

INNEHÅLL

MOTIVERING	5
4 FÖRSLAGEN OCH DERAS KONSEKVENSER.....	5
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	5
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser.....	8
4.2.1.1 Konsekvenser för kommunalekonomin	10
4.2.1.1.1. Konsekvenser av finansieringssystemets förändringar på balansen i kommunernas ekonomi.....	11
4.2.1.1.2 Kostnader och inkomster som överförs från kommunerna	13
4.2.1.1.3 Kostnader för och inkomster av de uppgifter som blir kvar i kommunerna	13
4.2.1.1.4 Utjämning av ändringen i statsandelssystemet och justering av kalkylerna	15
4.2.1.1.5 Konsekvenser för enskilda kommuner och kommungrupper samt regionala konsekvenser.....	16
4.2.1.1.6 Bedömning av kommunernas ekonomiska situation efter reformen.....	17
4.2.1.1.7 Konsekvenser för kommunernas ställning på lånemarknaden	19
4.2.1.1.7.1 Riskvikt för kommunernas krediter	20
4.2.1.1.7.2 Kommunernas medelsanskaffning efter reformen	21
4.2.1.2 Konsekvenser för statsfinanserna.....	22
4.2.1.3 Dämpning av kostnadsökningen	23
4.2.1.4 Konsekvenser för vårdlandskapens ekonomi.....	27
4.2.1.4.1 Uppskattningar av finansieringsnivån enligt vårdlandskap.....	33
4.2.1.4.2 Övriga konsekvenser för vårdlandskapens ekonomi.....	41
4.2.1.4.3 Faktureringsarrangemang för social- och hälsovårdens kostnader	41
4.2.1.5 Egendomsarrangemangens konsekvenser för kommunerna och vårdlandskapen.....	42
4.2.1.5.1 Konsekvenser för kommunerna	42
4.2.1.5.2 Underskott i samkommuner som överförs till ett vårdlandskap.....	48
4.2.1.5.3 Kommunernas ansvar och förbindelser, avskrivningar och driftsekonomiska inkomster.....	48
4.2.1.5.4 Konsekvenser för samkommunerna samt för kommunkoncernernas strukturer och verksamhet	49
4.2.1.5.5 Egendomsarrangemangens konsekvenser för kommunerna under och efter övergångsperioden	50
4.2.1.5.6 Egendomsarrangemangens konsekvenser för vårdlandskapen	55
4.2.1.5.7 Statens borgensansvar i samband med egendomsarrangemangen	56
4.2.1.5.8 Lån och övriga förbindelser från Kommunfinans Abp	56
4.2.1.5.9 Egendomsarrangemangens konsekvenser för överlåtelseskatten.....	58
4.2.1.5.10 Egendomsarrangemangens konsekvenser för inkomstskatten	58
4.2.1.6 Konsekvenser för beskattningen	58
4.2.1.6.1 Överföring av skatteinkomster från kommunerna till staten.....	58

4.2.1.6.2 Konsekvenser för olika skattetagares intäkter av skatterna på förvärvs- och kapitalinkomst.....	59
4.2.1.6.3 Förändringar i samfundsskatten	60
4.2.1.6.4 Konsekvenser för de skattskyldiga.....	60
4.2.1.6.5 Konsekvenser för inkomstfördelningen	62
4.2.1.6.6 Ersättning av invalidavdraget med ett direkt stöd	63
4.2.1.6.7 Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen	63
4.2.1.6.8 Ändring av fördelningen av beskattningskostnaderna	63
4.2.1.6.9 Administrativa konsekvenser av ändringarna i beskattningen	64
4.2.1.6.10 Beräkningsåret i konsekvensbedömningarna och framtida uppdateringar av bedömningarna.....	64
4.2.1.6.11 Mervärdesbeskattning	64
4.2.1.6.12 Konsekvenser för beskattningen på Åland.....	64
4.2.1.7 Konsekvenser för finansieringen av pensioner	65
4.2.1.7.1 Beräkningsantaganden vid bedömning av pensioner	65
4.2.1.7.2 Pensionernas konsekvenser för ekonomin mellan staten och kommunerna	66
4.2.1.7.3 Pensionernas konsekvenser för kommunernas ekonomi.....	66
4.2.1.8 Informations- och kommunikationstekniska tjänster och lösningar (IKT-tjänster)	67
4.2.1.8.1 Ansvarerna för informationshanteringen.....	67
4.2.1.8.2 Sektoroberoende IKT-funktioner	68
4.2.1.8.3 Ändringar som gäller kommunerna	69
4.2.1.8.4 Vårdlandskapens informationshantering och IKT-tjänster	70
4.2.1.9 Kostnader för landskapsval och landskapsinitiativ	72
4.2.1.10 Konsekvenser för hushållen	73
4.2.1.11 Konsekvenser för företagen	73
4.2.1.12 Ändringskostnader	74
4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	81
4.2.2.1 Konsekvenser för kommunernas organisation och verksamhet	81
4.2.2.2 Överföring av elevhälsan till vårdlandskapen	83
4.2.2.3 Konsekvenser för förhållandena mellan myndigheterna.....	84
4.2.2.4 Konsekvenser för myndigheternas regionala ansvarsfördelning.....	86
4.2.2.5 Konsekvenser för tillsynsmyndigheterna	86
4.2.2.6 Konsekvenser för domstolarna.....	86
4.2.2.7 Konsekvenser för verksamheten vid de ministerier som styr vårdlandskapen	87
4.2.2.8 Konsekvenser för myndigheterna i fråga om Åland	90
4.2.2.9 Konsekvenser för den internationella räddningsverksamheten.....	90
4.2.2.10 Konsekvenser för statens övriga myndigheter	90
4.2.2.11 Konsekvenser för dataskyddet	90
4.2.3 Konsekvenser för miljön	92
4.2.4 Samhälleliga konsekvenser	92
4.2.4.1 Ändring av systemet för social trygghet	92
4.2.4.2 Konsekvenser för invånarnas möjligheter till inflytande samt för demokratin och det politiska systemet.....	94

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.4.2.1 Invånarnas möjligheter att delta och påverka.....	94
4.2.4.2.2 Valdeltagande, förtroendeuppdrag, det politiska systemet och det civila samhället	95
4.2.4.3 Konsekvenser för människorna.....	98
4.2.4.3.1 Konsekvenser för människors ställning och de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna	98
4.2.4.3.2 Konsekvenser för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet.....	99
4.2.4.3.3 Konsekvenser för de tjänster som invånarna får	100
4.2.4.3.3.1 Konsekvenser för bedömningen av servicebehovet och planeringen av tjänsterna	100
4.2.4.3.3.2 Konsekvenser för tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet	101
4.2.4.3.3.3 Konsekvenser för tjänsternas kvalitet och genomslag	102
4.2.4.3.3.4 Konsekvenser för samordningen av tjänsterna.....	103
4.2.4.3.4 Konsekvenser för tjänsterna för olika befolkningsgrupper	105
4.2.4.3.4.1 Befolkningen i arbetsför ålder.....	106
4.2.4.3.4.2 Personer med funktionsnedsättning	106
4.2.4.3.4.3 Barn, unga och familjer.....	107
4.2.4.3.4.4 Konsekvenser för ordnandet av mentalvårdstjänster för barn och unga	109
4.2.4.3.4.5 Konsekvenser för ordnandet av barnskyddet	109
4.2.4.3.4.6 Klienter inom mental- och missbruksvård	111
4.2.4.3.4.7 Äldre.....	112
4.2.4.3.5 Konsekvenser för befolkningens välfärd och hälsa samt för minskning av ojämlikheten.....	112
4.2.4.4 Konsekvenser av ändringar som gäller de språkliga rättigheterna.....	113
4.2.4.4.1 Tillgodoseende av de språkliga rättigheterna i praktiken.....	115
4.2.4.4.2 Konsekvenser för personalens språkkunskaper.....	115
4.2.4.4.3 Nationalspråksnämnden och samiska språknämnden	116
4.2.4.4.4 Konsekvenser för samernas språkliga rättigheter.....	116
4.2.4.4.5 Konsekvenser för teckenspråkiga	119
4.2.4.5 Konsekvenser för jämställdheten	119
4.2.4.6 Produktion av de tjänster som ordnas av vårdlandskapen.....	121
4.2.4.7 Konsekvenser för personalen	121
4.2.4.8 Konsekvenser för beredskap och förberedelse.....	124
4.2.4.9 Konsekvenser för organisationer.....	124
4.2.4.10 Konsekvenser för informationshanteringen	126
4.2.4.10.1 Konsekvenser för ansvaret i fråga om informationshanteringen.....	126
4.2.4.10.2 Konsekvenser för informationssäkerhetskraven och informationssäkerhetsåtgärderna.....	127
4.2.4.10.3 Konsekvenser för de krav som gäller bildandet av informationsmaterial och sättet att lämna ut dem	127
4.2.4.10.4 Reformens konsekvenser för myndigheternas rätt att få uppgifter och utlämnande av uppgifter.....	128
4.2.4.10.5 Konsekvenser för kraven på ärendehantering och informationshantering i samband med tjänsteproduktion.....	129

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.5 Konsekvenser av särlösningen för Nyland.....	130
4.2.5.1 De huvudsakliga konsekvenserna	130
4.2.5.2 Ekonomiska konsekvenser	130
4.2.5.2.1 Konsekvenser för finansieringen av vårdlandskapen i Nyland	132
4.2.5.3 Konsekvenser för myndigheterna	134
4.2.5.4 Andra samhälleliga konsekvenser.....	134
4.2.5.4.1 Invånarnas möjligheter att delta och påverka.....	135
4.2.6 Ändring av områdesindelningen i Södra och Norra Savolax	136
4.2.7 Konsekvenser av bestämmelserna om organiseringsansvar och köpta tjänster	137
4.2.7.1 Ekonomiska konsekvenser	137
4.2.7.1.1 Verkställigheten av ändringen och kostnaderna för den	137
4.2.7.1.2 Konsekvenser för beskattningen	138
4.2.7.1.3 Konsekvenser för företagen	138
4.2.7.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet.....	139
4.2.7.2.1 Konsekvenser för vårdlandskapets verksamhet	139
4.2.7.2.2 Konsekvenser för tillsynsmyndigheterna	139
4.2.7.3 Samhälleliga konsekvenser	140
4.2.7.3.1 Tillgången till social- och hälsovårdstjänster samt tjänsternas tillgänglighet .	140
4.2.7.3.2 Konsekvenser för jämlikheten och minskningen av ojämlikheten.....	140
4.2.7.3.3 Konsekvenser för tjänsteproduktionen.....	140
4.2.7.3.4 Granskning av nuvarande köpta tjänster och hyrpersonal	142
4.2.8 Stöd för förändringen	148
4.2.9 Uppföljning och utvärdering av reformen.....	149

MOTIVERING

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

I enlighet med anvisningarna för konsekvensbedömning av lagförslag¹ och anvisningarna för utarbetande av regeringspropositioner² innehåller konsekvensbedömningen en beskrivning av den föreslagna reformens huvudsakliga konsekvenser. I konsekvensbedömningen ingår också fyra separata bakgrundspromemorior. Med avvikelse från anvisningarna och normal praxis har vissa helheter beskrivits som egna punkter i konsekvensbedömningen: Under rubrik 4.2.5 finns information om konsekvenserna av särlösningen för Nyland. Konsekvenserna av ändringarna av områdesindelningen i Södra och Norra Savolax behandlas under rubrik 4.2.6 och i bilaga 3. Under rubrik 4.2.7 finns information om konsekvenserna av bestämmelserna om vårdlandskapens organiseringsansvar och köpta tjänster. Under rubrik 4.2.1.8 och i bilaga 2 finns information om digitalisering och informationshantering. Förslagets konsekvenser för kommunernas och vårdlandskapens finansiering beskrivs under rubrik 4.2.1 och i kalkylerna i bilagorna 4 och 5. Denna lösning har valts för att det under remissförandet ska vara lättare att få en helhetsbild av dessa sakhelheter och av deras konsekvenser.

De omedelbara konsekvenserna av reformen berör i stor utsträckning social- och hälsovårdstjänsterna för i Finland bosatta personer, personalen, kommunernas och samkommunernas förvaltning och ekonomi, egendomsarrangemangen mellan kommunerna och vårdlandskapen, kommunal- och statsbeskattningen samt företag och andra sammanslutningar som producerar tjänster. Ändringarna i de administrativa strukturerna har även konsekvenser för den inbördes uppgiftsfördelningen mellan olika förvaltningsnivåer och för styrningen av och tillsynen över hela systemet.

Sedan ingången av 2020 finns det 294 kommuner i Fastlandsfinland som ansvarar för att ordna och finansiera den offentliga social- och hälsovården för sin befolkning. Reformen innebär en omfattande strukturell reform där organiseringsansvaret för den offentliga social- och hälsovården överförs från dessa kommuner till 21 vårdlandskap samt till Helsingfors stad och delvis till HUS-landskapssammanslutningen. Också ansvaret för ordnandet av räddningsväsendet föreslås övergå till vårdlandskapen. Sedan 2004 sköts kommunernas uppgifter inom räddningsväsendet inte längre av enskilda kommuner utan av någon av räddningsområdets kommuner eller av en samkommun (det lokala räddningsväsendet). Inom två räddningsområden sköter landskapsförbundet uppgifterna.

Den nuvarande servicestrukturen inom social- och hälsovården är splittrad i förhållande till såväl det innehållsmässiga ansvaret för att ordna tjänster som antalet aktörer och deras storlek. Genom den föreslagna överföringen av organiseringsansvaret utformas en enhetlig servicestruktur inom social- och hälsovården som innebär att resurserna samlas på sådana organiseringsansvariga besluts- och förvaltningsnivåer som har ett större invånarantal och större ekonomisk bärkraft. På så vis säkerställer reformen att det finns tillräckligt starka tjänsteanordnare i en framtid där befolkningen åldras och befolkningen i arbetsför ålder koncentreras till de största

¹ Konsekvensbedömning av lagförslag. Justitieministeriets publikation 2008:3.

² <http://helo.finlex.fi/sv/>

städerna. Vidare sporrar den föreslagna koncentrerings- och finansieringen till att sörja för kundernas tjänster på ett behovsbaserat sätt, i rätt tid och kostnadsnyttoeffektivt.

Genom den föreslagna strukturen genomförs en integration av ordnandet av social- och hälsovård som innebär att vårdlandskapet ansvarar för ordnandet av tjänster inom primärvården, tjänster inom den specialiserade sjukvården och socialvårdstjänster. I den integrerade servicestrukturen sammanförs tjänsterna under ett beslutsfattande, ett ledningssystem och en budget. Förutom administrativ integration möjliggör förslaget också funktionell integration. I en struktur där en aktör ansvarar för genomförandet av verksamheten och kanaliseringen av finansiering, har den som ordnar tjänster möjlighet att genomföra betydande funktionella reformer av tjänsterna. Det kan bedömas att det kommer att finnas bättre möjligheter än för närvarande att åstadkomma tillgång till samt kvalitet, jämlikhet och kostnadsnyttoeffektivitet inom social- och hälsovården. Vidare kan det bedömas att den aktör som bär organiseringsansvaret har bättre möjligheter än för närvarande att åstadkomma följande:

i. Främja integreringen av kundernas tjänster (så kallad serviceintegration på kundnivå, funktionell integration).

o Vårdlandskapet kommer i fortsättningen att ha utrustning och ansvar för att se till att tjänsterna samordnas, att kunder som behöver en stor mängd tjänster identifieras och att servicekedjorna och tjänstehelheterna definieras samt möjlighet att samordna social- och hälsovårdstjänsterna och tjänsterna inom den prehospitala akutsjukvården inom räddningsväsendet.

ii. Förbättra tillgången till tjänster, tjänsternas kvalitet, tjänsternas jämlikhet och tjänsternas kostnadsnyttoeffekt genom reformer av verksamheten där tjänsterna omorganiseras med beaktande av olika servicebehov och hela personalen så att servicekedjorna och tjänstehelheterna möter kundernas behov på bästa sätt i rätt tid.

iii. Förbättra basservicen och i synnerhet tillgången till tjänster för dem som behöver en stor mängd olika tjänster och för utsatta människor.

iv. Kanalisera resurser och finansiering till olika funktioner i servicesystemet i enlighet med befolkningens behov av service.

v. Ta till vara kunnandet hos regionens social- och hälsovårdspersonal samt andra resurser på bred front och jämlikt inom alla tjänster som befolkningen behöver.

vi. Undanröja suboptimeringen att överlåta ansvaret för en kund på en annan anordnare, exempelvis mellan primärvården och den specialiserade sjukvården.

vii. Säkerställa verksamhetsmässiga fördelar mellan räddningsverksamheten inom räddningsväsendet och den prehospitala akutsjukvården inom social- och hälsovårdsväsendet.

Räddningsväsendet producerar för närvarande merparten av den brådskande prehospitala akutsjukvård som social- och hälsovårdsväsendet ansvarar för. Denna verksamhetsmodell föreslås fortsätta gälla också efter reformen. För uppgifter inom den prehospitala akutsjukvården och första insatsen samt inom räddningsverksamheten kan då användas samma nätverk av stationer, samma stödfunktioner, delvis samma personal, samma verksamhetsmodeller och gemensamma övningar samt gemensam reservberedskap och beredskap för storolyckor. Avtalsbrandkärer

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

kommer att kunna anlitas förutom för uppgifter inom räddningsväsendet också för uppgifter inom första insatsen. Synergien stöder också beredskapen för undantagsförhållanden.

Av de skäl som anförts ovan har det ansetts att det behövs en sådan förvaltningsstruktur som nu föreslås. Det bör dock påpekas att den administrativa lösningen inte ensam kan lösa alla nuvarande problem med att ordna social- och hälsovårdstjänster. Exempelvis reformens konsekvenser för människornas välfärdsbeteende, förutsättningarna för välfärd och hälsa och riskfaktorerna för folksjukdomar beror också på hur bra kommunerna med landskapens stöd klarar av uppgiften att främja välfärd och hälsa.

En väsentlig minskning av antalet anordnare inom social- och hälsovården förbättrar den nationella styrningen av servicesystemet. Det här har betydelse för styrningen av servicesystemet rent allmänt och också för den nationella styrningen under undantagsförhållanden. Att stärka den nationella styrningen har varit ett långsiktigt mål under olika faser av reformen, och detta har visat sig vara ett nödvändigt och brådskande behov också i samband med covid-19-pandemin som bröt ut våren 2020. I en integrerad servicestruktur inom social- och hälsovården där betydligt bärkraftigare anordnare än för närvarande ansvarar för att ordna tjänster, kommer den som ordnar tjänsterna att ha betydligt bättre möjligheter än för närvarande att sörja för beredskapen inför undantagsförhållanden och sköta den.

Valet av vårdlandskapets högsta beslutsorgan, vårdlandskapsfullmäktige, genom direkta val stärker de demokratiska förvaltningsdragen. Demokratien stärks i synnerhet i jämförelse med de nuvarande samkommunerna, där kommuninvånarnas demokratiska val av beslutsfattare är indirekta. Å andra sidan innebär reformen att kommunernas uppgifter inskränks väsentligt och därmed att kommunernas personalstyrka minskar och att verksamheten krymper.

Särskild vikt bör fästas vid att informationsgången mellan vårdlandskapsaktörer, arbetssätten, samarbetsformerna och processerna planeras i enlighet med den nya besluts- och organisationsstrukturen så att en förändring av verksamheten kan åstadkommas. Genom nationell styrning av social- och hälsovården samt räddningsväsendet och genom att kombinera olika styrmedel kan vårdlandskapen vägledas till verksamhet som är förenlig med målen för reformen.

Enligt förslaget ska Nyland få en särlösning, där regionen indelas i fyra vårdlandskap med organiseringsansvar för social- och hälsovården och räddningsväsendet och där Helsingfors stad ordnar tjänsterna som stad. HUS-landskapssammanslutningen föreslås ha ansvaret för att ordna de funktioner inom den krävande specialistsjukvården som föreskrivs särskilt i lag eller ingår i organiseringsavtalet. Det har ansetts vara motiverat med en särlösning för Nyland i synnerhet för att minimera de risker i samband med genomförandet som följer av att området är så stort. Också i Nyland kommer den föreslagna lösningen att skapa bärkraftigare anordnare av tjänster på basnivå än för närvarande, och också för Nyland, med undantag för Helsingfors stad, föreslås samma administrativa lösning, nämligen en vårdlandskapsförvaltning. Det blir lättare att hantera beredningen och genomförandet av reformen i Nylandsregionen enligt denna lösning än enligt en lösning där den vidsträckta regionen bildar ett enda stort vårdlandskap. De föreslagna vårdlandskapen i Nyland samt Helsingfors stad är till sitt befolkningsunderlag och sina verksamhetsförutsättningar mer likartade landet i övrigt än vad ett enda vårdlandskap för hela Nyland skulle vara.

Risken med den föreslagna särlösningen för Nyland är bland annat att när den krävande specialistsjukvården separeras från det övriga ordnandet av social- och hälsovård kan följden bli att verksamheten förblir separat från de nyländska vårdlandskapens och Helsingfors stads övriga

social- och hälsovårdstjänster och inte i tillräcklig utsträckning berörs av samordningen av tjänsterna. Strävan är att hantera risken på flera sätt, exempelvis genom att utfärda bestämmelser om att de riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovård också gäller för HUS-landskapssammanslutningen och att den ska vara medlem i delegationen för social- och hälsovård. I HUS-organiseringssavtalet ska det överenskommas om arbetsfördelningen mellan vårdlandskapen i Nyland och HUS. På så vis säkerställs det att invånarna i regionen får tjänster på lika villkor oavsett boningsort.

Reformens konsekvenser för ekonomin, förvaltningen och befolkningens ställning och tjänster beror i väsentlig grad på hur vårdlandskapen genomför den social- och hälsovård och det räddningsväsende som omfattas av deras organiserings- och produktionsansvar. Det kan inte ges några helt säkra uppgifter om hur målen enligt förslaget kommer att nås och vilka reformens konsekvenser kommer att vara. Konsekvenserna har därför bedömts utifrån från erfarenheter från reformer som genomförts tidigare, utifrån undersökningar och utredningar om reformen och utgående från olika experters åsikter. Inom social- och hälsovården finns exempel på integrerade servicesystem inom områden som är större än en kommun till exempel från förvaltningsförsöket i Kajanaland, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (nedan Eksote) och samarbetsområden enligt 2006 års kommun- och servicestrukturreform (det så kallade Parasprojektet). I alla dessa har ordnandet av tjänster koncentrerats i en mer omfattande verksamhet över kommungränserna än tidigare. I förvaltningsförsöket i Kajanaland och i Eksote har också social- och hälsovårdstjänsterna integrerats i hög grad.

Vid konsekvensbedömningen kan man också ha nytta av information om bildandet av räddningsområden och om ordnandet och reformerna i andra länder³. Vid utarbetandet av de konsekvensbedömningar för social- och hälsovården som finns längre fram har tidigare publicerade bedömningar beaktats, i synnerhet bedömningarna från den föregående valperioden i fråga om bedömningen av de tjänster som enligt förslaget ska ordnas i vårdlandskapen. De grundläggande lösningarna enligt den föreslagna reformen är i huvudsak desamma till denna del. Vid bedömningen är det därför möjligt att använda bland annat en internationell utvärderingspanels förhandsbedömning av vårdreformen: ”International expert panel assessment of health care reform in Finland⁴” och Nordic Healthcare Groups (nedan NHG) rapport ”Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämis- ja säästöpotentiaalnin arviointi⁵”. I tillämpliga delar är det också möjligt att använda sig av Institutet för hälsa och välfärd (THL) rapport ”Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi⁶”.

4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

De ekonomiska konsekvenserna av reformen berör kommunerna, staten, vårdlandskapen och befolkningen på olika sätt. I detta avsnitt granskas reformens ekonomiska konsekvenser utifrån kommunernas, statens och vårdlandskapens ekonomi samt ur perspektivet för ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Dessutom granskas vilka effekter egendomsarrangemangen i anslutning till reformen har för kommunernas och vårdlandskapens ekonomi. Särskilt granskas också reformens konsekvenser för skattesystemet samt för statens, kommu-

³ Tolppis och Kallios uppföljningsundersökningar.

⁴ SHM och European Observatory on Health Systems and Policies. Rapporter och promemorior 2006:16.

⁵ Statsrådets publikationsserie för utrednings- och forskningsverksamheten 42/2016.

⁶ Institutet för hälsa och välfärd, rapport 12/2016.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

nernas och enskilda personers beskattning och för pensionssystemet. Det presenteras också uppskattningar som gäller reformens konsekvenser för informationshanteringen och IKT-tjänsterna samt ändringskostnaderna för genomförandet av reformen.

De ekonomiska konsekvenserna uppstår som en sammanlagd effekt av organisationsreformen, förändringarna i finansieringssystemet och servicesystemet samt de anknyttande styrmekanismerna. Eftersom det är fråga om att hela systemet för hälso- och sjukvården samt räddningsväsendet ändras, kan undersökningsresultat från tidigare, mindre reformer endast i ringa mån användas som stöd för bedömningen. För att de övergripande målen för reformen ska kunna nås krävs det en grundlig förändring av verksamhetsformerna på alla verksamhetsnivåer, vilket innebär att förändringsledarskapet kommer att ha stor betydelse. Med tanke på minskningen av hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna påverkar reformens olika delfaktorer på olika sätt och med olika hastighet, och därför skiljer sig konsekvenserna för utgifterna på lång och kort sikt från varandra. Ändringarna av de administrativa strukturerna och av servicesystemets strukturer samt åstadkommandet av funktionella ändringar kommer också att medföra ändringskostnader.

Genomförandet av reformen sänker inte automatiskt social- och hälsovårdsutgifterna eller räddningsväsendets utgifter. År 2018 uppgick nettoutgifterna för den kommunala social- och hälsovården till cirka 18,3 miljarder euro. Den årliga förändringen i social- och hälsovårdsutgifterna har varierat under de senaste åren och ibland till och med varit negativ, vilket beror på bland annat ändrade uppgifter i anknytning till det grundläggande utkomststödet. År 2018 ökade nettokostnaderna med 2,9 procent från det föregående året, och utifrån bokslutsprognosen för 2019 kommer kostnaderna att öka med 3,1 procent från det föregående året. Enligt THL:s uppskattning medför befolkningens växande behov av service ett årligt ökningstryck på omkring 1,2–1,3 procent för social- och hälsovårdsutgifterna på 2020-talet. THL har uppskattat⁷ att social- och hälsovårdsutgifterna kommer att öka reellt med omkring 17 procent fram till 2030. De regionala skillnaderna i de beräknade utgiftsökningarna är betydande, vilket beror framför allt på förändringarna i befolkningsstrukturen. Utgifterna ökar förutom på grund av behovet av service också på grund av bland annat löner och priser.

Enligt bokslutet för 2018 uppgick räddningsväsendets omkostnader inom det lokala räddningsväsendet till sammanlagt 415 miljoner euro. Räddningsväsendets omkostnader ökade med 3,2 procent från det föregående året. Omkostnaderna har ökat främst på grund av höjda löneutgifter, den allmänna prisstegringen och höjda lokalhyror. Antalet anställda har inte ökat, utan de höjda löneutgifterna beror på löneförhöjningar.

Den dämpning av utgiftsökningen inom de offentliga finanserna som eftersträvas genom reformen förutsätter att man förstår behoven av social- och hälsovårdsservice och av räddningsväsendets tjänster bland befolkningen i varje vårdlandskap och att man på ett kostnadsnyttoeffektivt sätt inriktar resurserna i enlighet med detta samt utövar ett långsiktigt och skickligt ledarskap inom tjänsteproduktionen. Det kan väntas att den fulla effekten av reformens åtgärder för att dämpa utgiftsökningen realiseras först efter flera år efter det att reformen har trätt i kraft.

Kontinuerlig styrning av vårdlandskapen och årliga styrningsförhandlingar med de styrande ministerierna kommer att stödja vårdlandskapens ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt anordnarens ansvar för tjänsteproduktionen i anknytning till detta. På så vis fås information för beredningen och uppföljningen av statsbudgeten och planen för de offentliga

⁷ Institutet för hälsa och välfärd, Social- och hälsovårdstjänsterna i Finland. Stöd för beslut 02/2020 (på finska).

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

finanserna, varvid det blir möjligt att stödja och bidra till att säkerställa att målen för de offentliga finanserna förverkligas. Genom en stark nationell styrning av vårdlandskapens organiseringsuppgift kan man säkerställa att social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendets tjänster blir mer kundorienterade, integrerade och verkningfulla än för närvarande samt tillhandahålls på ett kostnadseffektivt sätt i hela landet.

Förslagets konsekvenser för kommunernas och vårdlandskapens finansiering beskrivs i kalkylerna i bilagorna 4 och 5.

4.2.1.1 Konsekvenser för kommunalekonomin

Överföringen av ansvaret för att ordna social- och hälsovård från kommunerna till vårdlandskapen kommer att ha mycket stora konsekvenser för kommunernas verksamhet och ekonomi. Konsekvenserna gäller i synnerhet kommunernas driftsekonomi, där de driftsekonomiska inkomsternas och de driftsekonomiska utgifternas struktur förändras fullständigt. Samtidigt som kommunernas inkomster och driftsekonomiutgifter halveras jämfört med nuläget, kvarstår under- och överskotten samt skulderna i kommunernas balansräkningar i praktiken oförändrade. Den viktigaste effekten på längre sikt är dock att enskilda kommuner inte längre bär ansvaret för kostnaderna för befolkningens åldrande och sjukfrekvens och inte heller för de därmed sammanhängande kommunalekonomiska riskerna. Detta har en mycket stor inverkan med tanke på förutsägbarheten och hanterbarheten i kommunens driftsekonomi. I synnerhet i små kommuner har driftsekonomiutgifterna för social- och hälsovården, i synnerhet den specialiserade sjukvården, varierat betydligt från år till år. Det här har i väsentlig grad försvårat hanteringen av driftsekonomin i kommunerna. I och med reformen kommer kommunerna att befrias från en stor mängd sådana kostnader som de hittills har kunnat påverka endast i begränsad utsträckning. Sådana utgifter utgörs för närvarande av i synnerhet kostnaderna för den specialiserade sjukvården, i fråga om vilken organiseringsansvaret vilar på samkommunerna för specialiserad sjukvård i stället för på kommunerna.

De uppgifter som överförs på vårdlandskapets organiseringsansvar har stått för i genomsnitt 58 procent av kommunernas driftsekonomiutgifter. I praktiken består dessa kostnader nästan helt och hållet av social- och hälsovårdsutgifter. Variationsintervallet för kommunerna har varit stort; som minst har kostnaderna utgjort cirka 44 procent och som mest cirka 75 procent av kommunens driftsekonomi. I de minsta kommunerna där befolkningen är ålderstigen är social- och hälsovårdsutgifternas andel av driftsekonomin större än i genomsnitt. I de större kommunerna, i synnerhet i de kommuner som är tillväxtcentrum, är andelen mindre.

Ändringen i fördelningen av driftsekonomiutgifter innebär i praktiken att kommunernas lagstadgade uppgifter och driftsekonomi efter reformen i huvudsak kommer att vara inriktade på småbarnspedagogik samt förskoleundervisning och grundläggande utbildning. Sektorns andel av kommunernas driftsekonomiutgifter varierar för närvarande betydligt från kommun till kommun, men i genomsnitt har undervisnings- och kulturverksamheten utgjort ungefär en tredjedel av driftsekonomiutgifterna. Minskningen och omfördelningen av kommunernas inkomster och driftsekonomiutgifter innebär också att eventuella anpassningsåtgärder inom driftsekonomin i fortsättningen mer än tidigare kommer att inriktas på förskoleundervisning och grundläggande utbildning samt småbarnspedagogik. Å andra sidan underlättas skötseln av kommunernas ekonomi av att samtidigt som kommunernas budgetar halveras kommer intäkterna från inkomstskattesatsen till och med att öka jämfört med nuläget när skatteavdragen överförs till statsbeskattningssidan. Med andra ord, klart mindre budgetar kommer att finansieras med större skatteintäkter än för närvarande.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Kommunsektorns investeringsbehov kommer att förändras till följd av reformen när investeringsbehoven inom social- och hälsovårdsväsendet och räddningsväsendet överförs på vårdlandskapens ansvar. Dessa investeringar har under de senaste åren utgjort cirka en fjärdedel av kommunernas investeringar. Förändringen har stor betydelse i synnerhet i kommuner med en åldrande befolkningsstruktur där renoverings- och andra investeringsbehov i nuläget varit inriktade framför allt på social- och hälsovårdsväsendet. Förändringen av investeringsbehoven är inte lika stor i kommuner med en växande folkmängd och en yngre åldersstruktur där investeringarna också hittills i betydande grad varit inriktade på den grundläggande utbildningen, småbarnspedagogiken och infrastrukturen, det vill säga investeringar inom den så kallade tekniska sektorn. Reformen kommer sannolikt inte att ha några konsekvenser för kommunernas möjligheter att få finansiering i främmande kapital, men om investeringsbehoven i anslutning till frågor som gäller kommunernas livskraft hålls oförändrade, förutsätts det att kommunerna kan fortsätta att sköta sina lån.

Om kommunernas nuvarande skulder fortsätter att omfattas av kommunernas ansvar efter reformen väcks också frågan om i vilken utsträckning kommunerna har tagit lån för investeringar i social- och hälsovården. Om skuldbeloppet har varit betydande, har lokalernas framtida utnyttjandegrad en mycket stor betydelse för den enskilda kommunen. Om sjukvårdsdistrikten uppvisar underskott innan reformen träder i kraft, gäller det för deras medlemskommuner att sköta underskotten innan samkommunerna för sjukvårdsdistrikten överförs till vårdlandskapen. Detta kan innebära att de berörda kommunernas skuldbelopp ökar. I övrigt kommer kommunernas koncernskulder att minska i och med reformen, när kommunerna inte längre bär ansvaret för skulderna i de samkommuner som överförs till vårdlandskapen. I avsnittet om egendomsarrangemang (rubrik 5.5) behandlas förändringen av kommunernas koncernansvar samt under- och överskott i de samkommuner som enligt förslaget ska överföras till vårdlandskapen. Så som konstateras i den del som handlar om egendomsarrangemang är avsikten att underhållskostnaderna för lokaler samt skäligen kapitalkostnader, det vill säga i praktiken även eventuella låneskötselkostnader, ska täckas med hyresinkomster.

4.2.1.1.1. Konsekvenser av finansieringssystemets förändringar på balansen i kommunernas ekonomi

Propositionens konsekvenser för kommunalekonomin har bedömts genom att balansläget i kommunalekonomin före reformen har jämförts med balansläget efter reformen. Utgångspunkten för bedömningen är således balansläget i den kommunala ekonomin före reformen. Syftet med reformen är inte att åtgärda den ekonomiska obalans som eventuellt råder i den kommunala ekonomin, utan avsikten är att den inkomstfinansieringsställning som kommunen hade före reformen ska kvarstå så oförändrad som möjligt.

Med balansläget i den kommunala ekonomin avses i detta sammanhang skillnaden mellan årsbidraget och avskrivningarna enligt plan. Konsekvenserna av reformen summeras i det ovan nämnda balansläget. I bedömningen har använts 2019 och 2020 års kostnadsuppgifter, som baserar sig på budgetenkäten bland kommunerna och samkommunerna. I fråga om skatteinkomsterna baserar sig inkomstuppgifterna på finansministeriets uppskattningar, och i fråga om statsandelarna på de slutliga uppgifterna för 2020.

Kommunernas nettokostnader uppgår till cirka 33,5 miljarder euro 2020. Av detta utgör andelen för de uppgifter som överförs till vårdlandskapen 19,05 miljarder euro. Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna uppgår till 14,5 miljarder euro. I tabellen nedan presenteras de kostnader och inkomster som överförs till vårdlandskapen samt de kostnader och inkomster som blir kvar i kommunerna specificerade efter att reformen trätt i kraft.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Tabell 18. Kostnader och inkomster som överförs till vårdlandskapen samt kostnader för och inkomster av de uppgifter som blir kvar i kommunerna

Kostnader för och inkomster av de uppgifter som överförs till vårdlandskapen	mn euro
Kostnader som överförs, inkl. avskrivningar	19 051
Inkomster som överförs, av vilka	
- kommunalskatt	12 100
- samfundsskatt	561
- statsandelar för social- och hälsovård	4 832
- tilläggsdelar	221
- skattekompensation	1 588
- minskningar och ökningar av statsandelen	-145
Kostnader för de uppgifter som blir kvar i kommunerna	14 531
- förändring i kommunernas beskattningskostnader	-70
Förändringen i kommunernas kostnader, sammanlagt	19 051
Kommunernas inkomster, varav	
- kommunalskatt	7 748
- samfundsskatt	1 122
- fastighetsskatt	1 795
- statsandel	2 210
- begränsare av automatiska förändringar i reformen	9
- undervisnings- och kulturministeriets finansiering	-37
- finansieringsposter, netto	402
Statsandelar specificerade	2 210
Kalkylerade kostnader	
- åldersstruktur	6 856
- tvåspråkighet 1 (hela befolkningen)	31
- tvåspråkighet 2 (de svenskspråkigas andel)	56
- inslag av främmandespråkiga	554
- invånartäthet	172
- skärgård	13
- kommun med skärgårdsdel	8
- utbildningsbakgrund	131
- arbetslöshet	365
Självfinansieringsandel	6 152
Statsandel	2 036
Tilläggsdelar	221

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

- fjärrorter	58
- kommuner inom samernas hembygdsområde	1 082
- koefficient för främjande av hälsa och välfärd	100
- självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser	63
Minskningar och öknningar av statsandelen	-766
Utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna	693
Neutralisering av utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna	25
Statsandel för kommunal basservice, sammanlagt	2 210

4.2.1.1.2 Kostnader och inkomster som överförs från kommunerna

I de uppgifter som överförs från kommunerna till vårdlandskapen ingår kostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet. De kostnader som överförs kommer att uppgå till sammanlagt cirka 19,05 miljarder euro. På riksnivå överförs kommunernas inkomster i motsvarande grad som det överförs kostnader. Kommunernas inkomstskattesats minskas med 12,63 procentenheter i samtliga kommuner. Till följd av detta minskar kommunalskattens belopp med 12,1 miljarder euro. I beloppet har även beaktats ett avdrag på 70 miljoner euro som motsvarar minskningen i kommunernas beskattningskostnader. Av kommunernas andel av samfundsskatten överförs 0,561 miljarder euro till vårdlandskapens finansiering. Med stöd av de preliminära uppgifterna för 2020 sänks kommunernas samfundsskatteandel med 10,71 procentenheter.

Statsandelen för kommunal basservice kommer att minskas med en kalkylerad statsandel som motsvarar social- och hälsovårdens andel. Social- och hälsovårdens andel av den totala kalkylerade kostnaden är 70 procent och den motsvarande minskningen av statsandelen är 4,8 miljarder euro. Från tilläggsdelarna och andra minskningar och öknningar av statsandelen avdras 76 miljoner euro samt från kompensationserna för skattebortfall ovannämnda andel på 70 procent, sammanlagt 1,6 miljarder euro.

4.2.1.1.3 Kostnader för och inkomster av de uppgifter som blir kvar i kommunerna

Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna efter reformen uppgår till cirka 14,5 miljarder euro. Mätt i euro kommer kommunalskatten alltså att vara kommunernas största inkomst, cirka 7,7 miljarder euro. Trots den stora minskningen i beloppen förändras dock inte kommunalskattens relativa andel av kommunernas skattefinansiering (skatteinkomster och statsandelar sammanlagt) i någon större grad, utan kommunalskatten kommer fortfarande att vara den viktigaste finansieringskällan. Samfundsskatten minskas med 0,561 miljarder euro, varvid den samfundsskatt som blir kvar i kommunerna uppgår till cirka 1,1 miljard euro. I fastighetsskatten föreslås inga ändringar, varvid dess belopp uppgår till cirka 1,8 miljarder euro. Fastighetsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster kommer att fördubblas jämfört med nuläget.

Tabell 19. Hur kommunernas finansiering bildas; nuläget jämfört med situationen efter reformen

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Hur kommunens finansiering bildas	Nuvarande finansiering,	Återstående finansiering i kommunerna	Förändring
	mn euro	mn euro	mn euro
Verksamhetsbidrag + avskrivningar	33 582	14 531	-19 051
Kommunalskatt (överföring av 12,63 procentenheter)	19 848	7 748	-12 100
Samfundsskatt	1 683	1 122	-561
Fastighetsskatt	1 795	1 795	0
Statsandel för basservice (FM)	7 069	2 210	-4 859
Begränsare av statsandelsförändringar	0	9	9
Kompensation för skattebortfall	2 816	1 227	-1 588
Statsandel, UKM	-37	-37	0
Finansieringsposter, netto	402	402	0
Minskning av beskattningskostnader (kommunerna)	0	70	70
Utjämning av ändringen i statsandelssystemet	0	0	0
Årsbidrag – avskrivning (balansläge)	-6	+16	+22

Kommunernas statsandelar kommer att minska med cirka 4,9 miljarder euro till följd av överföringen av organiseringsansvaret. För statsandelen för basservice blir det kvar 2,2 miljarder euro, varav utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna är cirka 693 miljoner euro. Utöver dessa blir 1 227 miljoner euro kvar för ersättningar för skattebortfall som föranleds av ändringarna i beskattningsgrunderna. De förändringar i inkomster och kostnader som föranleds av överföringen begränsas enligt förslaget med en bestämningsfaktor som tas in i statsandelssystemet. Förändringarna begränsas med andel på 60 procent både när det gäller nytta och när det gäller förluster. Begränsningen är kostnadsneutral i fråga om förhållandet mellan kommunerna och staten.

Statsandelssystemets grundstruktur kvarstår oförändrad efter att reformen har trätt i kraft. Systemet baserar sig således även i fortsättningen på en utjämning av skillnaderna i kostnader och behov samt i inkomstunderlag. I det nya systemet beaktas dock konsekvenserna av överföringen av uppgifterna i enlighet med vad som beskrivits ovan under de rubriker som gäller de viktigaste förslagen och bedömning av nuläget. Den viktigaste förändringen i fråga om de kommunvisa statsandelarna sker i utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. Mer än 60 procent av kommunalskatten och ungefär en tredjedel av samfundsskatten överförs till vårdlandskapens finansiering. Det här innebär en väsentlig sänkning av utjämningsgränsen jämfört med nuläget. Kommunernas utjämningsstillägg kommer att minska från 1,5 miljarder euro till cirka 0,78 miljarder euro, det vill säga de halveras jämfört med nuläget. Förändringen i utjämningsavdragen är ännu större, eftersom de kommer att vara endast något över en tiondedel av den nuvarande nivån. Den beskrivna förändringen beror inte enbart på effekten av minskade skatteinkomster för den skatteinkomstbaserade utjämningen, utan här ingår också effekterna av

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

de förändringar i utjämningsprocenten som gjorts i grunderna för systemet. Förändringen i utjämningsavdragen för kommunerna i huvudstadsregionen kan granskas som ett exempel på ändringens storlek. Enligt de nuvarande grunderna uppgår utjämningsavdragen för de fyra städerna i huvudstadsregionen till sammanlagt cirka 595 miljoner euro; när de nya grunderna börjar tillämpas kommer de att minska till cirka 79 miljoner euro.

Tabell 20. Utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna (nya och nuvarande grunder), euro

	Utjämningsstillägg	Utjämningsavdrag	Netto
Nuvarande grunder	1 455 436 711	-676 100 710	779 336 001
Nya grunder	779 947 312	-86 662 371	693 284 941

4.2.1.1.4 Utjämning av ändringen i statsandelssystemet och justering av kalkylerna

Den reform som regeringen föreslår i propositionen innebär en betydande förändring för hela kommunalekonomin. Utgångspunkten och målet för beredningen är att de ändringar som gäller ekonomin ska vara så små som möjligt i förhållande till nuläget. Därför föreslås det att ändringen lindras genom en utjämning av ändringen i statsandelssystemet, vilken föreslås bli fastställd till nivån för det år som föregår det år då reformen träder i kraft. Under ikraftträdandeåret begränsas ändringen till noll och under de kommande åren begränsas ändringen årligen gradvis med +/- 25 euro per invånare. Den gradvisa förändringen föreslås öka kumulativt till det femte årets bestående maximala ändring, som är +/- 100 euro per invånare. Den överskjutande delen förblir tills vidare en bestående utjämning av statsandelarna. Att begränsa ändringen till +/- 100 euro per invånare innebär att reformen inte för en enda kommun orsakar något tryck på att ändra inkomstskattesatsen med mer än en procentenhet.

Eftersom kalkylen över 2022 års balansläge baserar sig på uppskattade uppgifter när reformen träder i kraft, kommer kalkylerna att ses över på nytt. Detta görs enligt medelvärdet av kommunernas utfallsuppgifter för åren 2021 och 2022, omvandlat till 2022 års nivå. De nya kalkylerna kommer att utgöra grunden för de statsandelar som beviljas från och med 2024. Om det efter justeringen konstateras att det till en kommun 2023 betalats mer eller mindre statsandel än vad det enligt den justerade kalkylen borde ha betalats, kommer under åren 2024–2025 jämnstora belopp som motsvarar skillnaden att dras från eller läggas till den statsandel som beviljas kommunen.

Utjämnings av systemändringen, där utgångspunkten för jämförelsen är kommunens balansläge 2022, föreslås bli dimensionerad enligt tabell 21 nedan:

Tabell 21. Utjämning av systemändringen

Förändring år 2023	utjämning av systemändringen till slutligt balansläge
Förändring år 2024	+/- 25 euro/invånare
Förändring år 2025	+ 50 euro/invånare
Förändring år 2026	+/- 75 euro/invånare
Förändring år 2027 (bestående)	+/- 100 euro/invånare

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Den överskjutande delen av den maximala förändringen (+/- 100 euro/invånare) blir tills vidare en bestående utjämning av statsandelarna. På basis av de uppskattade uppgifterna för 2020 gäller detta 122 kommuner. Av dessa kommuner berörs 49 av utjämningstillägget och 73 av utjämningsavdraget.

4.2.1.1.5 Konsekvenser för enskilda kommuner och kommungrupper samt regionala konsekvenser

De förändringar, räknade i euro, som följer av reformen har beräknats för enskilda kommuner, kommungrupper och vårdlandskap. Förändringarna har beräknats genom att balansläget i kommunernas ekonomi före reformen har jämförts med balansläget efter reformen. Detta beskriver med andra ord en situation där finansieringssystemet träder i kraft i sin helhet. I samband med reformen kommer dessa förändringar att genom en utjämning av systemändringen begränsas till högst +/- 100 euro per invånare.

Tabell 22. Förändring i balansläget (ändringen enligt den nya finansieringsmodellen i jämförelse med nuläget) enligt kommun, exklusive utjämningen av systemändringen (+/- 100 euro/invånare)

Förändring i balansläge, euro/inv.	Antal kommuner	Mn euro
Förbättras		
300–	3	2,2
200–299	17	21,7
100–199	53	59,3
0–99	90	133,0
Sammanlagt	163	216,2
Förändring i balansläge, euro/inv.	Antal kommuner	Mn euro
Försämras		
300–	9	-10,4
200–299	6	-14,9
100–199	34	-63,1
0–99	82	-105,0
Sammanlagt	131	-193,5

Nästan hälften av de kommunvisa förändringarna i det ekonomiska balansläget är små, det vill säga minskningar eller ökningarna på mindre än 100 euro per invånare. I sammanlagt nio kommuner blir minskningen mer än 300 euro per invånare och i tre kommuner blir ökningen över 300 euro per invånare. Ställd i relation till inkomstskattesatsen motsvarar en förändring på 100 euro per invånare intäkter på cirka 0,58 procentenheter i hela landet på 2018 års nivå, varvid intäkterna av en procentenhet skatt uppgår till i genomsnitt 171 euro per invånare. Som störst är intäkterna 381 euro per invånare (Grankulla) och som minst 90 euro per invånare (Merijärvi).

Tabell 23. En förändring av balansläget enligt kommunstorlek utan utjämningen av systemändringen (den nya finansieringsmodellen i jämförelse med den nuvarande)

Kommunstorlek	Förändring, mn euro	Förändring, euro/inv.
Under 2 000	1,4	29,0

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

2 000–5 000	1,7	5,8
5 000–10 000	8,8	16,2
10 000–20 000	5,8	9,6
20 000–40 000	-3,2	-3,9
40 000–100 000	-4,3	-4,3
Över 100 000	12,5	5,8
Sammanlagt	0	0

Granskat enligt kommunstorleksgrupp förbättras det ekonomiska balansläget i alla andra kommungrupper än de som har 20 000–100 000 invånare. På det hela taget kan förändringarna enligt kommunstorleksgrupp anses vara mycket måttliga.

Tabell 24. Förändring av balansläget enligt vårdlandskap utan utjämnings av systemändringen, (den nya finansieringsmodellen i jämförelse med den nuvarande)

Vårdlandskap	Förändring, mn euro	Förändring, euro/inv.
Helsingfors	55,2	85,2
Vanda-Kervo	-18,2	-68,8
Västra Nyland	-27,1	-58,4
Östra Nyland	-10,4	-107,1
Mellersta Nyland	-5,1	-25,9
Egentliga Finland	15,6	32,6
Satakunta	4,4	20,0
Egentliga Tavastland	-6,6	-38,3
Birkaland	18,7	18,7
Päijänne-Tavastland	-22,9	-110,6
Kymmenedalen	2,4	14,6
Södra Karelen	-10,1	-78,5
Södra Savolax	-3,3	-34,4
Norra Savolax	16,3	56,0
Norra Karelen	-11,1	-67,1
Mellersta Finland	-18,3	-67,0
Södra Österbotten	8,0	41,4
Österbotten	14,0	79,3
Mellersta Österbotten	3,8	55,2
Norra Österbotten	9,6	23,4
Kajanaland	4,3	58,6
Lappland	12,5	69,7
Sammanlagt	0	0

I elva vårdlandskap och i Helsingfors kommer kommunernas ekonomiska balansläge att förbättras i samband med reformen. Mest förbättras situationen i Helsingfors, med 85 euro per invånare. I tio vårdlandskap kommer kommunernas ekonomiska balansläge att försämrats; som mest i Päijänne-Tavastland med -111 euro per invånare.

4.2.1.1.6 Bedömning av kommunernas ekonomiska situation efter reformen

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Det år som reformen träder i kraft kommer balansläget i kommunerna genom en utjämning av systemändringen att kvarstå på den uppskattade nivån 2022 kommunvis. Kalkylerna uppdateras efter att de slutliga uppgifterna om kommunernas ekonomi för 2022 finns tillgängliga 2023. Efter ikraftträdandeåret kommer förändringen i balansläget att begränsas i fyra års tid så att den kommunvisa förändringen får vara högst +/- 100 euro per invånare under det femte året. Det bör dock noteras att kommunens faktiska balans påverkas förutom av statsandelarna och utjämningsposterna för dem också av bland annat skatteinkomsternas utveckling och kommunernas egna åtgärder.

I den del av propositionen som gäller beskattning (rubrik 5.6) behandlas en begränsning av höjningar i kommunernas skattesatser 2023. För att det ska vara möjligt att säkerställa förverkligandet av de mål som ställts för hela reformen när det gäller att hantera hållbarhetsunderskottet, undvika en höjning av det totala skatteuttaget och behandla skattebetalarna lika gäller det att kunna undvika att kommunernas skattesatser höjs i samband med reformen och de jämnstora sänkningarna av de kommunala skattesatserna.

Tabell 25. Kommunernas uppskattade balansläge 2020

Inte i balans	172 kommuner
euro/invånare	
över 500	6
250–500	33
100–249	59
0–99	74
I balans	122 kommuner
0–99	70
100–249	41
250–500	6
över 500	5

Enligt de uppskattade uppgifterna för 2020 är ekonomin inte i balans i nästan 60 procent av kommunerna. Enligt uppskattningarna är ekonomin i balans i cirka 40 procent av kommunerna. Situationen 2020 är exceptionellt dålig på grund av i synnerhet coronavirusepidemins negativa konsekvenser för kommunernas inkomster och utgifter. Enligt nuvarande bedömningar är kommunernas ekonomiska ställning 2020 en dålig beskrivning av situationen det år som reformen träder i kraft.

Att genomföra reformen genom att garantera kommunen kalkylmässigt samma balans som före reformen och genom att begränsa den totala förändringen till +/- 100 euro per invånare framhäver betydelsen av den ekonomiska situationen i kommunen före reformen. I princip kommer reformen således varken att förbättra eller försämra kommunens finansiella ställning. Förhållandet mellan de kostnader och inkomster som överförs till vårdlandskapen och de som blir kvar i kommunerna kan i viss utsträckning förändra kommunens ekonomiska spelrum under de närmaste åren. Det är klart att det också efter att reformen trätt i kraft är en krävande uppgift att sanera ekonomin i till exempel en skuldsatt kommun med högt skatteuttag. Det ekonomiska spelrummet beror också mycket på vilka strukturella anpassningsmöjligheter det finns för de kostnader som blir kvar i kommunerna. Även om kommunens finansiella ställning inte ändras

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

räknat i euro, kan det hända att det i vissa kommuner är lättare att skapa en årlig inkomstfinansiering på samma nivå som före reformen och i vissa kommuner i någon mån svårare än före reformen.

Generellt innebär en relativt snäv avgränsning av förändringen att utvecklingen och livskraften inom den kommunala ekonomin även i framtiden bestäms mest av den ekonomiska tillväxten, sysselsättnings- och arbetslöshetsutvecklingen, förändringarna i åldersstrukturen och flyttningsrörelsen. En anpassning till dessa förändringsfaktorer i omvärlden är i vilket fall som helst aktuell även utan reformen. Dessutom måste kommunerna anpassa sin ekonomi till den ekonomiska utvecklingen efter coronavirusepidemin. Kommunernas skatteinkomster ser ut att permanent stanna på en lägre nivå.

Den största reformeffekten för kommunalekonomin är vad gäller hela kommunalekonomin att den del av kostnaderna som från 2015 till 2018 har ökat med cirka 2,5 procent per år och under nästa decennium skulle komma att öka med cirka 4,5 procent per år faller bort i kommunerna. Om reformen inte genomförs, kommer kommunerna även i fortsättningen att ha detta kostnadstryck på sig och ansvara för hanteringen av det för att minska hållbarhetsunderskottet inom de offentliga finanserna. Detta skulle vara en särskilt stor utmaning för kommuner som än så länge bara står inför den snabbaste fasen av att befolkningen åldras. På motsvarande sätt har de utgifter inom driftsekonomin som blir kvar i kommunerna inte ökat nämnvärt under de senaste åren, och kommer på grund av förändringarna i befolkningens åldersstruktur inte heller att öka under de närmaste åren. För kommunalekonomin är det också av betydelse att även om en stor andel av kommunalskatten överförs till vårdlandskapens finansiering förblir avkastningen av kommunens skattesats oförändrad eller blir till och med något starkare när kommunalskatteavdrag överförs till statsbeskattningen.

Även om kommunens balans i euro inte förändras i någon större utsträckning på grund av reformen, förändras betydelsen eller tolkningen av vissa relativa faktorer. Halveringen av driftsekonomin och en ungefär lika stor balansräkning som för närvarande kommer att orsaka en ökning av kommunens relativa skuldsättningsgrad. Å andra sidan, i praktiken kommer kommunens inkomstfinansiering (årsbidrag), som används till kostnader för främmande kapital, nästan inte alls att förändras. Inte heller låneskötselbidraget, som mäter kommunens förmåga att sköta sina lån, kommer att förändras. En oförändrad inkomstfinansiering kommer att ge i genomsnitt samma spelrum för kommunens investeringar som före reformen. Möjligheterna att hålla kvar en oförändrad nivå på inkomstfinansieringen påverkas emellertid i viss mån av de inkomst- och utgiftsstrukturer som blir kvar i kommunen samt av hur priset på kommunernas främmande kapital utvecklas under de närmaste åren.

Våren 2015 trädde den nya kommunallagen (410/2015) i kraft. Genom den skärptes kravet på balans i ekonomin för både kommuner och samkommuner och i synnerhet skyldigheten att täcka underskott i balansräkningen. Utifrån bokslutsprognoserna för 2019 beräknas 27 samkommuner uppvisa underskott i balansräkningen till ett sammanlagt belopp av cirka -191 miljoner euro. Utifrån bokslutsprognoserna för 2019 kan det beräknas att nio sjukvårdsdistrikt i sin balansräkning fortfarande kommer att uppvisa underskott från balansräkningen 2015. Dessa samkommuner bör i likhet med kommunerna täcka detta underskott i balansräkningen före utgången av 2020.

4.2.1.1.7 Konsekvenser för kommunernas ställning på lånemarknaden

Vilka konsekvenser reformen har för kommunernas ställning på lånemarknaden bör bedömas både med tanke på den riskklassificering som grundar sig på kreditinstitutens tillsynskriterier

och med tanke på kommunernas medelsanskaffning, det vill säga tillgången till lånefinansiering.

4.2.1.1.7.1 Riskvikt för kommunernas krediter

Bestämmelser om tillsynskriterier för banker finns i EU:s förordning (EU) nr 575/2013 om tillsynskrav för kreditinstitut och värdepappersföretag (EU:s tillsynsförordning). Enligt artikel 115.2 ska exponeringar mot delstatliga eller lokala självstyrelseorgan och myndigheter behandlas på samma sätt som exponeringar mot den nationella regering inom vars territorium de är belägna om det inte föreligger någon skillnad i risk mellan dessa exponeringar på grund av de delstatliga eller lokala självstyrelseorganens eller myndigheternas särskilda beskattningsrätt, och förekomsten av särskilda institutionella ordningar som minskar risken för fallissemang. I artikel 115.5 sägs det att exponeringar mot delstatliga eller lokala självstyrelseorgan eller myndigheter i medlemsstaterna som inte avses i punkterna 2–4 och som är uttryckta och finansierade i den nationella valutan ska åsättas en riskvikt på 20 procent.

Tolkningen av riskvikten kan inte göras nationellt, utan den ska begäras via Europeiska bankmyndighetens (EBA) Q&A-process. Frågan kan avgöras slutligt endast av EU-domstolen. Enligt Finansinspektionens etablerade tolkning uppfyller fordringar hos (det vill säga exponeringar mot) finländska kommuner och samkommuner kraven i artikel 115.2 och innebär således riskvikt noll. Motiveringen har ansetts vara kommunernas obegränsade rätt att ta ut skatt samt att kommuner inte kan gå i konkurs. Kommunens rätt att självständigt besluta om sin skattesats har konsekvenser också för verksamheten vid Kommunernas garanticentral. Garanticalens verksamhet har i lag avgränsats till beviljande av garantier för sådan medelsanskaffning till Kommunfinans Abp där medlen lånas ut till kommuner och samkommuner samt sammanslutningar som helt ägs av kommunerna eller helt lyder under deras bestämmanderätt. Garanticalen kan bevilja garantier också för sådan medelsanskaffning till Kommunfinans Abp där medlen lånas ut till sammanslutningar som anges av statliga myndigheter och som hyr ut eller producerar och håller bostäder på sociala grunder, eller till sammanslutningar som lyder under sådana sammanslutningars bestämmanderätt.

Verksamheten vid Kommunernas garanticentral bygger alltså på det kollektiva ansvaret och kreditvärdigheten hos de kommuner som är medlemssamfund i garanticalen. Garanticalen har på denna grund ansetts vara ett sådant offentligt organ som avses i artikel 116 i EU:s tillsynsförordning och hos vilket fordringar (inklusive borgensfordringar) kan behandlas på samma sätt som fordringar hos staten och kommunerna. Av detta följer att eventuella förändringar i kommunernas riskvikt har konsekvenser också för värdet såsom säkerhet på de garantier som beviljats av garanticalen. Mest inverkar en eventuell ökning av riskvikten på Kommunfinans Abp och dess möjligheter att bevilja krediter för projekt inom kommunsektorn i och med att de kapitalkrav som ställs på Kommunfinans till följd av kreditinstitutens tillsynsreglering (det vill säga kapitaltäckningsregler) blir högre när riskvikten för de krediter den beviljat kommunerna ökar.

I propositionen föreslås det att kommunens rätt att självständigt besluta om skatthöjningar 20XX begränsas. Propositionen ändrar således temporärt, det vill säga för ett år, kommunens ställning när det gäller skatteuppbörden. En begränsning av kommunernas rätt att ta ut skatt under ett år begränsar inte kommunernas ekonomiska spelrum i någon väsentlig grad, och det är därför sannolikt att den ettåriga begränsningen inte kommer att ändra på nollriskklassen för kommunsektorns lån. Denna begränsning kommer också redan att ha blivit uppmärksammas i nyheterna, och därför föranleder den knappast heller några marknadsreaktioner i anslutning till rätten att ta ut skatt.

4.2.1.1.7.2 Kommunernas medelsanskaffning efter reformen

Förutom med tanke på riskvikten för kommunernas krediter bör konsekvenserna av reformen bedömas också med tanke på kommunernas medelsanskaffning. Kommunalekonomin kommer att genomgå stora förändringar i samband med reformen till följd av den finansiering som överförs till vårdlandskapen och överföringen av kostnader. Konsekvenserna av dessa förändringar för kommunerna begränsas genom utjämningsarrangemang i statsandelssystemet för kommunens basservice, genom vilka det säkerställs att det efter reformen råder samma relativa balans i kommunens ekonomi som innan reformen trädde i kraft.

Kommunernas driftsekonomi kommer att minska till nästan hälften till följd av reformen. Eftersom byggnadsegendomen inom social- och hälsovården och räddningsväsendet med undantag för egendomen för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten förblir i kommunernas ägo, kommer också skulderna på den med undantag för skulderna för samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten att bli kvar i kommunerna. Mot bakgrund av nyckeltalen innebär detta att kommunernas relativa skuldsättning ökar. Denna ändring av nyckeltalet kan ha betydelse för den kommunala sektorns medelsanskaffning, även om kommunerna inte heller i nuläget i praktiken har kunnat använda de inkomster som behövs för att täcka driftsekonomiutgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet till att sköta skulder och även om kommunerna skulle komma att få hyresinkomster från sina social- och hälsovårdsbyggnader och byggnader inom räddningsväsendet.

Egendomsarrangemangen i anslutning till reformen kommer att minska kommunernas balansräkningar med medlemsandelarna i de lagstadgade samkommunerna och lösöret i social- och hälsovården och räddningsväsendet. Dessa ändringar inverkar på kommunernas soliditetsgrad. Till denna del bedöms konsekvenserna mer ingående i den del av propositionen som handlar om egendomsarrangemang (rubrik 5.5). Till följd av egendomsarrangemangen kan det också uppstå situationer där man kan bli tvungen att se över villkoren för kommunernas kreditavtal, om de till exempel innehåller villkor som gäller soliditetsgraden. Sådana avtalsvillkor är dock inte vanliga i kommunernas avtal.

Kommunsektorns nettoinvesteringar uppgår årligen till cirka 3,5 miljarder euro, varav cirka 0,9 miljarder euro, det vill säga cirka 25 procent, inriktas på social- och hälsovården och räddningsväsendet. I siffran beaktas förutom investeringar i byggnader också investeringar i informations- och kommunikationsteknik (IKT) samt maskiner och utrustning. Till följd av reformen kommer uttryckligen Kommunfinans Abp:s möjligheter att agera finansiär för investeringar i social- och hälsovården och räddningsväsendet att förändras. Motsvarande förändringar kommer inte att gälla för andra finansiärer inom kommunsektorn.

Bestämmelserna om konkurrensneutralitet och Kommunernas garanticentral kommer att leda till att Kommunfinans Abp inte kan agera finansiär för dessa investeringar efter reformen. Den finansieringslösning som föreslås för vårdlandskapens investeringar och som ska göras i balansräkningen för servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning som ägs gemensamt av vårdlandskapen kan å sin sida leda till att Kommunfinans Abp inte heller kan agera finansieringskanal för de investeringar som vårdlandskapet behöver. Det här innebär att den medelsanskaffning som Kommunernas garanticentral garanterar och därmed Kommunfinans Abp:s verksamhet efter reformen kommer att inriktas på finansiering av investeringar i den verksamhet som blir kvar i kommunsektorn efter reformen. Denna andel är också efter reformen cirka 2,5 miljarder euro per år, om investeringarna i kommunsektorn i övrigt kvarstår på samma nivå som nu. I siffran ingår inte investeringar som icke-noterade kommunala bolag samt kommuner och allmännyttiga

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

samfund gör i bostadsproduktion och som alljämt också kommer att omfattas av Kommunfinans Abp:s finansieringsmöjligheter. Denna förändring i Kommunfinans Abp:s verksamhetsförutsättningar kan i någon mån påverka priset på finansiering som bolaget skaffar på kapitalmarknaden och därmed även priset på den lånefinansiering bolaget erbjuder kommunerna.

Konsekvenserna av dessa förändringar är nästan omöjliga att bedöma, eftersom de enbart beror på kapitalmarknadens reaktioner. Det bör dessutom beaktas att kommunerna konkurransutsätter den finansiering de behöver i enlighet med upphandlingslagstiftningen och att Kommunfinans Abp är endast en av finansiärerna inom kommunsektorn, även om bolaget haft en stor marknadsandel i synnerhet under tidigare år.

4.2.1.2 Konsekvenser för statsfinanserna

För närvarande deltar staten huvudsakligen genom systemet med kalkylerade statsandelar i finansieringen av de uppgifter inom social- och hälsovården som kommunerna ordnar. År 2020 är statsandelen för den kommunala basservicen sammanlagt 7 069 miljoner euro. Av detta utgör social- och hälsovårdens andel 4 881 miljoner euro. När ansvaret för att ordna tjänster överförs från kommunerna till vårdlandskapen, bör finansieringssystemet samtidigt reformeras i enlighet med förändringen. Detta har en omedelbar inverkan även på statsfinanserna. I enlighet med propositionen kommer staten att finansiera största delen av kostnaderna för vårdlandskapens verksamhet. Dessutom kommer vårdlandskapen att få inkomster av kundavgifter som tas ut för social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendets tjänster och försäljningsinkomster som är ersättning till fullt belopp, till exempel vid försäljning av tjänster till andra vårdlandskap, försäkringsbolag och staten, samt övriga ringa inkomster. Vårdlandskapen föreslås också kunna ta kortfristiga lån.

I den allmänna dimensioneringen av den statliga finansieringen bör kostnaderna för de tjänster som överförs på vårdlandskapens organiseringsansvar beaktas i det nya systemet. Vårdlandskapens nettokostnader uppskattas till cirka 19,05 miljarder euro på 2020 års nivå. Av detta består cirka 18,6 miljarder euro av social- och hälsovårdskostnader och cirka 443 miljoner euro av räddningsväsendets kostnader. Eftersom ansvaret för finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet överförs från kommunerna till staten, innebär det i enlighet med det ovan nämnda att utgifterna för dessa i statsbudgeten blir närmare 12,7 miljarder euro större än för närvarande. Denna tilläggsfinansieringsandel täcks enligt förslaget genom att statens skatteinkomster utökas i enlighet med vad som konstateras längre fram under rubrik XX. För att det totala skatteuttaget inte ska öka, kommer kommunalskatterna att minska på motsvarande sätt.

Målet med vårdreformen är att bidra till att stävja kostnadsökningen inom de offentliga finanserna. Det ökade kostnadstrycket beror framför allt på att befolkningens stigande medelålder ökar behovet av vård- och omvårdnadstjänster. För att dämpa kostnadsökningen kommer vårdlandskapens finansiering att justeras på förhand så att den till 80 procent motsvarar den beräknade ökningen av servicebehovet. Det här skapar ett incitament för vårdlandskapen att effektivisera sin verksamhet och därmed bromsa kostnadsökningen. Incitamentet effektiviseras av att återkommande finansieringsunderskott för vårdlandskapet leder till att ett lagstadgat utvärderingsförfarande i vårdlandskapet inleds. Å andra sidan kommer vårdlandskapens kalkylerade finansiering att årligen justeras i efterhand på riksnivå så att den motsvarar de faktiska kostnaderna. Storleken på höjningarna av finansieringsnivån i samband med justeringarna i efterhand kan dock inte uppskattas på ett tillförlitligt sätt på förhand. Reformen medför även ändringskostnader av engångsnatur och bestående kostnader. Det är därför omöjligt att på förhand på ett tillförlitligt sätt uppskatta hur mycket kostnadsbesparingar den föreslagna finansieringsmodellen kan ge upphov till.

I statsbudgeten finns ett anslag för statsunderstöd för täckande av de särskilda merkostnader som tillämpningen av samiska språklagen medför. Anslaget är viktigt med tanke på bevarandet av samiskan, eftersom statsunderstöden gör det möjligt att i praktiken tillgodose rättigheterna enligt lagen på ett effektivt sätt. För detta ändamål har justitieministeriet i budgeten för 2020 reserverat sammanlagt 150 000 euro av det anslag som under moment 25.01.50 anvisats till understöd för upprätthållande av samernas kulturella autonomi. Kommunerna och olika sammanlutningar har kunnat ansöka om statsunderstöd. Samkommuner, såsom Lapplands sjukvårdsdistrikt, har däremot inte omfattats av understödet. Det föreslås att samiska språklagen ändras så att vårdlandskapet Lappland i fortsättningen kan ansöka om understöd. Under de senaste åren har behoven av understöd kunnat tillgodose till ungefär 60–80 procent av den ansökta summan med det disponibla anslaget. Eftersom statsunderstödet är beroende av prövning och eftersom det inte får användas för att täcka kostnaderna helt, kommer det inte att ha några omedelbara ekonomiska konsekvenser för statsfinanserna att 31 § i samiska språklagen kompletteras så också det vårdlandskap som föreslås bli inrättat genom denna proposition blir statsunderstödstagare. Anslagsändringarna genomförs inom ramarna för rambesluten om statsfinanserna och anslagen enligt statsbudgetarna.

4.2.1.3 Dämpning av kostnadsökningen

Med de strukturella förändringarna enligt reformen samt med de reformer av verksamheten som genomförs utöver dem kan kostnadsökningen dämpas på lång sikt. För detta förutsätts förutom stark statlig ekonomistyrning också att flera åtgärder vidtas samtidigt inom alla social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendets tjänster.

De viktigaste funktionella mekanismer som dämpar kostnadsökningen hänför sig till

- 1) att minska dyr service på institutioner dels genom förebyggande integrerad service (till exempel inom barnskyddet), dels genom lättare öppna tjänster (till exempel inom servicen för äldre och för personer med funktionsnedsättning) samt genom samordnade social- och hälsovårdstjänster
- 2) att öka produktiviteten i tjänster på basnivå (till exempel inom hemvården, mottagningsverksamheten och mun- och tandvården) samt förbättra tillgången till tjänsterna
- 3) att genom samlad kompetens, ett koncentrerat servicenät och exaktare arbetsfördelningar förbättra kvaliteten, effektiviteten och produktiviteten när det gäller tjänsterna (till exempel inom jourverksamheten och de operativa funktionerna)
- 4) att med hjälp av digitalisering och elektroniska tjänster minska resursbehoven i vårdlandskapens servicesystem.

Enligt NHG:s rapport 2016⁸ finns det inom hälso- och sjukvården en effektiviseringspotential i jourverksamheten och de anknytande vårdperioderna samt i skötseln av förlossningar, i den operativa verksamheten, i den konservativa elektiva specialiserade sjukvården, i öppenvården inom primärvården samt i mun- och tandvården. Sparpotentialen uppskattades till knappa 1 400 miljoner euro. Uppskattningen av effektiviseringspotentialen baserade sig på att bästa nuvarande förfaranden har tagits i bruk. Till exempel verkningarna av digitaliseringen beaktades inte fullt ut. Effektiviseringspotentialen inom äldreomsorgen uppskattades till cirka 900 miljoner euro, vilket också motsvarar uppskattningen enligt den så kallade IKÄPIHA-utredning som

⁸ Statsrådets publikationsserie för utrednings- och forskningsverksamheten 42/2016.

statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet publicerade i början av 2020. På grund av de geografiska olikheterna i servicestrukturen gäller det dock att förhålla sig något avvaktande till uppskattningarna.

Vidare uppskattade NHG effektiviseringspotentialen inom servicen för personer med funktionsnedsättning till 200 miljoner euro, inom servicen för barn, unga och familjer till 400 miljoner euro samt inom missbrukar- och mentalvårdstjänsterna till 100–200 miljoner euro. Den sammanlagda potentialen för en bromsning av kostnadsökningen är således cirka 3 miljarder euro. Till exempel inom jourverksamheten är det möjligt att utveckla jourens styreffekt, till exempel hur kvalitativt och produktivt den inledande diagnostiken och hänvisningen till vård fungerar och huruvida patienterna snabbt styrs till rätta vårdlinjer. Som utvecklingsobjekt inom äldreomsorgen identifierades på motsvarande sätt förebyggande av försvagad funktionsförmåga och rehabilitering samt samordning och styrning av kundservicen. I uppskattningarna beaktades dock inte kundernas otillfredsställda behov av service inom till exempel mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

De ovan beskrivna kalkylerna över en dämpning av kostnadsökningen grundar sig på de kostnadseffekter av bästa praxis som identifierats utifrån jämförelseuppgifter, forskningsresultat och, särskilt i fråga om den specialiserade sjukvården, på antaganden om det framtida antalet enheter och befolkningsunderlaget. För fördelningen av sparpotentialen hade man utnyttjat en referensram där man identifierar åtgärderna (till exempel en flexibel användning av resurserna) och kostnadsdrivarna för varje åtgärd (till exempel patientkontakter per resurs). De kostnadsbesparingar som kan nås inom olika tjänstehelheter (till exempel hälsovårdstjänster, tjänster för personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg) hade uppskattats separat och den totala sparpotentialen hos social- och hälsovården hade uppskattats genom att de olika elementen kombinerades. Det kan anses att uppskattningarna om dämpning av kostnaderna för den föreslagna reformen fortfarande stämmer till stor del. Det gäller dock att beakta de nya förordningar som trädde i kraft 2018: statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) och statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017). Förordningarna har redan bidragit till att forma arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården, vilket innebär att en del av potentialen för kostnadsdämpningen i fråga om dessa redan kommer att vara genomförd när reformen träder i kraft 2023. Dessutom bör det beaktas att uppskattningarna baserar sig på modellen med 12 sjukhus med omfattande jour. Enligt den föreslagna reformen kommer det att finnas 13 sådana sjukhus.

Institutet för hälsa och välfärd har bedömt⁹ att om de vårdlandskap som är svagare än medelnivån i landet lyckas förbättra sin produktivitet inom hälso- och sjukvården så att den når medelnivån i landet, leder det till en sänkning på drygt 100 miljoner euro i kostnaderna för den somatiska specialiserade sjukvården, vilket betyder en besparing på cirka 2 procent. En lika stor effekt kan nås om man i de vårdlandskap där tjänsterna anlitas mer än enligt medelnivån i landet anlitar tjänsterna enligt medelnivån i landet. När potentialen för att dämpa kostnaderna beräknas i förhållande till det vårdlandskap som har den bästa produktiviteten eller den lägsta användningsgraden, ökar sparpotentialen till 11–12 procent av kostnaderna för den specialiserade sjukvården, alltså till 700–800 miljoner euro, vilket är mindre än det belopp på cirka 1 miljard euro som NHG kom fram till genom sin metod. De beräkningar som NHG och Institutet för hälsa och välfärd gjort baserade sig på olika beräkningsmetoder och antaganden. NHG delar i sin

⁹ THL Optimi 1/2017.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

granskning upp bästa praxis i mindre bitar och analyserar separat för varje block kostnadsdrivarna och det sätt på vilket man genom att påverka dem kan nå samma nivå som bästa praxis i de enskilda helheterna.

Även om vissa åtgärder som följer av reformen kan leda till konkreta besparingar, innebär sparpotentialen i praktiken en dämpning av kostnadsökningen. Det bedöms att till följd av att befolkningen åldras kommer kostnaderna att öka i vilket fall som helst, men genom de föreslagna åtgärderna kan kostnadernas tillväxttakt dämpas. För att tillväxten ska kunna dämpas förutsätts det förutom att bästa praxis tas i bruk också att många andra utvecklingsåtgärder vidtas samtidigt. En del av de åtgärder som förutsätts är fristående från reformen. De faktorer som beskrivs ovan kan således medföra osäkerhet när det gäller att nå besparingar.

Det viktiga vid realiseringen av effektiviseringspotentialen är hur de blivande vårdlandskapen klarar av att genomföra och dra nytta av de förändringar som behövs i arbetsformerna. Eftersom antalet organisationer med organiseringsansvar minskar till en tiondedel jämfört med nuläget, har de framtida vårdlandskapen betydligt bättre förutsättningar, resurser och sakkunskap att genomföra de förändringar som behövs än vad de nuvarande kommunala anordnarna har. En del av de vårdlandskap som bildas kommer dock att vara relativt små och därigenom ha klart sämre resurser än genomsnittet. Även tillgången på utbildad personal och den privata serviceproduktionens betydelse varierar mellan vårdlandskapen. På grund av dessa faktorer krävs det ett väl fungerande samarbete och en arbetsfördelning med de övriga vårdlandskapen för att målen ska kunna nås. I den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård finns bestämmelser som syftar till att säkerställa samarbetet mellan vårdlandskapen i synnerhet inom de fem samarbetsområdena.

Förutom bättre verksamhetsprocesser finns det också några enskilda andra sätt att dämpa kostnaderna. Undersökningar och tidigare erfarenheter ger vid handen att en centralisering av upphandlingen kan leda till besparingar på 20 procent. Möjligheten till besparing i vårdlandskapens administrativa upphandling och upphandling av stödfunktioner är 15–20 procent och för läkemedel och medicinska förbrukningsartiklar 10 procent. Det är vanligt att de företag som är verk samma i ovannämnda kategorier är internationella eller nationella företag. Om det till exempel genom ökade gemensamma upphandlingar i anslutning till förvaltningen och stödfunktionerna är möjligt att uppnå en sådan besparing som undersökningarna indikerar, uppnås en årlig besparing på minst 250 miljoner euro. Möjligheterna till besparingar varierar beroende på kategori. Gemensam upphandling kan gälla till exempel upphandling av datorer. Enligt statens erfarenheter kan en besparing på upp till 40 procent uppnås inom produktområdet. Besparingar i upphandlingen kan dock inte i sin helhet räknas samman med de siffror för social- och hälsovården som anges ovan, eftersom en del av verksamhetsenheterna redan tillämpar gemensam upphandling.

De realistiska möjligheterna till en dämpad kostnadsökning kan i viss mån bedömas utifrån tidigare verksamhetsmodeller och organisationer som strävat efter en integrering av ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster. Ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster har sedan 2005 integrerats i förvaltningsförsöket i Kajaland och sedan 2010 i Eksote. Enligt en undersökning som Statens ekonomiska forskningscentral publicerade 2016¹⁰ har förvaltningsförsöket i Kajaland varken dämpat eller påskyndat ökningen av nettokostnaderna för social- och hälsovården. Kostnadsökningen dämpades efter att försöket hade inletts, men det gjorde den också på referensområdet. Även Institutet för hälsa och välfärd kom

¹⁰ https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/148833/muistiot_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y (på finska)

fram till likartade slutsatser 2014. I de ovannämnda bedömningarna granskades dock inte mängden tjänster som invånarna fått eller kvalitetsutvecklingen och inte heller hur dessa faktorer påverkat kostnadsutvecklingen.

Enligt den uppskattning som Institutet för hälsa och välfärd publicerade 2014¹¹ var nettokostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet i Södra Karelen innan Eksote bildades 2010 något mindre än kostnaderna i kommunerna i referensområdet. De hade dock ökat något snabbare än kostnaderna i referensområdet, det vill säga med 3,4 procent per år i kommunerna i nuvarande Eksote och med 2,8 procent per år i kommunerna i referensområdet. Efter att Eksote bildats ökade nettokostnaderna i området under åren 2010–2012 klart långsammare än innan Eksote bildades och även långsammare än på dess referensområde. Inom området för Eksote sjönk nettokostnaderna med cirka 0,2 procent per år, medan de på referensområdet ökade reellt med 2,2 procent per år. Uträknat på denna grund dämpade inrättandet av Eksote tillväxttakten för nettokostnaderna för social- och hälsovården med 2,4 procent per år jämfört med referensområdet. De vårdlandskap som föreslås enligt propositionen kommer att skilja sig från varandra till storlek och förhållanden och kommer även i övrigt, till exempel i fråga om befolkningsstrukturen, att vara annorlunda än Eksote och Kajanaland. Därför kan verkningarna variera enligt område.

I reformen kommer beslutsfattande och ledning i anslutning till ordnandet att koncentreras till vårdlandskapen, vilket kan förbättra ekonomin i verksamheten. År 2000 slogs Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt samt Helsingfors universitetscentralsjukhus samman till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS). I och med sammanslagningen koncentrerades beslutsfattandet och ledningen i området under ett enda ledarskap. Det resulterade i en betydande kostnadsdämpning för området. Inom HNS kunde utgiftsutvecklingen för den specialiserade sjukvården bromsas upp med cirka 0,4 procentenheter per år i förhållande till den tidigare verksamhetsmodellen och referensområdena (trend).

En förutsättning för att de ekonomiska målen för reformen ska nås är att vårdlandskapens beslutsfattare har förmåga och skicklighet att ta vara på de möjligheter att förbättra kundprocesserna och strömlinjeforma och effektivisera verksamheten som den integrerade servicestrukturen inom social- och hälsovården medför. Ett mera omfattande organiseringsansvar skapar bättre möjligheter att se på de olika verksamheterna som en helhet. År 2016 konstaterade Institutet för hälsa och välfärd i sin förhandsbedömning av konsekvenserna av ett utkast till lag om ordnande av social- och hälsovård¹² att ett koncentrerat finansierings- och organiseringsansvar för social- och hälsovårdstjänster kan främja serviceintegration. Utmaningen är att skapa sådana förutsättningar att alla de målsatta formerna av integration i reformen kan genomföras samtidigt.

I fråga om räddningsväsendets tjänster är utgångspunkten för reformen att trygga servicenivån och att utveckla den så att den svarar mot behoven i en omvärld som förändras. Klimatförändringen och de extrema väderfenomenen, omstruktureringarna i samhället, den tekniska utvecklingen och den osäkra internationella säkerhetsmiljön påverkar behovet av räddningsväsendets tjänster. Under de senaste åren har det förekommit problem med att säkerställa tjänsteproduktionen på glesbygden och å andra sidan också i kraftigt växande stadscenter. Räddningsväsendet är ett riksomfattande säkerhetssystem; även nationella behov ska ständigt beaktas när regionala

¹¹ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115008/URN_ISBN_978-952-302-1761.pdf?sequence=1 (på finska med ett svenskspråkigt sammandrag)

¹² https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016_012.pdf?sequence=1 (på finska)

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

arrangemang utvecklas. Det gäller att satsa på regionala arrangemang men också på riksomfattande arrangemang.

För att ökningen av utgifterna för räddningsväsendet ska kunna dämpas förutsätts det att servicebehoven bedöms och att resurser anvisas i enlighet med bedömningen. Åtgärderna för att dämpa utgiftsökningen väntas bli fullt realiserade först efter flera år. En dämpning av utgiftsökningen förutsätter arbete för att utveckla verksamheten och dessutom stark statlig styrning samt ett långsiktigt och skickligt ledarskap. Kostnadsstegringen bör tyglas på ett sätt som inte försämrar servicenivån. För att målet ska kunna nås förutsätts det att vissa av räddningsväsendets tjänster samlas i ett eller flera vårdlandskap samt dessutom vid behov att personalstrukturen och räddningsverksamhetens resursanvändning och ledningssystem förenhetligas samt att informationshanteringen styrs så att verksamhetsmetoderna utvecklas. Genom utveckling av styrningen och ledarskapet eftersträvas högklassigare och kostnadseffektivare produktion av räddningsväsendets tjänster.

Åtgärderna för att tygla kostnadsstegringen kommer att inriktas på bland annat personal-, ekonomi- och informationsförvaltning samt beredning och genomförande av upphandling. Tyngdpunkten inom personalstrukturen kommer på ett bättre sätt än för närvarande att ligga på säkerhetstjänster och räddningsverksamhet, och förändringar i personalresurserna på grund av naturlig avgång kommer att hanteras till exempel genom utveckling av utbildningssystemet och de personliga yrkeskarriärerna. Beredskapsarrangemangen optimeras så att de variationer i riskerna som beror på dygnstidpunkten och årstiden beaktas. Ett ändamålsenligare anlåtande av avtalsbrandkårerna främjas. Räddningsväsendets läges- och ledningscentrallösningar samt logistikarrangemang kommer att planeras och genomföras som gemensamma för vårdlandskapen. På så vis minskar anläggnings- och byggkostnaderna samt omkostnaderna betydligt. Den operativa ledningen av räddningsväsendet och de anknytande jour- och beredskapsarrangemangen genomförs mer kostnadseffektivt än för närvarande. Att en riksomfattande läges- och ledningscentral tillkallar resurser från den internationella räddningsverksamheten och att ett eller flera vårdlandskap har hand om räddningsväsendets operativa verksamhet kommer att medföra synergieffekter och kostnadsbesparingar.

4.2.1.4 Konsekvenser för vårdlandskapens ekonomi

Inom vårdreformen överförs ansvaret för ordnande av tjänster från kommunerna till de 21 nya självstyrande vårdlandskap som föreslås bli inrättade och till Helsingfors som föreslås fullgöra vårdlandskapsuppgifter. Vårdlandskapen utgör en mycket heterogen grupp i fråga om befolkningsunderlag, åldersstruktur och behov. Befolkningsunderlaget för områdena varierar från 68 000 invånare i Mellersta Österbotten till 648 000 invånare i Helsingfors. Servicebehovet inom social- och hälsovården varierar enligt vårdlandskap; i Södra och Västra Finland är befolkningen yngre och friskare än i Östra och Norra Finland. Också sysselsättningsläget och den genomsnittliga inkomstnivån bland befolkningen varierar mellan områdena. Vårdlandskapen skiljer sig också från varandra i fråga om befolkningsstruktur och invånartäthet. Dessa skillnader påverkar behovet av och kostnaderna för tjänsterna. I tabell 13 konstateras enligt vårdlandskap nettoutgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet och de behovsstandardiserade utgifterna för social- och hälsovården på 2020 års nivå.

Tabell 13. Nettoutgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet och behovsstandardiserade utgifter för social- och hälsovården på 2020 års nivå, samt beskattningsbara inkomster 2018

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Vårdlandskap	Nettoutgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet 2020 1 000 €	Nettoutgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet 2020 €/inv.	Nettoutgifter för social och hälsovården 2020 €/inv.	Nettoutgifter för räddningsväsendet 2020 €/inv.	Behovskoefficient för social- och hälsovård 2020*	Behovsstandardiserade utgifter för social- och hälsovården 2020 €/inv.**	Kommunernas beskattningsbara inkomster 2018 €/inv.**
Helsingfors	2 109 894 544	3 256	3 191	65	0,84	2 835	22 333
Vanda + Kervo	752 676 283	2 847	2 795	51	0,79	2 682	19 743
Västra Nyland	1 401 733 832	3 019	2 948	71	0,76	2 574	22 865
Östra Nyland	302 985 149	3 115	3 009	106	0,92	3 128	18 851
Mellersta Nyland	613 295 111	3 113	3 036	77	0,84	2 861	19 720
Egentliga Finland	1 678 483 181	3 507	3 432	75	1,01	3 417	16 587
Satakunta	804 421 238	3 679	3 577	102	1,10	3 726	15 911
Egentliga Tavastland	586 640 552	3 423	3 349	71	1,08	3 672	16 435
Birkaland	1 757 716 631	3 398	3 320	78	0,98	3 323	16 598
Päijänne-Tavastland	717 349 171	3 459	3 363	96	1,13	3 835	15 609
Kymmenedalen	671 785 031	4 032	3 935	97	1,16	3 941	16 379
Södra Karelen	474 970 605	3 689	3 587	102	1,09	3 713	15 857
Södra Savolax	395 654 323	4 147	4 052	95	1,26	4 280	14 224
Norra Savolax	1 184 759 566	4 065	3 982	82	1,19	4 038	14 963
Norra Karelen	597 388 453	3 688	3 608	80	1,22	4 134	13 482
Mellersta Finland	925 350 455	3 386	3 291	95	1,05	3 575	14 892
Södra Österbotten	738 394 313	3 800	3 703	97	1,18	3 997	13 889
Österbotten	632 214 238	3 588	3 506	82	0,93	3 160	15 657
Mellersta Österbotten	244 591 075	3 574	3 473	101	1,10	3 726	14 457
Norra Österbotten	1 395 970 803	3 387	3 314	73	1,02	3 455	15 057
Kajanaland	316 137 586	4 327	4 225	102	1,26	4 274	14 324
Lappland	740 674 104	4 149	4 050	99	1,16	3 944	15 263
Hela landet	19 056 366 946	3 472	3 392	81	1,00	3 392	17 342

*Institutet för hälsa och välfärd, behovskoefficient för social- och hälsovården, beskriver invånarnas servicebehov i förhållande till landets genomsnitt. Den koefficient som används i 2020 års kalkyler baserar sig på statistiska uppgifter för 2018.

**De behovsstandardiserade kostnaderna baserar sig på 2020 års budgetuppgifter och Institutet för hälsa och välfärds behovskoefficient från 2018.

***Kommunernas skattebas summerad på vårdlandskapsnivå.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

*Institutet för hälsa och välfärd, behovskoefficient för social- och hälsovården, beskriver invånarnas servicebehov i förhållande till landets genomsnitt. Den koefficient som används i 2020 års kalkyler baserar sig på statistiska uppgifter för 2018.

**De behovsstandardiserade kostnaderna baserar sig på 2020 års budgetuppgifter och Institutet för hälsa och välfärds behovskoefficient från 2018.

***Kommunernas skattebas summerad på vårdlandskapsnivå.

Av tabell 14 framgår att förändringen i invånarantalet väntas variera tydligt enligt vårdlandskap under perioden 2018–2040. När de regionala skillnaderna i andelen äldre, i den ekonomiska försörjningskvoten och servicebehoven beaktas är det klart att de ekonomiska förutsättningarna att ordna tjänster varierar mellan vårdlandskapen.

Tabell 14. Förändring i vårdlandskapens invånarantal åren 2018–2040

Vårdlandskap	Befolkning	Förändring i	Invånare	Ekonomisk
	31.12 2018	befolkningen 2018–2040 %	över 75 år 2018 %	försörjningskvot 2017*
Helsingfors	648 042	17 %	7 %	107,7
Vanda + Kervo	264 420	20 %	6 %	114,1
Västra Nyland	464 302	11 %	7 %	131,1
Östra Nyland	97 263	2 %	9 %	112,8
Mellersta Nyland	196 997	5 %	7 %	116,5
Egentliga Finland	478 582	1 %	10 %	135,1
Satakunta	218 624	-12 %	12 %	151,4
Egentliga Tavastland	171 364	-10 %	10 %	142,5
Birkaland	517 333	4 %	9 %	137,7
Päijänne-Tavastland	207 394	-11 %	11 %	156,6
Kymmenedalen	166 623	-14 %	12 %	166,3
Södra Karelen	128 756	-13 %	12 %	160,7
Södra Savolax	136 474	-15 %	13 %	168,5
Norra Savolax	250 414	-11 %	11 %	152,4
Norra Karelen	165 569	-12 %	11 %	169,6
Mellersta Finland	273 283	-4 %	10 %	154,1
Södra Österbotten	194 316	-13 %	11 %	147,7
Österbotten	176 193	-1 %	10 %	130,3
Mellersta Österbotten	68 437	-8 %	10 %	146,2
Norra Österbotten	412 161	-3 %	8 %	153,5
Kajanaland	73 061	-19 %	12 %	170,5
Lappland	178 522	-9 %	11 %	154,7
Hela landet	5 488 130	0 %	9 %	137,1

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

*Arbetslösa och personer som står utanför arbetskraften per 100 sysselsatta, Statistikcentralen, arbetskraftsundersökning.

**Institutet för hälsa och välfärd, behovskoefficient för social- och hälsovården, beskriver invånarnas servicebehov i förhållande till landets genomsnitt.

*Arbetslösa och personer som står utanför arbetskraften per 100 sysselsatta, Statistikcentralen, arbetskraftsundersökning.

**Institutet för hälsa och välfärd, behovskoefficient för social- och hälsovården, beskriver invånarnas servicebehov i förhållande till landets genomsnitt.

Nettokostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet uppskattas enligt nivå 2020 till cirka 19,05 miljarder euro (3 472 euro/invånare). Av detta motsvarar nettoutgifterna för social- och hälsovården nästan 98 procent, det vill säga 18,6 miljarder euro. Nettoutgifterna enligt kommun varierar från cirka 2 500 euro till 6 800 euro per invånare. Skillnaderna jämnas klart ut när utgifterna granskas på vårdlandskapsnivå. Om nettoutgifterna för den kommunala social- och hälsovården 2020 hålls som kalkylerad utgångsnivå vid en jämförelse av social- och hälsovårdsutgifterna i de blivande vårdlandskapen, varierar de från cirka 2 800 euro per invånare i självstyrelseområdet Vanda-Kervo till 4 200 euro per invånare i Kajanalands län. Skillnaderna förklaras i synnerhet av de regionala skillnaderna i servicebehov, men även till exempel av skillnader i social- och hälsovårdens verksamhetsformer och verksamhetskultur samt av användningen av privata hälso- och sjukvårdstjänster och företagshälsovård.

Skillnaderna mellan vårdlandskapen i fråga om servicebehov bedöms med hjälp av Institutet för hälsa och välfärds behovskoefficient och de behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter¹³ som räknats ut på basis av den.

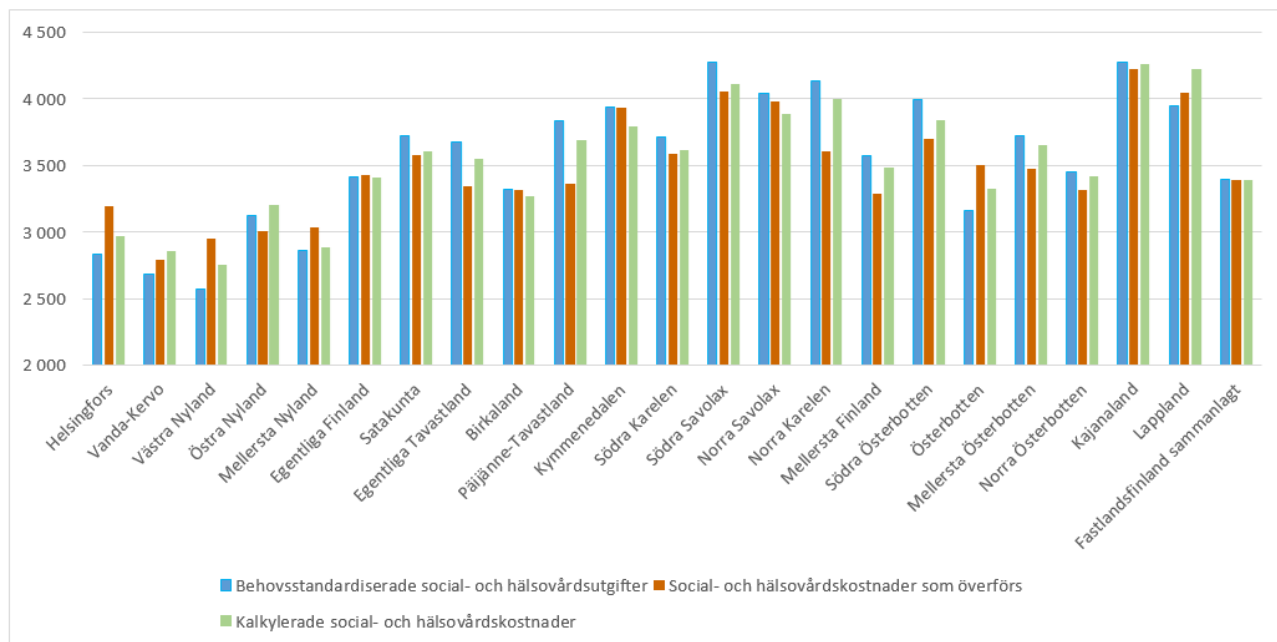
I figur 3 presenteras hur de olika landskapens faktiska social- och hälsovårdskostnader förhåller sig till landskapets behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter och landskapets kalkylerade finansiering. Utifrån figuren är de behovsstandardiserade kostnaderna i sex vårdlandskap (Vanda-Kervo, Västra Nyland, Mellersta Nyland, Egentliga Finland, Österbotten och Lappland) samt i Helsingfors lägre än de faktiska kostnader som överförs till landskapet. I dessa områden, med undantag för Vanda-Kervo och Lappland, är också den kalkylerade social- och hälsovårdsfinansieringen lägre än den kostnad som överförs.

Vårdlandskapets faktiska och behovsstandardiserade kostnad avviker mest i Norra Karelen, Mellersta Österbotten, Södra Savolax, Päijänne-Tavastland, Egentliga Tavastland och Södra Österbotten. I dessa är den behovsstandardiserade kostnaden klart högre än den uppskattade kostnad som överförs. Dessa vårdlandskaps kalkylerade finansiering är också klart högre än den kostnad som överförs.

Figur 3. Vårdlandskapens behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter, kostnader och kalkylerade finansiering på 2020 års nivå.

¹³ Landskapets behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter fås genom att de uträknade social- och hälsovårdsutgifterna per invånare i landskapet ställs i relation med hjälp av landskapets behovsstandardiserade utgiftsindex.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00



*Landskapets behovsstandardiserade social- och hälsovårdsutgifter fås genom att de uträknade social- och hälsovårdsutgifterna per invånare i vårdlandskapet ställs i relation med hjälp av vårdlandskapets behovsstandardiserade utgiftsindex.

Provberäkningar för finansieringsmodellen för vårdlandskapen har gjorts utifrån 2020 års nivå, och de slutliga bestämningsgrunderna för finansieringen 2023 görs när den beräknade kostnadsbasen för 2021 och 2022 har klarnat. Situationen i de olika vårdlandskapen kommer att förändras ytterligare på 2020-talet. Åldersstrukturen i vårdlandskapet är en avgörande faktor när framtidens servicebehov och finansieringsbehov bedöms. Enligt prognoserna koncentreras den unga befolkningen i arbetsför ålder alltmer till Södra Finland och till tillväxtcentrum. Man kan se att de vårdlandskapsvisa relativa behovsskillnaderna kommer att öka ytterligare, och detta bör avspeglats i den behovsbaserade vårdlandskapsfinansieringen. Å andra sidan koncentreras det absoluta servicebehovet dit där befolkningen ökar.

Nettoutgifterna för räddningsväsendet uppgår till cirka 443 miljoner euro på 2020 års nivå. När de kommunvisa siffrorna räknas ihop på vårdlandskapsnivå, varierar skillnaderna mellan vårdlandskapen från cirka 51 euro per invånare till 106 euro per invånare. I genomsnitt är utgifterna 81 euro per invånare. Den finansiering som staten anvisar för att ordna räddningsväsendets tjänster kommer att styras till de 21 vårdlandskapen och Helsingfors stad också som en del av finansieringen i form av allmänna medel. Dessa variationer kan förklaras med områdesspecifika arrangemang för tjänsteproduktionen inom det lokala räddningsväsendet och med skillnader i servicebehovet inom olika områden. Kommunerna har genomfört det lokala räddningsväsendet och före det sin egen tjänsteproduktion genom egna beslut och på egen bekostnad. Det lokala räddningsväsendet beslutar i enlighet med räddningslagen om sin servicenivå, och statens tillsyn (regionförvaltningsverken) har inriktats dels på besluten om servicenivån, dels på den faktiska servicenivån. Systemet med ett lokalt räddningsväsende har lett till större enhetlighet, men under likartade förhållanden förekommer det dock fortfarande olika produktionslösningar, som

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

bidrar till att förklara kostnadsskillnaderna. I tabell 15 presenteras de landskapsvisa nettoutgifterna för räddningsväsendet och den kalkylerade finansieringen på 2020 års nivå.

Tabell 15. Vårdlandskapens nettoutgifter för räddningsväsendet och den kalkylerade finansieringen 2020.

Landskap	Invånarantal	Nettoutgifter 2020, euro	Nettoutgifter €/inv.	Kalkylerad finansiering 2020	Kalkylerad finansiering €/inv.	Skillnad euro	Skillnad €/inv.
Helsingfors	648 042	42 152 214	65	41 292 842	64	-859 372	-1
Vanda och Kervo	264 420	13 497 926	51	19 882 324	75	6 384 397	24
Västra Nyland	464 302	33 054 734	71	35 058 955	76	2 004 221	4
Östra Nyland	97 263	10 279 241	106	7 728 789	79	-2 550 452	-26
Mellersta Nyland	196 997	15 222 495	77	15 835 443	80	612 948	3
Egentliga Finland	478 582	35 810 991	75	39 490 910	83	3 679 919	8
Satakunta	218 624	22 362 411	102	19 457 456	89	-2 904 955	-13
Egentliga Tavastland	171 364	12 790 803	75	14 247 702	83	1 456 899	9
Birkaland	517 333	40 418 488	78	40 333 030	78	-85 459	-0
Päijänne-Tavastland	207 394	19 819 817	96	17 401 335	84	-2 418 483	-12
Kymmenedalen	166 623	16 176 858	97	14 973 824	90	-1 203 033	-7
Södra Karelen	128 756	13 160 644	102	11 188 807	87	-1 971 836	-15
Södra Savolax	95 414	9 056 273	95	8 588 077	90	-468 196	-5
Norra Savolax	291 474	23 994 900	82	23 921 850	82	-73 050	-0
Norra Karelen	165 569	13 280 702	80	14 394 470	87	1 113 768	7
Mellersta Finland	273 283	25 931 606	95	22 689 670	83	-3 241 936	-12
Södra Österbotten	194 316	18 932 097	97	16 810 371	87	-2 121 726	-11
Österbotten	176 193	14 430 414	82	13 673 892	78	-756 523	-4
Mellersta Österbotten	68 437	6 916 587	101	6 983 267	102	66 680	1
Norra Österbotten	412 161	30 213 012	73	31 501 954	76	1 288 942	3
Kajanaland	73 061	7 431 923	102	7 445 867	102	13 944	0
Lappland	178 522	17 722 864	99	19 756 167	111	2 033 303	11
Hela landet	5 488 130	442 657 000	81	442 657 000	81	0	0

Räddningsväsendets tjänster skiljer sig från social- och hälsovårdsväsendets tjänster såtillvida att så gott som alla räddningsväsendets tjänster tillhandahålls där kunden finns (räddningsverksamhet vid olyckor) eller produceras hos kunden (brandsyn, säkerhetskommunikation och utbildning). Detta förutsätter att det finns ett tillräckligt tätt nätverk av brandstationer. Räddningsväsendets aktionsberedskap och nätverket av brandstationer är av stor betydelse också med tanke på den första insats som räddningsväsendet gör.

Utvecklingen av social- och hälsovårdskostnaderna i vårdlandskapen bedöms enligt en prognosmodell¹⁴, som beaktar vilken inverkan befolkningsutvecklingen i landskapen har på social- och hälsovårdsutgifterna. Som underlag har använts den beräknade kostnadsnivån för 2017, förhöjd med prognosvärdena. Enligt modellen ökar social- och hälsovårdskostnaderna på riksnivå per invånare med 24,9 procent fram till 2030, det vill säga i genomsnitt cirka 1,2 procent per år. Modellen beaktar endast den ökning av servicebehovet som beror på förändringen enligt befolkningens åldersstruktur i landskapet; den beaktar inte prisutvecklingen. Med beaktande av prisutvecklingen antas de totala social- och hälsovårdskostnaderna öka med 2,4 procent. De redan nu jämförelsevis stora skillnaderna mellan landskapen i social- och hälsovårdskostnader kommer att öka ytterligare.

4.2.1.4.1 Uppskattningar av finansieringsnivån enligt vårdlandskap

Enligt förslaget är vårdlandskapens finansiering allmänna medel. Den bygger på en beräkningsmodell som beaktar skillnaderna i servicebehov och förhållanden mellan landskapen. Av finansieringen riktas enligt bestämningsfaktorerna för social- och hälsovård cirka 13,424 procent (2,5 miljarder euro) enligt invånarantalet, cirka 81,6 procent enligt behoven (15,2 miljarder euro), cirka 1,5 procent (279 miljoner euro) enligt invånartätheten i vårdlandskapet, cirka 2,0 procent enligt inslaget av främmandespråkiga i vårdlandskapet (372 miljoner euro), cirka 0,35 procent enligt tvåspråkigheten i vårdlandskapet (65 miljoner euro), cirka 0,1 procent enligt skärgårdskaraktär (21 miljoner euro) och cirka 1 procent enligt koefficienten för främjande av hälsa och välfärd (186 miljoner euro). Finansieringen av räddningsväsendet kommer enligt förslaget att riktas enligt vårdlandskapets invånarantal (65 procent), invånartäthet (5 procent) och riskfaktorer (30 procent).

Beloppet av den finansiering som föreslås bli riktad till enskilda vårdlandskap är inte detsamma som den nuvarande sammanlagda social- och hälsovårdsfinansieringen samt räddningsväsendets finansiering för kommunerna i vårdlandskapet. Den ändrade finansieringen har beräknats genom att finansieringen enligt den nya finansieringsmodellen på 2020 års nivå har jämförts med utgångsnivån, som man får genom att räkna ihop nettoutgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet i de kommuner som hör till vårdlandskapet. Den statliga finansiering som föreslås för vårdlandskapen uppgår till sammanlagt 19,05 miljarder euro. Dessutom kommer vårdlandskapen att få inkomster av kundavgifter och försäljningsinkomster som är ersättning till fullt belopp, till exempel vid försäljning av tjänster till andra vårdlandskap, försäkringsbolag och staten, samt övriga ringa inkomster. Vårdlandskapen föreslås också kunna ta kortfristiga lån. För finansiering av investeringar kommer landskapen också att ha fullmakt att uppta lån enligt statsrådets beslut per räkenskapsperiod. Bestämmelser om detta föreslås i lagen om vårdlandskap.

Eftersom behovsfaktorernas vikt är stor i finansieringen till vårdlandskapen, följer vårdlandskapsfinansieringen starkt vårdlandskapets behov av social- och hälsovårdstjänster och behovsstandardiserade utgifter. Skillnaderna mellan vårdlandskapen i fråga om behovsstandardiserade utgifter kan förklaras till exempel med faktorer i anslutning till servicens omfattning eller kvalitet eller med effektivitetsskillnader, men på grund av bristen på material har det inte kunnat göras någon exakt analys av orsakerna till skillnaderna. Eftersom syftet med modellen är att säkerställa vårdlandskapens finansiering enligt behov, kommer den kalkylerade finansieringen i huvudsak att stiga i förhållande till utgångsnivån i vårdlandskap med högre behovsstandardiserade utgifter än i landet i genomsnitt. För vårdlandskap som har lägre behovsstandardiserade utgifter än landet i genomsnitt kommer den kalkylerade finansieringen i huvudsak att sjunka,

¹⁴ En modell för socialutgifter som Institutet för hälsa och välfärd tagit fram.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

och efter övergångsperioden är deras finansiella ställning svagare än i nuläget. Ett undantag är vårdlandskapet Vanda-Kervo, vars kalkylerade finansiering ökar även om dess behovsstandardiserade kostnader hör till de lägsta i hela landet. De vårdlandskap vars kalkylerade finansiering minskar i jämförelse med de kostnader som överförs blir tvungna att under övergångsperioden anpassa sin verksamhet och kostnaderna för den till en lägre nivå än för närvarande.

I tabell 16 beskrivs vårdlandskapens framtida finansiering uppskattad på 2020 års nivå. I tabellen beskrivs finansieringsnivån i euro samt förändringen i förhållande till den kalkylerade utgångsnivån både i euro och i euro per invånare. Siffrorna i tabellen beskriver situationen efter övergångsperioden. De slutliga siffrorna på 2020 års nivå fås när det statistiska materialet är klart.

Tabell 16. Vårdlandskapens finansiering på 2020 års nivå, förändring i förhållande till utgångsnivån

Vårdlandskap	Invånarantal 2018	Nettoutgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet på 2020 års nivå, euro	Nettoutgifter för social- och hälsovården och räddningsväsendet på 2020 års nivå, euro/invånare	Kalkylerad finansiering på 2020 års nivå, euro	Kalkylerad finansiering på 2020 års nivå, euro/invånare	Förändring euro	Förändring euro/invånare
Helsingfors	648 042	2 109 894 544	3 256	1 965 815 632	3 033	-144 078 911	-222
Vanda + Kervo	264 420	752 676 283	2 847	776 019 991	2 935	23 343 708	88
Västra Nyland	464 302	1 401 733 832	3 019	1 311 609 737	2 825	-90 124 095	-194
Östra Nyland	97 263	302 985 149	3 115	319 080 695	3 281	16 095 546	165
Mellersta Nyland	196 997	613 295 111	3 113	583 571 611	2 962	-29 723 500	-151
Egentliga Finland	478 582	1 678 483 181	3 507	1 669 256 259	3 488	-9 226 921	-19
Satakunta	218 624	804 421 238	3 679	808 528 449	3 698	4 107 211	19
Egentliga Tavastland	171 364	586 640 552	3 423	622 331 295	3 632	35 690 744	208
Birkaland	517 333	1 757 716 631	3 398	1 731 691 482	3 347	-26 025 149	-50
Päijänneta Tavastland	207 394	717 349 171	3 459	782 186 939	3 772	64 837 768	313
Kymmenedalen	166 623	671 785 031	4 032	646 622 537	3 881	-25 162 494	-151
Södra Karelen	128 756	474 970 605	3 689	476 630 972	3 702	1 660 366	13
Södra Savolax	95 414	395 654 323	4 147	400 667 161	4 199	5 012 838	53
Norra Savolax	291 474	1 184 759 566	4 065	1 157 804 333	3 972	-26 955 233	-92
Norra Karelen	191 474	610 669 155	3 688	676 425 275	4 085	65 756 120	397
Mellersta Finland	273 283	925 350 455	3 386	975 747 880	3 570	50 397 426	184
Södra Österbotten	194 316	738 394 313	3 800	762 668 314	3 925	24 274 001	125

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Österbotten	176 193	632 214 238	3 588	598 885 991	3 399	-33 328 247	-189
Mellersta							
Österbotten	68 437	244 591 075	3 574	256 979 027	3 755	12 387 952	181
Norra							
Österbotten	412 161	1 395 970 803	3 387	1 440 442 244	3 495	44 471 441	108
Kajanaland	73 061	316 137 586	4 327	319 016 059	4 366	2 878 473	39
Lappland	178 522	740 674 104	4 149	774 385 062	4 338	33 710 958	189
HELA LANDET	5 488 130	19 056 366 946	3 472	19 056 366 946	3 472	0	0

Förändring i förhållande till den kalkylerade utgångsnivån (utgifterna för områdets kommuner sammanlagt);

(+) finansieringen stiger, (-) finansieringen sjunker.

Tabell 17. Social- och hälsovårdsfinansiering på 2020 års nivå, förändring i förhållande till utgångsnivån

Vårdlandskap	Invånarantal 2018	Nettoutgifter för social- och hälsovården på 2020 års nivå, euro	Nettoutgifter för social- och hälsovården enligt nivå 2020, euro/invånare	Kalkylerad social- och hälsovårdsfinansiering på 2020 års nivå, euro	Kalkylerad social- och hälsovårdsfinansiering på 2020 års nivå, euro/invånare	Förändring euro	Förändring euro/invånare
Helsingfors	648 042	2 067 742 330	3 191	1 924 522 791	2 970	-143 219 539	-221
Vanda + Kervo	264 420	739 178 356	2 795	756 137 667	2 860	16 959 311	64
Västra Nyland	464 302	1 368 679 097	2 948	1 276 550 782	2 749	-92 128 315	-198
Östra Nyland	97 263	292 705 908	3 009	311 351 907	3 201	18 645 998	192
Mellersta Nyland	196 997	598 072 616	3 036	567 736 168	2 882	-30 336 448	-154
Egentliga Finland	478 582	1 642 672 189	3 432	1 629 765 349	3 405	-12 906 840	-27
Satakunta	218 624	782 058 827	3 577	789 070 992	3 609	7 012 165	32
Egentliga							
Tavastland	171 364	573 849 749	3 349	608 083 594	3 548	34 233 845	200
Birkaland	517 333	1 717 298 143	3 320	1 691 358 452	3 269	-25 939 690	-50
Päijänne-							
Tavastland	207 394	697 529 354	3 363	764 785 604	3 688	67 256 251	324
Kymmenedalen	166 623	655 608 174	3 935	631 648 713	3 791	-23 959 461	-144
Södra Karelen	128 756	461 809 962	3 587	465 442 164	3 615	3 632 203	28
Södra Savolax	95 414	386 598 050	4 052	392 079 083	4 109	5 481 033	57
Norra Savolax	291 474	1 160 764 666	3 982	1 133 882 483	3 890	-26 882 183	-92
Norra Karelen	191 474	597 388 453	3 608	662 030 805	3 999	64 642 352	390
Mellersta							
Finland	273 283	899 418 849	3 291	953 058 211	3 487	53 639 362	196

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Södra							
Österbotten	194 316	719 462 216	3 703	745 857 944	3 838	26 395 727	136
Österbotten	176 193	617 783 824	3 506	585 212 100	3 321	-32 571 724	-185
Mellersta							
Österbotten	68 437	237 674 488	3 473	249 995 760	3 653	12 321 272	180
Norra							
Österbotten	412 161	1 365 757 791	3 314	1 408 940 290	3 418	43 182 498	105
Kajanaland	73 061	308 705 664	4 225	311 570 192	4 265	2 864 529	39
Lappland	178 522	722 951 240	4 050	754 628 895	4 227	31 677 665	177
HELA LANDET	5 488 130	18 613 709 946	3 392	18 613 709 946	3 392	0	0

Förändring i förhållande till den kalkylerade utgångsnivån (utgifterna för områdets kommuner sammanlagt);

(+) finansieringen stiger, (-) finansieringen sjunker.

Det år då reformen träder i kraft övergår man enligt förslaget direkt till kalkylerad finansiering till fullt belopp, varvid förändringen i behovsfaktorerna genast beaktas fullt ut. Skillnaden mellan den kalkylerade finansieringen och de kostnader som överförs beaktas successivt genom en övergångsutjämnning under övergångsperioden. Övergångsutjämnningen tryggar vårdlandskapens finansiering och gör det möjligt att på ett kontrollerat sätt anpassa verksamheten till den kalkylerade finansieringens nivå. Överföringsutjämnningen föreslås bli fastställd till nivån för det år som föregår det år då reformen träder i kraft. Det år då reformen träder i kraft utjämnas skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen till fullt belopp.

Den årliga förändringen i finansieringen under övergångsperioden jämfört med nuläget:

Första året: 0 euro/invånare

Andra året: +/- 10 euro/invånare

Tredje året: +/- 30 euro/invånare

Fjärde året: +/- 60 euro/invånare

Femte året: +/- 90 euro/invånare

Sjätte året: +/- 120 euro/invånare

Sjunde året: +/- 150 euro/invånare.

Den överskjutande delen av den maximala förändringen utjämnas genom en tills vidare bestående övergångsutjämnning. Efter övergångsperioden uppgår de bestående övergångsutjämnings-tilläggen till cirka 75 miljoner euro och avdragen till cirka -105 miljoner euro. Nettoövergångsutjämnningarna uppgår till -30 miljoner euro, vilket kommer att minska vårdlandskapens finansiering med det ovannämnda beloppet från och med 2029. Vårdlandskapen bör kompenseras för detta för att deras finansiering inte ska minska. Bestämmelserna om övergångsutjämn-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

ningen utvärderas senast 2027, tidigare i samband med vårdlandskapens beskattningsrätt. Övergångsutjämnningen justeras till slutligt belopp det år då reformen träder i kraft eller vid ingången av året därpå när de slutliga uppgifterna för de två sista boksluten före ikraftträdandet av reformen finns att tillgå för kalkyleringen.

Främjande av välfärd och hälsa tas med i vårdlandskapens finansiering från och med 2026, när det statistiska material enligt vårdlandskap som behövs för beräkningen av koefficienten har blivit klart.

Det finns också risker med finansieringsmodellen. Behovsfaktorerna ger inte en fullständig beskrivning av befolkningens behov, som dessutom förändras med tiden. I finansieringen finns inga instrument för att ta hänsyn till sådana regionala skillnader i finansieringen av social- och hälsovård som inte täcks av de behovsfaktorer som definieras i lag. Det här kommer att beaktas genom höjning av den invånarbaserade delen av finansieringen.

I landskapsindexet har strävan varit att ta med sådana kostnadsfaktorer som vårdlandskapen inte själva kan påverka. Förfarandet främjar en dämpning av utgiftsökningen och minskar risken för en sådan okontrollerad ökning av utgifterna som ofta är fallet vid statlig finansiering till fullt belopp.

Finansiering och styrning av vårdlandskapens investeringar

Enligt förslaget ska vårdlandskapen äga och administrera de fastigheter och lokaler som överförts till dem från samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten. Vårdlandskapen ska också ansvara för kostnaderna för fastigheterna och lokalerna. Den föreslagna förvaltningsmodellen påverkar också finansieringen av fastighetsinvesteringar. De föreslagna bestämmelserna om investeringar har både ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser för vårdlandskapen.

Eftersom det inte föreslås några lagbestämmelser om lokaladministrationen eller genomförandet av investeringar, omfattas dessa frågor av vårdlandskapens beslutanderätt. Varje vårdlandskap får då självt besluta om lokalerna och investeringarna eller samarbeta med andra vårdlandskap, dock så att statens styrning av investeringar sker som en del av styrningen av vårdlandskapens verksamhet och ekonomi. Den föreslagna modellen understryker vårdlandskapens självstyrelse och gör det möjligt att beakta lokala förhållanden och nuvarande praxis. Olika vårdlandskap kan således gå in för olika lösningar. Att vårdlandskapen fattar beslut om lokaladministrationen och investeringarna innebär å andra sidan att det inte går att försäkra sig om tillräcklig samverkan mellan vårdlandskapen. Ju mindre enheter som fattar beslut om administrationen av lokaler och om investeringar, desto mindre kommer frågan om ändamålsenlighet på riksnivå eller enligt samarbetsområde att beaktas när investeringarna planeras. Ett vårdlandskap kan bli tvunget att ensamt bära de ekonomiska riskerna vid investeringar, och ekonomin och därmed finansieringen av tjänster påverkas då kraftigt. Det blir till exempel svårare att uppnå kravet på ekonomisk balans. Vissa vårdlandskap kommer sannolikt också att ha svårt att få behövlig finansiering på marknaden, eller åtminstone kommer priset på finansieringen att vara högre. Ekonomiska svårigheter för vårdlandskapen eller för deras bolag kan leda till att behövliga reparationer i lokalerna och investeringar skjuts upp eller försummas. De som anlitar tjänsterna och bor i olika landskap kan därmed försättas i en ojämlig ställning. Det kan också bli ett problem att det i vårdlandskapets ekonomi inte är möjligt att bereda sig på behov av finansiering för framtida investeringar (reparationslån och nya investeringar) eller att detta inte alls har beaktats i vårdlandskapets ekonomi.

För vårdlandskapen föreslås ett kompetenscenter för lokal- och fastighetsförvaltning som de kommer att äga tillsammans med staten och som ska ansvara för vårdlandskapens gemensamma lokaldatasystem. Kompetenscentret ska årligen ge vårdlandskapen och statsrådet en redogörelse över vårdlandskapens investeringsbeslut avseende lokaler och deras konsekvenser för vårdlandskapens ekonomi. Om vårdlandskapen så önskar får de tilldela kompetenscentret även andra uppgifter. Det föreslagna kompetenscentret minskar vårdlandskapens kostnader till den del centret sköter uppgifterna centraliserat. Från det datasystem som centret förvaltar kommer vårdlandskapen och staten dessutom att få uppdaterad och enhetlig information om lokalkostnader till stöd för ledning och planering samt statens styrning av vårdlandskapen. I egenskap av vårdlandskapens finansiär har staten rätt att utifrån de uppgifter som kompetenscentret förvaltar få information om och objektiva bedömningar av vårdlandskapens behov av lokaler. Kompetenscentrets kostnader beror av de uppgifter som landskapen tilldelar det. Enligt förslaget ska vårdlandskapen betala serviceavgifter till centret. Beträffande grunduppgiften kan det uppskattas att förvaltningen av det informationssystem som bolaget tilldelas samt de relaterade expertuppgifterna motsvarar 3–5 årsverken. Den effektivisering som centraliseringen medför kan bedömas utgående från den modell som föreslogs under den föregående regeringsperioden. Det uppskattades då att det riksomfattande servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning skulle ge upphov till en besparing på minst 15 procent. Sparpotentialen kommer att bestå av åtminstone följande faktorer: digital information, hyressystemets möjligheter, stöd för servicenätsplanering, lokalkoncept, informationsunderlag för ledningen, förfarande för bedömning av investeringarnas genomslagskraft och gemensamma informationssystem.

De investeringar som vårdlandskapet planerar ska beaktas i den budget och ekonomiplan som vårdlandskapsfullmäktige årligen beslutar om. Vårdlandskapsfullmäktige ska besluta om vårdlandskapets servicestrategi och servicenät inklusive sina lokaler, men av den föreslagna finansieringsmodellen följer att vårdlandskapets beslutsfattande om investeringar och motsvarande avtal styrs genom lag och genom statsrådets och ministeriernas beslut som föreskrivs i lag. Till denna del kommer vårdlandskapens ekonomiska beslutanderätt att vara mer begränsad än kommunernas. Bestämmelser om vårdlandskapens upplåning samt planering och styrning av investeringar förhindrar ökade risker för såväl statens som vårdlandskapens ekonomi och verksamhet. Regleringen påverkar vårdlandskapens ekonomiska självstyrelse. Regleringen bidrar till att säkerställa tillförsäkrandet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen samt fullgörandet av statens ansvar för att i enlighet med 22 § i grundlagen tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna. Regleringen påverkar därmed de social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendets tjänster som de som anlitar vårdlandskapstjänsterna får samt tillgången på dessa tjänster.

I lagen om vårdlandskapens finansiering föreslås bestämmelser om vårdlandskapens finansiering med allmänna medel så som beskrivits ovan. I vårdlandskapens kostnader inräknas också avskrivningar, och på motsvarande sätt beaktas följaktligen investeringar vid finansieringen till vårdlandskapen. Vid finansieringen till vårdlandskapen blir kostnaderna beaktade i vårdlandskapens faktiska kostnader som hyror och leasingavgifter i driftskostnaderna samt som vårdlandskapets egna investeringar via avskrivningar enligt plan. Genom den statliga finansieringen med allmänna medel finansierar vårdlandskapen ersättningsinvesteringar som gäller lokaler, anordningar, maskiner och annat lösöre. På grund av statens finansieringsansvar får vårdlandskapets behov av finansiering enligt förslaget inte täckas med ett långfristigt lån i vårdlandskapets ekonomiplan. Om vårdlandskapen får fria händer att uppta lån i avsikt att finansiera investeringar, kommer beloppet av statlig finansiering och statens risker att öka utan att staten kan påverka dessa. Den föreslagna modellen begränsar vårdlandskapens metoder att finansiera investeringar som de behöver för att reparera och förnya sina lokaler och begränsar annan anskaffning av lokaler.

Den allmänna finansieringen enligt lagen om vårdlandskapens finansiering räcker i princip till endast för vårdlandskapets underhållsinvesteringar. För att det ska vara möjligt att finansiera de ny- och ersättningsinvesteringar som behövs för att säkerställa fullgörandet av de lagstadgade skyldigheterna, kommer statsrådet att på det sätt som anges i 15 § i lagen om vårdlandskap besluta om fullmakt per räkenskapsperiod för vårdlandskapen att uppta ett långfristigt lån. Ett sådant lån ska inte kunna användas för något annat ändamål än för att finansiera investeringar. Storleken på fullmakten att uppta lån föreslås basera sig på vårdlandskapets förmåga att sköta sina lån och föreslås bli fastställd utifrån kalkyleringsformeln enligt 15 § 2 mom. i lagen om vårdlandskap, det vill säga som skillnaden mellan maximibeloppet baserat på vårdlandskapets kalkylmässiga låneskötselbidrag och det förväntade lånebeloppet vid räkenskapsperiodens början. Det kalkylerade låneskötselbidraget beräknas med en formel där räntekostnaderna läggs till årsbidraget i resultaträkningen, varefter summan divideras med summan av räntekostnaderna och de kalkylmässiga amorteringarna. De kalkylerade amorteringarna fås genom att lånebeloppet i koncernbalansräkningen divideras med talet åtta. Värdet på det kalkylerade låneskötselbidraget är minst ett. Som värdet på årsbidraget används värdet enligt budgeten för det år som föregår räkenskapsperioden, vilket kan korrigeras med uppgifterna enligt den uppföljning av ekonomiska uppgifter som avses i 118 § i lagen om vårdlandskap. Den fullmakt som det fattats beslut om ska beaktas i nästa räkenskapsperiods fullmakt att uppta lån. Om den finansiella ställningen för de offentliga finanserna och statsfinanserna försämras betydligt och exceptionellt eller av något annat vägande skäl, ska dock vårdlandskapens fullmakt att uppta lån kunna fastställas till ett lägre belopp än enligt den kalkylmässiga fullmakt som beskrivs ovan.

I bestämmelsen har låneskötselbidraget fastställs till en sådan målnivå att vårdlandskapet kan klara sina amorteringar. Beloppet för fullmakten att uppta lån blir således beroende av respektive vårdlandskaps ekonomiska situation, och lånestocken samt beloppet av de investeringar som det redan fattats beslut om påverkar fullmaktens storlek. Om det redan har genomförts betydande investeringar i vårdlandskapet, kan dess förmåga att uppta lån och dess fullmakt att uppta lån vara på en låg nivå eller negativ. På grund av detta har en framgångsrik planering av vårdlandskapens investeringar stor betydelse för landskapets ekonomi och verksamhet. Enligt bokslutsuppgifterna för 2019 uppgick sjukvårdsdistriktens lånestock till totalt cirka 2,8 miljarder euro. Enligt budgetarna för 2020 beräknas lånestocken uppgå till cirka 3,5 miljarder euro vid utgången av 2020. Lånestockens värde påverkas av pågående och planerade investeringar. Enligt kalkyler baserade på 2019 och 2020 års uppgifter kommer sjukvårdsdistriktens förmåga att uppta lån att variera. Utifrån uppgifterna om sjukvårdsdistriktens ekonomi bedöms sex vårdlandskap sannolikt ha svag förmåga att sköta sina lån. Det går inte att till alla delar förutse de uppgifter som påverkar vårdlandskapens förmåga att sköta sina lån, och därför är det omöjligt att noggrant bedöma konsekvenserna av bestämmelserna om upplåning. Propositionen inverkar således i hög grad på hur vårdlandskapen kan investera i fortsättningen. Huruvida vårdlandskapen har stor eller liten förmåga att uppta lån påverkas dock av redan fattade beslut så som beskrivs ovan. Under de följande fem åren har sjukvårdsdistrikten beslutsbaserade investeringar till ett värde av ungefär 3 miljarder euro och dessutom planerade investeringar för cirka 2 miljarder euro. Med beaktande av pågående och planerade investeringsprojekt, som i huvudsak kommer att finansieras med lånemedel, bedöms det att det vid ingången av 2023 från samkommunerna till vårdlandskapen överförs krediter till ett belopp av cirka 4,2 miljarder euro.

Tillsammans med fullmakten att uppta lån enligt lagen om vårdlandskap bör finansieringen enligt lagen om vårdlandskapens finansiering räcka till för att finansiera vårdlandskapens investeringar så att investeringarna inte medför behov av tilläggsfinansiering. I 15 § 3 mom. i den föreslagna lagen om vårdlandskap föreskrivs det om möjligheten att avvika från fullmakten att uppta lån i exceptionella situationer för att de tjänster som omfattas av vårdlandskapets organiseringsansvar ska kunna tryggas. Statsrådet ska kunna ändra vårdlandskapets fullmakt att uppta

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

lån på ansökan av vårdlandskapet eller utifrån ministeriernas initiativ, om vårdlandskapets investeringsbehov är brådskande och investeringen är nödvändig med tanke på kontinuiteten i produktionen av de tjänster som omfattas av vårdlandskapets organiseringsansvar eller för att trygga de tjänster som förutsätts i lagstiftningen och om investeringsbehovet inte kan täckas på något annat sätt. Dessa situationer kan också vara förenade med sådana kostnader som kan ligga till grund för tilläggsfinansiering till vårdlandskapet, om inte ordnandet av tjänsterna kan tryggas på något annat sätt med tillgänglig finansiering. För beredning av beslut om justering av fullmakten att uppta lån ska det enligt förslaget tillsättas en beredningsgrupp, till vilken finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet samt det berörda vårdlandskapet ska utse sin representant. En tilläggsfullmakt att uppta lån leder till att vårdlandskapet skuldsätter sig över sin förmåga att sköta sina lån, och dess förutsättningar att klara av att sköta de uppgifter som omfattas av dess organiseringsansvar kan äventyras. Beviljad tilläggsfullmakt att uppta lån föreslås vara ett av kriterierna för inledande av ett utvärderingsförfarande i vårdlandskapet.

Eftersom vårdlandskapens ställning som gäldenär är begränsad på grund av avsaknaden av beskattningsrätt, kommer staten att förutom att fatta beslut om fullmakt att uppta lån också kunna bevilja borgen för de lån som vårdlandskapet upptagit inom ramen för fullmakten att uppta lån. Bestämmelser om förfarandet föreslås i lagen om vårdlandskap. Statsborgen föreslås kunna gälla endast lån som vårdlandskapet upptagit, inte några andra förbindelser. Eftersom staten inte kommer att kräva motsäkerhet för proprieborgen, kommer de fastigheter som finansieringen gäller inte att kunna användas som säkerhet utan statens samtycke. Regleringen tryggar statens ställning som borgensman och förhindrar att det i de fastigheter som är föremål för finansiering med statsborgen görs inteckningar när ny finansiering eventuellt söks för någonting annat, varvid finansieringen med statsborgen får en svagare ställning vad gäller förmånsrätt.

På grund av en låg förmåga att sköta sina lån och ett högt skuldbelopp skulle några enskilda vårdlandskap sannolikt ha svårt att utan statsborgen få behövlig finansiering på marknaden eller åtminstone skulle finansieringen ha ett högt pris. Det här skulle påverka beloppet av vårdlandskapets disponibla finansiering för att ordna tjänster. De som anlitar tjänsterna och som är bosatta i olika vårdlandskap kan då hamna i en ojämlig ställning på grund av vårdlandskapets ekonomiska ställning. Beviljande av statsborgen för vårdlandskapens lån kommer i sin tur att öka beloppet av statens borgensansvar. Ökningen beror på hur stor del av vårdlandskapens nya lån som beviljas statsborgen. I varje fall kommer statsborgen att beviljas alla befintliga lån med anknytande förbindelser som i och med reformen överförs från samkommunerna till vårdlandskapen. Storleken på statsborgen för dessa och den totala volymen av statens borgensansvar beskrivs närmare i avsnitt 5.5.7.

Bestämmelserna om finansiering av investeringar påverkar de offentliga finanserna. Syftet med den föreslagna regleringen är förutom att trygga tjänsterna också att möjliggöra ekonomisk riskhantering. Landskapsekonomi utgör en del av de samlade offentliga finanserna. I planen för de offentliga finanserna bedöms tillräckligheten för vårdlandskapens finansiering vad gäller skötseln av landskapens uppgifter både som en helhet och med avseende på varje landskap (finansieringsprincip). I planen behandlas vårdlandskapens uppgifter och skyldigheter, ekonomi samt statens ekonomiska ansvar i anknytning till vårdlandskapens ekonomi. Vårdlandskapens skuldsättning syns i totalbeloppet av den offentliga skulden.

Bestämmelserna i lagen om vårdlandskap hindrar inte landskapen från att fatta beslut om att bilda aktiebolag eller till exempel vårdlandskapssammanslutningar för att administrera lokaler. Planerade överlåtelse till sammanslutningar ska upptas i vårdlandskapets framställning om en

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

investeringsplan som vederbörande ministerier godkänner, eftersom arrangemangen har konsekvenser för landskapsekonomi. I en sådan situation hyr landskapet lokaler av sammanslutningarna, och ur landskapets synvinkel är kostnaderna hyror. Landskapet ska genom sin ägarstyrning se till att bolagens investeringar inte står i konflikt med statsrådets beslut. Beloppet på landskapets investeringsnivå minskas av till exempel värdet på ett långsiktigt hyresavtal som ingåtts i stället för en investering. Även till exempel finansiella leasingavtal föreslås bli jämställda med lån.

I lagen föreslås också bestämmelser om styrning av vårdlandskapens investeringar, vilket beskrivs i kapitel xxx.

4.2.1.4.2 Övriga konsekvenser för vårdlandskapens ekonomi

Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT föreslås vara arbetsgivarrepresentant för vårdlandskapen. Genom ett kontor för en enda arbetsgivarorganisation blir det möjligt att dra nytta av synergier och uppnå kostnadseffektivitet. Det föreslås att Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT:s utgifter tas ut hos alla medlemssamfund, vilket påverkar den kommunala ekonomin och statsfinanserna. Förslaget inverkar på statsfinanserna via vårdlandskapens betalningsandelar. En ändring av medlemsavgiftsgrunden från ett beräkningssätt som baserar sig på invånarantal och skattesatser enligt den gällande lagen om kommunala arbetsmarknadsverket till ett beräkningssätt som baserar sig på lönesumman kommer att förändra enskilda kommuners betalningsandelar jämfört med det nuvarande beräkningssättet, även om det totala beloppet av insamlade medlemsavgifter förblir oförändrat. Betalningsandelen minskar för ungefär hälften av kommunerna och ökar för hälften. Även om de procentuella förändringarna uppskattade enligt nuvarande uppgifter om lönesummor kan vara till och med stora, uppgår beloppen av de genomsnittliga verkningarna till några tusentals euro per år. Å andra sidan minskar nästan alla kommuners betalningsandelar jämfört med nuläget, eftersom personal överförs från kommunerna till vårdlandskapen och eftersom medlemsavgifter i fortsättningen också tas ut hos samkommuner och vårdlandskap samt andra medlemssamfund. Enligt gällande lag tas avgifter ut endast hos kommunerna. Kommunernas, samkommunernas, vårdlandskapens och bolagens inbördes andelar av Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT:s utgifter preciseras när reformen framskrider.

4.2.1.4.3 Faktureringsarrangemang för social- och hälsovårdens kostnader

Reformen innebär en övergång till enhetliga förfaranden mellan vårdlandskapen för att betala ersättning för kostnader för såväl socialvård som hälso- och sjukvård i situationer där ett vårdlandskap med stöd av lag tillhandahåller en person bosatt i ett annat landskap tjänster. Huvudregeln föreslås vara att det landskap som har ansvar för att ordna social- och hälsovård för personen då ska betala ersättning för kostnaderna för det landskap som tillhandahållit tjänsterna. Det kommer alltså att föreskrivas annorlunda om till exempel barnskydd i barnskyddslagen och i hälso- och sjukvårdslagen vad gäller hälso- och sjukvård för barn som med stöd av barnskyddslagen placerats utanför sin boningskommun samt när det gäller studerandehälsovård för högskolestuderande. Enligt förslaget ska landskapen också kunna avtala något annat om ersättningen bilateralt eller inom samarbetsområdet.

Bestämmelser om motsvarande ersättningsskyldighet som gäller hälso- och sjukvård finns för närvarande i 58 § i hälso- och sjukvårdslagen. Den paragrafen ålägger personens hemkommun eller sjukvårdsdistrikt enligt hemkommunen att betala ersättning för kostnaderna för den kommun eller det sjukvårdsdistrikt som tillhandahållit tjänsterna. Enligt gällande bestämmelser ska den kostnad som faktureras basera sig på produktifieringen eller produktpriset. Med avvikelse

från bestämmelserna om hälso- och sjukvård har den kommun som med stöd av lag tillhandahållit en invånare från en annan kommun socialvård rätt att få ersättning för kostnaderna för tjänsterna från personens hemkommun endast om det är fråga om brådskande institutionsvård som varat minst 14 dygn. Enligt 42 §, som fortfarande är i kraft, i 1982 års socialvårdslag gäller att för att få ersättning ska den kommun som tillhandahållit vården lämna in ansökan om ersättning till förvaltningsdomstolen inom sex månader från det att institutionsvården började. Om ansökan inte lämnas in inom den utsatta tid, förlorar kommunen sin rätt att få ersättning för den institutionsvård som den gett innan ansökan lämnades in och som vederbörande kommun inte skriftligen samtyckt till att betala ersättning för. Förfarandena bör anses vara administrativt sett oändamålsenliga och tungrodda.

Det föreslås att vårdlandskapets rätt till ersättning för kostnaderna samt ersättningsgrunderna och det administrativa faktureringsförfarandet i likartade situationer förenhetligas för tjänster inom såväl socialvård som hälso- och sjukvård. Det är fråga om en betydande förändring i faktureringen och betalningen av social- och hälsovårdens kostnader mellan vårdlandskapen. Med de kostnader som det vårdlandskap som tillhandahållit tjänsten ska få fakturera avses bokförda, verifierbara utgifter för produktion av tjänsten. Den kostnad som faktureras ska basera sig på självkostnadsprincipen för det tillhandahållande landskapet, varvid den får vara högst så stor som nettoutgifterna för produktion av den aktuella social- eller hälsovårdstjänsten. Regleringen hindrar dock inte helt att i någon mån olika redovisnings- och faktureringsätt för omedelbara kostnader införs i olika delar av landet, eftersom det inte finns några på riksnivå fastställda enhetliga förfaranden för dessa och eftersom till exempel stödtjänster kan organiseras på olika sätt. Förslaget främjar öppenheten när det gäller social- och hälsovårdens kostnader och kostnadsredovisning samt möjligheten att offentliggöra dem så att de är öppna tillgängliga för alla. Regleringen främjar också de administrativa förfarandena för fakturering och betalning av kostnader genom att den strömlinjeformar och förenhetligar verksamhetsprocesserna i och mellan vårdlandskapen.

4.2.1.5 Egendomsarrangemangens konsekvenser för kommunerna och vårdlandskapen

4.2.1.5.1 Konsekvenser för kommunerna

Till följd av överföringen av uppgifterna och de anslutande egendomsarrangemangen överförs samkommunsandelarna för sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten samt sådant lösöre som hör till social- och hälsovårdsväsendet och räddningsväsendet från kommunernas och samkommunernas ägo till vårdlandskapen. Den egendomen faller då bort från kommunernas balansräkningar. Egendomsöverföringen har i princip en negativ effekt på kommunernas resultat. Eftersom det är fråga om en exceptionell och väldigt stor förändring som har samband med ordnandet av tjänsterna inom den offentliga sektorn, är det motiverat att i bokföringen täcka bortfallet av samkommunsandelarna och lösöret i kommunens balansräkning genom en sänkning av kommunens grundkapital på ett sådant sätt att det inte inverkar på kommunens resultat. Principerna för en sänkning av en kommuns grundkapital har behandlats i utlåtande 121/2019 av bokföringsnämndens kommunsektion samt i en allmän anvisning om upprättande av balansräkning. Enligt den allmänna anvisningen om balansräkningen är vissa poster inom eget kapital av bestående art så att de inte kan ökas eller minskas utan särskild orsak. Till poster av bestående art inom kommunens eget kapital hör grundkapitalet. En grund för en sänkning av grundkapitalet kan vara en bestående minskning av beloppet för bestående aktiva som en följd av överlåtelse, förlust, extra avskrivningar eller nedskrivningar.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Utifrån bokslutsuppgifterna för 2018 för kommunerna och de ovannämnda samkommunerna har det utretts vilka konsekvenser bortfallet av sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens medlemskommunandelar har för soliditeten för kommunerna i Fastlandsfinland. Bedömningen gjordes för alla sjukvårdsdistrikt och separata specialomsorgsdistrikt så att från balansräkningarna för distriktens medlemskommuner avlägsnades medlemskommunens andelar i samkommunens grundkapital, vilka framgår av samkommunernas balansräkningar, och därefter räknades varje kommuns nya soliditet ut. Utifrån de uppgifter som framgår av samkommunernas balansräkningar uppgår det sammanlagda beloppet av sjukvårdsdistriktens grundkapital vid utgången av 2018 till cirka 1,6 miljarder euro och de separata specialomsorgsdistriktens till 38,5 miljoner euro.

I dagsläget finns det sammanlagt 20 sjukvårdsdistrikt i Fastlandsfinland. Det finns sammanlagt 16 specialomsorgsdistrikt och av dem har verksamheten vid 9 specialomsorgsdistrikt sammanförts med sjukvårdsdistriktets verksamhet. Det finns sex separata samkommuner för ett specialomsorgsdistrikt, varav Kårkulla samkommun är den landsomfattande producenten av svensk-språkiga tjänster och dess medlemskommuner är alla svensk- eller tvåspråkiga kommuner i Fastlandsfinland. Utöver dessa bildar Helsingfors stad ett eget specialomsorgsdistrikt. De finskspråkiga samkommunerna för ett specialomsorgsdistrikt har sammanlagt 147 medlemskommuner och Kårkulla samkommun har 33 medlemskommuner. Tjugonio kommuner är medlemmar både i ett finskspråkigt specialomsorgsdistrikt och i Kårkulla samkommun.

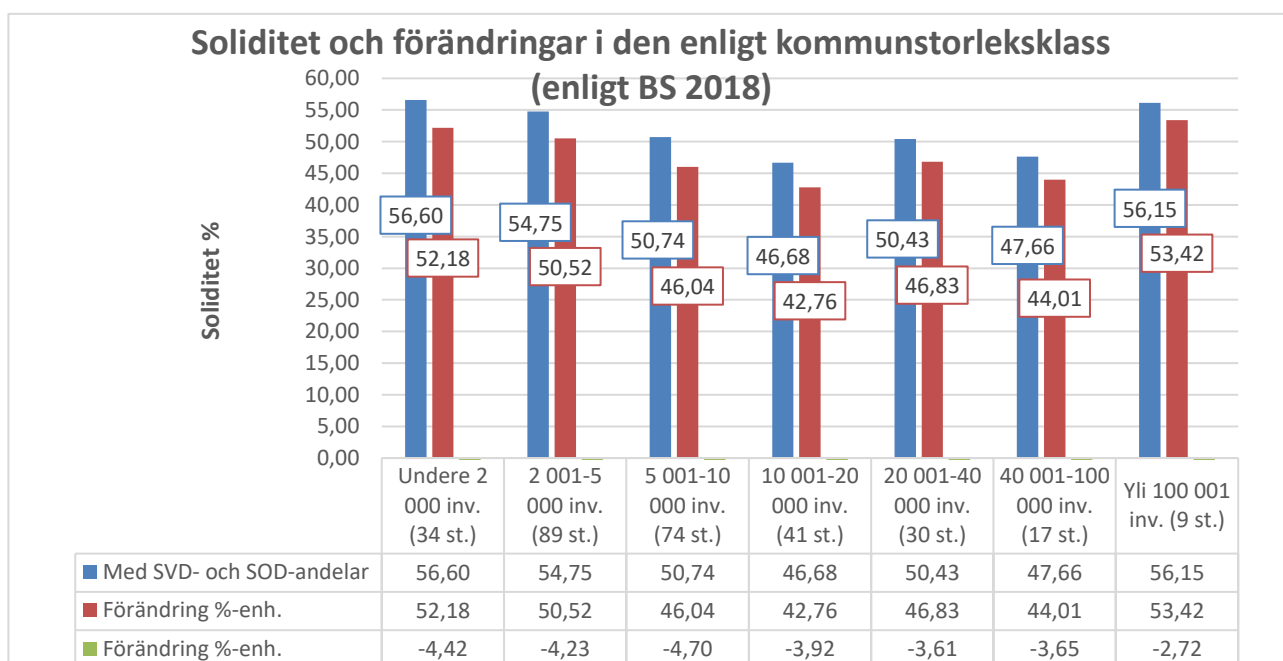
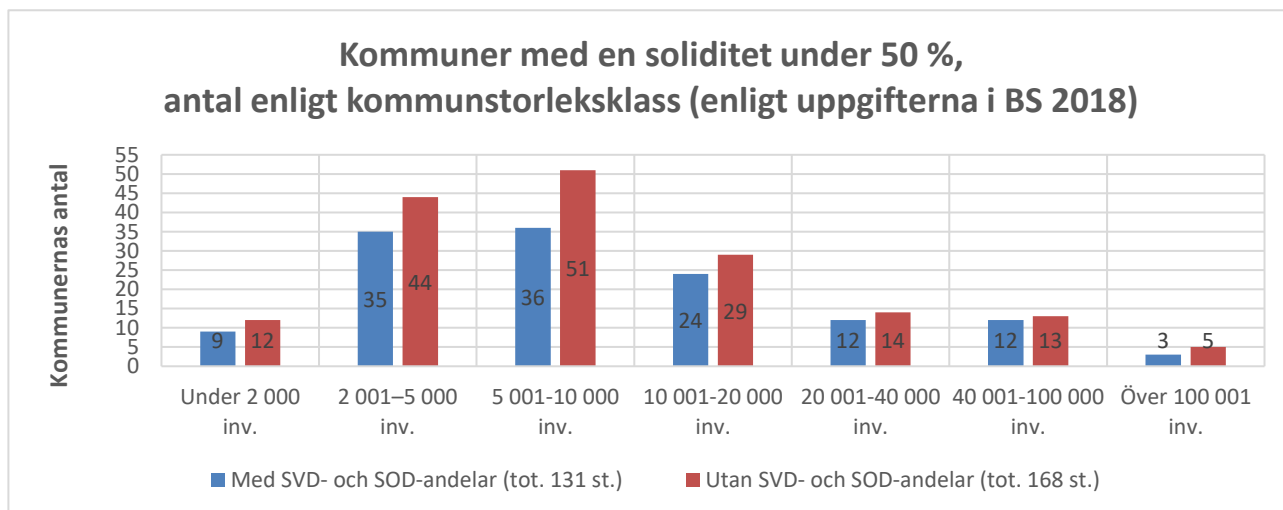
Enligt de slutliga bokslutsuppgifterna var slutsumman i sjukvårdsdistriktens balansräkning 2018 nästan 5,8 miljarder euro, varav bestående aktiva uppgick till cirka 4,3 miljarder euro. På motsvarande sätt var slutsumman i balansräkningen för samkommunerna för specialomsorgsdistriktens sammanlagt cirka 176 miljoner euro, varav bestående aktiva uppgick till cirka 131 miljoner euro. Av posten bestående aktiva utgjorde sjukvårdsdistriktens byggnader i sin tur cirka 2,4 miljarder euro och specialomsorgsdistriktens byggnader cirka 85 miljoner euro. (Balansräkningens aktiva utgörs av följande poster i balansräkningen: bestående aktiva, förvaltade medel och rörliga aktiva.)

Före den reform av kommunallagen som trädde i kraft 2015 var soliditeten ett av nyckeltalen för kriterierna för utvärdering av en kommun som har en speciellt svår ekonomisk ställning, det vill säga ett av kriterierna för en så kallad kriskommun. Om soliditeten underskred gränsen på 50 procent, uppfylldes kriteriet för kriskommun¹⁵. Soliditeten inte längre något utvärderingskriterium enligt den gällande kommunallagen (410/2015).

Enligt de slutliga bokslutsuppgifterna för 2018 uppgick den genomsnittliga soliditeten för kommunerna i Fastlandsfinland till 52,02 procent, och för 131 kommuner understeg den 50 procent. När sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens medlemskommunandelar faller bort från kommunernas balansräkningar sjunker den genomsnittliga soliditeten för kommunerna i Fastlandsfinland till 47,84 procent, varvid 168 kommuner kommer att ha en soliditet som understiger 50 procent. Hur dessa kommuner fördelas över olika kommunstorleksklasser framgår av diagram XX. Kommuner med en soliditet under 50 %, antal enligt kommunstorleksklass (enligt uppgifterna i BS 2018). Soliditeten och förändringarna i den enligt kommunstorleksklass presenteras i diagram XX. Soliditet och förändringar i den enligt kommunstorleksklass (enligt BS 2018).

¹⁵ Statsrådets förordning om vissa gränsvärden för de nyckeltal som gäller för kommunens ekonomi (172/2007 och 205/2011).

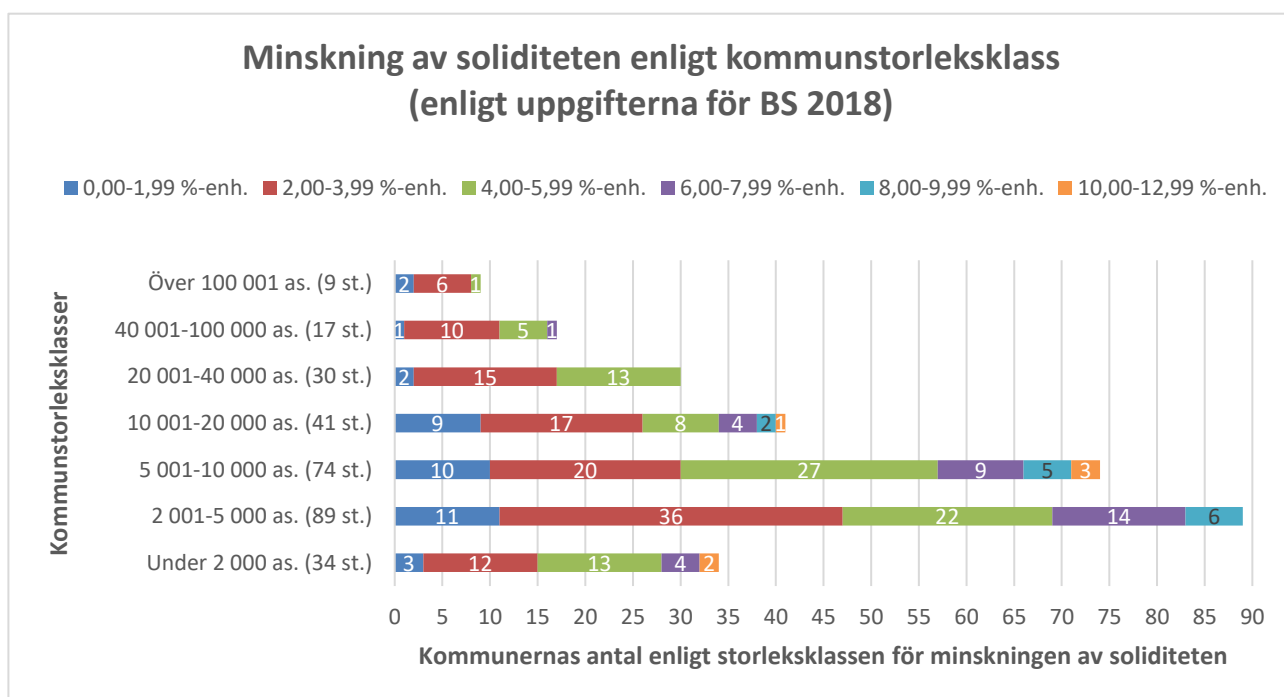
Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00



Den förändring av kommunernas soliditet som är av engångsnatur och beror på överföringen av sjukvårdsdistrikten och de separata specialomsorgsdistrikten till vårdlandskapen är enligt uppskattning som lägst 0,4 procentenheter och som högst 12,5 procentenheter. Minskningen av

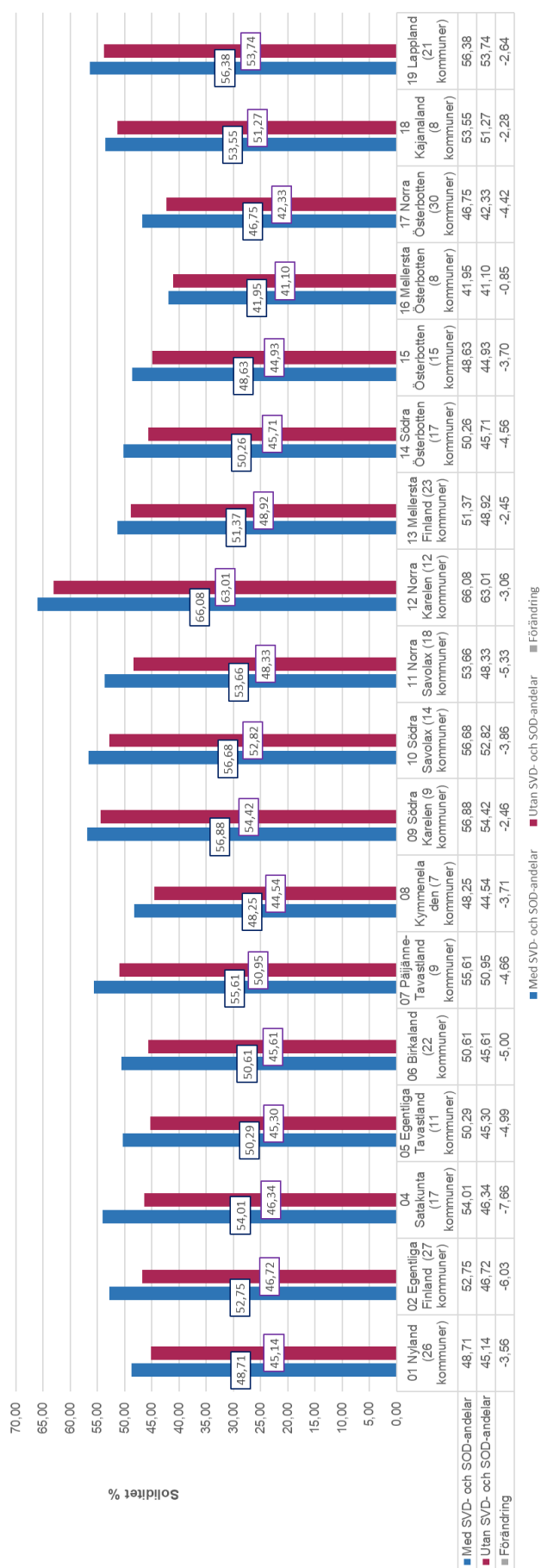
Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

soliditeten enligt kommunstorleksklass presenteras i diagram XX. Minskning av soliditeten enligt kommunstorleksklass (enligt uppgifterna för BS 2018) och enligt vårdlandskap i diagram XX. Soliditet och förändringar i den enligt vårdlandskap. Beräknad utifrån de slutliga bokslutsuppgifterna för 2018 kommer soliditeten att understiga 50 procent i 37 kommuner i och med att sjukvårdsdistriktets och det separata specialomsorgsdistriktets/de separata specialomsorgsdistriktens samkommunsandelar faller bort.



Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Soliditet och förändringar i den enligt världslandskap



Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Vilken andel den lösa egendom, i synnerhet maskiner och inventarier, som används av räddningsväsendet, socialvården och primärvården utgör i kommunernas balansräkningar beror i betydande grad på hur den aktuella egendomen har finansierats. En betydande del av maskinerna och anordningarna skaffas numera genom leasingfinansiering, och då syns anskaffningen endast i kommunens driftsekonomiutgifter. Om anordningarna har anskaffats så att kommunen äger dem, är avskrivningstiderna för maskinerna och anordningarna betydligt kortare än för till exempel byggnader. Det finns 22 räddningsområden, av vilka 20 fungerar som affärsverk eller balansenheter i samband med den ansvariga kommunen och 2 lyder under ett landskapsförbund. När systemet med lokala räddningsväsenden infördes 2004 övergick räddningsväsendets lösöre, som ägdes av kommunerna, utan ersättning till de lokala räddningsväsendenas huvudmän, det vill säga till de ansvariga kommunerna och de två landskapsförbunden. De lokala räddningsväsendenas lösöre kommer enligt förslaget att överföras från de ansvariga kommunernas ägo till vårdlandskapen, och det bokföringsmässiga förfarandet är detsamma som i fråga om samkommunsandelarna. Eftersom de lokala räddningsväsendena är verksamma i de ansvariga kommunerna antingen som balansenheter eller som affärsverk, kan värdet av den lösa egendom som är i deras bruk relativt lätt skiljas åt från den ansvariga kommunens övriga egendom.

Det är i praktiken väldigt svårt att utgående från de uppgifter som funnits tillgängliga i samband med beredningen fastställa vilken del det lösöre som används inom social- och hälsovårdsväsendet utgör av kommunernas egendom och av balansräkningens slutsummor. Lösöret i fråga kan finnas i flera olika poster i balansräkningen, men det är sannolikt att största delen av till exempel primärvårdens anordningar uppges i balansposten ”maskiner och inventarier” i enlighet med bokföringsnämndens allmänna anvisning om upprättande av balansräkning. I kommunernas bokslut uppges maskiner och inventarier som en totalsumma och av bokslutens noter eller andra motsvarande uppgifter framgår inte direkt vilken andel av maskiner och inventarier som används av social- och hälsovårdsväsendet. Exakta uppgifter kan fås enbart genom att uppgifterna för respektive kommun granskas, varvid respektive kommuns bokföring av anläggningstillgångar finns att tillgå.

Om kommunens primärvård, företagshälsovård eller till exempel en del av primärvården, såsom mun- och tandvården, har sammanförts till ett affärsverk eller till en balansenhet, finns uppgiften om mängden lös egendom även i affärsverkens särredovisade bokslut, som hör till kommunens bokslut. Ovan under rubrik XX ordas det om andelen maskiner och inventarier i kommunernas balansräkningar. Utifrån det kan det bedömas att kommunernas soliditet påverkas endast i liten grad av att de lokala räddningsväsendenas, socialvårdens och primärvårdens lösa egendom inte längre är kvar i kommunernas ägo.

Till den social- och hälsovård och det räddningsväsende som ordnas av kommunerna kan höra egendom som ägs i form av aktiebolag, såsom aktier i fastighetsaktiebolag eller andra aktiebolag. Även om ovannämnda aktier utgör lös egendom, överförs de inte till vårdlandskapet, utan vårdlandskapet övertar endast de hyresavtal som med fastighetsaktiebolagen ingåtts om de lokaler som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Till vårdlandskapet överförs dock aktierna i sådana aktiebolag som kommunen äger för att ordna eller producera social- och hälsovårdstjänster, förutsatt att bolagets faktiska huvudsakliga verksamhet är att producera social- och hälsovårdstjänster. I samband med beredningen har det inte helt kunnat klarläggas hur många kommuner som har sådana ägarandelar, men enligt uppgifter som samlats in av social- och hälsovårdsministeriet kan det antas att det sannolikt rör sig om 20–40 kommuner. Det har inte heller funnits tillgängliga uppgifter om hur dessa aktier har värderats i kommunernas balansräkningar. I kommunens bokföring genomförs överföringen av aktierna enligt samma principer som överföringen av lös egendom och samkommunernas medlemskommunsandelar, det vill säga genom en sänkning av kommunens grundkapital.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.1.5.2 Underskott i samkommuner som överförs till ett vårdlandskap

Medlemskommunerna i samkommuner för sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt ska enligt förslaget täcka eventuella underskott i samkommunens balansräkning innan samkommunen överförs till vårdlandskapet. Enligt kommunallagen svarar medlemskommunerna för samkommunens finansiering och underskott, det vill säga skyldigheten att täcka underskott är oberoende av den föreslagna reformen. Det finns underskott särskilt i balansräkningarna för samkommuner för sjukvårdsdistrikt, och enligt bokslutsprognoserna för 2019 har sjukvårdsdistriktens underskott ökat betydligt under 2019. Underskotten i sjukvårdsdistriktens balansräkningar uppgår enligt bokslutsprognoserna för 2019 till cirka 103,9 miljoner euro. Enligt bokslutsprognoserna för 2019 uppgår det sammanlagda underskottet i de separata samkommunerna för specialomsorgsdistrikten till 20,6 miljoner euro. Enligt bokslutsprognoserna för 2019 förekommer det betydande underskott på mer än 10 miljoner euro i sjukvårdsdistrikten inom de samkommuner som gäller social- och hälsovården i Norra Karelen, Kajanaland, Södra Savolax och Södra Karelen samt i Helsingfors och Nylands och Norra Savolax sjukvårdsdistrikt. Frågan har också behandlats i propositionens avsnitt om nuläget, under 2.13.4 Samkommuner för social och hälsovård.

Om det finns ett överskott i balansräkningen för en samkommun som överförs till ett vårdlandskap, har medlemskommunerna, i enlighet med grundavtalet för samkommunen, möjlighet att besluta vad som ska göras med överskottet innan samkommunen överförs till vårdlandskapet. Enligt bokslutsprognoserna för 2019 kommer betydande överskott på mer än 10 miljoner euro att förekomma endast i Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt. Andra sjukvårdsdistrikt som uppvisade överskott var Lapplands, Egentliga Finlands, Vasa och Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt samt samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Kymmenedalen och Päijänne-Tavastlands välfärdssamkommun.

4.2.1.5.3 Kommunernas ansvar och förbindelser, avskrivningar och driftsekonomska inkomster

Reformens konsekvenser för kommunernas inkomster och driftsekonomiutgifter behandlas närmare under rubrik XX, som gäller kommunernas finansiering och statsandelar. Till följd av egendomsarrangemangen börjar kommunerna få externa hyresinkomster för de lokaler som används av social- och hälsovårdsväsendet och räddningstväsändet under en övergångsperiod, det vill säga minst tre år. Hyran enligt det hyresavtal som ingås för övergångsperioden bör täcka sådana skäligena kapitalkostnader som kommunen har för lokalen samt lokalens underhållskostnader.

Om kommunens primärvård och socialvård redan för närvarande ordnas av ett sjukvårdsdistrikt eller genom något annat samarbetsarrangemang, är i regel de lokaler som kommunen äger redan nu uthyrda till sjukvårdsdistriktet, den samkommun som ansvarar för primärvården och socialväsändet eller till den ansvariga kommunen. Även de lokala räddningstväsändena är för närvarande verksamma i lokaler som hyrts av kommunerna, och situationen fortsätter i praktiken på samma sätt under de tre första åren.

De räntor för medlemskommunernas andelar av grundkapitalet som sjukvårdsdistriktet, specialomsorgsdistriktet och landskapsförbunden eventuellt har betalat faller bort från kommunernas inkomster. När det gäller räntebetalingsskyldigheten varierar praxis betydligt mellan olika samkommuner. Enligt de uppgifter som fanns tillgängliga i samband med beredningen betalar åtminstone samkommunerna för sjukvårdsdistriktet i Birkaland, Helsingfors och Nyland, Norra

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Savolax, Lappland, Kajanaland, Vasa och Satakunta ränta på grundkapitalet till sina medlemmar. Sättet att betala ränta och räntesatsen varierar emellertid betydligt. Också i en del av de sjukvårdsdistrikt som nämns ovan beror beloppet av den ränta som betalas i sista hand på samkommunfullmäktiges årliga beslut och i en del sjukvårdsdistrikt har räntan beaktats i prissättningen av tjänsterna. Av de skäl som nämns ovan har det i samband med beredningen varit omöjligt att på ett hundraprocentigt sätt bedöma vilken betydelse den ränta som betalas på medlemskommunandelarna har för kommunernas ekonomi. Det kan dock antas att räntan i praktiken har utgjort en rätt liten del av kommunernas totala inkomster.

Egendomsarrangemangen inverkar inte på kommunernas skuldmängd, det vill säga de skulder som kommunerna ansvarar för förblir oförändrade. Ansvaret för social- och hälsovårdsväsendets och räddningsväsendets leasingfinansierade lösa egendom, såsom maskiner och inventarier, faller däremot bort från kommunerna och överförs till vårdlandskapen. Beträffande skulderna bedöms läget efter övergångsperioden separat längre fram. Arrangemangen inverkar däremot på de belopp av koncernskulderna som uppges i kommunernas koncernbokslut, eftersom de andelar av skulderna för samkommunerna för sjukvårdsdistriktet och specialomsorgsdistriktet som ska sammanställas med koncernboksluten faller bort. Enligt bokslutsprognoserna för 2019 faller skulder på sammanlagt cirka 2,7 miljarder euro bort från kommunernas koncernbokslut när sjukvårdsdistriktets och specialomsorgsdistriktets skulder överförs på vårdlandskapens ansvar. Enligt de slutliga bokslutsuppgifterna för 2018 uppgår kommunernas koncernskulder till sammanlagt 35,9 miljarder euro.

Aktier som vissa kommuner äger huvudsakligen i aktiebolag som producerar social- och hälsovårdstjänster överförs till vårdlandskapet. Om kommunen har ingått en borgensförbindelse för ett sådant bolag, befrias kommunen från borgensansvaret. Arrangemanget har inte några betydande konsekvenser för kommunernas avskrivningsplaner och avskrivningsnivåer. Kommunalt ägda lokaler som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet förblir i kommunernas ägo och de avskrivningar som gäller dem kommer att göras på samma sätt som för närvarande. Kommunerna befrias från betydande ansvar som har hänfört sig till avtal när de avtal som gäller social- och hälsovården samt räddningsväsendet överförs på vårdlandskapens ansvar. De kostnader som uppkommer till följd av service-, upphandlings- och hyresavtal samt andra avtal utgör kommunernas driftsekonomiutgifter och överföringen av dem har behandlats närmare under rubrik XX, som gäller finansiering och kommunernas statsandelar. Den administrativa uppgiften i anslutning till att avtalen överförs till vårdlandskapet behandlas under XX.

4.2.1.5.4 Konsekvenser för samkommunerna samt för kommunkoncernernas strukturer och verksamhet

Reformen inverkar också på verksamheten vid andra samkommuner än samkommunerna för sjukvårdsdistriktet och specialomsorgsdistriktet, eftersom även den egentliga verksamheten vid de frivilliga samkommunerna för social- och hälsovård övergår till att omfattas av vårdlandskapens organiseringsansvar. Till dessa samkommuner räknas också samkommuner som bildats utgående från lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007, den så kallade Parasramlagen). I samband med egendomsarrangemang tillämpas de bestämmelser som gäller kommunerna på dessa så kallade frivilliga samkommuner för social- och hälsovård. Det här innebär att vårdlandskapet hyr lokaler av dessa samkommuner på samma sätt och enligt samma principer som av kommuner. Dessutom överförs dessa samkommuners lösöre och avtal till vårdlandskapet till de delar som lösöret och avtalen har samband med de tjänster som omfattas av vårdlandskapets organiseringsansvar.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

När de ovannämnda samkommunernas egentliga verksamhet överförs till vårdlandskapet, in-skränks samkommunens verksamhet därefter till ägande av fastigheter och till en roll som hyresvärd, om inte samkommunen i enlighet med sitt grundavtal sköter även andra uppgifter än social- och hälsovårdsuppgifter. Det är sannolikt att dessa samkommuner som blivit så kallade fastighetssamkommuner inom någon tidshorisont omvandlas till aktiebolag genom beslut av medlemskommunerna.

Ovan har redan separat behandlats bolag som ägs av vissa kommuner och som producerar social- och hälsovårdstjänster. I dessa kommuner kommer arrangemangen att ha konsekvenser också för koncernernas strukturer. Som helhet inverkar reformen dock i betydande grad på verksamheten i kommunernas dottersammanslutningar. Verksamheten i bolag som tillhandahåller kostservice, städservice och lokaluthyrningstjänster samt i IKT-bolag vilka ägs av kommunerna kommer troligtvis att ändras betydligt. Det är också sannolikt att kommunerna börjar överföra lokaler som de äger och som används inom social- och hälsovården eller räddningsväsendet till aktiebolag under bildning eller till aktiebolag som kommunerna redan äger. Rollen som hyresvärd hör i princip inte till en kommuns kärnverksamhet, och därför är det naturligt att denna verksamhet småningom överförs från kommunernas egna organisationer till kommunernas dottersammanslutningar och i vissa fall även till exempelvis bolag som ägs gemensamt av kommunerna.

4.2.1.5.5 Egendomsarrangemangens konsekvenser för kommunerna under och efter övergångsperioden

Det kommer att ingås ett hyresavtal mellan vårdlandskapet och kommunen om besittning av de lokaler som ägs av kommunen och som används av social- och hälsovårdsväsendet eller räddningsväsendet så att avtalet gäller åtminstone till och med den 31 december 2025. Kommunerna och vårdlandskapet har således tre år på sig att anpassa sig till den nya situationen och de förändringar som uppstår till följd av den. Vårdlandskapet föreslås ha ensidig rätt att förlänga hyresavtalets giltighetstid med ytterligare ett år, och om vårdlandskapet har för avsikt att utöva denna rätt ska det underrätta kommunen om detta senast tolv månader innan hyresavtalet löper ut. Vårdlandskapet föreslås besluta om sitt nätverk av tjänster och om de lokaler som behövs inom ramen för dess självstyrelse, det vill säga vårdlandskapet har beslutanderätt i frågan.

Inledandet av vårdlandskapets verksamhet tar oundvikligen tid och i praktiken är det sannolikt möjligt att fatta beslut om service- och lokalnätet först från och med 20XX. På grund av att frågan är så komplex är det i praktiken så gott som omöjligt att med säkerhet bedöma hur vårdlandskapets nätverk av tjänster och lokaler kommer att se ut efter övergångsperioden, det vill säga efter 20XX–20XX. Som ett exempel kan nämnas att efter att Ekosote inledde sin verksamhet tog det flera år innan man kunde börja ändra på regionens nätverk av lokaler. Det kan antas att åtminstone en del av de lokaler som för närvarande används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet inte kommer att användas för samma ändamål i framtiden.

År 2016 gjorde NHG en utredning¹⁶ om kommunernas fastighetsrisker i samband med vårdreformen. Enligt utredningen skulle kommunerna och andra samkommuner efter de då föreslagna egendomsarrangemangen fortfarande ha kommit att äga lokaler på cirka 6,8 miljoner kvadratmeter inom social- och hälsovården. Enligt utredningens värderingsmetod (med avskriften återanskaffningskostnad) skulle värdet på dessa ha uppgått till sammanlagt cirka 4,2 miljarder euro. Fastigheter på områden med befolkningsförlust utgjorde cirka 42 procent, cirka 2,8 miljoner

¹⁶ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79819/Kuntien%20kiinteist%c3%b6riskit%20Sote-uudistuksessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (på finska)

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

kvadratmeter, av de fastigheter som skulle förbli i kommunernas och samkommunernas ägo. Enligt den metod som användes i NHG:s utredning skulle deras värde ha uppgått till cirka 1,7 miljarder euro.

I NHG:s utredning bedömdes hur riskerna för kommunalt ägda fastigheter inom social- och hälsovården fördelades och hur stor ekonomisk belastning riskerna eventuellt skulle medföra om de realiserades. Riskerna bedömdes i ljuset av utvecklingstrenderna inom social- och hälsovården, befolkningsutvecklingen och tidigare ändringar. När riskerna bedöms gäller det att betona att det aktuella förmodade värdet på de befintliga fastigheterna inte direkt kan ses som storleken på den ekonomiska risken, utan kommunens slutliga risk som påverkar resultatet i bokslutet består av underhållskostnaderna för lokaler som står oanvända, en eventuell återstående investeringsskuld och en icke avskrivna anskaffningsutgift i balansräkningen. I vissa fall kan en fastighet också vara i så dåligt skick att det är motiverat att riva den, och då inverkar även rivningskostnaderna på resultatet. Rivning skulle dock i vissa fall ha kunnat vara ett alternativ också utan den föreslagna reformen.

Om en fastighet står helt oanvänd, ska den återstående icke avskrivna anskaffningsutgiften kostnadsföras efter det tredje året utan användningsändamål. Då uppstår en resultat effekt som är lika stor som den icke avskrivna anskaffningsutgiften. Om en fastighet rivs är resultat effekten också lika stor som den icke avskrivna anskaffningsutgiften. Om en fastighet säljs till en lägre köpesumma än den icke avskrivna anskaffningsutgiften, är resultat effekten skillnaden mellan den icke avskrivna anskaffningsutgiften och köpesumman. Resultat effekten är alltså inte lika stor som fastighetens eventuella återanskaffningsvärde eller det förmodade marknadsvärdet. En negativ resultat effekt kommer åtminstone att försämra kommunens resultat för den aktuella räkenskapsperioden. Det beror på under- eller överskotten i kommunens balansräkning huruvida den negativa resultat effekten ökar underskottet i kommunens balansräkning. Eftersom en negativ resultat effekt beror på en mycket stor ändring av administrationen och lagstiftningen utanför kommunens påverkningsmöjligheter, kan en eventuell underskottseffekt möjligen elimineras genom en minskning av kommunens grundkapital.

I NHG:s utredning identifierades sju olika fastighetstyper som eventuellt löper störst sannolikhet att utsättas för risker. Den bedömning av katalogvärdet som presenteras i tabell XX beskriver det riskklassificerade värde som användes i utredningen och som beräknats enligt så kallad avskrivna återanskaffningskostnad; katalogvärdet är mittpunkten av den bedömning som använts i gruppen, och sannolikheten är den bedömning som gjorts i utredningen i fråga om att det inte hittas något annat användningsändamål för fastigheten. Om de verbalt beskrivna sannolikheterna omvandlas till siffervärden, är det möjligt att bedöma värdet för de fastigheter som sannolikt kommer att stå oanvända.

Tabell X.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Riskgrupp	Uppskattning av katalogvärde t, mn euro	Katalogvärde i genomsnitt, mn euro	Sannolikhet	Sannolikhet i procent	Viktat värde, mn euro
Nya inrättningar i kommuner på tillbakagång	153	153	stor	0,75	114,8
Gamla inrättningar i kommuner på tillbakagång	140	140	mycket stor	1	140
Gamla öppenvårdsbyggnader i kommuner på tillbakagång, men på områden med ett tätt servicenät	7–22	14,5	stor	0,75	10,9
Nya öppenvårdsbyggnader i kommuner på tillbakagång, men på områden med ett tätt servicenät	4–12	8	relativt stor	0,5	4
Nya inrättningar i växande kommuner	222	222	relativt liten	0,25	55,5
Gamla inrättningar i växande kommuner	167	167	relativt liten	0,25	41,8
Gamla öppenvårdsbyggnader i växande kommuner på områden med ett tätt servicenät	13–39	26	relativt liten	0,25	6,5
Sammanlagt	706–755	730,5			373,5

Det viktade värdet i tabellen beskriver dock inte alla kostnader som egendomsarrangemangen medför för kommunerna, eftersom en del av bygnadsbeståndet och/eller tomterna kan användas för andra ändamål. Tabellen beskriver inte heller direkt behovet av nedskrivning av de kommunala byggnadernas bokföringsvärden, bland annat därför att katalogvärdet inte är detsamma som balansvärdet, utan förmodligen högre än balansvärdet. Enligt NHG:s utredning var det kvadratmetertal som legat till grund för katalogen större än kommunernas uppfattning om kvadratmetertalet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att utifrån reformen kan fastigheter på cirka 1,2–1,4 miljoner kvadratmeter möjligen sluta användas inom social- och hälsovården. Risken för att det inte hittas något nytt användningsändamål för en fastighet är störst i små glesbygdskommuner med befolkningsförlust i synnerhet om det är fråga om en institutionservicebyggnad inom social- och hälsovården. Risken gäller i synnerhet både över och under 20 år gamla institutionservicebyggnader. Den näst största risken omfattar gamla öppenvårdsbyggnader på ett område som har ett tätt servicenät men befolkningsförlust. Inte heller för de ovannämnda fastighetstyperna kommer alla byggnader att tas ur bruk, utan endast en del av dem. Den andel fastigheter som med största sannolikhet helt kommer att tas ur bruk och stå oanvända uppskattades i NHG:s utredning till en volym på cirka 528 000 kvadratmeter och med hjälp av metoden för avskriften

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

återanskaffningskostnad till ett värde av cirka 315 miljoner euro, och de årliga underhållskostnaderna uppskattades till cirka 3 miljoner euro.

Antalet lokaler som möjligtvis kommer att stå oanvända och deras andel av de lokaler som kommunen äger kommer således sannolikt att variera betydligt mellan olika kommuner. Det kan antas att problemet med tomma lokaler är temporärt i tillväxtcentrum och i närheten av dem och att problemet försvinner på relativt kort tid när lokalerna småningom tas i annat bruk. Hur stort problem det är fråga om kommer i hög grad att bero på lokalernas ålder, skick och i synnerhet läge. De största kommunalekonomiska utmaningarna uppkommer om de lokaler som förblir oanvända nyligen har totalrenoverats eller om de är nybyggda och belägna i en kommun där befolkningen minskar. Det är så gott som omöjligt att bedöma problemets tidsmässiga dimension, men konsekvenserna framträder antagligen inte samtidigt, utan sannolikt under en mycket lång period.

I utredningen uppskattades också de årliga underhållskostnaderna för fastigheter som blir oanvända uppgå till 7–8 miljoner euro, om alla fastigheter töms under samma år. Vårdlandskapen kommer dock sannolikt att förnya servicenätet stegvis och delvis enligt olika tidsplaner. Enligt utredningen skulle en del av fastigheterna också få en ny hyresgäst, varvid det är mera sannolikt att de årliga underhållskostnaderna rör sig kring 3 miljoner euro. Driftskostnaderna blir förmodligen små, eftersom kommunerna har tre år på sig att förbereda sig på den framtida utvecklingen antingen genom att sälja eller genom att bereda sig på att riva byggnaden. Om högriskfastigheterna rivs, blir rivningskostnaderna uppskattningsvis 75–81 miljoner euro.

I utredningen beaktades inte att tomtens värde kan stiga i och med rivningen och att rivningskostnaderna kan kompenseras med försäljnings- eller hyresintäkter. En del av de byggnader som används för social- och hälsovård är för närvarande centralt belägna i kommunen. Även om kommunen har ett utflyttningsöverskott, kan tomten på grund av den interna koncentrationen i kommunen vara attraktiv till exempel för bostadsproduktion. Likaså är det möjligt att tomtens användningssätt kan göra den attraktiv för till exempel privata social- och hälsovårdsaktörer. Under åren 2017 och 2018 gjordes det i kommunerna flera affärer där till och med social- och hälsovårdsbyggnader i dåligt skick såldes till ett pris i överensstämmelse med eller högre än balansvärdet. Med hänsyn till dessa omständigheter bedömdes kostnadseffekten av nedskrivningar och rivningar uppgå till högst hälften av det ovannämnda beloppet.

Maximivärdet för egendomsarrangemangen kan uppskattas till följande:

- hälften av nedskrivningskostnaderna 190 miljoner euro
- rivningskostnader 78 miljoner euro
- driftskostnader för ett år 3 miljoner euro
- sammanlagt 271 miljoner euro.

Enligt den föreslagna regleringen om compensation ska staten betala kommunerna ersättning för kostnaderna för egendomsarrangemangen till fullt belopp i fråga om den andel som överstiger det tryck på skatteförhöjning som uppgår till 0,7 procentenheter. Å andra sidan täcker ersättningen 75 procent av de kostnader som understiger trycket på skatteförhöjning, om det är fråga om en kommun vars skattesats överstiger den genomsnittliga skattesatsen med två. År 2020 finns det 58 sådana kommuner.

Vid bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av egendomsarrangemangen gäller det att beakta att den föreslagna reformen inte inrymmer några sådana förslag som under den föregående valperioden lades fram i fråga om omfattande valfrihet för kunderna inom social- och hälsovården eller i fråga om en modell med många producenter inom tjänsteproduktionen. Det är således sannolikt att det för produktion av social- och hälsovårdstjänster kommer att behövas mer lokaler som administreras av vårdlandskapen än vad som uppskattades under den föregående valperioden. Till följd av detta kan som en helhetsbedömning anses att risken för att kommunalt ägda lokaler ska stå tomma är mindre än vad den var enligt förslaget från den föregående valperioden. Samtidigt bör det dock noteras att vårdlandskapen föreslås besluta om sitt servicenät först under de år som följer efter det att reformen har trätt i kraft.

Ersättningsgränsen enligt regleringen om kompensation till kommunerna för egendomsöverföringar bör vara på en sådan nivå som kan anses vara betydelsefull med tanke på möjligheterna att trygga kommunernas självstyrelse och även motiverad och skälig ur statens perspektiv. Dessutom bör modellen vara så tydlig som möjligt och behandla alla kommuner jämlikt. I Tempo Lecon Oy:s utredning om den kommunala finansieringsprincipen som publicerades i februari 2020¹⁷ undersöktes effektiviteten hos metoden för att utvärdera finansieringsprincipen. Enligt utredningen skulle det kalkylerade behov av höjning av skattesatsen som används som indikator i utvärderingsmodellen vara en fungerande mätare vid bedömning av hur finansieringsprincipen genomförts och vid beskrivning av det ekonomiska tryck som en förändrad kostnadsnivå eller inkomstutvecklingen medför. Samtidigt kopplas skattehöjningsbehovet till den kommunala självstyrelsen. Mätaren skulle också beakta investeringarna, eftersom skattehöjningsbehovet bestäms utifrån verksamhetens och investeringarnas penningflöde. Enligt utredningen kan även andra mätare som beskriver samma sak ur olika infallsvinklar användas vid genomförandet av finansieringsprincipen. Sådana övriga mätare visar dock ingenting sådant som inte skattehöjningsbehovet redan visar.

Det är således motiverat att regleringen om kompensation baserar sig på det kalkylerade behovet av att höja skattesatsen. Det är en etablerad mätare för att beskriva de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna. När regeringens proposition RP 15/2017 rd behandlades i riksdagen framfördes olika synpunkter på ersättningsgränsens storlek. Exempelvis Finlands Kommunförbund föreslog två alternativa ersättningsgränser, nämligen ett kalkylerat behov av att höja den kommunala skattesatsen med 0,25 procentenheter och en ersättningsgräns på 3 miljoner euro. Enligt Kommunförbundets material skulle dess föreslagna ersättningsgräns på 0,25 procentenheter ha placerat sig på en nivå där ersättningar skulle ha behövt betalas till en mycket stor grupp kommuner, och som lägst skulle ersättningsgränsen ha varit endast 26 000 euro. En sådan ersättningsgräns är anmärkningsvärt låg jämfört med till exempel de årliga förändringarna i kommunernas driftsutgifter, vilka också för små kommuner kan uppgå till hundratusentals euro. Kommunförbundets föreslagna ersättningsgräns på 3 miljoner euro skulle i sin tur inte behandla olika stora kommuner jämlikt, utan skulle gagna endast stora städer med en starkare ekonomiska bärkraft. Gränsbeloppet motsvarar mindre än 1 procent av de stora städernas utgifter.

Den ersättningsgräns som nu föreslås och som blev en kompromisslösning under riksdagsbehandlingen under den föregående valperioden, nämligen en ersättningsgräns på 0,7 procentenheter baserad på det kalkylerade behovet av att höja skattesatsen, bör anses vara motiverad såväl för kommunerna som för staten. Den avgränsar beviljandet av ersättning till situationer där det verifierat kan anses att kommunens ekonomiska självstyrelse äventyras men där beviljandet samtidigt är motiverat med tanke på statens ersättningsansvar och ersättningsförfarande. Den

¹⁷ https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162013/VNTEAS_2020_05.pdf?sequence=1&isAllowed=y (på finska)

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

föreslagna modellen behandlar också kommunerna jämlikt, men erbjuder dock kommuner med ekonomiska svårigheter en förhöjd ersättning.

4.2.1.5.6 Egendomsarrangemangens konsekvenser för vårdlandskapen

Till vårdlandskapen överförs i och med reformen fast och lös egendom från samkommunerna för sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt. Enligt de slutliga bokslutsuppgifterna för 2018 uppgick den sammanlagda slutsumman för sjukvårdsdistriktens balansräkningar till cirka 5,4 miljarder euro, varav bestående aktiva uppgick till cirka 4,3 miljarder euro. Av posten bestående aktiva utgjorde byggnader cirka 2,4 miljarder euro. Den sammanlagda slutsumman i balansräkningarna för de separata samkommunerna för specialomsorgsdistrikten uppgick till cirka 176 miljoner euro.

Det föreslås att ansvaret för de skulder och förbindelser som samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten har övergår till vårdlandskapen. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2018 överförs i inledningsskedet ett skuldansvar på sammanlagt cirka 2,2 miljarder euro från sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten till vårdlandskapen.

I synnerhet det skuldbelopp som överförs från sjukvårdsdistrikten kommer också att påverkas av hur sjukvårdsdistriktens medlemskommuner agerar med samkommunernas överskott. I vissa sjukvårdsdistrikt finns det överskott som medlemskommunerna har rätt att besluta om före utgången av 20XX. Intäktsföringen av överskottet från samkommunerna till medlemskommunerna kan i praktiken innebära att samkommunen blir tvungen att ta lån för att betala överskottet. De byggnader som överförs från sjukvårdsdistrikten och sannolikt till viss del även de byggnader som överförs från specialomsorgsdistrikten är förknippade med en betydande reparations-skuld, det vill säga de är i behov av omfattande investeringar. Dessa behov syns redan nu eftersom det pågår mycket stora investeringsprojekt i sjukvårdsdistrikten. Reformen innebär att dessa överförs på vårdlandskapens ansvar. Exempelvis kostnaderna för det byggprojekt för Sjukhuset Nova som Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt påbörjade 2016 och som färdigställs 2020 beräknas uppgå till närmare 0,5 miljarder euro.

Lokalhyrorna för den social- och hälsovård som kommunerna ordnade 2014 uppgick till cirka 880 miljoner euro. Vårdlandskapen kommer alltså att överta en minst lika stor kostnad för en övergångsperiod på åtminstone tre år. Till vårdlandskapen överförs i synnerhet från sjukvårdsdistrikten också sådana lokaler och byggnader som det inte nödvändigtvis finns användning för i framtiden. Det är mest sannolikt fråga om gamla, stora sjukhusbyggnader med stora mängder utrymmen avsedda att användas som bäddavdelningar. Det kan antas att en förändrad vårdpraxis kommer att leda till att behovet av bäddavdelningar minskar betydligt.

I framtiden kommer landskapen således oundvikligen att bli tvungna att lösa frågan om vad som ska göras med de lokaler som förblir oanvända. Detta kommer också att inverka på de hyror som vårdlandskapen betalar för lokalerna, eftersom underhållskostnaderna för tomma lokaler kommer att belasta vårdlandskapens ekonomi. Det är dock för tidigt att på ett uttömmande sätt bedöma vilka de ekonomiska konsekvenserna blir. Även en betydande mängd ansvar och skyldigheter som följer av avtal kommer att överföras på vårdlandskapen både från kommunerna och från de samkommuner som överförs till vårdlandskapen. Det är fråga om både hyresavtal och avtal som hänför sig till tjänsteproduktion, till exempel leasingavtal.

På vårdlandskapens ansvar överförs dessutom sjukvårdsdistriktens ansvar för ansvarsförsäkringen för patientskador, som på 2018 års nivå uppgick till cirka 330 miljoner euro.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.1.5.7 Statens borgensansvar i samband med egendomsarrangemangen

Till följd av egendomsarrangemangen kommer statens borgensansvar att öka. Enligt förslaget beviljas statsborgen för skulder och sådana förbindelser som hänför sig till dem som de samkommuner som överförs till vårdlandskapen har under övergångsperioden. Enligt bokslutsuppgifterna för 2018 är det fråga om ansvar på cirka 2,1 miljarder euro. Med beaktande av pågående och planerade investeringsprojekt, som i huvudsak finansieras med lånemedel, uppgår dock beloppet av de lån som överförs vid ingången av 2023 enligt preliminära uppskattningar till cirka 4,2 miljarder euro.

Vid utgången av 2018 uppgick statens borgensansvar till sammanlagt 56,6 miljarder euro. Beloppen av statens borgensansvar ökade under hela 2010-talet. Enlig statistik från Eurostat var Finland det EU-land som vid utgången av 2018 hade det högsta beloppet av statens borgensansvar i förhållande till bruttonationalprodukten. Det är nödvändigt att bevilja statsborgen för de lån och övriga förbindelser som överförs på vårdlandskapen, för att de finansiella instituten ska kunna godkänna att kreditförhållandena flyttas från samkommunerna till vårdlandskapen. Utan statsborgen finns det risk för att lån sägs upp i omfattande grad, vilket leder till ett direkt behov av statlig tilläggsfinansiering eller till nya kreditinstitutslån mot statsgaranti. Statsborgen som beviljas för låneansvar som överförs handlar om att den offentliga sektorns verksamhet tryggas genom ett förfarande där det ansvar i sista hand som kommunerna i nuläget har via samkommunerna, genom den borgen som vårdlandskapet beviljas överförs till statens ansvar i sista hand. I bestämmelserna om statsborgen för lån som överförs kommer det att fästas vikt vid riskhanteringen av statens borgensansvar vad gäller bland annat beviljande och administrering av borgen.

4.2.1.5.8 Lån och övriga förbindelser från Kommunfinans Abp

Utifrån bokslutsuppgifterna för 2018 består ungefär 96,5 procent av de krediter som överförs från samkommunerna till vårdlandskapen av krediter för samkommuner för sjukvårdsdistrikt, och återstoden på cirka 3,5 procent överförs till vårdlandskapen från samkommuner för specialomsorgsdistrikt. Enligt tillgängliga uppgifter är ungefär hälften av de krediter som samkommunerna för sjukvårdsdistrikten har sådana krediter som beviljats av Kommunfinans Abp. Dessutom har sjukvårdsdistrikten ingått leasingavtal med Kommunfinans Abp med tanke på olika slag av investeringar i lokaler och utrustning samt ett stort antal derivatavtal. Exakta uppgifter om de krediter och övriga förbindelser som överförs till vårdlandskapen fås först när samkommunerna och kommunerna lämnar de sammanställningar som avses i 20, 25 och 26 § i den föreslagna införelagelagen. Med beaktande av pågående och planerade investeringsprojekt, som i huvudsak kommer att finansieras med lånemedel, överförs vid ingången av 2023 på vårdlandskapen krediter till ett belopp av cirka 4,2 miljarder euro.

Kommunfinans Abp:s medelsanskaffning i varje enskilt fall riktas inte direkt till ett visst finansieringsobjekt. Medelsanskaffningen är således inte så att säga öronmärkt. Kommunfinans Abp:s förbindelser i anslutning till medelsanskaffning och borgensansvaret för Kommunernas garanticentral till följd av den hänför sig inte heller tidsmässigt till samma perioder som Kommunfinans Abp:s vidareutlåning, utan förbindelserna i anslutning till medelsanskaffningen är för det mesta kortvarigare än den finansiering som Kommunfinans Abp beviljat. Detta innebär i praktiken att det av den medelsanskaffning som garanticentralen beviljar garantier för inte direkt går att särskilja vilken enskild andel som slutligen anvisas för vilket användningsändamål. Det att de olika medelsanskaffningsposterna och den finansiering som Kommunfinans Abp beviljar inte är sinsemellan öronmärkta har även den följden att efter det att den föreslagna reformen har genomförts kan den medelsanskaffning som skett på grundval av garantier som

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Kommunernas garanticentral beviljat komma att riktas till verksamhet som inte längre omfattas av kommunernas eller samkommunernas organiseringsansvar. Situationen är teoretisk men i princip möjlig. Därför bör även Kommunernas garanticentral med stöd av lagen ges rätt att bevilja borgensförbindelser för sådan medelsanskaffning som kan riktas till i den förslagna införelagelagen avsedda skulder och övriga förbindelser som överförs.

Med stöd av 10 § i lagen om Kommunernas garanticentral kommer kommunerna efter det att organiseringsansvaret för social- och hälsovården och räddningsväsendet har överförts att för den återstående löptiden för de krediter som överförs fortfarande ha principiellt ansvar för garantierna för medelsanskaffning där medlen använts för krediter som Kommunfinans Abp beviljat samkommunerna. Det viktade medelvärdet för löptiden för sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens alla krediter är enligt de preliminära utredningarna för närvarande 9,5 år. Kommunerna ska i sina bokslut vid sidan av sina övriga förbindelser och ansvar redogöra för det ansvar som uppkommer genom medlemskapet i Kommunernas garanticentral. Av detta följer att de ansvarsförbindelser som kommunerna uppger i sina bokslut även efter det att reformen har genomförts kommer att omfatta ansvarsförbindelser som hänför sig till medelsanskaffning för investeringslån som gäller social- och hälsovården och räddningsväsendet, till dess att krediterna i fråga och de övriga förbindelserna har betalats. Det totala beloppet av dessa ansvarsförbindelser kommer att bestå av följande:

Kommunfinans Abp:s kreditgivning uppgår till totalt cirka 24 miljarder euro enligt bolagets årsberättelse för 2019. Enligt bokslutsuppgifterna för 2018 är sjukvårdsdistriktens skuldansvar för närvarande cirka 2,1 miljarder euro, varav cirka 984 miljoner euro utgörs av krediter som Kommunfinans Abp beviljat. Sjukvårdsdistriktens krediter utgör alltså för närvarande en andel på cirka 4 procent av Kommunfinans Abp:s kreditgivning. Om beloppet av sjukvårdsdistriktens krediter ökar till cirka 4,2 miljarder euro fram till tidpunkten för överföringen av organiseringsansvaret och om det antas att Kommunfinans Abp:s andel av den växande kreditstocken i enlighet med nuläget fortfarande utgör ungefär hälften, har sjukvårdsdistriktet vid tidpunkten för överföringen av organiseringsansvaret krediter som beviljats av Kommunfinans Abp till ett belopp av cirka 2,1 miljarder euro. Om det totala beloppet av Kommunfinans Abp:s kreditgivning inte ökar, kommer beloppet av sjukvårdsdistriktens krediter vid tidpunkten för överföringen av organiseringsansvaret att uppgå till cirka 9 procent av Kommunfinans Abp:s hela kreditgivning. Om det totala beloppet av kreditgivningen däremot ökar i motsvarande grad, kommer sjukvårdsdistriktens krediter att utgöra en andel på cirka 8 procent.

Det ansvar som blivit kvar hos kommunerna aktualiseras i praktiken i en situation där de krediter och förbindelser som vårdlandskapen övertagit inte sköts. Detta händer endast i en situation där staten är insolvent och inte klarar av det ansvar som staten enligt garantiförpliktelserna i införelagelagen har gentemot Kommunfinans Abp. Till följd av detta skulle Kommunfinans Abp inte klara av att uppfylla sina förpliktelser gentemot dem som investerar i de obligationer som Kommunfinans Abp emitterar. Investerares skulle på grundval av garantier som Kommunernas garanticentral beviljat ha rätt att kräva ut sin fordran av Kommunernas garanticentral och garanticentralen i sin tur av kommunerna. Med anledning av statsborgen är det minst lika osannolikt som för närvarande att de krediter som vårdlandskapen övertar inte sköts. Propositionen ökar således inte det ansvar för garanticentralens förbindelser som kommunerna har till följd av 10 § i lagen om Kommunernas garanticentral, utan i själva verket är det tvärtom. Kommunernas faktiska ansvar kommer i praktiken att minska.

I det föregående har reformens konsekvenser för kommunernas medelsanskaffning bedömts och i anslutning till det också konsekvenserna för verksamhetsförutsättningarna för Kommunernas garanticentral och Kommunfinans Abp. Från kommunernas medelsanskaffning via systemet

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

med Kommunernas garanticentral kommer det i samband med reformen att falla bort en andel på 4–9 procent i och med att samkommunernas investeringar inte längre kommer att omfattas av systemet. Den ändring som nu föreslås i fråga om Kommunernas garanticentral kan inte anses förändra volymen av den medelsanskaffning som genomförs via systemet med garanticentralen i så betydande grad att det kan anses att systemet äventyras. Denna tolkning stöds av det faktum att ungefär hälften av den finansiering som Kommunfinans Abp beviljar redan för närvarande riktas till social bostadsproduktion som subventioneras av staten, och andelen fortsätter att öka.

Den föreslagna ändringen av lagen om Kommunernas garanticentral innebär endast att mottagarna av den medelsanskaffning som Kommunernas garanticentral garanterar och av den finansiering som Kommunfinans Abp beviljar ändras så att vårdlandskapen är mottagare. Användningsändamålet för de lån och övriga förbindelser som Kommunfinans Abp beviljar förändras inte, och också efter reformen är offentlighetsrättsliga samfund enda mottagare av finansiering. Lån och övriga förbindelser som överförs kommer inte heller i fortsättningen att användas för att finansiera ekonomisk verksamhet. Den föreslagna ändringen står följaktligen inte i strid med EU-rättens regler om statligt stöd. Den innebär inte heller någon förändring av det arrangemang enligt lagen om Kommunernas garanticentral som Europeiska kommissionen genom sitt beslut från 2004 (i ärende Statligt stöd N 179/2004) ansåg att inte innefattade statligt stöd.

Propositionen har inga konsekvenser för kommunernas kreditvärdering.

4.2.1.5.9 Egendomsarrangemangens konsekvenser för överlåtelseskatten

I propositionen föreslås bestämmelser om att samkommunernas tillgångar i anslutning till inrättandet av vårdlandskap ska överföras till vårdlandskapen utan skattepåföljder. Egendomsöverlåtelseerna ger således inte upphov till några överlåtelseskattkostnader.

Utän skattefrihet blir vårdlandskapen tvungna att betala överlåtelseskatt för de fastigheter, aktier i fastighetsbolag och övriga aktier som de övertar av samkommunerna. Det skattebelopp som ska betalas beror på till vilka delar de skulder som vårdlandskapen åtar sig att ansvara för och som räknas som vederlag anses hänföra sig till de nämnda tillgångarna. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2019 uppgick sjukvårdsdistriktens lånebelopp till 2,6 miljarder euro, varav merparten hänförde sig till sjukvårdsdistriktens byggnader. Om det vederlag som hänförs till skattegrunden är 2,6 miljarder euro och helt och hållet gäller fastigheter, ska drygt 100 miljoner euro betalas i skatt.

4.2.1.5.10 Egendomsarrangemangens konsekvenser för inkomstskatten

I propositionen föreslås bestämmelser om att samkommunernas tillgångar i anslutning till bildandet av vårdlandskap ska överföras till vårdlandskapen så att överföringarna inte orsakar några direkta inkomstskattepåföljder.

4.2.1.6 Konsekvenser för beskattningen

4.2.1.6.1 Överföring av skatteinkomster från kommunerna till staten

Syftet med de skatteändringar som genomförs i samband med reformen är att skatteintäkter ska överföras från kommunerna till staten för att finansiera de uppgifter som överförs på vårdlandskapen. Utgångspunkten för skatteändringarna är regeringens utstakning om att förändringarna i skattestrukturen inte får medföra åtstramningar i beskattningen när de träder i kraft. Sett ur ett

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

grundlagsperspektiv bör reformen genomföras så att de regionala skillnaderna i beskattningen inte ökar oskäligt mycket till följd av reformen och så att konsekvenserna av reformen berör medborgarna på ett jämlikt sätt. Avsikten är att reformen genomförs så att dessa specialvillkor kan uppfyllas 2023. I beredningen av reformen har strävan dessutom varit att den ska genomföras på ett tydligt och med tanke på skattesystemet hållbart sätt.

I princip är målet att reformen ska genomföras så att den är så neutral som möjligt såväl med tanke på både de totala skatteintäkterna som för de skattskyldiga. Avsikten är att beskattningen varken ska stramas åt eller bli lindrigare. Regeringen har också stakat ut att skattereformen inom social- och hälsovård genomförs så att förändringarna i skattestrukturen inte får medföra åtstramningar i beskattningen när de träder i kraft. Det är fråga om en betydande strukturell ändring av skattesystemet där skattebaserna för stats- och kommunalbeskattningen kombineras samtidigt som också flera olika parametrar i förvärvsinkomstbeskattningen ändras. Det är inte möjligt att genomföra reformen så att beskattningen inte ändras för någon enda skattskyldig. För att skatteändringarna ska kunna genomföras så att skärpningen av beskattningen minimeras, måste beskattningen lindras i samband med reformen. Som helhet bedöms reformen minska skatteinkomsterna med cirka 185 miljoner euro på 2020 års nivå.

Till följd av ändringarna uppskattas skatteinkomsterna minska med sammanlagt cirka 12 655 miljoner euro i kommunerna i Fastlandsfinland. Det uppskattas att kommunalskatteinkomsterna i kommunerna i Fastlandsfinland minskar med cirka 12 095 miljoner euro och samfundsskatteinkomsterna med cirka 560 miljoner euro. Intäkterna av statens skatteinkomster beräknas öka med cirka 12 415 miljoner euro. Intäkterna av den progressiva inkomstskatten beräknas öka med cirka 11 830 miljoner euro, intäkterna av kapitalinkomstskatten med cirka 25 miljoner euro och intäkterna av samfundsskatten med cirka 560 miljoner euro. Intäkterna av kyrkoskatten beräknas öka med cirka 55 miljoner euro. I beräkningen har eventuella sänkningar av kyrkoskattesatserna inte beaktats. Totalt sett beräknas skatteintäkterna minska med sammanlagt cirka 185 miljoner euro beräknat på 2020 års nivå.

Med stöd av propositionen kommer de kommunala skatteinkomsternas andel av den offentliga sektorns skatter och avgifter att minska från nuvarande cirka 25 procent till cirka 10 procent samtidigt som andelen skatteinkomster till staten ökar från cirka 50 procent till cirka 60 procent. Kommunalskattens andel av kommunernas skatteinkomster minskar från nuvarande cirka 85 procent till cirka 70 procent. Fastighetsskattens andel ökar från nuvarande cirka 8 procent till cirka 18 procent. Samfundsskattens andel ökar från nuvarande cirka 8 procent till cirka 13 procent. Skattelindringen i anslutning till reformen försämrar de offentliga finanserna med cirka 185 miljoner euro, vilket motsvarar ungefär 0,1 procent av bruttonationalprodukten. Det har inte fattats något separat beslut om att täcka detta. Kalkylerna har gjorts utifrån 2020 års nivå och på basis av skattegrunderna för 2020. Kalkylerna uppdateras under 2022 innan reformen träder i kraft 2023 utifrån de senaste tillgängliga uppskattningarna av skattebasen och med användning av de skattegrunder som gäller då.

4.2.1.6.2 Konsekvenser för olika skattetagares intäkter av skatterna på förvärvs- och kapitalinkomst

De föreslagna ändringarna i beskattningen av förvärvsinkomster beräknas minska intäkterna av kommunalskatt med sammanlagt cirka 12 095 miljoner euro och öka intäkterna av statens progressiva inkomstskatt med 11 830 miljoner euro och intäkterna av skatterna på kapitalinkomst med 25 miljoner euro beräknat på 2020 års nivå.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Ändringarna i beskattningen av förvärvsinkomster påverkar genom avdragssystemet skatten på kapitalinkomst. Exempelvis hushållsavdraget görs i första hand från inkomstskatten till staten. Avdraget görs från de skatter som betalas för förvärvsinkomster och kapitalinkomster, enligt förhållandet mellan dessa skatter. När skatten på förvärvsinkomster ökar, minskar det belopp som dras av från skatten på kapitalinkomster, vilket ökar intäkterna av skatterna på kapitalinkomst.

Även om reformen innebär en överföring av skatteinkomster från kommunerna till staten, har den via avdragssystemet konsekvenser också för intäkterna av kyrkoskatt och sjukförsäkringens sjukvårdspremie. När intäkterna av statens progressiva inkomstskatt ökar, kommer en större andel än i dag av de avdrag som i första hand görs från statens andel av skatten på förvärvs- och kapitalinkomst att göras från den statliga skatten. Av denna anledning minskar de avdrag som görs från kommunalskatten, kyrkoskatten och sjukförsäkringens sjukvårdspremie.

Beträffande kommunalskatten har detta beaktats i dimensioneringen av sänkningen av de kommunala skattesatserna, men intäkterna av kyrkoskatt ökar om inte församlingarna sänker sina kyrkoskattesatser. Om församlingarna inte alls sänker sina kyrkoskattesatser, ökar intäkterna av kyrkoskatt med uppskattningsvis 55 miljoner euro. Om alla församlingar för vilka det kalkylerade trycket på en sänkning av skattesatsen är större än minsta möjliga ändring av kyrkoskattesatsen sänker sina kyrkoskattesatser, ökar avkastningen av kyrkoskatten med cirka 20 miljoner euro.

Intäkterna av sjukförsäkringens sjukvårdspremie förändras i princip inte till följd av reformen eftersom sjukförsäkringspremien fastställs på basis av de kostnader som ska täckas med premien. Reformen inverkar emellertid på procentsatsen för sjukförsäkringspremierna. För att intäkterna ska kvarstå på samma nivå som tidigare, måste premien sänkas. Procentsatsen bestäms med två decimalers noggrannhet och nivån på premien kan inte nödvändigtvis bestämmas så exakt att intäkterna av premien inte alls skulle ändras till följd av reformen.

Beloppet av avdragen vid kommunalbeskattningen minskar från nuvarande cirka 1 590 miljoner euro till cirka 110 miljoner euro. Detta minskar skillnaden mellan de nominella och effektiva kommunalskattesatserna.

4.2.1.6.3 Förändringar i samfundsskatten

Kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna beräknas minska med cirka 560 miljoner euro på 2020 års nivå, och statens andel beräknas öka i motsvarande grad. Konsekvensbedömningen inbegriper inte den höjning av kommunernas utdelning som ingår i helheten av åtgärder för att stödja kommunerna i samband med coronavirusepidemin. De enskilda kommunernas relativa andelar av kommungruppens samfundsskatteintäkter kvarstår oförändrade.

En sänkning av inkomstskattesatsen i 124 § 3 mom. i inkomstskattelagen från 6,26 procent till 4,17 procent innebär att beskattningen av den inkomst som delvis skattefria samfund enligt 21 § 1 mom. i inkomstskattelagen och väglag samt allmännyttiga samfund har erhållit från en fastighet sänks med sammanlagt cirka 4 miljoner euro.

4.2.1.6.4 Konsekvenser för de skattskyldiga

Utgångspunkten för ändringarna är regeringens utstakning om att förändringarna i skattestrukturen inte får medföra åtstramningar i beskattningen när de träder i kraft. Avsikten är att refor-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

men ska genomföras utan att förvärvsinkomstbeskattningen skärps på någon som helst inkomstnivå 2023. Skärpningen av statsbeskattningen har dimensionerats så att den motsvarar en sänkning av de kommunala skattesatserna med 12,63 procentenheter.

Strukturerna i skattesystemet gör att det är omöjligt att genomföra reformen så att skattesatsen inte ändras för någon enda enskild person. För att det ska kunna säkerställas att förvärvsinkomstbeskattningen inte stramas åt måste beskattningen lindras i samband med reformen. Eftersom det egentliga syftet med reformen inte är att lindra beskattningen, kommer de lättnader som följer av den samlade effekten av ändringarna i skatteparametrarna att gälla sporadiska inkomstnivåer. Det kommer också att förekomma mycket små skärpningar på sporadiska inkomstnivåer. Dessa skatteskrävningar är vid granskningar enligt inkomstslag högst cirka 0,2 procentenheter på alla inkomstnivåer beräknade enligt den genomsnittliga kommunalskattesatsen. Dessa ändringar anses vara så små i förhållande till reformens omfattning att de inte står i strid med regeringens utstakning. Kalkylerna har gjorts utifrån de genomsnittliga skattesatserna för kommunalskatt och kyrkoskatt 2020. Trots att det kan förväntas att församlingarna sänker sina skattesatser, har dessa sänkningar inte beaktats i kalkylerna eftersom man inte kan vara säker på att de genomförs.

Tabell 30. De föreslagna ändringarnas konsekvenser för skatteuttaget för löne-, pensions- och dagpenningssinkomst

	Nuläge			Vårdreformen			Förändring		
	Lön	Pension	Förmån	Lön	Pension	Förmån	Lön	Pension	Förmån
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 000	8,4	0	7,93	8,4	0	7,91	0	0	-0,02
10 000	8,4	0	17,54	8,4	0	17,51	0	0	-0,03
15 000	9,62	9,53	20,91	9,62	9,51	20,87	0	-0,02	-0,04
20 000	14,99	18,02	23,71	15,06	17,99	23,45	0,07	-0,03	-0,26
30 000	23,16	25,05	27,01	23,31	24,66	26,92	0,15	-0,39	-0,09
40 000	28,95	30,01	30,32	28,75	29,89	30,27	-0,2	-0,12	-0,05
50 000	32,75	33,08	32,73	32,74	33,03	32,68	-0,01	-0,05	-0,05
60 000	35,86	35,92	34,65	35,86	35,84	34,58	0	-0,08	-0,07
70 000	38,1	37,94	36,02	38,2	37,86	35,94	0,1	-0,08	-0,08
80 000	39,78	39,65	37,24	39,95	39,56	37,15	0,17	-0,09	-0,09
90 000	41,33	41,92	39,13	41,34	41,85	39,06	0,01	-0,07	-0,07
100 000	43,2	43,74	40,64	43,12	43,69	40,59	-0,08	-0,05	-0,05
110 000	44,69	45,23	41,88	44,58	45,19	41,84	-0,11	-0,04	-0,04
120 000	45,93	46,47	42,91	45,79	46,44	42,88	-0,14	-0,03	-0,03

I tabellerna ovan finns granskningar enligt inkomstslag. Den skattskyldiges inkomster kan bestå av flera olika inkomstslag och därtill kan den skattskyldige ha personliga avdrag utöver de avdrag som alla skattskyldiga beviljas så att säga på tjänstens vägnar. Här är det omöjligt att granska alla kombinationer av olika inkomstslag och avdrag, vilket innebär att beskattningen

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

för en enskild skattskyldig eventuellt skärps eller lindras mer än vad som anges i tabellerna ovan. I de granskningar som gjorts utifrån underlaget för 2017, höjt till 2020 års nivå, har det upptäckts 734 fall där beskattningen skärps med mer än 0,5 procentenheter. Det finns 0 fall där beskattningen skärps med över 1 procentenhet.

Ändringens konsekvenser för beskattningen av enskilda skattskyldiga har granskats utifrån Skatteförvaltningens databas över skatteuppgifter för 2017 med hjälp av finansministeriets mikrosimuleringsmodell som kallas TUJA. Granskningen har gjorts med underlaget för 2017, höjt till 2020 års nivå. År 2022 när skatteparametrarna uppdateras för att motsvara prognoserna för situationen 2023 är skatteuppgifterna för 2020 tillgängliga. Då görs granskningen på nytt och skatteparametrarna fastställs så att åtstramningar i beskattningen kan minimeras.

Man kan inte på ett tillförlitligt sätt bedöma vilka konsekvenser reformen har för de skattskyldigas beskattningsnivå eller på kommunalskattesatserna i olika kommuner efter 2023, eftersom dessa frågor beror på kommunernas beslut. Om reformen föranleder oförutsedda svårigheter för enskilda kommuner och det hänger på kommunerna att klara av svårigheterna, kan det förväntas att dessa kommuner höjer sina kommunalskattesatser efter reformen. Det är omöjligt att på förhand uppskatta storleken på sådana höjningar eller deras antal. Således går det inte heller att bedöma om de regionala skillnaderna inom beskattningen kommer att öka efter reformen eller om effekterna av reformen berör medborgarna på ett jämlikt sätt oberoende av bostadsort. Det är också möjligt att kommunerna höjer sina skattesatser 2022 för att förbereda sig inför reformen.

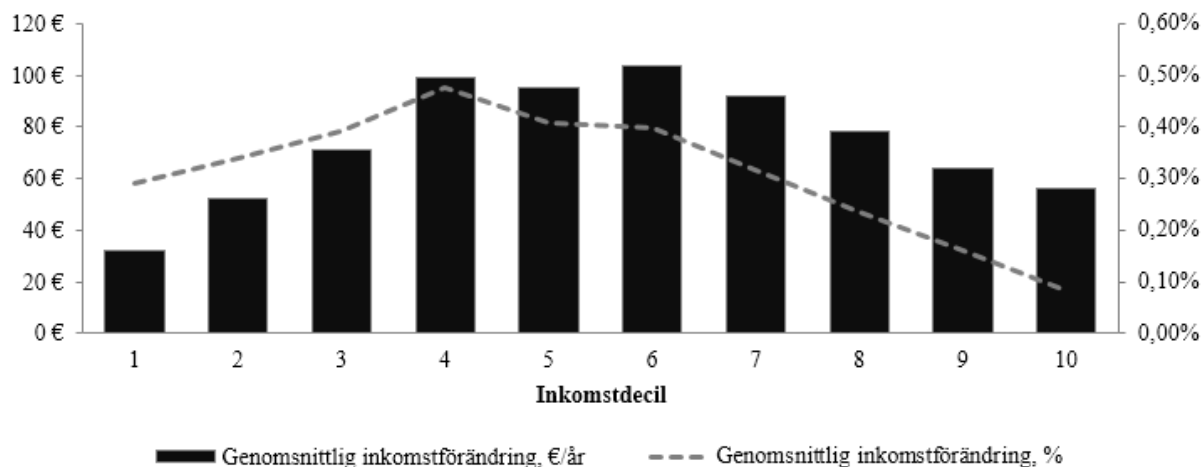
4.2.1.6.5 Konsekvenser för inkomstfördelningen

Finansministeriets skatteavdelning har bedömt vilka konsekvenser de skatteändringar som föreslås i propositionen har för inkomstfördelningen. Konsekvenserna har bedömts med hjälp av finansministeriets mikrosimuleringsmodell TUJA enligt servicematerialet om inkomstfördelningsstatistiken 2016. De ändringar av skattegrunderna som föreslås i propositionen bedöms på 2023 års nivå xxx inkomstskillnaderna något, mätt med Gini-koefficienten med 0,X procentenheter.

I figuren nedan sammanfattas vilken inverkan de förslag till ändring av inkomstskattegrunderna som nämns ovan i denna proposition sammantaget har enligt inkomstdecil. Av figuren framgår att beskattningen lindras något i alla inkomstdeciler. Inverkan i euro är störst i inkomstdecil x. Inverkan är relativt störst i inkomstdecil x. Förändringarna är små i alla inkomstdeciler. De förändringar som presenteras i figuren har räknats ut med ekvivalenta inkomster per hushåll enligt OECD:s modifierade ekvivalensskala.

Figur 5. Konsekvenser för inkomstfördelningen enligt inkomstdecil

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00



4.2.1.6.6 Ersättande av invalidavdraget med ett direkt stöd

Slopandet av invalidavdraget vid statsbeskattningen uppskattas öka skatteintäkterna med 12 miljoner euro, varav statens andel är 11 miljoner euro och kommunernas andel 1 miljon euro. Slopandet av invalidavdraget vid kommunalbeskattningen uppskattas öka skatteintäkterna med 14 miljoner euro, varav kommunernas andel är 12 miljoner euro, församlingarnas andel 1 miljon euro och Folkpensionsanstaltens andel 1 miljon euro. Ersättande av avdragen med direkt stöd bereds separat i samband med den fortsatta beredningen av den reform som gäller service för personer med funktionsnedsättning. Reformens effekter på kommunernas skatteinkomster beaktas i kompensationerna för förlorade skatteinkomster.

4.2.1.6.7 Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen

Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen är ett avdrag som görs endast från inkomstskatten till staten. Eftersom inkomstskatt till staten i fortsättningen betalas på en lägre inkomstnivå än i dagens läge, kommer allt fler personer att omfattas av underhållsskyldighetsavdraget. Underhållsskyldighetsavdragets sänkande effekt på skatteintäkterna beräknas öka från nuvarande cirka 2,5 miljoner euro till cirka 4 miljoner euro.

4.2.1.6.8 Ändring av fördelningen av beskattningskostnaderna

Ändringen av grunderna för fördelning av beskattningskostnaderna beräknas minska kommunernas beskattningskostnader med cirka 70 miljoner euro och öka statens beskattningskostnader i motsvarande grad, beräknat på 2020 års nivå. Ändringen av beskattningskostnaderna har beaktats vid dimensioneringen av sänkningen av kommunalskattesatserna och åtstramningen av statsbeskattningen så att ändringen kan genomföras neutralt enligt förhållandet mellan kommunernas och statens skatteinkomster.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.1.6.9 Administrativa konsekvenser av ändringarna i beskattningen

De föreslagna ändringarna medför kostnader för informationssystem för Skatteförvaltningen. Kostnaderna för externt personarbete beräknas uppgå till cirka 700 000 euro och Skatteförvaltningens personalutgifter beräknas till 2,0 årsverken motsvarande cirka 120 000 euro. Kostnader uppstår dessutom bland annat på grund av arbetet med anvisningar.

4.2.1.6.10 Beräkningsåret i konsekvensbedömningarna och framtida uppdateringar av bedömningarna

Konsekvensbedömningarna av skatteändringarna presenteras i relation till lagstiftningen 2020 och med hjälp av underlaget för 2017 uppdaterat till 2020 års nivå. Kalkylerna kommer att uppdateras 2022 enligt de senaste tillgängliga uppgifterna innan reformen träder i kraft 2023.

4.2.1.6.11 Mervärdesskattning

I samband med reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet minskar de kommunala uppgifterna och anskaffningarna i anslutning till dem, då en del av uppgifterna överförs på vårdlandskapens organiseringsansvar. Enligt förslaget tillämpas på vårdlandskapets verksamhet det system för återbäring av skatt som ingår i anskaffningar och som för närvarande tillämpas inom den kommunala sektorn. Förfarandet ska gälla vårdlandskapets verksamhet i sin helhet med undantag för skattepliktig verksamhet och annan verksamhet som berättigar till avdrag. Med vårdlandskapets verksamhet jämföras verksamhet som bedrivs av sådana andra offentliga samfund som i samband med reformen får organiseringsansvar för social- och hälsovården och räddningsväsendet.

År 2020 kommer det sammanlagda beloppet av återbäringar av mervärdesskatt till kommunsektorn att uppgå till uppskattningsvis cirka 3,2 miljarder euro. Över 90 procent av återbäringarna hänför sig till skattepliktiga anskaffningar. Till följd av reformen minskar mervärdesskatteåterbäringarna inom den kommunala sektorn så att beloppet av återbäringarna uppgår till ungefär 1,6 miljarder euro. De uppgifter som överförs till vårdlandskapen beräknas innefatta cirka 1,6 miljarder euro sådan skatt som ingår i anskaffningar. Beloppet motsvarar minskningen av mervärdesskatteåterbäringarna inom den kommunala sektorn. Av beloppet anknyter cirka 1,5 miljarder euro till social- och hälsovårdsverksamhet. Andelen för de övriga uppgifter som överförs från kommunerna, det vill säga räddningsväsendet, uppgår till cirka 40 miljoner euro. Den förändring som uppgiftsöverföringen medför kommer inte att påverka det inflöde av mervärdesskatt som syns i budgeten.

Återbäringen av den kalkylerade skatt som ingår i den kommunala sektorns skattefria anskaffningar ska i princip inte längre tillämpas på kommuner eller samkommuner. Detta beräknas i viss mån minska Skatteförvaltningens arbetsmängd

4.2.1.6.12 Konsekvenser för beskattningen på Åland

Den föreslagna reformen gäller inte i sig landskapet Åland, men ändringarna i statsbeskattningen kommer också att beröra skattskyldiga bosatta i landskapet Åland på samma sätt. Eftersom reformen innebär att statsbeskattningen skärps kommer statsbeskattningen att skärpas utan grund också på Åland, om det inte utfärdas särskilda bestämmelser om saken. Det föreslås därför bestämmelser om att skärpt statsbeskattning för skattskyldiga bosatta på Åland förhindras genom lägre marginalskattesatser på förvärvsinkomstskatteskalan. Till följd av lägre marginal-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

skattesatser kommer konsekvenserna av de ändringar i skattegrunderna som föreslås i propositionen att vara motsvarande för skattskyldiga bosatta i landskapet Åland som för personer bosatta i Fastlandsfinland.

4.2.1.7 Konsekvenser för finansieringen av pensioner

4.2.1.7.1 Beräkningsantaganden vid bedömning av pensioner

Inom det kommunala pensionssystemet, det vill säga inom pensionssystemet för Kevas medlemssamfund, har strävan varit att fastställa pensionsavgifterna så att pensionssystemet har en hållbar grund och nivån på pensionsavgifterna kan hållas stabil i framtiden. Vid bedömning av en hållbar grund för pensionsavgifterna inom pensionssystemen har de antaganden om den kommande ekonomiska utvecklingen som använts en betydande inverkan.

De beräkningsantaganden som Keva använder för närvarande avviker från de beräkningsgrunder för arbetspensionssystemet inom den privata sektorn (ArPL) som Pensionsskyddscentralen (PSC) använder och är delvis försiktigare än dessa. Till följd av detta är Kevas pensionsavgifter på en högre nivå än om Pensionsskyddscentralens antaganden skulle användas. När Keva fastställer nivån för hållbara pensionsavgifter beslutar den själv om de beräkningsantaganden som den använder. Det är inte ändamålsenligt att lagstifta om antagandena, eftersom det måste gå att ändra dem smidigt när de ekonomiska utsikterna och andra bedömningar uppdateras.

De ekonomiska konsekvenserna av propositionen beror på pensionsavgiftens beräknade nivå i framtiden och därmed även på de antaganden som används vid beräkningen av nivån för hållbara pensionsavgifter. Konsekvensbedömningarna presenteras därför i det följande med användning av en pensionsavgiftsnivå som räknats ut på två olika sätt.

I de långsiktiga kalkylerna för arbetspensionssystemet inom den privata sektorn använde Pensionsskyddscentralen år 2019 en beräkningsperiod som sträcker sig fram till 2085. Den reella avkastningen på placeringar antogs vara 2,5 procent per år under perioden 2019–2028 och 3,5 procent per år under perioden 2029–2085. Vid bedömning av lönesummans utveckling var antagandet att andelarna för lönesumman för försäkrade enligt olika arbetspensionslagar kvarstår oförändrade under hela beräkningsperioden. Ett undantag var dock de förflyttningar av försäkrade till att omfattas av någon annan arbetspensionslag som baserade sig på beslut som fattats tidigare.

Den nuvarande nivån 28,35 procent för Kevas medlemssamfunds pensionsavgift baserar sig på den långsiktiga finansieringsutredning som gjordes 2016. I utredningen sträckte sig beräkningsperioden till 2100 och den reella avkastningen av placeringarna antogs uppgå till 3,0 procent per år. Dessutom antogs det att antalet anställda som är försäkrade i Keva minskar med 10 procent under de tio följande åren. År 2019 överskred den eftersträlvade nivån (28,35 procent) för de pensionsavgifter som ska betalas av Kevas medlemssamfund den beräknade genomsnittliga nivån för ArPL-avgiften (24,40 procent) med 3,95 procentenheter. Efter finansieringsutredningen från 2016 har dödligheten enligt Statistikcentralens befolkningsprognoser och pensionernas begynnelse förändrats så att en hållbar avgiftsnivå med motsvarande antaganden rör sig kring 29,6 procent.

Med användning av Pensionsskyddscentralens antaganden om beräkningsperiodens längd (fram till 2085) och om den reella avkastningen av placeringar (2,5 procent per år under perioden 2019–2028 och 3,5 procent per år under perioden 2029–2085) samt en måttligare minskning av

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

antalet försäkrade (en minskning på 5 procent inom en period av 10 år), blir den hållbara avgiftsnivån för pensionssystemet för Kevas medlemssamfund 27,8 procent. Avgiftsnivån överstiger den genomsnittliga nivån för ArPL-avgiften 2019 med 3,4 procentenheter.

De kalkyler som presenteras här är tekniska och har ingen styrande effekt på pensionsavgiftsnivån för Kevas medlemssamfund. Mitt i krisen är det omöjligt att bedöma vilka konsekvenser för finansieringen av pensionssystemen som följer av i synnerhet den kursnedgång på värdepappersmarknaden och det tvärstopp för ekonomin som coronapandemin orsakat. Om värdet på pensionsplaceringarna inte återgår till nivån före krisen, kommer det att uppstå ett tryck på att höja avgifterna inom pensionssystemen. Om värderingsnivåerna på placeringsmarknaden blir kvar i det rådande läget i slutet av mars 2020, kommer den bevitnade kursnedgången att medföra ett 1 procentenhets permanent tryck på att höja pensionsavgiftsnivån inom pensionssystemet för Kevas medlemssamfund. Keva uppdaterar de långsiktiga finansieringskalkylerna senare under 2020.

4.2.1.7.2 Pensionernas konsekvenser för ekonomin mellan staten och kommunerna

Via vårdlandskapen kommer staten att ta på sig ansvaret för kostnaderna för pensionerna för den personal som överförs dit. Dessa kostnader kommer att fördelas i förhållande till den personal som överförs. Väsentligt för finansieringen av pensionerna är hur den utjämningsavgift som ersätter den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften ska fördelas. Det föreslås nu att den fördelas mellan kommunerna och vårdlandskapen i förhållande till lönesummorna för den personal som överförs och den personal som stannar kvar i kommunerna. Som kommunernas arbetsinkomster räknas de hos Keva arbetspensionsförsäkrade arbetsinkomsterna för den personal som blir kvar hos kommunerna och samkommunerna samt i bolagen, föreningarna, stiftelserna och andelslagen.

Än så länge finns det inga exakta uppgifter om hur många anställda som överförs eller vad deras lönesummor uppgår till. En bedömning som baserar sig enbart på antalet överförda anställda leder till antagandet att cirka 55 procent av personalen flyttar till vårdlandskapen och cirka 45 procent blir kvar i kommunerna. Utgående från siffrorna för 2019 blir utjämningsavgiften 706 miljoner euro, det vill säga cirka 3,95 procent av lönesumman. Vårdlandskapen betalar då 388 miljoner euro och kommunerna 318 miljoner euro i utjämningsavgift. Utifrån antagandena ovan, ändrade så att de närmar sig antagandena för ArPL-systemet, blir utjämningsavgiften 608 miljoner euro, det vill säga cirka 3,4 procent av lönesumman. Vårdlandskapen betalar då 334 miljoner euro och kommunerna 274 miljoner euro i utjämningsavgift.

4.2.1.7.3 Pensionernas konsekvenser för kommunernas ekonomi

För närvarande fördelas den pensionsutgiftsbaserade avgiften mycket ojämnt mellan kommunerna. Det beror på att den baserar sig på det pensionsskydd som har tjänats in före 2005. Eftersom kommunernas personalstyrka har förändrats på mycket olika sätt i olika kommuner, kan den pensionsutgiftsbaserade avgiften i vissa kommuner vara rentav mycket stor i jämförelse med den personal som nu arbetar vid kommunen och i jämförelse med invånarantalet. I andra kommuner är situationen den omvända.

Nu föreslås för det första att en ny utjämningsavgift ska fastställas i förhållande till kommunernas skattefinansiering. Detta leder till att fördelningen av den pensionsutgiftsbaserade avgiften, det vill säga den nya utjämningsavgiften, mellan kommunerna förändras. Särskilt de kommuner som har ett utflyttningsöverskott kommer att dra nytta av förändringen. När utjämningsavgiften

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

fördelas i förhållande till skattefinansieringen, kommer avgiftsbelastningen på kommunerna att följa de enskilda kommunernas ekonomiska bärkraft på ett rättvisare sätt än för närvarande.

För det andra föreslås det att en stor del av utjämningsavgiften ska betalas av de vårdlandskap som inrättas, det vill säga i praktiken av staten. Kommunernas andel av avgiften kommer att minska betydligt jämfört med nuläget, och i de flesta kommuner blir utjämningsavgiften i fortsättningen mindre än den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften. I 20 kommuner stiger utjämningsavgiften i jämförelse med den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften, beräknad utifrån de nuvarande beräkningsantagandena enligt vilka beloppet av utjämningsavgiften utgör 3,95 procent av lönesumman. I alla andra kommuner sjunker utjämningsavgiften. I endast 16 kommuner stiger utjämningsavgiften i jämförelse med den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften, beräknad utifrån beräkningsantaganden som ändrats så att de ligger närmare antagandena för ArPL-systemet och enligt vilka beloppet av utjämningsavgiften utgör 3,4 procent av lönesumman.

Det är svårt att bedöma propositionens exakta konsekvenser för de enskilda kommunernas ekonomi, eftersom kommunernas personalstrukturer är olika och antalet anställda som överförs från en enskild kommun därmed inte kan bedömas exakt. Dessutom kommer överföringen av kommunernas uppgifter till vårdlandskapen att beaktas i form av en motsvarande minskning av inkomsterna på riksnivå.

4.2.1.8 Informations- och kommunikationstekniska tjänster och lösningar (IKT-tjänster)

I dagsläget genomförs det en hel del utvecklings- och investeringsåtgärder i social- och hälsovårdens samt räddningsväsendets och den allmänna förvaltningens informationssystem och IKT, och verksamhetsmiljön förändras oavsett reformen. IKT-ärendenas nuläge, verksamhetsmiljön och den nationella allmänna målbilden samt reformens konsekvenser beskrivs mer omfattande och detaljerat i bakgrundspromemorian till propositionen (Bilaga 2).

4.2.1.8.1 Ansvar för informationshanteringen

Ordnandet av och produktionssätten i fråga om de informations- och kommunikationstekniska tjänster och lösningar som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet (nedan generellt kallade IKT-tjänster)¹⁸ påverkas i hög grad av hur den egentliga lagstadgade uppgiften har ordnats i kommunen och i samkommunen för sjukvårdsdistriktet. Det sätt på vilket de kommunala tjänsterna och de informationssystemtjänster som stöder dem ordnas och produceras för närvarande påverkar i väsentlig grad ansvar för informationshanteringen och antalet aktörer som ansvarar för informationshanteringen, vilket i sin tur påverkar de förändringsobjekt som bör beaktas i samband med reformen.

¹⁸ Med begreppet informations- och kommunikationstekniska tjänster och lösningar (kortformen IKT-tjänster) avses här bland annat den definition av informationssystem som ett helhetsarrangemang som består av databehandlingsutrustning, programvara och annan databehandling som ingår i lagen om informationshantering (906/2019). För begreppsmässig enhetlighet inrymmer begreppet också enligt en bred tolkning så kallade grundläggande systemtjänster (arbetsstationer, terminaler, informationssäkerhetstjänster, identitets- och åtkomsthanteringstjänster, maskinsals- och användartjänster samt datakommunikations- och nättjänster) och tillämpningstjänster (sektoroberoende och avsedda för en viss sektor eller uppgift).

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

I de föreslagna vårdlandskap där ansvaret för att ordna social- och hälsovård redan nu har centraliserats i hög grad är reformens konsekvenser för ansvarerna för informationshanteringen och för registeransvarerna i typiska fall mindre än i de vårdlandskap där ordnandet av primärvård och socialservice har spjälkats upp enligt kommunvisa lösningsmodeller. I de områden där produktionen av social- och hälsovård till stor del har sammanförts som en uppgift för landskapets samkommun (Norra Karelen, Södra Karelen, Kajanaland, Mellersta Österbotten, Päijänne-Tavastland och Södra Savolax) är det med tanke på ansvarerna för informationshanteringen och förfarandena för behandling av uppgifter enklare att genomföra reformen än i de vårdlandskap där i huvudsak endast den specialiserade sjukvården och räddningsväsendet ordnas i vårdlandskap och vårdlandskapssammanslutningar (Lapland, Egentliga Finland, Mellersta Finland, Nyland, Norra Österbotten och Birkaland).

Beträffande informationshanteringen inom räddningsväsendet gäller det också att beakta att största delen av det avtalsbaserade samarbetet ordnas så att den administreras av en utvald värdkommun (vanligtvis kommunens separata balansenheter eller affärsverk), varvid det förutom ansvarerna för hanteringen av uppgifterna också gäller att bedöma reformens konsekvenser med tanke på behandlingsåtgärderna avseende de uppgifter som överförs från värdkommunen. För Päijänne-Tavastlands och Laplands räddningsverk bör motsvarande bedömning göras i fråga om den samkommun som ansvarar för ordnandet.

Den överblick som presenterats ovan kommer att kompletteras och preciseras senast före utgången av 2020 genom de beskrivningsskyldigheter som gäller kommunernas och samkommunernas informationshantering, eftersom det i lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019, informationshanteringslagen) föreskrivs om deras skyldighet att upprätthålla en informationshanteringsmodell som definierar och beskriver informationshanteringen i deras verksamhetsmiljö.

4.2.1.8.2 Sektoroberoende IKT-funktioner

Övergången till den nya vårdlandskapsstrukturen måste genomföras också delvis i fråga om så kallade sektoroberoende IKT-system. Med sektoroberoende system avses till exempel system för ekonomi- och personalförvaltning, förvaltningssystem (till exempel system för organens beslutsfattande), system för informations- och ärendeförvaltning, lösningar för kommunikation och kontakt samt IKT-infrastrukturärenden (till exempel datanät, hantering av behörigheter, arbetsstationer). Beträffande sektoroberoende system genomförs reformen regionalt sannolikt med nyttjande av systemen och ledarskapsmodellerna för informationsförvaltning hos den största organisation som överför funktioner. Dessa aktörer kommer att utgöras av i synnerhet sjukvårdsdistrikten och landskapsomfattande samkommuner eller till vissa delar även landskapens centrumstäder. En stor del av de sektoroberoende informationssystemlösningarna gäller framför allt uppgifter inom ekonomi- och personalförvaltning, till exempel tjänster inom personal- och löneadministration, bokförings- och rapporteringstjänster, försäljningsfakturerings- och försäljningsreskontratjänster, tjänster som rör inköpsfakturer och inköpsreskontra, betalningsrörelse och resetjänster. Det finns ingen samlad information om omfattningen av ändringen av sektoroberoende system och IKT-uppgifter i samband med reformen.

I jämförelse med förslaget under den föregående valperioden är ändringen dock mer begränsad, eftersom antalet organisationer som överför uppgifter och därmed även antalet sektoroberoende IKT-lösningar som överförs är mer begränsat. Vid den beredning som då gjordes var bedömningen att exempelvis i Norra Österbotten skulle det från kommunerna, samkommunerna och statens organisationer ha överförts 900 informationssystem, cirka 1 000 IKT-avtal och cirka 140

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

informationsförvaltnings- och IKT-expert till vårdlandskapen. Som en betydande risk identifierades framför allt huruvida det fanns tillräckligt med personal för IKT-uppgifter i både vårdlandskapen och kommunerna. Av kommunaktörerna skulle bara en begränsad grupp IKT-personal ha överförts till vårdlandskapen, varvid det skulle ha varit en utmaning att trygga systemens och funktionernas kontinuitet.

I fråga om organiseringen av sektoroberoende uppgifter föreslås det inte i samband med reformen någon riksomfattande reglering om en enhetlig politik, organiserande eller riksomfattande servicecenter. Det kan antas att detta ökar antalet vårdlandskapsspecifika lösningar. Vårdlandskapens och kommunernas samarbete för att genomföra gemensamma och kompatibla lösningar bör stödjas. Som en risk med genomförandet kan å andra sidan identifieras ringa resurser i de områden där befolkningsunderlaget och den ekonomiska bärkraften är njuuga. Vad gäller sektoroberoende IKT-tjänster gäller det att vid beredningen av reformen bland annat fastställa det blivande vårdlandskapets ansvar för informationshanteringen och organisera ordnandet av IKT-tjänster, planera informationshanteringspraxis med hänsyn till dataskydd och datasäkerhet samt kartlägga eventuella överlappande informationssystem, låta bygga den IKT-infrastruktur som vårdlandskapet behöver samt identifiera vårdlandskapets framtida utvecklingsobjekt.

Enligt 5 § 3 mom. i informationshanteringslagen ska de myndigheter som är kommunernas och statens informationshanteringsenheter bedöma vilka konsekvenser de administrativa reformer som de planerar eller de informationssystem som tas i bruk har i förhållande till ansvaren för informationshanteringen, informationssäkerhetskraven och informationssäkerhetsåtgärderna, kraven på skapande och sättet för utlämnande av informationsmaterial, kraven på ärendehantering och informationshantering i samband med tjänsteproduktion och handlingsoffentlighet, sekretessbeläggning, skyddande av information samt informationsrättigheter. Om ändringen i enlighet med det som anförts ovan riktas till cirka 250 informationshanteringsenheter, kommer kraven i informationshanteringslagen att bilda en betydande planeringshelhet, i fråga om vilken den mängd resurser som behövs för genomförandet i väsentlig grad påverkas av huruvida det bildas eller inte bildas gemensamma nationella och regionala stödfunktioner för planeringen.

4.2.1.8.3 Ändringar som gäller kommunerna

År 2017 uppgick kommunernas och samkommunernas sammanlagda utgifter för informations- och kommunikationsteknik till cirka 997 miljoner euro¹⁹. Uppskattningarna om kommunernas och samkommunernas kostnader för informationsteknik inom social- och hälsovården varierar från 480²⁰ miljoner euro till 599²¹ miljoner euro. Det kan således konstateras att social- och hälsovårdens IKT-kostnader står för mer än hälften av kommunernas IKT-kostnader.

Reformen har ekonomiska konsekvenser för informationsförvaltningen och ordnandet av IKT-tjänster hos de myndigheter från vilka uppgifterna överförs. I små kommuner är den egna informationsförvaltningen redan för närvarande liten, och efter det att verksamhet överförs till vårdlandskapen kommer de nuvarande volymerna och resursbehoven att minska ytterligare. Större kommuner har däremot koncentrerat sin informationsförvaltning och ordnandet av IKT-tjänster för hela kommunen, och för deras del ligger utmaningen i att separera den IKT som

¹⁹ Siffran inrymmer inte kommunalt ägda affärsverks och bolags IKT-utgifter.

²⁰ https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Tietotekniikkakartoitus2018_loppuraportti.pdf (på finska med ett sammandrag på svenska)

²¹ https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sote%20ICT%20kustannuslaskentara-portti_300816.pdf (på finska)

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

stöder uppgifter som överförs till vårdlandskapen från de verksamheter som blir kvar i kommunen. De stödtjänstenheter som blir kvar i kommunerna kan i vissa fall bli onödiga eller alltför dyra, om vårdlandskapet självt producerar dessa tjänster och efterfrågan därför minskar under lönsamhetsgränsen. I samband med reformen bör det därför säkerställas att de produktivitetsfördelar och synergieffekter som nåtts genom organiseringar enligt de nuvarande strukturerna inte går förlorade när de stigande kostnadsnivåerna dämpas.

Den arbetsinsats som behövs för den planering som krävs för bildandet av de vårdlandskap som föreslås i samband med reformen består i huvudsak av kommunernas och de kommunalt ägda IKT-produktionsbolagens resurser, vars användbarhet för beredningen bör säkerställas till exempel genom att de kommuner som överlåter resurser kompenseras för förlorad arbetsinsats. Eftersom de resurser som behövs för att genomföra förändringen inte ökar medan förändringen pågår, kommer följden sannolikt att bli något slags ineffektivitet i kommunernas verksamhet och i utvecklingen av verksamheten. Detta bör före och även efter ikraftträdandet av reformen beaktas i fråga om de nya uppgifter och ålägganden som tilldelas kommunerna samt i fråga om andra statliga åtgärder som medför resursbehov för kommunerna.

Reformen medför ändringskostnader för kommunerna bland annat på grund av omplanering av informationshanteringen och produktionen av IKT-tjänster och på grund av höjda volym- och licenskostnader. Det bör beaktas att även om verksamhetsvolymerna sjunker betydligt när organiseringsansvaret övergår till vårdlandskapen, kommer inte till exempel antalet nätlösningar eller den IKT-personal som behövs i kommunerna att skalas i motsvarighet till de verksamheter som blir kvar i kommunen. Ändringskostnader uppkommer också, om samkommunernas och kommunernas nuvarande gemensamma in house-arrangemang och övriga arrangemang avvecklas. Reformen påverkar således även verksamheten och arrangemangen för sådana dottersammanslutningar som hör till kommunernas koncerner och som producerar IKT-tjänster. Efter förändringen bör till exempel kommunernas ekonomi- och personalförvaltningstjänster och informationssystemens kapacitet anpassas till behoven inom den förvaltning som blir kvar i kommunen. För kommunerna innebär reformen också förändringar i ekonomi- och personalförvaltningens koduppsättningar, bokföringssätt, interna redovisning och styrning. Samtidigt gäller det att tilldela resurser för att utbilda personalen i att använda allt det nya.

4.2.1.8.4 Vårdlandskapens informationshantering och IKT-tjänster

I samband med IKT-beredningen för de föreslagna vårdlandskapen gäller det att förutom ordnandet av vårdlandskapets egen verksamhet också beakta de övriga uppgifter och processer som definierar dess verksamhetsmiljö samt de informationssystem och informationslager som nyttjas i samband med dessa. Det utbyte av information över organisationsgränserna och de personuppgiftsansvarigas gränser som hänför sig till social- och hälsovårdens samt räddningstväsandets uppgifter och som kommunen för närvarande ansvarar för måste säkerställas även i de nya strukturerna. I synnerhet de processer som säkerställer andra myndigheters rätt att få information och tillgodoseendet av offentlighetsprincipen bör planeras och genomföras i god tid innan vårdlandskapets verksamhet inleds.

För att de föreslagna vårdlandskapen ska kunna bildas behöver det byggas nya integrationer eller behöver de nuvarande integrationerna ändras i de befintliga nationella informationssystemtjänsterna. En del av de nationella tjänsterna kommer enligt bestämmelserna att vara obligatoriska för vårdlandskapen, vilket gör att ibrukttagandet av dem medan förändringen pågår kommer att medföra obligatoriska kostnader. Vårdlandskapen ska bland annat ansluta sig till Kantatjänsterna och som användare av de nationella säkerhetsnätjänster som avses i lagen om verk-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

samheten i den offentliga förvaltningens säkerhetsnät (10/2015, TUVE-lagen) och av de stöd-tjänster som avses i lagen om förvaltningens gemensamma stöd-tjänster för e-tjänster (571/2016). Anslutningen till de nationella tjänsterna medför kostnader för vårdlandskapet, men också för den som tillhandahåller tjänsterna.

Ur vårdlandskapens perspektiv kan det för ordnandet av IKT-tjänster vara en risk att det inte finns någon gemensam nationella målbild, att olika evenemang och innehåll för styrning inte samordnas mellan ministerierna, att det inte finns någon klar styrning eller att styrningen riktas fel till exempel till sådant som är av ringa betydelse för vårdlandskapsorganisationerna. En risk är också att det uppstår samordningsproblem som gäller styrningen av IKT-verksamheten och informationshanteringen i förhållande till styrningsprocessen för vårdlandskapets verksamhet och ekonomi, samt styrningens eventuella bromsande effekt visavi verksamhetens förändringsförmåga.

Digitaliseringen och informationshanteringen inom social- och hälsovården föder en hel del utvecklingsbehov som inte direkt följer av reformen men som trots allt i väsentlig grad påverkar landskapens verksamhet och finansiering. Dessa utvecklingsbehov bör beaktas redan när reformen bereds. Utvecklingsbehoven hänför sig framför allt till den förnyelse av klient- och patientdatasystemen som just nu framskrider i hela landet. Systemen förnyas inom ramen för flera olika projekt. Av de regionala projekten är Apotti det nya gemensamma klient- och patientdatasystemet för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Helsingfors, Vanda, Kyrklätt, Tusby, Kervo och Grankulla. Systemet tas i bruk som bäst och det ersätter merparten av de befintliga datasystemen. Under ledning av Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt har ett nytt klient- och patientdatasystem konkurrensutsatts. I konkurrensutställningen deltar också Södra Savolax, Norra Karelen och Vasa sjukvårdsdistrikt och kommunerna inom deras områden. Ungefär 62 procent av befolkningen står utanför de två ovannämnda projekten. Merparten av kommunerna och sjukvårdsdistrikten inom dessa områden är med i bolaget UNA, som tar fram lösningar för behandling av klient- och patientuppgifter.

En hel del av de förväntade fördelarna med Kanta-tjänsterna har ännu inte realiserats och de utvecklas fortfarande. Det är särskilt viktigt att förbättra uppgifternas användbarhet ur perspektivet för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. För detta förutsätts det förutom utveckling av Kanta-tjänsterna också utveckling av i synnerhet klient- och patientdatasystemens användargränssnitt. Det är viktigt att notera att Kanta-tjänsterna som helhet och revideringen av klient- och patientdatasystemen är nära förknippade med varandra. Den riksomfattande styrningen av klient- och patientdatasystemens funktioner, informationsstrukturer och informationssäkerhet baserar sig på samma lagstiftning som den som gäller för Kanta-tjänsterna. Interoperabiliteten säkerställs i hög grad via de förfaranden som hänför sig till anslutningen till Kanta-tjänsterna.

Förväntningarna på lösningarna för att uträtta ärenden och för egenvård är höga. Den snabba spridningen av Omaolo och Hälsobyn och det goda mottagande som de fått bland både kunder och yrkesutbildade visar att det finns efterfrågan på tjänsterna. Det kan därför antas att det kommer att hända mycket på det här området inom den närmaste framtiden. Digitala tjänster möjliggör nya verksamhetsmodeller, och de kan utvecklas och tas i bruk på ett smidigt sätt i jämförelse med till exempel stora upphandlingar av klient- och patientdatasystem.

Utveckling av regional informationsledning är en av de mest kritiska frågorna när det gäller att nå målen för vårdreformen. Ledning som baserar sig på högklassig och uppdaterad information gör det möjligt att rikta resurserna på ett så verkningsfullt sätt som möjligt. Det viktiga är att ha

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

rätt uppfattning om ekonomin, anlita tjänster, kvaliteten, kundupplevelsen och genomslagskraften. För att dessa mål för ledning genom information ska nås behövs det långsiktigt arbete som sträcker sig över flera år. Det viktiga är att enhetlig kunskap och information säkerställs genom nationella definitioner.

Uppföljning och utvärdering av vårdlandskapen förutsätter också att de riksomfattande myndigheternas informationsproduktion förnyas. Här är det också viktigt att notera de övervakande myndigheternas informationsbehov. Finland har en högt utvecklad statistik- och registerverksamhet, men det finns ingen heltäckande information att tillgå om alla tjänster (i synnerhet socialvård, prehospitalet akutsjukvård), och informationens aktualitet inrymmer utmaningar. Dessutom behövs det en bättre uppfattning än för närvarande om bland annat tjänsternas kvalitet och genomslag.

Programmet Framtidens social- och hälsocentral som statsminister Sanna Marins regering startat och den föreslagna koncentreringen av uppgiften att ordna social- och hälsovård bildar en funktionell utgångspunkt för IKT-utvecklingen. Digitaliseringen och utvecklingen av informationshanteringen inom social- och hälsovården bör stötta och främja målen med programmet för framtidens social- och hälsocentral samt målen med organiseringsuppgiften. De statsunderstöd som beviljas för att utveckla och förenhetliga de informations- och kommunikationstekniska lösningarna har bundits till främjande av dessa två utgångspunkter för verksamheten. Statsunderstöd kan beviljas för bland annat utveckling av informationsledning, utveckling av digitala tjänster för invånarna, förenhetligande av regionala verksamhetsmodeller, ibruktagande av riksomfattande verksamhetsmodeller och definitioner i regionerna, förberedelse av konsolideringar och upphandling av informationssystem samt för beredskaps- och säkerhetsrelaterade utvecklingsprojekt. Dessutom bör utvecklingen vara förenlig med principerna och målen för den övergripande riksomfattande arkitekturen för social- och hälsovård. Ändringskostnaderna för informationshanterings- och IKT-lösningarna beskrivs under rubrik 4.2.1.12.

4.2.1.9 Kostnader för landskapsval och landskapsinitiativ

Landskapsvalet kommer att medföra kostnader för kommunerna, landskapen och staten. Bestämmelser om hur valkostnaderna fördelas mellan olika valmyndigheter finns i 188 § i vallagen. Enligt paragrafen svarar varje kommun för alla kostnader för sina egna valmyndigheter, som är centralvalnämnden, valnämnderna, valbestyrelserna och valförrättarna. Det här är naturligt vid kommunval, där varje kommun väljer sin egen fullmäktigeförsamling. Eftersom de organ som väljs genom övriga val, som är riksdagsval, presidentval och europaparlamentsval, inte direkt hänför sig till kommunens egen verksamhet har det ansetts vara skäligt att staten i efterhand betalar kommunerna ersättning för valkostnaderna. Ersättningen (den så kallade kommunersättningen) betalas separat vid varje val och baserar sig på antalet röstberättigade som är bosatta i kommunen. Enligt förslaget ska kommunersättning inte betalas vid regelrätta landskapsval, eftersom landskapsvalet enligt förslaget alltid ska förrättas samtidigt som kommunalvalet och det därför inte kan anses att förrättandet av landskapsval medföra betydande merkostnader för kommunerna.

Landskapsvalnämndens verksamhet kommer att medföra kostnader till ett belopp av cirka 60 000 euro för varje landskap under valåren (vart fjärde år). I valnämndens verksamhet ingår myndighetsuppgifter i samband med kandidatuppställningen samt fastställande av valresultatet. Det föreslås dessutom att 188 § i vallagen kompletteras med ett omnämnande av att vid landskaps- och kommunalval som förrättas samtidigt ska landskapet betala kommunerna ersättning för de kostnader som enbart landskapsvalet medför för kommunerna. Sådana kostnader kan närmast vara kostnader för att räkna röstsedlarna vid landskapsvalet. Kostnaderna torde dock

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

knappast bli betydande och uppkomsten av dem beror delvis på hur varje kommun ordnar röst-räkningen. Landskapet ska enligt förslaget betala ersättning för eventuella kostnader i enlighet med den faktura som kommunen lägger fram.

För justitieministeriet kommer landskapsvalet att medföra kostnader enligt följande: 1) en engångskostnad på cirka 70 000 euro för sådana ändringar i valdatasystemet som hänför sig till landskapsvalet, 2) merkostnader på cirka 2 000 000 euro för landskaps- och kommunalval som förrättas samtidigt (vart fjärde år) (1 000 000 euro i informationssystemskostnader och 1 000 000 euro i material- och distributionskostnader samt övriga kostnader) i jämförelse med kostnaderna för enbart kommunalval och 3) cirka 17 400 000 euro (inklusive ersättning till kommunerna enligt 188 § i vallagen) för separat förrättande av det första landskapsvalet.

Eftersom det första landskapsvalet kommer att förrättas separat som ett eget val, har valet ur kommunernas perspektiv i praktiken en likadan kostnadsstruktur som till exempel riksdagsvalet, eftersom inte heller vårdlandskapsfullmäktige har någon direkt anknytning till kommunernas egen verksamhet. Det föreslås därför att en engångsersättning enligt 188 § i vallagen undantagsvis betalas till kommunerna i samband med det första landskapsvalet. I samband med riksdagsvalet 2019 fastställde justitieministeriet ersättningsbeloppet till 2,2 euro per varje röstberättigad person bosatt i kommunen, dock minst 2 400 euro per kommun. Totalersättningen kommer således att uppgå till cirka 9,4 miljoner euro. Kommunersättningen vid det första landskapsvalet kommer dock att vara något större än ersättningen vid riksdagsval, eftersom kommunerna kommer att ansvara också för landskapsvalets rösträkning, som sköts av valkrets nämnderna vid statliga val. Justitieministeriet kommer att betala Helsingfors stad, där det inte förrättas något landskapsval, ersättning för stadens utgifter för att vid det första landskapsvalet ordna möjligheter att förhandsrösta för andra kommuners röstberättigade som är bosatta inom stadens område.

När justitieministeriets sedvanliga kostnader för bland annat valmaterial och valdatasystemet läggs till kommunersättningen, blir statens totalkostnader för det första landskapsvalet som förrättas separat uppskattningsvis cirka 17 400 000 euro. Det här är ungefär samma kostnad som vid statliga val. Eftersom det första landskapsvalet kommer att förrättas i januari 2022, kommer anslagsbehovet att fördelas så att det för 2021 bör reserveras ungefär 4 000 000 euro och för 2022 ungefär 13 400 000 euro.

Behandlingen av redovisningen av valfinansieringen vid landskapsval kommer att medföra smärre merkostnader för statens revisionsverk.

För justitieministeriet medför upprättandet av ett datasystem som stöder möjligheterna för invånare i landskapet att lägga fram initiativ (systemet för landskapsinitiativ) en engångskostnad på cirka 250 000 euro samt årliga underhållskostnader på cirka 50 000 euro för justitieministeriet.

4.2.1.10 Konsekvenser för hushållen

Förslagets konsekvenser för hushållen realiserar framför allt via de skattemässiga konsekvenser som beskrivs under rubrik 4.2.1.6.

4.2.1.11 Konsekvenser för företagen

Konsekvenserna för företagen beskrivs närmare under rubrik 4.2.7.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.1.12 Ändringskostnader

Reformen och lagstiftningen om den medför ändringskostnader. När ändringskostnaderna bedöms är det viktigt att särskilja ändringskostnader av engångsnatur och tillfälliga ändringskostnader samt bestående ändringskostnader som upprepas årligen. Som ändringskostnader bör räknas sådana kostnader som förorsakas av vårdreformen och/eller lagstiftningen om den. En del av ändringskostnaderna är också sådana som kan antas generera kostnadsnytta i framtiden i form av ökad produktivitet, till exempel ändringskostnaderna inom landskapens förvaltning.

Ändringskostnader uppkommer också för kommunerna när verksamheten läggs om efter att uppgifterna har överförts. Ändringskostnader för kommunerna uppkommer till exempel av att IKT- och stödtjänsterna läggs om; avtals- och finansieringskostnaderna kan höjas av volymförändringar till följd av att verksamheten överförs. I och med reformen gäller det att förbereda sig på ändringskostnader för statliga myndigheter, såsom Befolkningsregistercentralen, Statistikcentralen och de ministerier som styr verksamheten. Även ordnandet landskapsval kommer att medföra kostnader.

Största delen av ändringskostnaderna inriktas dock på vårdlandskapens verksamhet och finansiering. Det uppkommer kostnader för de nya vårdlandskapen både före och efter ikraftträdandet av reformen. Innan reformen träder i kraft 2021 och 2022 uppkommer det kostnader för vårdlandskapen för landskapets förvaltningsstrukturer och beredningen av förvaltningen (såsom landskapets strategi-, ekonomi- och personalplaner samt avtalshandlingar). Även inledandet av politiskt beslutsfattande är förenat med kostnader (till exempel fullmäktige, styrelse och nämnder). Under den föregående valperioden beviljades sammanlagt cirka 250 miljoner euro för inledande och organisering av landskapens verksamhet. Före reformen medför även IKT-systemen samt den förändrade informationshanteringen och informationsförvaltningsverksamheten kostnader (till exempel klient- och datasystemen).

Efter att reformen trätt i kraft kommer genomgången av avtalen att medföra kostnader av engångsnatur för vårdlandskapen. I en del av avtalen om köpta tjänster gäller det att göra ersättningshandlingar eller så bör tjänsterna återställas som egen verksamhet, vilket kan leda till att det till följd av hävande av avtalet i förtid måste betalas tilläggsersättningar för aktörens investeringar. Ändringskostnader för vårdlandskapen uppkommer också av vissa kostnader i anknytning till politiskt beslutsfattande, eftersom de kostnader som ingår i kommunernas högsta politiska beslutssystem (så kallade demokratikostnader) inte ingår i de kostnader som överförs, vilket innebär att de inte finns med i landskapens kostnadsbas. Å andra sidan finns kostnaderna för social- och hälsovårdens och räddningsväsendets förvaltning med i de kostnader som överförs, vilket innebär att de överförs till vårdlandskapens kostnadsbas.

Vårdlandskapens administrativa kostnader under det inledande skedet har bedömts i de provbudgetar för landskapen som bereddes under den föregående valperioden våren 2019. Utifrån beredningsmaterialet från den föregående valperioden uppgår de ovannämnda administrativa ändringskostnaderna, utan IKT-kostnader, enligt en grov uppskattning till cirka 100 miljoner euro. I dagsläget är uppskattningen dock i betydande grad osäker, eftersom den föregående valperiodens reform avvek från den reform som nu föreslås. En uppskattning av exempelvis avtalskostnaderna skulle kräva en detaljerad genomgång av alla avtal som överförs från kommunerna till landskapen och förhandlingar med tjänsteproducenterna.

I samband med reformen uppkommer även andra slags ekonomiska risker för vårdlandskapen på grund av de åtgärder som kommunerna genomfört före reformen. Ändringskostnader upp-

kommer av eventuella överlappningar mellan avtalen om egentlig tjänsteproduktion och produktion av stödtjänster och av möjligheten att utnyttja avtalen för landskapets behov. Exempelvis långvariga avtal om utläggning kan försämra landskapets förmåga att optimera servicestrukturen, vilket ger upphov till kostnader för vårdlandskapen. Till denna del beskrivs konsekvenserna utförligare under rubrik 4.2.7.

Med tanke på utvecklingen av ett fast servicenät kan det också uppkomma tillfälliga ändringskostnader för vårdlandskapen på grund av skyldigheten att hyra lokaler av kommunerna under en övergångsperiod, om landskapet inte har användning för lokalerna i fråga. Jämförbar hyresprissättning, i synnerhet när det gäller kravet på avkastning av kapitalet och i fråga om mark, kan öka landskapens kostnader permanent. För närvarande beaktas de inte nödvändigtvis i kommunernas interna prissättning, och den lokalkostnadsinformation som överförs från kommunerna indikerar därför inte helt landskapens framtida fastighetskostnadsnivå.

Det uppskattas att lokalkostnaderna för de fastigheter som social- och hälsovården använder kommer att höjas från den nuvarande nivån till följd av sjukhusinvesteringar. Det här är dock inte fråga om någon ändringskostnad, utan om en investeringskostnad, som kommer att möjliggöra utveckling av verksamheten och främja uppkomsten av kostnadsbesparingar. Informationsbasen för de lokalkostnader som överförs från kommunerna till vårdlandskapen bör därför fås att i så hög grad som möjligt motsvara den kostnadsnivå som lokalerna medför för vårdlandskapen.

I anställning hos vårdlandskapen övergår cirka 173 000 personer i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse. Efter reformen kommer det att vara varje vårdlandskaps uppgift att fastställa personal- och lönepolitiken inom de ramar som lagstiftningen samt arbets- och tjänstekollektivavtalen anger. Personalkostnaderna kommer att påverkas av förändringar i antalet anställda och lönerna. Förändringarna i antalet anställda är svåra att förutse.

Harmoniseringen av lönerna för den personal som överförs från kommunerna till vårdlandskapen kommer att medföra ett bestående kostnadstillägg i vårdlandskapens kostnadsbas. Ändringskostnaderna för löneharmoniseringen beräknas uppgå till cirka 60 miljoner euro, om lönerna harmoniseras till medianen, och till cirka 560 miljoner euro, om lönerna harmoniseras till decil 9. Uppskattningen är preliminär och innehåller en hel del osäkerhet. För uppskattningen har använts Kommunala arbetsmarknadsverkets bedömningar enligt den föregående valperioden, uppdaterade för att motsvara den mindre mängd personal som överförs utgående från den nuvarande beredningen. Personalstyrkan är ungefär 20 procent mindre, eftersom särlösningen för Nyland innebär att hela social- och hälsovårdspersonalen vid Helsingfors stad och samkommunen HUS blir kvar i anställning hos sina gamla arbetsgivare.

När ändringskostnaderna för löneharmoniseringen bedöms gäller det att beakta att kostnadseffekten bestäms slutligt enligt vilket lönesystem landskapet tar i bruk, hur personalen placeras i det nya systemet, hur de uppgiftsspecifika lönenivåerna fastställs och enligt vilken tidsplan anställningsvillkoren och lönen harmoniseras samt beroende på möjligheten att i samband med överenskommelse om lönesystemet komma överens om tidtabellen för verkställigheten av det. Enligt tidigare erfarenheter harmoniseras lönerna inte genast, utan det tar flera (3–5) år. På medellång sikt styrs lönenivån som ett resultat av efterfrågan på arbetskraft, utbudet och arbetsmarknadsförhandlingarna. Det kan också antas att en del av de förhöjningar som det överenskommit om vid arbetsmarknadsförhandlingarna kommer att användas för att harmonisera lönerna.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

De kostnader för räddningsväsendet som ingår i uppskattningen av löneharmoniseringskostnaderna uppkommer i Norra Savolax och Norra Österbottens vårdlandskap medan strukturerna i de övriga områdena i regel kvarstår oförändrade. Enskilda kommuners vårdlandskapsbyten har marginella konsekvenser.

IKT-kostnaderna utgör en av reformens största ändringskostnadsposter. IKT-ändringskostnaderna för den reform som föreslogs under den föregående valperioden skulle ha uppgått till uppskattningsvis cirka 550–650 miljoner euro. Här ingår IKT-ändringskostnaderna för landskapens förberedelser, överföringen av organiseringsansvaret, kommunernas ändringskostnader samt kostnaderna för statliga myndigheter. Kostnader uppkommer under den förberedande beredningen av reformen, under den temporära förvaltningen och efter överföringen av organiseringsansvaret under de första åren av landskapens verksamhet. I fråga om landskapens förberedelser baserar sig den uppskattning som beskrivs ovan på de uppskattningar av beredningskostnaderna som gjordes av landskapens förberedande organisationer under den föregående valperioder och på bedömningar enligt en riskgranskning av ekonomin. Det finns inga gamla uppskattningar om kommunernas IKT-ändringskostnader, men de uppskattas uppgå till cirka 50 miljoner euro.

De ändringskostnader som identifierades vid beredningen under den föregående valperioden kan inte direkt jämföras med ändringskostnaderna för den reform som nu bereds. Det är dock sannolikt att ändringskostnaderna kommer att vara av samma storleksklass.

Som ett led i beredningen av reformen under den föregående valperioden organiserades ett separat Reformprogram för digitalisering, som finansierade IKT-reformen för den regionala beredningen utifrån regionala ansökningar om statsunderstöd. I samband med ansökningarna gjorde de regionala beredningsorganisationerna uppskattningar om IKT-reformens beredningskostnader före överföringen av organiseringsansvaret. Ett sammandrag av uppskattningarna finns i bilaga 2. För perioden 2017–2019 var den övergripande bedömningen av kostnaderna sammanlagt cirka 350 miljoner euro. Summan kan ses som approximativ, eftersom den är förknippad med några reservationer. En del regioners uppskattningar var bristfälliga. Den föreslagna reformen skiljer sig också från den föregående bland annat i fråga om särlösningen för Nyland, valfrihetsmodellen för social- och hälsovården samt IKT-servicecentren.

IKT-ändringsutgifterna under de första åren för de landskap som föreslogs under den föregående valperioden uppskattades i landskapens provbudgetar våren 2019. Enligt dessa skulle behovet av finansiering i form av allmänna medel för IKT-förändringar ha uppgått till cirka 190 miljoner euro. Även denna kalkyl är endast approximativ i dagsläget, eftersom en hel del uppskattningar saknades i utgångsuppgifterna för landskapen i provbudgetskedet. Eventuellt kan också avsaknaden av en IKT-servicecenterlösning påverka de nuvarande kalkylerna.

IKT-kostnaderna med anledning av att räddningsväsendet överförs till att omfattas av vårdlandskapens ansvar ingår i både de uppskattningar från beredningsskedet och de uppskattningar av landskapens IKT-utgifter under de första åren som nämns ovan. I nuläget av beredningen är det svårt att uppskatta storleksklassen för de IKT-kostnader inom räddningsväsendet som inrättandet av landskapen kräver. Utgiftsstrukturen påverkas i hög grad av landskapens olika utgångslägen, såsom omfattningen av koncentrationen av tjänsterna. Räddningsväsendets andel av IKT-kostnaderna kommer att vara av en storleksklass på uppskattningsvis 23 miljoner euro. En mer exakt uppskattning kan fastställas när målbilden för verksamheten klarnat.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

De övriga konsekvenserna i anknytning till informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna har bedömts under rubrik 4.2.1.8. Dessa konsekvenser liksom även ändringskostnaderna med anledning av IKT-tjänsterna beskrivs närmare i konsekvensbedömningens bakgrundspromemoria (Bilaga 2).

I den föreslagna finansieringsmodellen för vårdlandskapen kommer de bestående ändringskostnaderna att beaktas automatiskt i landskapens finansiering i och med den justering i efterhand som görs utifrån de faktiska kostnaderna, men med en fördröjning på två år. Justeringen kommer att göras på riksnivå, inte landskapsvis. I enlighet med förslaget får vårdlandskapen finansiering till fullt belopp (ingen förhandsbegränsning till volymen) under de två första åren för ikraftträdandet av reformen (2023 och 2024). Dessutom är graderingen av övergångsutjämnningen enligt den kalkylerade finansieringsmodellen för enskilda vårdlandskap mycket flack under de första åren (2023: +/- 0 euro/invånare, 2024: +/- 10 euro/invånare, 2025: +/- 30 euro/invånare etc.), vilket för sin del kan bidra till att minska behovet av att kompensera för ändringskostnaderna. Produktiviteten för landskapens verksamhet förväntas inte förbättras omedelbart under de första åren, och därför är det också till denna del motiverat med en gradering under de första åren. Graderingen och den tills vidare bestående utjämnningen beräknas i en tvärsnittssituation, vilket innebär att de landskapsvisa ändringskostnaderna under de första åren inte beaktas.

Kostnadskalkylerna ovan inrymmer betydande osäkerhetsfaktorer. Kalkylerna baserar sig i hög grad på beredningen under den föregående valperioden och de har inte beaktat skillnaderna i jämförelse med innehållet i den nuvarande reformen (till exempel den mindre volymen av uppgifter som överförs, skillnaderna i områdesindelningen och särlösningen för Nyland). Inte heller de förberedelser som redan gjorts i områdena har kunnat beaktas. Med hänsyn till de ovan nämnda faktorerna kan kostnadskalkylerna vara lägre än under den föregående valperioden.

Bedömningen av ändringskostnaderna fortsätter när beredningsarbetet framskrider. Behovet att kompensera för ändringskostnaderna bedöms våren 2022 i samband med planen för de offentliga finanserna.

Tabell Y. Sammandrag av de uppskattade ändringskostnaderna

Ändringskostnader 2021 och 2022: inrättande av vårdlandskap och verksamhet innan organiseringsuppgifterna överförs	Kostnadskalkyl (mn euro)
<u>Administrativa beredningsstrukturer</u> - Inledande av vårdlandskapets verksamhet och organisering av verksamheten (ledning, personalförvaltning, ekonomiförvaltning, allmän förvaltning, organisationer för olika tjänster) - Avtalshantering (Genomgång av avtal som överförs från kommunerna samt eventuella ändringar och hävanden av avtalen för	Uppskattningsvis cirka 200 mn euro, som baserar sig på den

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

att optimera landskapets servicenät och produktionskedjor)	finansiering för förberedelser som landskapsförbunden beviljades under den föregående valperioden.
<u>Politiskt beslutsfattande</u> (Fullmäktige, styrelse och nämnder, beslutsfattande i samband med att landskapets verksamhet inleds (bl.a. budget))	
<u>IKT-systemen samt den förändrade informationsförvaltningsverksamheten</u> (Ekonomiförvaltning, personalförvaltning, beslutsfattande, register, klient- och patientdatasystem)	Uppskattningsvis cirka 350 mn euro, som baserar sig på ansökningarna om statsunderstöd i anslutning till Reformprogrammet för digitalisering under den föregående valperioden. Uppskattningen är approximativ och baserar sig på social- och hälsovårdslösningen från den föregående valperioden. Uppskattningen preciseras när beredningen framskrider.
Sammanlagt	550 mn euro
Ändringskostnader från och med 2023: överföring av social- och hälsovårdens och räddningsväsendets uppgifter till vårdlandskapen	Kostnadskalkyl (mn euro)
<i>Ändringskostnader för vårdlandskapen:</i>	
<u>Administrativa ändringskostnader</u> - Avtal (Utveckling av servicenätet/det nya laginnehåll i lagen om ordnande av social- och hälsovård som gäller tjänsteupphandling och inhyrning av personal samt övriga avtal om material och tjänsteproduktion som stöder tjänsteproduktionen (bl.a. stödtjänster) - Förvaltning/politiskt beslutsfattande	Uppskattningsvis cirka 100 mn euro, som baserar sig på landskapens provbudget i samband med beredningen under den föregående valperioden. Uppskattningen preciseras när beredningen framskrider.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

(Bl.a. fullmäktige, styrelse, revision)	
<u>IKT-system</u> (Arbetet för att göra systemen enhetliga)	Uppskattningsvis cirka 190 mn euro, som baserar sig på landskapens provbudget i samband med beredningen under den föregående valperioden. Uppskattningen preciseras när beredningen framskrider.
<u>Harmoniseringskostnader</u> (Harmonisering av kundavgifter och löner)	Uppskattade ändringskostnader för löneharmoniseringen cirka 60 (median) – 560 mn euro (decil 9). Det finns ännu ingen uppskattning av ändringskostnaderna för harmoniseringen av kundavgifterna. Uppskattningen preciseras när beredningen framskrider.
<u>Fastigheter</u> - Ny prissättningsmodell för hyreskostnaderna för fastigheter - Utveckling av servicenätet (för övergångsperioden ska vårdlandskapet av kommunerna hyra de lokaler som hänför sig till de uppgifter som överförs)	I detta skede av beredningen går det inte att presentera någon uppskattning om detta.
Sammanlagt	350–850 mn euro
<i>Ändringskostnader för kommunerna:</i>	
<u>Avtal och finansieringskostnader</u> (Eventuella konsekvenser för prissättningen med anledning av avtal eller en sänkt finansieringsvolym)	Kostnadskalkylen för IKT-förändringarna cirka 50 mn euro.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

<p><u>Fastigheter</u> (Landskapen förpliktade att för 3+1 år av kommunerna hyra de lokaler som hänför sig till de uppgifter som överförs; efter det kommer lokalerna att omfattas av kommunernas ansvar, om inte landskapet behöver dem för tjänsteproduktionen)</p>	<p>I detta skede av beredningen går det inte att presentera någon uppskattning om detta.</p>
<p><i>Ändringskostnader för staten:</i></p>	
<p><u>Förändringar i samfundsskatten</u> (De social- och hälsovårdstjänster som vårdlandskapen skaffar av privata tjänsteproducenter samt den minskade inhyrningen av arbetskraft beräknas sänka intäkterna av samfundsskatt)</p>	<p>I detta skede av beredningen går det inte att presentera någon uppskattning om detta.</p>
<p><u>Tillsyns- och myndighetsverksamhet</u></p>	<p>För domstolarna uppskattningsvis 5,4 mn euro. I detta skede går det inte att presentera någon uppskattning för övriga uppgifter (bl.a. Skatteförvaltningen, Statistikcentralen och Statskontoret).</p>
<p><u>Landskapsval</u></p>	<p>17,4 mn euro för att ordna det första landskapsvalet, en engångskostnad på 70 000 euro för valdatasystemet och merkostnader på 2 mn euro vart fjärde år. För justitieministeriet medför upprättandet av ett datasystem som stöder möjligheterna för invånare i landskapet att lägga fram initiativ (systemet för landskapsinitiativ) en engångskostnad på cirka 250 000 euro samt årliga</p>

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

	underhållskostnader på cirka 50 000 euro.
<u>Styrning av landskapen</u>	I detta skede av beredningen går det inte att presentera någon uppskattning om detta.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

Denna proposition gäller primärt inrättande av vårdlandskap och överföring av uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet från kommunerna och samkommuner till vårdlandskap. Inrättandet av vårdlandskap innebär en grundläggande förändring i Finlands offentliga förvaltning. Genom reformen skapas en helt ny förvaltningsnivå, självstyrande vårdlandskap. Den offentliga förvaltningen kommer därmed i fortsättningen att ha tre självständiga och självstyrande aktörer: stat, vårdlandskap och kommuner. Dessa förändringar kommer att betydligt påverka främst de myndigheters uppgifter som i dagsläget ansvarar för organisering av social- och hälsovården och räddningsväsendet och även tillsynsmyndigheternas uppgifter.

4.2.2.1 Konsekvenser för kommunernas organisation och verksamhet

Kommunernas och samkommunernas beslutsprocesser ska inte längre gälla organisering och förvaltning av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Det innebär att reformen medför betydande förändringar i kommunernas och samkommunernas uppgifter och organisation. När förvaltningen sker i vårdlandskapen och delvis i nya organisationer för tjänsteproduktion minskar kommunernas uppgifter betydligt samtidigt som deras nuvarande förvaltningsorganisation blir lättare. Förvaltningsorganisationen har gjorts lättare även tidigare, när kommuner har tillhandahållit social- och hälsovård genom samarbete exempelvis med hjälp av samkommunsmodeller eller modeller med ansvariga kommuner. Kommunerna har sedan ingången av 2004 ansvarat för räddningsväsendet i samverkan inom räddningsområden (det lokala räddningsväsendet). Förändringarna har enligt utredningar²² haft konsekvenser för genomförandet av och strukturerna för förvaltningen och beslutsfattandet.

Till följd av reformen kommer antalet organisationer att minska när uppgifterna för de nuvarande 294 kommunala anordnarna av social- och hälsovård på det finländska fastlandet koncentreras till 21 vårdlandskap samt Helsingfors stad och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (nedan HUS). Detta innebär att social- och hälsovården och vårdresurserna i betydande grad koncentreras till besluts- och förvaltningsnivåer med organiseringsansvar och med större invånarantal och ekonomisk bärkraft.

Om vårdlandskap inrättas kommer det att krävas en omfattande omorganisering av verksamheten i kommunerna. Det är i synnerhet antalet enheter med ansvar för sådan myndighetsverksamhet som ligger på kommunerna som kommer att minska både på riksnivå och regionalt.

²² Kallio, Olavi. Pelastustoimen alueellistaminen lähtökuopissa. Seurantatutkimuksen ensimmäisen vaiheen loppuraportti. Tammerfors 2003.

Kallio, Olavi och Tolppi, Reijo: Pelastustoimen alueellistamisen lähtölaukaus 2004. Ensimmäisten vuosien kokemuksia alueiden, asukkaiden ja kuntien näkökulmasta. Tammerfors universitet, serien Kunnallistutkimuksia. Tammerfors 2008.

Kallio, Olavi och Tolppi, Reijo: Alueellinen pelastustoimi seitsemän toimintavuoden jälkeen – Muutoksia ja kokemuksia aluepelastuksesta 2004–2010. Seurantatutkimuksen 3. vaiheen loppuraportti. Finlands Kommunförbund. Helsingfors 2012.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Uppgifter och verksamhet som tidigare utfördes i flera kommuner eller som kommunalt samarbete avses bli överförda till vårdlandskapen, dvs. under en och samma organisation och ledning. För kommuninvånarna innebär det att de då i praktiken får tjänsterna från en enda offentlig organisation och huvudsakligen med vårdlandskapen som tjänsteproducerande organisation. Detta är en stor förändring jämfört med nuläget. Även om antalet samkommuner som ansvarar för hela social- och hälsovården har ökat de senaste åren, ordnas social- och hälsovårdstjänster för kommuninvånarna för närvarande i regel fortfarande av minst två – och i vissa fall rentav fyra – olika organisationer: boningskommunen, en samkommun för folkhälsoarbetet, en samkommun för sjukvårdsdistriktet och en samkommun för specialomsorgsdistriktet.

När samarbetsarrangemangen minskar blir de nuvarande komplicerade förvaltningsstrukturerna i flera nivåer tydligare, och samtidigt kan den särskilda kompetensen inom myndighetsuppgifterna koncentreras. Uppskattningsvis kommer arbetsfördelningen och arbetsarrangemangen i anslutning till uppgifterna i vissa fall att kunna ordnas smidigare. Mer kompetens och resurser kan också inriktas på att utveckla uppgifter och tjänster. Samtidigt kan tjänsteinnehavarnas och arbetstagarnas arbetsresor bli längre, och i vissa fall kan arbetet komma att kräva resor på olika håll i vårdlandskapet.

Också de uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet som kommunerna ansvarar för och den kommunalt anställda personalen på de områdena överförs till vårdlandskapen, med undantag för Helsingfors och HUS. Eftersom den planerade ändringen gäller en av de största kommunala sektorerna kommer den att ha stor effekt på alla besluts- och förvaltningsstrukturer även i fråga om de uppgifter som blir kvar. Att fatta beslut om förvaltningsstrukturen hör i enlighet med kommunallagen till kommunens självstyrelse, och därmed ska kommunerna genom sina beslut ta hänsyn till ändringarna genom att reformera sin förvaltningsstruktur. När uppgifterna och därmed personalen minskar stort i kommunerna måste de också omorganisera stödtjänsterna.

Reformen kan få konsekvenser för kommunernas samverkan och samarbetsstrukturer även i större utsträckning än bara i fråga om de uppgifter som nu överförs. Sett utifrån den kommunala verksamheten kommer reformen att kräva att samarbetsnätverken omformas och nya gemensamma arbetsformer utvecklas, också i de nya vårdlandskapen. Det blir särskilt viktigt att skapa gemensamma arbetsformer och förfaranden, exempelvis i fråga om tjänsterna för barnfamiljer, när en del av tjänsterna överförs till vårdlandskapen och en stor del kvarstår hos kommunerna, bland annat den småbarnspedagogiska verksamheten och grundläggande utbildningen. Också när det gäller att främja välfärd och hälsa är det väsentligt med ett välfungerande samarbete mellan kommun och landskap. Detta beskrivs mer utförligt under rubrik 4.2.4.3.

I lagen om införande av reformen föreskrivs det om skyldighet för de myndigheter som nu ansvarar för de uppgifter som överförs till vårdlandskapen att delta i den beredning som krävs för att landskapen ska kunna inrättas. I synnerhet när det gäller personalarrangemangen kommer detta att innebära ett betydande merarbete i kommunerna innan reformen träder i kraft, eftersom man i fråga om de uppgifter som överförs måste utreda personalens arbetsuppgifter och i synnerhet en eventuell överföring av anställda i stöduppgifter till vårdlandskapen. Kommunerna ska föra samarbetsförhandlingar med personalen i anslutning till förändringarna. Förberedelserna inför förändringarna kräver också arbetsinsatser av både tjänstemän och förtroendevalda i kommunerna. Exempelvis behövs dels beredningsgrupper bestående av sakkunniga, dels omfattande bakgrundsberedningar och bakgrundsutredningar som utförs som tjänsteuppdrag för att planera både kommunernas och vårdlandskapens framtida verksamhet.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Reformen medför också nya krav på kommunledningen och förutsätter ett kompetent förändringsledarskap. Förändringarna i kommunens roll och uppgifter måste beaktas i kommunstrategin, som styr kommunens verksamhet. För att den önskade förändringen ska kunna åstadkommas behövs dels en strukturell förändring, dvs. flexibilitet att agera över förvaltning- och sektorsgränserna, dels också en förändring av verksamhetskulturen när arbets sättet blir allt mer nätverksbaserat. Kontaktytan mellan kommunen och vårdlandskapet ska i fortsättningen vara en central knutpunkt för det arbets sättet. Det kommer att inverka väsentligt på både kommunens och landskapets verksamhet hur väl denna knutpunkt fungerar.

Inrättandet av en ny flersektoriell arbetsgivarorganisation, Kommun- och landskapsarbetsgivarerna KT, orsakar inte någon förändring i hur intressebevakningen ordnas i kommunerna och samkommunerna.

Ur vårdlandskapens perspektiv kommer en ny flersektoriell arbetsgivarorganisation att skapa bättre förutsättningar för intressebevakning och samordning av arbetsgivarintressen. Det bidrar till att även i arbetsmarknadens centralorganisationer stärka det inflytande som de arbetsgivare har som är verksamma främst med hjälp av offentliga skattemedel.

4.2.2.2 Överföring av elevhälsan till vårdlandskapen

Elevhälsa enligt lagen om elev- och studerandevård avses vara en central och konkret tjänst som fungerar på kontaktytan mellan kommunen och vårdlandskapet. I dagsläget är elevhälsotjänsterna utspridda på olika administrativa aktörer, vilket har lett till stor variation i servicen, försvårat styrningen av tjänsterna och splittrat servicesystemet. Det råder ojämlikhet bland elever och studerande när det gäller tillgång till och kvalitet på tjänsterna.

Efter reformen ska kurators- och psykologtjänsterna inom elevhälsan ordnas som en del av vårdlandskapens social- och hälsovårdstjänster. Detsamma gäller skolhälsovården och studerandehälsovården på andra stadiet. Elevhälsotjänsterna ska även i fortsättningen tillhandahållas som närservice i skolor och läroanstalter. Det är en förutsättning för att det generellt inriktade elevhälsoarbetet ska kunna genomföras och för att de individuellt inriktade elevhälsotjänsterna ska vara tillgängliga och åtkomliga.

Kuratorerna och psykologerna inom elevhälsan är numera huvudsakligen underställda undervisningsväsendet. Det nuvarande arrangemanget har ansetts vara bra i det avseendet att serviceanordnaren är bekant med läroanstaltsmiljön och även känner till elevernas och de studerandes behov väl. Som anställda inom elevhälsan har kuratorerna och psykologerna också haft ett naturligt samarbete med de anställda inom undervisningsväsendet. En risk i samband med reformen kan anses vara att vårdlandskapet fjärrar sig från kommunernas undervisningsväsende och läroanstalter. Därför bör kommunernas undervisningsväsende och vårdlandskapets elevhälsa särskilt fästa avseende vid att säkerställa att samarbetsstrukturerna fungerar och informationsutbytet ligger på en tillräckligt hög nivå. På så sätt sörjer man för att eleverna och de studerande får det stöd de behöver.

I och med reformen kommer ansvaret för att organisera alla elevhälsotjänster att koncentreras till vårdlandskapen, och därmed blir det lättare att hantera den samlade elevhälsan. När det bara finns en ansvarig anordnare blir det möjligt att utveckla de vårdanställdas verksamhet, arbetsfördelning och samarbete inom elevhälsan som en helhet på ett mer ändamålsenligt sätt efter elevernas och de studerandes behov. Det gör det lättare att utveckla elevhälsotjänsterna till en smidig funktionell helhet där elever och studerande inte i onödan sänds från en elevhälsotjänst till en annan.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

När kuratorerna och psykologerna inom elevhälsan administrativt överförs till social- och hälsovården inom vårdlandskapet kommer kopplingen att stärkas mellan deras arbete och landskapets övriga social- och hälsovård. Detta gör det möjligt att säkerställa smidigare servicekedjor inom social- och hälsovården i synnerhet för elever och studerande som behöver stöd. Det skulle underlätta ett smidigare informationsflöde inom elevhälsan om alla som jobbar med elevhälsa är underställda samma personuppgiftsansvarige. En annan underlättande faktor är att vårdlandskapen kommer att ha bättre möjligheter än de nuvarande små tjänsteleverantörerna att skaffa sig ändamålsenliga klient- och patientdatasystem för elevhälsoarbetet. Dagens brokiga praxis för registrering, lagring och utlämnande av uppgifter kommer att bli mer enhetliga när klient- och patientuppgifter registreras i landskapets klient- och patientregister, och därmed stärks möjligheterna till kunskapsbaserad ledning. När klient- och patientuppgifterna i fråga om elever och studerande behandlas smidigare inom elevhälsan kommer arbetet för alla elevhälsoaktörer att effektiviseras och rationaliseras. Inom vårdlandskapets social- och hälsovårdsorganisation kommer kuratorerna också att ha möjlighet att vid behov göra bedömningar av och fatta beslut om servicebehovet enligt socialvårdslagen. Således behöver eleverna inte särskilt söka sig till socialvårdens verksamhetsställen.

I och med reformen koncentreras kurators- och psykologtjänsterna inom elevhälsan till större administrativa enheter i vårdlandskapen. Det blir betydligt lättare att sörja för de anställdas yrkeskompetens och stöd när de tydligt arbetar inom vårdlandskapets social- och hälsovård. I synnerhet förbättras situationen för dem som i dagsläget arbetar ensamma inom undervisningsväsendet i små kommuner när det professionella stödet från den bakomliggande organisationen stärks. Eleverna och de studerande får bättre tjänster på jämlikare villkor när de anställdas kompetens säkras och tjänsterna blir mer enhetliga. Ett starkare professionellt stöd inom större enheter kommer sannolikt att ha en positiv inverkan också på tillgången på personal och välbefinnandet i arbetet. Vårdlandskapen utgör större enheter än dagens kommuner och har därför bättre möjligheter att inom sitt område allokera resurserna inom elevhälsan så att de motsvarar servicebehovet. Det förbättrar ställningen för de elever och studerande som behöver särskilt stöd.

Som arbetsgivare kommer vårdlandskapet att ha god kännedom om den allmänna social- och hälsovårdslagstiftningen, inklusive lagstiftningen om yrkesutbildade personer inom de berörda sektorerna, vilket inte alltid är fallet i fråga om chefer för undervisningsväsendet i små kommuner. Landskapens enheter för elevhälsa kommer att ha betydligt bättre möjligheter att styra och även idka tillsyn över de yrkesutbildade personerna inom elevhälsan och över att kundens rättigheter tillgodoses. Detta förbättrar avsevärt elevernas, de studerandes och arbetstagarnas rättskydd.

Från och med ingången av 2021 producerar Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) studerandehälsovårdstjänster för alla högskolestuderande. Till följd av detta skiljer sig tjänsterna för unga på olika utbildningsstadiet allt mer klart från varandra, varvid behovet av att på ett fungerande sätt ordna hälso- och sjukvård för dem som studerar på andra stadiet framträder tydligare och mer markerat än tidigare. Det måste säkerställas att vårdlandskapen har tillräckliga resurser och adekvata strukturer för studerandehälsovård för att det ska vara möjligt att stödja de studerandes studieförmåga och de studerande ska få tjänster av jämn kvalitet efter behov oberoende av läroanstalt.

4.2.2.3 Konsekvenser för förhållandena mellan myndigheterna

Reformen medför väsentliga förändringar i myndigheternas ansvar och inbördes förhållanden. Förutom kommunerna som bygger på invånarnas självstyre ska vårdlandskapen vara självstyrande myndigheter i förhållande till stat och kommun.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Utifrån vad som föreslås i propositionen är behörighetsfördelningen mellan kommunerna och de nya vårdlandskapen klar. Kommunen svarar fortfarande för de uppgifter den åtagit sig med stöd av sitt självstyre (allmän kompetens) och för de uppgifter som kommuner enligt lag ska sköta. Kommunerna ansvarar också till exempel för miljö- och hälsoskyddet. Kommunerna kan liksom nu även sköta sina uppgifter i samarbete med andra kommuner. Vårdlandskapet ska sköta sina lagstadgade uppgifter och kan på det sätt som föreskrivs i lagen om vårdlandskapen sköta sina uppgifter i samarbete med andra vårdlandskap. Landskapen avses inte ha motsvarande allmänna kompetens som kommunerna. Inom ramen för sitt uppgiftsområde ska vårdlandskapet kunna åta sig att även ordna vissa av kommunernas uppgifter, om samtliga kommuner inom landskapets område har kommit överens om detta och finansierar uppgiften. Även om överföringen av organiseringsansvaret mellan kommuner och vårdlandskap avses vara mycket begränsad, ska samarbete kring tjänsteproduktionen även mellan kommuner och landskap vara möjligt, exempelvis när det gäller stödtjänster för personal-, lokal- och fastighetsförvaltningen. Den föreslagna reformen utesluter inte behovet av myndighetssamarbete över organisationsgränserna.

Reformen kan till och med öka behovet av samarbete och dess betydelse, till exempel när det gäller att trygga fungerande tjänster för kommunernas och vårdlandskapens gemensamma kundgrupper, såsom barnfamiljerna, eller att öka invånarnas välbefinnande. I den föreslagna lagen om vårdlandskap (nedan även kallad landskapslag) förutsätts landskapet och kommunerna i området regelbundet förhandla om samarbete, mål och arbetsfördelning när det gäller utförandet av deras uppgifter. Det ökande behovet av samarbete beror på att reformen syftar till att samla bästa möjliga expertis för multidisciplinära tjänstehelheter samtidigt som man samlar ett tillräckligt befolkningsunderlag för tjänsterna och säkerställer fördelarna med specialisering. Dessutom ska landskapen i synnerhet i fråga om beredskap samarbeta med det kommunala miljö- och hälsoskyddet.

Avsikten är inte att genom reformen ändra andra myndigheters ansvar och inte heller myndigheternas inbördes ledningsförhållanden inom räddningsväsendet. Vad som i räddningslagen föreskrivs om andra myndigheters deltagande i räddningsverksamhet och skyldighet att ge räddningsmyndigheterna handräckning förblir oförändrat. Exempelvis ska försvarsmakten, gränsbevakningsväsendet, polisen och social- och hälsovårdsväsendet fortsatt vara skyldiga att under ledning av räddningsväsendets myndigheter delta i planeringen av räddningsverksamheten och att vid olyckor och tillbud agera på så sätt att räddningsverksamheten kan genomföras effektivt.

Staten ska styra både kommunernas och vårdlandskapens verksamhet och ekonomi. I kommunernas styrning kommer propositionen inte att medföra några ändringar i övrigt, men det uppgiftsområde som omfattas av styrningen blir snävare. Den statliga styrningen av vårdlandskapen avses vara striktare än för kommunernas del bland annat beroende på att landskapen inte på samma sätt som kommunerna avses ha egen beskattningsrätt, utan finansieringen av landskapets verksamhet ska så gott som helt bygga på statlig finansiering. Konsekvenserna avseende den statliga styrningen bedöms i avsnitt 4.2.2.7 och 4.2.4.1.

Inrättningarna inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde ska för sin del stödja beredningen och genomförandet av reformen i kommunerna och samkommunerna samt i vårdlandskapen.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.2.4 Konsekvenser för myndigheternas regionala ansvarsfördelning

Den nya landskapsindelningen utgör enligt den föreslagna lagen om vårdlandskap samt ändring av vårdlandskap också grunden för indelningen av verksamhetsområdena för de statliga myndigheterna. Om inte något annat följer av särskilda skäl ska verksamhetsområdena för de statliga myndigheterna bestå av ett eller flera vårdlandskap. Om verksamhetsområdet är mindre än ett vårdlandskap ska det helt och hållet ligga inom ett och samma landskap.

Inom social- och hälsovården kan ändringarna i verksamhetsområdena för den som organiserar och den som producerar tjänsterna påverka myndigheternas språkliga status och därmed indirekt tillgodoseendet av de grundlagsfästa språkliga rättigheterna.

Grundlagsutskottet har i ett utlåtande om regionförvaltningsreformen (GrUU 21/2009 rd – RP 59/2009 rd) tagit upp hur de grundläggande språkliga rättigheterna inverkar på den administrativa områdesindelningen. I utlåtandet konstaterade utskottet att om en administrativt fungerande områdesindelning kan definieras på flera alternativa sätt, förutsätter skyldigheten att tillgodose de grundläggande rättigheterna att man väljer det alternativ som bäst tillgodoser dem. Frågan om hur reformen påverkar tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna tas upp i avsnitt 4.2.4.4. Eftersom det lokala räddningsväsendet redan nu är organiserad på landskapsnivå kommer det regionala ansvaret i huvudsak att kvarstå oförändrat inom räddningsväsendet.

4.2.2.5 Konsekvenser för tillsynsmyndigheterna

Lagförslaget innebär att tillsynen får preciserat innehåll och nya prioriteringar och att dess inriktning ska ses över. Tillsynen över social- och hälsovården och räddningsväsendet ska främst gälla organisering och den tillhörande egenkontrollen.

Tillsyn över organiseringsansvaret är något tillsynsmyndigheterna utövar redan i dagsläget, med andra ord är det ingen ny uppgift. Sådan tillsyn omfattar också servicestrukturen. Dessutom gäller tillsynen precis som nu också tjänsteproduktionen. Tillsynen ska också omfatta styrning av tjänsteproducenterna och tillhörande utvärderingsbesök.

4.2.2.6 Konsekvenser för domstolarna

Konsekvenserna av den föreslagna reformen gäller i synnerhet förvaltningsdomstolarna och högsta förvaltningsdomstolen, vars ärendestruktur skulle få en hel kategori av ärendeslag. Följande frågor kommer att höra till ärendekategorin vårdlandskap:

- i. Vårdlandskapets stadgar och taxor
- ii. Vårdlandskapets ekonomi
- iii. Vårdlandskapets ansvarsområde
- iv. Indelningen av vårdlandskapen
- v. Landskapsval
- vi. Andra ärenden som gäller vårdlandskap
- vii. Anställningsskydd inom vårdlandskapet

viii. Utnämning till tjänst eller tjänsteförhållande i ett vårdlandskap

ix. Lön, arbetstid och semester för vårdlandskapets tjänstemän

x. Andra personalfrågor inom vårdlandskapet.

När uppgifter överförs från kommunerna och vårdlandskapen inrättas i samband med reformen krävs vissa beslut som får överklagas hos förvaltningsdomstolen. När det blir en ny aktör som fattar besluten kan också antalet besvär påverkas. Antalet kan stiga brant i det skede då uppgifter förs över till en aktör. Reformen är också förenad med statlig finansiering, och den finansieringen får överklagas hos förvaltningsdomstolen genom besvär.

År 2019 kom det in omkring 20 000 ärenden till förvaltningsdomstolarna. Den näst största ärendegruppen efter utlänningsärendena var social- och hälsovårdsärenden (6 500 ärenden). I denna ärendegrupp inverkar redan en liten förändring av antalet ärenden arbetsmängden. Om antalet ärenden ökar med 20 procent, kommer domstolarna att få in 300 fler ärenden än tidigare. I det totala antalet ärenden innebär ökningen 6,5 procent fler ärenden. Förvaltningsdomstolarnas omkostnader uppgick 2019 till sammanlagt 41,6 miljoner euro. Om omkostnaderna stiger i förhållande till ökningen i antalet ärenden, innebär det 2,7 miljoner euro mer i omkostnader. Dessutom bör man beakta de helt nya ärendena i ärendegruppen vårdlandskap.

Antalet besvär som gäller tjänster i landskapen kan förväntas öka i synnerhet när tjänsterna överförs. Dessutom kommer den nya ärendekategorin att gälla helt nya ärenden som inte ens senare kommer att märkas som en minskning av antalet ärenden inom de tidigare ärendeslagen. Exempelvis kommer besvär som gäller landskapsval sannolikt inte att minska antalet besvär som gäller kommunalval. Anslagsbehovet för de helt nya ärendegrupperna kan bedömas vara minst lika stort som anges ovan i fråga om social- och hälsovården. Omkostnaderna beräknas öka med minst 5,4 miljoner euro. Det blir ytterst viktigt att följa förändringarna i arbetsmängden utifrån aktuella uppgifter och att vid behov reagera snabbt på behovet av tilläggsresurser genom att öka domstolarnas finansiering, eftersom förhandsbedömningar alltid är förenade med osäkerhet.

4.2.2.7 Konsekvenser för verksamheten vid de ministerier som styr vårdlandskapen

Styrningsverksamheten vid ministerierna kommer att förändras väsentligt om vårdlandskapen tar över ansvaret för att ordna social- och hälsovården och räddningsväsendet. Syftet med nationell styrning ska vara att säkerställa att de självstyrande vårdlandskapen har förmåga att se till att landskapsinvånarnas grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Genom styrningen sörjer man dessutom för hållbarhet i de offentliga finanserna. Den största förändringen är att ministerierna kommer att styra vårdlandskapens uppgift att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet, som inbegriper tjänsteproduktion i landskapen. Antalet aktörer med organiseringsansvar som styrningen inom social- och hälsovården gäller kommer att minska från mer än 200 till 23. För räddningsväsendets del förblir antalet oförändrat.

Kärnministerierna är det gäller att styra verksamheten i vårdlandskapen är social- och hälsovårdsministeriet (nedan också SHM), inrikesministeriet (nedan också IM) och finansministeriet (nedan också FM). I olika situationer och frågor kommer även andra ministerier att styra landskapen. Det gäller till exempel arbets- och näringsministeriet, justitieministeriet och undervisnings- och kulturministeriet. Styrningen av vårdlandskapen blir en ny ansvarsuppgift för alla de ministerierna. Den statliga styrningen intar en nyckelposition i den nya förvaltningsmodellen,

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

eftersom det kommer att förekomma variation när det gäller verksamhetens omfattning och resurserna i vårdlandskapen. Det är viktigt att samarbetet mellan ministerierna fungerar i den nya modellen. Utgångspunkten för styrprocessen mellan ministerierna och vårdlandskapen är det gemensamma målet att sörja för tillgång och kvalitet när det gäller tjänsterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet och att se till att pengarna räcker till. Styrningen av verksamheten och ekonomin i landskapen ska i allt högre grad bygga på förtroende och kontinuerlig dialog mellan ministerierna och vårdlandskapen.

Även efter reformen ska ministerierna styra kommunerna och vårdlandskapen till dessa riktade normer. Avsikten är att också andra styrmedel används, såsom resurs-, informations- och interaktionsstyrning. Ministerierna ska allt mer prioritera strategisk styrning av vårdlandskapen och utveckling av den styrningen. De viktigaste nya styrmekanismerna är uppställande strategiska riksomfattande mål som avser social- och hälsovård, räddningsväsendet och finanspolitik, ett förhandlingsförfarande mellan ministerierna och vårdlandskapen inom den fortlöpande årliga styrprocessen samt ett utbyte av informations och synpunkter mellan ministerierna och landskapen baserat på kontinuerlig insamling och analys av information och på växelverkan. Hit hör också styrning av verksamheten, som inbegriper exempelvis utvärdering av avtalen om ordnande av specialiserad sjukvård.

Som en del av den årliga förhandlingsprocessen ska ministerierna i slutet av varje år förhandla separat med varje landskap. Social- och hälsovårdsministeriet ska samordna det praktiska genomförandet av förhandlingarna. Dessutom ska det göras en årlig uppföljning och granskning av hur avtalet avseende samarbetsområdet för social- och hälsovården genomförts. Detta sker inom ramen för förhandlingarna mellan social- och hälsovårdsministeriet och samarbetsområdet. Ministerierna ska också föra en gemensam diskussion med vårdlandskapen i de föreslagna delegationerna, som har till uppgift att möjliggöra en genuin och öppen växelverkan mellan alla vårdlandskap och de styrande ministerierna. Delegationerna medger granskning på nationell nivå av hur social- och hälsovården och räddningsväsendet organiserats. Samtidigt blir det möjligt att granska skillnaderna mellan landskapen och samarbetsområdena och att dela med sig av bästa praxis.

Dessa uppgifter kräver att ministerierna har förmåga och skicklighet att följa och bedöma om de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses inom den social- och hälsovård och räddningstjänst som vårdlandskapen ordnar och om finansieringen av landskapen är tillräcklig för dessa och andra lagstadgade uppgifter. Dessutom bör ministerierna ha god beredskap att föra en aktiv, kontinuerlig och interaktiv dialog om dessa frågor med vårdlandskapet, andra ministerier och andra aktörer, såsom tillsynsmyndigheter och andra myndigheter. För att ministerierna ska kunna sköta dessa uppgifter på ett fullgott sätt krävs det delvis ny kompetens och tillräckliga resurser. Avsikten är att med hjälp av nationella mått på kostnader och effektivitet inom social- och hälsovården²³ (nedan Kuva-uppgifter) sammanställa och publicera enhetlig och jämförbar information om social- och hälsovården i vårdlandskapen. När vårdlandskapen förpliktas att producera och ge in sina ekonomiska uppgifter på samma sätt som kommunerna på ett programmatiskt och enhetligt sätt kan landskapens ekonomiska uppgifter granskas och jämföras på riks-nivå.

²³ Hämmäläinen, P., Kovasin, M. & Räikkönen, O. (2019) Förslag om mätare och informationsunderlag för styrningen av social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och pro-memorior 2019:33. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161493/STM_2019_33_Ehdotukset_sote_ohjauksen_mittareista.pdf

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Kontinuerlig styrning av vårdlandskapen och årliga styrförhandlingar ska stödja landskapen att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet och ge information för beredningen och uppföljningen av statsbudgeten och planen för de offentliga finanserna. I fråga om detta ska social- och hälsovårdsministeriet i första hand styra landskapen inom social- och hälsovården, medan inrikesministeriet primärt ansvarar för styrningen när det gäller att organisera räddningsväsendet. Finansministeriet svarar för beredningen och uppföljningen av statsbudgeten och planen för de offentliga finanserna också i fråga om vårdlandskapens ekonomi. Ur ministeriernas synvinkel kommer den föreslagna modellen för styrning av självstyrande vårdlandskap att stärka och förtydliga den nationella styrningen av social- och hälsovården och räddningsväsendet.

Social- och hälsovårdsministeriets ställning som styrmyndighet för social- och hälsovården stärks, eftersom ministeriets får en ny uppgift, att styra den social- och hälsovård som vårdlandskapen ordnar. För att stärka styrningen har ministeriet inrättat en styravdelning med en styrenhet. Dessutom ska den enhet för evaluering av social- och hälsovården som inrättats vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) bedöma hur vårdlandskapen lyckas med att ordna social- och hälsovårdstjänsterna samt producera information om vårdlandskapens verksamhet och ekonomi. I anslutning till social- och hälsovårdsministeriet inrättas vidare en delegation för social- och hälsovård, som ska följa och utvärdera genomförandet av social- och hälsovården och stödja styrningen av social- och hälsovårdens organisation. De föreslagna tilläggsuppgifterna SHM och THL kräver tilläggsresurser, som enligt en preliminär uppskattning är xx årsverken för ministeriets del och yy årsverken för institutets del.

Också inrikesministeriets ställning som styrande myndighet för räddningsväsendet stärks, eftersom det avses få i uppgift blir att på riksnivå effektivare styra räddningsväsendet i vårdlandskapens regi. Styrmedlen ska bland annat vara beredningen av de riksomfattande målen för räddningsväsendet, styrning av vårdlandskapens verksamhet, årliga förhandlingar med landskapen och utvärdering av tillgången till räddningsväsendets tjänster och bedömning av om finansieringen är tillräcklig. Den ökade statliga styrningen leder till att IM får fler forsknings- och utvecklingsuppgifter samt administrativa uppgifter och ökade kostnader till följd av det. Förberedelser för undantagsförhållanden accentuerar kravet på effektivare styrning på riksnivå. Ministerierna har enligt beredskapslagen i uppgift att leda, övervaka och samordna beredskapen inom sitt ansvarsområde. Stärkt styrning på riksnivå förutsätter (preliminärt) en ökning på uppskattningsvis tio årsverken för inrikesministeriets räddningsavdelning. Dessutom ska regionförvaltningsverken granska om servicenivån inom räddningsväsendet i vårdlandskapen är tillräcklig i förhållande till riskerna samt producera information om landskapens verksamhet och ekonomi inom räddningsväsendet. I anslutning till inrikesministeriet inrättas vidare en delegation för räddningsväsendet, som ska följa och utvärdera genomförandet av räddningstjänsten och stödja styrningen av räddningsväsendets organisation.

Finansministeriet ska rent allmänt följa vårdlandskapens verksamhet och ekonomi. Genom ministeriets styrning ska i synnerhet hållbarheten i de offentliga finanserna säkerställas, och det ska bidra till en effektiv användning av vårdlandskapens begränsade resurser som en del av de samlade offentliga finanserna. I anslutning till ministeriet ska enligt avsikt inrättas en ny delegation för ekonomin och förvaltningen i vårdlandskapen. Den ska se över de offentliga finanserna och ekonomin i vårdlandskapen ur ett övergripande perspektiv och hur självstyrelsen i vårdlandskapen realiserats. Delegationen avses också följa digitaliserings- och IKT-utvecklingen i vårdlandskapen.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

4.2.2.8 Konsekvenser för myndigheterna i fråga om Åland

Fördelningen av lagstiftningsbehörigheten och förvaltningsuppgifterna i landskapet Åland bestäms även efter det att reformen trätt i kraft i enlighet med självstyrelselagen för Åland. Social- och hälsovården samt brand- och räddningsväsendet hör med stöd av 18 § 6, 12 och 13 punkten i självstyrelselagen till landskapets behörighet, och reformen omfattar således inte landskapet Åland när det gäller organisering av myndighetsverksamhet.

4.2.2.9 Konsekvenser för den internationella räddningsverksamheten

Enligt 38 § 1 mom. i räddningslagen kan inrikesministeriet, utöver det som har överenskommit mellan stater, på begäran av Europeiska unionen, en annan stat eller en internationell organisation besluta att vid räddningsinsatser lämna bistånd till utlandet, om detta är motiverat för att skydda människor, miljön eller egendom. Inrikesministeriet kan också besluta att begära internationellt bistånd

Inrikesministeriet leder arbetet med att upprätthålla den beredskap som krävs för att lämna bistånd till utlandet och ta emot internationellt bistånd. Bestämmelser om vårdlandskapets deltagande i upprätthållandet av den beredskap som krävs för att lämna bistånd till utlandet och ta emot internationellt bistånd inom räddningsväsendet ska enligt avsikt finnas i räddningslagen. De formationer som behövs för att lämna bistånd till utlandet sätts i huvudsak samman av personal vid de olika räddningsverken. På de anställda som deltar i den verksamheten tillämpas lagen om civilpersoners deltagande i krishantering (1287/2004). Enligt 5 § i den lagen gäller i fråga om internationell räddningsverksamhet att den som deltar i krishantering utomlands står i ett offentligrättsligt anställningsförhållande för viss tid till staten med Räddningsinstitutet som arbetsgivare.

Bilaterala avtal om internationell räddningsverksamhet känner inte till vårdlandskap som behöriga myndigheter, och därför bör avtalen till följd av reformen ses över, avtalsparterna underlättas om de nya behöriga myndigheterna eller avtalen uppdateras till behövliga delar.

4.2.2.10 Konsekvenser för statens övriga myndigheter

För Statskontoret innebär reformen nya uppgifter när det gäller att upprätthålla av landskapens register för extern rapportering av ekonomisk information. Registeruppgiften är en utvidgning av dess nuvarande uppgift som personuppgiftsansvarig när det gäller ekonomisk information om kommunerna.

Statistikcentralen kommer att behöva ändra statistikföringen och andra statistikprodukter i den allmänna statistiken. Det kommer att behövas allmän statistik i synnerhet för de uppföljnings- och styrningsuppgifter som gäller kommunernas och vårdlandskapens verksamhet.

4.2.2.11 Konsekvenser för dataskyddet

Genom propositionen ändras inte den allmänna regleringen av skyddet för personuppgifter. I förslaget till lag om ordnande av social- och hälsovård ingår dock bestämmelser om tillsynsmyndighetens rätt att trots sekretessbestämmelserna av olika myndigheter och andra i lag angivna aktörer för skötseln av sina tillsynsuppgifter få sådana nödvändiga uppgifter om ordnandet, produktionen och genomförandet av social- och hälsovårdstjänster och om kunder. Bestämmelser finns också om registerföring av klient- och patientuppgifter som uppkommit i vårdland-

skapens verksamhet, om utlämnande av uppgifter ur klient- och patientregister till privata tjänsteproducenter som producerar social- och hälsovårdstjänster för vårdlandskapet och om dessa privata tjänsteproducenters skyldighet att föra in klient- och patientuppgifter i vårdlandskapets klient- och patientregister. Konsekvenserna av detta för skyddet av personuppgifter granskas i detaljmotiven till den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård och i motiveringen till lagstiftningsordningen.

Artikel 35.1–35.7 i EU:s allmänna dataskyddsförordning gäller den personuppgiftsansvariges skyldighet att göra konsekvensbedömningar. Enligt den ska den personuppgiftsansvarige utföra en bedömning av de planerade åtgärdernas konsekvenser för skyddet av personuppgifter, om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Enligt artikel 35.10 i dataskyddsförordningen ska punkterna 1–7 inte gälla om en konsekvensbedömning avseende dataskydd redan har genomförts som en del av en allmän konsekvensbedömning i samband med lagberedning. Men också i detta läge ska den personuppgiftsansvarige genomföra en konsekvensbedömning, om det anses nödvändigt att utföra en sådan bedömning före behandlingen. Den bedömning som ingår i detaljmotiveringen till den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård och i motiveringen till lagstiftningsordningen eliminerar inte den personuppgiftsansvariges skyldighet enligt artikel 35 att bedöma konsekvenserna avseende dataskyddet. I enlighet med grundlagsutskottets riktlinjer²⁴ kan behandlingen av hälsorelaterade uppgifter bedömas vara förenad med särskilda risker med tanke på fysiska personers rättigheter. Utifrån det ovanstående kan det bedömas att vårdlandskapen i egenskap av personuppgiftsansvariga har de bästa förutsättningarna att bedöma konsekvenserna för dataskyddet på det sätt som förutsätts i artikel 35.1–35.7.

De föreslagna 47 och 56 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård gäller behandling av särskilda kategorier av personuppgifter och av personuppgifter som annars kan anses vara känsliga. Dessutom kräver behandling av personuppgifter enligt de paragraferna omfattande databaser, som även de kan bedömas vara förenade med särskilda risker med tanke på skyddet av de registrerades personuppgifter. I specialmotiveringen i lagförslaget redogörs det för de särskilda skyddsåtgärder som ska tillämpas på behandlingen av dessa personuppgifter i syfte att sörja för den registrerades rättigheter.

Den föreslagna ändringen avseende registerföring kan medföra administrativ börda för de personuppgiftsansvariga, i synnerhet när det gäller skyldigheten att samråda med dataskyddsmyndigheterna, skyldigheten att informera den registrerade och skyldigheten i fråga om introduktion och utbildning för personalen. Det kan exempelvis bli nödvändigt att se över dataskyddsbeskrivningar och anvisningar. De personuppgiftsansvariga kan orsakas administrativ börda också av de föreslagna ändringarna i bestämmelserna om utlämnande av personuppgifter. De nya aktörerna med organiseringsansvar kommer dock att ha större resurser, och de bedöms ha bättre förutsättningar att sköta de skyldigheter som hänför sig till dataskyddet på ett mer enhetligt, systematiskt och kostnadseffektivt sätt. Den uppgift som förslaget medför vårdlandskapen kan enligt uppskattning skötas av den administrativa personal som överförs från kommunerna till vårdlandskapen, och uppgiften förutsätter inte några nya resurser.

Eftersom det måste antas att en del av riskerna är gemensamma för vårdlandskapen kan landskapen vid behov göra konsekvensbedömningar tillsammans med andra vårdlandskap och dataombudsmannens byrå. Den bedömning av dataskyddskonsekvenserna som vårdlandskapen

²⁴ GrUU 15/2018 rd, även GrUU 13/2016 rd och GrUU 14/2009 rd.

gör i samarbete ligger också i linje med förfarandet enligt Europeiska dataskyddsstyrelsens (EDPB) riktlinjer.

4.2.3 Konsekvenser för miljön

När styrningen av räddningsväsendet utvecklas och räddningsväsendets tjänster blir enhetligare och effektivare kan man uppskattningsvis vänta sig positiva konsekvenser för räddningsväsendets förmåga att bekämpa miljöskador och minska de miljöskadliga effekterna av andra olyckor.

4.2.4 Samhälleliga konsekvenser

I Finland har man försökt reformera social- och hälsovårdens strukturer under flera valperioder. Målet har under hela 2000-talet varit att ändra systemet så att tillgången till social- och hälsovårdstjänster förbättras, skillnaderna i välfärd och hälsa inom befolkningen minskar och kostnadsökningen kan stävjas när befolkningen åldras. Beredningen av reformerna påminner om varandra i fråga om vissa grundläggande principer. Exempelvis har beredningen under olika valperioder systematiskt utgått från att storleken på anordnarna av social- och hälsovård ska öka. Även den nuvarande regeringens förslag har samma mål, och därför är de tidigare bedömningarna om vårdreformen delvis användbara också för denna propositions vidkommande.

4.2.4.1 Ändring av systemet för social trygghet

Kärnan i det universella bosättningsbaserade systemet för social trygghet i Finland är att alla som bor i landet omfattas av social- och hälsovården. Internationellt sett är det ett särdrag i det finländska systemet att alla kommuner oavsett storlek har samma ansvar att ordna offentlig social- och hälsovård. En ändring av systemet så att självstyrande områden som är större än en kommun, dvs. de föreslagna vårdlandskapen, övertar servicen inom social- och hälsovården och räddningsväsendet kommer att innebära en väsentlig förändring av det finländska systemet för social trygghet. Det gäller såväl verksamheten och organisationsstrukturerna som den på offentliga medel baserade finansieringen och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer²⁵. Reformen innebär en betydande förändring i det sociala trygghetssystemet, där ansvaret för natura- och penningförmåner till väsentliga delar institutionellt ligger på olika aktörer²⁶.

²⁵ se Seppälä, T. & Pekurinen, M. (red.) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 22/2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf

²⁶ se Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suunta- viivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2011:116. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf>

Reformen kan således bedömas leda till ett behov och starkare incitament än i nuläget att granska möjligheterna att samordna i dagsläget tämligen separata delar av det sociala trygghets-systemet²⁷. När reformen väl genomförts kan sådana samordningsbehov bedömas gälla i synnerhet företagshälsovården och sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring²⁸. Dessutom har cirka en miljon finländare också en privat försäkring för sjukvårdskostnader, och många anlitar den privata hälso- och sjukvården på egen bekostnad²⁹.

Reformgenomförandet sker i vårdlandskapen och det kommer i stor utsträckning att ligga på landskapen att se till att målen för reformen uppnås. Genom en tydligare nationell styrning går det att styra vårdlandskapen i enlighet med reformmålen och förbättra den regionala jämlikheten för dem som bor i Finland. Överföringen av organiseringsansvaret för social- och hälsovården och räddningsväsendet bringar också klarhet i den riksomfattande styrningen av hur detta organiseras och de tillhörande tjänsterna produceras, eftersom antalet aktörer med organiseringsansvar minskar avsevärt. Inom räddningsväsendet övergick man redan 2004 till en regional organisation, men de lokala räddningsväsendena skiljer sig fortfarande från varandra i fråga om regionala särdrag och servicestruktur. En stärkt riksomfattande styrning och ledning inom ramen för reformen effektiviserar verksamheten bland annat till följd av enhetlig praxis och tillsyn samt kunskapsbaserat ledarskap.

Styrningen stärks dessutom av att landskapens ansvar för organiseringsuppgifterna är det samma, med undantag för Helsingfors och HUS. Staten har till sitt förfogande sådana metoder för styrning av vårdlandskapen som det inte är möjliga att använda i dagsläget. Styrningen av vårdlandskapen bildar en helhet där riksomfattande strategiska mål och de nya delegationerna för social- och hälsovården, räddningsväsendet samt ekonomin och förvaltningen av landskapen stöder den riksomfattande styrningen av alla vårdlandskap. Ministerierna kommer årligen att förhandla med vart och ett av vårdlandskapen och även kontinuerligt att styra dem samt att årligen förhandla med samarbetsområdet. Därmed stärks de självstyrande landskapens förmåga att se till att invånarnas grundläggande fri- och rättigheter tillgodoses och att säkra, effektiva och rättidiga social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls och landskapens begränsade resurser används effektivt.

I propositionen föreslås det att de årliga förhandlingarna mellan ministerierna och vårdlandskapens också ska gälla tillgången till tjänsterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet, tjänstekvantiteten samt utvecklingen och utvecklingsbehoven i fråga om tjänsterna. I styrprocessen används ett gemensamt informationsunderlag, exempelvis i fråga om social- och hälsovården i synnerhet Kuva-uppgifterna. Dessutom ska varje vårdlandskap årligen göra en utredning om tillgången till social- och hälsovårdstjänster. Regionförvaltningsverket ska ta fram

²⁷ Utredning om alternativa sätt att avveckla finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:19. http://julkaisut.valtion-euvosto.fi/bitstream/handle/10024/70346/URN_ISBN_978-952-00-3579-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁸ se Hujanen, T. Monikanavaraohituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanotto toiminnasta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2019:156. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/302161/Tutkimuksia156.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

²⁹ se Tynkkynen, Liina-Kaisa & Alexandersen, Nina & Kaarboe, Oddvar & Anell, Anders & Lehto, Juhani & Vrangbaek, Karsten (2018) Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health Policy 2018: 122, 485-492, doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

en egen utredning. Institutet för hälsa och välfärd (THL) ska årligen göra en expertbedömning med en analys på nationell nivå, per samarbetsområde och för varje landskap av hur social- och hälsovården ordnats. Processen kommer att stärka den statliga styrningen i betydande grad, men samtidigt också att betona hur pass viktig vårdlandskapens organiseringsuppgift är. Den sporrar på ett helt väsentligt sätt serviceanordnarna att lösa frågor som gäller tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet och att reflektera över situationen i det egna området i förhållande till hela landet och andra områden. Att använda ett gemensamt informationsunderlag och därmed skapa en gemensam lägesbild bidrar sannolikt till att säkerställa jämlika tjänster i hela landet.

4.2.4.2 Konsekvenser för invånarnas möjligheter till inflytande samt för demokratin och det politiska systemet

Propositionen kan bedömas ha betydande konsekvenser för demokratin, invånarnas möjligheter till inflytande och den politiska verksamhetskulturen och det politiska verksamhetssystemet. Eftersom det är fråga om att inrätta en ny förvaltningsnivå, kan konsekvenserna av propositionen till denna del bedömas mera ingående först på längre sikt. Konsekvenserna beror i betydande utsträckning på hur vårdlandskapets verksamhet och bland annat de organisatoriska strukturerna och beslutsstrukturerna utformar sig, i vilken utsträckning landskapen utnyttjar de möjligheter till delaktighet och inflytande som lagen medger och hur de tillämpas i de olika landskapen. De konsekvenser som en ny förvaltningsnivå får för demokratin beror även på i vilken utsträckning vårdlandskapets invånare är intresserade av att utöva inflytande och vara delaktiga i landskapets verksamhet.

4.2.4.2.1 Invånarnas möjligheter att delta och påverka

Överföringen av uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet från kommunerna till vårdlandskapen kan i praktiken begränsa invånarnas möjligheter till inflytande på lokal nivå och leda till att besluten fattas längre från kommuninvånarna. Att beslutsfattandet skulle kännas avlägsnare lindras dock av att landskapets högsta beslutande organ ska väljas genom direkta val. Dessutom får invånarna bättre möjligheter att påverka när de nuvarande samkommunernas verksamhet överförs till förvaltningen i ett genom landskapsvalt landskap.

Förslaget skapar förutsättningar även för direkt delaktighet i vårdlandskapen och för växelverkan mellan landskapet och dess invånare. Rätten till inflytande förblir oförändrad och motsvarar rätten till inflytande enligt kommunallagen, trots att det i fortsättningen ska vara vårdlandskapet som har organiseringsansvar för de överförda uppgifterna i stället för kommunen. Invånarna ska i fortsättningen kunna påverka inte bara på kommunnivå, utan i stor utsträckning även på landskapsnivå, i vårdlandskapen. Vårdlandskapet ska också i landskapsstrategin för social- och hälsovården beakta invånarnas möjligheter att delta och påverka.

Kommunerna kommer fortsatt att ha betydande beslutanderätt. Kommunernas roll förblir således att erbjuda invånarna kanaler för att påverka de uppgifter som kommunerna ansvarar för och frågor som gäller ordnandet av tjänster samt lokala frågor i allmänhet. Ur landskapsinvånarnas synpunkt bör kommunernas och vårdlandskapets tjänster och system för delaktighet utgöra en enda sammanhängande och tydlig helhet. Invånarna bör känna till i vilka frågor man avses försöka påverka via kommunen och i vilka via vårdlandskapet. Detta kräver att invånarna aktivt tar reda på saker, men betonar samtidigt vårdlandskapets, tjänsteproducenternas, de förtroendevaldas och tjänsteinnehavarnas förmåga i fråga om social och hälsovård och kompetens att utnyttja delaktighet och inflytande och metoder som stöder detta.

Enligt förslaget ska landskapsfullmäktige sörja för mångsidiga och effektiva möjligheter att delta. Enligt en utvärdering av förvaltningsförsöket i Kajanaland som Tammerfors universitet³⁰ gjort var intresset för landskapspolitiken lägre bland invånarna i Kajanaland än intresset för kommunalpolitiken och även inställningen till beslutsfattandet i landskapet var negativare än inställningen till beslutsfattandet i kommunerna. Detta understryker vårdlandskapets ansvar för att säkerställa att rätten till inflytande tillgodoses och vikten av en aktiv, tydlig och öppen kommunikation om frågor inom vårdlandskapets ansvarsområde och om möjligheterna att delta. Om invånarna inte har förtroende för beslutsfattandet i landskapet eller inte känner till dess verksamhet, kan systemet få svag legitimitet. Det föreligger också risk för att vårdlandskapets och kommunernas service och delaktighetssystem bildar en oklar helhet ur landskaps- och kommuninvånarnas perspektiv. Detta kan i sin tur både minska deras intresse för att vara med och påverka och överlag göra det svårare att påverka. När vårdlandskapets delaktighetssystem byggs upp kan sådan god praxis som kommunerna redan utvecklat utnyttjas.

Invånarna i ett vårdlandskap kommer i enlighet med förslaget att ha initiativrätt och fullmäktige för vårdlandskapet kan besluta att en rådgivande folkomröstning ska ordnas i landskapet i en fråga som hör till landskapet. Justitieministeriet kommer att ta fram ett elektroniskt system för att ta initiativ och samla in stödförklaringar. Avsikten är att det elektroniska insamlingsystemet ska integreras med de samlade demokratitjänster på webben där man också finner bland annat möjligheten att starta medborgarinitiativ eller invånarinitiativ. Dessa känner medborgarna redan till mycket väl. Sannolikt blir medborgarna då mer medvetna om möjligheten att ta initiativ också på landskapsnivå. Det är viktigt att dessa olika tjänster för att starta initiativ bildar en så smidig helhet som möjligt för att initiativtagarna ska kunna vara säkra på vilken förvaltningsnivå initiativet ska riktas till. Då minskar också den administrativa bördan för de handläggande myndigheterna och även behovet att se till att initiativ som kommit in till fel mottagare hamnar rätt.

Enligt förslaget ska vårdlandskapen säkerställa de ungas möjligheter till delaktighet och inflytande och därför tillsätta ett ungdomsfullmäktige, som ska ges möjlighet att påverka alla faser när det gäller att ordna tjänster för barn och unga i landskapet. Ungdomsfullmäktiges uppgiftsfält ska bestå av alla former av verksamhet som har betydelse för unga, deras levnadsförhållanden och de tjänster de behöver. Ungdomsfullmäktige i ett vårdlandskap kan lyfta fram frågor som är viktiga för barn och unga i landskapets verksamhet och göra beslutsfattarna medvetna om behov och tankar bland barn och unga. Om en företrädare för ungdomsfullmäktige dessutom får närvaro- och yttranderätt i andra organ i landskapet, exempelvis fullmäktige och nämnderna, blir informationsutbytet och de ungas påverkansmöjligheter ännu bättre. Det är viktigt att beakta olika barngruppers möjligheter till delaktighet när ungdomsfullmäktige bildas. Vårdlandskapet ska utöver ungdomsfullmäktige också inrätta exempelvis ett äldreåd och ett råd för personer med funktionsnedsättning för att behandla väsentliga frågor för dessa målgrupper. Detta förbättrar informationen och ökar möjligheterna att påverka. Eftersom representanterna i dessa påverkansorgan ska utses bland medlemmarna i kommunernas motsvarande organ främjar förslaget också samarbetet mellan kommunerna och landskapen i dessa frågor. Övriga konsekvenser för myndigheterna behandlas i avsnitt xx.

4.2.4.2.2 Valdeltagande, förtroendeuppdrag, det politiska systemet och det civila samhället

³⁰ Jäntti, A., Airaksinen, J. & Haveri, A. Siniset ajatukset vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Finansministeriet 20/2010. file:///C:/Users/03070605/Downloads/20_2010%20%20Siniset%20ajatukset%20-%20vapaasta%20pudotuksesta%20hallittuun%20sopeuttamiseen%20kai- nuun%20hallintokokoukseen%20vaikutukset.PDF

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Utgångspunkten i propositionen är att invånarna i vårdlandskapen ska ha så omfattande rätt till inflytande som möjligt när det gäller att sköta landskapsfrågor både i egenskap av invånare och genom att vara förtroendevald. Invånarnas intresse för landskapsfrågorna och exempelvis landskapsfullmäktige avgör i praktiken hur stort valdeltagandet li landskapsvalet kommer att vara.

Det är svårt att förutse valdeltagandet i landskapsval, eftersom röstningsbeteende och röstningsaktivitet enligt undersökningar påverkas av många olika faktorer. Utöver partisystemet handlar det bland annat om institutionella, socioekonomiska och sociodemografiska faktorer. Tidigare erfarenheter av landskapsval i Finland härrör från landskapsvalen i Kajanaland som i samband med kommunalvalet 2004 och 2008 förrättades på området för förvaltningsförsöket i Kajanaland. Valdeltagandet var lågt i både kommunalvalet (50,9–59,8 procent) och landskapsvalet (49,6–58,8). Även om fullmäktige i vårdlandskapet har till uppgift att driva invånarnas intressen i hela landskapet, kan väljarens utöver person- och partifrågorna fästa avseende också vid om kandidaten representerar den egna kommunen eller den egna delen av landskapet. Exempelvis visar undersökningar som gjorts om kommunsammanslagningar att det kan vara viktigt för väljarna att stödja en kandidat från den egna kommun- eller stadsdelen.

Avsikten är att landskapsval från och med 2025 ska hållas samtidigt som kommunalval. Det första landskapsvalet ska enligt planerna dock ordnas separat den 23 januari 2022. Samtidiga val kan påverka valdeltagandet. Enligt internationella undersökningar har kombinerade val i vissa stater kunnat öka valdeltagandet i någon mån. Risker vid sådana val kan dock vara att de viktiga frågorna i det valet överskuggas av dagordningen för det andra och att det stora antalet kandidater medför att man inte lyckas föra fram kandidaternas och partiernas budskap tillräckligt tydligt. Detta kan även göra det svårt för väljarna att greppa vad de olika valen handlar om. Men exempelvis i Sverige hålls riksdagsval och landstings- och kommunalval samtidigt, och där har det konstaterats att riksdagsvalet visserligen dominerar den politiska debatten på bekostnad av valen till kommuner och landsting, men att det inte verkar störa väljarna.

I Finland har man få erfarenheter av att förrätta flera val samtidigt. På nationell nivå har det hänt bara 1996, då det första Europaparlamentsvalet förrättades i samband med kommunalvalet. Valdeltagandet var då 60,3 procent i Europaparlamentsvalet och 61,3 procent i kommunalvalet. Även landskapsvalen i Kajanaland 2004 och 2008 ordnades samtidigt som kommunalvalet. Ett speciellt drag i det kombinerade valet 1996 var den stora andelen kasserade röstsedlar (4,9 procent i Europaparlamentsvalet och 1,6 procent i kommunalvalet). Detta var delvis en följd av att en del av väljarna trots instruktionerna hade förväxlat de två röstsedlarna med varandra när de gjorde sin röstningsanteckning. Också i landskapsvalen i Kajanaland blandades röstsedlarna i betydande utsträckning ihop, vilket ledde till att en stor andel av röstsedlarna kasserades (2,0–6,6 procent).

Om olika val hålls samtidigt blir väljarens uppgift uppskattningsvis något svårare än i vanliga val. Väljaren måste sätta sig in i valtemana i båda valen och besluta vilken kandidat i vardera valet han eller hon ska rösta på samt dessutom ta reda på kandidaternas nummer och anteckna dem på rätt röstsedlar. Valmyndigheterna måste naturligtvis ägna särskild uppmärksamhet åt att informera om det korrekta röstningsförfarandet, men ansvaret vid röstningen och i synnerhet när man gör röstningsanteckningen kommer sist och slutligen an på väljaren själv.

Något som också kan påverka valdeltagandet och intresset för landskapsval är de föreslagna ändringarna i lagen om rådgivande folkomröstningar i kommuner och vårdlandskap. Om det i fortsättningen ordnas folkomröstningar i samband med val, intresset för landskapsval och kommunalval komma att öka. Dessutom kan de nämnda ändringarna leda till sänkta kostnader för folkomröstningar och bidra till en lägre tröskel för att ordna sådana omröstningar.

Det är än så länge svårt att förutse inte bara valdeltagandet, utan också om uppdraget som förtroendevald i ett vårdlandskap kommer att vara lockande, vilka faktorer som kommer att påverka viljan att ställa upp i val och vilka faktorer som har betydelse för möjligheterna att bli vald. Enligt en utvärdering av förvaltningsförsöket i Kajanalands³¹ var intresset för förtroendeuppdrag i vårdlandskap lägre än intresset för kommunala förtroendeuppdrag i Kajanalands. I kommunalval ökar till exempel kandidatens ställning som sittande fullmäktig chanserna till omval.

Det är också möjligt att inrättandet av vårdlandskapen gör att det inte längre är lika lockande att bli förtroendevald i kommunen. Viljan att ställa upp i kommunalval eller annars delta i den kommunala beslutsprocessen kan komma att minska till följd av reformen, eftersom besluten i social- och hälsovårdsfrågor i fortsättningen ska fattas av vårdlandskapen, medan de i dagsläget hör till kommunfullmäktiges behörighet. Utvecklingen kan också ha positiv inverkan på de förtroendevaldas villkor i kommunerna, exempelvis när det gäller tidsanvändning. Samtidigt är det också möjligt att en och samma person i fortsättningen är förtroendevald på flera förvaltningsnivåer, och då kommer problemen i fråga om tidsanvändning att öka. Det kan öka professionaliseringen av de politiska uppgifterna och även utgifterna för valkampanjerna. Syftet med den föreslagna lagen om vårdlandskap är att trygga betingelserna för förtroendevaldas arbete i vårdlandskapet. Bestämmelserna är även av mer övergripande betydelse när det gäller att främja fullmäktigearbetet och demokratin i landskapet.

Inrättandet av vårdlandskapen har dessutom konsekvenser för den politiska verksamhetskulturen på såväl landskapsnivå som kommunnivå. Ansvaret för uppgifter på landskapsnivå i vårdlandskapen och det anknytande beslutsfattandet avses ankomma på förtroendevalda som uttryckligen valts för detta. Detta kan, åtminstone på längre sikt, leda till bättre möjligheter att driva gemensamma intressen och ordna tjänster inom större områden än kommunen, dvs. i vårdlandskapet.

Att fullmäktige för vårdlandskapen utses genom val innebär att antalet förtroendevalda kommer att öka, eftersom det är sannolikt att det finns flera sådana förtroendevalda som ställer upp och blir valda i landskapsvalet som inte samtidigt ställer upp och blir valda i kommunalvalet. Detta och de bestämmelser om invånarnas rätt till inflytande som ska ingå i landskapslagen kan bedömas hejda utvecklingen mot beslutsfattande längre från invånarna. Konsekvenserna av att vårdlandskapen inrättas sträcker sig samtidigt också till de organisatoriska strukturerna och strukturerna för inflytande i kommunerna. Överföringen av uppgifter kan till exempel leda till förändringar i kommunernas organisatoriska strukturer och på längre sikt kan effekterna av detta märkas i antalet kommunala förtroendevalda. På samma sätt förändras exempelvis uppgifter och verksamhet för påverkansorganen enligt kommunallagen, och samtidigt accentueras behovet av samarbete med de påverkansorgan i vårdlandskapet som ingår i lagförslaget.

När vårdlandskapen inrättas påverkas också de politiska partierna och deras verksamhet. Landskapsvalet är ett helt nytt val, och partierna måste ställa upp kandidater och ordna valkampanjer också för det valet. Detta orsakar partierna och deras lokalorganisationer ytterligare kostnader, och därmed behövs det ytterligare valfinansiering. Att kandidater ställs upp per vårdlandskap

³¹ Jäntti, A., Airaksinen, J. & Haveri, A. Siniset ajatukset vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Finansministeriet 20/2010. file:///C:/Users/03070605/Downloads/20_2010%20Siniset%20ajatukset%20-%20vapaasta%20pudotuksesta%20hallittuun%20sopeuttamiseen%20kai-
nuun%20hallintokokeilun%20vaikutukset.PDF

kan även påverka organisationsstrukturen inom vissa partier. Först på längre sikt går det att bedöma vårdlandskapens inverkan exempelvis på utvecklingen av partisympatierna.

Fullmäktige för vårdlandskapen ska ha minst 59–89 ledamöter beroende på invånarantal. Dessutom avses vårdlandskapet få besluta om större storlek på landskapsfullmäktige. Den så kallade kalkylerade dolda röstspärren, som påverkar kandidaternas möjligheter till inval, blir relativt låg i alla vårdlandskap och varierar endast lite mellan de olika landskapen: röstspärren är 1,7 procent om fullmäktige består av 59 ledamöter och 1,1 procent om fullmäktige består av 89 ledamöter. En låg dold röstspärr främjar den politiska proportionaliteten, eftersom den i praktiken ger partier av alla storlekar möjlighet att få sina kandidater invalda. Samtidigt kan det emellertid också leda till att partisammansättningen i fullmäktige blir splittrad.

Syftet med den föreslagna landskapslagen är att skapa förutsättningar för samarbete mellan vårdlandskapen och organisationerna och för organisationernas möjligheter till inflytande. Kommunerna fyller nu en viktig funktion när det gäller att stödja lokal organisationsverksamhet. Till exempel deltar social- och hälsovårdsorganisationerna i både planering och produktion av tjänster i samarbete med kommunerna. Inom räddningsväsendet har organisationssektorn och frivilligaktörerna en viktig roll när det gäller att förebygga olyckor och inom räddningsverksamheten och det övriga säkerhetsarbetet. Till denna del beror propositionens konsekvenser i betydande utsträckning på hur vårdlandskapets verksamhet i praktiken utformar sig och på hurdana modeller för hörande och samarbete landskapen inför.

4.2.4.3 Konsekvenser för människorna

Den nuvarande utvecklingen av servicesystemet har inneburit skillnader mellan befolkningsgrupperna när det gäller att anlita hälso- och sjukvården, vilket bidragit till ökande välfärds- och hälsoskillnader³². Om strukturreformen inom social- och hälsovården inte genomförs kommer konsekvenserna för olika befolkningsgrupper sannolikt att stärkas ytterligare. Den föreslagna koncentrationen av organiseringsansvaret till större aktörer kan anses vara det mest ändamålsenliga sättet att få servicesystemet att börja fungera bättre. Dessutom medger det bättre förbättringar för större förändringar i omvärlden, såsom ett ökande servicebehov när befolkningen åldras³³.

4.2.4.3.1 Konsekvenser för människors ställning och de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna

Flera grundläggande fri- och rättigheter är relevanta med avseende på hur social- och hälsovården ordnas och på säkerställandet av tillgången till tjänster. I 19 § i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig omsorg och tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster på det sätt som närmare föreskrivs genom lag. När det bedöms om tjänsterna är tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses staten, kommunerna och vårdlandskapen. Enligt lagförslaget ska vårdlandskapen åläggas en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare, vilket förbättrar klientens och patientens möjligheter att få tillräcklig service.

³² Institutet för hälsa och välfärd (THL). Utvärderingsrapporter 2018.

³³ Health Systems in Transition (HiT) series: Finland 2019.

Alla är lika inför lagen och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person, står det i 6 § i grundlagen. Bestämmelsen innehåller ett krav på juridisk likabehandling och också på faktisk jämlikhet. I dagsläget finns det betydande skillnader mellan kommunerna när det gäller tillhandahållandet av tjänster, och lagförslaget förbättrar jämlikheten när ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs till större självstyrande områden, dvs. vårdlandskapen. Också den stärkta styrningen av social- och hälsovården främjar jämlik tjänstetillgång.

Med tanke på den skyldighet att garantera respekt för de grundläggande fri- och rättigheterna som ingår i 22 § i grundlagen är räddningsväsendets tjänster av primär vikt. Syftet med de befogenheter som räddningsmyndigheterna ges särskilt i räddningslagen är att direkt se till att vissa grundläggande fri- och rättigheter tillgodoses, men i vidare bemärkelse också att indirekt skapa förutsättningar för att också andra grundläggande fri- och rättigheter tillgodoses. Det som särskilt accentueras är de skyddsintressen som avses i grundlagens 7, 15 och 20 §, dvs. rätten till liv, egendomsskyddet och rätten till en sund miljö. När räddningsväsendet säkerställs tillräckliga resurser för sin service går det att garantera att de grundläggande fri- och rättigheter enligt grundlagen kan tillgodoses på ett sådant sätt att en grundläggande rättighet inte förlorar sin betydelse om skyldigheten att respektera rättigheterna enligt 22 § i grundlagen försummas.

Jämlikheten är också förknippad med språklig jämlikhet. Bestämmelser om nationalspråkens ställning och garantin för de språkliga rättigheterna finns i 17 § i grundlagen. Bestämmelser om klientens och patientens rätt att använda antingen finska eller svenska inom social- och hälsovården finns i speciallagstiftningen om social- och hälsovård. En bedömning av respekten för de språkliga rättigheterna ska också gälla om rättigheterna tillgodoses i praktiken. Lagförslaget gör det möjligt att trygga de språkliga rättigheterna. De språkliga rättigheterna behandlas närmare i avsnitt 4.2.4.4.

4.2.4.3.2 Konsekvenser för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet

Även efter reformen är det kommunerna som ska främja välfärd och hälsa. Vårdlandskapen ska ha i uppgift att stödja kommunerna när de främjar välfärd, hälsa och säkerhet och även i sin egen verksamhet i enlighet med lag främja välfärd och hälsa inom social- och hälsovården i samarbete med kommunerna och organisationerna. Detta innebär en stor förändring i den nuvarande organiseringen och uppgiftsfördelningen i fråga om främjande av välfärd och hälsa. Reformen betonar vårdlandskapets ansvar när det gäller att stödja kommunerna i det arbetet. I en förhandsutvärdering gjord av en internationell utvärderingspanel av regeringen Sipiläs vård- och landskapsreform³⁴ ansågs denna ansvarsfördelning utgöra en särskild risk för reformen, när kompetensen för främjande av välfärd och hälsa splittras upp på nya strukturer och de befintliga nätverken delvis skingras. Enligt en enkät till kommunens ledning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde (2019) används kompetensen inom social- och hälsovården mindre i de kommuner vars social- och hälsovårdstjänster produceras regionalt eller enligt modellen med en ansvarig kommun. Utvärderingspanelen föreslog en stark nationell styrning och en god planering av förändringen för att hantera risken. Främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet är förvaltningsövergripande verksamhet, vilket betonar att det förvaltningsövergripande perspektivet också ska inkluderas i styrningen. Den nationella styrning som ingår i reformen bedömts i avsnitt 4.2.4.1. Främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet sker ofta i samarbete med organisationer. Reformens konsekvenser för organisationerna bedöms i avsnitt 4.2.4.9.

³⁴ SHM 2016:66.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

På landskapsnivå får det strukturella sociala arbetet bättre förutsättningar att producera information om kundernas behov utifrån kundarbetet och att integrera den informationen i en större samhällelig lägesbild och konsekvensbedömning. Utifrån synpunkter som grundar sig på detta får vårdlandskapet mera heltäckande information om regionala sociala problem och möjligheter att utveckla strukturer och åtgärder för att åtgärda och förebygga dem och för att i samarbete med kommunerna upprätthålla förhållanden som stöder och främjar välfärd. Med hjälp av informationen och fungerande samarbetsstrukturer kommer vårdlandskapen att bättre och mer omfattande kunna stödja kommunerna när det gäller att främja välfärd och hälsa.

Genom reformen kommer det stöd som vårdlandskapets erbjuder kommunerna att säkerställa enhetlighet när det gäller att främja välfärd och hälsa i kommunerna i landskapet. I synnerhet små kommuner kommer att gynnas av starkare strukturer för styrning och stöd för främjande av välfärd och hälsa i vårdlandskapet.

Enligt förslaget ska ansvaret för att producera den information som behövs för uppföljningen av välfärd och hälsa fördelas mellan kommunen och vårdlandskapet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) styr insamlingen av denna uppföljningsinformation. Reformen ger möjligheter att utveckla och förbättra insamlingen och användningen av uppföljningsdata om befolkningens välfärd och hälsa. THL:s uppföljningsuppgift innefattar också att följa och bedöma skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. Då kommer uppgifterna om utvecklingen av hälsa och välfärd och de påverkande faktorerna och om skillnaderna mellan befolkningsgrupper och regioner att framträda bättre. Aktuell information bestående av sinsemellan jämförbara uppgifter förbättrar förutsättningarna för en kunskapsbaserad styrning av verksamheten. Ett enhetligt informationsunderlag medger också exempelvis gemensamt utnyttjande av räddningsväsendets och social- och hälsovårdens data och stöder således utvecklingen av nya verksamhetsformer med mera genomslag.

4.2.4.3.3 Konsekvenser för de tjänster som invånarna får

4.2.4.3.3.1 Konsekvenser för bedömningen av servicebehovet och planeringen av tjänsterna

I en förhandsutvärdering gjord av en internationell utvärderingspanel av regeringen Sipiläs vård- och landskapsreform³⁵ konstaterades det att vårdlandskapen i egenskap av större anordnare än kommunerna kan planera social- och hälsovårdstjänsterna och allokera resurserna efter befolkningens behov. Detta bedömdes dock förutsätta att anordnaren i stället att som nu passivt stå för kostnader aktivt och strategiskt ska ordna tjänsterna, bedöma befolkningens servicebehov och planera tjänster utifrån det. Utvärderingspanelen konstaterade att bedömningen av befolkningens behov av vårdtjänster är en utmanande uppgift som kräver särskild kompetens och ett informationsunderlag som stöder arbetet.

I den föreslagna regionindelningen för reformen är en del av vårdlandskapen relativt små när det gäller invånarantal och ekonomisk bärkraft. I dessa regioner kan det hända att förmågan att bedöma befolkningens servicebehov och planera tjänsterna är begränsad. Kompetensbristen kan stödjas inom det föreslagna samarbetsområdet. I avtalet om ett sådant område ska det avtalas m hur vårdlandskapen ska fördela arbetet och samverka när det gäller att bedöma och förutse befolkningens servicebehov och att följa och utvärdera tjänsteproduktionen.

³⁵ SHM och European Observatory 2016:66.

4.2.4.3.3.2 Konsekvenser för tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet

Genom reformen införs större serviceanordnare. Enligt en förhandsutvärdering av konsekvenserna som gjorts av Institutet för hälsa och välfärd³⁶ kan det förväntas att större vårdanordnare och integrationen av organiseringen stöder lika tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänster. Utifrån internationella erfarenheter kommer större anordnare sannolikt att leda till att de regionala och lokala variationerna i tjänsteproduktionen minskar och därmed till en ökad jämlikhet människor emellan. Stora anordnare med omfattande ekonomiska och kompetensresurser gör det möjligt att samordna olika delar av tjänsteproduktionen och använda personalen på ett bättre sätt. Aktörer med större bärkraft koncentrerar produktionen till stora enheter om tjänstekvaliteten kräver det och även sprida ut produktionen på små enheter och ordna mobila tjänster och elektroniska tjänstehelheter när det krävs för tillgången till tjänster och deras tillgänglighet.

Stöd för att tillgängligheten till vårdtjänster förbättras finns i utredningar om att servicenätverket inom de samarbetsområden som bildats med stöd av tidigare lagstiftning och städer med kommunsammanslagning reducerades främst i stadskärnorna och inte i randområdena. Tillgången till tjänster förbättrades i synnerhet i små kommuner. På så sätt uppnåddes målet att fördela resurserna jämnare över hela det geografiska området. Enligt Arttu-undersökningen³⁷ har tjänsterna inte flyttats längre bort från användarna inom samarbetsområdena. I kommuner med kommunsammanslagning har det inte heller skett någon stark koncentrerings av servicen, utan i stället för och delvis vid sidan om koncentration har man genomfört en omfattande decentralisering av servicen. Detta har gjorts så att experttjänster har förts till regionala serviceställen. De tjänster som tillhandahålls klienter och patienter i hemmet har utvecklats i riktning mot allt mer krävande vård och omsorg. Vårdlandskapen kan bättre än små kommuner stödja utveckling av nya sätt att producera närtjänster, till exempel elektroniska tjänster, virtuella tjänster och mobila tjänster. Liknande erfarenheter kan redan bekräftas bland annat inom Eksote, och utifrån en förhandsutvärdering konsekvenserna som Institutet för hälsa och välfärd gjort³⁸ kan man bedöma att tillgången till tjänster i och med reformen kommer att kunna garanteras bättre än i den nuvarande strukturen. Särskilt för invånarna i små kommuner kan tjänsterna tryggas bättre när den som ansvarar för tjänsterna är en organisation med avsevärt bättre ekonomisk och verksamhetsmässig bärkraft än nu.

Efter reformen kan tillgången till tjänster i enskilda fall försämrats, dvs. det blir längre avstånd till det verksamhetsställe som tillhandahåller tjänsterna i vissa situationer när det gäller tjänster som behövs sällan. Detta blir en följd av att tjänsterna samlas till större helheter för att säkerställa kvaliteten. Man kan emellertid bedöma att i områden där befolkningen minskar är en sådan utveckling mycket sannolik även utan den föreslagna reformen genomförs. Genom att koncentrera tjänster som sällan behövs till större enheter går det att trygga tillgången till tjänsterna på lång sikt och också en bättre tillgänglighet än vad som skulle vara möjligt utan en reform. En koncentration kan också förbättra möjligheterna att utveckla kvaliteten på de tjänster som sällan behövs och arbetsmetoderna samt stärka yrkeskompetensen. Tjänsternas tillgänglighet är också kopplad till rätten att få tjänster på sitt eget språk, inklusive teckenspråk. Tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna bedöms i avsnitt 4.2.4.4.

³⁶ Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 2014: 14

³⁷ Meklin, P., Koski, A., Pekola-Sjöblom, M. & Airaksinen, J. Kuntaaudistukset leveämpiä hartioita et-simässä. Arttu-ohjelman tutkimuksia nro 8. Kommunförbundet, Acta 273. <<https://www.kuntaliitto.fi/media/10537>

³⁸ THL 2014:14.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Den föreslagna behörigheten för vårdlandskapen att bestämma sin servicestrategi och styra tjänsteproduktionen inom respektive område kan också leda till att det uppstår nya skillnader i tillgången till tjänster mellan landskapen. Också skillnaderna i storlek och i fråga om resurser kan ha en liknande effekt. Situationen blir inte helt problemfri med avseende på lika tillgång till tjänster. Den nationella styrning som stärks i reformen bidrar å sin sida till att minska denna risk.

4.2.4.3.3 Konsekvenser för tjänsternas kvalitet och genomslag

Om ansvaret för att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet överförs på det sätt som nu föreslås kommer vårdlandskapen att få förutsättningar att börja tillämpa mer högklassiga och effektiva arbetssätt. Landskapen kommer uppskattningsvis att ha bättre möjligheter än de nuvarande kommunerna att göra vård- och tjänstepraxis och tjänstekvaliteten mer enhetlig i fråga om de tjänster som de ansvarar för att ordna, vilket för sin del främjar jämlikheten mellan människorna. I samband med reformen koncentreras en del av tjänsterna och uppgifterna till större helheter för ett eller flera vårdlandskap, när det är nödvändigt på grund av att uppgiften är krävande eller sällsynt eller till följd de höga kostnaderna. Genom att koncentrera servicen och kompetensen, till och med till samma lokaler, är det möjligt att trygga kvaliteten på servicen i lägen där det krävs viss kompetens i en viss verksamhetslokal för ett lyckat utfall. Privata tjänsteproducenter som levererar tjänster åt ett vårdlandskap ska omfattas av samma kvalitetskrav som landskapen när det gäller centraliserad specialiserad sjukvård och som bygger på hälso- och sjukvårdsvårdslagen och de förordningar som utfärdats med stöd av den. På detta sätt blir kvaliteten enhetligare på alla tjänster som produceras åt vårdlandskapet.

Genomslag inom social- och hälsovården kan förstås som en förändring som åstadkommit genom tjänsteproduktion: i fråga om tjänsterna inom social- och hälsovården innebär genomslag därmed en positiv förändring i kundens hälsa, funktionsförmåga eller välbefinnande. Att styra genomslaget innebär styrning utifrån målsättning. Ledning och utveckling utifrån genomslaget förutsätter att mål och interimistiska mål ställs upp och att måluppfyllelsen följs med lämpliga indikatorer³⁹. Reformen innefattar årliga förhandlingar mellan ministerierna och respektive vårdlandskap. Avsikten är att man där ska behandla bland annat kvalitet och genomslag inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Processen ska bygga på ett gemensamt informationsunderlag, Kuva-uppgifterna. Detta avses styra landskapen att utveckla kvaliteten och genomslaget. Enligt förslaget ska Institutet för hälsa och välfärd (THL) årligen göra en expertbedömning på nationell nivå, per samarbetsområde och för varje landskap. Regionerna kan jämföra sin egen verksamhet med andra anordnare, vilket kan sporra aktörerna att utveckla kvalitet och genomslag i verksamheten mer systematiskt och kunskapsbaserat^{40,41}. Dessutom kan andra

³⁹ Reittiopas vaikuttavuuteen: Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2020:1. http://julkaisut.valtion-euvosto.fi/bitstream/handle/10024/161983/2020_1_%20Reittiopas%20vaikutavuuteen.pdf?sequence=4&isAllowed=y

⁴⁰ Tuomainen, R. & Tuomainen, M. Benchmarking-arviointi ja erikoissairaanhoidon alueelliset erot. Yhteiskuntapolitiikka 2003:68(2), 166-174.

⁴¹ Seppänen-Järvelä R. Vertaismenetelmät kehittäväen arvioinnin menetelmänä. Stakes, FinSoc Utvärderingsrapporter 2/2005.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

samhälleliga utvecklingsåtgärder, såsom de nationella kvalitetsregistren för hälso- och sjukvården⁴², bidra till måluppfyllelse när det gäller att utveckla kvalitet och genomslag.

I och med reformen kommer det att utformas praxis som stärker kvaliteten och genomslaget också i samarbetsområdena. Samarbetsområdena ska komma överens om principerna för införande, användning och avveckling av nya metoder. På så sätt kommer tjänsternas kvalitet och genomslag så småningom att bli mer enhetliga än i dag och då ökar jämlikheten mellan invånarna samtidigt.

4.2.4.3.3.4 Konsekvenser för samordningen av tjänsterna

Vid samordningen av tjänster skiljer man i allmänhet mellan integration av ordnandet och serviceintegration på kundnivå. Med integration av ordnandet avses en sådan servicestruktur där alla tjänster har samlats under en och samma förvaltningsstruktur och där en aktör ansvarar för ordnandet⁴³. Med horisontell integration av tjänster avses samordning av social- och hälsovårdstjänsterna eller samordning av dessa med andra tjänster och med vertikal integration samordning av tjänsterna på basnivå och högspecialiserad nivå.

I flera europeiska länder har man under de senaste tio åren satsat särskilt på att utveckla integrationen av tjänsterna och på en kundorienterad samordning av tjänsterna. Bakgrunden till detta är antagandet att en bättre samordning av tjänsterna sparar resurser och att man med hjälp av den effektivare kan svara på servicebehoven hos multisjuka och kunder med multiproblem⁴⁴. Den föreslagna reformen innebär att integration av ordnandet genomförs i alla vårdlandskap i fråga om såväl social- och hälsovården som räddningsväsendet. Konsekvenserna av integration av ordnandet beskrivs också i avsnitt 4.2.

Enligt den omfattande internationella litteraturoversikt som statsrådets kansli beställt⁴⁵ har serviceintegrationen i första hand setts som ett sätt att reformera social- och hälsovården på ett kundorienterat sätt. Detta har konstaterats ge en smidigare servicekedja, effektivare serviceprocesser och bättre kvalitet på tjänsterna. Enligt översikten finns det bara lite integrationsforskning när det gäller hela det nationella servicesystemet. Det har främst varit fråga om analyser av lokala och på sin höjd regionala (landskapsspecifika) integrationsförsök och åtgärder.

En integration av ordnandet skulle ge bättre möjligheter att främja serviceintegration på kundnivå, dvs. funktionell integration. Utgångspunkten för den funktionella integrationen är att få social- och hälsovårdstjänsterna att fungera smidigare. Enligt den föreslagna lagen om ordnande av social - och hälsovård ska vårdlandskapet ansvara för samordningen av kundernas social-

⁴² Nationella kvalitetsregister för hälso- och sjukvården, Institutet för hälsa och välfärd
<https://thl.fi/sv/web/vardeforamen/utvardering-och-datafonster/nationella-kvalitetsregister-for-halso-och-sjukvarden>

⁴³ Halme S, Tiirinki H. Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita: dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla. THL arbetsdokument 2019_027. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138572/URN_ISBN_978-952-343-398-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴⁴ Koivisto J & Tiirinki H (red.). Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. THL arbetsdokument 2020_4 (kommande slutrapport 6/2020).

⁴⁵ Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P, Stenvall J. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystalouksissa. Publikationsserien för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2/2017. Statsrådets kansli.

och hälsovårdstjänster till helheter. Eftersom ingen aktör i nuläget har helhetsansvar för samordningen av tjänsterna innebär reformen en betydande förbättring i förhållande till nuläget. I samband med reformen samlas en del av tjänsterna och uppgifterna inom socialvården samt hälso- och sjukvården till större helheter för ett eller flera vårdlandskap, när det är nödvändigt på grund av att uppgiften är krävande eller sällsynt eller till följd de höga kostnaderna. Tretton vårdlandskap ska svara för de omfattande jourtjänsterna dygnet runt inom social- och hälsovården. För samordning, utveckling och samarbete på regional nivå av den social- och hälsovård som ordnas av landskapen ska det enligt förslaget finnas fem samarbetsområden. På så sätt blir det möjligt att samordna servicen på basnivå och ända upp till universitetssjukhusnivå.

I lagen om ordnande av social- och hälsovård föreslås bestämmelser om att vårdlandskapet ska se till att sådana kundgrupper och kunder som behöver tjänster som samordnats på bred basis identifieras. Enligt THL:s översikt har en central strävan inom social- och hälsovården varit att hitta sätt att förebygga stort vårdbehov hos enskilda eller en minskat anlitanande av tjänster⁴⁶. För att identifiera sådana kundgrupper och kunder som behöver brett samordnade tjänster behövs en omfattande bedömning av behovet av social- och hälsovårdstjänster som görs av vårdanställda⁴⁷ och en kombination av olika metoder⁴⁸. I det projekt som statsrådets kansli beställt sammanställs verksamhetsmodeller för identifiering av personer med stort servicebehov⁴⁹. Dessa kan vårdlandskapet börja använda inom hela landskapet och på så sätt förbättra situationen särskilt för personer med stort servicebehov.

Enligt förslaget ska lagen om ordnande av social- och hälsovård också föreskriva att vårdlandskapet ska se till att servicekedjorna och tjänstehelheterna inom social- och hälsovården beskrivs samt främja samordningen av verksamheten med kommunens, statens och vårdlandskapets övriga tjänster och utnyttjandet av kundinformation mellan olika producenter. Alla producenter ska iaktta de tjänstehelheter och servicekedjor som vårdlandskapet bestämt och samarbeta med landskapet och andra producenter på det sätt som integrationen kräver. Med servicekedja avses en för en viss kundgrupp fastställd smidig process där tjänsterna tillhandahålls efter varandra och delvis samtidigt. Varje invånare i ett vårdlandskap använder under sitt liv tjänster som kan samlas till smidiga servicekedjor. Med tjänstehelhet avses de samlade tjänster som definierats för en viss befolknings- eller kundgrupp. I tjänstehelheten anlitar kunden olika tjänster samtidigt. Definitionen av en tjänstehelhet har betydelse i synnerhet för de klient- och patientgrupper som har omfattande och varierande tjänstebehov, exempelvis multisjuka personer, personer med svår funktionsnedsättning, rehabiliteringsklienter inom mentalvården och missbrukarvården och kunder inom barnskyddet.

I en systematisk litteraturöversikt granskades 167 internationella undersökningar som publicerats 2006–2017⁵⁰. Där noterades att kvaliteten på vården eller servicen och patienttillfredsställelsen förbättrades när vårdkedjorna samordnades bättre och tjänsterna integrerades. När det gäller patienter som behöver många tjänster av olika slag konstaterades det att integrationen har

⁴⁶ THL arbetsdokument 2020_04.

⁴⁷ Ylitalo-Katajisto K. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalvuiden yhteen kokoaminen (doktorsavhandling). Acta Universitatis Ouluensis. 2019: D 1540.

⁴⁸ THL arbetsdokument 2020_04.

⁴⁹ Koivisto J, Tiirinki H (red.). Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. THL arbetsdokument 2020_4 (kommande slutrapport 6/2020).

⁵⁰ Baxter S, Johnson M, Chambers M, Sutton S, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res 2018; 18: 350. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946491/>.

en positiv effekt. I synnerhet minskade användningen av jourtjänster och sjukhusvård. Undersökningar som gjorts i Storbritannien tyder på att en effektivare samordning av servicekedjorna också skulle ha förkortat vårdköerna, men i undersökningar som gjorts i andra länder har detta inte alltid varit fallet. När det gäller kostnaderna och den sjukhusvård som andra patienter anlitar var resultaten av olika undersökningar motstridiga. Att direkt tillämpa forskningsresultat från andra länder på Finland är dock ofta problematiskt, och därför är det svårt att göra en konsekvensbedömning med stöd av internationella undersökningar.

Någon motsvarande integration av social- och hälsovården som omfattar hela landet har inte gjorts i något annat land, och det finns inte några utvärderingsresultat från en modell som svarar reformen att tillgå. Därför kan man lämpligen granska resultaten av regionala eller lokala integrationsmodeller. I en finländsk undersökning bedömdes tre regionala och lokala integrationsmodeller⁵¹. Av de granskade modellerna fungerar Eksote och Siun Sote på samma sätt som de föreslagna vårdlandskapen. Enligt forskarna visade dessa exempel att det är möjligt att ändra det nuvarande organisationsinriktade tjänstebudet för att möjliggöra smidiga servicekedjor, om beslutsfattandet och ledningen av hela servicestrukturen samordnas. Den alliansmodell som centralen för hälsa och välbefinnande i Tesoma i Tammerfors erbjuder har testanvänts som ett sätt att tillhandahålla social- och hälsovårdstjänster genom samarbete mellan flera offentliga och privata tjänstproducenter. Enligt forskarna ansåg många experter att Tesoma-modellen var lovande. Forskarna konstaterade sammanfattningsvis att de pilotprojekt med integrerad vård som genomförts i Finland hade visat sig vara genomförbara och att många av de preliminära erfarenheterna av dessa försök i huvudsak varit positiva.

Den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård förbättrar möjligheterna att samordna kundens tjänster. En förutsättning är att alla tjänstproducenter tekniskt har anslutit sig till riksomfattande informationssystemtjänster med gemensam tillgång till uppdaterade uppgifter. Detta kan stödjas genom vidareutveckling av de nuvarande riksomfattande digitala tjänsterna inom social- och hälsovården (de s.k. Kanta-tjänsterna) samt genom stöd till nya innovativa informationssystem och lösningar som gäller digitala tjänster. Mer information om reformens konsekvenser för de informations- och kommunikationstekniska (IKT) tjänsterna och lösningarna finns i avsnitt 4.2.1.8 i denna proposition och i bakgrundspromemorian (Bilaga 2).

I en förhandsutvärdering gjord av en internationell utvärderingspanel av regeringen Sipiläs vård- och landskapsreform⁵² sades det att den då planerade reformen (RP 15/2017 rd) hade betydande potential att förbättra samordningen och koordineringen av social- och hälsovårdstjänsterna. I förhandsbedömningen konstaterades det att enbart en integration av ordnandet inte säkerställer en serviceintegration på kundnivå, utan att detta förutsätter att vårdlandskapet vidtar kraftiga styråtgärder och att man lär sig av lyckade integrationsprojekt och också att informationssystemen stöds. Denna analys kan anses vara giltig också i fråga om den föreliggande propositionen. Den modell för nationell styrning som införs i samband med reformen finns beskriven i avsnitt 4.2.4.1. Genom nationell styrning kan man stödja vårdlandskapen att genomföra integrationen och skapa enhetlig praxis inom samarbetsområdena och nationellt.

4.2.4.3.4 Konsekvenser för tjänsterna för olika befolkningsgrupper

⁵¹ Keskimäki I, Sinervo T, Koivisto J. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. Public health panorama, 2018; 04 (04), 679–687. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324871>.

⁵² SHM och European Observatory 2016:66.

4.2.4.3.4.1 Befolkningen i arbetsför ålder

Den del av befolkningen i Finland som är i arbetsför ålder är studerande, anställda, arbetslösa eller familjelediga. Avsikten är att ett ökat samarbete mellan olika aktörer och ett bättre informationsutbyte inom social- och hälsovården ska bidra till att upprätthålla arbets- och funktionsförmåga hos dem som är i arbetsför ålder och ett systematiskt arbete för att främja hälsa och välfärd. Då får alla, oberoende av ställning på arbetsmarknaden, enklare jämlik tillgång till social- och hälsovårdstjänsterna. Detta har eller kan ha en positiv inverkan på människors fortsätta arbete och arbetslivsfärdigheter, som potentiellt kan inverka positivt på sysselsättningen och försörjningskvoten samt den regionala livskraften.

För närvarande är cirka 62 procent av befolkningen i Finland i arbetsför ålder. De kan få social- och hälsovård inom den kommunala social- och hälsovården i offentlig regi, dvs. primärvården, den specialiserade sjukvården och socialvården. Service tillhandahålls också inom rehabiliteringssystemet, studerandehälsovården och företagshälsovården. Den kan vara organiserad antingen som service efter bopingskommun eller via det lagstadgade socialförsäkringssystemet genom någon annan tjänsteproducent. För en person i arbetsför ålder är det således inte alltid klart vilket servicesystem han eller hon hör till i olika situationer. Det bör också noteras att utbudet av tjänster för befolkningen i arbetsför ålder i dagsläget varierar bland annat efter individens arbetsmarknadsposition.

I propositionen föreslår regeringen att social- och hälsovården koncentreras och bildar regionala tjänstehelheter. På detta sätt går det bättre att beakta olika tjänster och delar av servicesystem och att av dem bilda ändamålsenliga, rättidiga och smidiga tjänstehelheter och servicekedjor för befolkningen i arbetsför ålder. Förslaget kan bedömas medge en bättre integration av vårdlandskapets tjänster och de tjänster som ordnats inom andra lagstadgade servicesystem. Genom dessa åtgärder är det möjligt att effektivt upprätthålla och förbättra arbetsförmågan hos befolkningen i arbetsför ålder och att på individnivå bidra med stöd för återgången i arbete eller i andra utmaningar i vardagen och vid stödbehov i olika livssituationer.

Funktionell integration av de olika servicesystemen och fungerande servicekedjor inom social- och hälsovården skulle i synnerhet främja de partiellt arbetsföras arbetsmarknadsställning och deltagande i arbetslivet. Detta ger dels ökad produktivitet och större genomslag i fråga om naturaförmånerna inom systemet för social trygghet, dels också effekter inom systemet med penningförmåner, exempelvis i form av utgiftsbesparingar. Exempelvis ger en funktionell integration av företagshälsovården i vårdkedjan för de förvärvsarbetande möjlighet att påverka längden på de sjukdagpenningperioder som ersätts ur socialförsäkringssystemet. Detta sker genom att ändra arbetstagarens uppgiftsbeskrivning efter arbetsförmåga och genom att stödja återgången i arbete. Ett bra exempel på ett systematiskt samarbete mellan den specialiserade sjukvården och företagshälsovården var projektet Saumaton hoitoketjun ja kuntoutuspolku työikäiselle⁵³, som genomfördes i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt 2016–2018. Projektet resulterade i att sjukdagpenningperioden för patienter som genomgått ryggkirurgi förkortades till cirka hälften jämfört med tidigare.

4.2.4.3.4.2 Personer med funktionsnedsättning

Ett särdrag i servicen till personer med funktionsnedsättning är att behovet av sådan service ofta är livslångt. De som behöver sådan service kan leva likställda i sin egen närmiljö endast med

⁵³ <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tukimalli-tyohonpaluuseen-selkaleikkauksen-jalkeenasiakasohjaajana-tyoterveyshuolto/>.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

hjälp av tillräckliga och tillgängliga närtjänster som utgår från det individuella behovet. I detta avseende är det väsentligt att lagförslaget kräver att social- och hälsovårdstjänsterna ordnas nära kunden och att tillgänglighet och tillgång beaktas. Genom propositionen kommer förutsättningarna att förbättras för att personer med funktionsnedsättning som behöver sektorsövergripande service allt oftare kan få all service vid ett och samma verksamhetsställe.

En del av dessa behöver olika social- och hälsovårdstjänster på basnivå, men också tjänster som kräver stor specialkompetens. En horisontell integration, dvs. en sammanslagning av den primära social- och hälsovården, och en vertikal integration, dvs. en sammanslagning av basnivån och den högspecialiserade nivån, gagnar i synnerhet denna kundgrupp. Om ordnandet av tjänster integreras på ett sätt där en enda organisation har ansvaret, uppstår också bättre möjligheter till en funktionell integration som förnyar verksamhetskulturen och där de tjänster som personer med funktionsnedsättning behöver samlas till en samordnad och verkningsfull helhet med hjälp av en klientplan.

Större anordnare ger möjlighet till ny och samlad specialkompetens, också exempelvis för små kundgrupper. Möjligheten att samla en del av de tjänster och uppgifter som hör till social- och hälsovården till större helheter i ett eller flera vårdlandskap är viktig till exempel för att trygga tillgång och kvalitet på tjänster för personer med sällsynta sjukdomar.

I nuläget varierar tillgången till och kvaliteten på servicen till personer med funktionsnedsättning stort i olika kommuner, och kommuninvånarna är således inte i en jämlik ställning. De planerade större anordnarna kan stärka serviceanordnarnas och de yrkesutbildade personernas kompetens, och förslaget kan således främja tjänstekvaliteten och likabehandlingen av brukarna.

Digitaliseringen av tjänster innebär också en möjlighet för personer med funktionsnedsättning, eftersom tillgängligheten beaktas i alla skeden av planeringen och genomförandet. Digitalisering kan spara resurser, främja kundens tillgång till tjänster och göra det möjligt att inrikta personalresurserna på kunder som behöver mycket hjälp och stöd. En absolut förutsättning för att dessa fördelar ska uppnås är att digitala tjänster blir tillgängliga och att detta sker med beaktande av olika kundgruppers särskilda behov. Mer information om reformens konsekvenser för de informations- och kommunikationstekniska (IKT) tjänsterna och lösningarna finns i avsnitt 4.2.1.8 i denna proposition och i bakgrundspromemorian (Bilaga 2).

4.2.4.3.4.3 Barn, unga och familjer

Reformen gäller alla barn, unga och familjer som bor i Finland, eftersom 99,5 procent av barnen i relevant ålder anlitar rådgivningstjänster och alla barn i skolåldern och alla studerande omfattas av elevhälsan. Av de barn som inte uppnått skolåldern omfattas 74 procent av den småbarnspedagogiska verksamheten, och läroplikten inom den grundläggande utbildningen gäller alla som fyllt sju år tills lärokursen för den grundläggande utbildningen har slutförts eller tio år har förflutit sedan läroplikten inträdde. Eftersom också största delen av dem som inte fyllt 18 år för närvarande efter läroplikten går i gymnasiet och studerar vid yrkesläroanstalt kommer reformen att gälla den allmänna basservicen för över en miljon barn och unga.

Den föreslagna reformen ändrar inte i sig innehållet i tjänsterna för barn och unga. Men reformen kommer emellertid sannolikt att ha positiva konsekvenser för sättet att tillhandahålla social- och hälsovård och för kvaliteten på tjänsterna. För närvarande finns det regionala skillnader i tjänsterna för barn och unga bland annat inom elevhälsotjänsterna, mentalvårdstjänsterna för barn och unga, barnskyddet samt tjänsterna för barn och familjer med funktionsnedsättning.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Möjligheterna att trygga tillgången till och kvaliteten på tjänsterna för barn och familjer blir bättre än i det nuvarande kommunbaserade systemet, om ansvaret för att ordna social- och hälsovård för barn och unga koncentreras till större aktörer i vårdlandskapen. Det kan antas att de regionala skillnaderna i service minskar och då ökar jämlikheten bland barn och unga i fråga om tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet.

I dagens system ansvarar kommunerna för all basservice för barn och unga samt för barnskyddet. Den föreslagna lagstiftningen kommer att påverka tjänsterna för barn och familjer väsentligt, eftersom ansvaret för att ordna tjänsterna fördelas mellan två aktörer. Vårdlandskapen övertar ansvaret för att ordna social- och hälsovård för barn och familjer. Detta innefattar rådgivningsbyråerna, elevhälsan, den primära hälso- och socialvården och barnskyddet. Kommunernas undervisningsväsende ska enligt förslaget ordna tjänsterna inom småbarnspedagogiken, den grundläggande utbildningen och utbildningen på andra stadiet. Enligt den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård ska både kommunerna och vårdlandskapen svara för att främja välfärd och hälsa, vilket är viktigt med tanke på tjänsterna för barn och unga.

Vidare ska vårdlandskapen ansvara för samordningen av social- och hälsovårdsverksamheten med den kommunala servicen, och därmed förändras samarbetsstrukturerna för styrningen av tjänsterna och beslutsfattandet i betydande grad. För att vårdlandskapens verksamhet ska vara jämlik och konsekvent behöver landskapet skapa en enhetlig samarbetsstruktur och samarbetspraxis med kommunerna i landskapet. De etablerade samarbetsstrukturerna för tjänsterna måste i praktiken byggas upp på nytt. När aktörerna och strukturerna förändras finns det en risk för att de samarbetsstrukturer och samarbetsförfaranden som tidigare konstaterats fungera inte längre kan utnyttjas i tillräcklig utsträckning. Samtidigt erbjuder reformen en möjlighet att utvidga den praxis som tidigare fungerat väl på kommunnivå till hela vårdlandskapet, och då kommer de positiva effekterna att gagna barn, unga och familjer inom ett större område än tidigare. Det är sannolikt att vårdlandskapet i egenskap av större aktör har bättre förutsättningar att lösa de nuvarande tekniska problem med informationsöverföring som försvårar samarbetet. Sådana problem är förknippade med det etablerade samarbetet mellan social- och hälsovårdsväsendet och undervisningsväsendet.

När det gäller universell basservice för barn och unga har en fungerande samarbetsstruktur inom social- och hälsovården och undervisningsväsendet samt en smidig samarbetspraxis stor betydelse, eftersom tjänsterna gäller främjande av hälsa och välfärd i alla barnfamiljer. En reformering av de befintliga samarbetsstrukturerna kommer att kräva att båda parterna ägnar särskild uppmärksamhet åt att skapa fungerande samarbetsstrukturer för tjänsterna för barn och unga och åt att samordna tjänsterna.

Elev- och studerandevården är ett nyckel exempel på en serviceform som finns i kontaktytan mellan kommunen och vårdlandskapet. Ansvaret för psykolog- och kuratorstjänster ska enligt avsikt överföras till vårdlandskapen. En fördel med dagens elev- och studerandevård där organiseringsansvaret vilar på kommunerna kan anses vara det smidiga samarbetet med lärarna i skolan och annan kommunal service. Nackdelar med de nuvarande elevhälsotjänsterna som de unga fört fram är exempelvis bristen på information om innehållet i de olika tjänsterna, att man skickas från en lucka till en annan och tjänsternas tillgänglighet. Målen att göra tjänsterna mindre splittrade, tillhandhålla tjänster i helheter och ställa kunderna i centrum kan med större sannolikhet uppnås genom att alla elevhälsotjänster ordnas på landskapsnivå, dvs. av vårdlandskapen. Också en horisontell integration av basservicen och en vertikal integration av specialisttjänsterna och basservicen blir möjlig när elevhälsotjänsterna ordnas som en samlad funktionell helhet. Syftet med lagförslaget är elevhälsan även i fortsättningen ska tillhandahållas som

närtjänst med låg tröskel i anslutning till skolor och läroanstalter, vilket är ändamålsenligt med tanke på tillgången till tjänster och deras tillgänglighet.

Vårdlandskapen ger möjlighet att fortsätta utveckla familjecentren för att samordna tjänsterna för barn och familjer. Utvecklingsarbetet i familjecentren har konstaterats förbättra tjänsternas tillgänglighet. Även den hjälp och det stöd som familjerna får har stärkts och kunnat tidigareläggas⁵⁴. Enligt en undersökning från 2019⁵⁵ (Klavus et al., på finska) minskade de samlade närtjänster som tillhandahålls vid de sektorsövergripande familjecentren behovet av reparativa tjänster för barnfamiljer. Undersökningen visade också att det genom riktade ekonomiska resurser till förebyggande tjänster, klientorientering och tydliga serviceprocesser även med en skäligen liten insats går att få genomslag, som på längre sikt ger besparingar när det gäller de sammanlagda kostnaderna för social- och hälsovård.

Genom servicestrategin i landskapsstrategin kan vårdlandskapet särskilt beakta principerna för hur den samlade servicen för barn, unga och familjer tillhandahålls samt samordningen av tjänster mellan vårdlandskapet och kommunen. Landskapet ska bedöma vilken effekt dess beslut om tjänster har för den servicen. När exempelvis tjänster koncentreras till större enheter ska vårdlandskapet se till att en sådan förändring inte försämrar barns och ungas möjligheter att anlita tjänsterna.

4.2.4.3.4.4 Konsekvenser för ordnandet av mentalvårdstjänster för barn och unga

Mentalvårdstjänsterna för barn och unga är utspridda och splittrade, men inom social- och hälsovården i vårdlandskapet kan de organiseras till en välfungerande helhet. Tjänsterna blir då mer lättillgängliga, vilket i synnerhet gagnar barn och unga med stort servicebehov. Funktionella helheter förbättrar behandlingen avseende mentala störningar på basnivå och minskar behovet att hänvisa barn och unga till den specialiserade sjukvården. Detta förutsätter att tjänsterna på basnivå stärks och att fungerande servicestrukturer säkerställs.

Med tanke på barnets bästa är det viktigt att förebygga problem och att sätta in tidigt stöd. Integration av tjänstehelheten för barn, unga och familjer samt tjänsterna på basnivå och högspecialiserad nivå ger möjligheter att stärka och tidigarelägga basservicen. Genom integration av tjänster som ordnas av vårdlandskapet går det att uppnå stora fördelar i synnerhet när det finns behov av multidisciplinära tjänstehelheter⁵⁶. Vissa av de planerade vårdlandskapen är till storlek och resurser mindre än de största kommunerna i dag. Detta kan leda till skillnader mellan vårdlandskapen när det gäller förutsättningarna att tillhandahålla tjänster för barn, unga och familjer. Tjänsterna ska ordnas så att varje vårdlandskap identifierar barnens, de ungas och familjernas behov, för att på så sätt sörja för tillräckliga verksamhetsförutsättningar och resurser och tillräcklig kompetens för mentalvårdstjänsterna för barn och unga.

4.2.4.3.4.5 Konsekvenser för ordnandet av barnskyddet

⁵⁴ THL: Arbetspapper 6/2020.

⁵⁵ THL: Tutkimuksesta tiiviisti 17/2019, på finska.

⁵⁶ Kananoja & Ruuskanen 2019.

Fler utredningar under de senaste åren visar att genomförandet av barnskyddet är oenhetligt, och man har inte lyckats skapa tillräcklig enhetlighet med de tillgängliga styrmedlen⁵⁷. Detta försätter barn, unga och familjer i ojämlik ställning i fråga om tjänsternas kvalitet och tillgänglighet. En stark basnivå på tjänsterna för barn, unga och familjer möjliggör tidigt stöd för barn och unga som växer upp under riskförhållanden. En sådan prioritering kommer att minska behovet av högspecialiserade barnskyddstjänster på lång sikt. Kompetensen inom det missbruks- och mentalvårdsarbete och de tjänster för unga som är kopplade till det högspecialiserade barnskyddet gör det möjligt att mer effektivt än för närvarande tillgodose barns och ungas individuella behov. I dagsläget är ungdomar överrepresenterade inom de reparativa barnskyddstjänsterna, i synnerhet inom vården utanför hemmet. Tillgången till tjänster som beaktar dessa ungdomars särskilda behov är inte tillräcklig. Om tjänsterna ordnas på landskapsnivå av vårdlandskapen går det lättare än i dag att tillhandahålla högklassiga och sektorsövergripande barnskyddstjänster inom öppen vård, vård utanför hemmet och eftervård med beaktande av barnens och de ungas ålder och individuella servicebehov.

Av de barn som riskerar att bli placerade eller som har placerats hade 40 procent fått minst sju olika tjänster. Samtidigt hade en stor del av de barn som är klienter hos barnskyddet, har blivit placerade eller riskerar placering inte fått den basservice eller specialistservice som de skulle ha behövt före placeringen. Problem förekommer i synnerhet i tillgången till missbrukar- och mentalvårdstjänster. Exempelvis fick endast 35 procent av de placerade ungdomarna med missbruksproblem i bakgrunden hjälp med sitt missbruksproblem. Två av tre barn i behov av vård fick vård för mentala problem⁵⁸. Genom tjänsteintegration blir det enklare att ingripa i denna typ av problemsituationer.

Det finns skillnader mellan vårdlandskapen i fråga om antalet barn inom barnskyddets öppen- vård, barn som placerats i brådskande ordning och barn som omhändertagits samt användningen av placeringsplatser. Vårdlandskapens självständiga beslutanderätt när det gäller att ordna tjänster kan leda till olika lösningar när det gäller organiseringen av tjänsterna. I landskapens interna verksamhet kan risken vara att lokalkännedomen försämras i det beslutsfattande som gäller ordnandet av tjänster. Detta kan i reformgenomförandet leda till att bästa praxis i kommunerna inte överförs fullt ut till den nya organisationen. Till följd av reformen kommer kommunerna även fortsättningsvis att ha ansvaret för småbarnspedagogiken, den grundläggande utbildningen och fritidstjänsterna. Det kommer att finnas en kontaktyta mellan kommunen och vårdlandskapet, och den behöver beaktas när tjänster planeras och tillhandahålls. Tjänsterna för barn, unga och familjer ska samordnas, vilket förutsätter ett smidigt informationsutbyte mellan kommunerna och vårdlandskapen. Reformeringen av strukturerna för social- och hälsovård och för de pedagogiska tjänsterna och bildningstjänsterna ska därför ske så att fungerande samarbetsförfaranden kvarstår.

När det gäller barnskyddet behöver klienterna inom den krävande vården utanför hemmet hälso- och sjukvård på basnivå och på högspecialiserad nivå och även barnskydds- och socialvårdstjänster. Horisontell integration av basservicen och vertikal integration av specialtjänster och

⁵⁷ T.ex. Kananoja, Aulikki & Ruuskanen, Kristiina (2018) Selvityshenkilön ehdotus lastensuojelun laa-
tua parantavaksi tiekartaksi. Väiliraportti. SHM:s rapporter och promemorior 31/2018.; Kananoja, Au-
likki & Ruuskanen, Kristiina (2019) Selvityshenkilön ehdotukset lastensuojelun toimintaedellytysten ja
laadun parantamiseksi. Loppuraportti. SHM:s rapporter och promemorior 2019:4.

⁵⁸ Heino, Tarja & Hyry, Sylvia & Ikäheimo, Salla, & Kuronen, Mikko & Rajala, Rika (2016) Lasten
kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset. Rapport från projektet HuosTa
(2014–2015). Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 3.

basservice främjar i synnerhet integrationen av tjänster efter behov för barn med stort stödbehov och barn som får vård utanför hemmet. Genom propositionen går det i bästa fall att förbättra tjänsterna för de mest utsatta barnen, dämpa kostnadsökningen inom barnskyddet och jämna ut kostnadsfördelningen, eftersom de större vårdlandskapen i fortsättningen ska svara för kostnaderna i stället för kommunerna.

4.2.4.3.4.6 Klienter inom mental- och missbruksvård

Enligt Refinement-undersökningen om mentalvårdstjänster möjliggör ett större befolkningsunderlag för ordnandet av tjänsterna mångsidigare service och mer specialiserad kompetens⁵⁹. Enligt en annan undersökning (Merttu) korrelerar mångsidiga och många öppenvårdstjänster i ett område med en lägre självmordsstatistik⁶⁰. När det gäller vården av mentala problem är en snabb tillgång till vård, snabb och effektiv vård redan från början och integrerade vårdformer för allvarligare störningar centrala. När det gäller allvarliga mentala störningar finns det tidvis även behov av sjukhusvård, vilket inte ens mångsidiga öppenvårdstjänster kan ersätta⁶¹. Starkare anordnare än för närvarande har bättre möjligheter att säkerställa kvalitativa, mångsidiga och likvärdiga mentalvårdstjänster, vilket kan leda till en ökad likställdhet mellan områdena.

Ett större befolkningsunderlag medger omfattande och samordnade tjänster enligt den nationella strategin för psykisk hälsa. Då går det att samtidigt beakta behovet av behandling av psykiska och fysiska hälsoproblem, missbrukarservice och socialvårdstjänster. Vid psykiska sjukdomar bör man i regel snabbt få vård. Enligt strategin är det bästa sättet att tillhandahålla vården att göra bedömningen och de primära insatserna som en del av den övriga primärvården vid social- och hälsocentralerna och verksamhetsställena för primärvården för barn och unga och att tillhandahålla stödet och anvisningarna inom den specialiserade sjukvården utan hinder, flexibelt och nära.

Behovet av mentalvård och missbrukarvård ökar. Om vården, behandlingen och servicen ordnas av som funktionella, samordnade helheter blir det möjligt att genom en optimal resursanvändning dämpa kostnadsökningen. Välplanerade och fungerande strukturer i arbetet för att främja psykisk hälsa samt organisationernas tjänster bildar ur klientens synvinkel ett samlat paket stöd och tjänster för att främja psykisk hälsa och förebygga rusmedelsskador.

De ekonomiska konsekvenserna av en utökad tillgång på vård för mentala problem har undersökts internationellt. I en undersökning som leddes av Världshälsoorganisationen (WHO) uppskattades de ekonomiska konsekvenserna av ökad behandling av depression och ångest i 36 länder. Slutsatsen var att nyttan överskrider kostnaderna 2,3–3,0-falt om endast den ekonomiska nyttan räknas med och 3,3–5,7-falt om också värdet på förbättrad hälsa (förebyggd sjukfrekvens och friska levnadsår) räknas med⁶².

⁵⁹ Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G, Pankakoski M, Malin M, Sadeniemi M, Kaila M, Wahlbeck K. Size matters - determinants of modern, community-oriented mental health services. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Aug 19;11(8), 8456-74.

⁶⁰ Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*. 2009 Jan 10;373(9658), 147-53.

⁶¹ Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kaila M, Saarni SI, Joffe G, Kontio R, Oranta O, Sadeniemi M, Wahlbeck K. Regional Correlates of Psychiatric Inpatient Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Dec 5;13(12).

⁶² Chisholm et al. 2016.

4.2.4.3.4.7 Äldre

Reformen har betydande konsekvenser för tillgodoseendet av äldre människors servicebehov och för hur man säkerställer att tjänsterna genomförs på ett socialt och ekonomiskt hållbart sätt även i fortsättningen. Befolkningen fortsätter att åldras långt in i framtiden, vilket ökar behovet av social- och hälsovårdstjänster för äldre. När endast en anordnare ansvarar för tjänsterna blir det möjligt att integrera dem på ett fungerande sätt och att ge klient- och servicestyrning som omfattar hela tjänstebudgeten. På detta sätt tillhandahålls tjänstehelheterna för äldre mer rättidigt och effektivt.

För att svara mot de behov som kommer med högre ålder är det viktigt att de tjänster som främjar välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga fungerar effektivt, dvs. på ett sätt som förebygger uppkomsten av servicebehov. En stor del av dessa funktioner ska även i fortsättningen höra till kommunernas uppgifter, och därför är det viktigt att bygga upp fungerande samarbetspraxis mellan kommunerna och vårdlandskapen. En fungerande klient- och servicestyrning hjälper till att säkerställa att äldre kan hänvisas till funktioner som motsvarar deras behov. Det kan röra sig om funktioner inom social- och hälsovården eller sådana motions-, utbildnings- och kulturtjänster eller andra välfärdstjänster som kommunen står för.

Äldre anlitar ofta många social- och hälsovårdstjänster samtidigt. En analys som gjorts utifrån uppgifter från Uleåborg⁶³ visade att cirka 10 procent av kunderna inom social- och hälsovården står för 81 procent av de totala kostnaderna. Av dessa var 38 procent äldre personer som anlitar både kortvarig och långvarig service inom social- och hälsovården. Således är äldre som anlitar omfattande service inom social- och hälsovården också en grupp som har nytta av att olika nivåer av social- och hälsovården integreras. Dessutom går det att påverka kostnadsökningen genom en väl genomförd integration av servicesystemet.

Inom räddningsväsendet förutsätter en åldrande befolkning där funktionsförmågas försämras bland annat att nya typer av boende- och säkerhetslösningar tas fram. Genom effektivare nationell styrning kan man bidra till att vårdlandskapen utvecklar lösningar som är till nytta för äldre och grupper med särskilda behov och att detta sker mer enhetligt och därmed mer jämlikt än hittills.

4.2.4.3.5 Konsekvenser för befolkningens välfärd och hälsa samt för minskning av ojämlikheten

I de föregående kapitlen bedöms den föreslagna reformens konsekvenser för främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet samt för den erbjudna servicen. Genom reformen koncentreras ansvaret för ordnandet av tjänsterna på färre och större organisationer än tidigare. Vårdlandskapen är större än kommunerna till befolkningsmängd och areal och kommer att ha bättre förutsättningar att bedöma olika befolknings- och kundgruppers behov av tjänster på ett jämlikt sätt och att rikta resurser utifrån de konstaterade behoven. Reformen stärker kompetensen och stödet till kommunerna när det gäller välfärd, hälsa och säkerhet, och detta drar i synnerhet små kommuner nytta av. Dessutom skapas lämpliga förutsättningar för tillträde till vård eller service och för

⁶³ Leskelä et al. Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Finlands Läkartidning 48(68)/2013.

att det i hela landet ska finnas tillräcklig tillgång till verkningsfulla tjänster av hög kvalitet och på lika villkor.

Reformen kommer sannolikt att stärka tjänsterna på basnivå. Till exempel enligt en undersökning som gjorts av Hansen m.fl. (2015)⁶⁴ finns det bevis för att en stark primärvård gynnar i synnerhet långtidssjuka. En omfattande undersökning som gällde EU-länderna visade att långtidssjuka upplevde att deras hälsotillstånd var bra eller mycket bra i länder med stark primärvård och bättre samordning. Dessutom minskade en bättre tillgång till primärvård risken för obehandlade hälsoproblem. Ett starkt primärvårdssystem verkade vara till särskilt stor nytta för multisyjuka personer.

Enligt tidigare kapitel kommer reformen sannolikt att öka jämlikheten i fråga om tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet. De föreslagna vårdlandskapen kommer att kunna allokera resurser efter det konstaterade behovet. På så sätt minskar reformen sannolikt skillnaderna i välfärd och hälsa mellan olika befolkningsgrupper både mellan vårdlandskapen och inom landskapen.

4.2.4.4 Konsekvenser av ändringar som gäller de språkliga rättigheterna

Det föreslås att språklagstiftningen ses över samtidigt som vården reformeras, dvs. på så sätt att de nya vårdlandskapen och deras ställning beaktas i språklagstiftningen. Vårdlandskapen kan jämföras med kommunerna när det gäller tillämpning av språklagen. Landskapet kommer i enlighet med 6 § i den lagen att vara enspråkigt, om där ingår enbart enspråkiga kommuner med samma språk, och tvåspråkigt, om en enda tvåspråkig kommun hör till det. Av de landskap för social- och hälsovård (vårdlandskap) som enligt förslaget ska bildas är följande tvåspråkiga: Mellersta Österbotten, Kymmenedalen, Österbotten, Västra Nyland, Vanda-Kervo, Östra Nyland och Egentliga Finland. Helsingfors stad är en tvåspråkig kommun. Österbotten är det enda vårdlandskapet med svenska som majoritetsspråk. Av de fem samarbetsområden för vårdlandskapen som föreslås i lagen om ordnande av social- och hälsovård innefattar tre tvåspråkiga vårdlandskap.

Språklagen innebär att landskapsfullmäktige och landskapsstyrelsen i vårdlandskapet måste skriva möteskallelser och protokoll på båda nationalspråken. Beslut om språket i möteskallelser och protokoll för andra organ får vårdlandskapet fatta själv, men med beaktande av att de förtroendevaldas möjlighet att fullgöra sina uppgifter ska tryggas och kommuninvånarnas behov av information tillgodoses. I praktiken innebär detta att åtminstone vårdlandskapen för region Nyland, Egentliga Finland och Österbotten, där det finns en kvantitativt eller proportionellt sett stor språkminoritet, också tar fram största delen av möteshandlingarna för vårdlandskapets övriga organ på både finska och svenska. Det är motiverat, eftersom det i dessa vårdlandskap också finns kommuner där majoritetsspråket är ett annat än landskapets majoritetsspråk och där möteshandlingarna i huvudsak har upprättats på något annat språk än majoritetsspråket i landskapet.

Enligt förslaget ska vårdlandskapet i sin förvaltningsstadga utfärda de bestämmelser som behövs för att de språkliga rättigheterna ska tillgodoses i landskapets förvaltning på det sätt som anges i språklagen och i annan lag. Dessutom ska landskapsstrategin i tvåspråkiga vårdlandskap se till att de språkliga rättigheterna tillgodoses när landskapet ordnar och tillhandahåller sina tjänster.

⁶⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355055>.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

De språkliga rättigheterna för invånarna och dem som anlitar service i vårdlandskapen ska enligt förslaget, när det gäller nationalspråken, tryggas med stöd av 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård på så sätt att de har rätt att få service på finska eller svenska i ett tvåspråkigt landskap, beroende på vilket språk de väljer. I ett enspråkigt vårdlandskap ska tjänsterna ordnas på landskapets språk. Propositionen innebär ingen förändring av innehållet i de språkliga rättigheterna, utan exempelvis de tvåspråkiga vårdlandskapens skyldigheter motsvarar tvåspråkiga kommuners skyldigheter.

I 11 § 2 mom. i den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om vilka vårdlandskap som ska ansvara för omfattande jourtjänster dygnet runt. Den föreslagna regleringen motsvarar till denna del en ändring av 50 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen, som gällde arbetsfördelningen mellan joursjukhusen (L 1516/2016, RP 224/2016 rd) och trädde i kraft den 1 januari 2017.

Genom reformen sker en geografisk utvidgning av rätten att få social- och hälsovårdstjänster på både finska och svenska. Det beror på att ett tvåspråkigt vårdlandskap enligt förslaget ska ordna tjänster på finska och svenska också i sådana enspråkiga kommuner inom landskapet där tjänsterna före reformen har ordnats på kommunens språk. De språkliga rättigheterna för invånarna i enspråkiga kommuner i ett tvåspråkigt vårdlandskap tillgodoses bättre i och med det.

Inom den specialiserade sjukvården kommer överföringen av organiseringsansvaret till vårdlandskapen inte att inverka på samma sätt som i fråga om andra tjänster inom social- och hälsovården, eftersom de sjukvårdsdistrikt som består av tvåspråkiga kommuner har varit tvåspråkiga och ordnat tjänsterna på båda nationalspråken. I enspråkiga vårdlandskap bestäms de språkliga rättigheterna för den språkliga minoriteten, såsom svenskspråkiga, med stöd av patientlagen, enligt vilken patientens modersmål ska beaktas i vården.

Enligt förslaget ska tvåspråkiga vårdlandskap också avtala om inbördes samarbete och arbetsfördelning när det gäller att ordna social- och hälsovård på svenska, om vissa kriterier är uppfyllda. Avsikten är att garantera tillgången till krävande service på svenska och att trygga vissa av de specialomsorger som Kårkulla samkommun erbjuder personer med funktionsnedsättning fortsätter att fungera på svenska och att öka tillgången till annan krävande service på svenska. Genom samarbetsavtal mellan tvåspråkiga vårdlandskap där nya tjänster ingår blir det möjligt att främja tillgången till flera tjänster på svenska.

I 54 § i införelagen föreskrivs det om överföringen av Kårkulla samkommuns uppgifter, fastigheterna och lokalerna till vårdlandskapen. På detta sätt får svenskspråkiga personer med funktionsnedsättning specialomsorger för personer med utvecklingsstörning samt annan funktionshinderservice som närservice ordnad av det vårdlandskap de bor i. Närservicen kan integreras med andra tjänster inom social- och hälsovården samt funktionshinderservicen som ordnas av landskapet. Propositionen främjar jämlikheten mellan språkgrupperna i fråga om tjänster. För att säkerställa faktisk likabehandling av svenskspråkiga personer med funktionsnedsättning är det dock viktigt att se till att de tjänster och funktioner som överförs från Kårkulla samkommun även i fortsättningen fungerar på svenska. Som exempel kan nämnas de enspråkigt svenska enheterna för boendeservice, där den boende ska kunna lita på att tjänster på det egna språket finns att tillgå i alla situationer.

Enligt 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska X vårdlandskap stödja utvecklingen av de svenskspråkiga tjänsterna i hela landet. På motsvarande sätt ska vårdlandskapet Lappland stödja utvecklandet av tjänster på samiska i hela landet.

4.2.4.4.1 Tillgodoseende av de språkliga rättigheterna i praktiken

På lagnivå garanteras de språkliga rättigheterna väl inom social- och hälsovården och i kontakterna med vårdlandskapet. För brukarna är det väsentliga emellertid hur rättigheterna kan utövas i praktiken. Nyckelfaktorer för hur de språkliga rättigheterna kan tillgodoses i praktiken är den språkliga minoritetens relativa andel av befolkningen i det berörda området, tillgången på språkkunnig personal, möjligheterna att ordna tjänster med hänsyn till språkliga behov och även olika styrmedel.

Enligt Språkbarometern för 2004–2016⁶⁵ finns det till och med stora regionala skillnader i hur de språkliga rättigheterna tillgodoses. Svenskspråkiga ger bäst betyg åt social- och hälsovården i Österbotten och sämst betyg i Åboland. De regionala skillnaderna är störst när det gäller vissa tjänster vid hälsovårdscentralerna. För de finskspråkiga är situationen den motsatta, bäst betyg ges i Åboland och sämst i Österbotten. De finskspråkiga är emellertid betydligt mer nöjda än de svenskspråkiga. Skillnaderna mellan olika sektorer är störst inom jourtjänsterna och inom hel- dygnsvården på avdelning.

Brukarna är mer nöjda med de språkliga tjänsterna i regioner där den språkliga minoriteten är förhållandevis stor. När de områden som ska ansvara för att ordna social- och hälsovården blir större i förhållande till kommunerna och den språkliga minoriteten blir relativt sett mindre inom dessa geografiska områden, kan det hända att den språkliga servicen i praktiken försvagas både inom förvaltningen och inom social- och hälsovården. Vårdlandskapen kan dock påverka detta genom språkfokuserad planering eller koncentration av tjänsterna, språkprogram, språktillägg och språkkurser för personalen.

Den språkliga minoritetens andel och storlek påverkar också hur man lyckas rekrytera språkkunnig personal. Tillgången på sådan personal är bäst på de orter där den språkliga minoriteten är förhållandevis stor. På det finländska fastlandet finns det inte tillräckligt med yrkesutbildade personer som kan svenska, och särskilt i huvudstadsregionen är situationen svår, vilket har lett till en bristfällig tillgång till tjänster på det egna språket. Propositionen påverkar emellertid inte den nuvarande personalens språkkunskaper. På längre sikt kan rekryteringen dock komma att försvåras, i synnerhet om tjänsterna koncentreras till starkt finskspråkiga områden.

Förslaget innehåller nya skyldigheter som gäller styrningen av vårdlandskapen. Syftet med dem är att se till att de språkliga rättigheterna tillgodoses i landskapens dagliga verksamhet. Statsrådet ska fastställa de riksomfattande målen för ordnande av social- och hälsovården vart fjärde år och bland annat bestämma målen för tryggnad av de språkliga rättigheterna. Även inom samarbetsområdena ska man komma överens om hur de språkliga rättigheterna ska garanteras.

4.2.4.4.2 Konsekvenser för personalens språkkunskaper

I samband med reformen föreslås det att lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003) ändras så att den också ska tillämpas på vårdlandskapen. Vårdlandskapet ska ha en skyldighet att sörja för de anställdas språkkunskaper på olika sätt och i samband med rekrytering försäkra sig om att den som anställs har tillräckliga språkkunskaper med tanke på uppgifterna. Vårdlandskapet ska bestämma vilka språkkunskaper som krävs av de anställda.

⁶⁵ Språkbarometern 2004–2016, Justitieministeriets publikation 52/2016 (https://julkaisut.valtion-euvosto.fi/bitstream/handle/10024/79090/OMSO_52_2016_Spr%C3%A5kbaro.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

Kraven på språkkunskaper bör ställas så att de faktiska språkkunskaperna finns där de behövs. Alla anställda behöver dock inte kunna båda språken i vårdlandskapet. När de språkliga rättigheterna börjar gälla inom ett geografiskt större område måste dock allt fler av vårdlandskapets anställda ha tillräckliga kunskaper i finska och svenska.

4.2.4.4.3 Nationalspråksnämnden och samiska språknämnden

Enligt bedömningar kommer den språkliga minoritetens möjligheter att påverka i vårdlandskapet att vara sämre än i dagsläget i kommunerna. Därför föreslås det i propositionen att det inrättas en nationalspråksnämnd och en samisk språknämnd. Nationalspråksnämnden ska ge akt på och främja de språkliga rättigheterna i vårdlandskapet, och den ska kunna lägga fram förslag för landskapsstyrelsen, som behandlar dem i enlighet med principerna för god förvaltning. Förslagen kan gälla exempelvis hur finansiering ska allokeras eller service i praktiken ska ordnas. Varje myndighet övervakar själv inom sitt ansvarsområde att språklagstiftningen följs, och nämnden hjälper för sin del vårdlandskapet med denna uppgift.

Samiska språknämndens ska ha samma uppgifter som nationalspråksnämnden, och uppgifterna ska uttryckligen anknyta till de språkliga rättigheterna i vårdlandskapet Lappland. Nämnden ska inte till någon del sköta de uppgifter som föreskrivs för sametinget eller inskränka sametingets behörighet. Om vårdlandskapet exempelvis med stöd av 9 § i sametingslagen blir skyldigt att förhandla med sametinget ska förhandlingarna inte kunna ersättas med verksamheten i samiska språknämnden.

4.2.4.4.4 Konsekvenser för samernas språkliga rättigheter

I samband med reformen överförs ansvaret för att ordna social- och hälsovården och organisera räddningsväsendet till vårdlandskapet Lappland från kommunerna inom samernas hembygdsområde, dvs. Enontekis, Enare och Utsjoki kommuner och en del av Sodankylä kommun. Dessutom övertar vårdlandskapet Lappland ansvaret för att organisera uppgifterna för Lapplands sjukvårdsdistrikt inom hembygdsområdet och Lapplands specialomsorgsdistrikt. Det föreslås att samiska språklagen (1086/2003) ändras så att vårdlandskapet Lappland fogas till de myndigheter som omfattas av lagens tillämpningsområde. Genom de föreslagna ändringarna säkerställs det att samernas språkliga rättigheter bibehålls när uppgifterna överförs från kommunerna till vårdlandskapet.

I 3 kap. i samiska språklagen finns särskilda bestämmelser som ska tillämpas inom samernas hembygdsområde. En same har inom hembygdsområdet alltid rätt att i kontakt med en myndighet som hör till lagens tillämpningsområde använda samiska, oberoende av om det är i egen sak eller inte. Utanför hembygdsområdet är rätten begränsad till egen sak eller i ett ärende där personen i fråga hörs. Dessutom har samer under vissa förutsättningar rätt att på begäran få expeditioner eller andra handlingar på samiska. Utanför hembygdsområdet föreligger rätt till översättningar till samiska. Enligt motiveringen till den gällande lagen ska en myndighet som har ämbetsverk och andra enheter både inom och utanför samernas hembygdsområde följa bestämmelserna i 3 kap. endast i de ämbetsverk och enheter som finns inom samernas hembygdsområde. Det innebär att den service som tillhandahålls den centrala tätorten i Sodankylä kommun inte omfattas av 3 kap., eftersom den inte ligger inom området för renbeteslaget Lapin paliskunta, som hör till hembygdsområdet. I fortsättningen ska vårdlandskapet Lappland emellertid i kontakterna med en person vars hemkommun är Enare, Enontekis, Sodankylä eller Utsjoki följa bestämmelserna i 3 kap. även utanför samernas hembygdsområde. Genom ett sådant tillägg kommer rättigheterna för de samerna som bor i kommunerna inom hembygdsområdet

att garanteras i situationer där ett ämbetsverk eller verksamhetsställe med kundbetjäning kommer att ligga utanför hembygdsområdet när uppgifterna överförs från kommunerna till vårdlandskapet. I och med ändringen utvidgas tillämpningsområdet för de språkliga rättigheterna, men det behövs för att de språkliga rättigheterna inte ska försvagas. I fråga om de tjänster som ordnas i Sodankylä kommun kommer rätten att uträta ärenden på samiska hos myndigheterna i vårdlandskapet Lapplands att vara mera omfattande, eftersom den inte längre ska vara begränsad endast till egen sak utanför området för renbeteslaget Lapin paliskunta.

I fråga om social- och hälsovårdstjänsterna är rätten att få service på samiska utanför hembygdsområdet dock begränsad. Avsikten är att i lagen om ordnande av social- och hälsovård beskriva särskilt att kunder har rätt att på det sätt som avses i samiska språklagen använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras av kommuner i samernas hembygdsområde samt i inom vårdlandskapet Lappland i fråga om sådana social- och hälsovårdstjänster som endast produceras på sådana verksamhetsställen för tjänsteproducenter som inte finns i kommunerna inom hembygdsområdet. Detta innebär att förpliktelserna i samiska språklagen ska iakttas exempelvis i en verksamhetsenhet för social- och hälsovård inom någon av kommunerna Enontekis, Enare, Utsjoki och Sodankylä. Förpliktelserna ska dessutom gälla vårdlandskapets verksamhetsenheter för specialiserad sjukvård i Rovaniemi. Dessutom har en kund vars hemkommun enligt lagen om hemkommun ligger inom hembygdsområdet rätt att i vårdlandskapet använda samiska i fråga om de tjänster som tillhandahålls vid verksamhetsenheter utanför kommunerna i hembygdsområdet och som vårdlandskapet Lappland har anvisat invånarna i de berörda kommunerna att använda med stöd av bestämmelsen om tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet.

Regleringen omfattar när det gäller rättigheternas omfattning således samma tjänster och geografiska område som i nuläget. Rättigheterna utsträcks dessutom i fråga om andra social- och hälsovårdstjänster än de som produceras i kommunerna i hembygdsområdet geografiskt till området för nuvarande sjukvårdsdistriktet i sydvästra Lappland, eftersom det blir en del av vårdlandskapet Lappland. Detta kan anses vara motiverat, eftersom det nya vårdlandskapet Lappland om det så vill kan koncentrera vissa tjänster till exempel till Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi och vissa tjänster exempelvis till sydvästra Lapplands centralsjukhus i Kemi. Rättigheterna avses också bli utvidgade till sådana verksamhetsenheter utanför kommunerna inom hembygdsområdet där vårdlandskapet Lappland tillhandahåller sådana social- och hälsovårdstjänster som invånarna i de kommunerna anvisats att använda. Detta kan anses motiverat, eftersom avstånden till tjänsterna inom hembygdsområdet kan vara avsevärt långa och verksamhetsenheterna utanför hembygdsområdet till sitt läge vara mer lättillgängliga än verksamhetsenheterna inom området.

Samiska språklagen är i dagsläget förpliktande också för sådana samkommuner där någon av kommunerna inom hembygdsområdet är medlem. Exempel svarar samkommunen för Lapplands sjukvårdsdistrikt för primärvården i kommunerna Muonio och Enontekis, och dess huvudsakliga verksamhetsställe är hälsovårdscentralen i Muonio. Samerna har rätt att få service på samiska vid den hälsovårdscentralen trots att den ligger utanför hembygdsområdet. I fortsättningen ska kunden ha rätt att använda samiska får sådana tjänster där vårdlandskapet Lappland anvisar invånarna i kommunerna inom hembygdsområdet till verksamhetsenhet i Muonio för primärvård med stöd av bestämmelsen om tillgång och tillgänglighet. De föreslagna ändringarna ändrar således inte situationen.

Samiska språklagen tillämpas också på de domstolar, de myndigheter inom distrikts- och lokalförvaltningen och de regionförvaltningsverk till vars ämbetsdistrikt kommunerna inom hembygdsområdet hör. Ämbetsdistriktet för de domstolarna och myndigheterna omfattar i dagsläget

i praktiken området för vårdlandskapet Lappland. Det innebär att samiska språklagen kommer att kunna tillämpas exempelvis på behandlingen vid förvaltningsdomstol av besvär över beslut som fattats av vårdlandskapet Lappland och på behandlingen vid regionförvaltningsverket av klagomål som gäller landskapets verksamhet. Dessutom ska en same som enligt samiska språklagen har använt samiska hos vårdlandskapet Lapplands myndigheter rätt att använda samiska också utanför samernas hembygdsområde vid statliga myndigheter när de i egenskap av myndighet där ändring sökts behandlar ärenden som inletts hos myndigheterna i landskapet. Besvärmyndigheter i fråga om vårdlandskapet Lappland är de förvaltningsdomstolar vars ämbetsdistrikt redan nu omfattar det nuvarande landskapet. Reformen inbegriper inga ändringar i områdesindelningen för vårdlandskapet eller domstolarna i Lappland. Bestämmelsen förpliktar samma myndigheter som redan i dag som myndigheter där ändrings söks behandlar ärenden som inletts hos en myndighet inom hembygdsområdet.

I propositionen föreslås samerna få samma rättigheter att använda samiska i de representativa organen i vårdlandskapet Lappland samt landskapet samma skyldighet att översätta beslutsrelaterade handlingar till samiska som i dagsläget gäller i kommunerna inom hembygdsområdet. Vårdlandskapet Lappland ska använda samiska i information till allmänheten och inom hembygdsområdet ge meddelanden och annan information till allmänheten samt skyltar och för allmänheten avsedda blanketter med ifyllnadsanvisningar också på samiska. Landskapet ska inom hembygdsområdet i brev och andra handlingar till samiskspråkiga kunder på eget initiativ använda kundens modersmål, om myndigheten utan oskäligt besvär kan ta reda på det, och använda samiska när den svarar någon som skriftligen kontaktat myndigheten på samiska. Vårdlandskapet Lappland ska också i övrigt på eget initiativ visa utåt att det betjänar allmänheten även på samiska.

Landskapet ska vidta förberedelser för att det finns tillräckligt med anslag för översättning av handlingar, tolkning och information. Det är fråga om att överföra befintliga uppgifter och att utsträcka anknytande skyldigheterna enligt samiska språklagen till att även gälla vårdlandskapet Lappland. Dessutom ska de översättningar och den tolkning som fyra kommuner behöver koncentreras till den del uppgifterna överförs till vårdlandskapet. Det är fråga om en överföring av uppgifter och därför medför lagändringen sammantaget inte någon betydande förändring när det gäller översättningar, tolkning och informering.

Enligt samiska språklagen är huvudprincipen den att ett ärende ska handläggas av en anställd som kan samiska. Om det inte finns någon anställd som kan samiska ska myndigheten ordna avgiftsfri tolkning. Vårdlandskapet Lappland ska vid rekrytering och dessutom genom att ordna utbildning eller genom andra åtgärder förvissa sig om att personalen vid varje ämbetsverk och annat verksamhetsställe kan betjäna kunderna också på samiska i enlighet med samiska språklagen och den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I praktiken har det visat sig vara svårt att tillgodose samernas språkliga rättigheter inom social- och hälsovården⁶⁶. Det beror bland annat på brister i tillgången på yrkesutbildad personal på samiska, gles bosättning och långa avstånd. Samernas servicenöjdhet och tillgången till tjänster inom hembygdsområdet ligger på en klart lägre allmännivå än genomsnittet i Finland⁶⁷. Dessutom upplevs det att vissa myndigheters attityder till de språkliga rättigheterna och bristande kunskaper gör det svårare att få service på samiska⁶⁸.

⁶⁶ Regeringens berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen 2017.

⁶⁷ Heikkilä, Lydia m.fl. (2013): Saamelaisten hyvä elämä ja hyvinvointipalvelut s. 97–157.

⁶⁸ Samebarometer 2016.

Avsikten är att genom de föreslagna lagändringarna se till att de språkliga rättigheterna ligger kvar åtminstone på nuvarande nivå. Reformens konsekvenser för hur samernas språkliga rättigheter tillgodoses beror dock i första hand på hur servicen på samiska ordnas och genomförs i den nya organisationen i vårdlandskapet och hur exempelvis det gränsregionala samarbetet och tolkningen utvecklas. När reformen genomförs bör man jobba särskilt med att utveckla servicen för att samerna ska kunna utöva sina språkliga rättigheter på avsett sätt.

4.2.4.4.5 Konsekvenser för teckenspråkiga

Bestämmelser om hur tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna för dem som använder det finska och det finlandssvenska teckenspråket ska främjas finns i teckenspråklagen (359/2015). Enligt 3 § i den lagen ska myndigheterna och andra som sköter offentliga förvaltningsuppgifter i sin verksamhet främja möjligheterna för dem som använder teckenspråk att använda och få information på sitt eget språk. Reformens konsekvenser för teckenspråkiga personers språkliga rättigheter kommer att vara beroende av hur vårdlandskapen ordnar teckenspråkstolkning inom social- och hälsovården, eftersom det än så länge inte finns särskilt mycket att tillgå på det egna språket. Även information om social- och hälsovårdstjänsterna på både det finska och det finlandssvenska teckenspråket är något vårdlandskapen måste planera för.

4.2.4.5 Konsekvenser för jämställdheten

Propositionen kommer att få olika konsekvenser för kvinnor och män som serviceanvändare och tjänsteproducenter. Vidare kommer reformen att påverka kvinnor och män olika som arbetstagare eller beslutsfattare. Det finns skillnader mellan könen i välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukfrekvens och mortalitet. Könet är en central faktor också när granskningen görs med avseende på befolkningsgrupper. Till exempel är inverkan av socioekonomiska faktorer avsevärt större hos män än hos kvinnor.

Användningen av social- och hälsovårdstjänster kan betraktas ur olika perspektiv, bland annat med avseende på bedömning av servicebehovet, servicestyrning och kundens valfrihet. Männen söker sig mera sällan än kvinnor till vård, och servicestyrningen och rådgivningen har då en stor betydelse i synnerhet för männens tjänsteanvändning. Av dem som uppsökte primärvårdsmottagning 2018 var 55 procent kvinnor och 45 procent män. Kvinnorna gjorde 58 procent av besöken inom primärvården och männen 42 procent. År 2018 stod kvinnorna för 60 procent av läkar- och tandläkarbesöken inom primärvården⁶⁹. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, och majoriteten av de äldre är kvinnor. Ju äldre personer det är fråga om, desto mer ökar skillnaden mellan könen. Användningen av social- och hälsovårdstjänster ökar med åldern. Exempelvis är 70 procent kvinnor av dem som anlitar hemvården och är över 75 år gamla⁷⁰. Genom att bedöma behovet av social- och hälsovårdstjänster utifrån kundens kön och rikta tjänsteutbudet enligt det kan man skapa nya möjligheter att främja jämställdheten när det kommer till tjänsteanvändning och hälsa och därmed spara in på kostnaderna.

Institutet för hälsa och välfärd har bedömt att invånarnas jämlikhet antagligen ökar anordnarna av social- och hälsovård växer i storlek⁷¹. Männens hälsa och välfärd är sämre än kvinnornas enligt flera olika indikatorer, till exempel upplevd hälsa, förväntad livslängd och levnadsvanor. Om man genom reformen lyckas stärka basnivån och integrera tjänsterna så att i synnerhet de

⁶⁹ Klienter inom missbrukarvården 2018.

⁷⁰ Klienter inom missbrukarvården 2018.

⁷¹ Källa: Institutets utlåtande om lagen om ordnande av social- och hälsovård 9.11.2016.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

mest utsatta får bättre och tillräcklig tillgång till tjänster i rätt tid, kommer reformen uppskattningsvis att jämna ut skillnaderna i välfärd mellan kvinnor och män och att förbättra i synnerhet männens välfärd och hälsa. Institutet för hälsa och välfärd bedömer att uppnåendet av reformens jämlikhetsmål är beroende av hur övergångsperioden i reformen genomförs.

Social- och hälsovårdssektorn är påtagligt kvinnodominerad och den största arbetsgivaren för kvinnor. På samhällelig nivå innebär reformen en stor omställning på arbetsmarknaden för denna kvinnodominerade bransch. Social- och hälsovårdssektorn sysselsatte 2017 totalt 394 236 personer, och av dessa var 87 procent. Reformen gäller yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården, men också de som jobbar med förvaltning och stödtjänster, som enligt förslaget ska överföras från över 300 kommunorganisationer till vårdlandskapen. Uppskattningsvis kommer sammanlagt 173 000 anställda att överföras från kommuner och samkommuner till vårdlandskapen, och största delen är social- och hälsovårdsanställda. Reformen kan åtminstone i viss mån bedömas minska personalbehovet på medellång och lång sikt, särskilt behovet av administrativ personal och anställda på chefsnivå. Det innebär att konsekvenserna för personalen i synnerhet gäller kvinnor. Den största förändringen är bytet av arbetsgivare, medan arbetsuppgifterna förblir oförändrade för de allra flesta arbetstagare. Eftersom personalöverföringarna sker i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse påverkar bytet av arbetsgivare på kort sikt inte heller anställningsvillkoren. Konsekvenserna för personalen behandlas närmare i avsnitt 4.2.4.7. Vid bedömningen av konsekvenserna för jämställdheten kan också det vara av särskild betydelse att reformen av servicestrukturen och förvaltningen kan leda till förändringar i var arbetsplatserna finns. Detta kan samtidigt påverka möjligheterna att kombinera arbete och familjeliv. Eftersom största delen av de anställda är kvinnor berör också konsekvenserna huvudsakligen kvinnor.

Den högsta beslutanderätten i vårdlandskapet ska utövas av vårdlandskapsfullmäktige, som ska väljas genom direkta val. Statistiken visar att kvinnor nu för tiden röstar en aning aktivare än män. Drygt hälften av kvinnorna röstar på en kvinna, medan majoriteten av männen röstar på en man. Således väljs färre kvinnor in i fullmäktige än man kunde vänta sig utifrån andelen kvinnliga kandidater. Därför kan det antas att kvinnorna blir underrepresenterade även i vårdlandskapsfullmäktige. Andelen kvinnor i kommunala organs presidier är också lägre än kvinnornas andel av organens medlemmar.

I propositionen föreslås det att det i vårdlandskapet ska ha organ för ledningen av landskapets förvaltning och verksamhet, såsom en landskapsstyrelse och en revisionsnämnd. Vårdlandskapsfullmäktige ska kunna tillsätta nämnder, direktioner och sektioner för olika ändamål. När medlemmar i dessa väljs ska enligt förslaget lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986), nedan jämställdhetslagen, beaktas. Enligt 4 a § 1 mom. i den lagen ska kvinnor och män i statliga kommittéer, delegationer och andra motsvarande statliga organ samt i kommunala organ och organ för kommunal samverkan, med undantag för kommunfullmäktige, vara representerade till minst 40 procent vardera, om inte särskilda skäl talar för något annat. Avsikten är att jämställdhetslagen ska ändras så att den bestämmelsen också ska tillämpas på organ i vårdlandskapen. Då ska kvinnor och män även i vårdlandskapets organ, med undantag för vårdlandskapsfullmäktige, vara representerade till minst 40 procent vardera, om inte särskilda skäl talar för något annat.

Jämställdheten bör beaktas också när reformen genomförs och när genomförandet bereds. Avsikten är att temporära regionala beredningsorgan ska inrättas för att genomföra reformen. De ska ansvara för beredningen av starten på de föreslagna vårdlandskapens verksamhet och för-

valtning tills vårdlandskapsfullmäktige har valts. Även på det temporära beredningsorganet tillämpas 4 a § i jämställdhetslagen avseende sammansättningen av organ inom den offentliga förvaltningen och organ som utövar offentlig makt.

Reformen kommer eventuellt att ha betydande och komplexa konsekvenser för jämställdheten. I enlighet med de föreslagna XX § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och XX § i lagen om ordnande av räddningsväsendet ska målen för främjande av jämställdheten fastställas i riksomfattande strategiska fyraårs mål som kompletterar lagstiftningen och som styr social- och hälsovården. Dessa mål och målpfyllelsen måste följas och utvärderas.

4.2.4.6 Produktion av de tjänster som ordnas av vårdlandskapen

Enligt den föreslagna XX § i vårdlandskapslagen ska landskapet besluta om hur de social- och hälsovårdstjänster och den räddningstjänst som landskapet ansvarar för att ordna ska produceras. Med stöd av XX § kan vårdlandskapet dessutom producera tjänster inom dess organiseringsansvar själv eller i samarbete med andra vårdlandskap eller med stöd av ett avtal anskaffa dem från någon annan tjänsteproducent. Något annat kan dock föreskrivas i lag. Dessutom ska vårdlandskapet med stöd av X § i den föreslagna vårdlandskapslagen när det bedriver verksamhet i ett konkurrensläge på marknaden bolagisera verksamheten med undantag för de fall som avses i den föreslagna XX § i den lagen. Bestämmelserna motsvarar till denna del det rådande läget, där kommunerna och samkommunerna har olika alternativ för produktion av de tjänster som de ansvarar för.

Andra konsekvenser för tjänsteproduktionen presenteras i avsnitt 4.2.7.

4.2.4.7 Konsekvenser för personalen

Reformen innebär stora organisatoriska förändringar och förändringar i sättet att ordna tjänster. Dessa förändringar påverkar i hög grad personalens uppgifter och placering. Efter reformen kommer 210 200 personer att arbeta inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Dessutom kommer enligt en preliminär grov uppskattning minst 2 000 yrkesutbildade personer i ekonomi- och personalförvaltning att överföras till vårdlandskapen tillsammans med sjukvårdsdistrikten och andra enheter som blir helt överflyttade till vårdlandskapen. Dessutom överförs, fortfarande enligt en preliminär grov uppskattning, cirka 1 000 yrkesutbildade personer inom ekonomi- och personalförvaltning från kommunerna till landskapen med stöd av regeln om att deras uppgifter till 50 procent ska bestå av överförda uppgifter. Av alla dessa kommer omkring 14 400 personer att fortsätta i anställning hos Helsingfors stad och 22 800 inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Genom överlåtelse av rörelse överförs 172 900 personer från 332 kommuner eller samkommuner. Överlåtelsena av rörelse blir 364 till antalet, eftersom en del av samkommunerna har verksamhetsställen inom flera vårdlandskap. Cirka 208 000 anställda blir kvar inom kommunerna och samkommunerna i på det finländska fastlandet och 2 300 på Åland.

Utifrån statistiken för 2018⁷² uppskattas arbetskraftskostnaderna för de anställda som reformen inbegriper vara cirka 10,7 miljarder euro om året, dvs. ungefär 52 procent av kommunernas och samkommunernas alla arbetskraftskostnader. Den största arbetsgivaren blir Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, som kommer att ha cirka 11 procent av de nya vårdlandskapens personal. Östra Nyland kommer att vara det minsta vårdlandskapet och dess personalstyrka blir knappt 2 300 anställda. Det är en procent av de självstyrande regionernas personal. Andra små

⁷² Statistik över kommunekonomin, https://www.stat.fi/til/kta/index_sv.html.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

arbetsgivare blir Kajanaland (3 400 anställda), Mellersta Österbotten (3 500 anställda), Mellersta Nyland (3 700 anställda) och Vanda-Kervo (4 200 anställda).

Hela personalen inom kommunernas och samkommunernas social- och hälsovård och räddningsväsende överförs till anställning inom vårdlandskapen. Vidare ska kuratorerna och psykologerna inom elevhälsan överföras från kommunernas undervisningsväsende till vårdlandskapen. I fråga om kommunernas gemensamma stödtjänster övergår en arbetstagare i anställning hos vårdlandskapet om minst hälften av dennes nuvarande arbetsuppgifter gäller kommunal social- eller hälsovård eller räddningstjänsten. Som stödtjänster anses alla uppgifter som stöder verksamheten inom social- och hälsovården eller räddningsväsendet, såsom centraliserad matförsörjning, städning, underhåll av apparater, kontors- och förvaltningstjänster, tjänster för löneräkning, ekonomi- och personalförvaltning, IKT-tjänster, fastighetsväsende, tekniska tjänster samt medicinska laboratorier och bildiagnostik.

Om en enskild persons arbetsinsats till mindre än 50 procent består av uppgifter som överförs till vårdlandskapen, ska en eventuell övergång avtalas mellan den nuvarande tjänsteproducenten och vårdlandskapet. Även vid sådana överföringar ska principen om överlåtelse av rörelse tillämpas. De arrangemang som reformen kräver ska beredas i samarbete med vårdlandskapen, kommunerna och representanter för kommunernas anställda. Lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare ska utvidgas till att även gälla vårdlandskapen.

Den föreslagna reformen är exceptionellt omfattande och det är viktigt att sörja för en smidig kontinuitet i servicen inom social- och hälsovården och räddningsväsendet när tjänsterna omorganiseras. Således är det ytterst väsentligt att samarbetsförhandlingarna inleds i rätt tid och att beredningen är öppen för att överföringen av uppgifterna ska lyckas. Samarbetsförfarandet måste inledas i god tid innan kommunerna eller samkommunerna fattar sådana beslut om överföring av tjänsterna som har betydande konsekvenser för personalen.

Enligt den föreslagna införandelagen ska alla de omorganiseringar som avses i lagen och som leder till att anställda byter arbetsgivare betraktas som överlåtelse av rörelse. Således ska det som i arbetsavtalslagen och i lagen om kommunala tjänsteinnehavare föreskrivs om överlåtelse av rörelse tillämpas på alla de förändringar inom reformen som innebär ett byte av arbetsgivare, oberoende av om kännetecknen för överlåtelse av rörelse enligt arbetsavtalslagen och lagen om kommunala tjänsteinnehavare är uppfyllda. Att bestämmelserna om överlåtelse av rörelse tillämpas betyder bland annat att en tjänsteinnehavare eller arbetstagare inte får sägas upp enbart på grund av byte av arbetsgivare till följd av reformen. En tjänsteinnehavare eller arbetstagare har dock rätt att utan iakttagande av uppsägningstiden säga upp anställningsförhållandet från ikraftträdandet av organisationsförändringen. De som har tidsbegränsade anställningar ska vid överlåtelse av rörelse överföras till den nya arbetsgivaren för den resterande tiden av anställningen. Arbetstagare som blivit familjelediga hos den tidigare arbetsgivaren har rätt att i första hand återvända till sina tidigare uppgifter hos den nya arbetsgivaren.

De rättigheter och skyldigheter som arbetsgivaren har med anledning av de arbetsavtals- och tjänsteförhållanden som gäller vid tiden för överlåtelsen övergår på den nya ägaren eller innehavaren. Förvärvaren av en rörelse är skyldig att följa bestämmelserna i det arbets- eller tjänstekollektivavtal som gällde vid tiden för överlåtelsen till utgången av avtalsperioden. Överlåtelse av rörelse utgör inte i sig någon grund för att ändra anställningsvillkoren.

Personalen kommer att övergå i anställning hos vårdlandskapen från flera tiotals olika arbetsgivareheter. Behovet av en samordning av lönerna uppstår, när personal från olika kommuner och samkommuner övergår i anställning hos samma vårdlandskap, vilket innebär att nivån på

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

lönen för samma uppgift eller för en uppgift på samma kravnivå kan variera. När det gäller harmoniseringsbehovet inom kommunsektorn är det väsentligt att varje kommun och samkommun har sitt eget kravnivåsystem för arbetsuppgifter och löner och att det inte finns några rikstäckande statistiska uppgifter om dessa. Lönestatistiken för kommunsektorn beskriver de olika lönenivåerna i lönesättningspunkterna för minimilöner i de riksomfattande arbets- och tjänstekollektivavtalen. En jämförelse mellan dem ger dock inte en exakt bild av omfattningen av behovet att harmonisera lönerna i samband med reformen eller av dess kostnadsnyttoeffekt, eftersom de enskilda lönesättningspunkterna i praktiken innehåller uppgifter på flera olika kravnivåer.

På längre sikt påverkas antalet anställda, de anställdas ställning och arbetsuppgifter samt anställningsvillkoren av arbetsgivarens behov av att omorganisera verksamheten och arbetsuppgifterna, avlägsnande av överlappningar och andra förändringar. Om det efter reformen behöver göras omorganiseringar som är nödvändiga för att ordna och producera tjänsterna och som påverkar personalbehovet, ska eventuella omorganiseringar ske i enlighet med lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007).

Det föreslås att tillämpningsområdet för lagstiftningen om kommunal anställning ska utvidgas så att det omfattar även de anställda i vårdlandskapet och de anställdas ställning förändras inte till denna del. De större och starkare organisationer som nu föreslås kommer på lång sikt att främja att de anställdas jobb finns kvar. I de nya organisationerna genomförs bland annat integration av socialvården och hälso- och sjukvården samt av basservicen och den högspecialiserade nivån. Detta ger de anställda nya möjligheter till yrkesmässig utveckling och jobbroation samt olika aktiviteter för att orka bättre i arbetet. Större organisationer kan i vissa uppgifter också möjliggöra att arbetsuppgifterna och ansvaren utvidgas, och detta kan även ha en positiv inverkan på lönen. I synnerhet organisationer som är större än små kommuner och samarbetsområden kan också garantera de vikariearrangemang som kommer att behövas i varierande och ibland överraskande situationer. Samtidigt går det att se till att arbetsbelastningen för de personer som arbetar inte växer sig oskäligt stor. Större organisationer än de nuvarande gör det i många fall även möjligt för de anställda att i större utsträckning än tidigare arbeta med uppgifter som motsvarar den egna yrkeskunskapen samt ökar de anställdas möjligheter till avancemang. Detta blir viktigt i synnerhet i en situation då bland annat den åldrande befolkningen håller på att leda till ett ökat servicebehov. När de anställda kan koncentrera sig på uppgifter som motsvarar deras yrkeskunskaper kan man även svara på det ökade servicebehovet med den personal som finns att tillgå.

För att reformen ska lyckas kommer det att krävas målinriktat och gott ledarskap och engagerad personal. De anställda kommer delvis att behöva acceptera ändrade uppgifter och befattningsbeskrivningar när de uppgifter som överförs slås samman till nya helheter. Arbetet kan även komma att utföras på en annan plats. Det är viktigt att de anställda är medvetna om behoven i samband med förändringen och att de deltar i planeringen och genomförandet av den. På så sätt kan man försäkra sig om att lösningarna blir ändamålsenliga och att de fungerar i vardagen. För att skapa en ny gemensam verksamhetskultur kommer det därför att behövas kompetent ledarskap.

En del av de kommunanställda kommer fortsatt att ha bättre pensionsförmåner än anställda inom den privata sektorn. Pensionsförmånerna förblir oförändrade om pensionsskyddet finns kvar i det kommunala pensionssystemet. Eventuellt tilläggs-pensionsskydd och lägre pensionsålder för de anställda som övergår i anställning hos vårdlandskapen tryggas genom ett tillägg till Kevas lagstadgade medlemssamfund som innebär att vårdlandskapen och landskapsammanslutningarna blir del av medlemssamfundet.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

I februari 2020 arbetade 59 personer hos KT Kommunarbetsgivarna, och av dessa var 9 projektanställda. Det föreslås att det ska föreskrivas att personalen vid KT Kommunarbetsgivarna ska övergå i anställning hos Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT i enlighet med det som i arbetsavtalslagen föreskrivs om överlåtelse av rörelse.

4.2.4.8 Konsekvenser för beredskap och förberedelse

Förslaget medför betydande förändringar i nuläget där kommunerna, samkommunerna och sjukvårdsdistrikten ansvarar för sin egen beredskapsplanering och sina egna förberedelser och där det ännu inte finns någon heltäckande reglering av social- och hälsovården, även om strävnan nu är att åtminstone delvis se över den.

När det nuvarande splittrade servicesystemet inom social- och hälsovården i stället blir en modell baserad på vårdlandskap kommer verksamhetsmodellerna för beredskap och förberedelser att påverkas i betydande omfattning både när den som organiserar verksamheten får större tyngd och när den relevanta regleringen blir enhetligare. En övergång till landskapsbaserad organisation ger social- och hälsovården bättre möjligheter att skapa beredskap för olika störningar under normala förhållanden och för undantagsförhållanden, vilket samtidigt stärker vårdens kapacitet att möta utmaningar i tjänsteproduktionen kopplade till sådana störningar och förhållanden tack vare mer heltäckande förhandsplanering och resurskoncentration. De föreslagna ändringarna kommer att göra aktörernas roller mer enhetliga och klarare under normala förhållanden, vid störningar av dem och under undantagsförhållanden. Det sker när man skapar element och verksamhetsstrukturer som stärker samverkan mellan sektorerna inom social- och hälsovården och som är nödvändiga för att garantera och utveckla social- och hälsovårdssystemets funktion och kontinuitetshantering.

Förslaget inbegriper en beredskapscentral för social- och hälsovård där vårdlandskapet med huvudmannaskap för universitetssjukhuset har ansvar. Centralen möjliggör gemensam beredskap för vårdlandskapen inom ett område och, genom de fem samarbetsområdena, förberedelse enligt enhetliga och nationellt överenskomna principer. Beredskapsplanering och en lägesbild som båda täcker hela verksamhetsfältet för social- och hälsovården ger också möjlighet att åstadkomma en bättre och mer heltäckande lägesbild och styrning på nationell nivå. Regleringen om insamling och delning av uppgifter sörjer för att det kommer in regionalt och nationellt enhetliga uppgifter som kan användas både regionalt och nationellt på det sätt som krävs för lägesbedömning och ledning vid störningar. Genom förslaget öppnas helt nya möjligheter och metoder för nationell beredskap och nationella förberedande åtgärder när det gäller att svara på exceptionella utmaningar vid störningar och undantagssituationer.

De föreslagna ändringarna kommer att förbättra befolkningens möjligheter att få social- och hälsovårdstjänster efter behov och på lika villkor under exceptionella omständigheter. De positiva effekterna blir särskilt påtagliga inom socialvården och dess klienter, eftersom den sektorn i dagsläget saknar en sådan samordnande struktur för service och beredskap som sjukvårdsdistrikten och specialupptagningsområdena har. I den form som nu föreslås blir en sådan struktur verklighet.

4.2.4.9 Konsekvenser för organisationer

Efter reformen kommer organisationernas verksamhet att komplettera den offentliga servicen precis som i dag. Med hjälp av organisationernas insatser går det att främja och stärka medborgarnas välfärd, hälsa och säkerhet. Organisationerna får också en roll som privata serviceproducenter. Efter reformen är det meningen att de ska bedriva verksamhet i samarbete med både

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

kommuner och vårdlandskap. Ur social- och hälsovårdsorganisationernas synvinkel blir det faktum att vårdlandskapen övertar ansvaret för att organisera social- och hälsovården emellertid en betydande förändring.

Kommunerna ska även fortsättningsvis samarbeta med social- och hälsovårdsorganisationerna när det gäller att främja invånarnas välfärd, hälsa och säkerhet. Kommunerna kan ge understöd till organisationer inom varierande sektorer, erbjuda dem lokaler och hänvisa kommuninvånare att delta i organisationernas verksamhet, såsom kamratstöd eller frivilligverksamhet. Inom räddningsväsendet fyller avtalsbrandkårsvärksamheten en viktig funktion när det gäller tjänsteproduktion. Frivilligorganisationerna inom räddningsbranschen är viktiga exempelvis i säkerhetskommunikationen för olycksförebyggande och olycksberedskap, och organisationsfältet på området är välorganiserat. Motivationen och möjligheterna att med kommunala verksamhetsbidrag stödja lokala föreningar och organisationer kan försämrats när reformen träder i kraft och ansvaret för att ordna social- och hälsovården ligger på vårdlandskapen. Samtidigt skapar det nya systemet en möjlighet att effektivisera samarbetet och samarbetsstrukturerna mellan kommuner och organisationer på ett enhetligt sätt inom hela vårdlandskapet. I en del av de framtida vårdlandskapen har det redan inrättats organisationsdelegationer för att främja organisationernas villkor och samarbete. Organisationernas verksamhet i vårdlandskapen avses ingå i landskapets välfärdsberättelse och välfärdsplan. Frågan ska också behandlas under vårdlandskapets årliga förhandlingar med social- och hälsovårdsministeriet.

Efter reformen är det i första hand vårdlandskapen som ska svara för upphandlingen av social- och hälsovårdstjänster hos organisationerna. När landskapet planerar strategi och tjänster ska det också beakta organisationernas allmännyttiga frivilligverksamhet och kamratstödsverksamhet. Det stöd och de tjänster som organisationerna erbjuder kan ingå i servicekedjor och tjänstehelheter exempelvis när det gäller beredskap och förberedelser, service till barnfamiljer, vård och behandling vid långtidssjukdom, psykvård och missbruksvård samt tjänsterna för äldre på det sätt som vårdlandskapet bestämmer. På så sätt blir organisationernas ställning klarare inom hela landskapet. Serviceanordnare som är större än de nuvarande kommunerna kommer också att ha bättre upphandlingskompetens, och upphandlingspraxis blir enhetliga inom hela vårdlandskapet.

Inom räddningsväsendet fyller organisationerna en viktig funktion när det gäller produktion av olika tjänster på räddningsområdet. I synnerhet är det livsviktigt att som en del av reformen sörja för att systemet med avtalsbrandkårer fungerar med tanke på servicesystemets funktion inom räddningsväsendet. Exempelvis är avtalsbrandkårerna oerhört viktiga i glesbygden som producenter av räddningstjänster eller som stöd för räddningsväsendet. Det betyder till exempel att regelbundna och systematiska samarbetsstrukturer ska skapas mellan vårdlandskapen och organisationerna, och att landskapen och organisationerna ska avtala om gemensamma utvecklingsmål.

Också den övriga organisationssektorn utför ett omfattande säkerhetsarbete, och det bör inom reformen säkerställas att den verksamheten fortsätter. Exempelvis skapar det olycksförebyggande arbetet i kontaktytan med allmänheten samt beredskapskommunikationen och beredskapsutbildningen grund för medborgarnas säkerhetskompetens. Verksamheten blir effektivare om betydelsen av organisationernas arbete erkänns och arbetet sammanlänkas med tjänstehelheten och målen för vårdlandskapets räddningsväsende. Då blir dessutom strukturen sådan att räddningsväsendets beröringspunkt från landskapsnivå till den enskilde medborgaren säkerställs.

4.2.4.10 Konsekvenser för informationshanteringen

4.2.4.10.1 Konsekvenser för ansvaret i fråga om informationshanteringen

I lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019, informationshanteringslagen) föreskrivs det om informationshanteringsenheter. En sådan enhet är en myndighet med uppgift att ordna informationshantering i enlighet med kraven i informationshanteringslagen. Informationshanteringsenheter är enligt lagen bland annat kommuner och samkommuner. Som ett resultat av reformen upphör en del av de nuvarande informationshanteringsenheterna och myndigheterna att existera. Bland samkommunerna gäller det sjukvårdsdistrikten, specialomsorgsdistrikten och samkommunerna för folkhälsoarbetet.

När den föreslagna lagen om vårdlandskap gäller vårdlandskapen på motsvarande sätt som det för närvarande föreskrivs om kommunerna, blir vårdlandskapet i fråga om sina uppgifter inom informationshanteringen en sådan informationshanteringsenhet som avses i informationshanteringslagen och som ansvarar för ordnandet av informationshanteringen, för informationssäkerheten och för ärendehantering. Även de vårdlandskapssammanslutningar som eventuellt inrättas utgör informationshanteringsenheter. Den planerade reformen ger upphov till nya myndigheter och deras antal motsvarar vårdlandskapens strukturer. Antalet informationshanteringsenheter som följer av reformen blir enligt de föreslagna bestämmelserna 22 i initialskedet, dvs. 21 vårdlandskap och HUS-landskapssammanslutningen. Inom särlösningen för Nyland måste dessutom frågan om hur Helsingfors stad organiseras som informationshanteringsenhet och som tillhörande myndighet lösas i takt med att beredningen av reformen framskrider. Det måste avgöras om Helsingfors stad även i fortsättningen ska bilda en enda informationshanteringsenhet eller om staden i fråga om uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet ska bilda en egen informationshanteringsenhet.

Det finns regionala skillnader i ändringens konsekvenser i enlighet med den gällande lagen om landskapsindelning (1159/1997). Konsekvenserna av ändringen bedöms bli mindre i områden där antalet nuvarande strukturer och tillhörande uppgifter motsvarar de framtida informationshanteringsenheterna. På många områden finns det dock i dagsläget ett betydande antal informationshanteringsenheter eller därmed jämförbara strukturer som blir föremål för förändring.

De nya informationshanteringsenheterna ska utarbeta sådana informationshanteringsmodeller som förutsätts i 5 § i informationshanteringslagen och som beskriver den informationshantering som utförs vid skötseln av myndigheternas uppgifter. När ändringen också gäller befintliga informationshanteringsenheter, i synnerhet kommuner, men också statliga ämbetsverk och inrättningar inklusive ministerier, ska också dessa bedöma förändringarna i enlighet med 5 § 3 mom. i informationshanteringslagen och vid behov uppdatera sina egna informationshanteringsmodeller. Uppdateringsbehovet gäller i stor utsträckning innehållet i modellerna med start i förändringen i uppgifterna och verksamhetsprocesserna. Detta bildar såväl i fråga om antalet informationshanteringsmodeller som i fråga om deras innehåll ett omfattande planeringspaket vid beredningen av reformen, och samtidigt följer ekonomiska konsekvenser med tanke på behovet av personarbete. Till dessa delar preciseras bedömningen i takt med att beredningen framskrider.

Vårdlandskapen ska samordna bland annat skyldigheterna enligt informationshanteringslagen efter samarbetsområde. Att tolka samordningen som ett samarbete mellan vårdlandskapen när informationshanteringsmodellerna utarbetas kan i bästa fall hjälpa landskapen att identifiera hur ansvaret för verksamheten och informationshanteringen ska bestämmas och till exempel överlappande datainsamling eller informationssystem och kopplingar mellan dessa.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Vårdlandskapen ska inrättas som offentlighetsrättsliga samfund efter det att införelagen har trätt i kraft. Tiden mellan inrättandet av ett landskap och överföringen av organiseringsansvaret är förenad med risker som gäller ansvaret för informationshanteringen, eftersom kommunernas skyldigheter kvarstår tills organiseringsansvaret överförs. Planering av informationshanteringen ingår i den temporära förvaltningens uppgifter enligt 9 § i införelagen. Också den temporära förvaltningen omfattas av bestämmelserna om informationshantering. För att hantera risken ska den temporära förvaltningen och kommunerna bedriva ett nära samarbete, och den temporära förvaltningen bör ha tillgång till den kompetens och de resurser som uppgiften kräver.

Reformen påverkar också informationshanteringen vid de statliga ämbetsverk och inrättningar, registermyndigheter och statistikmyndigheter som levererar tjänster till de kommande vårdlandskapen. Konsekvenserna gäller bl.a. Folkpensionsanstaltens Kanta-tjänster, Myndighetens för digitalisering och befolkningsdata Suomi.fi- och certifikattjänster samt befolkningsdatasystemet, de tjänster som föreskrivs i lagen om verksamheten i den offentliga förvaltningens säkerhetsnät för Statens center för informations- och kommunikationsteknik Valtori. När nya myndigheter bildas blir också statistikmyndigheterna (Statistikcentralen och Institutet för hälsa och välfärd) tvungna att ändra sin informationshantering.

4.2.4.10.2 Konsekvenser för informationssäkerhetskraven och informationssäkerhetsåtgärderna

Reformen medför inga ändringar i de skyldigheter som följer av informationssäkerhetskraven vid behandlingen av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården och som för närvarande regleras i om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) och i de föreskrifter av Institutet för hälsa och välfärd som utfärdats med stöd av den⁷³. Skyldigheterna gäller tillhandahållare av social- och hälsovårdstjänster oberoende av organiseringsansvaret.

Olika informations- och cyberhot har diskuterats mycket de senaste åren och det har förekommit vissa brister i kommunernas beredskap för dem. Artiklarna 33 och 34 i dataskyddsförordningen innehåller bestämmelser om dokumentering av personuppgiftsincidenter och om processen i anslutning till detta. Överföringen av organiseringsansvaret på större organisationer kan bidra till att informationssäkerhetsrelaterade frågor sköts bättre. Större organisationer kan ha möjlighet att använda mer resurser till att utveckla informationssäkerheten och få bättre kompetens till sitt förfogande. Konsekvenserna för dataskyddet bedöms närmare i avsnitt 4.2.2.11.

4.2.4.10.3 Konsekvenser för de krav som gäller bildandet av informationsmaterial och sättet att lämna ut dem

Vid skötseln av de uppgifter som överförs till vårdlandskapen har informationsresurserna en central roll och reformen har olika konsekvenser för dessa.

Till följd av reformen överförs i princip den uppgift eller myndighet som hänför sig till informationsresurserna från kommunen till vårdlandskapet. Konsekvenserna varierar inte bara inom informationshanteringsenheterna, utan också inom regionerna beroende på hur verksamheten har varit organiserad. Den situation som kräver mest planering och sannolikt också medför kostnader är då informationsresursen nu är i kommunens besittning och måste lösgöras från befint-

⁷³ <https://thl.fi/sv/web/informationshantering-inom-social-och-halsovarden/foreskrifter-och-specifikationer/foreskrifter>.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

liga strukturer. Åtgärder som hänför sig till anpassningen av kommunens verksamhet är till exempel omdefiniering av behovet av kapacitet och hanteringen av IKT-kostnadsstrukturen i en förändrad situation, granskning och uppdatering av informationsresurser och IKT-hanteringsprocesser samt eventuellt frågor som gäller den personal som skött uppgifterna. I de landskap där tjänsterna ordnas exempelvis efter en samkommunsmodell kan konsekvenserna för informationsresurserna vara mindre och de ändringsåtgärder som gäller resurserna främst administrativa.

Reformen gäller också uppgifter som leder till att nya informationsresurser bildas i vårdlandskapen när de sköter de uppgifterna, men där motsvarande uppgift och tillhörande informationsresurs samtidigt också kvarstår i kommunen. Det rör sig typiskt sett om icke-branschspecifika informationsresurser, exempelvis ekonomiförvaltningens resurs eller de resurser som hänför sig till fullgörande av arbetsgivarmyndighetens skyldigheter. Konsekvenserna är mindre i de områden där till exempel en samkommun också för närvarande är arbetsgivare i fråga om de uppgifter som överförs. Reformen kommer också att leda till helt nya informationsresurser, såsom resursen i anknytning till valmyndighetens uppgift eller registret över bindningar till vårdlandskapet. Nya myndigheter förutsätts ha planering avseende informationsresurserna inom informationshanteringen.

Hanteringen av informationsresurser i samband med reformen inbegriper också utredning av ansvaret för registerföringen och behövliga omorganiseringar. Generellt kan det bedömas att ansvaret för registerföringen klarnar i och med att antalet organiseringsansvariga minskar betydligt jämfört med nuläget. Reformen påverkar i synnerhet kommunernas och samkommunernas nuvarande ansvar för registerföringen, av vilket en del försvinner till följd av reformen. De vårdlandskap som ska inrättas ska ha personuppgiftsansvar i samband med de uppgifter som överförs till dem. Konsekvenserna för registerföringen bedöms också i avsnitt 4.2.2.11.

I konsekvenserna för informationshanteringen ingår också utarbetandet av register över sådan behandling som avses i artikel 30 i dataskyddsförordningen (förordning (EU) 2016/679) när det sker förändringar i hanteringen av informationsresurser. Den föreslagna reformen medför ett omfattande arbetsfält när de befintliga dataskyddsbeskrivningarna ska uppdateras i kommunerna och statens ämbetsverk och inrättningar samt hos andra aktörer. Det är viktigt att uppdateringsbehovet inte nödvändigtvis begränsar sig till de ändringar som följer av informationshanteringen i de egentliga uppgifter som skapas och/eller överförs till vårdlandskapen. Det kan vara fråga om ett mer omfattande systemrelaterat planerings-, kontroll- och uppdateringsarbete beroende på hur verksamheten har varit organiserad och hurdana förfaranden och åtgärder som har varit kopplade till informationshanteringen.

Reformen innebär att myndigheterna också måste gå igenom datatillstånden och göra behövliga uppdateringar och ändringar i dem. Konsekvenserna gäller exempelvis allmänna gemensamma informationsresurser, såsom Myndighetens för digitalisering och befolkningsdata befolkningsdatasystem och Skatteförvaltningens inkomstregister. Åtgärderna utförs i tjänsten, och reformen medför inget behov av tilläggsresurser.

4.2.4.10.4 Reformens konsekvenser för myndigheternas rätt att få uppgifter och utlämnande av uppgifter

Utöver de nya skyldigheter att lämna ut uppgifter och rättigheter att få uppgifter som uppkommer i samband med social- och hälsovårdsreformen bedöms reformen inte i någon betydande grad ändra myndigheternas gällande rättigheter när det gäller att få information. När vårdland-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

skapens myndigheter övertar ansvaret för uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet bör kommunernas nuvarande rätt att få information av andra myndigheter ändras så att den gäller landskapsmyndigheterna. På motsvarande sätt bör kommunerna fråntas de rättigheter att få information som överförs till vårdlandskapen när behovet av att använda den informationen försvinner.

När den som har rätt att få information utövar den rätten påverkas dels uppgifterna för de myndigheter som lämnar ut eller tar emot informationen, dels också åtgärderna för att genomföra informationshanteringen. När det gäller de uppgifter som överförs måste de nya vårdlandskapen skapa samma förfaranden som kommunerna och samkommunerna nu tillämpar för att lämna ut information. Det beror i stor utsträckning på vilka åtgärder denna förändring kräver hur ändringen påverka ansvaret för informationshanteringen, processerna för utlämnande av information och de informationssystem som används för att lämna ut informationen. Huvudregeln kan anses vara förändringen kommer att vara mindre omfattande till arbetsmängd och resursbehov i de landskap där uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet redan nu har koncentrerats till en eller några informationshanteringsenheter med ansvar för informationshanteringen (bl.a. Norra Karelen, Kajanaland och Södra Karelen) jämfört med de landskap där organiseringen av hälso- och sjukvården och socialvården bygger på egen produktion i kommunen utan betydande samarbete med andra kommuner (bl.a. Mellersta Finland, Egentliga Finland, Nyland och Lappland).

Genomförandet av de förändringar som rätten till information förutsätter kommer under den tid ändringen genomförs att kräva tilläggsresurser för de myndigheter som ansvarar för att förbereda införandet av vårdlandskap och för ändringarna i kommunernas verksamhet. Det beror i stor utsträckning på hur utlämnandet av information enligt skyldigheterna för närvarande har ordnats hur pass omfattande konsekvenserna blir. Åtgärderna i anslutning till utlämnandet av information kommer att kräva tilläggsresurser särskilt av de kommuner som i praktiken blir tvungna att utföra det utrednings- och planeringsarbete som reformgenomförandet förutsätter i fråga om hur uppgifter ur de informationsresurser som de nu ansvarar för kan överföras på vårdlandskapsmyndigheterna samt att se till att informationen överförs från deras egna resurser till de resurser som förvaltas av vårdlandskapens myndigheter. Den ändring som gäller utlämnande av uppgifter mellan myndigheter kommer att kräva berednings- och utvecklingsarbete också för de statliga ämbetsverk och inrättningar som svarar för upprätthållandet av gemensamma informationsresurser.

4.2.4.10.5 Konsekvenser för kraven på ärendehantering och informationshantering i samband med tjänsteproduktion

En informationshanteringsenhet ska för genomförande av offentlighetsprincipen upprätthålla en beskrivning av de informationsresurser och ärenderegister som den förvaltar. Beskrivningen är en del av informationshanteringsmodellen och den ska publiceras i ett öppet informationsnät, med undantag för sekretessbelagda uppgifter.

Uppgiften förutsätter planeringsarbete och annat administrativt arbete av vårdlandskapen, vilket inbegriper utarbetande av en dokumentbeskrivning i de informationshanteringsenheter som uppstår samt uppdatering av befintliga beskrivningar i andra informationshanteringsenheter som påverkas av reformen. Vårdlandskapen ska införa de förfaranden och lösningar som ärendehanteringens samt informationshanteringen i samband med tjänsteproduktion kräver och föra ett ärenderegister. Också kommunerna och till behövliga delar de statliga myndigheterna ska genomföra de ändringar som reformen medför i deras egna ärendehanteringssystem. Reformen kommer att skapa en naturlig möjlighet att gå igenom och granska de nuvarande förfarandena.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Dessutom kommer bestämmelser om andra skyldigheter för vårdlandskapen att införas när det gäller att publicera handlingar och informationsmaterial, exempelvis i fråga om vårdlandskapsstrategin, bokslutsuppgifter, vårdlandskapets välfärdsberättelse och servicestrategi, vilket också stöder offentlighetsprincipen.

4.2.5 Konsekvenser av särlösningen för Nyland

4.2.5.1 De huvudsakliga konsekvenserna

Den föreslagna lösningen innefattar en särlösning för Nylands del. Kärnan i den är att regionen delas in i fyra vårdlandskap med ansvar för att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet och att Helsingfors stad ordnar de berörda tjänsterna som stad. HUS-landskaps-sammanslutningen ska ha ansvaret för att ordna de funktioner inom den krävande specialist-sjukvården som nämns särskilt i lag eller som det avtalas om särskilt i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård.

Den föreslagna lösningen skapar mer bärkraftiga serviceanordnare på basnivå i Nyland och föreskriver om samma förvaltningslösning, landskapsförvaltning, i hela landskapet förutom Helsingfors. Reformen blir på så sätt enklare att hantera i fråga om Nyland än om man skulle välja en lösning där hela den omfattande regionen Nyland skulle vara ett enda stort vårdlandskap. De föreslagna vårdlandskapen blir därmed mer snarlika till befolkningsunderlag och verksamhetsförutsättningar för hela landets del.

4.2.5.2 Ekonomiska konsekvenser

I princip är finansieringslösningen för Nylands del likadan som i landet i övrigt, men vissa särskilda villkor ställd på särlösningen till följd av hur finansieringen lösts för hela landet del. Finansieringslösningen och skattekonsekvenserna för Nyland får inte avvika från lösningen och konsekvenserna för de andra vårdlandskapens del, vilket innebär att kommunala inkomster och kostnader överföra på samma grunder som i landet i övrigt. Nedskärningarna kommer i praktiken att gälla statsandelen för kommunal basservice, kommunalskatten, samfundsskatten och kompensationen för skattebortfall till följd av ändringar i beskattningsgrunden. På riksnivå blir minskningen cirka 19,1 miljarder euro på 2020 års nivå.

I Nyland kommer ansvaret för att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet att höra till fyra vårdlandskap och Helsingfors stad. Finansieringslösningen för Nyland kommer liksom i landet i övrigt huvudsakligen att bygga på statlig finansiering. Överföringen av kommunala inkomster och finansieringen av de självstyrande områdena ska genomföras enligt samma modell i hela landet.

Inkomsterna för kommunerna i Nyland minskar i samma utsträckning som kostnaderna för överförda uppgifter. Utgångspunkten när reformen beretts har varit att nedskärningarna i kommunernas inkomster görs på en gång i genomskärningssituationen. Fördelningen specificeras närmare i samband med kommunernas och vårdlandskapens finansiella beredning.

Inom den rikstäckande finansieringslösningen för vårdlandskapen har de nyländska vårdlandskapen och Helsingfors samma ställning som de andra vårdlandskapen i landet. Finansieringen av uppgifterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet ska bygga på statlig finansiering och bestämningsgrunderna för vårdlandskapens finansiering ska vara desamma i hela landet. Ändringar i finansieringen för de självstyrande områdena i Nyland och Helsingfors kan

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

inte göras utan att påverka också de övriga vårdlandskapens finansiering. Finansieringslösningen måste således betraktas som en helhet bestående av vårdlandskapen i hela landet, inklusive de nyländska, och Helsingfors.

När särlösningen för Nyland ligger i linje med finansieringsmodellen för landet i övrigt uppkommer det inga konstitutionella problem i fråga om de överförda inkomsterna. Exempelvis behandlas de skattskyldiga jämlikt när skatteintäkterna i de nyländska kommunerna minskas på samma grunder som i landet i övrigt. Även statsandelssystemet kommer att fungera på samma sätt som i landet i övrigt.

Eftersom de överförda inkomsterna och kostnaderna kommer att beröra de enskilda kommunernas ekonomi på mycket varierande sätt ska exceptionellt stora utjämningsmekanismer användas i samband med reformen. De blir svåra att tillämpa inom skattesystemet, och därför är det främst statsandelarna för kommunal basservice som berörs. Förändringar i kommunerna finansiella resurser ska jämnas ut inom statsandelssystemet. Detta ska regleras i lagen om statsandel för kommunal basservice.

Något som inverkar på finansieringen av de nyländska vårdlandskapen och Helsingfors är hur kostnaderna för de uppgifter som vårdlandskapen övertar och vårdlandskapsfinansieringen enligt bestämningsgrunderna motsvarar varandra.

För de nyländska kommunernas del ska granskningen göras utifrån förändringar i den ekonomiska balansen. Därvid beaktas de inkomster och kostnader som överförs till vårdlandskapen och de föreslagna ändringarna i finansieringssystemet.

Tabell XX. Förändringar i de nyländska kommunernas ekonomiska balansläge på 2020 års nivå.

	Rådande balansläge	Balansläge efter reformen	Förändring
	Euro/inv.	Euro/inv.	Euro/inv.
Askola	96	218	122
Esbo	171	76	-95
Hangö	-271	-150	121
Helsingfors	260	341	81
Vanda	-117	-184	-68
Hyvinge	-75	-156	-80
Ingå	-1	-31	-30
Träskända	-223	-211	12
Högfors	-44	-2	42
Grankulla	220	35	-185
Kervo	-42	-146	-104
Kyrklätt	-98	-132	-34

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Lapträsk	100	63	-37
Lovisa	-320	-467	-147
Lojo	-63	-113	-50
Mörskom	-19	-33	-14
Mäntsälä	-202	-138	64
Nurmijärvi	20	-51	-71
Borgnäs	-115	-127	-12
Pukkila	-352	-302	50
Borgå	193	68	-125
Raseborg	-13	70	84
Sibbo	-131	-270	-139
Sjundeå	126	26	-100
Tusby	-229	-252	-22
Vichtis	-80	-61	18

Kalkylerna har gjorts på 2020 års nivå och utifrån det är balansläget i princip är svagt i de nyländska kommunernas ekonomi. Enligt den senaste uppskattningen är balansläget för arton kommuner (totalt 26 kommuner) negativt. Av dessa kommer elva kommuners läge enligt uppskattningen att försämrats ytterligare till följd av reformen. Dessutom kommer sex kommuner vars ekonomi är i balans att få ett försämrat läge, som dock fortfarande är i balans. I sammanlagt nio kommuner förbättras balansläget efter reformen.

Den förändring som reformen för med sig i kommunekonomin får utgöra högst +/- 100 euro per invånare under fem år. Den andel som överstiger en sådan maximiförändring ska jämnas ut tills vidare genom en permanent utjämning av förändringen i statsandelssystemet. I kommunerna i Nyland blir de kommunspecifika förändringarna -185+122 euro per invånare på 2020 års nivå. Begränsningen under övergångsperioden kommer att gälla sju kommuner i Nyland.

4.2.5.2.1 Konsekvenser för finansieringen av vårdlandskapen i Nyland

De kostnader som vårdlandskapen övertar från kommunerna beräknas uppgå till 19,05 miljarder euro på 2020 års nivå. Nylands andel av hela landets kostnader blir drygt en fjärdedel. I dessa siffror ingår kostnaderna både för social- och hälsovården och för räddningsväsendet.

De genomsnittliga kostnaderna för social- och hälsovård i Nyland är lägre än genomsnittet i landet. De lägsta kostnaderna återfinns i Vanda-Kervo, omkring 2 800 euro per invånare. Helsingfors har de högsta kostnaderna, cirka 3 200 euro per invånare. Inom räddningsväsendet ligger skillnaderna mellan 51 euro per invånare i Vanda-Kervo och 106 euro per invånare i Östra Nyland. Situationen i Östra Nyland avviker från övriga Nyland genom högre kostnader för räddningsväsendet. Där är kostnaderna klart högre också i förhållande till genomsnittet i hela landet. Situationen i Östra Nyland förklaras delvis av modellen där verksamheten organiseras dels som ordinarie verksamhet, dels som avtalsverksamhet samt av att kostnaderna (bl.a. för fastigheter) inte till alla delar i prissättningen av den prehospitala akutsjukvården som rädd-

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

ningsväsendet tillhandahåller sjukvårdsdistriktet beräknas enligt principen om de faktiska kostnader som uppstått. Det innebär att kostnaderna för det lokala räddningsväsendet delvis också inbegriper kostnader för prehospitalet akutsjukvård. Situationen i Östra Nyland förklaras också av dess regionstruktur med flera centrum och av att kärnkraftverket i Lovisa och raffinaderiet i Sköldvik finns där.

I tabellen nedan finns en uppskattning av hur finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet förändras efter reformen. Konsekvenserna har specificerats i fråga om de nyländska vårdlandskapen och Helsingfors. Utifrån tabellen går det att uppskatta förändringarna också i förhållande till de övriga vårdlandskapen i landet.

Tabell XX. Förändring i finansieringen av vårdlandskapen på 2020 års nivå.

	Social- och hälsovårds- kostnader som överförs	Kalkylerad fi- nansiering	Förän- dring	Kostnader för räddningsväsendet som överförs	Kalkylerad fi- nansiering	Förän- dring
	euro/inv.	euro/inv.	euro/inv.	euro/inv.	euro/inv.	euro/inv.
Helsingfors	3 191	2 970	-221	65	64	-1
Vanda-Kervo	2 795	2 860	64	51	75	24
Västra Nyland	2 948	2 749	-198	71	76	4
Östra Nyland	3 009	3 201	192	106	79	-26
Mellersta Nyland	3 036	2 882	-154	77	80	3
Egentliga Finland	3 432	3 405	-27	75	83	8
Satakunta	3 577	3 609	32	102	89	-13
Egentliga Tavastland	3 349	3 548	200	75	83	9
Birkaland	3 320	3 269	-50	78	78	-0
Päijänne-Tavastland	3 363	3 688	324	96	84	-12
Kymmenedalen	3 935	3 791	-144	97	90	-7
Södra Karelen	3 587	3 615	28	102	87	-15
Södra Savolax	4 052	4 109	57	95	90	-5
Norra Savolax	3 982	3 890	-92	82	83	-0
Norra Karelen	3 608	3 999	390	80	87	7
Mellersta Finland	3 291	3 487	196	95	83	-12
Södra Österbotten	3 703	3 838	136	97	87	-11
Österbotten	3 506	3 321	-185	82	78	-4
Mellersta Österbotten	3 473	3 653	180	101	102	1

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Norra Österbotten	3 314	3 418	105	73	76	3
Kajanaland	4 225	4 265	39	102	102	0
Lappland	4 050	4 227	177	99	111	11
Hela landet	3 392	3 392	0	81	81	0

Enligt kalkylerna kommer den kalkylerade finansieringen för Vanda-Kervo och Östra Nyland att öka efter reformen. I de återstående nyländska regionerna blir förändringen negativ. Den största förlusten gäller Helsingfors, totalt -222 euro per invånare. Även i finansieringen av vårdlandskapen begränsas effekterna av de stora förändringarna med en övergångsutjämnning. Förändringen får vara högst +/- 150 euro per invånare under sju år. Den del som överskrider max-
imiförändringen jämnas tills vidare ut genom en permanent övergångsutjämnning. I Nyland kommer detta att gälla tre regioner: Helsingfors, Västra Nylands vårdlandskap och Mellersta Nylands vårdlandskap.

4.2.5.3 Konsekvenser för myndigheterna

Enligt förslaget ska verksamheten vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) fortsätta liksom nu inom HUS-landskapssammanslutningen på grundval av en utredning som ska göras 2022, tills vårdlandskapen i Nyland, Helsingfors stad och landskapssammanslutningen ingår det första HUS-organiseringssavtalet före utgången av 2024.

Vårdlandskapen i Nyland övertar liksom i landet i övrigt den social- och hälsovård som kommunerna i dagsläget ordnar, med undantag för uppgifterna för den nya organisationen HUS-sjukvårdsdistrikt. För Helsingfors stads del ska verksamheten till en början fortsätta på samma sätt som för närvarande, men på samma sätt som för de andra vårdlandskapen i Nyland stärks ansvaret jämfört med nuläget, eftersom vårdlandskapen föreslås ha det primära ansvaret för att ordna social- och hälsovården och organisera räddningsväsendet.

Förslaget påverkar inte landskapsindelningen i landskapet Nyland eller andra myndigheters verksamhetsområden.

4.2.5.4 Andra samhällseliga konsekvenser

Kärnan i särlösning för Nyland är att regionen delas in i fyra vårdlandskap med ansvar för att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet och att Helsingfors stad ordnar de berörda tjänsterna som stad. HUS-landskapssammanslutningen ska ha ansvaret för att ordna de funktioner inom den krävande specialistsjukvården som nämns särskilt i lag eller som det avtals om särskilt i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård. I övriga Finland är det landskapet där universitetssjukhuset finns som har organiseringsansvaret och sjukhuset hör till dess organisation. Den särlösning som föreslås för Nyland lösgör en del av den specialiserade sjukvården på så sätt att den ligger inom HUS-landskapssammanslutningens organiseringsansvar och hör till dess organisation. Risken är att denna verksamhet förblir separat och inte i tillräcklig utsträckning berörs av samordningen av tjänsterna. Det finns också en risk för att vårdlandskapens möjligheter att styra den verksamhet som omfattas av HUS-landskapssammanslutningens organiseringsansvar inte är tillräckliga, vilket bland annat kan leda till en okontrollerad kostnadsstegring.

Riskerna har beaktats på så sätt att det i speciallagen om Nyland föreskrivs om sammanslutningens organiseringsansvar och om ingående av organiseringsavtalet för HUS. HUS-landskapssammanslutningens ansvar ska regleras så att dess ansvar med tanke på kvaliteten och patientsäkerheten ska innefatta en tillräcklig volym och kompetens för den specialiserade sjukvården. Sammanslutningens organiseringsansvar när det gäller den krävande specialistsjukvården ska förändras i takt med utvecklingen på det medicinska området. Avsikten är att det i HUS-organiseringsavtalet ska överenskommas om arbetsfördelningen mellan vårdlandskapen och HUS så att HUS-landskapssammanslutningen kan ordna tjänsterna. Eftersom vårdregionernas behov varierar när det gäller att ordna och säkerställa tillräcklig kompetens ger möjlighet att på olika sätt avtala om arbetsfördelningen mellan regionerna och HUS-landskapssammanslutningen. HUS-organiseringsavtalet ska dock ange arbetsfördelningen mellan vårdlandskapen, Helsingfors och HUS-landskapssammanslutningen så att kunderna har rätt till vård på lika villkor oberoende av hemkommun. Avtalet ska också säkerställa att de språkliga rättigheterna tillgodoses. Lagen avses också innehålla bestämmelser om statsrådets behörighet och om förutsättningarna för behörighet att besluta om HUS-organiseringsavtalet. På så sätt säkerställs det att servicekedjorna och tjänstehelheterna enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård också innefattar den krävande specialistsjukvården med beaktande av särdragen för varje vårdlandskap särdrag samt att vårdlandskapen har möjlighet att påverka verksamheten i samkommunen HUS.

För att det inte ska uppstå oklarhet om ansvaret när det gäller att ordna social- och hälsovården i området när HUS-landskapssammanslutningen och vårdlandskapen i Nyland inleder sin verksamhet, föreskrivs det i 46 § i införandelagen att HNS-sjukvårdsdistriktet och vårdlandskapen i Nyland samt Helsingfors stad ska göra en utredning om arbetsfördelningen före utgången av 2022. Utredningen ska ligga till grund för det första HUS-organiseringsavtalet, som ska ingås före utgången av 2024.

Dessutom ska det i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivas att de riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovården också ska gälla HUS-landskapssammanslutningen, som ska vara medlem i delegationen för social- och hälsovård. Social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet ska årligen förhandla om de uppgifter inom den specialiserade sjukvården som omfattas av landskapssammanslutningens organiseringsansvar. I förhandlingarna deltar också sammanslutningen, vårdlandskapen i Nyland och Helsingfors stad. Alla landskap inom samarbetsområdet, Helsingfors stad och samkommunen HUS ska ingå samarbetsavtal och delta i årliga förhandlingar med social- och hälsovårdsministeriet. På detta sätt stärks både de styrande ministeriernas och de nyländska vårdlandskapens förutsättningar att styra den verksamhet som omfattas av HUS-landskapssammanslutningens organiseringsansvar och kostnaderna för den.

4.2.5.4.1 Invånarnas möjligheter att delta och påverka

Indelningen av Nyland i flera vårdanordnare förbättrar i synnerhet påverkansmöjligheterna för invånarna i randområdena och mindre kommuner, eftersom de får bättre möjligheter att få sina kandidater invalda i landskapsval. Om Nyland i stället utgör ett vårdlandskap får representanterna för de tre stora städerna bättre möjligheter att bli invalda i vårdlandskapsfullmäktige än representanterna för invånarna i små kommuner. Möjligheterna för invånarna i Helsingfors stad att delta och påverka ändras i princip inte jämfört med nuläget. Invånarna kommer att få bättre möjligheter att direkt påverka tjänstehelheterna inom social- och hälsovården när uppgifter inom den specialiserade sjukvården med tiden i viss mån överförs mer till de nyländska vårdlandskapen och Helsingfors stad på basis av HUS-organiseringsavtalet.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

När även HUS-landskapssammanslutningen förblir verksamhet inom en vårdlandskapssammanslutning kvarstår i huvudsak den nuvarande samarbetsstrukturen baserad på indirekt demokrati. Invånarna i Nyland har då i detta avseende en annan ställning än landets övriga invånare, som genom sina valda representanter kan påverka all verksamhet inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Samtidigt ska vårdlandskapssammanslutningar i sin verksamhet tillämpa bestämmelserna om möjligheter att delta och påverka i lagen om vårdlandskap. Det föreligger också en risk för att möjligheterna för invånarna i vårdlandskapen får otillräckliga möjligheter att påverka HUS-landskapssammanslutningens verksamhet (demokratiskt underskott).

4.2.6 Ändring av områdesindelningen i Södra och Norra Savolax

I propositionen föreslås det att kommunerna inom nuvarande Östra Savolax sjukvårdsdistrikt överförs till vårdlandskapet Norra Savolax. Östra Savolax sjukvårdsdistrikt består av kommunerna Enonkoski, Rantasalmi, Nyslott och Sulkava. En ändring av områdesindelningen innebär att kommunerna inte kommer att ligga inom vårdlandskapet Södra Savolax. Konsekvenserna av en sådan förändring bedöms i detalj i bilaga 3 för båda vårdlandskapens del.

Det sammanlagda invånarantalet i kommunerna inom Östra Savolax sjukvårdsdistrikt är 41 060. Samkommunen för Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, Sosteri, producerar tjänster inom den specialiserade sjukvården för alla fyra kommuner, dvs. Enonkoski, Rantasalmi, Nyslott och Sulkava. För Nyslott och Enonkoski producerar samkommunen också social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå. I Rantasalmi och Sulkava står en privat producent för de tjänsterna. Det finns sammanlagt sju hälsostationer inom sjukvårdsdistriktet. Vid Sosteri centralsjukhus i Nyslott finns samjour för den specialiserade sjukvården och primärvården. Förlossningsverksamhet har inte förekommit på sjukhuset sedan ingången av 2015.

Invånarantalet i landskapet Norra Savolax är för närvarande cirka 244 000 personer, men när Jorois blir en del av Norra Savolax den 1 januari 2021 stiger invånarantalet är omkring 249 000 personer. Ändringen i områdesindelningen ökar landskapets folkmängd till cirka 289 500, dvs. en ökning på uppemot 16 procent.

Landskapet Södra Savolax omfattar för närvarande kommunerna Enonkoski, Heinävesi, Hirvensalmi, Jorois, Juva, Kangasniemi, S:t Michel, Mäntyharju, Pertunmaa, Pieksämäki, Puumala, Rantasalmi, Nyslott och Sulkava, sammanlagt 14 kommuner. Genom statsrådets beslut om landskap (978/2019), utfärdad med stöd av den gällande lagen om landskapsindelning (1159/1997), flyttas kommunerna Heinävesi och Jorois från landskapet Södra Savolax vid ingången av 2021, så utgångsläget för den kommande ändringen är att 12 kommuner hör till landskapet Södra Savolax.

Invånarantalet i landskapet Södra Savolax är för närvarande cirka 142 000. När man från detta drar av folkmängden i Heinävesi och Jorois blir cirka 134 000 invånare kvar. Efter överföringen av Enonkoski, Rantasalmi, Nyslott och Sulkava blir invånarantalet i Södra Savolax cirka 93 500 personer. Befolkningsminskningen till följd av ändringen i områdesindelningen är cirka 40 500 personer och 30 procent av landskapets befolkning.

Som en följd av förslaget blir vårdlandskapet Södra Savolax ett av de minsta och till bärkraft svagaste vårdlandskapen. Den ändrade områdesindelningen kommer att påverka områdesindelningen för landskapsförbunden, närings-, trafik- och miljöcentralerna och tingsrätterna. Ändringen bedöms försämra verksamhetsförutsättningarna för landskapsförbunden och närings-, trafik- och miljöcentralerna. I fråga om tjänsterna inom den specialiserade sjukvården gör förslaget det däremot möjligt att skapa funktionella profiler och en arbetsfördelning där Kuopio

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

universitetssjukhus (KYS) och det nuvarande Nyslotts centralsjukhus stöder varandra. Detta förslag avseende områdesindelningen kommer emellertid inte att ha några praktiska operativa konsekvenser för ordnandet av tjänsterna inom primärvården eller socialvården.

Förslaget påverkar också räddningsväsendet. Den roll som räddningsverket inom vårdlandskapet Södra Savolax har som producent av prehospital akutsjukvård ändras till producent av enbart första insatsen, varvid den samverkans effekt som den prehospital akutsjukvården ger går förlorad exempelvis vid storolyckor.

Ändringen påverkar dessutom indelningen i valkretsar, vilket innebär att Sydöstra Finlands valkrets minskar och att Savolax-Karelen valkrets växer.

4.2.7 Konsekvenser av bestämmelserna om organiseringsansvar och köpta tjänster

4.2.7.1 Ekonomiska konsekvenser

4.2.7.1.1 Verkställigheten av ändringen och kostnaderna för den

Vårdlandskapen orsakas administrativa och verksamhetsrelaterade kostnader för justering och övertagande av de avtal som överförs från kommunerna. Vårdlandskapen måste i ljuset av de föreslagna preciserande bestämmelserna granska lagenligheten när det gäller de från kommunerna överförda social- och hälsovårdstjänster som anskaffas hos privata tjänsteproducenter och när det gäller avtalen om inhyrning av personal. Det går att försöka justera avtalen inom ramen för upphandlingslagen så att de överensstämmer med den nya lagstiftningen, men en del av avtalen kommer att ogiltigförklaras. Att överta de avtal som överförs, granska avtalens lagenlighet och förhandla med avtalsparterna för att omarbeta avtalen är en omfattande uppgift för vårdlandskapen, i synnerhet i övergångsfasen där det krävs juridisk kompetens. Ytterligare behov av administrativt arbete uppstår sannolikt också när tjänsteproduktionen ska omorganiseras till den del som upphandlingsavtalen för en region ogiltigförklaras. Detta kan innebära att den egna tjänsteproduktionen måste öka och ersättande upphandlingar genomföras. Förslaget medför temporärt merarbete motsvarande cirka xx årsverken för dessa uppgifter och ökar temporärt vårdlandskapens administrativa kostnader med uppskattningsvis xx euro under åren 20 xx–20 xx. Uppskattningen preciseras allt eftersom beredningen framskrider.

Vårdlandskapens temporära organisationer kan i enlighet med förslaget i införandelagen vidta åtgärder i anslutning till avtal, upphandlingar och, vid behov, ökning av den egna produktionen redan cirka ett år innan reformen träder i kraft, dvs. med början sommaren 2021. Vårdlandskapets organ kan ta över från och med den 1 mars 2022 på så sätt att vårdlandskapet senast den 30 juni 2023 ska underrätta både avtalsparterna och social- och hälsovårdsministeriet om en eventuell ogiltigförklaring av avtalen. Avtalen blir ogiltiga den 1 januari 2025. Enligt förslaget ska vårdlandskapen betala tjänsteproducenterna ersättning för investeringar som gjorts på grund av de ogiltigförklarade avtalen och som företaget inte längre har någon nytta av, när tjänsteproducenten inte har kunnat förbereda sig på detta. Ersättning kan betalas i synnerhet för reparationer i hyreslokaler, IKT-investeringar och anskaffningar av lösöre som man inte längre har någon användning för. Enligt uppskattningar kan åtminstone en del av de investeringar som ersätts komma att visa sig vara till nytta för vårdlandskapen.

Vårdlandskapen kommer uppskattningsvis att inom ramen för förslaget och den beskrivna tidsplanen att ha tillräckligt med tid att göra en omsorgsfull analys av de avtal som överförs, slå fast vilka avtal som behöver ogiltigförklaras och antingen börja stå för verksamheten själv och/eller skaffa tjänster genom ny upphandling i enlighet med lag. En upphandling tar exempelvis cirka

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

6–12 månader att genomföra. Således är det möjligt att genomföra ersättande upphandlingar som ersätter de ogiltiga avtalen inom den föreslagna tidsplanen.

Det är svårt, om inte rentav omöjligt, att på förhand göra en noggrann uppskattning av antalet gällande upphandlingsavtal som blir ogiltigförklarade och av hur mycket som kommer att betalas i ersättning för de onödiga investeringarna. De upphandlingsavtal som ogiltigförklaras 2025 uppgår sannolikt till cirka XX–XX miljoner euro av vårdlandskapens årliga driftsutgifter. I den del av konsekvensbedömningen som gäller tjänsteproduktionen har man som exempel samlat uppskattningar av möjligheterna att låta vissa avtal fortsätta gälla i det nya systemet.

4.2.7.1.2 Konsekvenser för beskattningen

Intäkterna från samfundsskatten beräknas minska något 2025 när vårdlandskapen skaffar mindre social- och hälsovårdstjänster av privata tjänsteproducenter och mindre personal hyrs in. Förändringen uppskattas bli liten.

4.2.7.1.3 Konsekvenser för företagen

Till följd av förslaget blir vårdlandskapen tvungna att gå igenom alla avtal som överförs från kommunerna. Lagenligheten i gällande upphandlingskontrakt som gäller produktion av social- och hälsovårdstjänster och personaluthyrning och vilka fortsatta åtgärder som krävs måste bedömas från fall till fall. En del av avtalen kan sannolikt fortsätta att gälla i oförändrad form, medan andra kommer att kunna omarbetas i samarbete med avtalsparterna så att de överensstämmer med den nya lagen och resten kommer att upphävas med stöd av lagen. Utöver ogiltiga avtal skulle en del av de avtal som överförs från kommunerna sannolikt visa sig vara till ingen nytta, varvid vårdlandskapet skulle kunna säga upp dem i enlighet med avtalsvillkoren. Det är också sannolikt att vårdlandskapen genomför nya tjänsteupphandlingar.

De föreslagna kraven på ekonomiskt stabila tjänsteproducenter kan också leda till att vissa avtal som överförs till vårdlandskapen blir uppsagda eller till och med förklarade ogiltiga. Detta kommer uppskattningsvis främst att gälla mindre producenter som för närvarande särskilt producerar socialvårdstjänster och som på grund av de levererade tjänsternas natur medför betydande risker som inte kan anses godtagbara. Dessa avtal uppskattas dock vara mycket få till antalet.

Eventuella överlappande eller annars onödiga avtal kommer vårdlandskapet att kunna säga upp. En uppsägning innebär en risk för en tvist som kan domstolsbehandling. Också avtal som blir ogiltiga kan vara förenade med en risk för en tvist som kräver domstolsbehandling, men sannolikheten för att dessa fall bestrids är troligtvis mindre än i uppsägningssituationer, eftersom grunderna för ogiltigförklaring av avtalen hänger samman direkt med den föreslagna lagen. Många kommuner har numera upprättat till tjänsteupphandlingsavtalen fogade eller separata hyres- och/eller nyttjanderättsavtal bland annat avseende lokaler och anordningar. Också dessa avtal ska granskas på nytt av vårdlandskapen och, om situationen kräver det, kommer de att uppsägas eller ogiltigförklaras.

Ogiltigförklaring av avtalen medför sannolikt en ersättningsskyldighet i fråga om vissa investeringar, dvs. vårdlandskapet ska ersätta företagen för deras investeringar till den del en privat tjänsteproducent inte har kunnat förbereda sig på en framtida ogiltigförklaring när den gjort sina investeringar och investeringarna har behövts. Eventuella ersättningar som landskapen betalar företagen kan hänföra sig till nödvändiga investeringar som orsakat företaget direkta kostnader. Sådana direkta kostnader kan ha uppstått exempelvis till följd av investeringar i informationssystem, investeringar i lösöre såsom utrustning och investeringar i lokaler. Eventuella indirekta

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

kostnader ersätts inte. Vårdlandskapen kan enligt uppskattning behöva betala betydande ersättningar. Ersättningen kan vara kopplad antingen till enskilda större upphandlingsavtal eller till en grupp mindre enskilda upphandlingsavtal.

Det är omöjligt att på förhand bedöma hur förslaget exakt påverkar de gällande upphandlingsavtalen och hur många av dem som blir ogiltigförklarade eller sägs upp. Detsamma gäller frågan om hur stort ersättningsbehovet blir. Bedömningen kan inte göras till exempel enbart utifrån statistiska uppgifter om köpta tjänster. En mer exakt uppskattning kräver dels en ovan beskriven fallspecifik bedömning av avtalen, dels också detaljerad kännedom om regionens servicestruktur samt en analys av hur organiseringsuppgiften säkerställs i varje enskilt fall.

Vårdlandskapen ansvarar för att avtalen går igenom inom respektive område, men processen ökar sannolikt i någon mån också företagens administrativa arbete, om vårdlandskapen exempelvis begär ytterligare utredningar av företagen. Eftersom förslaget skärper kraven för användningen av underleverantörer blir företagen tvungna att gå igenom sina egna avtal om underentreprenad och anpassa verksamheten till de föreslagna kraven. Även denna uppgift kan komma att temporärt öka företagets administrativa börda åtminstone i någon mån.

4.2.7.2 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

4.2.7.2.1 Konsekvenser för vårdlandskapets verksamhet

Förslaget preciserar och förtydligar vårdlandskapens ansvar att bära sitt organiseringsansvar och styra tjänsteproduktionen utifrån det ansvaret. Förslaget förtydligar också de offentliga och de privata tjänsteproducenternas respektive roller och ansvar i tjänsteproduktionen. Genom förslaget görs villkoren för skötsel av en offentlig förvaltningsuppgift klarare i enlighet med grundlagsutskottets tolkningspraxis.

Bestämmelserna om vårdlandskapets organiseringsansvar och anskaffningen av tjänster kräver förstärkt kompetens på vissa områden i vårdlandskapen och att utlagd tjänsteproduktion åtminstone delvis återförs till huvudmannen för egen produktion. Förslagen preciserar och skärper vårdlandskapets förmåga och skyldighet att styra och övervaka den utlagda tjänsteproduktionen.

4.2.7.2.2 Konsekvenser för tillsynsmyndigheterna

I förhållande till nuläget förbättrar förslaget tillsynsmyndigheternas möjligheter att styra och övervaka lagligheten i produktionen av köpta tjänster. Även om tillsynsmyndigheterna redan nu har omfattande befogenheter, blir tillsynsmyndigheternas verksamhetsmöjligheter klarare och effektivare till följd av det föreslagna. Förslaget täpper också till luckor i lagstiftningen och medger att tjänsteproduktionen styrs och övervakas mer exakt än för närvarande.

Bestämmelserna om tjänsteansvar blir tydligare och accentueras mer, vilket bidrar till genomförandet av tillsynsmyndigheternas tillsynsuppgifter. Redan nu har hyrläkarnas verksamhet varit begränsad i fråga om de uppgifter som förutsätter tjänsteansvar. Detta har varit fallet både i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster och i fråga om socialvårdstjänster. Hyrläkarna har kunnat och kan även i fortsättningen till exempel skriva en observationsremiss enligt mentalvårdslagen om en patient som de behandlar, men det är också i fortsättningen alltid en läkare i tjänsteförhållande som ska begära handräckning. Inom socialvården ska exempelvis bedömningen av servicebehovet också i fortsättningen göras av en myndighet, och beslut om användning av begränsningsåtgärder ska fattas av en socialarbetare i tjänsteförhållande och i vissa fall (bland

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

annat begränsningsåtgärder enligt lagen om utvecklingsstörda) ska en läkare i tjänsteförhållande fatta beslutet.

I och med förslaget anges villkoren mer exakt för användning av hyrd personal och för bestämmande av vilka uppgifter sådan personal får utföra. Därmed blir verksamheten i de olika vårdlandskapen och enheterna mer enhetlig när förslaget genomförs. Detta ger också tillsynsmyndigheterna bättre förutsättningar att utföra tillsynsuppgifterna inom social- och hälsovården när det gäller hyrd personal och tjänsteproduktion mer allmänt. Detta är en förbättring jämfört med nuläget, eftersom erfarenheterna visar att det har rått oklarhet bland vissa tjänsteproducenter exempelvis i fråga om med egenkontrollen.

4.2.7.3 Samhälleliga konsekvenser

4.2.7.3.1 Tillgången till social- och hälsovårdstjänster samt tjänsternas tillgänglighet

Genom föreslagna regleringen framgår det klarare att besluten i anknytning till organiseringsansvaret ska fattas av en offentlig organisation som anordnar tjänster. Vidare preciseras det vad som med stöd av grundlagen krävs vid överföring av en offentlig förvaltningsuppgift, i synnerhet vid anskaffning av tjänster från en privat tjänsteproducent. Regleringen förtydligar roll- och ansvarsfördelningen mellan vårdlandskapets och privata tjänsteproducenter. Dessutom stärks den offentliga anordnarens styrning när det gäller de gällande avtalen om köpta tjänster.

Förslaget preciserar regleringen av de social- och hälsovårdstjänster som upphandlas av privata tjänsteproducenter. Klarare och mer enhetliga verksamhetsmodeller stabiliserar servicesystemet och minskar riskerna i anslutning till eventuella störningar och exceptionella situationer inom tjänsteproduktionen. Dessutom bidrar förslaget betydligt till en mer aktuell lägesbild för hela landet, eftersom vårdlandskapen inom den årliga styrningsprocessen ska lämna en redogörelse för sin servicestruktur och för kommande större tjänsteupphandlingar, inklusive anlitande av personaluthyrning. Processen gör det också möjligt att jämföra vårdlandskapen med varandra.

4.2.7.3.2 Konsekvenser för jämlikheten och minskningen av ojämlikheten

Förslaget förutsätter att privata tjänsteproducenter iakttar de allmänna förvaltningslagarna, och därmed förtydligar och preciserar det kravet på garantier för god förvaltning i all tjänsteproduktion. Kundernas rättigheter stärks och tjänsteproducenternas ansvar ökar när kravet på god förvaltning genomsyrar all tjänsteproduktion oberoende av ägarbas för tjänsteproduktionen. I och med förslaget motsvarar kundens rättigheter och tjänsteproducenternas ansvar bättre vad som krävs av den offentliga tjänsteproduktionen. Därmed kommer invånarna i vårdlandskapen i fortsättningen att vara i jämlik ställning oberoende av om tjänsterna produceras av landskapet självt eller av en privat tjänsteproducent.

Regleringen om vårdlandskapens tjänsteupphandlingar blir nu tydligare och mer konsekvent än tidigare. Dessutom ska större upphandlingar i fortsättningen motiveras bättre bland annat i förhållande till tryggheten av organiseringsuppgiften, vilket för sin del förbättrar jämlikheten.

4.2.7.3.3 Konsekvenser för tjänsteproduktionen

Förslaget framhäver vårdlandskapens roll i fråga om organiseringsansvaret och gör den gällande lagstiftningen klarare i fråga om vilka tjänster och funktioner vårdlandskapen kan upphandla av privata aktörer och vilka de ska producera själva. Således kommer lagstiftningen att bringas i överensstämmelse med kraven i 124 § i grundlagen. Den föreslagna regleringen ger struktur

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

och precision åt nuvarande praxis för köpta tjänster, eftersom de rådande tolkningarna av lagen bedöms ha varit motstridiga, många till antalet och delvis i strid med grundlagen. Trots detta kvarstår den samlade bilden när det gäller reglering av köpta tjänster och de lagfästa kraven.

Förslaget betonar att det är vårdlandskapens uppgift att organisera verksamheten. Detta inbegriper styrnings- och tillsynsansvaret. Vidare understryker förslaget kraftigt en mångsidig kompetens när det gäller att hantera upphandlingar och avtal. Avsikten är att man i fortsättningen i betydligt större utsträckning och betydligt mer systematiskt ska satsa på sammanhållen tjänsteproduktion och hantering av den tillhörande risken. Därför stärks kopplingen mellan tjänsteproduktionen och vårdlandskapets servicestrategi, eftersom landskapen enligt förslaget alltid exempelvis i upphandlingsbeslut ska motivera varför upphandlingen behövs och hur organiseringsansvaret ska fullgöras.

Vårdlandskapens administrativa uppgifter ska i högre grad än i dagsläget fokusera på kompetens inom upphandlings- och avtalshantering samt mer allmänt på expertis i planering, hantering och utveckling av tjänsteproduktionens innehåll, producentnätet och produktionsstrukturen. Förslaget ökar således åtminstone i viss mån vårdlandskapens administrativa börda och/eller ändrar tyngdpunkten i expertarbetet inom landskapens förvaltning i mer övergripande och omfattande riktning. Vissa konsekvenserna är engångsuppgifter/tillfälliga uppgifter, men det finns också mer bestående konsekvenser. De tillfälliga uppgifterna och kostnaderna för dem bedöms närmare i punkt xx. Den permanenta effekten av den administrativa bördan beräknas vara cirka xx årsverken i hela landet.

Även om förslaget i någon mån uppskattas öka vårdlandskapens administrativa börda, stärker det samtidigt märkbart riskhanteringen och framförhållningen i fråga om organiseringsuppgiften, vilket väsentligt stöder, stabiliserar och förbättrar kontinuiteten i verksamheten och beredskapen. Det blir således i fortsättningen verksamhetsmässigt och ekonomiskt mer hållbart att använda köpta tjänster. Därför kan det också anses vara ytterst motiverat att öka den permanenta administrativa bördan till denna del, och nyttan av den kan i synnerhet på lång sikt vara till gagn för befolkningen i området.

Förslaget begränsar användningen av inhyrd personal på så sätt att inhyrd arbetskraft i framtiden kan användas som komplement till den egna personalen. I samjour som hålls dygnet runt ska inhyrd personal kunna användas för att komplettera den egna personalen, men även i annan service ska hyrpersonal i praktiken bara komplettera den egna personalen, eftersom samma lagstiftningsprinciper ska gälla köpta tjänster ska gälla för inhyrd arbetskraft. När man nu granskar anlitaandet av inhyrd arbetskraft i de olika landskapen ter det sig inte som om förklaringen är befolkningstätheten eller exempelvis avlägset läge, utan sannolikt snarare den rådande verksamhetskulturen och i viss mån tillgången till personal. Förslaget bedöms ha konsekvenser särskilt för jourtjänsterna på allmänläkarnivå inom hälso- och sjukvårdens samjour, där jourskyldigheterna för läkare i tjänsteförhållande numera i stor utsträckning har slopats och hyrläkare beroende på situationen anlitas till och med i hög utsträckning. Man har gått in för lösningar där hyrpersonal anlitas eftersom många tjänsteläkare inte har varit villiga till jourtjänstgöring. En utökad jourskyldighet kan få tjänsteläkare att söka sig till andra uppgifter eller anställning hos en privat arbetsgivare, vilket är en risk med tanke på tjänsteproduktionen. Inom socialvården har hyrpersonal i allt större utsträckning anlitats exempelvis inom det sociala arbetet, där utmaningarna i fråga om tillgången på personal har kunnat vara regionalt betydande. Vad arbetsfördelningen beträffar har anlitaandet av hyrd arbetskraft emellertid kunnat orsaka oklarheter i fråga om fastställandet av innehållet i de offentliga förvaltningsuppgifterna och arbetsfördelningen mellan arbetstagare i tjänsteförhållande och hyrpersonalen.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Om vårdlandskapen beslutar att åter själva börja producera tjänsterna till följd av ogiltigförklarade avtal om köpta tjänster, ska de vid omorganiseringen av tjänsteproduktionen särskilt beakta riskerna avseende tillgången till personal. Analyser visar att i synnerhet tillgången på läkare och eventuellt också rekryteringen till andra expertuppgifter som kräver särskild kompetens inom social- och hälsovård kan bli en svår uppgift i större skala. Detta bör beaktas när servicestrukturen planeras för att kontinuiteten och kvaliteten i tjänsteproduktionen ska och kvalitet kunna garanteras i alla situationer.

4.2.7.3.4 Granskning av nuvarande köpta tjänster och hyrpersonal

I tabellerna XX1 och XX2 nedan finns uppgifter om upphandlingar inom uppgiftsområdena för social- och hälsovård i statistiken över kommunekonomin 2018. Samkommunernas tjänsteupphandlingar är uppdelade efter vårdlandskap utifrån var den kommun där samkommunens förvaltning är belägen. Således anges exempelvis tjänsteupphandlingarna inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt under Helsingfors tjänsteupphandlingar. I tabell XX3 finns uppgifter om all hyrpersonal i kommuner och samkommuner 2018. Också här sker fördelningen efter den kommun där samkommunens förvaltning är belägen.

Tabell XX1 visar att det i fråga om hälso- och sjukvårdstjänsterna snarare är fråga om överföring av organiseringsansvaret än om en stor andel köpta tjänster i förhållande till driftsutgifterna. Däremot är andelen köpta tjänster inom socialvården betydande, totalt omkring 2,4 miljarder, dvs. uppemot 73 procent av kommunernas och samkommunernas köp av kundtjänster 2018.

En granskning av de köpta tjänsternas relativa andel av de framtida vårdlandskapens driftsutgifter ger inte i sig en bild av hur många avtal om köpta tjänster som kommer att ogiltigförklaras. Med andra ord är det omöjligt att entydigt ange en gräns där de köpta tjänsterna blir en risk med tanke på fullgörandet av organiseringsuppgiften. När man granskar hur organiseringsansvaret kan bäras ska man beakta dels den kvantitet tjänster som köps inom varje uppgiftshelhet, dels också till exempel hur tjänsteupphandlingarna är fördelade mellan olika tjänsteproducenter och/eller hur uppgifter inom tjänsteansvaret i praktiken har överförts till privata tjänsteproducenter. Dessa faktorer inverkar på hur stor risk de köpta tjänsterna i praktiken utgör med tanke på organiseringsansvaret. Dessutom ska vårdlandskapen i sin bedömning föra ett resonemang över huruvida ogiltigförklaring av upphandlingsavtal skulle leda till oskäliga och oändamålsenliga situationer för kunderna och med tanke på tillgången till tjänster. Detta innebär att man vid bedömningen av avtalen också ska beakta verksamhetens karaktär och i synnerhet utgångsläget för utsatta kunder samt situationen exempelvis i fråga om boendeservice och/eller annan långvarig service.

Även om köpta tjänster i fråga om vissa socialvårdstjänster står för en stor andel av driftsutgifterna, är detta dock inte nödvändigtvis en grund för ogiltigförklaring av avtal med en privat tjänsteproducent. Institutionsvården för personer med funktionsnedsättning håller på att avvecklas i sin nuvarande form och förändras åtminstone i fråga om långvarig service, och inom den kan den stora andelen köpta tjänster i förhållande till driftsutgifterna för servicen i praktiken handla om upphandling av individanknutna tjänster åt en eller två klienter. Detsamma kan i vissa situationer gälla bland annat institutionsvård inom barnskyddet. Dessutom har man i fråga om vissa socialvårdstjänster, såsom boendeservice för personer med funktionsnedsättning, numera i stor utsträckning stannat för köpta tjänster i kommunerna, även om serviceanordnarna de facto hade kunnat använda andra sätt att ordna servicen. När vårdlandskapen granskar avtal om köpta tjänster och planerar tjänsteproduktionen bör de också beakta sådana situationer.

En granskning av de enskilda vårdlandskapen visar att köp av tjänster av privata aktörer utgör en mycket betydande helhet till exempel inom institutionsvården för personer med funktionsnedsättning i Mellersta Österbotten, institutions- och familjevården inom barnskyddet i Södra Österbotten och specialtjänsterna inom missbrukarvården i Norra Savolax, om de nuvarande kommunernas driftsutgifter granskas vårdlandskapsvis. I dessa tre exempel utgör köp av tjänster nästan 90 procent av driftsutgifterna för de aktuella uppgiftsområdena. Vårdlandskapen ska i dessa och även i andra fall bedöma om så pass omfattande och heltäckande anskaffningar av tjänster utgör en risk med tanke på organiseringsansvaret och en ändamålsenlig upphandlingskompetens.

Förslaget kommer sannolikt att leda till att vissa upphandlingsavtal ogiltigförklaras 2025. Även om det på förhand är mycket svårt att göra en noggrann analys av förslaget i förhållande till de nuvarande enskilda upphandlingsavtalen, kan förslaget dock som exempel granskas i förhållande till vissa av dagens upphandlings- och avtalslösningar.

I samband med beredningen har man kartlagt nuläget i fråga om upphandling av tjänster för kunderna inom några områden i fråga om sådana tjänster där det utifrån statistiken över kommunernas ekonomi 2018 har gjorts särskilt många upphandlingar av tjänster för kunderna. Utifrån detta och de beredande tjänstemännens sakkunniguppfattning kan man till exempel i fråga om institutionsvården inom barnskyddet konstatera att en ökning av vårdlandskapens egen produktion stöder ett effektivare fullgörande av organiseringsansvaret, eftersom användningen av privat tjänsteproduktion allmänt sett är mycket omfattande. Propositionen leder dock sannolikt inte till att upphandlingsavtalen ogiltigförklaras inom detta uppgiftsområde, utan till följd av förslaget kommer vårdlandskapets egen produktion så småningom att öka. Exempelvis visar en kartläggning av nuläget i Seinäjoki att produktionsstrukturen för institutionsvården inom barnskyddet i regionen består av flera tjänsteproducenter. Om situationen är densamma också i övriga kommuner i det kommande vårdlandskapet Södra Österbotten, kommer produktionsstrukturen i regionen sannolikt att så småningom fokusera mer på egen produktion när upphandlingsavtalen med tiden slutar att gälla. Om det förekommer ogiltigförklaringar av avtalen inom denna sektor, kan en alltför omfattande överföring av den offentliga förvaltningsuppgiften till en privat producent komma att utgöra grund för detta.

I fråga om boendeservice för personer med funktionsnedsättning är det typiskt att de nuvarande anordnarna inte har egen tjänsteproduktion, utan att man i stor utsträckning ordnat servicen genom ramavtal. Därför finns det en risk för att anordnarnas kännedom om tjänsten i fråga och klienternas behov i det dagliga livet försvagas, vilket gör det svårare att definiera innehållet i tjänsten. Det finns också en risk för att konkurrensen på marknaden försvagas, vilket kan leda till en högre kostnadsnivå. Om tjänster huvudsakligen ordnas genom att skaffa dem från andra tjänsteproducenter, kan det leda till att kundernas ställning försämras, när organiseringsuppgiften i alltför hög grad koncentrerar sig på upphandling av tjänster i stället för på andra delområden av organiseringsansvaret. Eftersom de kommande vårdlandskapen bland annat ska samordna tjänsterna och definiera servicekedjorna samt identifiera de kunder som behöver många tjänster, kanske uppgiften fullgörs bristfälligt om kunden i stor utsträckning blir beroende av de tjänster som en privat tjänsteproducent tillhandahåller och den som ordnar tjänsterna förlorar kontakten med kunden. Enligt bedömningar kan egen produktion i vårdlandskapen bidra till att skapa gränssnitt och praxis också när tjänster upphandlas hos andra tjänsteproducenter. Exempelvis visar en kartläggning av nuläget i Birkaland att det inte finns någon egen tjänsteproduktion inom den boendeservice som avses i handikappservicelagen. Tjänsterna har dock anskaffats hos ett stort antal tjänsteproducenter. Utifrån detta kan det bedömas att avtalen inte nödvändigtvis kommer att ogiltigförklaras direkt eftersom tjänsteupphandlingen är omfattande. Däremot

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

kan ett regelverk som betonar köpta tjänster och organiseringsansvar leda till att servicestrukturen förändras när avtalsperioderna löper ut och att det till denna del så småningom uppstår mer egen produktion i regionen.

Tjänster inom missbrukarvård produceras som en del av socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården, men i synnerhet inom specialtjänsterna inom missbrukarvården utnyttjas köpta tjänster i stor utsträckning. Det har varit utmärkande för upphandlingen av specialtjänster inom missbrukarvården att de tjänster som anskaffas är enstaka och noggrant avgränsade. Detta kan leda till en situation som kräver motivation och initiativkraft av klienten för att de mål som eftersträvas med tjänsterna ska nås. En större egen tjänsteproduktion inom vårdlandskapen stöder den funktionella integrationen bättre. I synnerhet inom missbrukarvården för minderåriga finns det för närvarande stora problem på många områden.

Flera kommuner och samkommuner har ingått upphandlingsavtal om omfattande uppgiftshelheter med en enskild tjänsteproducent. Dessa avtal kallas allmänt avtal om total utläggning, även om antalet utlagda uppgifter varierar från avtal till avtal. I dagsläget har kommunerna och samkommunerna ingått avtal om total utläggning till ett värde av uppskattningsvis cirka 500 miljoner euro i årliga driftsutgifter. Aktiebolaget Keiturin Sote Oy, som ägs av Virdois stad, är den enda avtalsparten i ett avtal om total utläggning där kommunen har bestämmande inflytande.

I cirka hälften av avtalen om total utläggning är avtalsparten ett samriskföretag som bildats av Pihlajalinna Abp och de kommuner som ansvarar för utläggningen (Jämsä, Mänttä-Vilppula eller Parkano) eller samkommunen Kuusiokuntien sosiaali- ja terveystayhtymä. Enligt uppskattning kommer dessa upphandlingsavtal att förklaras ogiltiga, eftersom organiseringsansvaret i dem har överförts till en privat tjänsteproducent i så pass stor utsträckning. Det finns också en risk för att det skulle vara en mycket stor utmaning för ett vårdlandskap att styra tjänsteproduktionen inom en region med total utläggning på ett sådant sätt att tjänster ordnas på lika villkor för dem som bor i den regionen i förhållande till landskapets andra invånare. Den risken kan antas vara särskilt stor med finansieringslösningen i de gällande avtalen, dvs. där tjänsteproducenten i praktiken övertar finansieringsansvaret för tjänsterna.

Det bedöms att det gällande avtalet om total utläggning mellan sjukvårdsdistriktet i sydvästra Lappland, kommunerna i området och Mehiläinen Länsi-Pohja Oy med stor sannolikhet kommer att ogiltigförklaras, eftersom sådana till vårdlandskapet hörande uppgifter som innebär utövning av offentlig makt och som inbegriper organiseringsansvar i avtalet överläts till en privat tjänsteproducent. Dessutom innebär förslaget att det i fortsättningen alltid ska vara den läkare i tjänsteförhållande som beslutar om intagning av en patient på sjukhus. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:s nuvarande avtal ligger således inte heller till denna i fortsättningen i linje med lag. En granskning av Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:s nuvarande avtal mot situationen i hela vårdlandskapet Lappland ger vid handen att avtalet bör förklaras ogiltigt också av den anledningen att det är för omfattande till sitt innehåll, eftersom utläggningen gäller en tredjedel av såväl befolkningen i vårdlandskapet som av driftsutgifterna för social- och hälsovården. Utifrån en samlad bedömning kan det nuvarande avtalet anses utgöra en betydande risk med tanke på hur vårdlandskapet Lappland bär sitt ansvar att ordna social- och hälsovården.

I och med förslaget blir aktiebolagen Coxa Oy:s och Helsingin Sydänsairaala Oy:s nuvarande verksamhet lagstridig till den del verksamheten bedrivs inom ett annat vårdlandskap. Exempelvis har Coxa numera mottagning också utanför det planerade vårdlandskapet Birkaland, och propositionen innebär att landskapet har organiseringsansvar endast för invånarna inom landskapet och på sitt eget område. Dessutom begränsar den föreslagna lagen om vårdlandskap

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

landskapets möjligheter att inom ramen för sin allmänna kompetens bedriva verksamhet utanför den lagfästa verksamheten, dvs. verksamhet enbart på marknadsvillkor, geografiskt till området för det egna landskapet. Trots detta kan exempelvis Coxas operationsverksamhet inom vårdlandskapet Birkaland fortsätta som förut, om vårdbehovet konstateras på behörigt sätt, om landskapet har ett avtal om köpta tjänster med företaget och om patienten utnyttjar sin valfrihet inom den specialiserade sjukvården och väljer vårdlandskapet Birkaland. Däremot kan operationsverksamheten vid Helsingin Sydänsairaala av samma orsak inte fortsätta i Helsingfors, medan verksamheten kan fortsätta inom vårdlandskapet Birkaland på samma grunder som Coxas operationsverksamhet.

Uppskattningen är att situationen för utkontrakterade enskilda hälsostationer förblir så gott som oförändrad i och med förslaget. Också de avtalen kan komma att preciseras till exempel i fråga om styrningen och tillsynen från vårdlandskapets sida. Vårdlandskapen ska dock i sin bedömning beakta att de utkontrakterade hälsostationerna inte heller i fortsättningen kan utföra sådana uppgifter som förutsätter tjänsteansvar. Exempel på sådana uppgifter är att bevilja kunden betalningsförbindelse eller servicecheck.

Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt använder redan i dag i hög grad hyrpersonal för allmänläkarverksamheten vid samjour. I fråga om Mellersta Österbottens sjukhjäsovårdsdistrikt kompletterar hyrpersonalen i dagsläget inte den egna personalen, utan allmänläkarjouren sköts i regel med hyrläkare. Efter det att förslaget trätt i kraft är verksamheten inte längre lagenlig, utan Mellersta Österbottens vårdlandskap måste öka andelen egen personal betydligt inom den verksamheten. För att säkerställa kontinuiteten i verksamheten måste vårdlandskapet vidta åtgärder i frågan, sannolikt genast när den temporära organisationen har inlett sin verksamhet, för att det ska hinna rekrytera personal och/eller i praktiken komma överens om jourskyldigheten för redan anställda läkare.

Kymsote köper läkartjänster för jourverksamheten av Medipulssi Oy. Att hyra personal på det sätt kommer enligt uppskattning av vara möjligt också i en situation där ansvaret för att ordna social- och hälsovård överförs till vårdlandskapen. Att anlita hyrpersonal kommer fortsatt att vara möjligt i situationer där den personalen kompletterar vårdlandskapets egna personella resurser.

Utöver granskning av de faktiska avtalen om köpta tjänster ska vårdlandskapen i sin bedömning också granska andra möjliga sätt att ordna tjänsterna. Vissa vårdlandskap kan till exempel ha lagt ut organiseringsansvaret på ett annat vårdlandskap, som fortfarande skaffar tjänster av en privat tjänsteproducent. När ett vårdlandskap granskar befintliga tjänsteupphandlingar ska det beakta att organiseringsansvaret i en sådan situation inte helt kan läggas ut, dvs. även om vårdlandskap A i ett avtal mellan landskapen överför en del av organiseringsansvaret till vårdlandskap B, kvarstår ansvaret för att ordna tjänsterna i sista hand hos landskap A. Dessutom ska vårdlandskap B i sin bedömning av riskerna med upphandlingsavtal utöver det egna landskapet också beakta situationen i landskap A.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Vårdianskap	Instituti ons- och familjev ård inom barnsky ddet	Öppenv årdstjän ster inom barnsky ddet	Andra öppenvå rdstjän ster för barn och familjer	Instituti onsvård för äldre	Boendes ervice inom haldygn somsorg en för äldre	Andra tjänster för äldre	Instituti onsvård för personer med funktion snedsätt ning	Boendes ervice inom haldygn somsorg en för personer med funktion snedsätt ning	Andra tjänster för personer med funktion snedsätt ning	Hemvård	Sysselsä ttningsfr ämjande tjänster	Särskild service inom missbru karvård en	Öppenv ården inom primärv ården	Mun- och tandvård	Bäddavd elningsv ård inom primärv ården	Specialis erad sjukvård	Den samlade social- och hälsovård den
Södra Karelen	31,9 %	8,4 %	3,7 %	0,0 %	20,5 %	9,9 %	6,1 %	50,8 %	10,4 %	3,3 %	1,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	7,0 %
Södra Österbotten	86,4 %	39,7 %	22,2 %	3,1 %	25,6 %	9,4 %	11,9 %	50,1 %	13,7 %	16,6 %	1,9 %	49,4 %	14,5 %	15,2 %	14,0 %	9,8 %	19,0 %
Södra Savolax	63,3 %	44,1 %	13,4 %	0,0 %	55,0 %	4,9 %	2,1 %	55,7 %	17,6 %	4,2 %	3,7 %	20,1 %	4,0 %	3,4 %	6,1 %	4,0 %	15,7 %
Kajanaland	54,2 %	28,5 %	5,0 %	0,0 %	6,8 %	53,8 %	3,3 %	30,3 %	30,2 %	5,3 %	0,3 %	22,7 %	5,7 %	7,5 %	5,3 %	4,8 %	11,7 %
Egentliga Tavastland	66,8 %	51,4 %	9,1 %	0,4 %	36,2 %	9,0 %	0,0 %	55,6 %	23,7 %	9,9 %	6,1 %	53,0 %	6,3 %	1,8 %	3,8 %	1,5 %	15,6 %
Mellersta Österbotten	7,4 %	2,1 %	0,6 %	0,0 %	0,1 %	0,8 %	89,4 %	38,1 %	9,8 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	1,0 %	0,3 %	1,1 %	0,0 %	2,9 %
Mellersta Finland	69,9 %	40,3 %	14,3 %	1,1 %	31,7 %	20,6 %	2,7 %	57,6 %	17,3 %	14,7 %	9,9 %	44,1 %	12,2 %	12,8 %	9,0 %	10,7 %	19,7 %
Kymmenedalen	62,9 %	17,9 %	9,0 %	0,0 %	35,3 %	4,9 %	0,1 %	50,0 %	22,9 %	6,8 %	8,4 %	63,3 %	11,6 %	5,9 %	3,0 %	5,0 %	16,6 %
Lapland	66,0 %	35,8 %	11,7 %	12,7 %	25,0 %	14,8 %	7,0 %	38,1 %	16,1 %	10,4 %	8,5 %	28,9 %	17,6 %	15,3 %	2,8 %	3,2 %	13,2 %
Birkaland	68,1 %	24,3 %	10,7 %	7,8 %	47,6 %	24,2 %	0,4 %	57,8 %	32,3 %	20,2 %	15,2 %	53,3 %	12,6 %	19,7 %	8,9 %	20,5 %	25,2 %
Österbotten	58,0 %	18,9 %	7,4 %	9,6 %	22,5 %	5,7 %	2,1 %	17,6 %	7,5 %	2,6 %	4,9 %	38,0 %	4,8 %	2,5 %	2,0 %	4,2 %	9,1 %
Norra Karelen	60,9 %	30,2 %	12,3 %	0,0 %	23,8 %	11,3 %	1,1 %	25,9 %	20,4 %	6,2 %	1,9 %	22,8 %	6,3 %	5,7 %	5,0 %	4,5 %	13,9 %
Norra Österbotten	77,7 %	41,5 %	18,9 %	6,1 %	18,2 %	20,1 %	11,4 %	56,7 %	22,6 %	11,1 %	1,9 %	24,4 %	8,8 %	5,0 %	7,3 %	4,4 %	14,4 %
Norra Savolax	65,4 %	45,0 %	7,8 %	1,2 %	28,4 %	8,1 %	1,4 %	63,6 %	22,5 %	1,7 %	4,7 %	88,6 %	5,9 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	11,6 %
Päijänne-Tavastland	60,5 %	19,7 %	13,6 %	0,0 %	31,0 %	3,5 %	0,0 %	37,9 %	18,1 %	12,8 %	2,7 %	63,1 %	2,4 %	2,3 %	3,5 %	3,3 %	14,8 %
Satakunta	68,5 %	30,3 %	6,8 %	0,2 %	33,6 %	4,3 %	5,2 %	36,6 %	15,0 %	3,8 %	2,5 %	16,9 %	4,0 %	4,6 %	0,5 %	0,9 %	12,2 %
Helsingfors	45,3 %	7,7 %	6,4 %	21,5 %	41,0 %	5,7 %	22,2 %	57,6 %	32,7 %	3,8 %	1,2 %	23,8 %	1,4 %	9,7 %	0,0 %	5,2 %	15,0 %
Vanda-Kervo	63,9 %	17,0 %	12,4 %	62,8 %	60,1 %	2,2 %	47,1 %	59,3 %	27,7 %	0,8 %	0,0 %	22,6 %	2,0 %	0,3 %	11,4 %	0,0 %	17,1 %
Mellersta Nyland	69,8 %	33,5 %	10,3 %	3,7 %	51,1 %	8,9 %	78,1 %	48,7 %	13,1 %	2,4 %	7,9 %	41,4 %	3,0 %	3,3 %	3,3 %	3,9 %	15,9 %
Västra Nyland	68,3 %	27,7 %	15,4 %	6,7 %	54,8 %	7,7 %	58,2 %	52,1 %	20,3 %	9,4 %	4,2 %	40,8 %	7,3 %	4,3 %	0,9 %	0,1 %	17,3 %
Östra Nyland	59,4 %	9,8 %	5,7 %	0,2 %	23,2 %	2,2 %	39,7 %	35,6 %	18,6 %	3,2 %	7,7 %	43,9 %	2,9 %	3,7 %	0,6 %	1,3 %	10,2 %
Egentliga Finland	63,5 %	42,0 %	13,2 %	1,0 %	27,9 %	6,5 %	6,2 %	53,2 %	21,1 %	3,1 %	4,6 %	54,2 %	3,5 %	1,5 %	4,0 %	1,0 %	12,6 %
Fastlandsfinland	62,8 %	29,8 %	11,3 %	9,6 %	34,1 %	12,2 %	12,3 %	49,4 %	21,9 %	8,0 %	5,0 %	41,2 %	6,9 %	6,7 %	4,6 %	5,1 %	15,3 %

Tabell XX1: Upphandling av köpta tjänster inom social- och hälsovården 2018 i förhållande till driftskostnaderna med posterna för samkommunerna uppdelade efter den kommun som förvaltar verksamheten.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Vårdlandskap	Institutions- och familjevård inom barnskyddet	Öppenvårdstjänster inom barnskyddet	Andra öppenvårdstjänster för barn och familjer	Institutionsvård för äldre	Boendeser vice inom heldygnsomsorgen för äldre	Andra tjänster för äldre	Institutionsvård för personer med funktionsnedsättning	Boendeser vice inom heldygnsomsorgen för personer med funktionsnedsättning	Andra tjänster för personer med funktionsnedsättning	Hemvård	Sysselsättningsfrämjande tjänster	Särskild service inom missbrukarvården	Öppenvård inom primärvården	Mun- och tandvård	Bäddavdelningsvård inom primärvården	Specialiserad sjukvård	Den samlade social- och hälsovården
Södra Karelen	4 517	220	616	1	10 708	2 528	125	10 610	1 926	1 350	238	-	142	2	-	713	38 828
Södra Österbotten	23 889	4 079	1 940	111	27 797	1 699	889	19 507	5 578	9 042	136	1 935	13 429	3 526	5 867	32 412	160 598
Södra Savolax	13 855	3 352	1 002	-	41 660	1 576	301	17 283	7 345	2 359	387	1 550	2 904	607	2 049	11 586	117 436
Kajanaland	6 261	2 237	118	-	1 820	9 200	73	4 314	6 618	1 125	19	381	2 280	704	864	8 599	46 275
Egentliga Tavastland	16 591	8 352	1 017	65	30 419	1 530	-	15 271	6 400	4 097	947	3 098	4 544	374	826	3 758	105 815
Mellersta Österbotten	804	49	5	-	47	94	322	5 260	1 518	-	2	-	322	32	126	9	8 593
Mellersta Finland	28 123	8 016	1 647	237	39 872	7 150	179	25 839	8 679	9 103	3 054	4 237	19 110	4 248	4 844	36 096	212 504
Kymmenedalen	17 194	1 545	1 088	6	35 800	694	3	14 672	10 614	3 439	2 023	5 769	9 625	1 025	945	12 820	126 865
Lappland	15 069	3 179	985	2 131	21 408	2 986	843	11 514	6 785	5 975	1 380	1 269	16 214	3 325	1 340	10 149	111 340
Birkaland	50 759	5 509	3 676	3 806	91 270	11 675	57	31 990	30 784	23 565	8 513	11 394	26 119	11 109	6 869	156 200	493 319
Österbotten	9 234	1 174	594	1 871	19 230	830	70	5 459	1 947	1 427	543	2 728	4 249	530	784	11 113	66 249
Norra Karelen	17 781	2 238	1 200	-	20 414	2 130	31	6 611	8 892	2 804	353	724	4 662	954	1 711	10 790	97 389
Norra Österbotten	36 324	7 772	4 462	2 301	23 249	9 414	506	33 430	17 266	10 894	811	2 974	17 721	2 555	6 822	25 824	229 441
Norra Savolax	24 221	6 322	1 062	326	32 326	1 887	143	23 505	10 275	1 380	1 132	9 635	7 787	82	4	5 031	133 223
Päijänne-Tavastland	23 521	1 306	1 729	-	30 823	381	-	12 153	6 181	6 748	760	6 235	2 150	558	1 500	9 042	116 701
Satakunta	21 467	2 442	1 001	51	41 047	865	458	17 830	7 378	2 051	285	1 012	3 663	1 119	212	2 792	110 833
Helsingfors	49 199	2 901	1 417	21 679	71 289	1 996	2 689	46 335	37 635	4 961	948	7 061	2 467	7 152	-	49 891	359 113
Vanda-Kervo	34 811	3 019	1 710	8 163	36 274	391	1 587	14 328	13 832	150	2	2 843	1 923	78	4 276	24	136 469
Mellersta Nyland	23 563	2 307	2 178	303	36 291	1 174	2 750	15 961	5 560	666	1 252	2 590	2 816	759	1 020	8 986	117 732
Västra Nyland	51 398	7 011	3 987	1 441	75 421	2 282	3 985	34 495	18 598	6 791	1 951	7 494	12 790	2 046	578	375	251 905
Östra Nyland	6 072	371	477	28	7 233	208	902	5 641	3 041	648	579	2 034	977	388	75	1 537	33 410
Egentliga Finland	49 536	13 876	3 532	479	53 114	2 561	736	35 897	18 428	3 350	2 443	12 872	6 198	782	4 167	7 761	240 485
Fastlandsfinland	524 189	87 277	35 443	42 999	747 512	63 251	16 649	407 905	235 280	101 925	27 758	87 835	162 092	41 955	44 879	405 508	3 314 523

Tabell XX2: Upphandling av köpta tjänster inom social- och hälsovården 2018, angiven i tusen euro, med posterna för samkommunerna uppdelade efter den kommun som förvaltar verksamheten.

Vårdlandskap	Inhyrd personal i kommunernas och samkommunernas hela verksamhet, angiven i tusen euro	Inhyrd personal i kommunernas och samkommunernas hela verksamhet, euro per invånare
Södra Karelen	3	0,02 €
Södra Österbotten	3 949	20,69 €
Södra Savolax	1 796	12,20 €
Kajanaland	7 367	99,61 €
Egentliga Tavastland	16 258	94,13 €
Mellersta Österbotten	316	4,59 €
Mellersta Finland	2 986	10,82 €
Kymmenedalen	10 103	57,56 €
Lappland	3 477	19,40 €

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Birkaland	14 125	27,58 €
Österbotten	5 542	30,63 €
Norra Karelen	711	4,36 €
Norra Österbotten	10 108	24,54 €
Norra Savolax	15 261	61,87 €
Päijänne-Tavastland	11 654	57,91 €
Satakunta	12 527	56,84 €
Helsingfors	72 217	112,27 €
Vanda-Kervo	32 065	124,01 €
Mellersta Nyland	5 817	29,67 €
Västra Nyland	31 883	69,22 €
Östra Nyland	2 289	23,56 €
Egentliga Finland	7 419	15,53 €
Fastlandsfinland	267 873	48,59 €

Tabell XX3: Inhyrd personal inom hela kommunsektorn 2018 med posterna för samkommunerna uppdelade efter den kommun som förvaltar verksamheten.

4.2.8 Stöd för förändringen

Syftet med de riksomfattande styrnings- och stödåtgärder som föregår reformgenomförandet är att skapa modeller för beredningen av inrättandet av vårdlandskapen. Modellerna ska fungera som stöd för att förenhetliga och rationalisera landskapens verksamhet och organiseringen av deras lagstadgade uppgifter. Avsikten är också att stävja kostnaderna för reformens berednings- och övergångsfas.

Vid sidan av lagberedningen planeras verkställandet av lagstiftningen också regionalt. Den regionala beredningen är beroende av hur både lagberedningen och övriga nationella förberedelser framskrider. Beredningen i regionerna och stödandet av förändringen i anslutning till den kan tidsmässigt delas in i följande tre etapper:

1. Ärenden som bereds innan propositionen lämnas
2. Ärenden som bereds efter det att propositionen har lämnats
3. Ärenden som bereds efter det att lagförslagen har godkänts.

Den regionala beredningen innan propositionen lämnats bygger i första hand på frivillig utveckling av verksamheten och regionalt samarbete mellan de nuvarande aktörerna med organiseringsansvar, dvs. kommunerna och samkommunerna. Detta samarbete kan stärkas bland annat genom statsunderstöd för reformering av social- och hälsovårdens strukturer. År 2020–2021 uppgår anslaget för statsunderstöd till sammanlagt 120 miljoner euro.

För den nationella styrningen och samordningen av den regionala beredningen har den ledningsgrupp som berett reformeringen av social- och hälsovården och av räddningsväsendet utsett en

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

sektion för regional beredning. Samarbetet i fråga om social- och hälsovården sker i ett nätverk av regionala handläggare. Alla regioner är företrädare i nätverket. I färdplanen för den regionala beredningen beskrivs det hur den regionala beredningen framskrider och vilka åtgärder som krävs i de olika etapperna av beredningen. En regional lägesbild anger hur beredningen i de olika regionerna framskrider med hjälp av olika parametrar. Social- och hälsovårdsministeriet ordnar regelbundna informationsmöten i form av webbsändningar. Utöver dessa ordnas vid behov andra möten om aktuella ärenden inom reformberedningen. I olika etapper av beredningen ordnas också regionala seminarier och andra sammankomster.

Programmet Framtidens social- och hälsocentral, som startats av statsminister Sanna Marins regering, stöder regionerna när de planerar och genomför införandet av den nya typen av utvidgade social- och hälsocentraler. I enlighet med programmet riktas de statsunderstöd som beviljas regionerna till kommunernas och samkommunernas gemensamma projekt för utveckling av primärvården och socialvården. För detta har det i statsbudgeten för 2020 reserverats totalt 70 miljoner euro i statsunderstöd, och beslut om beloppet av statsunderstöd för 2021 och 2022 fattas separat.

Inom räddningsväsendet stöds regional beredning, men dessutom stöds reformarbetet genom utveckling av riksomfattande styr-, lednings- och kommunikationspraxis, stärkande av den strategiska planeringen, genomförandet och uppföljningen, utveckling av ett gemensamt kunskapsunderlag och kunskapsbaserat ledarskap samt riksomfattande IKT-lösningar. Inrikesministeriet tillsätter en delegation med uppgift att stödja fastställandet av målen för tjänsteproduktionen och att följa och utvärdera hur åtgärderna genomförs och målen uppnås. Delegationen ska för sin del utreda behoven av förändringsstöd och strategisk planering inom räddningsväsendet i vårdlandskapen samt systematiskt följa hur förändringen genomförs.

4.2.9 Uppföljning och utvärdering av reformen

Reformen är mycket omfattande och gäller hela social- och hälsovården samt räddningsväsendet. Det är svårt att på förhand bedöma konsekvenserna av ändringarna på systemnivå. Det är omöjligt att förutse förslagets alla konsekvenser för ekonomi, förvaltning samt människor och tjänster. Liksom vid alla större reformer kan det finnas oväntade verkningmekanismer och överraskande följdverkningar. Det är därför mycket viktigt att följa och med forskningsmetoder i efterskott analysera reformens förväntade och oväntade konsekvenser i vårdlandskapen och nationellt. Uppföljningen ska genomföras på så sätt att det samtidigt blir möjligt att jämföra olika regioner.

Vårdlandskapen kommer att vara olika till storlek och struktur, och deras beredskap att ta sig av organiseringsansvaret enligt propositionen varierar. Därför måste en uppföljning och efterhandsutvärdering göras både på riksnivå och i varje vårdlandskap. Genom en efterhandsutvärdering utreds förutsedda och oförutsedda konsekvenser och bieffekter av reformen i relation till de uppställda målen. Uppföljningen är en kontinuerlig process som producerar aktuell information både på riksnivå och i de enskilda vårdlandskapen. Uppgifterna kan användas för den riksomfattande styrningen och övervakningen av vårdlandskapen samt i landskapen för uppföljning och planering av verksamheten. Utifrån uppgifterna kan det vid behov också föreslås ändringar i lagstiftningen.

Det finns flera internationella modeller för analysramen för servicesystem. Baselementen är styrning av och tillsyn över systemet, tjänsteproduktion, arbetskraft, information, metoder och produkter samt finansiering. Ändringar i dessa leder via mellanliggande mål, till exempel tillgången till tjänster och deras effektivitet, till konsekvenser för befolkningens välfärd och hälsa,

dvs. för hur tjänsterna möter befolkningens behov, den ekonomiska hållbarheten och befolkningens nöjdhet⁷⁴. Den analysram som används vid uppföljningen ska innefatta uppgifter om social- och hälsovårdstjänsterna och om befolkningens välfärd och hälsa. Det som man i synnerhet måste satsa på är socialvårdens andel i arbetet med att utveckla en integrerad analysram, eftersom det tidigare utvecklingsarbetet till denna del inte har varit lika omfattande som inom hälso- och sjukvården.

Uppföljningen och utvärderingen av den omfattande reformen förutsätter en kombination av forsknings- och utvärderingsmetoder inom flera vetenskapsgrenar på samma sätt som inom verksamhets- och fallstudier. I en kvantitativ utvärdering används i synnerhet metoder inom registerforskning samt register- och statistikmaterial som slås ihop till enkäter till befolkningen och andra befolkningsundersökningar. I kvalitativa utvärderingar samlas information in med hjälp av intervjuer och observationer. De nationella Kuva-uppgifterna bildar ett informationsunderlag också för uppföljningen och utvärderingen av reformen. Indikatoruppgifterna finns i Institutet för hälsa och välfärds öppna datafönster⁷⁵. Informationsunderlaget stärks årligen och omkring år 2025 kan den nivå på underlaget uppnås som har ställts som mål beredningen.

Den nya uppföljningsmekanism som beskrivs i 129 § i den föreslagna lagen om vårdlandskap och 30 och 31 § i den föreslagna lagen om ordnande av social- och hälsovård integrerar uppföljningen och utvärderingen av servicesystemets funktionsförmåga i den normala årskalendern för planeringen av vårdlandskapets verksamhet. Vårdlandskapet ska inom sitt område följa befolkningens välfärd och hälsa samt behov, tillgång, kvalitet, effektivitet, kostnader och produktivitet i fråga om den social- och hälsovård det ordnar och hur samordningen av tjänsterna för kunderna har genomförts. Vårdlandskapet ska årligen utarbeta en redogörelse för hur social- och hälsovården genomförts och för det ekonomiska läget inom landskapet. Varje regionförvaltningsverk ska årligen utifrån de uppgifter som erhållits i samband med tillsynen över social- och hälsovården upprätta en rapport om huruvida tjänsterna tillhandahålls på lika villkor i landskapen inom verkets ansvarsområde.

Utifrån dessa Kuva-uppgifter, de nämnda redogörelserna och annan information ska Institutet för hälsa och välfärd årligen ta fram en expertutvärdering i syfte att på riksnivå, för varje samarbetsområde för vårdlandskapen och för varje vårdlandskap bedöma om alla får social- och hälsovård på lika villkor och om nivån på finansieringen är tillräcklig. I utvärderingarna granskas befolkningens välfärd och hälsa efter befolkningsgrupp, behovet av social- och hälsovårdstjänster, den faktiska och uppskattade framtida utvecklingen av tillgången, verkningsfullheten och kvaliteten på tjänsterna samt förhållandet mellan dessa och utvecklingen av de offentliga finanserna.

De uppgifter som behövs kommer från de uppgifter som vårdlandskapets verksamhet ger och dessutom också från andra källor. Detta förutsätter stöd från de nationella myndigheterna samt samarbete med kommunerna och tjänsteproducenterna. Uppgifter kommer att fås exempelvis från sjukförsäkrings- och pensionssystemet samt från statistikmyndigheterna. Den uppföljningsinformation som samlas in används också i den vetenskapliga analysen av reformen. För detta görs en beskrivning av utgångsläget som ett tvärsnitt med uppgifterna för 2021–2022. Insamlingen av tvärsnittsinformation ska upprepas med jämna mellanrum, exempelvis med fem års mellanrum. Mera omfattande tvärsnitt ska kompletteras med kontinuerligt insamlad uppföljningsinformation och olika longitudinella studier.

⁷⁴ <https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

⁷⁵ <https://thl.fi/sv/web/vardreformen/utvardering-och-informationsunderlaget>

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Utöver uppgifter om social- och hälsovårdstjänster samt välfärd och hälsa ska uppföljningen inriktas på vårdlandskapens ekonomi och dess utveckling. Den ekonomiska utvecklingen och de mål som ställts för den i lagen om vårdlandskapens finansiering ska följas i huvudsak i planen för de offentliga finanserna och i de årliga förhandlingarna mellan staten och vårdlandskapet i samband med den. För detta ska varje ministerium inom sitt verksamhetsområde ta fram en utvärdering av vårdlandskapens uppgifter och kostnader. Planen för de offentliga finanserna ska innehålla en utvärdering av vårdlandskapens ekonomi och dess samlade utveckling.

I enlighet med statsrådets förordning om en plan för de offentliga finanserna (120/2014) ska det i planen för de offentliga finanserna ställas upp mål för saldot i förhållande till bruttonationalprodukten till marknadspris för hela den offentliga sektorns finanser samt särskilt för varje enskilt delområde inom de offentliga finanserna.

Enligt förordningen ska det i planen dessutom presenteras nödvändiga specificerade åtgärder och deras beräknade ekonomiska konsekvenser för uppnående av de uppställda målen för det strukturella saldot. Största delen av vårdlandskapens utgifter kommer att vara social- och hälsovårdskostnader. De ska granskas dels i planen för de offentliga finanserna, dels också med stöd av 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I enlighet med bestämmelsen ska ett vårdlandskap årligen utarbeta en rapport om tillgången till tjänster och det finansiella läget inom sitt område. Institutet för hälsa och välfärd ska analysera vårdlandskapens rapporter och lämna social- och hälsovårdsministeriet sin expertbedömning av huruvida tillgången till tjänster motsvarar befolkningens behov på lika villkor samt av ett kostnadsnyttoeffektivt tillhandahållande av tjänster.

Finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet blir en del av vårdlandskapens allmänna finansiering. Fördelningen av finansieringen mellan vårdlandskapen förändras i förhållande till den nuvarande kommunala finansieringen i enlighet med befolkningens behov i det enskilda landskapet och blir mer kalkylbaserad. Därför ska det regelbundet bedömas och ses över hur precisa behovsfaktorerna är. Avsikten är att inleda forskning om detta redan innan reformen träder i kraft. Även i den föreslagna lagen om vårdlandskapens finansiering föreslås det uppföljning och analys hur väl bestämmelsen om justering av vårdlandskapens kostnader fungerar. Korrekt rapportering av ekonomiska uppgifter är en väsentlig när vårdlandskapens ekonomi följs.

I 98 § i den föreslagna lagen om vårdlandskap finns bestämmelser om landskapens bokföring. Enligt paragrafen får det genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om vårdlandskapets bokslut och verksamhetsberättelse, bokslutsnoterna, resultaträkningen, finansieringsanalysen, balansräkningen, koncernbokslutet och dess noter, delårsbokslut och uppgifter om kostnaderna för enskilda tjänster. I förordningen fastställs handlingarnas form så att vårdlandskapens uppgifter rapporteras på ett enhetligt sätt.

Rapporteringen av ekonomiska uppgifter efter räkenskapsårets slut ska bli avsevärt mycket snabbare. För ovan nämnda årliga analys av social- och hälsovårdskostnaderna samt beredningen av planen för de offentliga finanserna strävar man efter att så långt som möjligt göra vårdlandskapens rapportering av ekonomi- och verksamhetsuppgifter enhetlig och automatiserad.

Reformens konsekvenser för hållbarhetsgapet ska beaktas i finansministeriets kalkyl över hållbarhetsgapet, och storleksordningen uppdateras två gånger om året. Kalkylen publiceras varje vår i finansministeriets ekonomiska översikt och i planen för de offentliga finanserna. På hösten publiceras kalkylen över hållbarhetsunderskottet i den ekonomiska översikten som ingår som

bilaga till budgetpropositionen. Kalkylen över hållbarhetsunderskottet som görs av finansministeriets ekonomiska avdelning görs upp i enlighet med gemensamt överenskomna metoder och beräkningsprinciper inom EU. Vid bedömningen av åldersbundna utgifter används en analysmodell för socialutgifter som utvecklats vid social- och hälsovårdsministeriet (SOME-modell).

Den information som uppföljningen av förändringsprocessens konsekvenser ger stöder den nationella styrningen, ledningen och utvecklingen av räddningsväsendet och därigenom produktionen av jämlika och enhetliga tjänster inom räddningsväsendet. Dessutom stöder den planeringen och inriktningen av reformgenomförandet och utvecklingsåtgärderna.

Överföringen av organiseringsansvaret för räddningsväsendet till vårdlandskapen är en omfattande strukturell förändringsprocess. En förutsättning för att den ska lyckas är en systematisk uppföljning av förändringarna i räddningsväsendets tjänster och servicenivå och en föregripande konsekvensbedömning på nationell nivå, per vårdlandskap och i fråga om olika befolkningsgrupper. Dessutom ska konsekvenserna av ändringarna följas på olika förvaltningsnivåer, inklusive konsekvenserna för resurser, kostnader och personal.

Förändringsprocessens konsekvenser är mångsidiga, vilket också måste beaktas i hur omfattande uppföljningen är. Uppföljningen av konsekvenserna av den reform av räddningsväsendet som genomfördes 2004 genomfördes genom en uppföljningsundersökning i tre faser⁷⁶. Dessutom följde de lokala räddningsväsendena förändringen på olika verksamhetsnivåer. En utmaning var dock att använda olika eller på något sätt från varandra avvikande poster eller datainsamlingspraxis exempelvis i samband med ekonomisk uppföljning. Därför har flera forsknings- och utvecklingsprojekt som gäller bedömningsindikatorer genomförts inom räddningsväsendet.

Som en del av reformen utvecklar och inför räddningsväsendet en enhetlig utvärderingsram för uppföljning av konsekvenserna. Ramen ska innehålla uppgifter om de tjänster som räddningsväsendet producerar för olika befolknings- och kundgrupper. Den ska dessutom innehålla information om räddningsväsendets kapacitet och kapacitetskrav på vårdlandskapsnivå och på riksnivå. Ramen innehåller också poster som gör det möjligt att jämföra vårdlandskapen i fråga om ekonomiska och personella uppgifter samt utvecklingsåtgärder.

Den föreslagna lagen om vårdlandskap inbegriper ett flertal krav på produktion av information. Detta gäller både uppföljningsuppgifter och prognosuppgifter om kostnaderna. I lagen om landskapens finansiering krävs hädanefter noggrannare uppgifter om kostnaderna. Dessa skapar en grund för den utvärdering som ska behandlas vid de årliga förhandlingarna. Under de fem år som följer på reformen kommer särskild uppmärksamhet att ägnas åt att skapa enhetlig ekonomisk uppföljning och kostnadsuppföljning. Avsikten är att med tanke på den årliga kostnadsanalysen och beredningen av planen för de offentliga finanserna så långt som möjligt automatisera och ajourföra vårdlandskapens rapportering av ekonomi- och verksamhetsuppgifter.

Även uppföljningen av konsekvenserna för personalen inom räddningsväsendet effektiviseras. Både den fast anställda personalens och avtalspersonalens åldersstruktur medför förändringar, och planeringen och åtgärderna inför detta kommer att medföra olika stödbehov. Man ska i synnerhet ge akt på hur förändringarna påverkar räddningsväsendets kapacitet och utvecklingen av utbildningen. Dessutom följer man förändringarnas konsekvenser för avtalsbrandkårsverksamheten och frivilliginsatserna.

⁷⁶ Kallio 2003, Kallio - Tolppi 2008 ja Kallio - Tolppi 2012.

Fotnoter som saknades på grund av ett tekniskt problem i dokumentet var uppdaterad den 23.7.2020 kl. 12.00

Inrikesministeriets räddningsavdelning ansvarar för att utvärdera och följa konsekvenserna av reformeringen av räddningsväsendet. Resultaten av konsekvensuppföljningen rapporteras och utifrån dem bestäms sektorns nationella och vårdlandskapsvisa utvecklingsbehov. Behoven ska tas upp i förhandlingarna med vårdlandskapen och i branschaktörernas gemensamma samarbetsforum.

Satsningar görs på att dels ta fram aktuell uppföljningsinformation om räddningsväsendet, dels följa de påföljande konsekvenserna. Avsikten är att de påföljande konsekvenserna och andra informationsbehov i anslutning till utvecklingen av räddningsväsendet ska bli projekt inom statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (VN TEAS). Dessutom strävar inrikesministeriet efter att stärka forskningsteman inom branschen inom ramen för statsrådets program för strategisk forskning.

Utöver ovan beskrivna uppföljning är det viktigt att också med hjälp av vetenskaplig forskning följa hur målen för reformen uppnås och reformens konsekvenser. Ministerierna ska ha som mål att åstadkomma inhemsk grundforskning och tillämpad forskning på ämnesområdet genom att informera forskarsamhället i Finland och eventuellt också utomlands om forskningsteman som anknyter till reformen. Exempelvis är strävan att Brandskyddsfondens forskningsteman ska inbegripa forskningsteman om reformens konsekvenser. Dessutom ska ministerierna främja utvärderingen av reformen genom att inkludera teman för utvärderingen i statsrådets program för strategisk forskning, varvid reformens konsekvenser blir föremål för strategisk utvärdering och forskningsfinansiering och därigenom snabbt producerar evidensbaserad kunskap till stöd för utvecklingen. Beslut om eventuella internationella analyser av den omfattande reformen fattas senare.