata sjukhus kvalitet, såsom klinisk nivå, patientsäkerhet, sjukhusets vårdberedskap, patientcentrering och patienttillfredsställelse. Informationen fås från tjänsteproducenterna, som förmedlar den till den regionala hälsoförvaltningen.

När det gäller kvalitetsledningen är ytterligare en central aktör den nationella aktör (Haute Autorité de santé HAS) som systematiskt ackrediterar Frankrikes sjukhus. HAS är inte en del av Frankrikes centralförvaltning, utan en självständig aktör som rapporterar till Frankrikes parlament och regering. HAS publicerar indikatoruppgifter på sin webbplats. Dessutom samlar och publicerar patientorganisationerna information om tjänsternas kvalitet. Media publicerar årligen en stjärnklassificering av de offentliga och privata sjukhusen.

Frankrikes servicesystem inom social- och hälsovården definieras i stor utsträckning av valfriheten, som har en lång historia inom Frankrikes hälso- och sjukvård. Grunderna till la médecine libérale-principerna lades 1928, då det bestämdes att läkarna ska vara fria att utöva läkaryrket på prestationsgrunder och att patienterna ska ha frihet att välja sina läkare och läkarna sina patienter. Det har dock förekommit problem när det gäller förverkligandet av valfriheten i och med att läkararbetskraften koncentreras till tätorterna, vilket begränsar möjligheten för invånarna i glesbygden att välja tjänsteproducent. Det har konstaterats att en svag punkt i Frankrikes servicesystemet är att det finns problem gällande kontinuiteten i och samordningen av vården. Det har knappt skett någon integration, varken horisontellt eller vertikalt.

Valfriheten tillämpas inom både primärvården och den specialiserade sjukvården, och valfriheten gäller både dem som tillhandahåller tjänster (såsom läkare) och de organisationer som producerar tjänster. Patienten kan fritt välja vilken allmänläkare eller specialistläkare eller vilket sjukhus han eller hon uppsöker. Det fastställs dessutom i lag att patienten har rätt att få en andra bedömning, dvs. en annan tjänstetillhandahållares eller producentens syn på sjukdomen eller vården.

Tyskland

Tyskland består av sexton delstater (Bundesland) med omfattande självständig beslutanderätt. Befolkningsmängden varierar stort mellan de olika delstaterna. Den minsta delstaten Bremen har 661 000 invånare, medan Nordrhein-Westfalen har knappt 18 miljoner invånare. Delstaternas interna förvaltningsstrukturer varierar i och med att en del av delstaterna är indelade i regeringsdistrikt (Regierungsbezirke) och vidare i kretsar (Landkreise). I Tyskland finns det 295 kretsar, och de kommuner (Gemeinde) och städer (Stadt) som hör till någon krets är över 11 000 till antalet.

Tysklands hälso- och sjukvårdssystem präglas av att beslutsfattandet är fördelat på förbundsstatsnivå, delstatsnivå och legitimerade organisationer inom civilsamhället. En annan betydande faktor inom Tysklands hälso- och sjukvårdssystem är att det är försäkringsbaserat.

Sedan ingången av 2009 måste alla tyskar ha en lagstadgad sjukförsäkring. Reformen medförde också att medlen för hälso- och sjukvården fonderades i en nationell fond och att medlen betalas tillbaka till sjukförsäkringskassorna via ett riskhanteringssystem. Så fick man i systemet ett element som i större utsträckning beaktar sjukfrekvensen och riskhanteringen.

Sjukförsäkring (Gesetzliche Krankenversicherung GKV), dvs. medlemskapet i sjukkassan, täcker även familjemedlemmar utanför arbetslivet. Sjukförsäkringarna representeras av regionala och yrkeskårsspecifika centralförbund som deltar i fastställandet av de fasta maximipriserna för tjänsterna tillsammans med tjänsteproducenterna, dvs. regionala läkarföreningar och sjukhus. Vid sidan av de offentliga sjukförsäkringarna finns det även privata sjukförsäkringar. Det är obligatoriskt att skaffa en offentlig sjukförsäkring för alla som har en årlig inkomst på under 48 000 euro. Personer vars inkomster överskrider denna gräns kan i stället för en offentlig försäkring välja en privat försäkring. För en frisk människa kan en privat försäkring vara billigare än en offentlig. Sjukförsäkringsavgifterna baserar sig på löntagarens bruttoinkomster, och avgifterna fördelas mellan löntagaren och arbetsgivaren. År 2008 betalade löntagaren en avgift på 8 procent och arbetsgivaren en avgift på 7 procent av bruttolönen. Systemet har ett avgiftstak.

Långvårdsförsäkringen är obligatorisk för alla förvärvsarbetande. Försäkringen ersätter tjänsterna för personer med funktionsnedsättning och för äldre personer. Försäkringen täcker inte alla slags tjänster i lika stor utsträckning som den offentliga sjukförsäkringen, men den omfattar ändå basservicen. Vilken socialservice som ersätts beror på hur ofta personligt stöd och hemservice behövs och i vilken utsträckning det är möjligt att få stöd av anhöriga. Klienten kan dessutom få direkt ekonomiskt stöd som kan användas till det stöd som ges av anhöriga eller till att förbättra tillgängligheten i den egna lägenheten.

Inom produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster har allmänläkarna ingen så kallad portvaksroll, utan de försäkrade kan direkt uppsöka specialistläkare om de så vill. I Tyskland konkurrerar man om patienterna, och läkarna inom den öppna vården verkar som yrkesutövare. Läkarna ska vara medlemmar i en regional förening. Föreningarna är formellt också tjänsteproducenter. Av sjukhusen är hälften offentliga icke-vinstdrivande, en tredjedel privata icke-vinstdrivande och resten privata vinstdrivande företag. Totalt finns det ca 1 700 sjukhus i Tyskland.

När det gäller produktionen av socialservice har aktörer inom den tredje sektorn en central roll. Numera tillhandahålls tjänster dessutom av privata företag. Systemet bygger på klientens rätt att välja den lämpligaste tjänsteproducenten. Man kan få socialt stöd i form av tjänster, naturaförmåner eller penningförmåner. I stödet ingår alltid också rådgivning och vägledning. Det finns sex huvudsakliga tjänsteproducentorganisationer (BAGFW), och de erbjuder klienterna både yrkesmässiga tjänster och tjänster som baserar sig på frivilligt arbete. Tjänsteproducenterna samarbetar med socialväsendet och förvaltningen inom kommunen, och deras verksamhet är avtalsbaserad. Verksamheten finansieras av staten och kommunen samt med ersättningar från socialförsäkringen. Organisationerna får även medel genom t.ex. privata donationer. Dessutom får religiösa samfund medel från kyrkoskatten.

Valfriheten förverkligas i Tyskland genom fritt val av sjukförsäkring. Invånarna kan själva välja sjukförsäkring och därigenom kompensationsplan. Man kan byta sjukförsäkring med 18 månaders mellanrum, och i stället för en offentlig sjukförsäkring kan man också välja ett privat alternativ, om ens inkomster överskrider ovannämnda gräns på 48 000 euro. Bland de hälso- och sjukvårdstjänster som sjukförsäkringen förhandlat fram kan klienten fritt välja t.ex. sjukhus och behandlande läkare. När det gäller tjänster till äldre har försäkringssystemet utvidgats också till omsorg.

I Tyskland finns varken någon offentlig aktör eller något offentligt system som centraliserat distribuerar information om tjänster och tillhandahållare till klienter och patienter. Eftersom man konkurrerar om patienterna erbjuder försäkringsföretagen och tjänsteproducenterna mycket information till befolkningen. Tillsyn över hälso- och sjukvårdens kvalitet utövas av det självständiga institutet för kvalitetskontroll, Institut Für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Dess uppgift är att producera olika ackrediteringsprogram och indikatorer för hälso- och sjukvården. Verksamheten är koncentrerad på den specialiserade sjukvårdens kvalitet.

Modellerna för ordnande av räddningsväsendet i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder

Modellerna för ordnande av räddningsväsendet i de nordiska länderna samt Estland, Förenade kungariket och Irland har granskats. I granskningen ingår utöver de nordiska länderna även länder där räddningssystemet utvecklats på senare tid genom en ändring av den administrativa organisationen. Ansvaret för ordnandet av räddningsväsendet har vanligen kommunerna. En viktig skillnad jämfört med flera länder är att Finland inte har en för andra länder typisk räddningsmyndighet som är underställd det ansvariga ministeriet.

Sverige

I Sverige är det kommunerna (290) som på lokal nivå ansvarar för räddningsväsendet. Kommunerna kan även ha gemensamma räddningsverk, så kallade kommunförbund. Länsstyrelserna ansvarar inom sitt geografiska område för samordningen av kommunernas räddningsväsende. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), som lyder under justitiedepartementet, ansvarar för den nationella samordningen av räddningsväsendet.

Norge

I Norge är det kommunerna (428) och länen (fylkena) (11) som på lokal nivå ansvarar för räddningsväsendet. Kommunerna kan även ha gemensamma räddningsverk. De statliga länsmyndigheterna (fylkesmannsembetet) ansvarar inom sitt område för uppföljningen och styrningen av kommunernas beredskaps- och räddningsväsende. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB), som lyder under justits- og beredskapsministerie, ansvarar för den nationella samordningen av räddningsväsendet och beredskapen.

Danmark

I Danmark är det kommunerna (98) som på lokal nivå ansvarar för räddningsväsendet. Kommunerna kan ha gemensamma räddningsverk. Kommunerna kan också skaffa räddningsväsendets tjänster av ett privat företag eller av den danska beredskapsmyndigheten Beredskabsstyrelsen (DEMA), som är underställd försvarsministeriet och som ansvarar för den nationella samordningen av räddningsväsendet. Fem räddningscentraler på nationell nivå lyder under BRS. Från dessa kan utbildad personal och resurser sändas som stöd till de kommunala räddningsverken vid omfattande, långvariga eller personalkrävande allvarliga olyckor eller krissituationer.

Estland

I Estland ansvarar staten för räddningsväsendet och landet är indelat i fyra regionala räddningscentrum och 15 landskap. Ett räddningsverk (päästeamet) som lyder under inrikesministeriet ansvarar för den nationella samordningen av räddningsväsendet. I Estland är räddningsverken utplacerade enligt en riskidentifiering som gäller hela landet, alltså inte utifrån kommunens eller landskapets riskidentifiering.

Storbritannien

I England och Wales ansvarar cirka 50 regionala räddningsverk för räddningsväsendet. Civil Contingencies Secretariat (CCS) ansvarar i anslutning till premiärministerns kansli för den nationella beredskapsplaneringen inom den civila sektorn. I Skottland och Nordirland har räddningsväsendet omorganiserats och de har vardera endast ett räddningsverk.

Irland

I Irland ansvarar kommunerna för upprätthållandet av brandkårer. Office of Emergency Planning (OEP), som lyder under försvarsministeriet, en nationell styrgrupp och regeringens beredskapsorgan ansvarar för den nationella samordningen av räddningsväsendet mellan olika ministerier och myndigheter.