

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till landskapsreform och reform av ordnandet av social- och hälsovården samt till lagar som har samband med dem

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås att det stiftas en landskapslag, en lag om ordnandet av social- och hälsovården och en gemensam lag om införande av dessa. I propositionen ingår dessutom de ändringar som landskaps- och social- och hälsovårdsreformen förutsätter i den övriga lagstiftningen. Propositionen innehåller i enlighet med detta ett förslag till lag om landskapens finansiering och förslag till ändring av lagstiftningen om kommunernas finansiering, skattelagstiftningen, lagstiftningen om landskapens och kommunernas personal samt vissa lagar som gäller den allmänna förvaltningen.

Enligt propositionen ska det inrättas 18 landskap i Finland. Landskapen är offentligrättsliga samfund med regionalt självstyre. De nya landskapen föreslås i fråga om område motsvara de nuvarande landskapen med vissa undantag som berör enskilda kommuner. Landskapens högsta beslutande organ är landskapsfullmäktige som utses genom val. Landskapen ska sköta de uppgifter som föreskrivs för dem i lag. Centrala uppgifter är social- och hälsovården och räddningsväsendet. Vidare bereds särskilt en överföring av vissa uppgifter från närings-, trafik- och miljöcentralerna, arbets- och näringsbyråerna och regionförvaltningsverken samt landskapsförbunden och miljö- och hälsoskyddet på landskapens ansvar. Landskapslagen innehåller bestämmelser om deras verksamhet, ekonomi och förvaltning.

Genom lagen om ordnandet av social- och hälsovården överförs ansvaret för att ordna den kommunala social- och hälsovården till de landskap som inrättas. Ett undantag utgör dock den prehospitla akutsjukvården. Ansvaret för att ordna den överförs på de fem landskap som är huvudmän för universitetssjukhus. Vidare förblir främjandet av hälsa och välfärd kommunernas uppgift, och utöver det bör landskapen även i sin egen verksamhet se till att hälsa och välfärd främjas.

I syfte att säkerställa det regionala samarbetet och en ändamålsenlig servicestruktur inom social- och hälsovården bildas fem samarbetsområden. De landskap som hör till ett samarbetsområde gör vart fjärde år upp en samarbetsplan. Ordnandet och produktionen av tjänster skiljs åt i landskapens verksamhet. För produktionen av tjänster inrättas i varje landskap en offentligrättslig serviceinrättning för landskapet. Den ska ansvara för att producera tjänster som innebär betydande utövning av offentlig makt och specialtjänster inom social- och hälsovården.

Serviceproduktionen inom social- och hälsovården görs mångsidigare så att landskapets egna serviceproducenter, privata serviceproducenter och serviceproducenter inom tredje sektorn kan producera alla tjänster på marknaden enligt lika villkor. I anknytning till detta bereds särskilt lagstiftning om klientens valfrihet. Samtidigt genomförs en klientorienterad serviceintegration. I den ser man till att det görs en helhetsbedömning av klienternas servicebehov och säkerställer utifrån den att klienterna har smidig och rättidig tillgång till nödvändiga tjänster och att de tillhandahålls. Landskapen åläggs också att förverkliga invånarnas möjligheter till inflytande.

Det föreslås att statens möjlighet att styra social- och hälsovård som hör till landskapens ansvar samtidigt stärks. Statsrådet ska vart fjärde år fastställa strategiska mål för social- och hälsovården. Landskapen bör beakta målen i sin egen verksamhet och även vid beredningen av samarbetsavtalen. Statsrådet kan utfärda förvaltningsbeslut som är bindande för landskapen

om servicestrukturen, vittsyftande och betydande investeringar samt genomförandet av informationsförvaltnings- och informationssystemtjänster. Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar dessutom årligen med landskapen om genomförandet av den social- och hälsovård som de ansvarar för att ordna.

Landskapens verksamhet finansieras huvudsakligen med statlig finansiering och delvis med klientavgifter som tas ut av serviceanvändarna. Bestämmelser om finansieringen utfärdas genom lagen om landskapens finansiering. Finansieringen bestäms kalkylerat dels enligt landskapets invånarantal, dels enligt servicebehovet och omgivningsfaktorer. Den statliga finansieringen är allmänna medel för landskapen.

När finansieringsansvaret överförs från kommunerna på staten, måste statens inkomster ökas och kommunernas inkomster på motsvarande sätt minskas i motsvarighet till överföringen. Därför föreslås det att statens skatteinkomster ökas genom en skärpning av statens förvärvsinkomstbeskattning. För att det totala skatteuttaget inte ska öka, åläggs kommunerna att sänka kommunalskatten. Minskningen av kommunalskatten uppgår till 12,3 procentenheter i samtliga kommuner. Även kommunernas utdelning av samfundsskatteintäkterna sänks och statens utdelning ökas i motsvarande grad. De ändringar som gäller beskattningen genomförs så neutralt som möjligt för de skattskyldiga. Beskattningen av arbete skärps inte och det totala skatteuttaget stiger inte. Det föreslås att kommunernas statsandelar minskas i motsvarighet till de uppgifter som överförs och att de ändringar som följer av detta och av sänkningen av kommunalskatten begränsas genom en permanent bestämningsfaktor som tas in i statsandelssystemet och en utjämning av förändringen i statsandelssystemet.

Personal i anställning inom den kommunala social- och hälsovården anställs enligt förslaget i landskapen i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse. Samkommuner för sjukvårdsdistrikt, samkommuner för specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda och landskapsförbund samt deras egendom, ansvar och skyldigheter överförs till landskapen. Från kommunerna till landskapen överförs dessutom lös egendom i anslutning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Varken kommunerna eller samkommunerna betalas ersättning för egendomsöverföringarna.

För landskapen inrättas fyra riksomfattande servicecenter. De svarar för landskapens lokal-tjänster, personal- och ekonomiförvaltning, anskaffningar samt informationsförvaltnings- och informationssystemtjänster.

I anslutning till reformen bereds särskilt lagstiftning om klientens valfrihet samt som en del av landskapsreformen övriga uppgifter som överförs till och föreskrivs för landskapen. De ändringsbehov som dessa föranleder i de lagar som nu föreslås beaktas i samband med de berörda lagförslagen.

Syftet med landskaps- och social- och hälsovårdsreformen är också att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna. Reformen i enlighet med propositionen möjliggör en dämpning av kostnadsökningen så att social- och hälsovårdskostnaderna 2029 på årsnivå är 3 miljarder euro lägre än de skulle vara utan reformen. Utöver de ändringar och reformer som baserar sig på lagstiftningen kräver detta ett aktivt och skickligt förändringsledarskap, vilket ska uppmärksammas särskilt vid genomförandet av reformen.

De föreslagna landskapen inrättas så snart som möjligt efter det att lagarna har antagits och stadfästs. I det första skedet bereder landskapens temporära förvaltning och, när det landskapsfullmäktige som valts efter landskapsvalet inlett sin verksamhet, landskapen organiseringen av verksamheten och personal- och egendomsöverföringarna tillsammans med kommunerna och

samkommunerna så att ansvaret för att ordna social- och hälsovård samt andra särskilt föreskrivna tjänster och uppgifter överförs på landskapen från ingången av 2019.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	4
ALLMÅN MOTIVERING	8
1 INLEDNING.....	8
2 NULÄGE	9
2.1 Grundläggande fri- och rättigheter.....	9
2.1.1 Allmänt.....	9
2.1.2 Social- och hälso-tjänster.....	10
2.1.3 Språkliga rättigheter	11
2.2 Kommunal och regional självstyrelse	13
2.3 Övriga självstyrelsesystem.....	14
2.4 Valsystemet samt möjligheterna till delaktighet och inflytande	16
2.4.1 Val och vallagen.....	16
2.4.2 Möjligheter till delaktighet och inflytande	17
2.5 Social- och hälsovård.....	19
2.5.1 Främjande av välfärd och hälsa.....	19
2.5.2 Socialvård.....	22
2.5.3 Hälso- och sjukvård.....	25
2.5.4 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer.....	28
2.5.5 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet	29
2.6 Övriga uppgifter.....	30
2.6.1 Räddningsväsendet.....	30
2.6.2 Övriga uppgifter	31
2.7 Förvaltningsstruktur och områdesindelning.....	31
2.7.1 Kommunstruktur	31
2.7.2 Övriga områdesindelningar	32
2.8 Ordnanande av kommunernas förvaltning och ekonomi	35
2.8.1 Kommunens förvaltning.....	35
2.8.2 Kommunernas samarbetsformer.....	39
2.8.3 Kommunens ekonomi	45
2.8.4 Granskning av förvaltning och ekonomi	47
2.9 Övergripande styrning av de offentliga finanserna.....	48
2.10 Statens och kommunernas samrådsförfarande	49
2.11 Finansiering av kommunal verksamhet	50
2.11.1 Allmänt om finansieringen av kommunal verksamhet.....	50
2.11.2 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna.....	55
2.12 Skattesystemet.....	57
2.12.1 Kommunernas beskattningsrätt	58
2.12.2 Kommunernas utdelning av samfundsskatteintäkterna	58
2.12.3 Beskattningen av förvärvsinkomster	60
2.12.4 Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen	63
2.12.5 Fördelning av beskattningskostnaderna	65
2.12.6 Överlåtelsebeskattning	65
2.13 Styrning och tillsyn	66
2.13.1 Social- och hälsovårdsministeriet.....	66
2.13.2 Regionförvaltningsverken	66

2.13.3	Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	67
2.13.4	Arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken och befogenheterna vid styrning och tillsyn	67
2.13.5	Metoder och påföljder inom tillsynen	68
2.14	Informationsförvaltning och IKT-verksamhet	69
2.14.1	Beredskap för IKT-verksamhet	70
2.14.2	Produktionsstrukturerna inom informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna	70
2.14.3	Kostnaderna och resurserna för IKT-verksamheten	71
2.15	Egendom	72
2.15.1	Kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården	72
2.15.2	Den kommunala sektorns lånestock	75
2.15.3	Den kommunala sektorns avtal	76
2.15.4	Samkommunerna inom social- och hälsovård	76
2.15.5	Kommunsektorns egendom i anslutning till räddningsväsendet	79
2.16	Personal	80
2.16.1	Antal anställda och personalstruktur	80
2.16.2	Lagstiftning som tillämpas på personalen	81
2.16.3	Pensioner	82
2.16.4	Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar	83
2.16.5	Överlåtelse av rörelse	85
2.16.6	Tjänste- och arbetskollektivavtal som tillämpas på personalen	85
2.16.7	Intressebevakning för arbetsgivare	86
2.17	Internationell jämförelse	88
2.17.1	Regional självstyrelse i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder	88
2.17.2	System för social- och hälso-tjänster i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder	98
2.18	Bedömning av nuläget	119
2.18.1	Regional självstyrelse	119
2.18.2	Servicestrukturen för social- och hälsovården	120
2.18.3	Främjande av välfärd och hälsa	123
2.18.4	Styrning av de offentliga finanserna	124
2.18.5	Utgiftsutvecklingen inom basservicen	124
2.18.6	Skattesystemet	125
2.18.7	Kommunernas skatteinkomster	126
2.18.8	Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen	126
2.18.9	Statsandelssystemet för kommunal basservice	126
2.18.10	Finansiering för landskapen	129
2.18.11	Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer	129
2.18.12	Undervisnings- och forskningsverksamhet	131
2.18.13	Informationsförvaltning och IKT-tjänster	131
2.18.14	Egendom	134
2.18.15	Upphandling	134
2.18.16	Personal	135
2.18.17	Intressebevakning för arbetsgivare	136
2.18.18	Tillsyn	136

3	MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN.....	137
3.1	Målsättning	137
	3.1.1 Social- och hälsovårdsreformen	137
	3.1.2 Landskapsreformen	139
	3.1.3 Tryggande av den offentliga ekonomins hållbarhet	139
3.2	Alternativ för tillhandahållandet	140
	3.2.1 Servicesystemet inom social- och hälsovården	140
	3.2.2 Finansiering.....	143
	3.2.3 Reglering av egendomsförhållanden	149
	3.2.4 Intressebevakning för arbetsgivare.....	154
3.3	De viktigaste förslagen.....	154
	3.3.1 Regional självstyrelse.....	154
	3.3.2 Social- och hälsovård	157
	3.3.3 Statsandelssystemet för kommunal basservice.....	159
	3.3.4 Övergripande styrning av landskapsekonomi	160
	3.3.5 Landskapens finansiering.....	161
	3.3.6 Förslag som gäller beskattningen	164
	3.3.7 Egendom.....	178
	3.3.8 Upphandling.....	179
	3.3.9 Personal	180
	3.3.10 Pensionssystem.....	181
	3.3.11 Intressebevakning för arbetsgivare.....	183
4	PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	184
4.1	Allmänt	184
4.2	Administrativa och organisatoriska konsekvenser.....	186
	4.2.1 Allmänt.....	186
	4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas uppgifter.....	186
	4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas organisation och verksamhet	187
	4.2.4 Konsekvenser för förhållandena mellan myndigheterna	188
	4.2.5 Konsekvenser för myndigheternas områdesindelningar.....	189
	4.2.6 Ålands ställning.....	189
	4.2.7 Kommunerna	191
	4.2.8 Staten.....	192
4.3	Ekonomiska konsekvenser.....	192
	4.3.1 Social- och hälsovårdsutgifter	193
	4.3.2 Konsekvenser för statsfinanserna	200
	4.3.3 Konsekvenser för landskapens ekonomi	201
	4.3.4 Uppskattningar av finansieringsnivå enligt landskap.....	203
	4.3.5 Konsekvenser för kommunalekonomi.....	205
	4.3.6 Konsekvenser av förändringarna i finansieringssystemet för jämvikten i kommunernas ekonomi	207
	4.3.7 Kostnader och inkomster som överförs från kommunerna	209
	4.3.8 Kostnader för och inkomster av de uppgifter som blir kvar i kommunerna.....	209
	4.3.9 Utjämning av ändring i systemet med statsandel och justering av kalkyler.....	210
	4.3.10 Konsekvenser för enskilda kommuner och kommungrupper samt regionala konsekvenser	211
	4.3.12 Konsekvenser för kommunernas ställning på lånemarknaden	215

	4.3.13 Kostnader för landskapsval	216
4.4	Konsekvenser av egendomsarrangemangen för kommuner och landskap.....	217
	4.4.1 Konsekvenser för kommuner	217
	4.4.2 Underskott i samkommuner som överförs till ett landskap.....	219
	4.4.3 Kommunernas ansvar och förbindelser, avskrivningar och driftsinkomster	220
	4.4.4 Konsekvenser för samkommuner samt för kommunkoncerners strukturer och verksamhet	221
	4.4.5 Konsekvenser av egendomsarrangemangen för kommunerna under övergångsperioden och efter den.....	222
	4.4.6 Konsekvenser av egendomsarrangemangen för landskapen	223
	4.4.7 Statens borgensansvar i samband med egendomsarrangemangen	224
	4.4.8 Överlåtelseskatten	224
4.5	Konsekvenser för beskattningen	225
	4.5.1 Överföring av tyngdpunkten för beskattningen från kommunerna till staten	225
	4.5.2 Konsekvenser för olika skattetagares skatteinkomster.....	226
	4.5.3 Konsekvenser för de skattskyldiga	226
	4.5.4 Konsekvenser för inkomstfördelningen	228
	4.5.5 Förändringar i samfundsskatten	229
	4.5.6 Ersättande av invalidavdraget med ett direkt stöd.....	229
	4.5.7 Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen	229
	4.5.8 Ändring av fördelningen av beskattningskostnaderna	229
4.6	Konsekvenser för finansieringen av pensioner	229
	4.6.1 Överföring av tyngdpunkten i beskattningen från kommunerna till staten ..	229
	4.6.2 Pensionernas konsekvenser för ekonomin mellan staten och kommunerna.	230
	4.6.3 Konsekvenser för kommunernas ekonomi	230
4.7	Konsekvenser för invånarnas möjligheter till inflytande samt för demokratin och det politiska systemet.....	231
	4.7.1 Allmänt.....	231
	4.7.2 Konsekvenser för demokratin	232
	4.7.3 Konsekvenser för det politiska systemet.....	234
4.8	Konsekvenser för människorna.....	234
	4.8.1 Konsekvenser för klienter och patienter inom social- och hälsovården.....	234
	4.8.2 Språkliga rättigheter	236
	4.8.3 Konsekvenser för jämställdheten	237
4.9	Tjänsteproduktionen	239
	4.9.1 Allmänt.....	239
	4.9.2 Social- och hälsovårdstjänster.....	239
	4.9.3 Konsekvenser för konkurrensen och marknaden	240
4.10	Konsekvenser för personalen	242
4.11	Uppföljning av reformens konsekvenser	246
5	BEREDNING AV PROPOSITIONEN	246
5.1	Beredningsskeden och beredningsmaterial	246
5.2	Utlåtanden och hur de har beaktats	246
6	SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER.....	247

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

Det finländska välfärdssamhället grundar sig på kommunernas centrala ställning vid ordnandet av välfärdstjänsterna. Även ansvaret för ordnandet av social- och hälso-tjänsterna ligger på kommunerna. Vid ingången av 2016 finns det 313 kommuner i Finland, av vilka 297 finns i Fastlandsfinland. På Åland hör ordnandet av social- och hälsovården till landskapets självstyrelse. Uppgifter som förutsätter ett bredare befolkningsunderlag, t.ex. ordnandet av specialiserad sjukvård och specialomsorger om personer med utvecklingsstörning, ska kommunerna enligt lag sköta i samarbete.

På grund av en sämre åldersstruktur hos befolkningen och kommunernas differentierade bärkraft äventyras en jämlik tillgång till social- och hälso-tjänster. Samtidigt har behovet av tjänster ökat. På grund av den prognostiserade ökningen av de åldersrelaterade utgifterna, den långsamma produktivitetstillväxten, den prognostiserade minskningen av arbetsinsatsen och det nuvarande underskottet i den offentliga ekonomin uppvisar den finländska offentliga ekonomin ett hållbarhetsunderskott på ca 3,5 procentenheter i förhållande till bruttonationalprodukten. En betydande del av hållbarhetsunderskottet är kopplad till kommunernas ekonomi. På längre sikt försvårar hållbarhetsunderskottet ordnandet av social- och hälso-tjänsterna.

På grund av trycket på förändringar har det gjorts försök att reformera servicestrukturen inom social- och hälsovården genom förvaltningsförsöket i Kajanalands län 2005—2012 och kommun- och servicestrukturen 2007—2013. Målet för kommun- och servicestrukturen var att integrera tjänsterna inom primärvården och socialvården. Genom förvaltningsförsöket i Kajanalands län integrerades tjänsterna inom social- och hälsovården på bas- och specialnivå, och landskapsförbundens uppgifter överfördes till samma organisation.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Jyrki Katainens regering var avsikten att reformera servicestrukturen inom social- och hälsovården som en del av reformen av kommunstrukturen för att säkerställa lika tillgång på högklassiga, effektiva och rättidiga social- och hälso-tjänster. Avsikten var att ansvaret för att ordna och finansiera social- och hälsovården bevaras hos kommunerna, men att det samtidigt genomförs en omfattande integration av social- och hälso-tjänsterna. Kommunreformen ledde emellertid inte till några sådana ändringar av kommunstrukturen som skulle ha möjliggjort en integration av social- och hälsovården.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Alexander Stubbs regering förband sig regeringen att följa de riktlinjer för en social- och hälsovårdsreform som regeringen dragit upp tillsammans med oppositionspartierna. Utifrån de gemensamma riktlinjerna utarbetades en regeringsproposition (RP 324/2014 rd) med ett förslag till en bred integration av social- och hälso-tjänsterna på bas- och specialnivå genom en samkommunmodell i två nivåer. Avsikten var att kommunerna ansvarar för finansieringen av verksamheten. Riksdagens grundlagsutskott konstaterade dock att propositionen inte kunde behandlas i vanlig lagstiftningsordning på grund av de problem som med avseende på grundlagen hänför sig till genomförandet av demokratin i den föreslagna samkommunmodellen och till kommunernas finansieringsansvar (GrUU 67/2014 rd och GrUU 75/2014 rd).

Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande om reformen och i sitt tidigare utlåtande om kommunstrukturlagen konstaterat att de betydande förändringsfaktorer som påverkar finansieringsbasen för de offentliga finanserna, såsom den pågående förändringen av befolkningsstrukturen, förutsätter effektiva åtgärder för att i framtiden trygga bland annat rätten till social trygghet enligt 19 § i grundlagen. Grundlagsutskottet ansåg att det också med hänsyn till de grundläggande sociala rättigheterna finns ett akut behov av att effektivisera och integrera social- och

hälsotjänsterna och stärka anordnarnas ekonomiska bärkraft. Tänkbara alternativ var enligt utskottet en överföring av uppgifterna inom social- och hälsovården från kommunerna till sådana större självstyrande områden än kommuner som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen, en samkommunsmodell med en nivå eller en överföring av ansvaret för att ordna social- och hälsovården till staten.

En reform av servicestrukturen inom social- och hälsovården genom en kommunbaserad modell som grundar sig på bred integration är inte möjlig på grund av den heterogena kommunstrukturen och skillnaderna i kommunernas bärkraft. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering bereds organiseringen av social- och hälsotjänsterna utifrån självstyrande områden som är större än en kommun. Social- och hälsovårdsområdena leds av fullmäktige som utses genom val.

Regeringen slog i november 2015 fast att ansvaret för att ordna social- och hälsotjänster överförs från kommunerna och samkommunerna till 18 självstyrande områden. De självstyrande områdena bildas utifrån landskapsindelningen. De självstyrande områdena svarar för ordnandet av social- och hälsotjänster i enlighet med lag och det beslut av statsrådet om ordnandet av social- och hälsovården som fattas med stöd av lagen. När det gäller finansieringen av de självstyrande områdena slogs det fast att finansieringen i första hand ska basera sig på statens finansieringsansvar, men alternativt utreds även en modell som delvis baserar sig på egen beskattningsrätt för de självstyrande områdena.

En överföring av ansvaret för att ordna social- och hälsovården till sådana större självstyrande områden än kommuner som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen innebär att en helt ny självstyrande nivå skapas. Om självstyrande områden som är större än en kommun införs innebär det att det för de självstyrande områdenas del måste föreskrivas om områdesindelningen, uppgifterna, ordnandet av förvaltningen och ekonomin, valen, styrningen och tillsynen, personalens ställning, överföringen av egendom och finansieringen. Dessutom behövs det ändringar av statsandelssystemet för kommunal basservice. Avsikten är att denna regeringsproposition ska innehålla alla grundläggande bestämmelser som krävs för inrättandet av de självstyrande områdena och ordnandet av social- och hälsovården. I en separat regeringsproposition ska föreslås sådana mera tekniska ändringar i annan lagstiftning som överföringen av uppgiften föranleder.

Till ett nytt på val baserat självstyrande område är det också möjligt att överföra andra kommunala och statliga uppgifter och därmed stärka genomförandet av demokratin vid skötseln av uppgifterna. Enligt regeringens riktlinjer från hösten ska de självstyrande områdena anvisas uppgifter inom räddningsväsendet och landskapsförbunden, regionala utvecklingsuppgifter vid närings-, trafik- och miljöcentralerna och dessutom eventuellt miljö- och hälsoskyddet. Ett separat beslut om beredningen av regionförvaltningsreformen och om de uppgifter som ska överföras till de självstyrande områdena fattas i början av 2016. Avsikten är att de förslag som gäller räddningsväsendets uppgifter och övriga uppgifter som ska överföras ska överlämnas till riksdagen i form av separata regeringspropositioner.

2 Nuläge

2.1 Grundläggande fri- och rättigheter

2.1.1 Allmänt

I 1 § 2 mom. i grundlagen finns bestämmelser om människovärdets okränkbarhet, den enskilda människans frihet och rättigheter och främjandet av rättvisa i samhället, vilka ligger till grund för statsförfattningen i egenskap av grundläggande värderingar. Bestämmelsen kan an-

ses utgöra utgångspunkten för bedömningen av det allmännas skyldigheter. Tryggandet av var och ens frihet och rättigheter betonar även de grundläggande fri- och rättigheternas centrala ställning i statsförfattningen. Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden, vilka förändrar och omformar tolkningen och tillämpningen av bestämmelserna i 2 kap. i grundlagen.

Sättet att ordna social- och hälsovård och tillgången till tjänster påverkas indirekt av flera grundläggande fri- och rättigheter, främst jämlikhet och förbud mot diskriminering (6 §), rätt till liv, personlig integritet och trygghet (7 §), skydd för privatlivet (10 §), religions- och samsvetsfrihet (11 §), upptagningsoffentlighet (12 §), rätt att ta del i beslutsprocesser som gäller en själv (14 § 4 mom.), rätt till eget språk och egen kultur (17 §), rätt till social trygghet (19 §) samt det allmännas skyldighet att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses (22 §). Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna anger för sin del på vilket sätt skyldigheten att trygga social- och hälsotjänsterna ska fullgöras.

I 6 § 1 mom. i grundlagen ingår ett krav på rättslig jämlikhet. Enligt bestämmelsen är alla lika inför lagen. Människor ska i liknande förhållanden bemötas på lika villkor i lagstiftningen, i domstolar och hos myndigheter. I jämlikhetsprincipen ingår också ett förbud mot godtycklighet. Begränsningarna av lagstiftningsmakten preciseras av diskrimineringsförbuden i 2 mom., enligt vilka ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. De grunder som räknas upp i bestämmelsen kan betraktas som kärnområdet i förbudet mot diskriminering. Avsikten är dock inte att förteckningen ska vara uttömmande, utan särbehandling ska vara förbjuden också på grund av någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Exempel på sådana omständigheter är samhällslig ställning, egendom, deltagande i föreningsverksamhet, familjeförhållanden, graviditet, äktenskaplig börd, sexuell inriktning och boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47). En godtagbar grund kan inte avse vilken grund som helst som vem som helst anser godtagbar, utan grunderna ska vara godtagbara uttryckligen med tanke på systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom riksdagens grundlagsutskott slagit fast i sin praxis.

Förbudet mot diskriminering gäller också åtgärder som indirekt leder till ett diskriminerande resultat. Förekomsten av diskriminering bedöms till denna del mot de faktiska konsekvenserna av ett förfarande. För att faktisk jämlikhet ska kunna genomföras kan det dock förutsättas att man avviker från den formella jämlikheten inom gränserna för godtagbara syften och proportionalitetsprincipen. Kravet på likabehandling är inte ett hinder för s.k. positiv särbehandling. Att behandla olika människogrupper olika sinsemellan ska dock ha en samhällspolitiskt godtagbar orsak. Enligt bestämmelsen i 6 § 2 mom. i grundlagen är det förbjudet att gynna eller ge företräde åt någon person eller grupp, om det samtidigt innebär att någon annan diskrimineras (RP 309/1993 rd, s. 47—48).

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

2.1.2 Social- och hälsotjänster

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen avser social- och hälsotjänster. Enligt 19 § 3 mom. i grundla-

gen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen i 19 § 3 mom. i grundlagen kompletteras av bestämmelserna i speciallagstiftningen för social- och hälsovård, som av socialvårdslagen (1301/2014), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987, nedan handikappservicelagen), hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) och flera andra speciallagar som gäller kommunernas skyldighet att ordna tjänster inom social- och hälsovården.

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. Tillräckliga tjänster i det avseende som avses i 19 § 3 mom. i grundlagen kan dock inte jämföras med det skydd som beviljas i sista hand enligt 1 mom. i den paragrafen. Vid ordnandet av social- och hälsovård får denna bestämmelse en central ställning när man söker svar på frågan hur tillräckliga, men även nödvändiga, social- och hälsotjänster kan tillhandahållas i hela landet. Socialvårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela systemet med grundläggande fri- och rättigheter, såsom t.ex. ur jämlikhetsperspektiv och med tanke på förbudet mot diskriminering (RP 309/1993 rd).

Den skyldighet som ålagts det allmänna i 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa avser enligt motiveringen till bestämmelsen å ena sidan social- och hälsovårdens preventiva verksamhet och å andra sidan utvecklandet av förhållandena i samhället inom det allmänna olika verksamhetssektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. Med det allmänna avses här både staten och kommunerna. Genom speciallagstiftning har kommunernas ålagts en skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare och i vissa fall för personer som vistas i kommunen och för andra personer. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt ordnandet av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsotjänster blir tryggade. Den finansiering och de resurser som verksamheten kräver genomförs nu i huvudsak med de statsandelar som staten beviljar kommunerna och med kommunernas beskattningsrätt.

De övriga bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna anger för sin del på vilket sätt skyldigheten att trygga tjänsterna ska fullgöras.

2.1.3 Språkliga rättigheter

De språkliga rättigheterna grundar sig på sådana bestämmelser i lag eller förordning som gäller rätten att använda ett visst språk eller vissa språk. De språkliga rättigheterna är individuella rättigheter. Myndigheterna, som kommunerna och andra aktörer som sköter offentliga uppgifter, har en skyldighet att betjäna klienterna eller patienterna på deras språk på det sätt som föreskrivs i lag.

Enligt 17 § i grundlagen är finska och svenska nationalspråken i vårt land. Dessutom ingår i grundlagen bestämmelser om de språkliga rättigheterna hos samerna, romerna och de teckenspråkiga samt hos personer som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- eller översättningshjälp. Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska det allmänna tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart

skäl särbehandlas bland annat på grund av språk. Båda bestämmelserna ger uttryck för lagstiftarens strävan efter att säkerställa faktisk jämlikhet mellan nationalspråken.

De språkliga rättigheterna hänför sig också till säkerställandet av god förvaltning. Enligt 21 § i grundlagen har var och en rätt till god förvaltning, om vilken det föreskrivs närmare genom lag. Enligt språklagen förutsätts av statliga myndigheter och av myndigheterna i tvåspråkiga kommuner att förvaltningen fungerar och service tillhandahålls såväl på finska som på svenska. I fråga om dessa myndigheter kan man anse att grundlagen kräver att förvaltningen kvalitativt ska vara lika god och i praktiken lika tillgänglig för den finskspråkiga och för den svenskspråkiga befolkningen på lika grunder.

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

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

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

Den kulturella självstyrelsen enligt samiska språklagen gäller inte ordnandet av social- och hälso-tjänster som hör till kommunernas ansvar. Däremot ska den samiska befolkningen ha möjlighet att påverka innehållet i social- och hälso-tjänsterna så att inte bara språket utan även deras traditionella sedvänjor och näringar blir beaktade på behörigt sätt.

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

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

Enligt Statistikcentralen bodde det 4 868 766 finskspråkiga och 290 550 svenskspråkiga personer i Finland i slutet av 2014. I statsrådets berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen 2013 uppskattas antalet personer som talar samiska uppgå till sammanlagt ca 9 000—10

000 personer. Över hälften av samerna och t.o.m. över 70 procent av barnen under 10 år bor utanför samernas hembygdsområde (Enontekis, Utsjoki, Enare och delar av Sodankylä). Likaså uppskattas det att det finns ca 10 000 teckenspråkiga personer och personer som hör till den romska befolkningen, och de bor runtom i Finland.

Både i 1982 års socialvårdslag (710/1982) och i hälso- och sjukvårdslagen ingår bestämmelser om en kommuns eller samkommuns skyldighet att dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, dvs. finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de använder tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården. Kommunen eller samkommunen ska då i den utsträckning det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp. Om det är möjligt ska ett språk som klienten eller patienten förstår användas. Bestämmelserna grundar sig på den nordiska konventionen om socialt bistånd och sociala tjänster (FördrS 69/1996, artikel 5), och bestämmelser om införande av konventionen ingår i republikens presidents förordning 136/2004.

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

2.2 Kommunal och regional självstyrelse

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse ingår i 121 § i grundlagen. Enligt 1 mom. ska kommunernas förvaltning grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Således ställs ett krav på att kommunernas förvaltning ska vara demokratisk. I 2 mom. förutsätts att bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning och om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Med de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning avses bland annat utövandet av kommunens högsta beslutanderätt, grunderna för ordnandet av den övriga förvaltningen i kommunen och de viktigaste elementen i kommuninvånarnas rätt till inflytande.

I enlighet med självstyrelseprinciperna ska demokratin i kommunernas beslutssystem tryggas genom lag. Detta innebär framför allt att kommuninvånarna har rätt att välja förvaltningsorgan samt att beslutanderätten i kommunerna tillkommer de valda organen (regeringens proposition till riksdagen med förslag till grundlag, RP 1/1998 rd). Kravet på bestämmelser i lag gäller med stöd av den nämnda bestämmelsen också de uppgifter som åläggs kommunerna. Det är förenligt med principen om kommunal självstyrelse att kommunen själv ska kunna besluta om uppgifter som den åtagit sig med stöd av självstyrelsen (allmän kompetens) samt att kommunen inte kan tilldelas uppgifter genom författningar på lägre nivå än lag (RP 1/1998 rd, s. 176). I 121 § 3 mom. i grundlagen fastställs dessutom beskattningsrätt för kommunerna och förutsätts att bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättsskydd utfärdas genom lag. Ett centralt drag i den kommunala självstyrelsen är också att man samtidigt som man ålägger kommunerna uppgifter måste se till att det finns tillräcklig finansiering för dem (finansieringsprincipen).

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

Riksdagens grundlagsutskott har fastställt kärnan av innehållet i den kommunala självstyrelsen i samband med riksdagsbehandlingen av olika lagar. Ett utmärkande drag i den kommunala

självstyrelse som är skyddad i grundlagen är kommuninvånarnas rätt att välja kommunens högsta beslutsfattande organ. En kommun har dessutom en självständig ekonomisk beslutanderätt i vilken ingår beskattningsrätt. En kommun har allmän behörighet att besluta om kommuninvånarnas gemensamma ärenden. I självstyrelsen ingår dessutom att endast bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning kan utfärdas genom lag.

I Finland är kommunerna inte enbart demokratiska grundenheter som sköter invånarnas lokala ärenden, utan de har även till uppgift att se till att de ekonomiska, sociala och kulturella grundläggande fri- och rättigheter som tryggas i grundlagen tillgodoses. Med tanke på den lagstiftning som gäller kommuner är således utöver bestämmelserna om kommunal självstyrelse i 121 § i grundlagen bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. i grundlagen av betydelse. Dessa har beskrivits ovan i avsnitt 2.1.

Kommunal självstyrelse hör också till den europeiska demokratins kärna. Finland har förbundit sig att iaktta europeiska stadgan om lokal självstyrelse (FördrS 66/1991). Enligt stadgan främjar skyddet och stärkandet av den kommunala självstyrelsen uppbyggandet av ett sådant Europa som stöder sig på principerna om demokrati och decentralisering. Vid en jämförelse mellan olika länder kan man också notera att en stark lokal självstyrelse och ekonomisk och kulturell utveckling vanligtvis hör samman. Kommunal självstyrelse är det sätt på vilket demokratiska nationer ordnar skötseln av lokala ärenden. Den finska kommunalförvaltningen har sina egna särdrag, men den har också internationella rötter. På olika håll i världen ingår i självstyrelsen den princip att förvaltningen sköts av dem som denna förvaltning betjänar. Den kommunala självstyrelsen är till sin natur allmän. Till den kommunala självstyrelsen hör uppgifter som kommunerna ska sköta enligt särskilda bestämmelser i olika lagar och andra lokala frågor, som det allmänna intresset kräver att den kommunala förvaltningen ska sköta.

Bestämmelser om självstyrelse på större områden än kommuner finns i 121 § 4 mom. i grundlagen. Enligt bestämmelsen bestäms om sådan självstyrelse genom lag. Bestämmelsen är allmänt utformad och motiveringen till den knapphändig. I motiveringen nämns det att det enligt bestämmelsen är "möjligt att i enlighet med självstyrelseprinciperna inrätta större förvaltningsområden än kommunerna, t.ex. landskap" (RP 1/1998, s. 176). De konstitutionella garantierna för regional självstyrelse är inte lika starka som för kommunal självstyrelse. Grundlagen förutsätter bara att det föreskrivs om sådana förvaltningsområden genom lag. Regionalt självstyre kan inte inrättas genom författningar på lägre nivå än lag och inte genom avtal eller andra arrangemang mellan kommuner. I Finland finns inte en enda sådan självstyrande enhet på ett större förvaltningsområde än en kommun.

2.3 Övriga självstyrelsesystem

Genom lag föreskrivs det inte bara om kommunal och regional självstyrelse utan också om självstyrelse inom andra områden och i andra ärenden. Bestämmelser om Ålands självstyrelse finns i grundlagen och i självstyrelselagen för Åland (1144/1991). Genom lag föreskrivs det också om universitetens självstyrelse. Samerna har inom samernas hembygdsområde självstyrelse i fråga om sitt språk och sin kultur. Hänvisningar till självstyrelsen finns dessutom i grundlagsutskottets utlåtandepraxis, i synnerhet i anslutning till förvaltningsförsöket i Kajaland.

Landskapet Ålands självstyrelse grundar sig på Nationernas förbunds beslut och konvention från 1921 samt på den nationella lagstiftningen om självstyrelse för landskapet. Syftet med lagstiftningen om självstyrelsen är att garantera landskapets befolkning dess svenska språk, kultur och lokala sedvänjor samt att göra det möjligt för befolkningen att själv ordna sin tillvaro inom gränserna för landskapets statsrättsliga ställning.

Enligt 120 § i grundlagen har landskapet Åland självstyrelse enligt vad som särskilt bestäms i självstyrelselagen för Åland. Enligt självstyrelselagen för Åland tillkommer självstyrelse landskapet Åland enligt vad som föreskrivs i den lagen. Landskapet Ålands befolkning företräds i fråga om självstyrelsen av Ålands lagting. Lagtingets ledamöter utses genom omedelbara och hemliga val där rösträtten är allmän och lika för alla röstberättigade. Lagtinget stiftar lagar för landskapet (landskapslagar). Landskapets allmänna styrelse och förvaltning ankommer på Ålands landskapsregering och de myndigheter som lyder under den. Landskapsregeringen kan med stöd av ett bemyndigande i landskapslag utfärda landskapsförordningar i angelägenheter som hör till landskapets behörighet. Lagstiftningsbehörigheten har fastställts på så sätt att lagen innehåller en detaljerad förteckning över de ärenden i vilka landskapet har behörighet. Dessutom innehåller lagen en detaljerad bestämmelse om de ärenden i vilka riket har lagstiftningsbehörighet. Finlands regering företräds i landskapet av landshövdingen.

Enligt sametingslagen (974/1995) ska samerna såsom ett urfolk, enligt vad som bestäms närmare i lagen, tillförsäkras kulturell autonomi inom sitt hembygdsområde i ärenden som angår deras språk och kultur. För skötseln av ärenden som hör till den kulturella autonomin ska samerna genom val som förrättas bland dem välja ett sameting. Sametinget har 21 ledamöter och fyra ersättare som utses genom val till sameting för fyra kalenderår i sänder. Till sametinget hör enligt lagen de ärenden som angår samernas språk och kultur samt deras ställning som urfolk. I ärenden som hör till sametinget kan det hos myndigheter väcka initiativ och göra framställningar samt avge utlåtanden. Sametinget ska i de ärenden som hör till det företräda samerna i nationella och internationella sammanhang. Dessutom innehåller lagen bestämmelser om sametingets organ och verksamhet.

Enligt universitetslagen (558/2009) har universiteten självstyrelse genom vilken forskningens, konstens och den högsta undervisningens frihet tryggas. Självstyrelsen ska innefatta rätten att fatta beslut i ärenden som gäller den interna förvaltningen. Enligt lagen har universiteten till uppgift att främja den fria forskningen och den vetenskapliga och konstnärliga bildningen, att meddela på forskning grundad högsta undervisning och att fostra de studerande till att tjäna fosterlandet och mänskligheten. Till universitetssamfundet hör universitetets undervisnings- och forskningspersonal, övriga personal och studerande. Universiteten är antingen offentligt- eller offentligt-privat samfund, vilka är tolv till antalet, eller stiftelseuniversitet, vilka är två till antalet. De offentligt-privat samfund är självständiga juridiska personer. På stiftelseuniversiteten tillämpas utöver universitetslagen även stiftelselagen (487/2015).

Enligt lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland (343/2003) fungerar landskapet Kajanaland i uppgifter som avses i lagen som ett offentligt-privat samfund baserat på invånarnas självstyrelse. Lagen är i kraft till utgången av 2016. Landskapet Kajanaland är en s.k. tvångssamkommun, på vilken bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen tillämpas. Landskapet sköter landskapets planering, regionutvecklingen, hälso- och sjukvården, socialvården och utbildningen samt finansieringen av dessa uppgifter i den mån de hör till landskapets ansvarsområde enligt lagen. Landskapet sköter också landskapets allmänna näringspolitik, främjar samarbete med de för landskapets utveckling viktigaste offentlig- och privaträttsliga sammanlutningarna och stiftelserna och bevakar landskapets intressen. Landskapet kan även avge utlåtanden och lägga fram förslag för myndigheterna. Dessutom innehåller lagen vissa specialbestämmelser som preciserar landskapets uppgifter i anslutning till fonder, utbildningsuppgifter och uppgifter inom social- och hälsovården. Landskapets beslutanderätt utövas av landskapsfullmäktige som invånarna i landskapet väljer för fyra kalenderår i sänder. På valen tillämpas bestämmelserna om kommunalval i kommunallagen och vallagen. Dessutom innehåller lagen bestämmelser om annan förvaltning i landskapet.

Förvaltningsförsöket i Kajanaland upphörde i slutet av 2012 även om lagen är i kraft till utgången av 2016.

2.4 Valsystemet samt möjligheterna till delaktighet och inflytande

2.4.1 Val och vallagen

Enligt 14 § 1 mom. i kommunallagen har kommunen ett fullmäktige som ansvarar för kommunens verksamhet och ekonomi samt utövar kommunens beslutanderätt. Enligt 15 § i kommunallagen utses ledamöterna och ersättarna i fullmäktige genom kommunalval som förrättas i kommunen. Fullmäktiges mandattid är fyra år och den börjar vid ingången av juni månad valåret. Kommunalval är direkta, hemliga och proportionella. Alla röstberättigade har lika rösträtt. Bestämmelser om förrättandet av kommunalval finns i vallagen (714/1998) och kommunstrukturlagen (1698/2009). Enligt 144 § i vallagen är valdagen vid kommunalval den tredje söndagen i april.

Det finns tills vidare få erfarenheter av regionala val på ett område som är större än en kommun. De enda erfarenheterna är i praktiken från förvaltningsförsöket i Kajanaland 2005–2012, om vilket det föreskrevs i lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland. Syftet med försöket var att inhämta erfarenheter av hur en stärkt självstyrelse för landskapet påverkar landskapets utveckling, ordnandet av kommunal service, medborgarnas inflytande, kommunalförvaltningen, statens regionförvaltnings verksamhet samt förhållandet mellan landskapet och statens centralförvaltning. Samtidigt med förvaltningsförsöket i Kajanaland stiftades också lagen om försök med regionfullmäktige (62/2004) som innehöll liknande bestämmelser om regionfullmäktigeval som lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland. Lagen om försök med regionfullmäktige tillämpades aldrig i praktiken och den upphävdes 2008.

Enligt 8 § i lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland utövades landskapets beslutanderätt av landskapsfullmäktige, som invånarna i landskapet valde för fyra kalenderår i sänder. Landskapsfullmäktigevalet förrättades samtidigt som kommunalvalet. Ett fullmäktige som väljs genom val motiverades med att landskapet ges en mängd viktiga uppgifter och att det beslutsfattande som hänför sig till dessa uppgifter bör vara demokratiskt. Även i grundlagsutskottets utlåtande (GrUU 65/2002 – RP 198/2002 rd) betonades det att även om uppgiftsöverföringen leder till att kommuninvånarna inom försöksområdet förlorar en del tillfällen till medinflytande och påverkan uppvägs detta delvis av det demokratiska inslaget i landskapets förvaltning. Även om de uppgifter som enligt lagförslaget överfördes från kommunerna till landskapet var s.k. obligatoriska uppgifter för kommunerna, ansågs bestämmelserna inte begränsa kommunernas allmänna verksamhetsområde eller deras rätt att utifrån sin självstyrelse sköta uppgifter de frivilligt åtagit sig. Utskottet ansåg att bestämmelserna om förvaltningsförsöket utifrån en övergripande bedömning och i en experimentsituation som denna kunde behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

Kajanalands landskapsfullmäktige hade ursprungligen 39 ledamöter. Från varje kommun inom förvaltningsförsöksområdet invaldes landskapsfullmäktigeledamöter i förhållande till kommunens invånarantal, dock minst en ledamot. Å andra sidan förverkligades landskapsvalets politiska proportionalitet så att försöksområdet utgjorde en enda valkrets. Det visade sig i praktiken vara svårt att samordna kommunernas representation och politisk proportionalitet, vilket resulterade i att valsystemet för landskapsvalet blev svårbegripligt och fungerade dåligt.

Utifrån erfarenheterna från landskapsvalet 2004 ändrades valsystemet för förvaltningsförsöket 2006 så att kommunkvoterna slopades och landskapet blev en valkrets. Samtidigt utökades antalet ledamöter till 59. I sitt utlåtande om denna lagändring konstaterade grundlagsutskottet (GrUU 22/2006 rd) bland annat att det som är betydelsefullt ur konstitutionell synvinkel är förslaget om att slopa den kommunvisa kandidatuppställningen och de kommunvisa kvoterna i valet av landskapsfullmäktige. Antalet fullmäktigledamöter bestämdes enligt förslaget utifrån

det sammanräknade antalet invånare inom försöksområdet, och försöksområdet utgjorde en enda valkrets. I ett sådant valsysteem kunde det hända att en eller flera kommuner inom försöksområdet blev utan representant i landskapsfullmäktige. Denna risk minskade något i och med att antalet ledamöter föreslogs öka från 39 till 59. Men risken kvarstod trots allt. Distan- sen till landskapförvaltningen blev enligt utskottet än mer betänklig, om ingen kandidat väljs in i landskapsfullmäktige från en kommun eller om invånarna i en viss kommun kan få en av- gjort bättre position än invånarna i de övriga kommunerna tack vare valsysteem. Till följd av ändringen i valsysteem kunde landskapsförvaltningen i Kajanaland tydligare än förr anses bygga på landskapsinvånarnas, inte kommuninvånarnas, självstyrelse.

2.4.2 Möjligheter till delaktighet och inflytande

Medborgarnas och kommuninvånarnas rätt till delaktighet och inflytande tillgodoses antingen genom representation (rösträtt) eller direkt inflytande. De senaste årtiondena har större fokus lagts på direkt deltagande både i lagstiftningen och i praktiken. Syftet med bland annat den nya kommunallagen och bestämmelserna om medborgarinitiativ är att främja medborgarnas aktiva deltagande och uppmuntra den offentliga förvaltningen att införa nya och mångsidiga kanaler för deltagande och påverkan samt svara på medborgarnas förändrade behov och deras vilja att i större utsträckning påverka också mellan valen.

I 2 § i grundlagen finns bestämmelser om den enskildes rätt att ta del i och påverka samhällets och livsmiljöns utveckling. I 14 § i lagen finns bestämmelser om rösträtt och rätt till infly- tande. Enligt paragrafens 1 mom. har varje finsk medborgare som har fyllt 18 år rätt att rösta i statliga val och folkomröstningar. Enligt 2 mom. har varje finsk medborgare och varje i Fin- land bosatt medborgare i Europeiska unionen som har fyllt 18 år rätt att rösta vid val till Euro- paparlamentet enligt vad som bestäms genom lag. Enligt 3 mom. har dessutom varje finsk medborgare och varje i Finland stadigvarande bosatt utlänning som har fyllt 18 år rätt att rösta i kommunalval och kommunala folkomröstningar enligt vad som bestäms genom lag. Om rät- ten att ta del i kommunernas förvaltning bestäms genom lag. Enligt 14 § 4 mom. i grundlagen ska det allmänna främja den enskildes möjligheter att delta i samhällelig verksamhet och att påverka beslut som gäller honom eller henne själv. I 121 § i grundlagen betonas dessutom kommuninvånarnas ställning. Enligt paragrafen ska kommunernas förvaltning uttryckligen grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare.

I kommunallagen betonas kommuninvånarnas deltagande och påverkan i och med att be- stämmelserna om detta har tagits in i ett separat kapitel. I kommunallagen finns bestämmelser om rösträtt, möjligheter att delta och påverka, kommunikation, delområdesorgan, påverkans- organ (äldrerådet, rådet för personer med funktionsnedsättning och ungdomsfullmäktige), råd- givande kommunala folkomröstningar, initiativ till folkomröstning och initiativrätt. Det som i kommunallagen föreskrivs om möjligheterna att delta och påverka i en kommun gäller i till- lämpliga delar också i samkommuner, såsom landskapsförbund.

Enligt 20 och 21 § i kommunallagen har 18 år fyllda finska medborgare, medborgare i en medlemsstat i EU, isländska och norska medborgare samt andra utlänningar som har haft hemkommun i Finland i två år rösträtt i kommunalval och i kommunala folkomröstningar. Dessutom har personer som är anställda i internationella organisationer rösträtt på de villkor som närmare anges i lagen.

Rätten för kommuninvånarna och sådana som utnyttjar kommunens tjänster att delta och på- verka kommunens verksamhet betonas i 22 § i kommunallagen. Paragrafen innehåller en för- teckning med exempel på sådana mångsidiga, effektiva och användarorienterade sätt att delta som kommunen och fullmäktige kan utnyttja för att sörja för möjligheterna att delta.

Enligt 23 § i kommunallagen har kommuninvånarna samt sammanslutningar och stiftelser som har verksamhet i kommunen rätt att komma med initiativ i frågor som gäller kommunens verksamhet. Om antalet initiativtagare motsvarar minst två procent av kommuninvånarna ska frågan tas upp till behandling inom sex månader från det att den väcktes. Även de som utnyttjar kommunens tjänster har rätt att komma med initiativ i frågor som gäller tjänsterna i fråga.

Kommunerna använder i allt större utsträckning och allt oftare olika sätt att möjliggöra delaktighet och inflytande för kommuninvånarna. Till de vanligaste sätten att kartlägga kommuninvånarnas synpunkter och åsikter hör enligt Finlands Kommunförbunds enkät 2015 invånarspons, möten för samråd och diskussion, samråd med föreningar och organisationer samt kund- och användarenkäter. Dessa används i mer än 80 procent av kommunerna. Invånarenkäter och arbete som tjänsteinnehavare och förtroendevalda utför på fältet används i två av tre kommuner. Användningen av diskussionsforum på internet, i sociala medier eller i motsvarande forum har ökat kraftigt sedan 2012 och de används redan i nästan hälften av kommunerna. Samplaneringsmöten används i ungefär 40 procent av kommunerna. Mera sällan, men så småningom i allt högre grad, används olika medborgarråd, invånarintervjuer, webbfullmäktige och deltagande budgetering. Enligt en rapport från Institutet för hälsa och välfärd 2015 finns det däremot klientråd i nästan varje sjukvårdsdistrikt. Det finns olika varianter av medborgar- och klientråd på olika håll i landet.

De olika former av inflytande som avses i 22 § i kommunallagen har tagits i bruk i allt större utsträckning bl.a. i anslutning till social- och hälsotjänster. Vid sidan av klientråd har man bland annat utvecklat verksamhet med erfarenhetsexperter. Denna verksamhet gör att i synnerhet personer som är i utsatt ställning eller som hör till riskgrupperna med tanke på välfärden får sin röst hörd vid utvecklandet av tjänsterna. Verksamheten med erfarenhetsexperter har vunnit stora steg bland annat inom handikappservicen samt inom missbrukar- och mentalvården.

Enligt 24 § i kommunallagen kan fullmäktige besluta att en rådgivande folkomröstning ska ordnas. Folkomröstningen kan gälla hela kommunen eller ett delområde i kommunen. Bestämmelser om ordnande av folkomröstningar finns i lagen om förfarandet vid rådgivande kommunala folkomröstningar (656/1990). Enligt 25 § i kommunallagen kan initiativ till en folkomröstning tas av minst fyra procent av de kommuninvånare som fyllt 15 år.

Kommunfullmäktige ska fatta beslut om att ordna en folkomröstning senast den 60 dagen före röstningsdagen. Till skillnad från kommunalval sker förhandsröstning per brev.

Under åren 1990—2015 har kommunerna ordnat sammanlagt 61 folkomröstningar, varav 56 har gällt kommunsammanslagningar. I många fall har valdeltagandet varit högre än i kommunalval. Brevröstning har varit det populäraste röstningssättet.

I kommunallagen finns bestämmelser om olika organ för växelverkan och påverkan. Enligt 26—28 § i lagen ska kommunen inrätta ett äldreråd, ett råd för personer med funktionsnedsättning och ett ungdomsfullmäktige och ge dessa möjlighet att påverka planering, beredning och uppföljning inom olika kommunala verksamheter. Organen kan vara gemensamma för flera kommuner. De fungerar som kanaler för deltagande och påverkan för de befolkningsgrupper som de företräder, inte som officiella organ.

I 29 § i kommunallagen finns det bestämmelser om kommunikation. Kommunen ska informera kommuninvånarna, de som utnyttjar kommunens tjänster, organisationer och andra sammanslutningar om kommunens verksamhet. Kommunens skyldighet att informera gäller kommunens hela verksamhet, dvs. inte bara kommunens och kommunkoncernens verksamhet utan även samarbetet mellan kommunerna och ordnandet av tjänster som köpta tjänster. In-

formation ska ges bland annat om de tjänster som kommunen ordnar och om ärenden som bereds i kommunen. I fråga om beredningen av ärenden som behandlas av organen ska kommunen dessutom se till att de uppgifter som behövs med tanke på den allmänna tillgången till information läggs ut på det allmänna datanätet när föredragningslistan är färdig.

Enligt 36 § i kommunallagen kan fullmäktige dessutom tillsätta nämnder eller direktionsorgan för att främja påverkansmöjligheterna för invånarna i ett delområde i kommunen. Delområdesorganet har till uppgift att påverka det kommunala beslutsfattandet och utveckla delområdet i kommunen. Delområdesorganet ska ges tillfälle att ge sitt utlåtande vid beredningen av bland annat kommunstrategin samt budgeten och ekonomiplanen samt i frågor där det avgörande som träffas på ett betydande sätt kan påverka livsmiljön, arbetet eller övriga förhållanden för kommuninvånarna och dem som utnyttjar tjänsterna.

Enligt en utredning som gjorts på uppdrag av finansministeriet (Finansministeriets publikationer 27/2012) finns det delområdesorgan i 59 kommuner. Fyra av tio organ finns i kommuner med mindre än 10 000 invånare, vart fjärde i städer med över 50 000 invånare. I samband med kommunsammanslagningar har det bildats 24 delområdesorgan. En särskild grupp bland delområdesorganen bildas av de organ i skärgårdskommunerna, vilkas verksamhet grundar sig på lagen om främjande av skärgårdens utveckling (494/1981). Utifrån sin verksamhet kan delområdesorganen delas in i två grupper: diskussionsforum och beslutsorgan. Merparten av organen är diskussionsforum.

Enligt 37 § i kommunallagen ska kommunen även i sin kommunstrategi ta hänsyn bland annat till kommuninvånarnas möjligheter till delaktighet och inflytande. Syftet med paragrafen var att på ett allmänt plan samla de ålägganden som gäller planering på strategisk nivå till en helhet. Som en del av sin strategi fastställer kommunen strukturerna, sätten och metoderna för deltagande och påverkan. Detta underlättar en planmässig och systematisk utveckling av deltagandet samt ibruktagande av sådana mångsidiga sätt att delta som motsvarar de olika befolkningsgruppernas behov och som beaktar de lokala förhållandena.

2.5 Social- och hälsovård

2.5.1 Främjande av välfärd och hälsa

Bestämmelser om tryggnad av befolkningens välfärd ingår i 19 § i grundlagen, enligt vilken det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

Servicestrukturarbetsgruppen definierade i sin mellanrapport (SHM Rapport och promemorior 2012:17) främjandet av välfärd och hälsa på följande sätt: Främjandet av välfärd och hälsa är verksamhet som är inriktad på individen, familjerna, samhällsgrupperna, befolkningen, levnadsförhållanden och livsmiljön (och ordnandet av service) och med vars hjälp befolkningens hälsa och välfärd förbättras och skillnaderna mellan befolkningsgrupperna minskas. Sjukdomar, olyckor, marginalisering och andra sociala och hälsomässiga problem förebyggs, arbets- och funktionsförmågan förbättras och sammanhållningen, delaktigheten och säkerheten stärks. Det hälso- och välfärdsfrämjande arbetet i kommunerna är planmässig allokering av resurser till arbete som främjar hälsa och välfärd och minskar skillnader i hälsa och välfärd mellan olika befolkningsgrupper. Det genomförs i samarbete mellan olika verksamhetsområden och övriga organisationer som är verksamma i kommunen och regionen.

Skyldigheten att främja befolkningens hälsa enligt 19 § 3 mom. i grundlagen syftar å ena sidan på social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet, och å andra sidan på utvecklingen av förhållandena i samhället inom de offentliga sektorerna på ett sätt som på ett allmänt plan främjar befolkningens hälsa. Främjandet av välfärden omfattar alla kommunala sektorer och förutsätter att kommunerna har fungerande strukturer och praxis samt bedriver tväradministrativt samarbete. Till den verksamhet inom socialvården som främjar välfärden hör samordning av de stödåtgärder som olika aktörer tillhandahåller, rådgivning, handledning och andra tjänster med låg tröskel, strukturellt socialt arbete samt förutsättningar för verksamhet som främjar den sociala välfärden. Dessutom ska socialväsendet delta i beaktandet av välfärdskonsekvenserna och i främjandet av kommuninvånarnas möjligheter att påverka. Utöver en främjande och stödjande verksamhet avses med främjande av välfärden även förebyggande och bekämpning av faktorer och fenomen som inverkar negativt på välfärden. Särskild vikt ska fästas vid bekämpning av fattigdom och marginalisering.

Enligt 1 § i kommunallagen ska kommunen främja sina invånares välfärd och sitt områdes livskraft samt ordna tjänsterna på ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbart sätt. Enligt 37 § i lagen ska kommunen dessutom ha en kommunstrategi, i vilken hänsyn tas till främjandet av kommuninvånarnas välfärd och hälsa.

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ålägger kommuner och samkommuner att i samband med beredning av beslut och avgöranden på förhand bedöma och beakta de konsekvenser besluten och avgörandena har för befolkningens hälsa och välfärd. Enligt lagens 12 § ska kommunerna bevaka kommuninvånarnas välfärd och hälsa och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och i detta syfte utarbeta en välfärdsberättelse och fastställa indikatorer för bevakningen. Också ansvarsinstanserna för hälsa och välfärd i kommunen ska fastställas. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska erbjuda sakkunskap och stöd för regionalt främjande av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten (36 §). Om genomförandet av hälsofrämjandet ska överenskommas i en plan för ordnande av hälso- och sjukvård som kommunerna inom ett sjukvårdsdistrikt lägger fram tillsammans.

Enligt 7 § i socialvårdslagen ska kommunerna genom strukturellt socialt arbete se till att information om social välfärd och sociala problem förmedlas och sakkunskapen inom socialvården utnyttjas för att främja välfärd och hälsa. Strukturellt socialt arbete omfattar 1) produktion av information som bygger på klientarbetet inom socialvården och som gäller klienternas behov och behovens samhälleliga kopplingar samt verkningarna av den socialservice och den övriga socialvård som möter behoven, 2) målinriktade åtgärder och åtgärdsförslag för att förebygga och rätta till sociala problem samt för att utveckla kommuninvånarnas boende- och närmiljöer, 3) införlivande av sakkunskapen inom socialvården i de andra kommunala sektorernas planering samt samarbete med privata serviceproducenter och organisationer genom utveckling av det lokala sociala arbetet samt det övriga utbudet av service och stöd. Enligt 8 § 1 mom. och 9 § 1 mom. i socialvårdslagen ska de kommunala myndigheterna i samarbete ge akt på och främja välfärden hos personer som behöver särskilt stöd samt barns och unga personers välfärd och uppväxtförhållanden samt avhjälpa missförhållanden och förebygga uppkomsten av dem.

Annan lagstiftning där främjande av välfärd och hälsa betonas är t.ex. ungdomslagen (72/2006), alkohollagen (1143/1994), tobakslagen (693/1976), statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Mer detaljerade bestämmelser om främjandet av välfärden hos olika befolknings- och klientgrupper ingår i de speciallagar som gäller dessa grupper. Enligt 12 § i barnskyddslagen (417/2007) ska kommunen eller flera kommuner tillsammans göra upp en plan över kommunens eller kommunernas verksamhet för att främja barns och unga personers välfärd samt ordna och utveckla barn-

skyddet. Planen ska godkännas i respektive kommuns kommunfullmäktige och ses över minst vart fjärde år. Planen ska beaktas när en budget och ekonomiplan enligt kommunallagen görs upp. Enligt 6 § i handikappservicelagen ska socialnämnden och kommunens övriga myndigheter främja och följa de handikappades levnadsförhållanden samt genom sin verksamhet sträva efter att förebygga uppkomsten av missförhållanden och undanröja de olägenheter som begränsar de handikappades möjligheter till verksamhet och engagemang. Enligt 5 § i äldreomsorgslagen ska varje kommun utarbeta en plan över sina åtgärder för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att ordna och utveckla den service och närståendevård som äldre personer behöver. Vid planeringen ska åtgärder som främjar boende i hemmet och rehabilitering prioriteras. Planen ska utarbetas som ett led i kommunens strategiska planering. Planen godkänns av kommunfullmäktige, och den ska ses över varje fullmäktigeperiod. Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) ska befolkningens levnadsförhållanden utvecklas så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

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

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

Den nationella styrningen av arbetet för att främja välfärd och hälsa har utöver lagstiftning fokuserat på informationsstyrning, till vilken utöver programstyrning också räknas det utvecklande av praxis, verksamhetsmodeller och förfaranden, den utbildning och den spridning av forskningsrön genom kommunikation som utförs i samarbete med kommunerna. Under de senaste åren har det funnits rikligt med nationella sektorsövergripande samarbetsprogram för främjande av välfärd och hälsa som social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för, t.ex. folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (2001—2015), utvecklingsprojektet för det sociala området (2003—2007), programmet Välfärd 2015, politikprogrammet för hälsofrämjande (2008—2011), nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (2008—2011) samt nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (2008—2011, 2012—2015). Ett av de genomgående målen för programmen är att främja välfärd och hälsa. Utöver dessa har

nationella styrningsinstrument omfattat kvalitetsrekommendationer, principbeslut av statsrådet, handböcker samt tematiska program, t.ex. kvalitetsrekommendationer för hälsofrämjande, principbeslut och rekommendationer om kost och motion, Programmet för prevention och bättre vård av diabetes, Alkoholprogrammet, Främjande av rökfrihet bland barn och unga, Planen för mentalvårds- och missbruksarbete, Målprogrammet för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden och Nationella programmet för minskande av våld (Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Interimistisk utvärdering. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:4). Programstyrningen har kritiserats på grund av det stora antalet program och för att programmen förblivit okända i kommunerna. Programmens mål har dock ingått tämligen väl i de planer som utarbetats av kommunerna.

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

2.5.2 Socialvård

Ansvar för att ordna socialvård regleras i 1982 års socialvårdslag (710/1982). Genom den nya socialvårdslag som i huvudsak trädde i kraft den 1 april 2015 (1301/2014) upphävdes största delen av socialvårdslagen från 1982. Bestämmelserna i 2 kap. i socialvårdslagen från 1982 som gäller förvaltningen och anordnandet av socialvården förblir dock förutom några andra bestämmelser i kraft parallellt med den nya socialvårdslagen.

I 5 § i 1982 års socialvårdslag föreskrivs om ansvaret för att ordna socialvård. Enligt bestämmelsen ska kommunen ha hand om planeringen och verkställandet av socialvården i enlighet med vad som föreskrivs i lagen eller annars. I 12 § i den nya socialvårdslagen föreskrivs det vidare att alla som vistas i en kommun har rätt att i brådskande fall få socialservice som baserar sig på hans eller hennes individuella behov, så att hans eller hennes rätt till nödvändig omsorg och försörjning inte äventyras. I andra än brådskande fall har en person rätt att få tillräckliga socialvårdstjänster av sin hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/1994) eller av den samkommun dit hemkommunen hör, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag.

På grundval av sitt ansvar att ordna socialvård ska kommunen sörja för behoven hos sina invånare. En kommun ansvarar för att kommuninvånarna får de lagstadgade socialvårdstjänsterna och att det för socialvårdens uppgifter reserveras tillräckliga anslag i kommunens budget. I fråga om den socialservice som ordnas för invånarna ingår i kommunernas ansvar att ordna socialvård beslutanderätt om kvantitet, kvalitet och produktionssätt.

I socialvårdslagen föreskrivs om att främja välfärd, om socialservice, om att tillhandahålla socialvård, att säkerställa kvaliteten på tjänsterna och att söka ändring i socialvårdsbeslut. Syftet med lagen är att flytta tyngdpunkten från specialtjänster till allmänna tjänster samt stärka klienternas jämlikhet och intensifiera myndigheternas samarbete. För att stärka klientorienteringen definieras i lagen de stödbehov utifrån vilka socialservicen och annan socialvård ska ordnas. I lagen definieras också den kärnservice som redan finns i kommunerna, såsom boendeservice och institutionsvård.

Enligt 11 § i socialvårdslagen ska socialservice ordnas

- 1) som stöd för att klara av det dagliga livet,
- 2) för stödbehov med anknytning till boende,
- 3) för behov av ekonomiskt stöd,
- 4) för att förhindra marginalisering och främja delaktighet,
- 5) för stödbehov på grund av närstående- och familjevåld samt annat våld eller annan illabehandling,
- 6) för stödbehov i anslutning till akuta krissituationer,
- 7) för att stödja en balanserad utveckling och välfärd hos barn,
- 8) för stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel, psykisk ohälsa, annan sjukdom, skada eller åldrande,
- 9) för stödbehov med anknytning till fysisk, psykisk, social eller kognitiv funktionsförmåga, samt
- 10) för att stödja anhöriga och närstående till personer som behöver stöd.

Enligt 14 § 1 mom. i socialvårdslagen ska som kommunal socialservice följande ordnas med det innehåll och i den omfattning som föreskrivs i lagen eller i någon annan lag:

- 1) socialt arbete,
- 2) social handledning,
- 3) social rehabilitering,
- 4) familjearbete,
- 5) hemservice
- 6) hemvård,
- 7) boendeservice,
- 8) service på en institution,
- 9) service som stöder rörlighet,
- 10) alkohol- och drogarbete,
- 11) mentalvårdsarbete,
- 12) rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor
- 13) övervakning av umgänge mellan barn och förälder, samt
- 14) annan socialservice som är nödvändig för klientens välfärd och som tillgodoser de behov som avses i 11 §.

Enligt 14 § 2 mom. i socialvårdslagen ska det som kommunal socialservice även sörjas för specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av funktionsnedsättning, tillhandahållande av utkomststöd till en person som vistas i kommunen, beviljande av social kredit till kommuninvånare, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, service i anslutning till missbrukarvård, ordnande av stöd för närståendevård, vårdnad om barn och unga personer, barnskydd, adoptionsrådgivning, medling i familjefrågor, uppgifter i samband med att beslut om vårdnad av barn och umgängesrätt fastställs och avgörs och ordnande av åtgärder i samband med medling vid verkställighet av besluten, ordnande av de sakkunnigtjänster som hör till medling i domstol i ett ärende som gäller vårdnad om barn och umgängesrätt, uppgifter i samband med utredande och fastställande av faderskap och ordnande av elevvård, enligt vad som dessutom bestäms särskilt om dessa serviceformer.

Kommunen ska dessutom sörja för verksamhet i sysselsättningssyfte för personer med funktionsnedsättning enligt 27 d § i 1982 års socialvårdslag samt för ordnandet av arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning enligt 27 e § i den lagen.

De uppgifter som ansluter sig till verkställigheten av socialvården sköts enligt 6 § i 1982 års socialvårdslag av ett eller flera organ som utses av kommunen. Organet ska även företräda

kommunen, bevaka dess rätt och föra talan i ärenden som angår individuell verkställighet av socialvården samt i dessa ärenden på kommunens vägnar ingå avtal och andra rättshandlingar. Organets lagstadgade beslutanderätt och rätt att föra talan kan i en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, fränsett beslut om vård oberoende av egen vilja (12 § i 1982 års socialvårdslag).

Organen kan utöver social- och hälsovårdsuppgifter även ges andra uppgifter. Om en kommun ordnar folkhälsoarbetets tjänster själv, kan för social- och hälsovården ansvara en sammanslagen nämnd (social- och hälsovårdsnämnd, grundtrygghetsnämnd) eller uppgifterna kan höra till två separata nämnder. En kommun kan också dela ansvaret för social- och hälsovårdens uppgifter mellan flera organ i kommunen.

Ansvar för ordnande av specialomsorger om personer med utvecklingsstörning

Ordnandet av specialomsorger om personer med utvecklingsstörning avviker i någon mån från den övriga skyldigheten att ordna socialvård. Som allmän lag för socialvården ålägger 1982 års socialvårdslag kommunerna också skyldigheten att sörja för ordnandet av specialomsorger om personer med utvecklingsstörning. Närmare bestämmelser om ordnandet av specialomsorger ingår i lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977), nedan specialomsorgslagen.

Enligt 6 § i specialomsorgslagen indelas landet för ordnandet av specialomsorger i specialomsorgsdistrikt, vilkas områden bestäms av statsrådet. Kommuner som hör till ett specialomsorgsdistrikt är medlemmar i en samkommun för ett specialomsorgsdistrikt som ska ordna de specialomsorger som kommunerna är skyldiga att ordna, om inte något annat följer av bestämmelserna i specialomsorgslagen. Om en kommuns befolkningsunderlag eller andra särskilda skäl kräver det, kan kommunen ensam bilda ett specialomsorgsdistrikt. På denna grund bildar Helsingfors ensam ett specialomsorgsdistrikt. I fråga om kommunen gäller då i tillämpliga delar vad som föreskrivs om samkommuner för ett specialomsorgsdistrikt. Kommunerna är indelade i specialomsorgsdistrikt genom statsrådets förordning om specialomsorgsdistrikt (1045/2008).

Tvåspråkiga och svenskspråkiga kommuner är dessutom medlemmar i en separat samkommun för specialomsorger, Kårkulla samkommun, som har till uppgift att oberoende av distriktsindelningen bereda specialomsorger för den svenskspråkiga befolkningen i sina medlemskommuner (6 § 5 mom. i specialomsorgslagen).

Om det på grund av specialomsorgernas krävande natur, särskilda för dem nödvändiga förutsättningar eller andra motsvarande orsaker är ändamålsenligt att ordna specialomsorgerna för en större folkmängd än den som finns i ett enda specialomsorgsdistrikt, kan statsrådet enligt 6 § 4 mom. i specialomsorgslagen, oberoende av distriktsindelningen, förordna att specialomsorgerna helt eller delvis ska ordnas av en eller flera samkommuner. Något sådant beslut har inte meddelats, men mellan de olika specialomsorgsdistrikten har det skett specialisering i fråga om olika delområden inom specialomsorgerna, såsom när det gäller specialomsorger om personer i behov av psykiatrisk vård, autistiska personer eller minderåriga med utvecklingsstörning som begått brott eller har ett problematiskt beteende.

Specialomsorgslagen möjliggör också sammanslagning av ett specialomsorgsdistrikt och ett sjukvårdsdistrikt. En samkommun för ett specialomsorgsdistrikt kan med en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, vars verksamhetsområde omfattar hela specialomsorgsdistriktets område, komma överens om att den förstnämnda samkommunens tillgångar och skulder ska överföras på den sistnämnda. För närvarande har nio specialomsorgsdistrikt (Södra Karelen, Kaja-

nalands, Mellersta Österbottens, Mellersta Finlands, Kymmenedalens, Pirkanmaa, Norra Karelen, Norra Österbottens och Satakunta) slagits samman med sjukvårdsdistriktet.

I fråga om specialomsorgerna är kommunerna alltså medlemmar i s.k. tvångssamkommuner, vilka har till uppgift att ordna de specialomsorger som enligt lag hör till kommunernas skyldigheter. Trots detta kan också en kommun enligt 14 § i specialomsorgslagen ordna specialomsorger. En kommun kan således ordna specialomsorgerna delvis eller helt själv, men den måste i varje fall höra till en samkommun för specialomsorger i enlighet med specialomsorgslagen. Kommunal specialomsorgsmyndighet är socialnämnden, med vilken samkommunen för specialomsorgsdistriktet ska samarbeta även då ordnandet av lokala specialomsorger ankommer på samkommunen.

Initiativ angående erhållande av specialomsorger ska göras hos samkommunen för specialomsorgsdistriktet eller hos socialnämnden i personens hemkommun (31 § 1 mom. i specialomsorgslagen). I praktiken söker sig klienterna till specialomsorgstjänsterna i en kommun eller ett specialomsorgsdistrikt vanligen på initiativ av en anhörig eller styrda av kommunens social- eller hälsovårdsmyndighet.

I fråga om fördelningen av ordnandet och produktionen av specialomsorgstjänster mellan kommunen och specialomsorgsdistriktet finns det i praktiken i viss mån skillnader mellan samkommunerna. En del av specialomsorgsdistriktet är utpräglat endast producenter av specialomsorgstjänster, så att tjänster endast tillhandahålls på basis av en kommuns betalningsförbindelse eller så anlitar klienterna tjänsterna via kommunens socialarbetare. En del av specialomsorgsdistriktet har utöver ansvaret för produktionen av tjänster i viss mån också ansvaret för ordnandet av tjänsterna. Ett specialomsorgsdistrikt kan ansvara för skötseln av kommunens alla specialomsorgstjänster, varvid specialomsorgsdistriktet också bedömer klientens behov av vård och svarar för det individuella beslutsfattandet. I sådana fall ansvarar kommunen närmast för finansieringen av tjänsterna. En del av specialomsorgsdistriktet ansvarar också för ordnandet av specialomsorgernas sakkunnigtjänster och för ordnande av brådskande vård.

2.5.3 Hälso- och sjukvård

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

Primärvård

Enligt folkhälsolagen ska en kommun ordna folkhälsoarbetet, eller med andra ord primärvården. Verkställigheten av folkhälsoarbetet sköts av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen. Genom folkhälsolagen fick kommunerna 1972 i uppgift att ordna folkhälsoarbetet. Folkhälsoarbete definierades som hälsovård som rör individen och hans eller hennes livsmiljö, individens sjukvård och sådan verksamhet i anslutning till dessa som avser upprätthållande och främjande av befolkningens hälsotillstånd.

Kommunerna kan ordna primärvård tillsammans genom att inrätta en samkommun. Om folkhälsoarbetet sköts av en samkommun, ska denna gemensamt för medlemskommunerna tillsätta ett motsvarande kollegialt organ som sköter verkställigheten av folkhälsoarbetet. En kommun kan också avtala med en annan kommun (ansvarig kommun) om att den kommunen helt eller delvis sköter primärvården.

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

I 2 a kap. i folkhälsolagen och i 2 a kap. i 1982 års socialvårdslag ingår bestämmelser om ett hemvårdsförsök som pågår till utgången av 2016. Bestämmelserna gör det möjligt för de kommuner som deltar i försöket att kombinera den hemservice som avses i socialvårdslagen och den hemsjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen till en helhet av service inom hemvård. Samtidigt möjliggörs en smidig användning av social- och hälsovårdens klient- och patientuppgifter i enheten för hemvård.

För hälso- och sjukvårdstjänsterna (funktioner som avses i 13–22 och 24–29 § i hälso- och sjukvårdslagen) ska en kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. En kommun kan ge en hälsovårdscentral i uppgift att sköta också andra uppgifter som hör till folkhälsoarbetet. Ansvar för en hälsovårdscentralens verksamhet ligger hos verksamhetsenhetens ansvariga läkare. År 2015 fanns det sammanlagt 152 hälsovårdscentraler, av vilka 89 drevs av en kommun, 31 av en samkommun och 32 av en ansvarig kommun. Det finns 76 hälsovårdscentraler med ett befolkningsunderlag på färre än 20 000 invånare och likaså 76 hälsovårdscentraler med ett befolkningsunderlag på fler än 20 000 invånare.

Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten

Det hör till kommunernas ansvar att se till att invånarna får den specialiserade sjukvård som behövs. Den specialiserade sjukvården är en uppgift som hör till kommunerna, men för att fullgöra denna uppgift måste kommunerna höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. För ordnandet av den specialiserade sjukvården är landet indelat i 20 sjukvårdsdistrikt. En kommun kan med samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt avtala om till vilket sjukvårdsdistrikt den hör, men ändringarna i sjukvårdsdistriktens medlemskommuner har varit relativt små.

På Åland hör ordnandet av social- och hälsovården till landskapets lagstiftningsbehörighet. Utifrån denna behörighet ansvarar Ålands landskaps myndighet för hälso- och sjukvård (Ålands hälso- och sjukvård), som lyder under Ålands landskapsregering, för ordnandet av såväl den specialiserade sjukvården som av primärvården.

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

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

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

Varje sjukvårdsdistrikt har ett centralsjukhus. Av dessa är fem universitetssjukhus som ger högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio). Sjukhusdistriktet ordnar och producerar specialiserade sjukvårdstjänster för befolkningen inom sitt område. Sjukvårdsdistriktets sjukhus används i första hand för sjukvård för invånarna i samkommunens medlemskommuner. Undantag utgörs av den högspecialiserade sjukvården och eventuella andra avtalsbaserade arrangemang. Dessutom har en patient med stöd av hälso- och sjukvårdslagen rätt att välja vårdplats även på ett sjukhus i något annat sjukvårdsdistrikt.

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

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

Specialupptagningsområden

För ordnandet av högspecialiserad sjukvård är landet indelat i fem specialupptagningsområden. Till varje specialupptagningsområde ska det höra ett sjukvårdsdistrikt med ett universitet som ger läkarutbildning. Genom statsrådets förordning om specialupptagningsområden inom den högspecialiserade sjukvården (812/2012) har det föreskrivits om specialupptagningsområdena och om vilka sjukvårdsdistrikt som hör till vilket specialupptagningsområde. Enligt den nuvarande lagstiftningen är ett specialupptagningsområde inte en juridisk person, utan dess förvaltning stöder sig på förvaltningen av en samkommun för ett universitetssjukvårdsdistrikt.

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans ordna specialiserad sjukvård inom sitt område. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt som har ett universitetssjukhus ska ordna högspecialiserad sjukvård inom sitt specialupptagningsområde.

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen och att organisera den vetenskapliga forskningen och ut-

vecklingen. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans planera och samordna tjänsteproduktionen, informationssystemlösningarna, den medicinska rehabiliteringen och anskaffningarna inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten tillsammans med utbildningsmyndigheterna och arbetsförvaltningen samordna hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande utbildning, fortsatta utbildning och fortbildning samt tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet. I praktiken sker detta genom ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som ingår av sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde.

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

2.5.4 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Kommunens ansvar för utvecklingsverksamheten

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

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

Kompetenscentrumen inom det sociala området

Kompetenscentrumen inom det sociala området stöder den regionala utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet som gäller socialvård. Bestämmelser om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området ingår i lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1230/2001) och i motsvarande förordning (1411/2001). Syftet med verksamheten är att skapa och upprätthålla en regional samarbetsstruktur som täcker hela landet i avsikt att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt säkerställa specialservice och specialisttjänster som kräver specialkompetens och förutsätter samarbete på regional nivå inom det sociala området. För verksamheten ansvarar regionala kompetenscentrum inom det sociala området, vilkas verksamhetsområden omfattar samtliga kommuner. För den svenskspråkiga befolkningens behov finns dessutom ett svenskspråkigt kompetenscentrum. Det finns sammanlagt 11 kompetenscentrum.

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

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

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

Utvecklingsenheterna för primärvården

Enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ha en primärvårdsenhet som har multidisciplinär kompetens på hälsoområdet och som stöder arbetet med att ta fram en plan för ordnande av hälso- och sjukvård. En viktig uppgift för enheten är att i samarbete med olika aktörer samordna den vetenskapliga forskning som utförs inom primärvården, arbetet med att utforma vård- och rehabiliteringskedjor och den regionala fortbildningen. Primärvårdsenheterna tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården, primärvården och, i tillämpliga delar, socialvårdsområdet. Avsikten är också att enheten ska samarbeta samt skapa permanenta samarbetsförfaranden med det kompetenscentrum inom det sociala området som finns i den egna regionen.

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

2.5.5 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet

En kommun och en läroanstalt eller högskola som ansvarar för utbildningen av socialvårdspersonal kan enligt 52 § i 1982 års socialvårdslag komma överens om utnyttjande av socialvårdens verksamhetsenheter för ordnande av socialvårdsutbildning. En kommun har rätt att för direkta kostnader som föranleds av ordnandet av ovan avsedd utbildning, till fullt belopp erhålla ersättning av en högskola eller annan myndighet eller ett annat samfund som ansvarar för utbildningen. Vid fastställandet av ersättning beaktas även den direkta nytta som utbildningen medför för kommunen.

Enligt 53 § i 1982 års socialvårdslag har kommunerna en lagstadgad förpliktelse att ordna kompletterande utbildning för socialvårdspersonalen. Kommunen ska se till att socialvårdspersonalen beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat rekommendationer till kommunerna som stöd för ordnandet av kompletterande utbildning inom socialvården (SHM:s publikationer 2006:6).

Bestämmelser om fortbildning för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ingår i 5 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt paragrafen ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet

är och uppgifternas innehåll. Dessutom ingår bestämmelser om fortbildning inom hälso- och sjukvård i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003). Social- och hälsovårdsministeriet har dessutom utfärdat rekommendationer om genomförandet av fortbildning (SHM:s handböcker 2004:3).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälsovårdscentralen på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet (37 §).

2.6 Övriga uppgifter

2.6.1 Räddningsväsendet

Bestämmelser om uppgifterna inom räddningsväsendets ansvarsområde finns i första hand i räddningslagen (379/2011). Räddningslagen är en lag som reglerar räddningsverksamheten, förebyggandet av olyckor och befolkningskyddet. I räddningslagen anges de olika aktörernas ansvar för skötseln av uppgifterna inom räddningsväsendet. Det lokala räddningsväsendet samt dess räddningsverk och avtalsbrandkårer sköter merparten av uppgifterna inom räddningsväsendet.

Enligt räddningslagen ligger ansvaret för räddningsväsendet på kommunerna, som i samverkan ska sköta de uppgifter som hör till det (det lokala räddningsväsendet) inom de räddningsområden som statsrådet bestämmer. Det finns 22 sådana områden. Inom två räddningsområden är det en samkommun som ansvarar för det lokala räddningsväsendet och inom 20 områden någon av räddningsområdets kommuner med stöd av ett avtal som kommunerna ingått.

Räddningsväsendet är också en betydande tjänsteproducent inom den prehospitalkvården som social- och hälsovården ansvarar för. Det lokala räddningsväsendet har dessutom särskilt föreskrivna uppgifter bl.a. inom den oljebekämpning som miljöministeriet ansvarar för och den sjöräddningsverksamhet som gränsbevakningsväsendet ansvarar för. Räddningsverken stöder dessutom flera myndigheter i deras uppgifter.

Det finns 22 räddningsverk. Räddningsverken har personal både i huvudsyssla och delvis också i bisyssla. De personer som förordnats till räddningsmyndigheter står i tjänsteförhållande till en kommun eller samkommun. Enligt räddningsverkens uppgifter hade de 2014 sammanlagt 5 747 anställda i huvudsyssla, varav 457 personer i förvaltnings- och stödtjänster, 308 personer i säkerhetstjänster, 3 817 personer inom räddningsverksamheten och 1 165 personer enbart inom den prehospitalkvården. Räddningsverken hade 2015 sammanlagt ungefär 4 300 anställda i bisyssla.

Enligt 25 § i räddningslagen kan det lokala räddningsväsendet i räddningsverksamheten anlita en frivillig brandkår, anstaltsbrandkår, industribrandkår, militärbrandkår (avtalsbrandkårer) eller någon annan sammanslutning som är verksam i räddningsbranschen enligt överenskomst med dem. Avtalsbrandkårer och sammanslutningar som avses i räddningslagen får dock inte tilldelas uppgifter som innebär avsevärd utövning av offentlig makt. Till sådana uppgifter hör t.ex. utövande av myndighetsbefogenheter eller uppgifter som hör till inspektions- eller tillsynsverksamheten. Räddningsverken och ungefär 500 frivilliga brandkårer har ingått avtal om att uppgifterna inom räddningsväsendet sköts som avtalsbrandkår (brandkårsavtal). Dessutom finns det ungefär 20 industribrandkårer som har ingått ett brandkårsavtal med räddningsverket.

Enligt räddningsverkens uppgifter har avtalsbrandkårernas larmavdelningar ungefär 11 100 larmdugliga personer och industribrandkåreerna ungefär 460 larmdugliga personer.

Räddningsverken och deras avtalsbrandkårer utför årligen sammanlagt ca 80 000 räddningsuppdrag. Räddningsverken och avtalsbrandkårerna sköter dessutom nästan alla de uppgifter inom första insatsen som social- och hälsovården ansvarar för. Dessa uppgår till fler än 20 000 årligen. Första insatsen sköts i dessa fall vanligen av brandbilens besättning som har fått utbildning för dessa uppgifter. Förutom räddningsuppgifter och uppgifter inom första insatsen sköter räddningsverken brådsökande uppgifter inom prehospitalet akutsjukvård (räddningsverkens ambulanser), förutom i Kajanaland, Södra Österbotten, Södra Karelen och Lappland. I praktiken består merparten av räddningsverkens (inkl. avtalsbrandkårernas) uppdrag av uppgifter inom prehospitalet akutsjukvård och första insatsen. År 2014 hade räddningsverken XX uppgifter inom prehospitalet akutsjukvård. Resten av uppdragen var uppgifter i anslutning till räddningsverksamheten, förebyggandet av olyckor, tillsynen och befolkningsskyddet samt stödandet av andra myndigheter.

2.6.2 Övriga uppgifter

(Kompletteras senare)

2.7 Förvaltningsstruktur och områdesindelning

2.7.1 Kommunstruktur

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

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

År 2016 finns det sammanlagt 313 kommuner i Finland, av vilka 16 finns på Åland och 297 i Fastlandsfinland. Antalet kommuner har minskat med närmare en tredjedel på 2000-talet. Trots att de sammanslagningar som genomfördes på 2000-talet har minskat i synnerhet de allra minsta kommunernas antal, domineras kommunstrukturen fortfarande av små kommuner: endast ca 100 kommuner i Finland har fler än 10 000 invånare. Antalet kommuner med färre än 2 000 invånare har nästan halverats, men 2014 fanns det fortfarande sammanlagt 29 sådana kommuner.

Tabell 1 Kommunerna i Fastlandsfinland

Kommunerna i Fastlandsfinland (med undantag för Åland)	2008*		2014**	
	antal	invånare	antal	invånare
Kommuner med färre än 2 000 in- vånare	63	88 481	29	41 552
Kommuner med 2 000–10 000 in- vånare	237	1 305 437	170	859 422
kommuner med 10 000–20 000 in- vånare	46	662 382	48	695 439
Kommuner med fler än 20 000 in- vånare	53	3 305 512	54	3 846 424
Kommuner sammanlagt	399		301	

Storleken på och invånarantalet i kommunerna i Fastlandsfinland (*uppgifterna om invånarantalet 31.12.2007, **uppgifterna om invånarantalet 31.12.2014).

Enligt kommunstrukturlagen grundar sig kommunsammanslagningar på kommunernas frivilliga utredningar, och beslutsfattandet om kommunsammanslagningar i regel på kommunernas gemensamma framställning. Statsrådet kan förkasta kommunernas gemensamma framställning, om den föreslagna sammanslagningen uppenbarligen skulle strida mot förutsättningarna för en ändring i kommunindelningen.

Statsrådet kan dock besluta om sammanslagning av kommuner trots fullmäktiges motstånd i två situationer. Statsrådet kan på framställning av kommunindelningsutredaren besluta om en ändring i kommunindelningen för det första om ändringen är nödvändig för att trygga den lagstadgade servicen för invånarna i en kommun som befinner sig i en speciellt svår ekonomisk ställning. Med stöd av kommunstrukturlagen kan dessutom en sammanslagning av kommuner genomföras trots fullmäktiges motstånd, om kommunindelningsutredarens förslag om en sammanslagning av kommunerna har fått majoritetens understöd i en folkomröstning som ordnats i den kommun som motsätter sig sammanslagningen.

2.7.2 Övriga områdesindelningar

I 122 § i grundlagen finns bestämmelser om den administrativa inledningen. Enligt paragrafen ska en indelning i sinsemellan förenliga områden eftersträvas när förvaltningen organiseras, så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder. Bestämmelser om grunderna för kommunindelning utfärdas genom lag.

Landskapsindelningen

Bestämmelser om landskapsindelningen finns i lagen om landskapsindelning (1159/1997), enligt vilken landet indelas i landskap för utvecklandet av regionerna och för planeringen av områdenas disposition. Ett landskap är ett område som består av kommuner vilka bildar en ändamålsenlig helhet i funktionellt och ekonomiskt hänseende samt med tanke på planeringen av området. Statsrådet beslutar om landskapens antal, områden och namn efter att ha hört de berörda förbunden på landskapsnivå och kommunerna samt om de ändringar som gäller dessa. Bestämmelser om området för landskapet Åland finns i 2 § i självstyrelselagen för Åland (1144/1991). Förutom landskapet Åland finns det enligt statsrådets beslut om landskapen (799/2009) 18 landskap, dvs. landskapen Nyland, Egentliga Finland, Satakunta, Egentliga Tavastland, Birkaland, Päijänne-Tavastland, Kymmenedalen, Södra Karelen, Södra Savolax,

Norra Savolax, Norra Karelen, Mellersta Finland, Södra Österbotten, Österbotten, Mellersta Österbotten, Norra Österbotten, Kajanaland och Lappland. I statsrådets beslut anges också vilka kommuner som hör till landskapens områden. Statsrådets beslut är ett överklagbart förvaltningsbeslut.

Lagen om landskapsindelning innehåller dessutom en bestämmelse enligt vilken verksamhetsområdena för statens regionförvaltningsmyndigheter ska, om inte något annat följer av särskilda skäl, grunda sig på landskapsindelningen så att verksamhetsområdet utgörs av ett eller flera landskap.

Landskapsförbunden

Enligt lagen om utveckling av regionerna och förvaltning av strukturfondsverksamheten (7/2014) svarar landskapsförbundet i egenskap av regionutvecklingsmyndighet för fullgörandet av regionutvecklingsuppgifterna i respektive landskap. Landskapsförbundet är en samkommun som kommunerna i regionen ska vara medlemmar i. Lagen innehåller bestämmelser om landskapsförbundens uppgifter i anslutning till regionutvecklingen. Dessutom finns det bestämmelser om landskapsförbundens uppgifter i annan speciallagstiftning.

Regionförvaltningsverken

Regionförvaltningsverken är sådana statliga regionförvaltningsmyndigheter med flera olika verksamhetsområden som främjar regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Enligt 5 § i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) föreskrivs i fråga om antalet regionförvaltningsverk och deras verksamhetsområden, namn och verksamhetsställen genom förordning av statsrådet. Enligt 6 § i lagen sköter varje regionförvaltningsverk inom sitt verksamhetsområde de uppgifter som föreskrivits för det och utövar den behörighet som tillkommer det, så som om detta bestäms i lag. Ett regionförvaltningsverk kan dock sköta uppgifter också inom verksamhetsområdet för fler än ett regionförvaltningsverk, om de villkor som närmare anges i paragrafen är uppfyllda. Bestämmelser om hur verkens verksamhetsområden utvidgas utfärdas genom förordning av statsrådet, med undantag för uppgifter som gäller arbetarskyddet och miljötillståndsärenden, i fråga om vilka det föreskrivs om en utvidgning av verksamhetsområdet genom en förordning av det ministerium som är behörigt. Bestämmelser om regionförvaltningsverkens områdesindelning finns i statsrådets förordning om regionförvaltningsverken (906/2009). Områdesindelningen baserar sig på landskapsindelningen. Enligt förordningen finns det sex regionförvaltningsverk, dvs. regionförvaltningsverken i Södra Finland, Sydvästra Finland, Östra Finland, Västra och Inre Finland, Norra Finland och Lappland. I landskapet Åland finns dessutom Statens ämbetsverk på Åland som delvis sköter samma uppgifter inom statens regionförvaltning som regionförvaltningsverken.

Närings-, trafik- och miljöcentralerna

Även närings-, trafik- och miljöcentralerna är sådana statliga regionförvaltningsmyndigheter med flera olika verksamhetsområden som främjar den regionala utvecklingen genom att i regionerna sköta statsförvaltningens verkställighets- och utvecklingsuppgifter. Enligt 4 § i lagen om närings-, trafik- och miljöcentralerna (897/2009) föreskrivs det i fråga om antalet närings-, trafik- och miljöcentraler och deras verksamhetsområden, namn och verksamhetsställen och om utvecklings- och förvaltningscentrets verksamhetsställe genom förordning av statsrådet. Enligt 5 § i lagen sköter varje närings-, trafik- och miljöcentral inom sitt verksamhetsområde de uppgifter som föreskrivits för den och utövar den behörighet som tillkommer den, så som om detta bestäms i lag. En närings-, trafik- och miljöcentral kan dock sköta uppgifter också inom verksamhetsområdet för fler än en central, om de villkor som närmare anges i paragrafen

är uppfyllda. Bestämmelser om utvidgning av centralernas verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om närings-, trafik- och miljöcentralernas områdesindelning finns i statsrådets förordning om närings-, trafik och miljöcentralerna (1392/2014). Områdesindelningen baserar sig på landskapsindelningen. Enligt förordningen finns det 15 närings-, trafik- och miljöcentraler, dvs. närings-, trafik- och miljöcentralerna i Nyland, Egentliga Finland, Satakunta, Tavastland, Birkaland, Sydöstra Finland, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen, Mellersta Finland, Södra Österbotten, Österbotten, Norra Österbotten, Kajanaland och Lapland.

Räddningsväsendet

För skötseln av räddningsväsendet finns det 22 lokala räddningsväsenden. Med stöd av 24 § 1 mom. i räddningslagen bestämmer statsrådet räddningsområdena. Statsrådet beslutar också om ändringar av den fastställda områdesindelningen. Räddningsområdets kommuner ska ha ett avtal om ordnande av räddningsväsendet. På godkännande och ändring av avtalet tillämpas det som i 57 § 1 mom. i kommunallagen föreskrivs om ändring av samkommuners grundavtal. På avtalet tillämpas i övrigt det som föreskrivs om samarbete mellan kommuner i kommunallagen. Om kommunerna inte kommer överens om hur samarbetet inom räddningsväsendet ska ordnas inom de områden som statsrådet beslutat om, ska statsrådet besluta om de ärenden som är nödvändiga för ordnandet av samarbetet.

Det lokala räddningsväsendet har i regel ordnats enligt modellen med en ansvarig kommun. Inom två områden (Lapland och Päijänne-Tavastland) är det dock landskapsförbundet som ansvarar för uppgiften.

Samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet

Verkställigheten av tillsynen över miljö- och hälsoskyddet i kommunerna omfattar verkställighet av tillsynen i enlighet med livsmedelslagen (23/2006), veterinärvårdslagen (765/2009), tobakslagen, hälsoskyddslagen och konsument säkerhetslagen (920/2011). En kommun ska inom kommunen ordna miljö- och hälsoskyddstjänster på det sätt som bestäms i lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009). Enligt 2 § i lagen ska ett enda organ svara för ordnandet av miljö- och hälsoskyddet i en kommun eller ett samarbetsområde, som till sitt förfogande ska ha personalresurser som motsvarar minst 10 årsverken. En kommun som inte ensam klarar av uppgifterna inom miljö- och hälsoskyddet ska höra till ett samarbetsområde. Med ett samarbetsområde avses ett område som bildas av två eller flera kommuner.

Syftet med lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet har varit att effektivisera ordnandet av tjänsterna inom miljö- och hälsoskyddet. Syftet med lagen har också varit att tjänsteinnehavarna ska kunna specialisera sig och att tillsynen över ledningen ska bli tydligare. För närvarande finns det 62 tillsynsenheter inom miljö- och hälsoskyddet i Fastlandsfinland. Dessa är organiserade enbart för verkställigheten av uppgifterna inom miljö- och hälsoskyddet i en enskild kommun eller inom ett samarbetsområde som bildas av två eller flera kommuner eller så att de finns i anslutning till något annat verksamhetsområde i kommunen. Utöver miljö- och hälsoskyddet sköter samma organ då oftast också miljövärden eller social- och hälso-tjänsterna. På detta sätt är 70 procent av samarbetsområdena organiserade. I ca 10 procent av tillsynsenheterna har miljö- och hälsoskyddet organiserats så att det finns i anslutning till byggnadstillsynen och planläggningen. Miljö- och hälsoskyddet finns i anslutning till byggnadstillsynen i ca 5 procent av tillsynsenheterna. Endast ungefär 10 procent av tillsynsenheterna är organiserade så att de ansvarar enbart för verkställigheten av miljö- och hälsoskyddet.

Indelning i valkretsar

I 5 § i vallagen (714/1998) föreskrivs om valkretsarna vid riksdagsval. Enligt paragrafen är landet för riksdagsval indelat i 13 valkretsar utgående från landskapsindelningen. Dessa valkretsar är Helsingfors, Nylands, Egentliga Finlands, Satakunta, Landskapet Ålands, Tavastlands, Birkalands, Sydöstra Finlands, Savolax-Karelens, Vasa, Mellersta Finlands och Uleåborgs och Lapplands valkretsar.

2.8 Ordnande av kommunernas förvaltning och ekonomi

2.8.1 Kommunens förvaltning

Enligt 121 § i grundlagen ska bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning utfärdas genom lag. Kommunallagen är en allmän lag som gäller ordnandet av kommunernas förvaltning och ekonomi. Utgångspunkten bör vara att de grundläggande bestämmelserna om ordnandet av kommunens förvaltning och ekonomi ska ingå i kommunallagen och att särskilda bestämmelser tas in i speciallagarna endast om de är nödvändiga för ordnandet av förvaltningen eller ekonomin i en verksamhet som avses i speciallagen.

I kommunallagen ingår bland annat bestämmelser om kommunernas allmänna kompetens, deras organ samt organens sammansättning och uppgifter, ledning, förtroendevalda och sökande av ändring samt samarbetsformer. I kommunallagen ingår dessutom bestämmelser om kommunernas ekonomi, såsom om budgeten, bokslutet och bokföringen, skyldigheten att täcka underskott och utvärderingsförfarandet.

Den reviderade kommunallagen trädde i kraft vid ingången av maj 2015. En betydande del av de nya bestämmelserna i kommunallagen tillämpas dock först fr.o.m. den 1 juni 2017, då mandattiden för det fullmäktige som väljs vid nästa kommunalval börjar.

Kommunens allmänna kompetens

Kommunens allmänna kompetens har ansetts utgöra en av grundstenarna i den kommunala självstyrelsen. Enligt artikel 3.1 i den europeiska stadgan om lokal självstyrelse utgör den allmänna kompetensen en central del av den lokala självstyrelsen. Enligt artikeln avses med lokal självstyrelse de lokala myndigheternas rätt och möjlighet att inom lagens gränser reglera och sköta en väsentlig del av de offentliga angelägenheterna på eget ansvar och i den lokala befolkningens intresse.

I grundlagsutskottets tolkningspraxis har den allmänna kompetensen granskats i synnerhet utifrån kommunens ekonomiska svängrum och skyddet för beskattningsrätten.

Bestämmelser om den allmänna kompetensen finns i 7 § i kommunallagen, enligt vilken kommunen sköter de uppgifter som den har åtagit sig med stöd av självstyrelsen. Bestämmelserna om den allmänna kompetensen är allmänt utformade och uppgifterna har inte i detalj förtecknats på förhand. Målet är att en allmänt utformad och flexibel reglering gör att kommunen vid behov kan anpassa sin verksamhet enligt förhållandena och behoven vid olika tidpunkter. Flexibiliteten syftar också till att göra det möjligt för olika kommuner att ha olika verksamhetsområden. Den allmänt utformade regleringen syftar alltså till både tidsmässig och regional flexibilitet.

Den allmänna kompetensen har ansetts begränsa både kommunens egen verksamhet och möjligheten att sköta verksamheten i form av en stiftelse, en sammanslutning eller ett bolag. Kommunens allmänna kompetens hindrar dock inte bestämmelser om hur kommunerna kan

sköta uppgifterna. Exempelvis EU:s konkurrensrätt begränsar kommunens rätt att bedriva ekonomisk verksamhet inom den kommunala organisationen. EU:s konkurrensrätt begränsar dock inte kommunens möjligheter att inrätta bolag eller äga bolag.

Rättspraxis rörande den allmänna kompetensens gränser är begränsad och rättsfallen är gamla. Kommunens viktigaste uppgifter inom den allmänna kompetensen gäller främjande av näringsverksamhet samt bidrag, borgensförbindelser och lån som beviljas olika mottagare. Kommunerna bedriver också näringsverksamhet inom ramen för sin allmänna kompetens.

Man har ansett att den allmänna kompetensen begränsas av de principer som utformats i rättspraxis och rättslitteraturen. En del av dessa principer är samma som de allmänna rättsprinciper inom förvaltningen som regleras i 6 § i förvaltningslagen (434/2003). Till dessa hör likställighets-, objektivitets- och proportionalitetsprincipen, kravet på jämlik behandling och förbudet mot missbruk av prövningsrätten. I etablerad rättspraxis har man dessutom ansett att följande principer avgränsar den allmänna kompetensen: främjande av invånarnas välfärd, lokal förankring, förbudet mot privat stöd, subsidiaritet och arbetsfördelning med andra myndigheter samt förbudet mot spekulativ verksamhet. Man har också ansett att kommunen inte får bedriva renodlat kommersiell eller industriell verksamhet.

Enligt principen om allmännyttan ska verksamheten medföra allmän nytta för kommunmedlemmarna. Alla kommuninvånare behöver inte dra direkt nytta av verksamheten. Kommunen kan sköta sådan verksamhet som anses godtagbar, ändamålsenlig och lämplig. Enligt principen om lokal förankring ska kommunens verksamhet begränsa sig till kommunens område och kommuninvånarna. Till kommunens rätt att bedriva näringsverksamhet har man dock endast tagit ställning i ett fåtal fall. I rättspraxis har man ansett att kommunen bland annat får bedriva bilskolverksamhet i samband med yrkesutbildning, när verksamheten är en del av undervisningen i bilbranschen för branschens studerande.

Enligt likställighetsprincipen ska kommunen bemöta alla kommuninvånare jämlikt. Enligt ändamålsenlighetsprincipen får kommunen inte genom sitt agerande gynna främmande syften, utan verksamheten ska främja skötandet av kommunens grunduppgift. Enligt objektivitetsprincipen ska kommunen agera objektivt och sakligt. Enligt proportionalitetsprincipen ska kommunen använda sådana medel som är behövliga och nödvändiga för att uppnå målen. Enligt förbudet mot spekulativ verksamhet får kommunen inte åta sig uppgifter enbart för att eftersträva ekonomisk vinst. Spekulationsförbudet har också ansetts innebära att kommunen inte får placera i eller stödja projekt med hög risk.

Enligt subsidiaritetsprincipen får kommunen inte börja sköta en sådan verksamhet som traditionellt sköts av den privata sektorn. Om den privata sektorn inte klarar av att fullgöra sina uppgifter och om ett allmänt intresse kräver det, kan kommunen åta sig verksamheten i fråga.

Även om rättspraxis ger intryck av att principerna för begränsning av den allmänna kompetensen är tydliga, har kommunernas verksamhet i praktiken utvidgats på ett sätt som enligt tidigare rättspraxis inte ansågs tillåten. Personalmatstjänster och bevakningstjänster som tillhandahålls utanför kommunens verksamhet är exempel på renodlat kommersiell verksamhet. Skötseln av dessa uppgifter har dock inte ifrågasatts utifrån principerna för begränsning av den allmänna kompetensen. Inte heller den lokala förankringen betonas på samma sätt som tidigare särskilt för varje kommun, utan den bedöms i ett vidare perspektiv med betoning på invånarnas livsmiljö och erhållna nytta. Principerna för den allmänna kompetensen lever således i tiden, betonas på olika sätt och kan i olika uppgifter variera till följd av utvecklingen inom verksamhetsområdet. För att det inte ska uppstå tolkningsproblem har det i fråga om vissa uppgifter, bland annat i elmarknadslagen, föreskrivits att kommunen allmänt kan bedriva sådan affärsverksamhet.

Kommunens organ och ledning

Enligt 121 § i grundlagen grundar sig kommunens förvaltning på självstyrelse för kommunens invånare. Detta har ansetts innebära att det fullmäktige som kommuninvånarna har valt ska ha allmän befogenhet att besluta om angelägenheter som är gemensamma för kommuninvånarna och att den högsta beslutanderätten i kommunen ska tillkomma fullmäktige. Kommunens förvaltning ska även i övrigt bygga på att de förtroendevalda har en bestämmande ställning.

I kommunallagen finns det bestämmelser om fullmäktiges uppgifter och mandattid samt om antalet fullmäktigeledamöter och förrättandet av kommunalval. Beslutanderätten i en kommun tillkommer fullmäktige, om inte något annat föreskrivs särskilt eller om inte fullmäktige själv med stöd av kommunallagen eller någon speciallag har delegerat beslutanderätten till kommunens övriga myndigheter.

I en kommun ska det utöver fullmäktige finnas en kommunstyrelse och en revisionsnämnd. I en tvåspråkig kommun ska för undervisningsförvaltningen dessutom finnas ett organ för vardera språkgruppen eller ett gemensamt organ med särskilda sektioner för vardera språkgruppen. Ledamöterna i organen eller sektionerna ska väljas bland personer som hör till respektive språkgrupp. Till övriga delar kan fullmäktige besluta om hur kommunernas organ är organiserade. Fullmäktige kan efter eget omdöme tillsätta

- nämnder eller utskott för skötseln av uppgifter av bestående natur
- direktioner för skötseln av affärsverk eller andra uppgifter samt
- sektioner i kommunstyrelsen, nämnder, utskott och direktioner.

Kommunstyrelsen, och med stöd av ett fullmäktigebeslut även andra organ, kan även tillsätta en kommitté för att sköta en viss uppgift.

Fullmäktige har omfattande prövningsrätt när det gäller hur den kommunala organisationen utformas. Som alternativ till den traditionella modellen med nämnder nämns i kommunallagen en utskottsmodell och en ordförandemodell, men även andra modeller är möjliga. I utskottsmodellen väljs endast fullmäktigeledamöter och ersättare i fullmäktige till kommunstyrelsen och nämnderna. I ordförandemodellen (s.k. ministermodellen) väljs ordförandena i nämnderna och utskotten bland ledamöterna i kommunstyrelsen.

Enligt kommunallagen leder kommunstyrelsen kommunens verksamhet, förvaltning och ekonomi. Kommunens verksamhet leds i enlighet med den kommunstrategi som fullmäktige godkänt. Kommunstyrelsen övervakar och samordnar verksamheten i kommunens övriga organ och tjänsteinnehavarnas verksamhet. Ett viktigt sätt att samordna kommunens förvaltning är den övertagningsrätt för kommunstyrelsen som regleras i kommunallagen. Med stöd av övertagningsrätten kan kommunstyrelsen ta upp ett sådant enskilt ärende till behandling som har delegerats till en underlydande myndighet eller en myndighet som lyder under en nämnd.

Som ledningsmodell kan en kommun välja antingen en kommundirektör som tjänsteinnehavare eller en förtroendevald borgmästare. Kommundirektören, som är underställd kommunstyrelsen, leder kommunens förvaltning, ekonomi samt övriga verksamhet. Fullmäktige kan besluta att kommunen i stället för av en kommundirektör leds av en borgmästare, som alltid också är ordförande för kommunstyrelsen.

Kommunens förtroendevalda

Förtroendevalda i kommunen är ledamöterna och ersättarna i fullmäktige, personer som har valts till ledamöter i kommunens organ, personer som kommunen har valt till ledamöter i en

samkommuns organ samt andra personer som har valts att sköta kommunala förtroendeuppdrag. En kommunal tjänsteinnehavare eller arbetstagare som på grundval av sin uppgift har valts till ledamot i ett kommunalt organ är dock inte kommunal förtroendevald.

I kommunallagen ingår bestämmelser om de förtroendevaldas ställning, såsom om rätten att få ledigt från arbetet för att sköta ett förtroendeuppdrag samt om arvoden och ersättningar. Enligt kommunallagen är det också möjligt att välja förtroendevalda på hel- eller deltid. Fullmäktige kan besluta att fullmäktiges ordförande, kommunstyrelsens ordförande och vice ordförande samt nämndernas och utskottens ordförande är förtroendevalda på hel- eller deltid. Förtroendevalda på heltid har en ovillkorlig rätt att få ledigt från arbetet för att sköta förtroendeuppdrag. En förtroendevald på deltid har inte samma ovillkorliga rätt till ledigt, men arbetsgivaren kan inte utan vägande skäl som hänger samman med arbetet vägra att bevilja ledighet för skötseln av ett förtroendeuppdrag på deltid. Förtroendevalda på hel- eller deltid har rätt till lön eller arvode samt till semester, sjukledighet och familjeledighet på samma grunder som kommunala tjänsteinnehavare.

I kommunallagen föreskrivs om förtroendevaldas rätt till upplysningar. Förtroendevalda har en mer omfattande rätt än andra att få upplysningar om sådana myndighetshandlingar som kommunen innehar och som den förtroendevalda anser nödvändiga, dock inte sekretessbelagda uppgifter. Förtroendevalda har också rätt att av kommunkoncernens ledning få sådana upplysningar om dottersammanslutningarnas verksamhet som kommunen innehar, med de begränsningar som följer av sekretessbestämmelserna.

Dessutom föreskrivs om samtycke till förtroendeuppdrag och avgång från förtroendeuppdrag, skötseln av förtroendeuppdrag, förlust av valbarhet, felaktigt förfarande i förtroendeuppdrag samt brottsligt förfarande utanför förtroendeuppdraget.

I kommunallagen varierar bestämmelserna om förtroendevaldas valbarhet beroende på organ, bland annat enligt organets uppgifter och arten av de ärenden som behandlas i det. Allmänna villkor för att en person ska vara valbar till kommunens förtroendeuppdrag är enligt kommunallagen att 1) personen har hemkommun i den kommun där han eller hon är uppställd, 2) personen har rösträtt i kommunalval i någon kommun det år då fullmäktigeledamöterna väljs och 3) personen har inte förklarats omyndig.

I kommunallagen är begränsningarna i valbarheten till fullmäktige mindre omfattande än till andra organ. De ärenden som behandlas av fullmäktige är allmänna till sin natur och berör ofta så gott som varje kommuninvånare. Å andra sidan har det ansett viktigt att valbarheten till fullmäktige inte begränsas allt för mycket, eftersom kommuninvånarna bör kunna välja vilka personer de vill ha som sina representanter.

Kommunstyrelsen är med tanke på kommunens verksamhet i praktiken det mest centrala organet och dess uppgifter gör det nödvändigt att begränsa även de personer som deltar i beslutsfattandet. Den som är valbar till kommunstyrelsen måste också vara valbar till fullmäktige. Vissa personer som är anställda hos kommunen eller kommunkoncernen är inte valbara till kommunstyrelsen. Valbara är inte heller ledande personer i en affärsdrivande sammanslutning eller stiftelse, om det är fråga om en sådan sammanslutning eller stiftelse som kan ha väsentlig nytta eller lida väsentlig skada av hur de ärenden avgörs som normalt behandlas i kommunstyrelsen. Inte heller personer som ansvarar för bevakningen av personalens intressen är valbara till kommunstyrelsen. Majoriteten av ledamöterna i kommunstyrelsen ska vara personer som inte är anställda hos kommunen eller hos en sammanslutning där kommunen har bestämmande inflytande.

I kommunallagen föreskrivs också om valbarheten till kommunens andra organ, såsom till en nämnd eller ett utskott, ett organ som huvudsakligen sköter personalfrågor, en direktion eller en kommitté eller revisionsnämnden.

I 84 § i kommunallagen föreskrivs om skyldigheten att redogöra för bindningar och om vem som har denna skyldighet. Bestämmelserna om redogörelse för bindningar kompletterar bestämmelserna om valbarhet och jäv. Syftet med bestämmelserna är att göra beslutfattandet mera öppet och genomskinligt.

Skyldigheten att redogöra för sina bindningar gäller kommunstyrelsens ledamöter, ledamöter i organ som sköter uppgifter som avses i markanvändnings- och bygglagen (132/1999), ordföranden och vice ordförande i fullmäktige och nämnder, kommundirektören, borgmästaren och vice borgmästare samt föredragande i kommunstyrelsen och nämnder. Skyldigheten gäller uppgifter i ledningen för eller förtroendeuppdrag i företag och andra sammanslutningar som bedriver näringsverksamhet, betydande förmögenhet och andra bindningar som kan vara av betydelse vid skötseln av förtroende- och tjänsteuppdrag.

Ändringssökande

Ändring i ett beslut som fattats av en kommunal myndighet eller en samkommuns myndighet får sökas genom förvaltningsbesvär eller kommunalbesvär. Bestämmelserna om kommunalbesvär finns i kommunallagen. Kommunalbesvär får anföras en part eller av en kommunmedlem. Kommunalbesvär är ett sätt för kommuninvånarna att övervaka kommunens förvaltning samt lagenligheten i de beslut som kommunala myndigheter fattat. Kommunalbesvär kan t.ex. anföras i ärenden som avses i markanvändnings- och bygglagen. Sådana beslut av en kommunal myndighet som gäller en enskild grundar sig däremot i huvudsak på speciallagstiftningen, och då är det endast möjligt att anföras förvaltningsbesvär över besluten.

Kommunalbesvär anförs hos förvaltningsdomstolen, och förvaltningsdomstolens beslut får överklagas hos högsta förvaltningsdomstolen. Kommunalbesvär får endast anföras på laglighetsgrund, dvs. på den grunden att beslutet har kommit till i oriktig ordning, att den myndighet som fattat beslutet har överskridit sina befogenheter eller att beslutet annars strider mot lag.

I kommunallagen föreskrivs också om begäran om omprövning. I andra beslut än beslut av fullmäktige ska det först begäras omprövning. Kommunalbesvär kan sedan anföras över beslut som kommunstyrelsen, en nämnd eller en direktion meddelat med anledning av en begäran om omprövning. Om begäran om omprövning avslagits eller lämnats utan prövning, får endast den som framställt begäran om omprövning överklaga beslutet genom kommunalbesvär. Om beslutet har ändrats med anledning av begäran om omprövning, får ändring sökas av alla som ursprungligen hade rätt att framställa en begäran om omprövning.

Kommunallagens bestämmelser om sökande av ändring är subsidiära i förhållande till bestämmelserna i speciallagar och viker för bestämmelser om omprövningsförfarande och förvaltningsbesvär i en speciallag. Bestämmelserna om omprövningsförfarandet i 7 a kap. i förvaltningslagen tillämpas däremot som komplement till omprövningsbegäran enligt kommunallagen.

2.8.2 Kommunernas samarbetsformer

Bestämmelser om kommunernas samarbetsformer ingår i 8 kap. i kommunallagen. Vid ordnandet av samarbetet har utgångspunkten varit att kommunerna får besluta om samarbetsmodellen. Enligt lagens 49 § kan formen för offentligrättsligt samarbete mellan kommuner vara

- ett gemensamt organ,
- en gemensam tjänst,
- ett avtal om skötsel av en myndighetsuppgift, och
- en samkommun.

En kommun kan låta en annan kommun sköta en uppgift, varvid kommunerna avtalar om inrättandet av en gemensam tjänst, om skötseln av myndighetsuppgifterna som köpta tjänster eller om inrättandet av ett gemensamt organ. I dessa fall inrättas ingen separat juridisk person, utan uppgiften sköts av en annan kommun. En samkommun är däremot en från kommunerna separat, självständig juridisk person.

Ansvarig kommun

Enligt 51 § i kommunallagen kan en kommun sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning så att kommunerna har ett gemensamt organ som svarar för skötseln av uppgiften. Den kommun som sköter uppgiften kallas ansvarig kommun. Kommunerna kan komma överens om att en del av ledamöterna i det gemensamma organet utses av de andra kommunerna. Vid lagstadgat samarbete ska varje kommun ha minst en ledamot som kommunen har utsett i organet. I ett avtal om ett gemensamt organ ska det enligt 52 § i kommunallagen åtminstone bestämmas om:

- 1) det gemensamma organets uppgifter samt vid behov om överföringen av ansvaret för organiseringen av kommunens uppgifter,
- 2) det gemensamma organets sammansättning och de andra kommunernas rätt att utse ledamöter i organet,
- 3) grunderna för kostnaderna och fördelningen av dem, samt
- 4) avtalets giltighet och uppsägning av avtalet.

I avtalet kan det också bestämmas att kommunstyrelsen i den ansvariga kommunen inte har rätt att till behandling ta upp ett ärende som det gemensamma organet har fattat beslut i.

I kommunallagen ingår också bestämmelser om valbarheten till ledamot i det gemensamma organet och om sökande av ändring i organets beslut. Ledamöter i organet kan vara personer som är valbara till motsvarande organ i de kommuner som saken gäller. Enligt 137 § får omprövning begäras av och kommunalbesvär över beslut av kommunernas gemensamma organ anföras av de kommuner som är parter i avtalet och deras kommunmedlemmar.

Eftersom ett gemensamt organ fungerar som en del av en kommun, beslutar fullmäktige i den ansvariga kommunen om de frågor som anges i 14 § i kommunallagen, såsom om grunderna för ordnandet av förvaltningen, godkännande av budgeten och bokslutet och avgifterna. Detta innebär att fullmäktige i den ansvariga kommunen i sista hand har beslutanderätten i de viktigaste frågorna som gäller ordnandet av servicen. I samarbetsavtalen kommer man dock i allmänhet överens om ett avtalsstyrningsförfarande, genom vilket man strävar efter att inskränka beslutanderätten hos fullmäktige i den ansvariga kommunen bland annat i fråga om tjänster, produktionsställen och andra kommuners betalningsandelar. Inom social- och hälsovården genomförs avtalsstyrning i synnerhet genom serviceavtal, vilka både den ansvariga kommunen och de andra kommunerna godkänner.

Modellen med en ansvarig kommun, vilken tidigare var känd som modellen med värdkommun, fick mer omfattande användning i samband med kommun- och servicestrukturreformen. I lagen om en kommun- och servicestrukturreform förutsattes att värdkommunen ska tillsätta ett gemensamt organ enligt kommunallagen. Modellen väckte inte i det skedet någon större diskussion om något annat än om värdkommunens möjligheter att påverka, eftersom kommu-

nera kunde välja mellan en samkommun eller en ansvarig kommun som samarbetsmodell för social- och hälsovården. I praktiken har kommunerna i det samarbete som idkas enligt ramlagen tagit modellen i bruk i förhållandet 40/60 (samkommun/ansvarig kommun).

Samkommun

I den speciallagstiftning som gäller lagstadgat samarbete förutsätts att förvaltningen för den specialiserade sjukvården, omsorgen om personer med utvecklingsstörning och landskapsförbunden ska ordnas enligt samkommunsmodellen.

I kommunallagen ingår betydligt mera ingående bestämmelser om samkommuner än om den ansvariga kommunen och det gemensamma organet. I lagen ingår bestämmelser om minimi-innehållet i grundavtalet, organ, valbarhet, finansiering, utträde, upplösning samt om tillämpningen på samkommuner av bestämmelserna om kommuner i kommunlagen. Dessutom föreskrivs om formen för offentlighetsligt samarbete mellan samkommunerna, vilka är en gemensam tjänst, ett avtal om skötsel av en myndighetsuppgift och en affärsverksam kommun.

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

- 1) samkommunens namn, hemort och medlemskommuner,
- 2) samkommunens uppgifter samt vid behov om överföringen av ansvaret för organisationen av kommunens uppgifter,
- 3) antalet representanter vid samkommunsstämman eller antalet ledamöter i samkommunsfullmäktige eller något annat organ som utövar den högsta beslutanderätten samt om grunderna för rösträtten,
- 4) samkommunens övriga organ samt om organens uppgifter och beslutanderätt och sammankallandet av dem,
- 5) vilket av samkommunens organ som bevakar samkommunens intressen, representerar samkommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna namn,
- 6) medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt annat som gäller samkommunens ekonomi,
- 7) granskningen av samkommunens förvaltning och ekonomi,
- 8) ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten,
- 9) förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen.
- 10) det förfarande genom vilket samkommunens underskott täcks i en situation där medlemskommunerna inte har godkänt avtalet om balanseringen av samkommunens ekonomi,
- 11) ett system för att följa ekonomin och verksamheten och om rapporteringen till medlemskommunerna.

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

I lagen ingår också bestämmelser om det understöd som en ändring av ett grundavtal förutsätter. Om inte något annat bestäms i grundavtalet kan grundavtalet ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. Om kommunen enligt lag ska vara medlem i en samkommun inom något verksamhetsområde och på ett visst om-

råde, kan en medlemskommun dock inte utan sitt samtycke åläggas att delta i skötseln av nya frivilliga uppgifter och i kostnaderna för dem.

Samkommunens beslutanderätt utövas av samkommunsfullmäktige, som är ett organ som väljs av medlemskommunerna, eller samkommunsstämman. Samkommunsstämma ska hållas minst två gånger om året. Representanterna vid samkommunsstämman utses av medlemskommunernas kommunstyrelse eller av något annat kommunalt organ enligt beslut av medlemskommunernas fullmäktige. Medlemskommunerna utser sina representanter särskilt till varje stämma. I grundavtalet bestäms om samkommunens övriga organ. Exempelvis sjukvårdsdistrikten har också en styrelse. När det är fråga om annat samarbete än lagstadgat samarbete kan kommunerna besluta att samkommunen har endast ett organ. Då fördelar sig beslutanderätten mellan medlemskommunerna och samkommunens organ på det sätt som bestäms i grundavtalet.

Enligt 58 § i kommunallagen ska samkommunens andra organ än det högsta organet, dvs. samkommunsstämman eller fullmäktige, ges en sammansättning som svarar mot den andel röster olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom samkommunens område vid kommunalvalet med iakttagande av proportionalitetsprincipen enligt vallagen.

I fråga om landskapsförbunden finns bestämmelser om att proportionalitetsprincipen ska iakttagas också i sammansättningen av förbundets högsta organ, dvs. fullmäktige, i 17 a § i lagen om utveckling av regionerna och förvaltning av strukturfondsverksamheten (7/2014). Röstandelarna för de grupperingar som är representerade i organet ska vid valet svara mot den andel röster som de olika grupper som är representerade i medlemskommunernas fullmäktige fått inom landskapets område vid kommunalvalet. Vidare ska ledamöterna vara fullmäktigeledamöter i medlemskommunerna och varje medlemskommun ska ha minst en representant. Det ansågs i tiden behövt att landskapets högsta organ har en sammansättning som motsvarar valresultatet i medlemskommunerna, i synnerhet på grund av organets beslutanderätt i fråga om landskapsplanen.

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

En samkommun är bokföringsskyldig och den ska upprätta ett bokslut och en verksamhetsberättelse över sin verksamhet. På samkommuner tillämpas ekonomibestämmelserna i 13 kap. i kommunallagen, inklusive den skyldighet att täcka underskott som ingår i 110 §. Eftersom en samkommun är en egen juridisk person, godkänner samkommunen sin egen budget och sitt eget bokslut. I sista hand är det medlemskommunerna som ansvarar för finansieringen av samkommunen. Enligt 117 § i kommunallagen svarar medlemskommunerna enligt vad som bestämts i grundavtalet för finansieringen av sådana utgifter i en samkommun som inte kan täckas med samkommunens medel.

Kommunernas samverkan och upphandlingar

Lagen om offentlig upphandling (348/2007) innehåller bestämmelser om skyldigheten för statliga och kommunala myndigheter samt övriga upphandlande enheter att konkurrensutsätta sin upphandling. Genom lagen har bland annat Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster, som är i kraft till den 17 april 2016, genomförts. EU:s direktiv om offentlig upphandling har reviderats. Till dessa direktiv hör Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG, nedan det nya upphandlingsdirektivet (2014/24/EU, 28.3.2014 L 94). Direktiven reviderade nästan helt det tidigare EU-regelverket om upphandling. I anslutning till detta har arbets- och näringsministeriet berett en totalreform av lagstiftningen om offentlig upphandling. Avsikten är att en regeringsproposition om den ska överlämnas till riksdagen sommaren 2016 och att lagstiftningen ska träda i kraft så snart som möjligt efter det att den har antagits.

Med stöd av direktiven har sådan offentlig upphandling inom EU som överskrider ett visst tröskelvärde öppnats för konkurrens. Det nya upphandlingsdirektivet omfattar en förteckning över tjänster i fråga om vilka man nationellt kan föreskriva om lättare upphandlingsförfaranden och vid konkurrensutsättningen tillämpa ett högre EU-tröskelvärde (750 000 euro). Dessa bestämmelser kan också tillämpas på upphandling av social- och hälso-tjänster.

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

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

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

Upphandlingar som uppfyller vissa villkor och som de upphandlande enheterna genomför tillsammans faller också utanför skyldigheten att konkurrensutsätta enligt artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet även om de som sådana var upphandlingar. I dessa upphandlingar av-

talas i enlighet med de mål som tillgodoser det allmänna intresset om gemensamt utförande av de myndighetsuppgifter som myndigheterna ansvarar för. De uppgifter som de myndigheter som deltar i samarbetsarrangemanget har behöver inte vara identiska, utan de kan också stödja eller komplettera varandra. På detta sätt säkerställs det att de uppgifter som myndigheterna ansvarar för utförs och att de gemensamma målen nås. Genomförandet av samarbetet bygger utslutande på beaktande av synpunkter enligt det allmänna intresset. Bakom artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet ligger EU-domstolens avgörandepraxis. Finlands samkommunsmodell, när den genomförs enligt ovan nämnda artikel, är ett arrangemang som faller utanför konkurrensutställningsskyldigheten. Enligt senaste nationella rättspraxis kan även modellen med en ansvarig kommun enligt kommunallagen uppfylla villkoren enligt artikel 12 i direktivet när serviceproduktionen genomförs under det gemensamma organets bestämmande inflytande och noggrant enligt villkoren i grundavtalet i syfte att handha alla medlemskommuners gemensamma uppgift.

Myndighetsverksamhet som har avgränsats med stöd av lagstiftning kan inte anses vara ett sådant upphandlingskontrakt som avses i upphandlingslagstiftningen. Situationerna uppfyller även de horisontella krav och förutsättningar som ställs i avgörandepraxisen vid unionens domstol samt i det nya upphandlingsdirektivet. Det är inte fråga om en konkurrenssituation med privata producenter, och ingen privat tjänsteleverantör har heller en fördelaktigare ställning än sina konkurrenter.

Kommuner och samkommuner som koncerner

Kommunerna och samkommunerna har bildat mycket omfattande koncerner och inom dessa har verksamheten också avskiljts till affärsverk. Exempelvis Tammerfors stad har 50 dottersammanslutningar och 8 affärsverk. Till koncernen för samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt hör tre aktiebolag och sju fastighets- och bostadsaktiebolag. Dessutom har samkommunen sju affärsverk. Samkommunen för Birkalands sjukvårdsdistrikt har två affärsverk, fem dottersammanslutningar och fyra intresse- och holdingsammanslutningar. Via dottersammanslutningarna hör dessutom fyra fastighetsaktiebolag till koncernen.

Begreppet kommunalt affärsverk är ett allmänbegrepp som kan avse tre olika typer av affärsverk: en kommuns affärsverk, en samkommuns affärsverk eller en affärsverksam kommun. Kommuners och samkommuners affärsverk är inte självständiga juridiska personer eller självständiga bokföringsskyldiga, utan hör till kommunens eller samkommunens organisation. Enligt 65 § i kommunallagen kan ett kommunalt affärsverk inrättas för en uppgift som ska skötas enligt företagsekonomiska principer. Ett kommunalt affärsverk kan också fungera som en myndighet som utövar offentlig makt. En kommun eller en samkommun kan inrätta ett kommunalt affärsverk endast om verksamheten hör till kommunens kompetens och det inte är fråga om i lagen avsedd verksamhet i ett konkurrensläge på marknaden.

I den nya kommunallagen har ändringarna i kommunernas och samkommunernas verksamhet och struktur beaktats. I lagens 6 § definieras begreppen kommunkoncern, kommunens dottersammanslutning och kommunens verksamhet. Definitionen av en kommunkoncern motsvarar det etablerade koncernbegreppet i aktiebolags- och bokföringslagstiftningen. Den juridiska kommunkoncernen innefattar kommunens egen organisation, inklusive kommunens affärsverk, samt de sammanslutningar i vilka kommunen har bestämmande inflytande enligt 1 kap. 5 § i bokföringslagen (1336/1997). Utöver privaträttsliga sammanslutningar kan även samkommuner vara en kommuns dottersammanslutning. Till en koncern hör också sådana sammanslutningar i vilka kommunens dottersammanslutningar har bestämmande inflytande. Begreppet kommunens verksamhet, som definieras i 6 § 2 mom. i kommunallagen, innefattar utöver den juridiska kommunkoncernen även de sammanslutningar i vilka kommunen innehar

en minoritetsandel, olika samarbetsorganisationer (samkommun och gemensamt organ) samt verksamhet som grundar sig på avtal och finansiering.

Enligt 14 § i kommunallagen fattar fullmäktige beslut om principerna för kommunens ägarstyrning samt koncerndirektiv. Med ägarstyrning avses åtgärder genom vilka kommunen som ägare eller medlem medverkar i förvaltningen och verksamheten i ett bolag eller annan sammanslutning. En central aktör i kommunens ägarstyrning är koncernledningen, som består av kommunstyrelsen, kommundirektören eller borgmästaren och andra myndigheter som anges i förvaltningsstadgan. Koncernledningen genomför ägarstyrningen i praktiken samt koncernövervakningen i koncernsammanslutningarna. Befogenheten gällande kommunens övriga verksamhet hör enligt 39 § i regel till kommunstyrelsen. Genom ägarstyrningen ska det ses till att kommunkoncernens fördel som helhet beaktas i verksamhet i kommunens dottersammanslutningar.

2.8.3 Kommunens ekonomi

Bestämmelser om kommunens ekonomi samt utvärderingsförfarandet

Bestämmelser om kommunens ekonomi ingår i 13 kap. i kommunallagen. Bestämmelserna tillämpas i tillämpliga delar också på samkommuner och affärsverkssamkommuner.

Fullmäktige ska årligen godkänna en budget för kommunen för det följande kalenderåret med beaktande av hela kommunkoncernens ekonomiska ansvar och förpliktelser. Samtidigt ska fullmäktige också godkänna en ekonomiplan för tre eller flera år (planperiod). Budgeten ska innehålla de anslag och beräknade inkomster som uppgifterna och verksamhetsmålen förutsätter. Budgeten ska även innehålla en redogörelse för hur finansieringsbehovet ska täckas. Budgeten och ekonomiplanen består av en driftsekonomi- och resultaträkningsdel samt en investerings- och finansieringsdel. Budgeten är juridiskt bindande, men ekonomiplanen är endast riktgivande till övriga delar än i fråga om de åtgärder som föreslagits för att täcka ett underskott.

I 110 § i kommunallagen ingår bestämmelser om balansen i kommunens ekonomi och skyldigheten att täcka ett underskott. Ekonomiplanen ska vara i balans eller visa överskott. Skyldigheten att täcka underskott har kopplats ihop med det underskott som bokslutet visar och ska täckas senast inom fyra år från ingången av det år som följer efter det då bokslutet fastställdes. Skyldigheten att täcka underskott kan inte skjutas upp, utan i ekonomiplanen ska det beslutas om specificerade åtgärder genom vilka underskottet täcks under den nämnda tidsperioden. Skyldigheten att täcka underskott gäller också samkommuner. Enligt 117 § i kommunallagen ansvarar samkommunens medlemskommuner i sista hand för finansieringen av samkommunen. Medlemskommunerna i en samkommun ska i grundavtalet avtala om ansvarsfördelningen mellan kommunerna när det gäller finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas på något annat sätt.

I fråga om kommunens bokföringsskyldighet, bokföring och bokslut gäller utöver kommunallagen i tillämpliga delar bokföringslagen. Bokföringsnämndens kommunsektion har befogenhet att meddela anvisningar och avge utlåtanden om tillämpningen av bokföringslagen och kommunallagens bestämmelser om kommunens ekonomi.

Kommunens räkenskapsperiod är kalenderåret. Kommunstyrelsen ska upprätta ett bokslut före utgången av mars månad året efter räkenskapsperioden, revisorerna ska granska bokslutet före utgången av maj månad och fullmäktige ska behandla bokslutet före utgången av juni månad. Till bokslutet hör balansräkning, resultaträkning, finansieringsanalys och noter till dem samt en tablå över budgetutfallet och en verksamhetsberättelse.

En kommun som med sina dottersammanslutningar bildar en koncern enligt 6 § i kommunallagen ska enligt 114 § i kommunallagen upprätta och i sitt bokslut ta in ett koncernbokslut. Koncernbokslutet ska innehålla koncernens resultaträkning, balansräkning och noterna till dessa samt en finansieringsanalys för koncernen. Samkommunens bokslut sammanställs alltid med medlemskommunens koncernbokslut oberoende av kommunens andel av samkommunens tillgångar och skyldigheter och hur kommunens rösträtt är begränsad genom avtal. Verksamhetsberättelsen utgör en del av bokslutet och den har särskilt i uppgift att redogöra för hur de mål för verksamheten och ekonomin som uppställts av fullmäktige har nåtts. I verksamhetsberättelsen ska det också ingå uppgifter som inte framgår av bokslutskalkylerna, såsom en uppskattning av den sannolika kommande utvecklingen samt uppgifter om hur den interna kontrollen och riskhanteringen är ordnad och om de centrala slutsatserna på basis av dem. Om kommunens balansräkning visar underskott som saknar täckning, ska det i verksamhetsberättelsen redogöras för hur balanseringen av ekonomin utfallit under räkenskapsperioden samt för den gällande ekonomiplanens tillräcklighet för balanseringen av ekonomin.

I 118 § i kommunallagen förskrivs om utvärderingsförfarandet i fråga om kommuner som har en speciellt svår ekonomisk ställning. Kommunen och staten ska tillsammans utreda kommunens möjligheter att garantera sina invånare de tjänster som lagstiftningen kräver och vidta åtgärder för att trygga förutsättningarna för tjänsterna, om de i paragrafen avsedda förutsättningarna för utvärderingsförfarande i en kommun som har en speciellt svår ekonomisk ställning är uppfyllda. Från och med 2017 kan en kommun bli föremål för ett utvärderingsförfarande antingen utifrån ett underskott i balansräkningen eller utifrån gränsvärdena för de nyckeltal som gäller för koncernens ekonomi. På utvärderingsförfarandet tillämpades tidigare i sin helhet de nyckeltal för primärkommunerna som avses i lagen om statsandel för kommunal basservice och den förordning som utfärdats med stöd av den lagen.

Utvärderingsförfarandet utförs i en utvärderingsgrupp där en av medlemmarna utses av finansministeriet och en av kommunen. Efter att ha hört kommunen utser finansministeriet till ordförande för gruppen en person som är oavhängig av kommunen och ministeriet. Gruppen lägger fram ett förslag till åtgärder som behövs för att trygga servicen till invånarna. Vid behov avgör finansministeriet utgående från gruppens åtgärdsförslag och besluten av fullmäktige i den kommun som är föremål för utvärderingsförfarandet om det i syfte att ändra kommunindelningen behövs en sådan särskild utredning som avses i kommunstrukturlagen.

I 119 § i kommunallagen förskrivs det om ett sådant förfarande i en samkommun som motsvarar utvärderingsförfarandet i fråga om kommuner som har en speciellt svår ekonomisk ställning. I samkommunerna avviker utvärderingsförfarandet från utvärderingsförfarandet i kommunerna. Bedömningen av om ett utvärderingsförfarande ska inledas i en samkommun görs enbart utifrån underskottet i balansräkningen. För utvärderingsförfarandet ansvarar inte en utvärderingsgrupp utan en av ministeriet oberoende utredare. Utredaren har till uppgift att utarbeta ett förslag till avtal mellan samkommunen och dess medlemskommuner om balanseringen av samkommunens ekonomi. Beroende på orsakerna till samkommunens underskott kan det i den av utredaren föreslagna åtgärdshelheten ingå åtgärder som gäller både samkommunen och medlemskommunerna.

Bestämmelserna om kommunala affärsverks ekonomi, till den del de avviker från bestämmelserna om kommunens ekonomi, har samlats i 120 §. I budgeten och ekonomiplanen för ett kommunalt affärsverk ingår en resultaträkningsdel, en investeringsdel och en finansieringsdel. Ett särskilt bokslut görs upp för en kommuns eller samkommuns affärsverk så att affärsverkets eget resultat och egna ekonomiska ställning framgår. Bokföringen och bokslutet för en kommuns eller samkommuns affärsverk utgör dock en del av kommunens eller samkommunens bokföring och bokslut, och bokslutet sammanställs med kommunens eller samkommunens bokslut.

2.8.4 Granskning av förvaltning och ekonomi

Granskning av kommunens och samkommunens förvaltning och ekonomi

I 14 kap. i kommunallagen föreskrivs om granskningen av kommunens förvaltning och ekonomi. Bestämmelserna tillämpas också på samkommuner. Fullmäktige tillsätter en revisionsnämnd som har i uppgift att bereda de ärenden som gäller granskningen av förvaltningen och ekonomin och som fullmäktige ska fatta beslut om.

Revisionsnämnden bedömer huruvida de mål för verksamheten och ekonomin som fullmäktige satt upp har nåtts och huruvida verksamheten är ordnad på ett resultatrikt och ändamålsenligt sätt. Om kommunens balansräkning visar underskott som saknar täckning, ska revisionsnämnden bedöma hur balanseringen av ekonomin utfallit under räkenskapsperioden samt tillräckligheten i fråga om de planerade åtgärderna för att täcka underskottet. Resultaten av utvärderingen ska finnas i den utvärderingsberättelse för räkenskapsperioden som lämnas till fullmäktige i samband med bokslutet.

Revisionsnämnden ska även lämna förslag till fullmäktige om godkännande av bokslutet och beviljande av ansvarsfrihet för de redovisningsskyldiga med beaktande av revisorns utlåtanden i revisionsberättelsen. Till de uppgifter som gäller organiseringen av granskningen hör även samordningen av granskningen av kommunkoncernen, vilket även innefattar uppgiften att utse revisorskandidaterna till koncernsammanslutningarna.

I 122 § i kommunallagen föreskrivs om revision. För granskning av förvaltningen och ekonomin väljer fullmäktige en revisionsammanslutning. Sammanslutningen ska till ansvarig revisor förordna en OFGR-revisor. Revisorn utför sitt uppdrag under tjänsteansvar.

Revisorerna ska senast före utgången av maj månad med iakttagande av god revisionssed inom den offentliga förvaltningen granska räkenskapsperiodens förvaltning, bokföring och bokslut. Granskningsansvaret omfattar framför allt granskning av att kommunens förvaltning har skötts enligt lag samt att bokslutet är riktigt och ger tillräckliga uppgifter. Revisorerna ska även granska om uppgifterna om grunderna för statsandelarna är riktiga samt om kommunens interna kontroll och riskhantering samt koncernövervakningen har ordnats på behörigt sätt.

Revisorerna ska utan dröjsmål meddela om iakttagna väsentliga missförhållanden i ett revisionsprotokoll som lämnas till kommunstyrelsen. I revisionsprotokollet kan det t.ex. göras anmärkningar om omständigheter som inte ingår i revisionsberättelsen, men som det är skäl att delge styrelsen. Revisionsprotokollet ska även delges revisionsnämnden.

Revisorerna ska för varje räkenskapsperiod avge en revisionsberättelse som innehåller utlåtanden om resultaten av revisionen. När fullmäktige godkänner bokslutet ska fullmäktige besluta om beviljande av ansvarsfrihet för de redovisningsskyldiga samt om de åtgärder som revisionsberättelsen, anmärkningar i den och revisionsnämndens beredning föranleder.

Enligt 14 § i kommunallagen ska fullmäktige fatta beslut om grunderna för den interna kontrollen och riskhanteringen och ta in behövliga bestämmelser om dessa i förvaltningsstadgan. Enligt 39 § i kommunallagen ska kommunstyrelsen sörja för kommunens interna kontroll och ordnandet av riskhanteringen. Kommunallagen innehåller inte några bestämmelser om internrevisionsfunktionen. Enligt 48 § i kommunallagen svarar koncernledningen, dvs. kommunstyrelsen och andra uttryckliga myndigheter, för ordnandet av koncernövervakningen, om inte något annat bestäms i förvaltningsstadgan.

Statens revisionsverk som granskare av förvaltningen och ekonomin

I 90 § i grundlagen ingår en grundläggande bestämmelse om övervakning och revision av statsfinanserna. Riksdagen övervakar statsfinanserna och iakttagandet av statsbudgeten. För revisionen av statsfinanserna och iakttagandet av statsbudgeten finns i anknytning till riksdagen statens revisionsverk, som är oavhängigt. Revisionsutskottet och statens revisionsverk har rätt att av myndigheter och andra som de övervakar få de upplysningar de behöver för att sköta sitt uppdrag.

I lagen om statens revisionsverk (676/2002) ingår närmare bestämmelser om verkets ställning, uppgifter och behörighet samt om tillgodoseendet och omfattningen av rätten att få uppgifter.

Revisionsverket har rätt att granska statliga myndigheter, inrättningar, affärsverk, affärsverkskoncerner och fonder samt bolag i vilka staten har bestämmande inflytande och andra i 19 § avsedda bolag. Dessutom har verket rätt att granska kommuner, samkommuner, stiftelser samt andra samfund och juridiska personer samt privatpersoner, som fått medel eller andra ekonomiska understöd eller förmåner av staten, för att utreda om de uppgifter som utgör grund för erhållandet av medel eller andra ekonomiska understöd eller förmåner är riktiga, om de villkor som ställs i beslutet om beviljande har iakttagits och om medlen eller de andra ekonomiska understöden eller förmånerna har använts till det ändamål för vilket de beviljats.

Enligt lagen om statens revisionsverk fastställer verket de anvisningar i enlighet med vilka verket fullgör sin uppgift inom extern revision. I praktiken fullgör revisionsverket sin revisionsuppgift i enlighet med de revisionsanvisningar som grundar sig på de internationella IS-SAI-revisionsstandarder som har godkänts av de högsta revisionsmyndigheternas internationella organisation INTOSAI. Revisionsverket utför redovisningsrevision, laglighetsgranskning och effektivitetsrevision samt granskning av finanspolitiken och andra granskningar som kombinerar olika revisionsmetoder. Dessutom övervakar revisionsverket finanspolitiken. De allmänna principerna för inriktningen av revisionsverksamheten är i verkets praxis sakens direkta och indirekta statsfinansiella betydelse på kort och lång sikt, sakens betydelse för riksdagen i utövandet av den finansiella makten samt för statsrådet i styrningen och övervakningen av statsekonomi och förvaltningen samt sakens betydelse för att principerna för god förvaltning och resultat ska förverkligas.

2.9 Övergripande styrning av de offentliga finanserna

De senaste åren har den övergripande styrningen av de offentliga finanserna stärkts. I bakgrunden ligger den förstärkta finanspolitiska samordningen inom EU, men även rent nationella aspekter talar för att de offentliga finanserna ska styras som en helhet. Planen för de offentliga finanserna är ett centralt instrument i den övergripande styrningen av de offentliga finanserna. Planen för de offentliga finanserna utgör i princip också Finlands stabilitetsprogram som ska tillställas kommissionen.

Den legislativa grunden för det nya styrsystemet utgörs av 2012 års lag om sättande i kraft av de bestämmelser som hör till området för lagstiftningen i fördraget om stabilitet, samordning och styrning inom Ekonomiska och monetära unionen och om tillämpning av fördraget samt om kraven på de fleråriga ramarna för de offentliga finanserna. Den med stöd av lagen utfärdade statsrådsförordningen om en plan för de offentliga finanserna trädde i kraft den 14 februari 2014. Enligt förordningen ställer statsrådet i planen för de offentliga finanserna upp ett mål för det strukturella saldot för de offentliga finanserna och dess undersektorer. Målen för det strukturella saldot ska ställas upp så att de med beaktande av finansministeriets prognos åtminstone leder till att det mål som ställts upp för det strukturella saldot i de offentliga finan-

serna uppnås. I planen för de offentliga finanserna ska dessutom för varje undersektor presenteras specificerade åtgärder för uppnåendet av målen för det strukturella saldot. Åtgärderna kan bland annat bestå av ändringar av nivån på och grunderna för anslag och skatter och av strukturella åtgärder.

I planen för de offentliga finanserna finns utöver rambeslutet för statsfinanserna även delar som gäller den kommunala ekonomin, lagstadgade arbetspensionsanstalter och andra socialskyddsfonder. I planen för de offentliga finanserna fastställer statsrådet dessutom en utgiftsbe-gränsning för kommunalekonomin, som ska begränsa det tryck som statens åtgärder medför i utgifterna inom kommunalekonomin.

Planen för de offentliga finanserna, och i synnerhet det beslut om ramarna för statsfinanserna som ingår i den, är riktgivande när ministerierna bereder budgetpropositionen. Systemet med ramar för statsfinanserna är inte lagstadgat, utan det grundar sig på regeringens politiska beslut. Sedan 2003 har beslut om ramsystemet och de centrala riktlinjerna i det fattats i regeringsprogrammet, och i regeringens första rambeslut/plan för de offentliga finanserna har det slagits fast en bindande fyraårig ram för valperioden.

Programmet för kommunernas ekonomi bereds som ett led i beredningen av planen för de offentliga finanserna och det innehåller den del i planen för de offentliga finanserna som gäller kommunernas ekonomi. Programmet för kommunernas ekonomi omfattar ett mål för det strukturella saldot inom kommunalekonomin och specificerade åtgärder för att uppnå målet. Dessa åtgärder gäller kommunernas skattebas, statsandelarna, kommunernas uppgifter och förpliktelser, avgiftsinkomsterna och en effektivisering av verksamheten. Programmet för kommunernas ekonomi innehåller en bedömning av förändringarna i kommunernas verksamhetsmiljö, efterfrågan på tjänster och kommunernas uppgifter samt av den kommunala ekonomins utveckling. Den kommunala ekonomin bedöms som en helhet, som en del av den offentliga ekonomin och enligt kommungrupp.

Programmet för kommunernas ekonomi bereds i likhet med det tidigare basserviceprogrammet genom statens och kommunernas samrådsförfarande. Vid beredningen av programmet för kommunernas ekonomi betonas å ena sidan samarbetet mellan ministerierna i kommunala ärenden och å andra sidan samarbetet mellan staten och kommunsektorn. Programmet för kommunernas ekonomi bereds av finansministeriet och de övriga ministerierna deltar i beredningen. Vid beredningen av programmet företräds kommunsektorn av Finlands Kommunförbund.

2.10 Statens och kommunernas samrådsförfarande

Enligt kommunallagen ska lagstiftning som gäller kommunerna alltid behandlas genom samrådsförfarande. Även ärenden som gäller samordningen av statens och kommunernas ekonomi behandlas genom samrådsförfarande. Andra ärenden som gäller kommunernas verksamhet, ekonomi och förvaltning behandlas genom samrådsförfarande om de är principiellt viktiga och vittsyftande. I kommunallagen föreskrivs om delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning, som är ett på lag grundat permanent förhandlingsorgan. Delegationen har till uppgift att följa och bedöma den kommunala ekonomins utveckling samt se till att programmet för kommunernas ekonomi beaktas i beredningen av lagstiftning och beslut som gäller kommunerna. Bestämmelser om delegationens närmare uppgifter och om dess sammansättning och sektioner utfärdas genom förordning av statsrådet.

2.11 Finansiering av kommunal verksamhet

2.11.1 Allmänt om finansieringen av kommunal verksamhet

Kommunernas inkomstbas består i huvudsak av skatteinkomster, statsandelar och verksamhetsinkomster. Skatteinkomsterna består av kommunalskatt, fastighetsskatt och kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna. Verksamhetsinkomster får kommunerna i form av försäljningsintäkter och avgiftsinkomster, som täcker ungefär en fjärdedel av kommunernas totala inkomster. En femtedel av kommunernas inkomster består av statsandelar.

Av kommunernas skatteinkomster inflyter i genomsnitt 86 procent av kommunalskatten, ca 7 procent av samfundsskatten och ca 7 procent av fastighetsskatten. Skatternas andel av kommunernas inkomster utgör i genomsnitt ca 55 procent. Nästan 60 procent av de största kommunernas inkomster består av skatteinkomster. Som lägst är skatteinkomsternas andel av inkomsterna 38 procent. Den genomsnittliga vägda inkomstskattesatsen har stigit med 1,25 procentenheter 2009–2015. Den kommunala skattesatsen har under denna tidsperiod stigit i ungefär 300 kommuner. Utöver höjningen av den genomsnittliga inkomstskattesatsen har också skillnaden mellan kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen ökat så gott som årligen. År 2015 var den lägsta inkomstskattesatsen 16,50 procent och den högsta 22,50 procent.

Verksamhetsinkomsternas andel av inkomsterna varierar kraftigt mellan enskilda kommuner, och variationen är betydande också från år till år. Verksamhetsinkomsterna påverkas tydligt också av sättet att organisera tjänsterna. I kommuner med fler än 100 000 invånare utgör andelen avgifts- och försäljningsinkomster nästan en tredjedel. När det gäller social- och hälso-tjänster har klientavgifternas andel av finansieringen av tjänsterna minskat i någon mån de senaste åren. Inom den kommunala sektorn var klientavgifternas andel av finansieringen av social- och hälsovårdens omkostnader ca 1,3 miljarder euro, dvs. 6 procent, 2013.

Statsandelarnas andel av kommunens inkomster minskar när kommunstorleken ökar. Statsandelarna utgör som mest mer än 60 procent och som minst 2 procent av en enskild kommuns inkomster. I de minsta kommunerna med färre än 2 000 invånare är statsandelarna i praktiken större än kommunens egna skatteinkomster.

Tabell 2: Kommunernas skatteinkomster, statsandelar och verksamhetsinkomster 2014, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Verksamhets- inkomster, €/invånare	Skatte- inkomster, €/invånare	Statsandelar, €/invånare	Verksamhets- inkomster, skatteinkomster och statsandelar tillsammans, €/invånare	Andel av verksamhets- inkomster, %	Andel av skatteinkomster, %	Andel av statsandelar, %
Fastlandsfinland	5442837	1675	3870	1498	7043	23,8	54,9	21,3
under 2 000	45423	1566	3020	3360	7947	19,7	38	42,3
2000 - 6000	429555	1301	3198	3006	7505	17,3	42,6	40
6001-10000	433613	1191	3415	2452	7059	16,9	48,4	34,7
10001-20000	693471	1487	3481	2020	6988	21,3	49,8	28,9
20001-40000	782019	1339	3856	1428	6622	20,2	58,2	21,6
40001-100000	1011499	1564	3828	1444	6835	22,9	56	21,1
över 100000	2047257	2106	4284	815	7205	29,2	59,5	11,3

Kommunernas verksamhetskostnader per invånare är störst i kommuner med mindre än 6 000 invånare. Skillnaderna mellan olika kommungrupper är stora. I medelstora kommuner är utgiftsnivån 700—1 000 euro lägre per invånare.

Tabell 3: Kommunernas verksamhetskostnader 2014, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Verksamhetskostnader, 1000€	Verksamhetskostnader €/invånare
Fastlandsfinland	5 442 837	36 420 313	6 691
under 2 000	45 423	342 540	7 541
2000 - 6000	429 555	3 052 461	7 106
6001-10000	433 613	2 921 675	6 738
10001-20 000	693 471	4 552 185	6 564
20001-40 000	782 019	4 927 779	6 301
40001-100000	1 011 499	6 707 181	6 631
över 100000	2 047 257	13 916 492	6 798

Under 2000-talet har kommunernas och samkommunernas investeringar (brutto) ökat i rätt jämn takt, i genomsnitt nästan 5 procent per år. Värdet av bruttoinvesteringarna var 4,7 miljarder euro 2013. (År 2014 var exceptionellt eftersom anskaffningen av aktier och andelar till följd av bolagiseringen av kommunala affärsverk som en engångsföreteelse ökade investeringarna med ca 3,1 miljarder euro).

Största delen av kommunernas investeringar hänför sig till byggnader samt fasta konstruktioner och anordningar. Byggnadsinvesteringarna har vuxit i jämn takt. Däremot har investeringarna i fasta konstruktioner och anordningar (inklusive den kommunala infrastrukturverksamheten) varit så gott som oförändrad de senaste åren. Under de senaste åren har de klart största variationerna gällt antalet aktier och andelar. Den största förändringen berodde på skyldigheten att bolagisera kommunernas affärsverk. En jämförelse av kommunernas investeringar på längre sikt försvåras av att en betydande del av kommunernas investeringar har överförts på kommunernas dottersammanslutningar.

Kommunernas och samkommunernas inkomstfinansiering har de senaste åren inte räckt för att finansiera investeringar. Detta har lett till en snabb ökning av lånestocken, som har stigit under hela 2000-talet och var i slutet av 2014 redan ca 8 procent i förhållande till bruttonationalprodukten.

Tabell 4: Kommunernas lånestock 2014, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Proportionell skuldsättningsgrad, %	Självförsämringsgrad, %	Lånebestånd, 1000 €	Lånebestånd, €/invånare
Fastlandsfinland	5442837	51,4	61	14670640	2695
under 2 000	45423	44,8	54,8	120 774	2 659
2000 - 6000	429555	40,9	55,7	959 229	2 233
6001-10000	433613	48,5	52,1	1 115 063	2 572
10001-20000	693471	50,6	50,2	1 844 114	2 659
20001-40000	782019	49,9	54,3	1 855 448	2 373
40001-100000	1011499	55,2	52,5	2 846 852	2 814
över 100000	2047257	53,3	68,6	5 929 160	2 896

Tabell 5: Kommunernas koncernlånestock 2013, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Lånebestånd, 1000€	Lånebestånd, €/invånare
Fastlandsfinland	5 442 837	30 081 059	5 543
under 2 000	45 423	176 756	3 859
2000 - 6000	429 555	1 566 238	3 557
6001-10000	433 613	1 783 828	4 156
10001-20000	693 471	2 827 934	4 191
20001-40000	782 019	3 811 409	4 529
40001-100000	1 011 499	5 379 385	5 553
över 100000	2 047 257	14 535 509	7 188

Statsandelssystemet

Ett viktigt syfte med statsandelssystemet är att garantera att alla kommuner, oavsett skillnader i förhållanden och inkomstbas, har möjligheter att klara av i synnerhet sina lagfästa uppgifter. Systemet ska jämna ut skillnader som beror på kommunernas kostnader för och behov av basservice och därigenom främja en jämlik behandling av invånarna i kommuner med olika sjukfrekvens, befolkningsstruktur och inkomstbas och deras faktiska möjligheter att få tjänster som är nödvändiga med tanke på deras grundläggande fri- och rättigheter. För kommunen är statsandelsfinansieringen en allmän inkomstpost, och därmed beslutar kommunen själv om hur finansieringen används och allokeras.

Kommunernas statsandelssystem består av en lagstiftningshelhet inom två förvaltningsområden. Till denna hör lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009), som administreras av finansministeriet, och lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet (1705/2009), som administreras av undervisnings- och kulturministeriet.

Tabell 6. Kommunernas nuvarande statsandelssystem (inkl. finansieringen av undervisnings- och kulturverksamhet)

Statsandelssystemet för kommunal basservice

Strukturellt sett består statsandelssystemet för kommunal basservice av två delar: en utjämning av skillnader i kostnader och behov och en utjämning av inkomstbasen. I 1 § i lagen om statsandel för kommunal basservice föreskrivs om s.k. statsandelsåligganden. Enligt paragrafen beviljas med stöd av lagen statsandel för driftskostnaderna för sådana uppgifter som ingår i de lagar som anges i paragrafen.

Som grunder för beräkning av statsandelen för kommunal basservice (statsandelsgrunder) används de kalkylerade kostnaderna för statsandelsåliggandena samt grunderna för bestämmande av tilläggsdelar för fjärrorter, på basis av självförsörjningsgraden i fråga om arbetsplatser samt för kommuner inom samernas hembygdsområde. I 6 § föreskrivs om kalkylerade kostnader för statsandelsåligganden, och i paragrafens 1 mom. anges hur de kalkylerade kostnaderna räknas ut. Grundpriserna för de kalkylerade kostnaderna för statsandelen för kommunal basservice bestäms separat för de åldersklasser som anges i 6 § 2 mom. Grundpriserna fastställs årligen genom förordning av statsrådet.

Vid justeringen av kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna justeras de kalkylerade kostnaderna, grundpriserna och finansieringen i enlighet med de faktiska kostnaderna och den i 55 § angivna statsandelsprocenten. Staten deltar i de kalkylerade kostnaderna med den procentandel som anges i 55 §.

De kalkylerade kostnaderna för statsandelen för basservice grundar sig huvudsakligen på kostnaderna för varje åldersgrupp och sjukfrekvensen, vilka har en vikt på sammanlagt 94 procent. Sjukfrekvenskoefficientens delfaktorer är hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård. Som övriga kalkylerade statsandelsgrunder används koefficienterna arbetslöshet, inslaget av personer med främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, befolkningstäthet och utbildningsbakgrund. Som grunder för bestämmande av tilläggsdelar används fjärrorter, självförsörjningsgraden i fråga om arbetsplatser och kommuner inom samernas hembygdsområde.

Genom utjämning av statsandelen på basis av kommunens kalkylerade skatteinkomster utjämnas skillnader i kommunernas inkomstskattebas. Syftet är att ge alla kommuner ekonomiska förutsättningar att ordna likvärdig basservice för kommuninvånarna med skälig kommunal-skattebelastning och avgiftsnivå. I 29 § i lagen föreskrivs om utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. Kommunen beviljas en på skatteinkomsterna baserad ökning av statsandelen (utjämningsstillägg), om kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare är mindre än det belopp som fås genom att alla kommuners sammanräknade kalkylerade skatteinkomster divideras med kommunernas sammanräknade invånarantal (utjämningsgräns). Kommunen får i utjämningsstillägg 80 procent av skillnaden mellan utjämningsgränsen och kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare. Om kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare överskrider utjämningsgränsen görs det ett utjämningsavdrag på kommunens statsandel.

I lagens 30 § föreskrivs om en höjning av statsandelen enligt prövning. En kommuns statsandel kan på ansökan efter prövning höjas inom ramen för statsbudgeten, om kommunen i första hand på grund av exceptionella eller tillfälliga kommunalekonomiska svårigheter är i behov av ökat ekonomiskt stöd. I ramarna för statsfinanserna för 2016–2019 har inget anslag reserverats för höjningen av statsandelen enligt prövning.

I lagen föreskrivs för närvarande om två olika övergångsutjämnningar. I lagens 33 § föreskrivs om en övergångsutjämnning till följd av den ändring av statsandelssystemet som trädde i kraft

vid ingången av 2010. I lagens 33 a § föreskrivs dessutom om en övergångsutjämning i fem år till följd av den ändring av statsandelssystemet som trädde i kraft vid ingången av 2015.

Lagen innehåller också bestämmelser i anslutning till utgifterna för arbetsmarknadsstöd och utkomststöd. Kommunens statsandel ökas eller minskas med ett belopp som beräknats så som bestäms i 34 § 2 och 3 mom. på grundval av de utgifter för arbetsmarknadsstödet och utkomststödet som kommunerna ansvarar för. I lagens 34 a § föreskrivs om utjämning för kostnadsökningen för kommunerna när finansieringsansvaret för arbetsmarknadsstödet överförs. Enligt 34 b § beaktas kommunens i 5 b § i lagen om utkomststöd avsedda finansieringsandel av utgifterna för det grundläggande utkomststödet genom en minskning av kommunens statsandel med ett belopp som motsvarar kommunens andel av det grundläggande utkomststöd som betalats ut på årsnivå i kommunen.

I lagens 35 § föreskrivs om beaktandet av ändringar av beskattningsgrunderna i statsandelen. På grund av olika slags avdrag i beskattningen motsvarar kommunernas inkomstskattesatser (det nominella skatteuttaget) inte det faktiska skatteuttaget i kommunerna. Av statsandelen för basservice är drygt en fjärdedel (2,4 miljarder euro) compensation för förluster av skatteinkomster till följd av ändringar av beskattningsgrunderna.

I lagens 36 § föreskrivs om olika tidsbegränsade minskningar och ökningar av statsandelen till kommunerna. Exempel på sådana tidsbegränsade minskningar är bland annat finansieringen av statens och kommunernas projekt för utveckling av informationsteknik och finansieringen av sjukvårds- och läkarhelikopterverksamhet.

Lagens 8 kap. innehåller ett system med hemkommunsersättning. Utbildningsanordnaren har rätt till hemkommunsersättning när en elev fullgör sin läroplikt inom förskoleundervisning eller grundläggande utbildning som anordnas av någon annan kommun än elevens hemkommun. Utgifterna för och inkomsterna av hemkommunsersättningarna beaktas på central nivå vid utbetalningen av statsandelar.

I lagens 9 kap. föreskrivs om administration och utbetalning av statsandel för basservicen. Finansministeriet bereder i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet samt undervisnings- och kulturministeriet de inverkaner på statsandelsgrunderna som förändringar i de statsandelsåligganden som avses i lagen har och beräkningen av statsandelsgrunderna med avseende på beredningen av statsbudgeten.

Finansieringen av undervisnings- och kulturväsendet

I lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet (1705/2009) föreskrivs om statsandelar och statsunderstöd som beviljas kommuner, samkommuner, registrerade sammanlutningar, stiftelser och statliga affärsverk för driftskostnader samt om annan finansiering av sådan verksamhet som förtecknas i lagens 1 §. Förteckningen i paragrafen omfattar gymnasielagen (629/1998), lagen om yrkesutbildning (630/1998), lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning (631/1998), ungdomslagen (72/2006), idrottslagen (1054/1998), museilagen (729/1992) samt teater- och orkesterlagen (730/1992). I lagen föreskrivs också om statsunderstöd för anläggningsprojekt enligt idrottslagen, museilagen samt teater- och orkesterlagen. För uppgifter som gäller grundläggande utbildning, grundläggande konstundervisning, bibliotek och kommunernas kulturverksamhet och som är frivilliga för kommunerna och som alla kommuner inte ordnar, eller som endast omfattar en del av eleverna eller invånarna, betalas finansieringen på basis av lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet.

Statsandelarna enligt lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet baserar sig dels på kalkylmässiga priser per enhet, enligt vilka finansiering utbetalas till den som dri-

ver verksamheten, dels på kommunens finansieringsandel per invånare, som dras av vid utbetalningen av kommunens statsandel. Den i euro räknat största delen av finansieringen enligt finansieringslagen är den finansiering enligt det kalkylerade priset per enhet som beviljas utbildningens huvudman för gymnasieutbildning, yrkesutbildning och yrkesskolverksamhet. För kommunerna är finansieringen av undervisnings- och kulturverksamheten i genomsnitt negativ, eftersom endast huvudmännen får finansieringen i fråga, men alla kommuner deltar i finansieringen av utbildningen på andra stadiet i enlighet med invånarantalet. Den allmänna nivån på priserna per enhet justeras enligt förändringen i kostnadsnivån och de verkliga kostnaderna. Finansieringen är ett allmänt bidrag, dvs. inte bunden till bestämda ändamål.

Inom systemet för finansieringen av undervisnings- och kulturverksamhet kan finansiering beviljas kommuner, samkommuner och privata verksamhetsanordnare.

Anläggningsprojekt, dvs. byggande, sanering eller köp av skolor, bibliotek och idrottsplatser samt utrustande av dem, kan i regel stödjas genom statsandelar. Statsandelar betalas också för att trygga utbudet av frivilliga konst- och kulturtjänster. Konst- och kulturinrättningar kan drivas av kommuner, kommunförbund, stiftelser, registrerade föreningar eller aktiebolag. Professionell teater-, orkester- och museiverksamhet beviljas statsandelar utgående från antalet årsverken och priserna per enhet.

2.11.2 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna

Finansiering

Driftskostnader

Kostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna ansvarar för uppgick 2013 till sammanlagt 21,6 miljarder euro. Detta var 47,3 procent av den kommunala sektorns driftskostnader på ca 45,8 miljarder euro 2013. Av driftskostnaderna för social- och hälsovården stod den specialiserade sjukvården för en tredjedel och primärvården för en femtedel. De övriga uppgiftskategorierna stod alltså för mindre än hälften. Skillnaderna mellan kommunerna är stora när det gäller såväl social- och hälsovårdens utgiftsandelar som utgifterna per invånare.

Kommunerna erhåller statsandel för driftskostnaderna för social- och hälsovården i enlighet med lagen om statsandel för kommunal basservice på det sätt som förklaras i föregående avsnitt. På landsomfattande nivå utgjorde statsandelen för social- och hälsovården som en del av statsandelen för basservicen ca 29 procent av kommunernas utgifter för social- och hälsovården 2013.

Statsandelen med allmän täckning för basservice uppgick till 8,7 miljarder euro 2013. Därav var social- och hälso-tjänsternas andel 71 procent (6,2 miljarder euro). Förutom statsandelen för basservice riktar staten finansiering till kommunsektorns social- och hälsovård och därtill anknuten verksamhet via flera andra moment i statsbudgeten. Sådana poster är bland annat statsandelen för kostnaderna för grundläggande utkomststöd, den statliga ersättningen till kommunala hälso- och sjukvårdsenheter för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen, den statliga finansieringen av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå samt den statliga ersättningen till kommunerna för ordnandet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.

Investeringar

Kommunerna samt samkommunerna för social- och hälsovård ansvarar själva för finansieringen av investeringarna. Med stöd av lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården kan statsunderstöd betalas ut till kommunerna och samkommunerna för anläggningsprojekt som behövs för ordnandet av social- och hälsovård, om projektet är nödvändigt och dess totala kostnader är minst 300 000 euro. Statsunderstödet andel av projektets totala kostnader bestäms med stöd av lagen om statsandel för kommunal basservice. Erhållandet av statsunderstöd förutsätter dessutom att det i statsbudgeten finns anslag för beviljande av understöd. I praktiken har statsunderstöd inte på många år beviljats för nybyggande. Därför har kommunerna och samkommunerna själva finansierat investeringar av detta slag.

Specialstatsandelar och specialstatsunderstöd

Undervisningsverksamhet

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

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

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

Hälsovetenskaplig forskning

I fråga om finansieringen av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med specialupptagningsområdenas forskningskommittéer fastställer för fyra år i taget insatsområden och målsättningar när det gäller den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå. För denna forskning beviljas statlig finansiering till specialupptagningsområdenas forskningskommittéer, som beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt. De beslutar hur forskningsmedlen ska fördelas på olika forskningsprojekt. Finansieringen betalas ut till forskningskommittéerna enligt social- och hälsovårdsministeriets beslut för fyra år i taget. Ministeriets beslut baserar sig på hur forskningens insatsområden och målsättningar har genomförts och på forskningens kvalitet, omfattning och resultat under den föregående fyraårsperioden.

Samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Kommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering inom sitt område. En kommun som

är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sinessjukhus eller en tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

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

Statsunderstöd för utvecklingsprojekt i kommunerna

För genomförande av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård (Kaste), vilket behandlas närmare nedan, har social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för ett anslag i statsbudgeten beviljat projektunderstöd till kommuner och samkommuner. I statsunderstöd har beviljats högst 75 procent av de kostnader som berättigar till statsunderstöd. För projektfinansiering har det funnits sammanlagt ca 46 miljoner euro tillgängligt för perioden 2012—2015. Dessutom har det anvisats 3 miljoner euro för det nationella verkställandet av programmet.

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

Vid bedömningen av projekten har också regionala utvecklingsbehov beaktats. De regionala ledningsgrupperna för social- och hälsovården har bedömt ansökningarna om statsunderstöd och ger ett utlåtande om dem till social- och hälsovårdsministeriet.

För att dra upp riktlinjer för projektfinansieringen för social- och hälsovården samt för att undvika överlappande finansiering har social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med olika finansiärer samordnat den projektfinansiering för social- och hälsovård som är avsedd för kommuner, samkommuner, organisationer och företag. För samordningen har det inrättats en särskild arbetsgrupp.

2.12 Skattesystemet

Finlands skattesystem består av indirekta och direkta skatter. Till de indirekta skatterna hör sådana skatter som är avsedda att i priset på en vara eller en tjänst vältras över på slutkonsumenten. Med direkta skatter avses åter skatter som ska betalas direkt av den skattskyldige och som fastställs på basis av den skattskyldiges egna inkomster.

Staten, kommunerna, församlingarna och Folkpensionsanstalten är skattetagare i Finland. Kommunernas skatteinkomster består av kommunalskatt, fastighetsskatt och kommunernas utdelning av samfundsskatteintäkterna. Statens skatteinkomster inflyter av flera skatteslag, som inkomstskatt, samfundsskatt, mervärdesskatt och acciser. Den evangelisk-lutherska och ortodoxa församlingen är skattetagare när det gäller kyrkoskatt och Folkpensionsanstalten när det gäller sjukförsäkringspremien.

Det primära syftet med beskattningen är att med skatteinkomster finansiera verksamheten inom den offentliga sektorn. Dessutom är det möjligt att genom beskattningen försöka främja en rättvis inkomstfördelning eller styra beteendet hos olika ekonomiska aktörer. Målet ska ändå vara att skattesystemet i så liten utsträckning som möjligt snedvrider den ekonomiska verksamheten.

Utgångspunkten för skattesystemet ska vara att systemet är effektivt och enkelt administrativt sett och att beskattningen är förutsägbar. Systemets effektivitet sjunker ju mera undantag och avdrag det innefattar. Dessa gör samtidigt skattebasen smalare. Ett invecklat system försvårar också bedömningen av beskattningens konsekvenser och kräver mera resurser.

2.12.1 Kommunernas beskattningsrätt

Enligt 121 § 3 mom. i grundlagen har kommunerna beskattningsrätt. Bestämmelser om grunderna för skattskyldigheten och för hur skatten bestäms samt om de skattskyldigas rättsskydd utfärdas genom lag.

Kommunernas inkomster består i huvudsak av skatteinkomster, statsandelar och verksamhetsinkomster. Skatteinkomsterna består av kommunalskatt, fastighetsskatt och kommunernas utdelning av samfundsskatteintäkterna. Den största andelen av kommunens skatteinkomster består av kommunalskatt som fysiska personer och dödsbon betalar på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen. Fastighetsskatt betalas till kommunen på basis av fastighetens värde på det sätt som föreskrivs i fastighetsskattelagen (654/1992). Kommunfullmäktige bestämmer årligen på förhand storleken av kommunens fastighetsskatteprocentsatser och fastställer samtidigt inkomstskattesatsen för finansåret. De nedre och övre gränserna för fastighetsskatteprocentsatserna har fastställts i fastighetsskattelagen. Kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna bestäms på basis av kommunernas utdelning på det sätt som föreskrivs i lagen om skatteredovisning (532/1998).

Den kommunala beskattningsrätten har av hävd ansetts höra till den kommunala självstyrelsens centrala utmärkande drag. Enligt grundlagsutskottets praxis innebär den i grundlagen tryggade kommunala beskattningsrätten i centrala delar att beskattningsrätten spelar en reell roll för kommunernas möjligheter att självständigt fatta beslut om sin ekonomi. På denna grund är rätten för kommunerna att besluta om sin skattesats i princip ett centralt element i den kommunala beskattningsrätten. Kommunerna har alltså i princip full frihet att bestämma sina kommunala skattesatser. I praktiken är möjligheterna dock mer begränsade. Exempelvis kommunallagen utgår från att man ska eftersträva ett jämviktsläge i den kommunala ekonomin. De kommunalskatteintäkter som tas ut enligt skattesats kan t.ex. inte överskrida den nivå som krävs för att uppnå balans i budgeten när även kommunens övriga inkomster beaktas. Kommunerna är också ovilliga att höja sina skattesatser till en högre nivå än nödvändigt för att täcka utgifterna, eftersom en hög skattesats inte lockar skattebetalande invånare till kommunen.

2.12.2 Kommunernas utdelning av samfundsskatteintäkterna

Företagen betalar samfundsskatt i enlighet med 124 § i inkomstskattelagen (1535/1992) enligt en skattesats på 20 procent. Inkomsterna av samfundsskatten fördelas mellan staten och kommunerna i enlighet med den utdelning som bestäms i lagen om skatteredovisning. Den enskilda kommunens utdelning av samfundsskatten bestäms enligt 13 § i lagen om skatteredovisning. Kommunens utdelning under skatteåret är medelvärde av den utdelning som beräknats på basis av uppgifterna i de två senast verkställda beskattningarna. Kommunens utdelning är den relativa andel som summan av företagsverksamhetsposten och skogsposten utgör av summan av motsvarande tal för samtliga kommuner.

År 1993 övergick man till en enhetlig samfundsskatt. Fram till 1992 beskattade kommunerna företagen enligt sina egna kommunala skattesatser. I kommunernas samfundsskatteandel ingår förutom skatter på basis av den lokala företagsverksamheten även en skogspost. Skogsposten infördes i samband med övergången från arealbeskattning av skog till beskattning av inkomster av virkesförsäljning som kapitalinkomst, där skattetagaren är staten. Kommunerna kompenseras för att skatteinkomster av skogsförsäljning inte längre omfattades av kommunalbeskattningen.

Enligt 12 § i lagen om skatteredovisning fördelas samfundsskatten så att kommunernas utdelning är 30,34 procent. I 12 b–e § i lagen om skatteredovisning föreskrivs dock särskilt om fördelningen av samfundsskatten för åren 2013–2016. Intäkterna av samfundsskatten samt kommunernas utdelning av dem har de senaste åren varit följande:

År	Debiterad skatt	Kommunernas utdelning	Kommunernas andel av den debiterade skatten
2009	4 339	32,03	1 390
2010	4 711	31,99	1 507
2011	4 791	31,99	1 533
2012	4 663	28,34	1 321
2013	4 640	29,49	1 368
2014	4 412	35,56	1 569
2015*	4 120	36,87	1 519
2016*	4 215	30,92	1 303

*Intäktskalkylerna för 2015 och 2016 är prognoser och baserar sig på en uppskattning av den allmänna ekonomiska utvecklingen samt företagens ekonomiska utveckling vid tidpunkten för överlämnandet av denna proposition. De kommer sannolikt att senare justeras i enlighet med nya prognoser och uppgifter om utfallet. Kommunernas samfundsskatteandel betalades förhöjd under 2009–2015. Vid ingången av 2014 sänktes samfundsskattesatsen från 24,5 procent till 20 procent, varvid kommunerna kompenseras för de förlorade skatteintäkterna.

Kommunernas skogsskatteandel av samfundsskatten räknas i enlighet med 13 § i lagen om skatteredovisning ut så att skogsskatteandelen för 2007 ändras så att den motsvarar förändringen i de bruttorotprisinkomster som avses i lagen om skatteredovisning, vilket innebär att skogspostens belopp i euro inte är så konjunkturkänslig som företagsverksamhetsposten, och att beloppet av den skogspost som kommunen får inte varierar särskilt mycket från år till år. Enligt lagen om skatteredovisning är skogsskatteandelen minst 5 och högst 15 procent av kommunernas samfundsskatt. Kommunernas skogspost har de senaste åren utgjort ca 10 procent av kommunernas andel av samfundsskatten. I ungefär hälften av kommunerna har skogspostens andel av samfundsskatten dock varit större än en tredjedel. I stadslänkande kommuner är skogspostens betydelse liten, men i kommuner med mycket skog kan mer än 90 procent av samfundsskatteandelen komma från skogsposten. I dessa kommuner kan samfundsskatten utgöra mer än en femtedel av kommunens skatteinkomster.

För närvarande utgör samfundsskatten i genomsnitt ca 7,5 procent av kommunernas skatteinkomster. Samfundsskatten andel av kommunernas skatteinkomster varierar mycket mellan enskilda kommuner, från 0,5 procent som minst till 30 procent som mest. Också på riksnivå varierar samfundsskatteintäkterna årligen bland annat beroende på konjunkturerna.

2.12.3 Beskattningen av förvärvsinkomster

Systemet med inkomstskatt i Finland utgår från ett brett inkomstbegrepp, enligt vilket alla inkomster i pengar eller pengars värde är skattepliktiga, om det inte särskilt bestäms att de är skattefria. Fysiska personers och dödsboms inkomster delas in i två inkomstslag, kapitalinkomster och förvärvsinkomster. I det differentierade inkomstskattesystemet beskattas förvärvs- och kapitalinkomster separat. Kapitalinkomsterna har förtecknats uttömmande i inkomstskattelagen. Med förvärvsinkomster avses alla andra skattepliktiga inkomster än kapitalinkomster. Förvärvsinkomst är bland annat löneinkomst i arbetsförhållande, företagarinkomstens förvärvsinkomstandel, pensionsinkomst och andra skattepliktiga sociala förmåner.

Den beskattningsbara inkomsten bestäms enligt bruttoinkomsten och enligt avdragen från den som görs separat vid både stats- och kommunalbeskattningen. Skatten på förvärvsinkomsten bestäms utgående från den beskattningsbara inkomsten.

Inkomstskatt till staten

Fysiska personer och dödsbon ska betala inkomstskatt till staten på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid statsbeskattningen. Skattebeloppet bestäms enligt statens progressiva inkomstskatteskala. Dessutom ska 6 procent betalas i tilläggsskatt för pensionsinkomst till den del pensionsinkomsten efter pensionsinkomstavdraget överskrider 45 000 euro. I fråga om den skatteskala som ska tillämpas vid beskattningen av förvärvsinkomst för varje enskilt skatteår föreskrivs årligen särskilt.

Vid beskattningen för 2016 betalas till staten inkomstskatt på förvärvsinkomst enligt följande skala:

Beskattningsbar förvärvsinkomst, euro	Skatt vid nedre gränsen, euro	Skatt på den del av inkomsten som överskrider den nedre gränsen, %
16 700 – 25 000	8,00	6,50
25 000 – 40 800	547,50	17,50
40 800 – 72 300	3 312,50	21,50
72 300 –	10 085,00	31,75

Kommunalskatt, kyrkoskatt och sjukförsäkringspremie

Fysiska personer och dödsbon ska för sin i kommunalbeskattningen beskattningsbara förvärvsinkomst betala inkomstskatt till kommunen enligt den kommunala skattesatsen. Varje kommun bestämmer årligen sin egen skattesats i enlighet med 66 § i kommunallagen. Om den skattskyldiges beskattningsbara inkomst understiger 10 euro, påförs inte kommunalskatt. År 2016 varierar den kommunala skattesatsen mellan 16,5 och 22,5 procent. Den genomsnittliga skattesatsen är 19,87. Även om förvärvsinkomster beskattas enligt en proportionell skattesats vid kommunalbeskattningen gör avdragen i beskattningen även kommunalbeskattningen progressiv. Till följd av dessa avdrag skiljer sig de effektiva och nominella skattesatserna i kommunalbeskattningen från varandra.

Kyrkoskatt betalas av medlemmar i de evangelisk-lutherska och ortodoxa församlingarna på basis av den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattningen. Varje församling bestämmer årligen sin egen skattesats för kyrkoskatten. År 2016 varierar kyrkoskattesatsen mellan 1,00 och 2,00 procent.

En sjukförsäkringspremie betalas till Folkpensionsanstalten. Premien består av sjukförsäkringens sjukvårdspremie och sjukförsäkringens dagpenningsspremie. År 2016 är sjukvårdspremien 1,30 procent av arbetsinkomsten och 1,47 procent av övriga förvärvsinkomster, t.ex. pensions- och förmånsinkomster. Kommunalavdrag görs på betalningsgrunden för sjukvårdspremien. År 2016 är dagpenningsspremien 0,82 procent av den skattepliktiga arbetsinkomsten. Av företagare som har en företagarpensionsförsäkring, dvs. en FöPL-försäkring, tas premien ut på arbetsinkomsten. På företagares arbetsinkomst tas ut en förhöjd premie. Höjningen är 0,13 procentenheter, dvs. avgiften är 0,95 procent. LFöPL-försäkringspremier för en person som är försäkrad enligt lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) beräknas på den försäkrades personliga LFöPL-arbetsinkomst som gäller i början av året. Premieprocenten är beroende av ålder och LFöPL-arbetsinkomstens belopp. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för lagstiftningen om försäkringspremier.

Avdrag

Finlands skattesystem baserar sig på beskattning av nettoinkomster. Detta innebär att den skattskyldige har rätt att från sin beskattningsbara inkomst dra av utgifterna för inkomstens förvärvande och bibehållande på det sätt som anges i inkomstskattelagen. Utöver dessa s.k. naturliga avdrag innehåller skattesystemet andra avdrag som syftar till att genom beskattningen stödja en viss verksamhet eller så beviljas avdraget på sociala grunder. Till sådana avdrag hör t.ex. hushållsavdraget, rätten att delvis dra av räntor på bostadsskulder, invalidavdraget samt underhållsskyldighetsavdraget. Vårt skattesystem innehåller också vissa avdrag som syftar till att reglera beskattningsnivån på olika förvärvsinkomster. På arbetsinkomster görs t.ex. ett arbetsinkomstavdrag och ett förvärvsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen. Dessa avdrag, som endast görs på arbetsinkomster, syftar till att främja sysselsättningen och utbudet på arbete genom att göra det mer sporrande att arbeta. På pensionsinkomst görs ett pensionsinkomstavdrag vid statsbeskattningen och ett pensionsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen. Syftet med dessa är att reglera skattebelastningen på pensionsinkomster bland annat så att det inte enbart är personer med folkpension eller garantipension som betalar inkomstskatt. Grundavdraget i kommunalbeskattningen beviljas efter det att övriga avdrag gjorts från den skattepliktiga inkomsten i kommunalbeskattningen. Grundavdraget beviljas för alla förvärvsinkomster, dvs. förutom från arbets- och pensionsinkomster även från dagpenningssinkomster. Tyngdpunkten för ovannämnda avdrag ligger på låg- och medelinkomsttagare, vilket i kombination med statens progressiva inkomstskatteskala har lett till en stark skatteprogression och höga marginalskattesatser i förvärvsinkomstbeskattningen i Finland.

Avdragen kan vara antingen avdrag från skatten eller avdrag från inkomsten. De naturliga avdragen och pensionsinkomstavdragen är exempel på avdrag från inkomsten. Avdragen minskar den beskattningsbara inkomsten, och därmed är avdragets verkningar för den skattskyldige beroende av inkomsternas storlek. Inkomstavdragens verkningar för de skattskyldiga är också beroende av kommunalskattesatsen. Arbetsinkomstavdraget och hushållsavdraget är exempel på avdrag från skatten. Även den underskottsgottgörelse som bestäms på basis av ett underskott i kapitalinkomstslaget dras av från skatten på förvärvsinkomster. De verkningar som lika stora skatteavdrag har för den skattskyldige är i euro de samma på alla inkomstnivåer. Olika stora skatteavdrag, som t.ex. arbetsinkomstavdrag, görs dock på olika inkomstnivåer. Nyttan av ett skatteavdrag kan också vara obefintlig, om den skatt som ska betalas är mindre än avdraget.

De avdrag som syftar till att bestämma beskattningsnivån på olika förvärvsinkomster samt invalidavdraget behandlas närmare nedan.

Arbetsinkomstavdrag

Enligt 125 § i inkomstskattelagen görs ett arbetsinkomstavdrag från den inkomstskatt på förvärvsinkomster som ska betalas till staten. Till den del avdraget överstiger beloppet av inkomstskatten på förvärvsinkomster till staten, görs avdraget från kommunalskatten, sjukförsäkringens sjukvårdspremie och kyrkoskatten enligt förhållandet mellan dessa skatter. Avdraget räknas på den skattskyldiges skattepliktiga löneinkomst, förvärvsinkomst av annat arbete, uppdrag eller tjänst som utförts för en annans räkning, bruksavgifter som anses utgöra förvärvsinkomst, dividender som ska beskattas som förvärvsinkomst, förvärvsinkomstandel av företagsinkomst som ska fördelas samt förvärvsinkomstandel av näringsverksamhet eller jordbruk för delägare i en sammanslutning.

År 2016 utgör arbetsinkomstavdraget 11,8 procent av det belopp med vilket de inkomster som nämns ovan överstiger 2 500 euro. Avdraget är dock högst 1 260 euro. När den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger 33 000 euro, minskar avdraget med 1,46 procent av det belopp med vilket nettoförvärvsinkomsten överstiger 33 000 euro. Avdraget görs före andra avdrag från inkomstskatten.

Förvärvsinkomstavdraget vid kommunalbeskattningen

Enligt 105 a § i inkomstskattelagen görs vid kommunalbeskattningen ett förvärvsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen från den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst. Avdraget räknas på den skattskyldiges skattepliktiga löneinkomst, förvärvsinkomst av annat arbete, uppdrag eller tjänst som utförts för en annans räkning, bruksavgifter som anses utgöra förvärvsinkomst, dividender som ska beskattas som förvärvsinkomst, förvärvsinkomstandel av företagsinkomst som ska fördelas samt förvärvsinkomstandel av näringsverksamhet eller jordbruk för delägare i en sammanslutning.

År 2016 utgör avdraget 51 procent av det belopp med vilket de inkomster som nämns ovan överstiger 2 500 euro upp till ett inkomstbelopp av 7 230 euro och 28 procent av det belopp som överstiger detta. Avdraget är dock högst 3 570 euro. När den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger 14 000 euro, minskar avdraget med 4,5 procent av det belopp med vilket nettoförvärvsinkomsten överstiger 14 000 euro.

Pensionsinkomstavdragen

Enligt 100 § i inkomstskattelagen görs vid statsbeskattningen ett pensionsinkomstavdrag från den skattskyldiges förvärvsinkomst. Fullt pensionsinkomstavdrag räknas ut så att det från full folkpension som har multiplicerats med talet 3,80 dras av den minsta beskattningsbara inkomsten enligt den progressiva inkomstskatteskalen, varefter återstoden avrundas uppåt till följande hela tio euro. Pensionsinkomstavdraget får dock inte överstiga pensionsinkomstens belopp. Om den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst är större än fullt pensionsinkomstavdrag, minskas avdraget med 44 procent av det belopp som nettoförvärvsinkomsten överstiger det fulla pensionsinkomstavdraget med. Då fullt pensionsinkomstavdrag vid statsbeskattningen räknas ut anses som full folkpension det belopp som under skatteåret har betalats till en ensamstående såsom full folkpension.

Enligt 101 § i inkomstskattelagen ska vid kommunalbeskattningen göras ett pensionsinkomstavdrag från en skattskyldig pensionstagares nettoförvärvsinkomst. Fullt pensionsinkomstavdrag räknas ut så att beloppet av full folkpension multipliceras med 1,39, varefter produkten minskas med 1 480 euro och resten avrundas uppåt till följande hela tio euro. Pensionsinkomstavdraget får dock inte överstiga pensionsinkomstens belopp. Om den skattskyldiges net-

toförvärvsinkomst är större än fullt pensionsinkomstavrdrag, minskas avdraget med 54 procent av det överskjutande beloppet.

Grundavdrag vid kommunalbeskattningen

Bestämmelser om grundavdraget vid kommunalbeskattningen finns i 106 § i inkomstskattelagen. Om en skattskyldig fysisk person har en nettoförvärvsinkomst som efter de andra avdragen från nettoförvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen inte överstiger 3 020 euro, ska detta belopp dras av från nettoförvärvsinkomsten. Om nettoförvärvsinkomstens belopp efter de ovannämnda avdragen överstiger fullt grundavdrag, ska avdraget minskas med 18 procent av den överskjutande inkomsten.

Studiepenningssavdrag vid kommunalbeskattningen

Om en skattskyldig har fått studiepenning enligt lagen om studiestöd, ska från hans eller hennes nettoförvärvsinkomst göras studiepenningssavdrag vid kommunalbeskattningen. Avdragets fulla belopp är 2 600 euro, dock högst beloppet av studiepenningen. Avdraget minskas med 50 procent av det belopp med vilket den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger studiepenningssavdragets fulla belopp.

Invalidavdrag

Invalidavdraget beviljas vid både statsbeskattningen och kommunalbeskattningen och avdragets storlek bestäms i båda som en procentandel enligt invaliditetsgraden. Invaliditetsgraden anses vara 100 procent, om den skattskyldige har beviljats full invalidpension. Invalidavdraget är högst 440 euro vid kommunalbeskattningen och 115 euro vid statsbeskattningen. Vid statsbeskattningen beviljas avdraget från skatten och vid kommunalbeskattningen från andra förvärvsinkomster är pensionsinkomster.

2.12.4 Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen

De samfund som avses i inkomstskattelagen är särskilda skattskyldiga vid inkomstbeskattningen. Enligt lagens 3 § avses med samfund bland annat staten och dess inrättningar, kommuner och samkommuner, församlingar och andra religionssamfund, aktiebolag, ideella och ekonomiska föreningar, stiftelser och anstalter. Enligt 1 § 3 mom. inkomstskattelagen ska för samfunds inkomster betalas skatt till staten, kommunen och församlingen. Samfundsskattesatsen är 20 procent. Enligt inkomstskattelagen är samfund i regel skattskyldiga för alla sina inkomster. Beroende på verksamhetens art beräknas den beskattningsbara inkomsten som separata inkomstkällor i enlighet med bestämmelserna i inkomstskattelagen, lagen om beskattning av inkomst av näringsverksamhet (360/1968), eller inkomstskattelagen för gårdsbruk (543/1967). En och samma skattskyldiga kan ha inkomster från flera inkomstkällor.

Skyldigheten för delvis skattefria samfund som avses i 21 § i inkomstskattelagen att betala inkomstskatt har dock begränsats så att deras inkomster antingen är helt och hållet befriade från skatt eller så att de betalar skatt endast till kommunen enligt den sänkta inkomstskattesats på 6,07 procentenheter som avses i 124 § 3 mom. i lagen. År 2012–2016 fastställs inkomstskattesatsen för delvis skattefria samfund i enlighet med 124 a § i inkomstskattelagen. Under skatteåret 2016 är den 6,18 procentenheter. Den sänkta inkomstskattesatsen motsvarar kommunernas andel av samfundsskatten.

Den andel av samfundsskatteintäkterna som församlingarna inom den evangelisk-lutherska kyrkan och den ortodoxa kyrkan får slopades vid ingången av 2016 (Lag om ändring av lagen om skatteredovisning, 22.5.2015/655). Samtidigt ändrades 21 och 124 § i inkomstskattelagen

så att delvis skattefria samfund betalar skatt endast till kommunen (Lag om ändring av inkomstskattelagen, 22.5.2015/654). Den evangelisk-lutherska kyrkans andel av samfundsskatteintäkterna ersätts i fortsättningen med en lagstadgad finansiering för kyrkans samhällsuppgifter (Lag om statlig finansiering till evangelisk-lutherska kyrkan för skötseln av vissa samhällsuppgifter, 10.4.2015/430).

Delvis skattefria samfund är enligt 21 § i inkomstskattelagen

- staten och dess inrättningar
- Penningautomatföreningen samt Oy Veikkaus Ab på inkomst av annan verksamhet än sådan som avses i lotteriskattelagen (552/92) och lagen om förströelseanordningar (164/1995) samt på inkomst från musikautomat
- kommuner, samkommuner och landskap samt pensionsanstalter, pensionsstiftelser eller pensionskassor som har grundats för deras anställda eller motsvarande pensionsanstalter, pensionsstiftelser eller pensionskassor som får understöd av allmänna medel
- den evangelisk-lutherska kyrkan, ortodoxa kyrkosamfundet och andra religionssamfund samt deras församlingar liksom även pensionsanstalter, pensionsstiftelser och pensionskassor som har grundats för deras anställda.

Enligt 21 § 3 mom. i inkomstskattelagen ska staten och dess inrättningar betala skatt endast för inkomst av gårdsbruksenheter och andra därmed jämförbara fastigheter, för inkomst av andra sådana fastigheter som inte används för allmänna ändamål samt för inkomst av industriell och annan rörelse som är jämförlig med privata företag. Staten är dock inte skattskyldig för inkomst som den får från affärs- eller produktionsföretag som huvudsakligen verkar för att tillgodose statliga inrättningsbehov eller av fartygs-, flyg- och biltrafik, järnvägar, kanaler, hamnar eller post-, tele- och radioinrättningar. Staten ska alltså betala skatt till kommunen och församlingen t.ex. för inkomst av försöksgårdar och lantbruksskolor samt för inkomst av statens skogar, även när de finns inom ett naturskyddsområde. När det gäller andra än jord- och skogsbruksfastigheter är staten skyldig att till kommunen och församlingen betala skatt på fastighetsinkomst då fastigheten inte används för allmänna ändamål. Till sådana fastigheter som används för allmänna ändamål hör t.ex. ämbetshus, sjukhus, skolor och fängelser. En fastighet anses vara uthyrd för allmänt bruk endast när hyresgästen är en offentlig aktör såsom staten eller kommunen. Som fastighetsinkomst betraktas inte t.ex. hyresinkomst av en aktielägenhet eller vinst vid överlåtelse av fastighet, utan dessa är skattefria inkomster för staten. Sådana statliga industrier och andra affärsverk som kan jämföras med privata företag finns inte just längre, eftersom de har ombildats till aktiebolag.

Enligt 21 § 4 mom. i inkomstskattelagen är landskap, kommuner och samkommuner, den evangelisk-lutherska kyrkan och ortodoxa kyrkosamfundet och deras församlingar samt andra religionssamfund skattskyldiga endast för inkomst av näringsverksamhet och inkomst av fastigheter eller delar av fastigheter som har använts för annat än allmänt eller allmännyttigt ändamål. Med landskap avses i bestämmelsen landskapet Åland. I fråga om kommunerna föreskrivs det särskilt att de inte är skattskyldiga för inkomst av näringsverksamhet som de bedriver inom sitt område eller för inkomst av fastigheter inom detta. Denna bestämmelse om skattefrihet tillämpas t.ex. inte på samkommuner (HFD 1.12.2005, liggarnummer 3210) eller församlingar. Kommunernas, församlingarnas och andra i 4 mom. avsedda samfunds skyldighet att betala skatt på fastighetsinkomst är inte beroende av om fastigheten är en gårdsbruksenhet eller någon annan fastighet. Till sådana fastigheter som används för allmänna ändamål hör bland annat fastigheter som kommunernas hälsovårdsanstalter, undervisningsanstalter och sociala anstalter använder och församlingarnas kyrkor och församlingshem. Sådana fastigheter som används för allmännyttiga ändamål kan vara t.ex. församlingarnas åldringshem.

2.12.5 Fördelning av beskattningskostnaderna

Bestämmelser om beskattningskostnaderna finns i lagen om Skatteförvaltningen (237/2008). Enligt lagen betalas kostnaderna för beskattningen av staten. Dessa kostnader utgörs av de omkostnader för Skatteförvaltningen som anges i den ordinarie statsbudgeten och justeras på grundval av bokslutet för det föregående året. Vid beräkningen av kostnaderna beaktas även de mervärdesskatteutgifter som ansluter sig till Skatteförvaltningens ovannämnda utgifter. Av beskattningskostnaderna tar staten ut sammanlagt 30,8 procent av kommunerna, 3,4 procent av den evangelisk-lutherska kyrkans församlingar och 5,9 procent av Folkpensionsanstalten. Statens andel av beskattningskostnaderna är 59,9 procent.

Grunderna för fördelningen av beskattningskostnaderna har utretts bland annat i en kommission som finansministeriet tillsatte 1974. Kommissionen konstaterade emellertid att den inte lyckats utreda hur den ursprungliga utdelningen bildades från början. Även om den exakta grunden för fördelningen av beskattningskostnaderna inte kunnat klargöras, fördelas kostnaderna likväl konsekvent mellan skattetagarna så, att respektive andel proportionellt motsvarar det totala inflödet av skatter och antalet skatteslag.

Grunden för kostnaderna för beskattningen av skattetagarna är därmed skatteutfallets andel av de skatter som Skatteförvaltningen tar ut och antalet sådana skatteslag från vilka skattetagaren får skatteinkomst. Kostnadsbildningen enligt dessa principer kan motiveras med kundtjänstens omfattning, som vanligen växer när utfallet ökar, och dessutom med informationssystemskostnader som ökar i synnerhet enligt antalet skatteslag med olika bestämningsgrunder.

Utdelningen av beskattningskostnaderna har i allmänhet ändrats alltid när det skett förändringar i skattetagarnas ställning i anslutning till de totala skatteintäkterna eller antalet skatteslag. Den senaste ändringen i skattekostnaderna gjordes vid ingången av 2015, då de evangelisk-lutherska och ortodoxa församlingarnas andel av intäkterna av samfundsskatten kompen-serades med ett direkt statsunderstöd.

2.12.6 Överlåtelsebeskattning

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

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

Lagens 43 b § infördes i anknytning till lagen om en kommun- och servicestrukturereform. I paragrafen föreskrivs det om temporär skattefrihet vid kommuners strukturarrangemang. Enligt bestämmelsen har en kommun, en samkommun eller ett av dem ägt fastighetsaktiebolag under vissa förutsättningar 2007—2012 för fullgörande av de skyldigheter som avses i ramlagen skattefritt kunnat överlåta aktier i en fastighet eller ett fastighetsaktiebolag som de äger som apport till ett fastighetsaktiebolag som ägs av en eller flera kommuner eller samkommu-

ner. Lagen om en kommun- och servicestrukturreform var i kraft fram till utgången av 2012, men giltighetstiden för de samarbetsförpliktelser inom social- och hälsovården som ingick i den förlängdes till utgången av 2014. I anslutning till detta förlängdes också tillämpningstiden för den temporära skattefriheten för överlåtelse som sker vid kommuners strukturarrangemang så att skattefriheten gäller för överlåtelse som sker fram till utgången av 2016 när fastigheten kommer att användas av social- eller hälsovården.

2.13 Styrning och tillsyn

2.13.1 Social- och hälsovårdsministeriet

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

2.13.2 Regionförvaltningsverken

Regionförvaltningsverket styr och övervakar inom verkets verksamhetsområde socialvården, folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården samt den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen samt yrkesutövningen i fråga om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Sedan ingången av 2016 hör också övervakningen och styrningen av hälso- och sjukvården inom försvarsmakten och hälso- och sjukvården för fångar till regionförvaltningsverken och Valvira. De sistnämnda uppgifterna har för regionförvaltningsverkens del på riksnivå koncentrerats till Regionförvaltningsverket i Norra Finland.

Regionförvaltningsverken främjar enligt lagen om regionförvaltningsverken regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Regionförvaltningsverken sköter de uppgifter som särskilt föreskrivs för dem inom social- och hälsovården, miljö- och hälsoskyddet, utbildnings-, dagvårds-, biblioteks-, idrotts- och ungdomsväsendet, främjandet och förverkligandet av rättsskyddet, tillståndsärenden och övriga ansökningsärenden som hör till området för miljöskydds- och vattenlagstiftningen, räddningsväsendet, tillsynen över och utvecklandet av arbetarskyddet, produkttillsynen över produkter som används i arbetet samt konsument- och konkurrensförvaltningen. Regionförvaltningsverken ska dessutom utvärdera den regionala tillgången till basservice, styra, övervaka och utveckla magistraterna, samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen samt stödja behöriga myndigheter då myndigheterna leder säkerhetssituationer i regionen och samordna deras verksamhet. Regionförvaltningsverken kan även ha andra uppgifter om vilka det föreskrivs särskilt.

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

I speciallagstiftningen om social- och hälsovården ingår cirka 130 bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter. Med stöd av det som sägs ovan hör styrningen av regionför-

valtningsverkens verksamhet, som hänger samman med dessa uppgifter, till social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom har det föreskrivits att Valvira har till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringsätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdens verksamhetsenheter.

2.13.3 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) är ett centralt ämbetsverk under social- och hälsovårdsministeriet. Enligt lagen om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (669/2008) har Valvira som ansvarsområde att främja tillgodoseendet av rättsskyddet och tjänsternas kvalitet inom social- och hälsovården samt hanteringen av hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdens verksamhetsenheter.

Valvira sköter den tillståndsförvaltning, styrning och tillsyn som föreskrivs för verket i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, folkhälsolagen, lagen om företagshälsovård (1383/2001), lagen om specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om privat hälso- och sjukvård, lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om elektroniska recept (61/2007), socialvårdslagen, lagen om privat socialservice (922/2011), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, hälsoskyddslagen (763/1994), alkohollagen, tobakslagen, gentekniklagen (377/1995) och lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010). Dessutom ska Valvira sköta de uppgifter som det har enligt bestämmelser i lagstiftningen om abort, sterilisering, assisterad befruktning, användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål och medicinsk forskning samt uppgifter som det har enligt någon annan lag eller förordning. Valvira ska dessutom sköta de uppgifter som med stöd av den ovan avsedda lagstiftningen hör till dess ansvarsområde och som social- och hälsovårdsministeriet ålägger verket.

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

2.13.4 Arbetsfördelningen mellan Valvira och regionförvaltningsverken och befogenheterna vid styrning och tillsyn

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

Tillsynen över socialvården och hälso- och sjukvården är till sin karaktär laglighetsövervakning och dess primära syfte är att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven i lagstiftningen. Tillsynen säkerställer och främjar också genomförandet av organisationernas egen tillsyn. Varje organisation leder själv sin egen verksamhet och har själv det primära ansvaret för att

följa och övervaka den egna verksamheten. Tillsynen främjar även rättsskyddet för de yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som arbetar i organisationen i fråga.

Genom tillsynen och styrningen i samband med den tryggas och främjas tjänsternas kvalitet samt klient- och patientsäkerheten. Syftet är att redan på förhand förhindra att förhållanden och praxis som äventyrar klient- och patientsäkerheten uppstår. Styrningen kan också kallas förhandstillsyn. Den inbegriper bland annat rådgivning, information, styrningsbesök i de verksamhetsenheter som övervakas och utbildningsverksamhet. Genom en väl fungerande styrning går det ofta att undvika att tillsynsmyndigheterna genom tillsyn i efterhand eller genom ålägganden måste ingripa i verksamheten vid verksamhetsenheten i fråga.

Den organisationstillsyn som utövas av regionförvaltningsverken och Valvira kan i praktiken fokusera på t.ex. om organisationen har tillräckliga planer och instruktioner som säkerställer kvalitetsledningen och klient- och patientsäkerheten, eller t.ex. på om de utfärdade anvisningarna om förfaringsätt och instruktionerna uppfyller kraven enligt lagstiftningen. Tillsynen kan även fokusera bland annat på att genomförandet av läkemedelsbehandling eller hanteringen av klient- och patientuppgifter är ändamålsenlig i organisationen, eller på tillgången till vård eller omsorg och andra frågor som rör klientens eller patientens rättigheter.

2.13.5 Metoder och påföljder inom tillsynen

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

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

Tillsynsärenden kan inledas t.ex. på basis av klienternas, patienternas eller deras anhörigas anmälningar eller klagomål, på basis av information från andra myndigheter, till följd av anmälningar från apotek, yrkesutbildade personers arbetsgivare, chefer eller domstolar samt på basis av olika myndigheters begäranden om utlåtande. Valvira och regionförvaltningsverken kan även börja utreda ett ärende på eget initiativ.

Bestämmelser om behandlingen av en förvaltningsklagan finns i förvaltningslagen. Enligt förvaltningslagen ska en förvaltningsklagan som gäller en omständighet som ligger mer än två år tillbaka i tiden inte prövas, om det inte finns särskilda skäl till det. Om anmärkning inte har framställts i ett ärende, och tillsynsmyndigheten bedömer att det är lämpligast att behandla ett klagomål som en anmärkning, får myndigheten enligt socialvårdens klientlag och patientlagen överföra ärendet till den verksamhetsenhet som klagomålet gäller. Verksamhetsenheten ska underrätta den överförande tillsynsmyndigheten om svaret på det överförda ärendet.

Antalet tillsynsärenden som Valvira och regionförvaltningsverken handlägger inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat. Vid Valvira inleddes 2014 totalt 1167 tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården och 337 tillsynsärenden inom socialvården. Dessutom har Valvira överfört anmälningar som gjorts till verket till regionförvaltningsverken för behandling.

2.14 Informationsförvaltning och IKT-verksamhet

Vid skötseln av sina uppgifter och vid tjänsteproduktionen stöder sig den offentliga förvaltningen i stor utsträckning på användningen av informations- och kommunikationsteknik (IKT). Utgångspunkten är att kommunerna själva kan besluta om det sätt på vilket informationsförvaltningen organiseras i kommunen och med vilka resurser.

Som ett led i beredningen av totalreformen av kommunallagen sommaren 2013 utreddes det kommunala beslutsfattandet och e-förvaltningen och utvecklingsbehoven i dem. Utredningen visade att kommunerna i stor utsträckning använder sig av olika elektroniska system för beslutsfattande och ärendehantering, men att det finns skillnader i möjligheterna och sätten att använda dem. Informationsförvaltningens roll och resurser i kommunerna varierar avsevärt både mellan kommunerna och i synnerhet mellan kommunstorleksgrupperna. I synnerhet i små kommuner är de ekonomiska resurserna och personalresurserna för informationsförvaltningen ofta mycket begränsade. I den s.k. metropolutredningen som gällde de fem kommunerna i Helsingforsregionen (Esbo, Helsingfors, Grankulla, Sibbo och Vanda) ansågs den bästa organisationsmodellen för informationsförvaltningen i stora städer vara en delvis centraliserad modell där icke-branschspecifika IKT-tjänster är centraliserade och de branschspecifika IKT-tjänsternas roll utökas över tiden och när det branschspecifika kunnandet inom informationsförvaltningen utvecklas. Det har dock inte gjorts någon bred jämförelse av hur olika sätt att organisera informationsförvaltningen fungerar och av dess ställning i kommunernas ledningssystem. Samarbetet mellan kommunerna i informationsförvaltningsfrågor varierar mellan såväl kommunerna, regionerna som branscherna.

De senaste åren har samarbetet mellan kommunerna och det regionala samarbetet i varje fall ökat. I kommunernas informationsförvaltningssamarbete har inte bara det regionala samarbetet betonats, utan även den roll som olika nationella nätverk har. Som ett exempel på ett regionalt samarbete kan nämnas landskapet Kajanaland. Samkommunen för Kajanalands social- och hälsovård producerar i huvudsak IKT-stödtjänsterna för landskapets kommuner och samkommuner.

Inom hälso- och sjukvården har det regionala samarbetet inom informationsförvaltningen fungerat ända sedan 1990-talet. Hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft 2011, och det gemensamma register över patientuppgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården som lagen möjliggjorde har för sin del skyndat på det regionala samarbetet. Som ett resultat har mer än hälften av alla sjukvårdsdistrikt infört eller kommer att införa ett gemensamt regionalt patientdatasystem inom hälso- och sjukvården. Dessutom har sjukvårdsdistrikten med stöd av 33 § i hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för samordningen av den kommunala hälso- och sjukvårdens informationssystem och för den samordning som det gemensamma registret över patientuppgifter inom den specialiserade sjukvården och primärvården förutsätter.

När det gäller informationssystemlösningarna inom socialvården finns det inte ännu någon sådan förpliktelse till regionalt samarbete och några sådana samordningsstrukturer som det finns inom hälso- och sjukvården. När det gäller it-lösningarna för socialvården har dock flera regioner inlett samarbete på frivillig basis och i vissa fall har kompetenscentrumen inom det sociala området organiserat regionala utvecklingsprojekt.

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007) och lagen om elektroniska recept (61/2007) trädde i kraft 2007. Dessa lagar har stor inverkan på de krav som ställs på informationssystemen inom social- och hälsovården. I författningarna definieras också de riksomfattande informationssystemtjänsterna (Kanta-tjänsterna), av vilka de viktigaste är det nationella patientdataarkivet och informationshanteringstjänsten, receptcentret, arkivet inom socialvården och användargränssnittet för medborgarna (Mina Kantsidor). Avsikten är att den nationella arkiveringstjänsten för socialvården (Kansa) ska tas i bruk vid decennieskiftet.

2.14.1 Beredskap för IKT-verksamhet

Den digitala utvecklingen har lett till att basfunktionerna i allt högre grad är beroende av att datakommunikationen, kommunikationsförbindelserna och informationssystemen fungerar utan störningar. Beredskapen inom IKT-verksamheten grundar sig på de bestämmelser om kommunernas uppgifter enligt vilka uppgifterna ska skötas under alla förhållanden. Med tanke på beredskapen inom kommunernas serviceverksamhet är det centralt att informationssystemen för social- och hälsovården fungerar störningsfritt i alla situationer. Det är också viktigt att kommunernas kommunikationsförbindelser fungerar. Störningar i kommunikationsförbindelserna kan i betydande grad försvåra verksamheten inom kommunens ledningssystem.

Innehållet i och processerna för kommunernas beredskapsverksamhet och kontinuitetsplanering varierar beroende på kommunernas storlek, geografiska läge och lokala förhållanden. Även nivån på kommunernas IKT-beredskap varierar avsevärt mellan kommunerna. De anvisningar och förfaranden som gäller beredskapen i anslutning till informationssystemen och IKT har ofta tagits in i kommunernas informations säkerhetsplaner.

2.14.2 Produktionsstrukturerna inom informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna

Informationsförvaltningssamarbetet inom social- och hälsovården och det regionala IKT-samarbetet är splittrat och läget och verksamhetsmodellerna varierar från region till region. Informationssystemleverantörerna har stort inflytande eftersom IKT har en viktig roll vid produktionen av tjänster, men upphandlingskompetensen har inte varit bästa möjliga och it-avtalen är dåliga ur aktörernas synvinkel. Den nationella styrningen har i sin tur kritiserats i synnerhet för att vara långsam och oenhetlig.

I Finlands Kommunförbunds utredning om it i kommunerna 2013 uppgav ungefär 55 procent av kommunerna och nästan 70 procent av samkommunerna att de sköter underhållet av den grundläggande informationstekniken huvudsakligen med egen personal. De senaste åren har det i synnerhet blivit vanligare med informationsteknikbolag som ägs av kommunerna och samkommunerna, och dessa har även utvidgat sin verksamhet. Kommunerna har under 2000-talet inrättat ett tjugotal regionala centraler för informationstekniktjänster, vilka producerar informationsförvaltningstjänster för ägarkommunerna. Enligt utredningen hade de till omsättningen tio största it-företagen som ägdes gemensamt av kommunerna eller samkommunerna 2012 nästan 1 300 anställda och företagets sammanlagda omsättning uppgick till mer än 180 miljoner euro. Verksamheten vid de informationsteknikbolag som kommunerna och samkommunerna äger har utvidgats de senaste åren. År 2014 uppgick omsättningen i de till omsättningen tio största bolagen till nästan 240 miljoner euro. Ungefär 16 procent av kommuner-

na uppgav att de i huvudsak producerar underhållet av den grundläggande informationstekniken via de informationsteknikföretag som kommunerna själva äger. Dessutom uppgav 8 procent av kommunerna att de i huvudsak producerar underhållet av den grundläggande informationstekniken i samarbete med andra kommuner.

IKT-marknaden inom den offentliga förvaltningen i Finland är splittrad. En utmaning inom kommunsektorn är det stora antalet upphandlande enheter, såsom kommuner och olika samkommuner, samt även att organisationerna varierar i fråga om både storlek och beredskap. Kommunsektorns andel av Finlands IKT-marknad utgör ca 10 procent (program och tjänster). Det finns inga exakta marknadsuppgifter om hur marknaden fördelar sig inom kommunsektorn. Det är dock typiskt att marknaden är koncentrerad till några stora aktörer. I synnerhet marknaden för tillämpningsprogramvara är inom kommunalförvaltningen starkt koncentrerad till de tre största aktörerna. I fråga om vissa IKT-system råder det i praktiken oligopol inom kommunsektorn eller t.o.m. ett monopolistiskt marknadsläge.

Hälso- och sjukvården i Finland är nästan helt och hållet digitaliserad. Inom socialvården är användningen av informationssystem däremot inte lika vanlig, men omfattar dock den största delen av verksamhetens klientvolym. Även om antalet patientdatasystem och andra system som är i bruk är begränsat, är informationssystemfältet i sin helhet splittrat och det finns ett stort antal regionala installationer som omfattar endast en organisation eller på sin höjd ett sjukvårdsdistrikt.

Inom alla sjukvårdsdistrikt har produktionen av de egentliga IKT-tjänsterna i betydande utsträckning lagts ut på egna och kommersiella IKT-leverantörer. I vissa områden är det s.k. in house-leverantörer som producerar merparten av de utlagda tjänsterna. I nuläget är det främst sjukvårdsdistrikten som stöder sig på dem. Den andel av tjänsterna som skaffas hos kommunernas in house-bolag är mindre. Till de största in house-leverantörerna hör Medi-IT, Medbit och Istekki. I huvudstadsregionen finns det en ny tjänsteproducent i anslutning patientdatasystemen, Oy Apotti Ab.

I synnerhet i de system som används inom hälso- och sjukvården finns det för närvarande ett tryck på stora förändringar. Patientdatasystemen i Finland är delvis föråldrade och det finns ett missnöje med användbarheten. I flera områden bereds därför en konkurrensutsättning och upphandling av patientdatasystemen. För närvarande har produktionen av laboratorie- och röntgentjänster i flera områden genomförts på ett enhetligt sätt på sjukvårdsdistriktsnivå eller specialupptagningsområdesnivå (t.ex. Huslab, Islab och HNS-Bilddiagnostik). I sådana fall finns det i allmänhet också ett motsvarande gemensamt informationssystem för området.

2.14.3 Kostnaderna och resurserna för IKT-verksamheten

Det är svårt att bedöma och jämföra kostnaderna för kommunernas IKT-verksamhet. Detta beror på tjänsternas kraftigt varierande produktionsstrukturer och på bokföringen. Kommunerna definierar ofta IKT-tjänsterna på olika sätt. Även tjänsternas kvalitet och innehåll varierar avsevärt mellan kommunerna. Eftersom produktionsätten varierar kan dessutom kostnaderna för kommunernas IKT-verksamhet fördela sig på flera branscher och flera olika aktörer. Som exempel kan nämnas att en betydande del av kommunernas kostnader för informationstekniken inom hälso- och sjukvården kan ingå i informationsteknikkostnaderna för en eller flera samkommuner. I sådana fall är det svårt att bedöma de totala kostnaderna. I fråga om kostnaderna och resurserna för kommunernas IKT-verksamhet finns det bara riktgivande uppgifter att tillgå.

Enligt Finlands Kommunförbunds utredning om it i kommunerna 2013 uppgick kommunernas utgifter för informations- och kommunikationsteknik till ca 520 miljoner euro 2013. Sam-

kommunernas utgifter för informations- och kommunikationsteknik uppgick under samma år till ca 310 miljoner euro, varav sjukvårdsdistriktens utgifter var ca 220 miljoner euro, utgifter för andra samkommuner inom social- och hälsovården ca 20 miljoner euro och utgifterna för utbildningssamkommuner och andra samkommuner ca 70 miljoner euro. Kommunernas och samkommunernas sammanlagda utgifter för informations- och kommunikationsteknik uppgick alltså till ca 830 miljoner euro 2013. Utgifterna för informationstekniken är dock större än så inom hela kommunsektorn eftersom flera av kommunkoncernernas affärsverk och bolag saknas i siffrorna. Dessa medräknade uppskattades utgifterna för informations- och kommunikationstekniken inom kommunsektorn uppgå till närmare 900 miljoner euro. Av de totala utgifterna inom kommunsektorn 2013 utgjorde informationstekniken ca 1,6 procent. Specificerade enligt kostnaderna består 42 procent av kommunernas informationsteknikkostnader av kostnader för programlicenser och underhåll och 23 procent av personalkostnader. Utrustningens andel av kostnaderna för informationstekniken i kommunerna uppgick enligt Kommunförbundets utredning till ca 15 procent 2013. Sett till de olika branscherna använde kommunerna och samkommunerna ca 400 miljoner euro för informationsteknik inom social- och hälsovården. Informationsteknikutgifterna inom hela kommunsektorn har ökat stadigt ända sedan mitten av 1990-talet. Enligt Kommunförbundets utredning från 2013 började ökningen dock jämnas ut efter 2010. Mellan 2010 och 2013 minskade de årliga informationsteknikutgifterna inom kommunsektorn med ca 65 miljoner euro. Det kan dock antas att denna minskning är tillfällig.

Det finns inte någon aktuell information om antalet informationssystem i kommunerna för samtliga kommuners del. Informationssystemen har dock kartlagts i fråga om de kommuner som deltar i IKT-förändringsstödet. På basis av rapporterna kan man dra slutsatsen att de stora städerna, beroende på beräkningssättet, har ca 300–600 informationssystem per stad. I små kommuner är antalet informationssystem avsevärt lägre, ofta mellan 30 och 100. I Helsingfors stads förteckning över informationssystem finns ca 780 informationssystem registrerade.

2.15 Egendom

2.15.1 Kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården

Mångfalden i kommunernas och samkommunernas egendom i anslutning till social- och hälsovården avspeglas i att egendom finns i nästan alla poster i kommunens balansräkning. Balansräkningen beskriver kommunens ekonomiska ställning på bokslutsdagen och vid upprättandet av den iakttas bokföringsnämndens kommunsektions allmänna anvisning. Byggnader, markområden, fasta konstruktioner och anordningar samt maskiner och inventarier, inklusive bland annat möbler, datakommunikationsutrustning samt t.ex. produkter för hälso- och sjukvård, ingår i de materiella tillgångarna bland bestående aktiva. I denna balanspost ingår också pågående nyanläggningar och förskottsbetalningar, t.ex. byggprojekt eller anskaffning av utrustning som den specialiserade sjukvården kräver och som medför betydande kostnader. I markområden ingår förutom bebyggda tomter också eventuella obebyggda markområden.

I de immateriella tillgångarna bland bestående aktiva ingår bland annat utgifter för anskaffning av informationssystem samt licensrättigheter.

En betydande del av kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården finns under balansposten Placeringar i kommunernas och samkommunernas balansräkningar. Till dessa hör aktier och andelar i olika sammanslutningar, såsom aktier i fastighetsaktiebolag och andra bolag som stöder tjänsterna inom social- och hälsovården. I denna post i kommunernas balansräkningar ingår också medlemskommunandelarna i samkommunerna. Även lånefordringar hos dottersammanslutningar syns i denna balanspost.

Till rörliga aktiva i balansräkningarna hör bland annat material och förnödenheter, t.ex. läkemedel och andra förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården.

Enligt värderings- och periodiseringsbestämmelserna i 5 kap. i bokföringslagen ska materiella och immateriella tillgångar antecknas i bokföringen till sin anskaffningsutgift. Till anskaffningsutgiften räknas de utgifter som föranleds av anskaffningen och framställningen av en tillgång. Utgiften för anskaffning av materiella tillgångar som hör till bestående aktiva aktiveras och kostnadsförs som avskrivningar under sin verkningstid, varvid bokföringsvärdet i balansräkningen (det s.k. balansvärdet) blir den oavskrivna anskaffningsutgiften som differens mellan anskaffningsutgiften och avskrivningen.

Byggnader

Byggnaderna i anslutning till social- och hälsovården används av kommunerna, samkommunerna och samarbetsområdena. Byggnadsbeståndet består bland annat av central- och region-sjukhus, hälsovårdscentraler, ålderdomshem, olika vårdinrättningar, barnhem samt även sedvanliga kontorsutrymmen.

Det finns inte någon täckande statistik uppdelad enligt funktion över den byggnadsegendom som kommunerna och samkommunerna har. Bedömningen försvåras också av att de sätt på vilka kommunerna och samkommunerna förvaltar fastighetsegendomen skiljer sig avsevärt från varandra. En del av byggnaderna ägs direkt av kommunerna och samkommunerna, en del av dottersammanslutningarna. Statistiken visar att byggnaderna i anslutning till social- och hälsovården sannolikt utgör ca 20 procent av hela byggnadsbeståndet inom kommunsektorn och att deras balansvärde uppgår till ca 6—6,5 miljarder euro. Av denna summa står samkommunerna för sjukvårdsdistrikten för ca 2—2,5 miljarder euro. Om man ser till antalet kvadratmeter våningsyta kan kommunerna och samkommunerna antas ha ca 6 miljoner m² byggnader inom vårdsektorn. De avskrivningar och nedskrivningar som gäller byggnadsegendomen beskriver till viss del också den andel som byggnadsegendomen utgör av kommunernas och samkommunernas egendom. I fråga om social- och hälsovården utgör dessa ca 14,5 procent av alla avskrivningar inom kommunsektorn.

I synnerhet samkommunerna äger även till våningsytan mycket stora byggnader som inte längre används aktivt eller fullt ut inom social- och hälsovården. Det finns inte några statistikuppgifter om dessa ur bruk tagna eller underutnyttjade byggnader, men bland dem finns bland annat gamla stora sanatorier och sinnessjukhus.

Den andel som byggnadsbeståndet i anslutning till social- och hälsovården utgör i kommunernas balansräkningar varierar kraftigt. På andelen inverkar i betydande utsträckning hur kommunen har ordnat sin primärvård. Om kommunen är med i en samkommun för primärvård, äger samkommunen i regel även byggnadsbeståndet.

Andelen byggnader som används inom social- och hälsovården i exempelkommuner (enligt uppgifter från kommunerna):

Kommun	Invånarantal	Hela byggnadsbeståndets balansvärde, mn €	Procent av byggnadsbeståndet som används för social- och hälsovård
Uleåborg	196 300	515,6 mn €	18 procent
Joensuu	75 041	142,2 mn €	24 procent
Salo	54 014	142,2 mn €	34 procent
Sibbo	19 034	91,5 mn €	29 procent
Kontiolahti	14 681	43,5 mn €	4 procent
Lieksa	12 117	25,6 mn €	17 procent
Iломants	5 504	13,1 mn €	23 procent
Siikalatva	5 816	16,2 mn €	20 procent
Valtimo	2 362	6,5 mn €	7 procent

Markområden

Största delen av det byggnadsbestånd som ägs av kommunerna och som används inom social- och hälsovården ligger på markområden som kommunen själv äger. Samkommunernas byggnader finns både på markområden som ägs av samkommunerna och på markområden som ägs av deras medlemskommuner. Dessutom äger många samkommuner även markområden som inte har någon direkt anknytning till den egentliga serviceverksamheten inom social- och hälsovården.

Som exempel kan nämnas samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt som äger sammanlagt 206 hektar markområden, varav 98 hektar är rekreationsområden, samt samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt som också äger rekreationsområden.

Aktier och andelar

En växande andel av den egendom som hänför sig till serviceproduktionen inom social- och hälsovården i kommuner och samkommuner är aktier och andelar. Statistikuppgifterna ger dock inte någon täckande information om vilken andel av aktierna och andelarna i kommunernas balansräkningar som hänför sig till produktionen av social- och hälso-tjänster. Exakta uppgifter fås endast genom att granska respektive kommuns balansuppgifter. När det gäller samkommuner är situationen en annan, eftersom samkommunens egendom i princip är avsedd för verksamhet enligt grundavtalet för samkommunen oberoende av typ av egendom. Om en byggnad ägs av kommunens eller samkommunens dotter- eller intressesammanslutning fungerar den egentliga produktionen av social- och hälso-tjänster i de lokaler som bolagen äger på basis av hyresavtal.

Exempelvis till HNS-koncernen, dvs. koncernen för samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, hör 10 dotterbolag, av vilka sju är fastighets- och bostadsaktiebolag som äger tjänstebostäder. Dessutom har samkommunen tio intressesammanslutningar och gemensamma sammanslutningar, varav sju är fastighets- eller bostadsaktiebolag. Samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt har fem dottersammanslutningar som alla är

bostads- eller fastighetsaktiebolag. Till koncernen för samkommunen för Birkalands sjukvårdsdistrikt hör fem fastighetsaktiebolag.

Utöver fastighets- och bostadsaktiebolag äger kommunerna och samkommunerna antingen majoriteten eller andelar i olika bolag som stöder eller producerar social- och hälso-tjänster, såsom laboratorie- och bilddiagnostikbolag, bolag inom företagshälsovården, bolag som tillhandahåller kostservice, städtjänster och lokalservice samt bland annat regionala IKT-bolag. Till dotterbolagen i samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt hör t.ex. ett sjukhustvätteri och HYK.Sin Oy som tillhandahåller specialiserad sjukvård. Intressebolagen är bland annat verksamma inom kosthållning, ambulanshelikoptertjänster och som sociala företag. Samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt äger andelar i ett bolag som tillhandahåller företagshälsovård, i ett bolag som producerar IKT-tjänster och i ledplastiksjukhuset Tekonivelsairaala Coxa Oy. Till koncernen för samkommunen för Birkalands sjukvårdsdistrikt hör ovan nämnda Coxa Oy, ett laboratoriebolag och TAYS Sydänkeskus Oy. Intresse- och holdingsammanslutningarna är bl.a. verksamma inom forsknings- och produktutvecklingstjänster samt läkarhelikoptertjänster.

Många kommuner och samkommuner deltar också i verksamhet som ordnas i enlighet med stiftelselagen. Placeringar i stiftelsernas grundkapital är dock inte sådana tillgångsposter som kan jämföras med ägarandelar och de syns inte i kommunens balansräkning.

Maskiner, anordningar och omsättningstillgångar

Kommunerna och samkommunerna äger en stor mängd maskiner och anordningar som används för social- och hälso-tjänsterna samt lös egendom som kan betraktas som omsättningstillgångar, såsom läkemedel och material som används i hälso- och sjukvården. I kommunernas balansräkningar varierar denna tillgångspost i synnerhet beroende på om kommunen själv ordnar primärvården eller om den har ordnats tillsammans med andra kommuner. Uppgifter om sådana tillgångar kan i regel hittas endast i respektive kommuns bokslutsuppgifter och genom att särskilt undersöka tillgångsposterna. Till exempel i 2014 års bokslut för Tammerfors stad kan man se att andelen maskiner och inventarier i bruk i öppenvårdstjänster, institutionsvård och specialiserad sjukvård som ordnas av staden utgjorde 16,26 procent av hela stadens maskiner och utrustning samt 0,35 procent av hela balansomslutningen. Även i detta avseende står samkommunerna i särställning, eftersom samkommunens maskiner, anordningar och omsättningstillgångar i sin helhet kan anses hänföra sig till den verksamhet som avses i grundavtalet för samkommunen. Exempelvis i balansräkningen för samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt är värdet på maskiner och inventarier 98,52 miljoner euro och på omsättningstillgångar 23,15 miljoner euro (bokslutet 2014). I samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt är motsvarande siffror 11,43 miljoner euro och 2 miljoner euro.

2.15.2 Den kommunala sektorns lånestock

Kommunernas och samkommunernas lånestock vid utgången av 2014 uppgick enligt boksluten till 16,5 miljarder euro och lånen upptogs till stor del för att finansiera investeringar. Kommunernas upplåning är inte s.a.s. öronmärkt. Detta innebär att fullmäktige i samband med beslutsfattandet inte specificerar vilken andel av tillägglånen som hänför sig t.ex. till investeringar i social- och hälsovården eller till något annat angivet behov av finansiering. Det är alltså inte i praktiken möjligt att särskilja skuldbelopp för byggnader eller alla egendomsposter inom social- och hälsovården från kommunens övriga lånestock utan djupgående och grundlig analys av kommunens beslutshistoria, utvecklingen av lånestocken och genomförandet av investeringar.

Största delen av de lån som samkommunerna för social- och hälsovård upptar förädlas av finansieringen av investeringar. I vissa samkommuner med störst underskott förädlas en del av upplåningen av ett underskott i driftsekonomin.

2.15.3 Den kommunala sektorns avtal

Enligt 8 § 1 mom. i kommunallagen kan kommunen själv organisera de uppgifter som åligger den enligt lag eller avtala om att organiseringsansvaret överförs på en annan kommun eller en samkommun. Vid lagstadgat samarbete ansvarar den andra kommunen eller samkommunen för organiseringen av uppgifterna för kommunens räkning. Enligt 9 § 1 mom. i lagen kan kommunen eller samkommunen antingen själv producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Som helhet betraktat producerar de offentliga samfunden alltså största delen av de lagstadgade tjänsterna inom social- och hälsovården, även om kommunala tjänster i allt högre grad produceras också av privata tjänsteleverantörer.

Kommunerna och samkommunerna ska i sin verksamhet och i beslutsfattandet hålla sig till sitt verksamhetsområde och iaktta lagen om offentlig upphandling. I övrigt är även offentliga samfund i fråga om avtalen bundna av sedvanliga avtalsrättsliga principer. Kommunsektorn har tillgång till nästan alla avtalstyper och avtalsslag som den privata sektorn. Med tanke på kommunalekonomin gäller de viktigaste avtalen produktionen av tjänster och anskaffningen av material. Kommunerna och samkommunerna köpte 2014 tjänster till ett värde av ca 9,9 miljarder euro. Materialköpen uppgick till ca 4 miljarder euro. Enligt Finlands Kommunförbunds uppskattning kommer materialinköpen inom kommunsektorn att 2015 vara ca 9 procent av kommunernas totala utgifter, dvs. ca 4,1 miljarder euro.

En betydande del av avtalen inom kommunsektorn gäller lokaler. Utöver sedvanliga hyreskontrakt finns det många olika varianter och modeller på s.k. fastighetsleasingavtal, vilka i regel är långfristiga avtal om rätten att använda byggnader. De olika avtalstyperna skiljer sig från varandra närmast i fråga om huruvida avtalet gäller en rätt eller skyldighet att lösa in objektet när avtalsperioden går ut eller inte. Hyresavtal ingås inte bara med aktörer utanför kommunsektorn utan även i stor utsträckning med dottersammanslutningar till kommunen eller samkommunen, dvs. med ovan avsedda fastighetsaktiebolag.

Uleåborgs stad äger exempelvis lokaler på 128 113 m² rumsyta och hyr lokaler på 31 603 m² rumsyta av utomstående för social- och hälsovården. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt har nästan 200 hyresavtal, vilket till stor del beror på samkommunens stora verksamhetsområde.

2.15.4 Samkommunerna inom social- och hälsovård

Sjukvårdsdistrikten är de största samkommunerna för social- och hälsovård om man ser till driftsekonomin, antalet anställda och egendomen. Sjukvårdsdistriktens verksamhetsintäkter uppgick 2014 till 7 250 miljoner euro och verksamhetskostnaderna till sammanlagt 6 900 miljoner euro. Det största sjukvårdsdistriktet, dvs. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, hade verksamhetskostnader på ca 1 785 miljoner euro, medan det minsta sjukvårdsdistriktet, dvs. Östra Savolax sjukvårdsdistrikt, hade verksamhetskostnader på ca 82 miljoner euro.

Samkommunernas lånestock uppgick vid utgången av 2014 till 2 999 miljoner euro, vilket betyder att lånen uppgick till i genomsnitt 550 euro per invånare. Samkommunerna inom social- och hälsovården stod för en andel på 1 352 miljoner euro. Den relativa skuldsättningsgraden i samtliga samkommuner var 40,1 procent och soliditeten 40,7 procent. Den relativa skuldsättningsgraden i samkommunerna för social- och hälsovård varierade mellan 20,2 och 55,7 pro-

cent. Den största relativa skuldsättningsgraden fanns i samkommuner för barnskyddet. Soliditeten varierade mellan 21,8 och 66,6 procent. Soliditeten var lägst i samkommuner för åldringsvården. Samkommunerna hade i balansräkningen för 2014 byggnader till ett värde av 3 581 miljoner euro, varav 2 228 miljoner euro i samkommuner för social- och hälsovård. Av alla samkommuner hade samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt mest lån (259 miljoner euro) och samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt näst mest lån (204 miljoner euro).

En del av samkommunerna för social- och hälsovård uppvisade ett betydande underskott. De största underskotten i balansräkningarna för samkommunerna för social- och hälsovård på basis av boksluten för 2014 (1000 €):

Samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt	-25 535
Carea - Samkommunen för sjukvårds- och socialtjänster i Kymmenedalen	-24 849
Samkommunen för Södra Karelen social- och hälsovård (EKSOTE)	-24 802
Samkommunen för Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt	-18 324
Samkommunen för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt	-15 753
Samkommunen för Norra Savolax sjukvårdsdistrikt	-11 675
Samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt	-10 025
Samkommunen för Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt	-5 863
Samkommunen för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt	-5 459
Samkommunen Riihimäen seudun terveyseskuksen kuntayhtymä	-3 885
Samkommunen för Päijät-Häme social- och hälsovård	-3 594
Samkommunen för Forssaregionens hälsovård	-3 021
Samkommunen för Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt	-3 012
Samkommunen Eteva	-2 103
Samkommunen Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä	-1 658
Oulunkaari samkommun OSOTE	-1 354

Koncernstrukturen hos samkommunerna för social- och hälsovård har behandlats tidigare under punkten aktier och andelar.

Av alla samkommuner hade 36 upprättat ett koncernbokslut 2014. Ändringarna mellan uppgifterna om samkommunerna för social- och hälsovård och uppgifterna på koncernnivå var relativt små. I koncernbokslutet för samkommunen för Södra Karelen social- och hälsovård uppgick underskottet till 24,0 miljoner euro och i koncernbokslutet för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt till 25,7 miljoner euro, vilket i praktiken motsvarar samkommunernas eget underskott. Ändringarna var störst i fråga om lånestocken. På koncernnivå hade samkommunerna lån på 2 979 miljoner euro, vilket även inbegriper lån som samkommunernas dottersammanslutningar, t.ex. fastighetsaktiebolag, har.

Upplösning av samkommuner för social- och hälsovård

Ansvar för ordnandet av de uppgifter som sköts av samkommuner för social- och hälsovård kommer att överföras till självstyrande områden. När en samkommuns uppgifter överförs till ett självstyrande område, ska samkommunen i regel upplösas eller dess grundavtal ändras i överensstämmelse med de nya uppgifter för samkommunen som eventuellt blivit kvar.

Enligt 56 § i kommunallagen ska det i grundavtalet för en samkommun bestämmas om medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt om annat som gäller samkommunens ekonomi. I grundavtalet ska det också bestämmas om förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen samt om ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten. I kommunallagen ingår det inte några andra bestämmelser om upplösning av en samkommun eller om utträde ur en samkommun. Inte heller bokföringslagen eller någon annan lagstiftning innehåller bestämmelser om upplösning av en samkommun, utan upplösning är ett avtalsärende mellan medlemskommunerna som förutsätter beslut av medlemskommunernas fullmäktige.

Medlemskommunens andel i en samkommun är den post som hör till medlemskommunens balansräkning. I medlemskommunernas balansräkningar (aktier och andelar i form av placeringar) framställs utgifterna för anskaffningen av samkommunsandelarna. Anskaffningsutgiften i medlemskommunens balansräkning och medlemskommunens andel av samkommunens grundkapital motsvarar inte nödvändigtvis varandra. En eventuell skillnad realiseras i samband med att en samkommun upplöses och inverkar på resultatet i kommunens bokslut. Dessa skillnader borde dock inte vara anmärkningsvärt stora, även om de exempelvis som granskades under beredningen visade att skillnaden för den största medlemskommunens del var mer än -1,0 miljoner euro.

Senast när samkommunerna upplöses måste medlemskommunerna svara för sin andel av samkommunens underskott. Ansvarsförhållandena mellan medlemskommunerna vid täckandet av underskott grundar sig på villkoren i grundavtalen för samkommunerna. I regel svarar medlemskommunerna för samkommunens underskott i förhållande till sina medlemsandelar. Underskotten har sannolikt till stor del uppkommit på grund av att priserna på samkommunens tjänster och de utgifter som tjänsteproduktionen föranleder inte har motsvarat varandra. Det kan också finnas sådana skillnader i bakgrunden till underskottet och i beräkningsprinciperna som delvis uppkommit redan vid övergången till det nuvarande bokföringssystemet.

Bokföringsnämndens kommunsektion har i sitt utlåtande 110/2015 tagit ställning till behandlingen av en samkommuns underskott i medlemskommunernas bokföring. Enligt utlåtandet ska medlemskommunen bokföra sin andel av samkommunens underskott som avsättning, om underskottet sannolikt inte kan täckas inom en nära framtid genom t.ex. andra åtgärder som samkommunen beslutar om. Om inga åtgärder för att täcka samkommunens underskott har vidtagits eller planerats anser kommunsektionen att medlemskommunen ska ha särskilda grunder för att kunna motivera att förutsättningarna för en avsättning i kommunens bokslut inte uppfylls. Eftersom utlåtandet har getts först i början av 2015 finns det inte ännu några uppgifter om i vilken utsträckning kommunerna har gjort sådana avsättningar som avses i utlåtandet i samband med boksluten för 2014.

När medlemskommunerna har beslutat att upplösa en samkommun genomförs en likvidation av samkommunen. Vid likvidationen fattas det beslut om hur medlemskommunerna svarar för samkommunens förbindelser och om hur samkommunens tillgångar fördelas. Även överföringen av samkommunens gällande ansvarsförbindelser ska utredas när en samkommun upplöses.

I 5 kap. 14 § i bokföringslagen finns det bestämmelser om avsättningar. I samkommunerna för sjukvårdsdistrikten är i synnerhet ansvarsförsäkringarna för patientskador sådana avsättningar som avses i bestämmelsen. Patientskadelagen revideras just nu, men för närvarande fungerar systemet så att alla sjukvårdsdistrikt utom ett har tecknat en sådan försäkring hos Patientförsäkringscentralen som avses i den gällande lagen. Försäkringspremierna är indelade i en kontantbetalning och en ansvarsskuld. De ersättningsreserver som ska betalas i framtiden kvarstår som skuld. Eftersom nya patientskador inträffar varje år och dessa till stor del dock inte genast realiserar till betalning, utan det görs avsättningar för dem, har skuldbeloppet ökat varje år. De årliga kontantbetalningarna har de senaste åren uppgått till 25–31 miljoner euro inom den offentliga sektorn. Ökningen av skulden har årligen varierat mellan 1 och 42 miljoner euro. Sjukvårdsdistrikten ansvarar för kostnaderna för patientförsäkringen i kommunerna och samkommunerna för hälso- och sjukvård inom sitt område. På 2015 års nivå uppgår sjukvårdsdistriktens ansvar för ansvarsförsäkringen för patientskador till sammanlagt ca 418 miljoner euro. Vid upplösningen av samkommuner har det iakttagits ett förfarande där avsättningarna i den samkommun som upplöses tas upp i medlemskommunens balansräkning, om de förpliktelser och ansvarsförbindelser som de grundar sig på gäller uppgifter som återförs till medlemskommunen.

2.15.5 Kommunsektorns egendom i anslutning till räddningstvåsen

Räddningstjänstens egendom kan tydligt särskiljas från kommunernas egendom, eftersom tolv av de regionala räddningstjänsterna är en kommunal balansenhet, åtta är ett kommunalt affärsverk enligt kommunallagen, ett är en samkommuns balansenhet och ett är en samkommuns affärsverk.

Enligt bokslutsuppgifterna för 2014 uppgick kommunernas sammanlagda betalningssandel för de regionala räddningstjänsterna till ca 400 miljoner euro. Summan inbegriper kommunernas betalningsandelar för omkostnader och investeringar, med vissa undantag och även med undantag för prehospitalkostnader. I bokslutsuppgifterna ingår inte sådana investeringar i räddningstvåsen som finansieras av staten och som har överlåtits till räddningstjänsterna.

Fastigheter och lokaler i räddningstjänstens bruk

Enligt en utredning som gjordes i december 2015 har räddningstjänsterna sammanlagt 834 byggnader i användning. Av dessa äger kommunerna 603, avtalsbrandkårerna 170, privata aktörer 46 och andra aktörer 15 byggnader. De sammanlagda hyreskostnaderna på basis av de hyresavtal som ingåtts om lokalerna uppgick till mer än 52 miljoner euro i bokslutet för 2014.

Räddningstjänsterna har både nya och gamla stationsbyggnader. Av de brandstationer som räddningstjänsterna använder är en del ända från 1960-talet, och därför finns det ett behov av investeringar i reparationer och ombyggnader, även om stationsbyggnaderna delvis har moderniserats för att motsvara de funktionella kraven. Det finns också brandstationsbyggnader som har ett betydande kulturhistoriskt värde. Enligt utredningen har räddningstjänsterna utöver byggnaderna även 26 övningsområden.

Materiel

Räddningstjänstens ekonomiskt mest betydelsefulla materiel består av fordon och farkoster. Enligt en utredning från december 2015 har räddningstjänsterna ca 3 700 fordon, vilket även inkluderar farkoster och ambulanser. Dessutom har räddningstjänsterna ca 150 leasingfordon, varav största delen är ambulanser.

Det sammanlagda balansvärdet för de fordon, det materiel och de fartyg som räddningsväsendet äger uppgick den 31 december 2014 till 75,7 miljoner euro. Siffran innehåller inte balansvärdet för fordon och materiel inom den prehospitla akutsjukvården. Enligt en utredning som gjorts på basis av uppgifter från 2010 varierade genomsnittsåldern på räddningsväsendets materiel mellan 7 och 17 år.

Räddningsverkens avtal

Räddningsverkens centrala avtalsstock består av hyresavtal, brandkårsavtal med avtalsbrandkåreerna, leasing- och upphandlingsavtal samt sotningsavtal. Dessutom har områdena ingått avtal om ömsesidigt samarbete, t.ex. om funktioner i anslutning till räddningsverksamhets lägescentral, avtal om samarbete med andra säkerhetsmyndigheter och avtal i anslutning till den prehospitla akutsjukvården. Det finns även olika avtal i anslutning till IKT-tjänsterna och tjänsterna i anslutning till ekonomi- och personalförvaltningen.

Tidpunkten för när avtalen löper ut varierar och det finns inte någon riksomfattande databas över dem.

Skulder

De skulder som hänför sig till räddningsväsendets investeringar uppgick till 21,3 miljoner euro vid utgången av 2014, varav 2,3 miljoner kan anses avse den prehospitla akutsjukvården.

2.16 Personal

2.16.1 Antal anställda och personalstruktur

Var femte löntagare i Finland arbetar inom kommunsektorn. I oktober 2014 arbetade sammanlagt 429 000 anställda i kommuner och samkommuner. Därtill hade drygt 30 000 personer arbets- eller tjänstledighet utan lön. (Källa: Statistikcentralen, Lönerna inom kommunsektorn)

Social- och hälsovårdsreformen och landskapsreformen omfattar kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland. Enligt regeringens riktlinjer överförs uppskattningsvis sammanlagt 213 300 personer till de framtida landskapen, och uppskattningsvis 213 800 anställda blir kvar i kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland.

Inom kommunernas och samkommunernas social- och hälsotjänster fanns det 2014 sammanlagt 202 500 anställda. Av dessa arbetade 104 000 (51 %) i kommuner och 98 500 (49 %) i samkommuner. Social- och hälsotjänster omfattar bland annat primärvård, specialiserad sjukvård, tandvård, hemservice och annan äldreomsorg, handikappvård, tjänster inom barnskyddet och andra tjänster inom socialarbete samt nödvändig förvaltning.

I Statistikcentralens näringsgrensindelning är barndagvård och småbarnspedagogik placerade under socialväsendet, men i kommunerna har verksamheten överförts så att den lyder under bildningsväsendet. Barndagvården och småbarnspedagogiken överförs inte till landskapen och ingår inte ovannämnda antal (202 500).

De vanligaste yrkesbeteckningarna inom den kommunala vårdsektorn är sjukskötare, närvårdare, hälsovårdare och lokalvårdare.

I oktober 2014 var 17 procent av social- och hälsovårdspersonalen anställda i tjänsteförhållande och 83 procent i arbetsavtalsförhållande. I regel är alla andra kommunala läkare förutom tandläkare vid en hälsovårdscentral anställda i tjänsteförhållande.

Inom det kommunala räddningsväsendet arbetade 2014 sammanlagt 5 800 personer. De vanligaste yrkesbeteckningarna inom brand- och räddningsväsendet är brandman, förstavårdare, överbrandman och brandförman. Största delen av dem som deltar i räddningsverksamhet är i tjänsteförhållande.

Kvinnornas andel av alla kommunanställda är 80 procent, och personalens genomsnittliga ålder är cirka 45 år.

Av kommunernas och samkommunernas utgifter utgör ungefär hälften personalutgifter. Arbetskraftskostnaderna i kommunsektorn var 2014 sammanlagt 21,2 miljarder euro. Av denna summa var 16,3 miljarder euro lönekostnader och 4,9 miljarder euro sådana arbetspensions- och andra socialförsäkringsavgifter som arbetsgivaren betalar. År 2015 uppgick kommunernas och samkommunernas sammanlagda arbetskraftskostnader till uppskattningsvis 21 miljarder euro, varav lönekostnaderna var 16,1 miljarder euro och de arbetspensions- och andra indirekta socialförsäkringsavgifter som arbetsgivaren betalar 4,9 miljarder euro.

Arbetskraftskostnaderna för den personal som överförs till de framtida landskapen kommer uppskattningsvis att uppgå till 11,1 miljarder euro per år, dvs. ca 53 procent av kommunsektorns nuvarande arbetskraftskostnader.

Mellan åren 2000 och 2012 har den offentliga sektorns andel av antalet sysselsatta inom social- och hälsovården sjunkit med mer än sju procentenheter. År 2012 arbetade ungefär 70 procent av de sysselsatta i social- och hälso-tjänster inom den offentliga sektorn. Enligt Statens ekonomiska forskningscentralers prognos fram till 2030 kommer antalet sysselsatta inom social- och hälsovården att från 2012 till 2030 öka med ungefär 79 000 personer, varav ca 65 procent kommer att arbeta inom den offentliga sektorn. Den årliga ökningen är ungefär 1–2 procent, dvs. i genomsnitt 4 400 personer per år. Enligt prognosen sker ökningen i synnerhet inom de privata social- och hälso-tjänsterna (källa: VATT Undersökningar 181/2015).

2.16.2 Lagstiftning som tillämpas på personalen

Enligt kommunallagen ska kommunala uppgifter i vilka offentlig makt utövas skötas i tjänsteförhållande. Bestämmelser om kommunala tjänsteförhållanden finns i kommunallagen och i lagen om kommunala tjänsteinnehavare (304/2003). I kommunallagen föreskrivs bland annat om inrättande och indragning av tjänster. I lagen om kommunala tjänsteinnehavare ingår bland annat bestämmelser om tjänsteförhållandets början, tjänsteinnehavarens allmänna skyldigheter, uppsägning och hävning av ett tjänsteförhållande, permittering och tjänsteförhållanden för viss tid.

Statens personal är huvudsakligen anställd i tjänsteförhållande. Bestämmelser om tjänstemännens rättsliga ställning finns i statstjänstemannalagen (750/1994). Syftet med lagen är att säkerställa att statens uppgifter sköts på ett resultatgivande och ändamålsenligt sätt samt så att kraven på rättssäkerhet uppfylls och att säkerställa tjänstemannens rättigheter i förhållande till arbetsgivaren. Bestämmelser om inrättande, överföring, indragning och ändring av tjänster finns i statstjänstemannalagen och dessutom i statstjänstemannaförordningen (971/1994).

De centrala bestämmelserna om kommunala och statliga arbetstagare, dvs. anställda i arbetsavtalsförhållande, finns i arbetsavtalslagen (55/2001). Den rättsliga ställningen för kommunala och statliga arbetstagare bestäms i huvudsak på samma sätt som inom den privata sektorn,

men kommunalt och statligt anställda arbetstagare har ändå ett mera omfattande straffrättsligt ansvar än arbetstagare inom den privata sektorn. Också arbetsgivarens rätt att ingå kollektivavtal avviker från det som gäller för den privata sektorn.

I speciallagstiftningen kan det finnas särskilda bestämmelser som gäller vissa grupper av tjänsteinnehavare. I strafflagen (39/1889) regleras tjänsteinnehavarnas straffrättsliga tjänsteansvar. Tjänsteinnehavarnas skadeståndsansvar bestäms enligt skadeståndslagen (412/1974).

Skadeståndsansvaret för kommunalt och statligt anställda är inte beroende av anställningsförhållandets form, utan ett offentligt samfund är skyldigt att ersätta en skada som har förorsakats genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning. Samma skadeståndsskyldighet åligger ett annat samfund som på grund av lag, förordning eller bemyndigande i lag har hand om en offentlig uppgift.

2.16.3 Pensioner

Keva sköter pensionsärendena för kommunsektorns, statens, kyrkans och FPA:s personal. Keva är ett självständigt offentligrättsligt samfund, vars verksamhet grundar sig på lagen om kommunala pensioner (KomPL). Keva har hand om arbetspensionstjänsterna för ca 1,3 miljoner anställda och pensionstagare inom den offentliga sektorn.

Vid utgången av 2014 hade Keva 974 medlemssamfund som arbetsgivarkunder. Till medlemssamfunden hör alla Finlands städer, kommuner och samkommuner samt en del av de kommunala föreningarna och aktiebolagen. Därtill har Keva 1 328 arbetsgivarkunder inom staten och kyrkan.

Keva ansvarar för finansieringen av pensionerna för kommunsektorns personal och för placeringen av pensionsmedlen. Pensionerna finansieras med avgifter som tas ut av arbetsgivarna och arbetstagarna inom kommunsektorn. Utgångspunkten för finansieringen av det kommunala pensionssystemet är hela kommunsektorns gemensamma ansvar. Pensionsanstaltens delegation beslutar om hur pensionsanstaltens utgifter fördelas på medlemssamfunden. Delegationen fastställer även storleken på den kommunala pensionsavgiften. Kevas avgiftsinkomster uppgick till ca 5 miljarder euro 2014.

Med hjälp av pensionsansvarsfonden förbereder man sig på framtida pensionsansvar. Fonden är till sin karaktär en buffertfond. Kevas delegation beslutar årligen om det belopp som ska överföras till pensionsansvarsfonden. Fondens medel ska enligt lagen om kommunala pensioner placeras så att placeringarnas säkerhet, avkastning och likviditet tryggas samt placeringarna diversifieras. Placeringstillgångarna uppgår till ca 41,4 miljarder euro (31.12.2014).

Enligt Kevas prognos kommer 223 000 anställda inom kommunsektorn att gå i pension under 2006–2020, vilket är mer än hälften av alla nuvarande anställda. Detta innebär att pensionskostnaderna inom kommunsektorn ökar avsevärt och att det ställs stora krav på rekryteringen. Den belastning som pensionskostnaderna medför kan delvis minskas genom fondering av pensionsskyddet.

Vid utgången av 2013 var 524 211 personer försäkrade enligt lagen om kommunala pensioner, varav andelen kvinnor var ca 77 procent. De försäkrades medelålder var 45,4 år, vilket är lägre än inom den offentliga sektorn i genomsnitt.

De kommunala pensionsavgifterna består huvudsakligen av två delar, en lönebaserad pensionsavgift och en pensionsutgiftsbaserad avgift.

Den lönebaserade pensionsavgiften (inklusive förtidsavgiften) har fastställts så att den i snitt är lika stor som den privata sektorns ArPL-avgifter. Denna lönebaserade avgift betalas av alla organisationer inom kommunsektorn, dvs. kommuner, samkommuner och de kommunala bolag som är medlemsorganisationer i Keva.

Den lönebaserade pensionsavgiften kompletteras av en pensionsutgiftsbaserad avgift, genom vilken den resterande delen av avgifterna samlas in, om inte intäkterna av pensionsavgiften på ArPL-nivå räcker till. Storleken på den varierar årligen mellan 5 och 6 procent. Genom den pensionsutgiftsbaserade avgiften täcks det bättre pensionsskydd för de anställda som intjänats före pensionsreformerna samt de tilläggskostnader som följer av den kvinnodominerade strukturen i kommunsektorn, som t.ex. av en längre livslängd hos kvinnor. Sådana organisationer som har inrättats efter 2005 betalar inte någon pensionsutgiftsbaserad avgift, vilket innebär att tilläggsansvaret till största delen bärs av kommunerna och samkommunerna. Endast en del av kommunernas privaträttsliga organisationer, t.ex. kommunala bolag, betalar pensionsutgiftsbaserade avgifter.

Även om ovan nämnda förfarande framför allt har tagits i bruk för att täcka de ökade utgifterna, har förfarandet inneburit att de privata organisationer som kommunerna äger har förblivit medlemssamfund i Keva.

När det gäller statsanställda fastställs de årliga pensionsavgifterna så att de följer principerna för full fondering, och Statens pensionsfond täcker årligen 40 procent av pensionsutgifterna. Resten, som inte täcks av de uppburna pensionsavgifterna, betalas direkt ur statsbudgeten till Keva för utbetalningen av pensioner. För de statsanställdas del är alltså Keva den som tekniskt uppbär pensionsavgifterna och betalar ut pensionsskyddet. Kostnaderna för detta täcks i sin helhet av staten.

Alla pensionslagar inom den offentliga sektorn kommer att slås samman till en pensionslag för den offentliga sektorn (OffPL) den 1 januari 2017.

2.16.4 Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar

Enligt 2 § 3 mom. i grundlagen ska all utövning av offentlig makt bygga på lag. I 124 § i grundlagen anges de villkor som ska iaktas när offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter. Enligt paragrafen kan offentliga förvaltningsuppgifter endast genom lag eller med stöd av lag anförtros andra än myndigheter, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning.

Begreppet offentliga förvaltningsuppgifter är ett vidare begrepp än begreppet utövning av offentlig makt och avser ett förhållandevis brett spektrum av förvaltningsuppgifter som omfattar exempelvis uppgifter i anslutning till verkställighet av lagar samt beslut om enskilda personers och sammanslutningars rättigheter, skyldigheter och förmåner. Offentlig makt utövas inte i samband med sedvanlig vård av och omsorg om patienter eller socialvårdsklienter. Högsta förvaltningsdomstolen har dock i sitt avgörande HFD 2012:63 ansett att skrivandet av en i mentalvårdslagen avsedd observationsremiss innefattar utövning av offentlig makt.

Utgångspunkten är att bara de som står i tjänsteförhållande har rätt att utöva offentlig makt. Detta kan dock frångås genom bestämmelser om att uppgiften anförtros någon annan än en myndighet under de förutsättningar som anges i 124 § i grundlagen. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får bara anförtros myndigheter. Som betydande utövning av offentlig makt betraktas t.ex. på självständig prövning baserad rätt att använda makt-

medel eller att på något annat betydande sätt ingripa i en enskild persons grundläggande fri- och rättigheter.

Kommunerna och samkommunerna har personal såväl i tjänsteförhållande som i arbetsavtalsförhållande. Enligt 87 § 2 mom. i kommunallagen ska uppgifter i vilka offentlig makt utövas skötas i tjänsteförhållande. I enlighet med 57 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen och samkommunen ha nödvändig personal för de uppgifter vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården där det ingår att utöva offentlig makt. En person vars uppgifter omfattar utövning av offentlig makt ska stå i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen. Enligt 10 § i 1982 års socialvårdslag ska kommunen till sitt förfogande ha tjänster vilka tillhandahålls av en tjänsteinnehavare som deltar i klientarbetet och har yrkesmässig behörighet som socialarbetare.

Dessa allmänna bestämmelser om användningsområdet för tjänsteförhållanden styr valet av anställningslag i kommuner och samkommuner. Det är emellertid möjligt att avvika från bestämmelserna genom att särskilt föreskriva om undantag genom lag. Eftersom det samtidigt är fråga om att offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter, ska regleringen uppfylla kraven enligt 124 § i grundlagen.

I kommunallagen och i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) har det för kommunerna och samkommunerna uttryckligen angetts möjlighet att anlita även tjänster som tillhandahålls av privata tjänsteproducenter. Det som i 124 § i grundlagen föreskrivs om överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter sätter emellertid gränser för utläggningen av kommunalt anordnad social- och hälsovård. Personalen hos privata tjänsteproducenter står alltid i arbetsavtalsförhållande. Anställda hos dessa kan följaktligen inte utöva offentlig makt och handlar inte under tjänsteansvar, om inte något annat föreskrivs i lag. Detsamma gäller självständiga yrkesutövare.

Bestämmelser om ansvar för ämbetsåtgärder finns i 118 § i grundlagen. I tjänsteansvaret ingår både skadeståndsrättsligt och straffrättsligt ansvar. Bestämmelser om straffrättsligt tjänsteansvar finns i 40 kap. i strafflagen. I 40 kap. 11 § definieras vem som ska betraktas som tjänsteman och vilka andra grupper av personer som omfattas av tillämpningsområdet för bestämmelserna om tjänstebrott. Enligt 12 § 1 mom. i kapitlet ska bestämmelserna om tjänstemän även tillämpas på personer som utövar offentlig makt. Enligt 2 mom. i samma paragraf ska bestämmelserna i 1–3, 5 och 14 § i kapitlet tillämpas på offentligt anställda arbetstagare, dock inte avsättningspåföljden. Med offentligt anställd arbetstagare avses enligt 40 kap. 11 § 3 punkten i strafflagen den som står i arbetsavtalsförhållande till staten, till en kommun eller till en samkommun eller till något annat offentligt samfund eller en inrättning som nämns i den paragrafen. Om en offentligt anställd arbetstagare utövar offentlig makt i sina uppgifter, betraktas han eller hon som en person som utövar offentlig makt och bestämmelserna om personer som utövar offentlig makt ska tillämpas på honom eller henne.

Det som i 3 kap. 2 § i skadeståndslagen bestäms om vållande av den som utövar offentlig makt tillämpas förutom på offentliga samfund också på andra samfund som på grund av lagar, förordningar eller bemyndiganden i lag har hand om offentliga uppgifter och i samband med de uppgifterna utövar offentlig makt. Enligt bestämmelsen är offentliga samfund skyldiga att ersätta skada som orsakats genom fel eller försummelse vid utövning av offentlig makt. Ersättningsskyldighet inträder dock bara om de krav blivit åsidosatta som med hänsyn till verksamhetens art och ändamål skäligen kan ställas på fullgörandet av åtgärden eller uppgiften.

2.16.5 Överlåtelse av rörelse

Enligt 1 kap. 10 § i arbetsavtalslagen ska de rättigheter och skyldigheter som följer av anställningsförhållandena vid en överlåtelse av rörelse övergå som sådana på rörelsens nya innehavare. I lagen om kommunala tjänsteinnehavare regleras överlåtelse av rörelse särskilt för tjänsteinnehavares del. I statstjänstemannalagen (1548/2011) finns likaså i stort sett likadana bestämmelser som i lagen om kommunala tjänsteinnehavare. Avsikten är att bestämmelserna ska motsvara artikel 1 i överlåtelsedirektivet.

En omorganisering av förvaltningsmyndigheterna eller en överlåtelse av förvaltningsfunktioner mellan förvaltningsmyndigheterna ska dock inte betraktas som en överlåtelse enligt direktivet. Genom speciallagar är det dock möjligt att föreskriva att bestämmelserna om överlåtelse av rörelse och om dess konsekvenser för anställningsförhållandena ska iakttas i samband med omorganiseringen av offentliga samfund (t.ex. 13 § 2 mom. i lagen om en kommun- och servicestrukturreform: ”De omorganiseringar som avses i denna lag och som leder till att personalen byter arbetsgivare betraktas som överlåtelse av rörelse.”)

Med överlåtelse av rörelse avses allmänt en situation där ett företag eller en funktionell del av det överlåts till ett annat företag på så sätt att den överlåtna affärsverksamheten behåller sin identitet och verksamheten fortsätter utan avbrott. I den regeringsproposition genom vilken arbetsavtalslagen stiftades (RP 157/2000) har det också förutsatts att rörelsen efter överlåtelsern förblir oförändrad eller likartad.

I samband med överlåtelse av en rörelse övergår de personer som är anställda inom den överlåtna affärsverksamheten automatiskt till förvärvaren som s.k. gamla arbetstagare med oförändrade villkor. Avsikten är att skydda arbetstagarna från uppsägningar.

2.16.6 Tjänste- och arbetskollektivavtal som tillämpas på personalen

Anställningsvillkoren för kommunala tjänsteinnehavare och arbetstagare regleras i de kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalen. De kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalen gäller i regel all personal oavsett anställningsform. En del avtalsbestämmelser gäller endast tjänsteinnehavare och andra endast arbetstagare.

I lagen om kommunala tjänstekollektivavtal (669/1970) föreskrivs om förfarandet för överenskommelse om tjänsteinnehavarnas lön och övriga villkor i tjänsteförhållandet samt om de frågor i vilka överenskommelse inte kan träffas. I lagen om kommunala arbetsmarknadsverket (254/1993) föreskrivs om det kommunala arbetsverkets ställning och uppgifter.

År 2014 omfattades social- och hälsovårdspersonalen av fem kommunala tjänste- och arbetskollektivavtal. För kommunernas och samkommunernas del finns följande separata avtal:

- det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA, gäller alla branscher som nedannämnda avtal inte gäller, inklusive social- och hälsovårdspersonal),
- tjänste- och arbetskollektivavtalet för undervisningspersonal (UKTA),
- tjänstekollektivavtalet för läkare (LÅKTA), och
- tjänste- och arbetskollektivavtalet för teknisk personal (TS), samt
- kollektivavtalet för timavlönade (TIM-AKA).

Alla avtal, förutom UKTA, gäller den personal som övergår till landskapen.

De nuvarande kommunala affärsverken (en kommuns affärsverk, en samkommuns affärsverk och en affärsverkskommun) utgör en del av en kommuns eller samkommuns egentliga organisation, och deras personal och intressebevakning jämföras med anställda inom kommunsektorn.

Föreningen AVAINTA Arbetsgivarna rf sköter arbetsgivarnas intressebevakning för aktieföretag eller stiftelser där kommuner eller samkommuner har bestämmande inflytande, andra sammanslutningar eller stiftelser samt privata tjänsteproducenter. Dess beslutsfattande är kopplat till den representation som Finlands Kommunförbund, kommunerna och de nämnda sammanslutningarna har. AVAINTA Arbetsgivarna rf:s avtalsverksamhet omfattar totalt ca 650 organisationer och 36 000 personer. Av dessa finns ca 8000 personer inom social- och hälsovården (inrättningar för vård och omsorg, servicehus, företagshälsovårdsstationer, läkarstationer, hushållstjänster osv.).

AVAINTA Arbetsgivarna rf har ett allmänt kollektivavtal som täcker alla dess branscher. Det finns små skillnader i anställningsvillkoren mellan den privata sektorns och kommunernas avtal, men lönerna och övriga villkor är till stor del likadana.

Dessutom har en del av de kommunala bolagen, samkommunerna och stiftelserna samt föreningarna kommit överens om intressebevakningen med medlemsförbunden inom Finlands näringsliv EK, varvid avtalen inom dessa branscher tillämpas (knappt 2 600 anställda).

På landskapsförbundens personal tillämpas det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet.

Anställningsvillkoren för statliga tjänstemän och arbetstagare regleras i statens tjänste- och arbetskollektivavtal som är gemensamt för alla. Statens tjänste- och arbetskollektivavtal gäller de anställda vid statens ämbetsverk och inrättningar oavsett anställningsform. Vissa avtalsbestämmelser tillämpas endast på tjänsteinnehavare, och i fråga om vissa personalgrupper har det inom förvaltningsområdena avtalats om preciserande tjänste- och arbetskollektivavtal.

I lagen om statens tjänstekollektivavtal (664/1970) föreskrivs om förfarandet för överenskommelse om tjänstemännens lön och övriga villkor i tjänsteförhållandet samt om de frågor i vilka överenskommelse inte kan träffas. Bestämmelser om Statens arbetsmarknadsverk finns på lagnivå i reglementet för statsrådet och närmare i en förordning av finansministeriet.

2.16.7 Intressebevakning för arbetsgivare

I lagen om kommunala arbetsmarknadsverket (254/1993) föreskrivs om det kommunala arbetsverkets ställning och uppgifter. Enligt lagen bevakar kommunala arbetsmarknadsverket kommunernas och samkommunernas intressen i arbetsmarknadsfrågor och förhandlar och avtalar på deras vägnar om anställningsvillkoren för kommunala tjänsteinnehavare och arbetstagare. Kommunala arbetsmarknadsverket kan också ge rekommendationer om allmänna anställningsfrågor, om resultatriktningen i den kommunala serviceproduktionen och om arbetslivskvaliteten. I lagen ingår också bestämmelser om arbetsmarknadsverkets ekonomi och kommunernas betalningsandelar. Utgifterna för arbetsmarknadsverket tas hos kommunerna ut i form av betalningsandelar som till hälften bestäms i förhållande till kommunalskattesatsen och till hälften i förhållande till invånarantalet.

Kommunala arbetsmarknadsverket har sedan 1993 varit en del av Finlands Kommunförbund. Verket tog 2010 även namnet KT Kommunarbetsgivarna i bruk.

KT Kommunarbetsgivarnas beslutanderätt utövas av dess delegation. Finansministeriet förordnar delegationens medlemmar för en fyraårsperiod som börjar den 1 oktober året efter ett kommunalval. Delegationen består av 11 medlemmar med en personlig suppleant för var och en av dem. Medlemmarna i delegationen för KT Kommunarbetsgivarna representerar den kommunala arbetsgivaren och står i ett centralt förtroendeuppdrags- eller anställningsförhållande till en kommun, en samkommun eller kommunernas centralorganisation. När medlemmar förordnas ska tas hänsyn till de rådande politiska styrkeförhållandena i kommunerna samt opartiskhet.

Bestämmelser om det kommunala systemet med tjänste- och arbetskollektivavtal finns i lagen om kommunala tjänstekollektivavtal (669/1970) och i lagen om kommunala arbetskollektivavtal (670/1970).

Det finns cirka 429 000 anställda i kommunsektorn. Kommunsektorns avtalssystem omfattar kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland samt kommunala affärsverk och löntagare i anställning hos dem.

Inom kommunsektorn finns fem avtalsområden: det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA), tjänste- och arbetskollektivavtalet för undervisningspersonal (UKTA), tjänste- och arbetskollektivavtalet för teknisk personal (TS), tjänstekollektivavtalet för läkare (LÄKTA) och arbetskollektivavtalet för timavlönade (TIM-AKA). Utöver dessa omfattas ett hundratal arbetstagare av kollektivavtalet för musiker vid stadsorkestrar och kollektivavtalet för skådespelare vid stadsteatrar. De kommunala arbets- och tjänstekollektivavtalen avtalas och förhandlas med de huvudavtalsorganisationer som representerar personalen. Förhandlings- och avtalsparterna har överenskommit i det kommunala huvudavtalet. Förhandlingssystemet har enligt behov reviderats så att det motsvarar fältet av arbetsmarknadsorganisationer. KT Kommunarbetsgivarnas och de lokala arbetsgivarnas förhandlingsparter är numera Kunta-alan unioni, Kommunsektorns utbildade vårdpersonal KoHo och Förhandlingsorganisationen för offentliga sektorns utbildade FOSU. Var och en av dessa representerar 29–30 procent av de anställda.

Intressebevakningen för kommunala affärsverk sker i samma ordning. Intressebevakningen för arbetsgivarna i bolag som ägs eller kontrolleras av kommunerna åläggs inte KT Kommunarbetsgivarna i lagen om kommunala arbetsmarknadsverket. En del av dessa bolag har organiserat sig i Avainta ry, som inte hör till centralorganisationerna på arbetsmarknaden, en del åter i arbetsgivarförbund som lyder under Finlands näringsliv.

Kommunala arbetsmarknadsverket representerar för närvarande kommuner och samkommuner i internationella ärenden. Arbetsmarknadsverket är medlem i CEEP tillsammans med Statens arbetsmarknadsverk. CEEP är en europeisk arbetsgivarorganisation som består av offentliga arbetsgivare. Arbetsmarknadsverket är medlem också i arbetsgivarforumet CEMR som är en intressebevakningsorganisation inom kommunsektorn, arbetsgivarorganisationen för sjukhussektorn HOSPEEM (European Hospital and Healthcare Employers' Association) samt arbetsgivarorganisationen för undervisningssektorn EFEE (The European Federation of Education Employers). Dessutom representeras arbetsmarknadsverket i EU-beredningssektionerna vid de ministerier som är centrala med tanke på verksamheten.

2.17 Internationell jämförelse

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

De nordiska länderna

Norge

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

Norge är indelat i 428 kommuner och 18 fylkeskommuner. Oslo sköter både de uppgifter som hör till kommunen och de uppgifter som hör till fylkeskommunen. Indelningen i fylkeskommuner sammanfaller med områdesindelningen för den statliga regionalförvaltningsmyndigheten (fylkesmannsembetet). Invånarantalet i den minsta fylkeskommunen är ca 75 000 och i den största fylkeskommunen ca 580 000.

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

Fylkeskommunen leds av fylkestinget, som utses genom val. Fyra fylkeskommuner har med stöd av kommunallagen valt en parlamentarisk styrningsmodell. Fylkestingsvalet ordnas samtidigt med kommunalvalet. Varje fylkeskommun utgör en valkrets, och det finns inga interna valkretsar. Fylkeskommunen bestämmer själv om antalet ledamöter i fylkestinget och om styrningsmodellen. Antalet ledamöter i fylkestinget varierar mellan 35 och 57. Valsystemet är baserat på listval. Ett parti eller en grupp kan leverera en kandidatlista där kandidaterna är minst sju till antalet och högst sex fler än antalet ledamöter. Kandidaterna ställs upp på listan i den ordning partiet eller gruppen bestämmer. Väljarna röstar i första hand på ett parti eller en grupp, men kan om de så vill också rösta på en av kandidaterna på listan. Platserna i fylkestinget fördelas på partierna i förhållande till det totala antalet röster. I första hand är det kandidater med ett personligt röstetal på minst 8 procent av det totala antalet röster till listan som får en plats, trots den ordning som partiet bestämt. Därefter tilldelas kandidaterna en plats i den ordning som partiet bestämt. Ungefär en femtedel av väljarna utnyttjar möjligheten att rösta på en kandidat i fylkestingsvalet. Valdeltagandet i fylkestingsvalet 2015 var 55,8 procent i hela landet, vilket var lägre än för kommunalvalet som hölls samtidigt och där valdeltagandet var 60 procent. Bestämmelser om fylkestingsvalet finns i vallagen (Lov om valg til Stortinget, fylkesting og kommunestyre, LOV-2002-06-28-57).

Bestämmelser om fylkeskommunernas administration och om invånarnas deltagande finns i kommunallagen. Utöver fylkestingsvalen nämner kommunallagen två former av direkt samhällsdeltagande: invånarinitiativ och rådgivande lokala folkomröstningar. Fylkestinget är skyldigt att ta ställning till invånarinitiativ som har undertecknats av minst 500 av fylkeskommunens invånare. I praktiken har det varit mycket ovanligt med invånarinitiativ på fylkeskommunnivå. Åren 2008–2011 behandlades sammanlagt tre invånarinitiativ. I övrigt be-

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

Fylkeskommunerna har nominell beskattningsrätt, vilket innebär att de har rätt till en del av den inkomstskatt som tas ut av invånarna i området. Fylkeskommunerna kan ändå inte genom egna beslut påverka beloppet av skatteinkomsterna, eftersom riksdagen (Stortinget) årligen fastställer kommunernas och fylkeskommunernas skattesats, som är densamma i hela landet. Skatterna utgjorde 2014 i medeltal 35 procent av fylkeskommunernas inkomster. De kalkylerade statsandelarna utgör fylkeskommunernas största inkomstkälla. Av inkomsterna är 76 procent medel som kan användas fritt.

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

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

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

Sverige

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

Enligt kommunallagen (SFS 1991:900) är Sverige indelat i kommuner och landsting. Varje landsting omfattar ett län, om inte något annat är särskilt föreskrivet. I Sverige finns det 290 kommuner och 21 län. Inom området för ett län finns ett demokratiskt valt landsting eller en demokratiskt vald regionkommun. Trots att länen är 21 till antalet finns det 20 landsting, eftersom kommunen i Gotlands län ansvarar för de uppgifter som annars sköts av landstinget.

De landsting som har lämnat in en ansökan till staten om att få överta det regionala utvecklingsansvaret och som har fått sin ansökan beviljad får använda beteckningen regionkommun. Sådana landsting finns det i nio län. I de övriga länen har antingen länsstyrelsen eller regionförbundet, som bildats av kommuner och landsting, det regionala utvecklingsansvaret. Sedan ingången av 2015 har tio landsting status som regionkommun. I det minsta länet på fastlandet (Jämtland) bor det ca 127 000 människor och i det största länet (Stockholm) ca 2,2 miljoner.

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

Landstingets lagstadgade uppgifter omfattar hälso- och sjukvård, tandvård fram till 20 års ålder och kollektivtrafik. I de län som fått status som regionkommun är regional utvecklingsmyndighet och ansvarar bland annat för att utarbeta ett regionalt utvecklingsprogram. Arten och omfattningen av de uppgifter som hör till de allmänna befogenheterna varierar mellan landstingen. Landstingens främsta lagstadgade uppgift är hälso- och sjukvården, som utgör nästan 90 procent av deras budget. Landstingens driftskostnader utgör ungefär en tredjedel av hela den kommunala sektorns driftskostnader.

Landstingets högsta beslutande organ är landstingsfullmäktige. Bestämmelser om landstingsval finns i Kommunallagen och i Vallagen (SFS 2005:837). I Sverige ordnas riksdags-, landstings- och kommunalval på samma dag med fyra års mellanrum. I landstingsvalet kan landstingen delas in i två eller flera valkretsar. Vid valet 2014 var alla landsting indelade i två eller flera valkretsar. Landstingsfullmäktige beslutar om landstingets indelning i valkretsar, och länsstyrelsen fastställer indelningen. Grundprincipen är att en valkrets ska omfatta en eller flera hela kommuner. En valkrets bör utformas så att den kan beräknas få minst åtta fasta valkretsmandat. Av mandaten är 9/10 fasta valkretsmandat som baserar sig på resultatet inom valkretsen, och 1/10 är utjämningsmandat. Landstingsfullmäktige beslutar självt om antalet mandat i fullmäktige. Antalet ledamöter i landstingsfullmäktige varierar mellan 47 och 149. Valsystemet är baserat på listval, vilket innebär att partierna bestämmer ordningsföljden mellan sina kandidater. Väljarna röstar alltid på ett parti eller en grupp, men kan om de så vill också rösta på en kandidat. En kandidat som har fått minst 5 procent av det antal röster som partiet fått i valkretsen, eller i landstingsvalet minst 100 personröster, kan väljas på basis av personröster. Valdeltagandet i landstingsvalet 2014 var 83 procent, och ca 23 procent av väljarna utnyttjade möjligheten till personval i landstingsvalet, vilket är en lite lägre andel än i kommunal- och riksdagsvalen. I landstingsvalet används en spärr på 3 procent, vilket betyder att de partier och grupper som klarat spärren får mandat i fullmäktige i förhållande till det totala antalet röster till listan.

Bestämmelser om landstingens förvaltning och om invånarnas, möjligheter till delaktighet och inflytande finns i kommunallagen. Det är enligt kommunallagen bland annat möjligt att inrätta nämnder för att sköta verksamheter för en del av landstinget samt att tillsätta andra nämnder. Landstingsmedlemmar kan väcka ärenden i fullmäktige genom medborgarförslag. Det är upp till landstingen själva att besluta om ärenden får väckas genom medborgarförslag. Åren 2010–2014 hade medborgarförslag tagits i bruk inom nio landsting. Landstingsmedlemmarna har dessutom rätt att väcka folkinitiativ till folkomröstning i landstinget. Enligt Kommunallagen

ska fullmäktige hålla en rådgivande folkomröstning om minst tio procent av landstingsmedlemmarna kräver det. Lagen om kommunala folkomröstningar (SFS 1994:692) gäller också landstingen. Möjligheten till folkomröstning har dock utnyttjats mycket sällan. I övrigt har landstingen med stöd av självstyrelsen stor frihet att besluta om sin egen organisation och om medlemmarnas möjligheter till delaktighet och inflytande. Landstingen har t.ex. inrättat pensionsråd och handikappråd.

Landstingen har rätt att ta ut inkomstskatt av landstingsmedlemmarna. Skatterna utgjorde 2014 ca 71 procent av landstingens inkomster. Dessutom fick landstingen statsbidrag samt inkomster från taxor och avgifter. År 2014 var den genomsnittliga totala kommunala skattesatsen, dvs. skattesatsen till kommunen och till landstinget, 31,99 procent. Av detta gick ca 65 procent till kommunen och 35 procent till landstinget. Förhållandet mellan skatten till kommunen och skatten till landstinget varierar regionalt beroende på arbetsfördelningen mellan kommunen och landstinget.

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

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

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

Sveriges regering utnämnde sommaren 2015 två utredare som ska utarbeta ett förslag till ny läns- och landstingsindelning. Utredningen ska vara klar 2017. Avsikten är att landstingen år 2023 ska vara avsevärt färre till antalet än nuvarande 20. Utredningen gäller endast den regionala indelningen, inte uppgiftsfördelningen eller finansieringen.

Danmark

Den regionala nivåns ställning tryggas inte i Danmarks grundlag (Danmarks riges grundlov, LOV nr 169 af 05/06/1953). Regionerna uppfyller endast delvis kriterierna för självstyrelse.

Enligt regionallagen (Regionsloven, LBK nr 770 af 09/06/2015) är Danmark indelat i fem regioner. Invånarantalet i regionerna varierar från 582 000 invånare i den minsta regionen till 1,8 miljoner invånare i den största. I Danmark finns det 98 kommuner. Lagstiftningen förutsätter nära samarbetsrelationer mellan regionen och kommunerna. Kommunerna finansierar en del av regionernas verksamhet. Regionutvecklingen och kollektivtrafiken grundar sig enligt lag på samarbete mellan kommunerna och regionerna. Regionerna utövar ingen tillsyn över kommunerna.

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

Regionernas verksamhet leds av regionsrådet som väljs genom direkt folkval och som i enlighet med den nationella lagstiftningen har 41 ledamöter. Regionalvalet ordnas samtidigt med kommunalvalet. Varje region utgör en valkrets. Det finns inga interna valkretsar inom regionerna. Vid kommunal- och regionalvalen 2013 var valdeltagandet knappt 72 procent i båda valen.

Valsystemet har drag av både listval och personval. Kandidatuppställningen baserar sig på kandidatlistor. En kandidatlista kan lämnas in av ett politiskt parti, en grupp väljare eller en enskild kandidat. I regionalval får man på en kandidatlista ställa upp högst 45 kandidater. Kandidatlistorna kan bilda valförbund med varandra. Väljarna kan rösta på antingen en kandidatlista eller en enskild kandidat. En listas antal platser i regionsrådet bestäms utgående från det totala antalet röster till listan. Därefter fördelas platserna till kandidaterna på listan. I regionalvalet 2013 röstade 59 procent av väljarna på en enskild kandidat och 41 procent endast på en kandidatlista. Det parti eller den grupp som lämnar in kandidatlistan bestämmer om kandidaterna på listan ställs upp i prioritetsordning eller om de alla har samma utgångsläge. Det senare sättet har under de senaste årtiondena blivit populärare, vilket betyder att väljarna har fått större möjlighet att påverka vilka personer som väljs in i regionsrådet. Om kandidaterna ställs upp i prioritetsordning beror den ordning, i vilken kandidaterna sedan tilldelas en plats, på antalet röster till listan, antalet personröster och prioritetsordningen. Om kandidaterna inte har ställts upp i prioritetsordning, avgör antalet personröster om kandidaten blir invald eller inte.

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

Regionerna har ingen beskattningsrätt. Regionernas verksamhet finansieras genom statsandelar, som var 80,4 procent år 2014, och genom kommunernas betalningsandelar. Kommunernas betalningsandelssystem har ändrats med jämna mellanrum för att stödja ansvarsfull verksamhet i både kommunerna och regionerna (kommunerna ansvarar för förebyggande och rehabiliterande verksamhet och regionerna för vårdåtgärder). Staten och regionernas intresseorganisation (Danske Regioner) förhandlar årligen om regionernas ekonomi och om tyngdpunkterna för regionernas verksamhet. Statsbidragen är bundna enligt användningsändamål.

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

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

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

Vissa andra europeiska länder

Nederländerna

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

Nederländernas regionala och lokala administration består av 12 provinser och 408 kommuner. Utöver kommunerna och provinserna finns det på regional nivå ett antal särskilda myndigheter, varav de regionala vattennämndernas administration väljs genom direkt folkval. Invånarantalet i provinserna varierar mellan 350 000 och 3,5 miljoner. I praktiken har provinserna en starkare ställning på landsbygden än i metropolområdena. I landsbygdsområdena samordnar provinserna kommunernas verksamhet och representerar området gentemot staten. I metropolområdena har inofficiella kommunala samarbetsorgan (Stadsregio) en mera framträdande roll än provinserna när det gäller samordning av funktioner, såsom kollektivtrafiken.

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

Det högsta beslutande organet i en provins är provinsfullmäktige, som väljs genom direkt val. I varje provins finns det 39–55 platser i fullmäktige. Antalet platser beror på invånarantalet i provinsen. Valdeltagandet i provinsvalen är lägre än i andra val. I valet 2015 var valdeltagandet 47,8 procent. Utöver de fullmäktigeledamöter som valts av invånarna utnämner staten i varje provins en kunglig kommissionär som fungerar som ordförande för provinsfullmäktige och provinsstyrelsen. Fullmäktigeledamöterna i provinsen har en dubbel roll i och med att de fungerar som beslutsfattare i provinsen och dessutom väljer ledamöterna i parlamentets första kammare.

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

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

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

Storbritannien

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

Storbritanniens kommunala och regionala förvaltning är asymmetrisk. Skottland, Wales och Nordirland har egna parlament som har en viss lagstiftningsbehörighet i ärenden som gäller området. Kommunsystemet har en eller två nivåer. I England, främst på landsbygden, används en traditionell modell med två nivåer (shire authorities), bestående av den högre nivån med grevskap (counties), som är 27 till antalet, och av den lägre nivån med kommuner (districts), som är 201 till antalet. I storstadsområdena samt i Skottland och Wales har kommunsystemet en nivå (unitary authorities). Kommunerna i Storbritannien hör till Europas största; invånarantalet är i medeltal ca 140 000.

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

Det högsta beslutande organet i grevskapet är ett fullmäktige som väljs vart fjärde år. Grevskapen delas in i valkretsar, där den kandidat som fått flest röster väljs in i fullmäktige. Det finns vissa olikheter mellan valsystemen inom landet. Valdeltagandet i lokalvalen är i allmänhet lågt, och t.ex. 2013 var valdeltagandet 30,9 procent.

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

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

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

Italien

I Italiens grundlag garanteras regionernas, provinsernas och kommunernas självstyrelse. I grundlagen föreskrivs det också om provinsernas beskattningsrätt och rätt till egna ekonomiska resurser. Om grundande av nya provinser, sammanslagning av provinser eller ändring av provinsernas gränser föreskrivs genom nationell lag. Kommunerna har initiativrätt i ärenden som gäller provinsindelning, och regionerna hörs innan en lag stiftas. I och med förvaltningsreformen 2014 och den pågående grundlagsreformen förändras provinsernas status från en demokratisk nivå med grundlagsenligt skydd till en administrativ regional indelning.

Italien har en förvaltningsmodell i tre steg. Den består av 20 regioner (regioni), som i sin tur delas in i 108 provinser (province) och över 8 000 kommuner (comuni). De 20 regionerna har lagstiftningsbehörighet inom de områden där staten inte har reserverat den lagstiftande makten. Beslutsfattarna i provinserna väljs bland regionens borgmästare och fullmäktige.

I Italien ansvarar provinserna för den psykiatriska vården, socialhjälp, miljöändring och byggande av vägar. Dessutom samordnar provinserna kommunernas verksamhet när det gäller exempelvis planläggning, kollektivtrafik och utbildning på andra stadiet. Efter förvaltningsreformen 2014 har provinsernas uppgifter i stort sett förblivit desamma, men fokus har allt mer flyttats till planering, tillsyn och samordning. Provinserna har inte en särskilt framträdande roll inom den offentliga sektorn som helhet. Provinsernas driftskostnader utgör under 2 procent av hela den offentliga sektorns utgifter och ca 16 procent av hela den kommunala sektorns utgifter. Samtidigt med provinsreformen fick 15 metropolområden specialstatus. Metropolområdena sköter utöver de uppgifter som hör till provinserna dessutom ärenden i anslutning till gemensam planering, tjänsteproduktion och administration, inklusive IKT-ärenden. Med avvi-

kelse från förfarandet i de nya provinserna väljs metropolområdenas fullmäktige genom direkt folkval. De åtta första metropolvalen ordnades 2015.

Beslutande organ i provinserna är en parlamentarisk församling som består av alla borgmästare i provinsen, provinspresidenten, som väljs bland borgmästarna i provinsen för fyra år åt gången, och fullmäktige, som väljs för två år åt gången. Antalet fullmäktigeledamöter varierar i enlighet med invånarantalet i provinsen (10–16 ledamöter). Vid valet av provinspresident har borgmästarna och kommunfullmäktige i provinsen rösträtt. Röstberättigade i fullmäktigevalet är kommunfullmäktige och borgmästare i provinsen, bland vilka fullmäktige också väljs.

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

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

Grekland

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

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

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

Regionfullmäktige och regionens borgmästare (peripheriarch) väljs genom direkt folkval för fem år i sänder. Fullmäktigeledamöterna är 41–101 till antalet, beroende på invånarantalet i regionen. Partierna ställer på sina listor upp kandidater till borgmästare, biträdande borgmästare och fullmäktigeledamöter. Valet förrättas som majoritetsval i två omgångar. Den kandidatlista som fått majoriteten av rösterna får 3/5 av platserna i fullmäktige, borgmästaren och alla biträdande borgmästare. I regionalvalet 2014 var valdeltagandet 62 procent. Valdeltagandet är litet lägre än i valen i allmänhet. Den grekiska lagstiftningen känner inte till regionala folkomröstningar.

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

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

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

Frankrike

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

Frankrikes lokala och regionala förvaltning består av 13 regioner (régions), 100 departement (départements) och 36 763 kommuner (communes). Dessutom har betydelsen av olika interkommunala organisationer (intercommunaux) ökat, och dessa har fått utökade befogenheter framför allt i ärenden som gäller planläggning, miljö och näringsliv. I och med förvaltningsreformen 2014 inrättades bland annat en ny, indirekt vald interkommunal metropolförvaltning för regionerna kring Paris, Lyon och Marseille, och vissa av departementens uppgifter överfördes till dessa regioner. Invånarantalet i departementen varierar mellan ca 90 000 och 2,8 miljoner.

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

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

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

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

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

2.17.2 System för social- och hälsotjänster i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder

De nordiska länderna

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

Norge

En central regional aktör när det gäller social- och hälsovården är hälso- och sjukvårdsregionerna (Regionale Helseforetak). Aktörer på nationell nivå är hälsodepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet) samt följande myndigheter underställda departementet: hälsodirektoratet (Helsedirektoratet), tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården (Statens Helsetilsyn), läkemedelsverket (Statens Legemiddelverk) och folkhälsoinstitutet (Folkehelseinstituttet).

Inom socialväsendet har Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som stöder och styr tjänster till barn, ungdomar och familjer, blivit en central aktör.

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

Regionerna fick i princip stor frihet att ordna de tjänster de ansvarar för, men staten behöll möjligheten att styra deras verksamhet inte bara genom lagstiftning och budget utan också genom olika styrdokument och styrelsepåverkare. Särskilt i början förekom det problem med att fastställa lämpliga och rättvisa beräkningsgrunder för allokeringen av statens finansiering till regionerna. Finansieringen består av en kapitationsersättning som grundar sig på befolkningsunderlaget och av en prestationsbaserad ersättning. Ungefär 40 procent av den somatiska specialiserade sjukvården ersätts på prestationsgrunder. Den psykiatriska vården ersätts i huvudsak på kapitationsgrunder. Även om sjukhusen självständigt ansvarar för personalen, verksamheten och ekonomin och de i princip kan fatta stora ekonomiska beslut, kan de ändå inte gå i konkurs.

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

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

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

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

Sverige

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

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen i Sverige ankommer huvudansvaret för att ordna och finansiera hälso- och sjukvården på de 20 landstingen eller på med dem jämförbara regioner, som har ett befolkningsunderlag som varierar mellan knappt 200 000 och 2 000 000 invånare. Landstingen ansvarar för ordnandet av både primärvården och den specialiserade sjukvården. Om ett landsting har lämnat in en ansökan om att få större områdesansvar och ansökan har beviljats (t.ex. Skåne och Västra Götaland), omfattar uppgifterna också vissa åtgärder inom regional utveckling.

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

Landstingens huvuduppgift är att ansvara för ordnandet av hälso- och sjukvården inom sitt område. Kostnaderna för hälso- och sjukvården står för över 90 procent av verksamhetskostnaderna. Verksamheten finansieras med landstingsskatt, statliga bidrag och i viss mån med klientavgifter. En del av de statsbidrag som betalas ut till landstingen står i relation till befolkningsunderlaget och är kapitationsgrundade. Det största enskilda bidragsbeloppet grundar sig på ersättningar för läkemedelskostnader. Under de senaste åren har en allt större del av statsandelarna blivit prestationsbaserade, vilket återspeglar statens växande behov av att styra det decentraliserade systemet mot jämnare kvalitet och tillgänglighet.

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

När verksamhet lades ut på entreprenad följde man tidigare huvudsakligen Lagen om offentlig upphandling och de upphandlingsförfaranden som den beskriver. Vid ingången av 2009 förändrades situationen i och med ikraftträdandet av en lagstiftningsreform som vid sidan av upphandlingsförfarandena gav landstingen och kommunerna en alternativ möjlighet att utvidga gruppen av tjänsteproducenter, nämligen genom att ordna tjänsterna inom så kallade

valfrihetssystem. Lagen om valfrihetssystem innehåller bland annat bestämmelser enligt vilka kommunen eller landstinget offentligt ska annonsera om möjligheten att delta i ett valfrihetssystem, godkänna och teckna kontrakt med leverantörer som uppfyller på förhand angivna krav samt tillämpa ersättningsförfaranden som är gemensamma för alla godkända producenter. Producenterna förväntas då konkurrera huvudsakligen genom kvaliteten.

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

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

I och med Patientlagen, som trädde i kraft vid ingången av 2015, utvidgades valfriheten till hela landet vad gäller läkartjänsterna, både inom primärvården och den öppna sjukvården. Medborgare som söker tjänster kan nu välja en lämplig utförare bland godkända utförare av tjänster, medan den kommun eller det landsting som ansvarar för att ordna tjänsterna har helhetsansvaret för verksamheten och informationen om den.

Danmark

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

Den danska social- och hälsovårdens struktur har sin grund i en regionförvaltningsreform som genomfördes 2005—2007 och genom vilken huvudansvaret för att ordna hälso- och sjukvården överfördes från 14 landskap (amter) till fem regionala aktörer (regioner). Befolkningsunderlaget i regionerna varierar mellan 582 000 och 1 766 000. Samtidigt minskade antalet kommuner i Danmark från 271 till 98. Kommunerna har i medeltal ca 50 000 invånare.

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

Regionerna får knappt 82 procent av sin budget av staten och drygt 18 procent av kommunerna. Kommunerna å sin sida får den största delen av sina inkomster, 75 procent, av kommunalskatten och en mindre del, 25 procent, i form av statligt stöd. Det senare ”återvinns” som

finansiering till regionerna. År 2012 slopades kommunernas kapitationsgrundade ersättningsandel, och kommunernas hela finansieringsandel blev aktivitetsbunden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problem med integrationen av tjänsterna i de nordiska länderna

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

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

I Danmark ansvarar den lokala nivån, dvs. kommunerna, för ordnande av tjänster för äldre. Man har strävat efter att förbättra kvaliteten på äldrevården och lyft fram bedömningen av det

enskilda vårdbehovet. Ett centralt mål är också att utveckla samarbetet mellan sjukhusvård och hemvård, så att utskrivningen av äldre från sjukhusvård sker smidigare än tidigare.

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

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

Nationell styrning i de nordiska ländernas decentraliserade system

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

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

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

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

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

Utvecklingen av hälso- och sjukvården fokuserar i Sverige utöver på frågor som rör patientens valfrihet också på vårdresultat och vårdkvalitet. Till exempel har cancervården koncentrerats i

regionala centrum. Man utgår från att vård som ges i större enheter förbättrar vårdkvaliteten, utjämnar ojämlikhet mellan befolkningen i olika områden och fokuserar resurserna mer optimalt. Man antar att även en del av den övriga specialiserade sjukvården kommer att göra likadant.

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

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

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

Den nationella uppföljningen och styrningen av kvaliteten på och verkningsfullheten av hälso- och sjukvården har i Norge utvecklats i samma riktning som i Sverige och Danmark. Under de senaste tio åren har man börjat föra ett tiotal nationella kvalitetsregister. Staten investerar i informationsstyrning bl.a. genom det nationella kunskapscentrumet (Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten). Centrumet påverkar särskilt genom att tillhandahålla information till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Jämförelseuppgifter från kvalitetsregistren används i stor utsträckning för benchmarking och numera även för information till medborgarna om alternativa vårdplatser. Under de senaste åren har man dessutom utvecklat kvalitetsrelaterade bonussystem för tjänsteproducenterna.

System för social- och hälsotjänster i vissa andra europeiska länder

Nederländerna

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

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

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

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

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

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

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

När det gäller långvården i Nederländerna tillhandahålls serviceboende av separata aktörer och hemvård av kommunen. År 2009 användes 38 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården till tjänster inom långvården. De finansieras av AWBZ, som hör till den första avdelningen i försäkringssystemet. Systemet samordnas av CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), en myndighet som koncentrerar sig på bedömning av servicebehovet. Kommunerna å sin sida ansvarar för bedömningen av särskilda servicebehov, t.ex. hjälpmedel.

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

Spanien

Spanien är indelat i 17 autonoma regioner (comunidades autónomas). Den minsta har drygt 300 000 invånare, medan invånarantalet i den största autonoma regionen är över 3,3 miljoner. De autonoma regionernas uppgifter och ansvar varierar, eftersom en del av regionerna t.ex. har beskattningsrätt, medan andra inte har det. De autonoma regionerna delas vidare in i 50 provinser. Invånarantalet i Spanien är 47,7 miljoner (2015).

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

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

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

Primärvården grundar sig på allmänläkarnas verksamhet. Klienterna är skrivna hos en viss allmänläkare eller familjeläkare, som utgör klientens första kontakt med hälso- och sjukvårdssystemet. Allmänläkaren beslutar vid behov om klienten ska skickas till en specialläkare. Tjänsterna inom den specialiserade sjukvården fastställs i servicepaket för den specialiserade sjukvården, och de autonoma regionerna kan komplettera det med ytterligare tjänster om de så vill. I varje autonom region finns det åtminstone ett offentligt sjukhus som tillhandahåller de

allra mest krävande tjänsterna inom den specialiserade sjukvården. Sjukhusen är indelade enligt nivån på de tjänster som erbjuds. Utöver de offentliga sjukhusen finns det i Spanien mindre, privata sjukhus.

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

I Spanien har ordnande och produktion av tjänster länge varit sammanlänkade, men de senaste årens reformer har ändrat lite på detta. Till exempel för sjukhusen avtalsförhandlingar med de autonoma regionerna om tjänsteproduktionen och om målsättningarna i samband med produktionen, vilket har lett till att indikatorinformationspaket används som grund för avtalsförhandlingarna (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD). Förhandlingsförfarandena omfattar även primärvården. Avtalsförhandlingarna har också varit en mekanism för att styra produktcenterna, för med hjälp av dem har man kunnat genomföra t.ex. olika program för rationell läkemedelsbehandling. Avtalsförhandlingarna har kritiserats för att främst godkänna redan befintliga producenters tjänster och strukturer. Med hjälp av systemet kan man dock för produktcenterna ställa upp konkreta mål som gäller hälso- och sjukvårdstjänsterna. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud fäster särskild uppmärksamhet vid tjänsternas kvalitet och säkerhet.

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

Storbritannien

England

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

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

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

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

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

Det är fortfarande olika myndigheter som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården, men sedan slutet av 1990-talet har man koncentrerat sig på horisontell integration genom att möjliggöra sammanslagning av de olika myndigheternas budgetar samt gemensam produktion av tjänster. Dessutom har särskilt de krävande målsättningarna gällande vårdgarantin sporrat till vertikal integration. En förbättring av den horisontella och vertikala integrationen är nu ett av de främsta målen. Därför har man satsat på regionala försök med nya typer av organisationsstrukturer, där olika typer av strategier till stöd för såväl horisontell som vertikal integration framhävs.

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

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

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

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

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

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

Inom hälso- och sjukvården gäller valmöjligheten främst valet av läkarstation inom primärvården och, i den utsträckning det är möjligt, av den läkare och den skötare som ansvarar för vården. Vårdplatsen på sjukhus fastställs utgående från det första poliklinikbesök som patienten väljer. Detta omfattar även mentalvårdstjänster och val av det team som leds av den yrkesutbildade person som utsetts att ansvara för vården. Dessutom kan patienten välja vem som utför specialundersökningar som den remitterande läkaren förskrivit. Inom mödravården kan klienten välja vårdenheterna för mödravård och förlossning. Även andra tjänster som produce-

ras annanstans än på sjukhus kan omfattas av regionalt fastställda valmöjligheter. Det är numera möjligt att använda en personlig hälsobudget också inom hälso- och sjukvården.

Skottland

Skottland är en del av Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland. Social- och hälso-tjänsterna för Skottlands 5,3 miljoner invånare ordnas genom 14 regionala nämnder (Territorial NHS Boards). Den största nämnden (NHS Greater Glasgow and Clyde) har ett befolkningsunderlag på ca 1,2 miljoner och de minsta på bara några tiotusen. De regionala nämnderna organiserar verksamheten genom operativa enheter (Operating Divisions) som är sammanlagt 11 till antalet. Utöver de ovannämnda innehåser en central roll av de aktörer som på lokal nivå ansvarar för primärvården och för tjänster på basnivå, CHP (Community Health Partnership) och CHSCP (Community Health and Social Care Partnership). Det finns sammanlagt 36 aktörer på denna nivå. När det gäller vissa specialtjänster finns det i Skottland nio ansvariga instanser (Special NHS Boards), som ansvarar för bl.a. sjuktransporter, psykiatrisk sjukhusverksamhet och hälso- och sjukvårdsutbildning.

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

Finansieringen av Skottlands social- och hälsovård måste delvis behandlas tillsammans med hela Storbritannien. Av finansieringen av Storbritanniens hälso- och sjukvård kommer 83 procent från offentliga finansieringskällor. Resten utgörs av användaravgifter och frivilliga försäkringar. De offentliga finansieringskällorna består av skatter (76,2 procent) och nationella försäkringar (18,4 procent) (National Insurance Contribution NIC). NIC är i praktiken ett obligatoriskt sjuk- och pensionsförsäkringssystem för förvärvsarbetande. NHS regionala nämnder har i praktiken inte möjlighet till finansiering av tjänsterna, men en del av finansieringen av socialservicen utgörs av kommunalskatt som uppbärs av förvaltningsområdena. I sin helhet allokerar centralförvaltningen (United Kingdom Government, HM Treasury) de medel som fås in genom beskattningen enligt en viss modell. Den metod som för tillfället används kallas The Arbutnott Formula, och den utvecklas ständigt.

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

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

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

Healthcare Improvement Scotland (NHS GIS, HIS) koncentrerar sig på utveckling av kvaliteten på hälso- och sjukvården i Skottland. I och med främjandet av integrationen har kvaliteten fått en central position i hela social- och hälsovårdssystemet. Tillsynsmekanismerna inom hälso- och sjukvården består av årliga ansvarsdiskussioner mellan de ministrar och nämnder (NHS Boards) som ansvarar för hälso- och sjukvården. Vid diskussionerna bedöms det hur väl hälso- och sjukvården under nämnden fungerar när det gäller de mål som satts upp. Bedömningsprocessen är även öppen för allmänheten.

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

Italien

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

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

I Italiens hälso- och sjukvårdssystem uppgår andelen offentlig finansiering till 77,3 procent. Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen genom systemet för företagsbeskattning. De enskilda regionerna kan dessutom samla finansiering genom ytterligare regional beskattning, vilket har lett till ojämlikhet också när det gäller finansieringen. Resten av finansieringen ut-

görs av befolkningens egen finansiering, som till största delen går till läkemedel. Privata försäkringar har endast en marginell betydelse i systemet, för de används främst för att täcka tilläggstjänster eller tilläggsvård utanför basservicen eller vid sjukhusen.

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

Sjukhusens verksamhet grundar sig på de lokala hälsovårdsenheternas finansiering. Sjukhusen är antingen offentliga sjukhus eller ackrediterade privata sjukhus. De offentliga sjukhusen kan antingen helt eller delvis ledas av hälsovårdsenheterna. Avgifter och praxis inom den specialiserade sjukvården varierar avsevärt mellan de olika regionerna. Inom långvården finns det olika praxis med mycket varierande finansiell grund. Till denna del skiljer sig Italien från de andra länderna i Europa, eftersom andelen offentlig finansiering inom långvården är exceptionellt liten. Familjens ansvar för omsorgen om närstående är stort i Italien.

Vid reformerna under 2000-talet har man i Italien koncentrerat sig på att stärka regionernas ställning och utarbetandet av nationella hälsoplaner. I kvalitetsarbetet är hälsovårdsproducenternas skyldighet att publicera en så kallad servicekarta (Carta dei Servizi) central. Med hjälp av servicekartan får tjänsteanvändarna information om kötider, resultat av kvalitetsindikatorerna och klagomål. Alla aktörer inom hälso- och sjukvården ska vara ackrediterade. En tjänsteproducent inom hälso- och sjukvården som inte är ackrediterad har inte rätt till finansiering från centralförvaltningen. På centralförvaltningens webbsidor publiceras öppet omfattande information om hur väl hälso- och sjukvården fungerar och om dess effektivitet. Nationell aktör inom patientsäkerhetsarbetet i Italien är centret för uppföljning av patientsäkerhet och god praxis (Osservatorio Buone Pratiche).

Portugal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Frankrike

För den franska social- och hälsovården är den nationella och den regionala nivån central. På nationell nivå är centrala aktörer Frankrikes hälso- och sjukvårdsverk (Direction générale de la santé DGS), som har som uppgift att producera för folkhälsan centrala hälsopolitiska riktlinjer och program, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), som har till uppgift att ansvara

för social- och hälsovårdens resurser, centralen för social trygghet (DSS), som ansvarar för socialpolitiska ärenden, samt DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), som på ett omfattande sätt koncentrerar sig på social välfärd och jämlikhet och som behandlar familje-, köns- och handikapprelaterade ärenden. Det mest centrala nationella organet är dock hälso- och sjukvårdsministeriet, som ansvarar för ärenden gällande regleringen av social- och hälsovården och gällande budgeten.

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

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

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

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

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

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

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

Tjänster inom den specialiserade sjukvården produceras genom olika slags sjukhus. Universitetssjukhusen (Centre Hospitalier Régional Universitaire CHRU) producerar tjänster inom

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

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

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

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

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

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

När det gäller kvalitetsledningen är ytterligare en central aktör den nationella aktör (Haute Autorité de santé HAS) som systematiskt ackrediterar Frankrikes sjukhus. HAS är inte en del av Frankrikes centralförvaltning, utan en självständig aktör som rapporterar till Frankrikes parlament och regering. HAS publicerar indikatoruppgifter på sin webbplats. Dessutom samlar

och publicerar patientorganisationerna information om tjänsternas kvalitet. Media publicerar årligen en stjärnklassificering av de offentliga och privata sjukhustjänsterna.

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

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

Tyskland

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.18 Bedömning av nuläget

2.18.1 Regional självstyrelse

Trots reformerna under de senaste åren är kommunstrukturen i Finland fortfarande splittrad och det finns många små kommuner med svaga resurser. Kommun- och servicestrukturen har inte som helhet stärkts på alla områden så att den på lång sikt skulle trygga tillgången på tjänster och tjänsternas kvalitet. Kommunernas samarbetsbehov och samarbetskyldigheter har hela tiden ökat och ordnandet och administreringen av tjänsterna har differentierats enligt sektor. Det ökade samarbetet har inneburit att en allt större del av kommunens budget binds genom

samarbetsorganisationernas beslut. Kommunens beslutanderätt utövas till dessa delar inte av fullmäktige som valts av invånarna i enlighet med demokratiprincipen i den kommunala självstyrelsen, utan demokratin bygger på mera indirekta former. Samarbetsorganisationerna är också administrativt sett tunga.

Enligt de riktlinjer som regeringen fastställde i november 2015 ska det finnas 18 självstyrande områden som bildas utifrån den gällande landskapsindelningen.

Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen bestäms det om självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner genom lag. Hittills har det inte funnits någon sådan regional självstyrelse i Finland. Även om landskapet Kajanaland enligt lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland fungerade som ett offentligrättsligt samfund baserat på invånarnas självstyrelse i de uppgifter som ålagts landskapet, var det ändå inte till sin rättsliga karaktär en sådan självstyrande enhet som avses i den nämnda bestämmelsen i grundlagen, utan en i kommunallagen avsedd samkommun.

När det föreskrivs om de självstyrande områden som nu föreslås är det möjligt att ta modell inte bara av förvaltningsförsöket i Kajanaland utan även åtminstone i viss mån av andra former av självstyrelse som nämns i grundlagen, t.ex. bestämmelserna om kommunal självstyrelse och universitetens självstyrelse.

Grundlagen innehåller inte några specialbestämmelser om områdesindelningen för en självstyrande enhet inom ett förvaltningsområde som är större än en kommun. Områdesindelningen i fråga om kommuner, kommunernas samsamarbetsstrukturer och statliga myndigheter är inte reglerad på ett enhetligt sätt i den gällande lagstiftningen, utan de valda lösningarna och områdesindelningarna avviker avsevärt från varandra. Den administrativa indelningen och servicestrukturerna bildar inte tydliga och enhetliga helheter, vilket försvårar en ändamålsenlig organisering av de offentliga tjänsterna och en systematisk styrning och utveckling av den offentliga förvaltningen.

Områdesindelningen för de självstyrande områdena ska granskas utifrån de bestämmelser i grundlagen och annan lagstiftning som gäller ordnandet av förvaltningen och områdesindelningen och en lösning ska hittas på basis av dem. Utöver grundlagen ska man vid granskningen beakta åtminstone bestämmelserna i kommunstrukturlagen (1698/2009) och det faktum att de självstyrande områdena kommer att bildas utifrån kommunindelningen. Däremot kommer lagen om landskapsindelning (1159/1997) att upphävas i samband med reformen och ersättas med bestämmelser om områdesindelningen i en lag om de självstyrande områdena och en införandelag som gäller reformen.

2.18.2 Servicestrukturen för social- och hälsovården

Vid ingången av 2016 finns det 297 kommuner i Fastlandsfinland som ansvarar för att ordna och finansiera den offentliga social- och hälsovården för sina invånare. Den genomsnittliga befolkningsmängden för dem som bär ansvar är 15 500 invånare och storleken på en mediankommun är 6 000 invånare. Den decentralisering som genomfördes i samband med reformen i början av 1990-talet, som å ena sidan anpassade servicesystemet till lokala förhållanden och till kommunen som helhet och klagade på det ekonomiska ansvaret, orsakar å andra sidan allvarliga problem med tanke på styrningen av systemet, en jämn kvalitet på social- och hälso-tjänsterna och möjligheterna att kontrollera kostnaderna.

Som en följd av den splittrade lagstiftning som kommit till genom delreformer och systemet med flerkanalfinansiering är organiseringsansvaret delvis oklart, och en suboptimering som syftar till att föra över finansieringsansvaret från en del av systemet till en annan gör tjänsterna

splittrade och helhetsansvaret diffusare. När det gäller t.ex. kostnader för arbetsoförmåga så faller kostnaderna före och efter vård på en annan instans än kostnaderna för vården. I Finland finns det även geografiska områden som är större än kommuner och som har svårt att finansiera och ordna sina tjänster.

Ett splittrat organisationsfält försvårar ledningen. En styrning på nationell nivå som grundar sig på rambaserad regelstyrning och resursstyrning som inte är öronmärkt samt informationsstyrning som kompletterar dessa tryggar i regel inte på ett tillräckligt sätt likvärdig tillgång till tjänster i en servicestruktur av nuvarande modell. De separata besluten om tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården försvårar helhetsstyrningen i synnerhet när det gäller tjänsterna för gemensamma klienter och klientgrupper. Styrning med inriktning på klienträttheter förekommer i liten omfattning och i en del av tjänsterna är den mycket snäv.

Ett splittrat fält av anordnare med finansiering via många kanaler och statens svaga styrningsmöjligheter har lett till att de delar av servicesystemet som är starkare och har bättre förutsättningar att fungera har utvecklats kraftigare än de andra. Som exempel kan nämnas den specialiserade sjukvård som sjukvårdsdistrikten ordnar och den primärvård som kommunerna ansvarar för. Detta har medfört att skillnaderna mellan befolkningsgrupperna när det gäller användandet av hälso- och sjukvårdstjänster har blivit större och hälsoskillnaderna har ökat. Denna utveckling stöds ytterligare av skillnaderna i behovet av tjänster och tillgången på yrkesutbildad personal mellan landets olika områden. Tillgången på t.ex. socialarbetare varierar beroende på område. Situationen har uppmärksammats i flera internationella utvärderingar.

Situationen när det gäller den regionala strukturen för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna har under en lång tid varit oklar och i praktiken ser den ramlag som reglerar kommun- och servicestrukturen ut att ha gjort situationen ännu mera oenhetlig, i synnerhet med tanke på socialvården. De enskilda kommunerna har av tradition haft ansvaret att ordna de centrala tjänsterna inom socialvården. Samarbetet mellan kommunerna vid ordnandet av tjänsterna har varit litet och samsamarbetsstrukturerna när det gäller ordnandet av t.ex. specialtjänster har varit snäva. Genom en ändring av lagen om en kommun- och servicestrukturen (RP 268/2010 rd) skapades klarhet i socialvårdens ställning i reformen genom att kommunerna ålades att ordna även socialservicen med strukturer som fyller kraven på befolkningsunderlag. Förpliktelsen har i någon mån stärkt förverkligandet av en enhetlig social- och hälsovård.

När det gäller hälso- och sjukvården har i synnerhet den alltför starka specialiserade sjukvården setts som ett problem och ett fortgående tema har varit bristerna i tjänsterna på basnivå och avhjälpandet av dem. Den nuvarande modellen har möjliggjort mycket olikartade regionala lösningar och samsamarbetsformer. Dessutom har kommunerna haft tillgång till serviceutbudet främst inom det egna sjukvårdsdistriktet, vilket även har dämpat viljan att omarbete servicestrukturerna. De samsamarbetsområden som bildats på basis av lagen om en kommun- och servicestrukturen är dessutom alltför överlag mycket små. En del av de kommuner som har svårt att trygga social- och hälsotjänsterna för sina kommuninvånare lämnades i och med grunderna för undantag i lagen om en kommun- och servicestrukturen utanför kommun- och servicestrukturen.

Situationen inom basservicen är på vissa områden på sin höjd tillfredsställande. Till exempel vårdtillgängligheten inom primärvården ligger på en otillfredsställande nivå. Bara en fjärdedel av befolkningen bor i områden där de i icke brådskande fall får läkarvård på kortare tid än två veckor. Nästan lika stor del av befolkningen bor i områden där väntetiden är över fyra veckor. Över en femtedel av befolkningen bor i områden där det åtminstone tidvis även är svårt att uppnå målsättningen att få mun- och tandvård inom sex månader. Hälsovårdscentralerna har svårigheter att fylla sina läkartjänster. Antalet läkartjänster vid hälsovårdscentralerna i förhål-

lande till befolkningens storlek och servicebehovet varierar avsevärt från område till område. Däremot har antalet läkare inom kommunernas sjukhusservice, i synnerhet inom den specialiserade sjukvården, klart ökat. Även tillgången till specialiserad sjukvård måste förbättras med tanke på den brådskande vården. Vården ges enligt specialområde och patientens samlade service är vanligen inte tillräckligt samordnad. På samma sätt är det inom vissa specialområden svårt att anställa specialisläkare och annan högkvalificerad personal.

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

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

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

Trots de problem och brister som konstaterats ovan är kvaliteten på tjänsterna inom den finländska social- och hälsovården dock förhållandevis god. Enligt flera mätare, t.ex. vaccineringsstäckningen och genomförandet av screening eller vården av cirkulationsrubbningar i hjärnan, klarar vi oss utmärkt i internationell jämförelse. Dessutom är kostnaderna för systemet rimliga i internationell jämförelse. I förhållande till bruttonationalprodukten utgjorde socialutgifterna ca 31,2 procent 2012. På motsvarande sätt var utgifterna för hälso- och sjukvård i förhållande till bruttonationalprodukten 9,1 procent 2012, vilket är något mindre än medelnivån för OECD-länderna. I synnerhet den specialiserade sjukvårdens produktivitet ligger på toppnivå i internationell jämförelse.

Även befolkningen har varit ganska nöjd med social- och hälsovården. Av medborgarna anser nästan 90 procent att den offentliga servicen är viktig, 79 procent att socialservicen är viktig och två tredjedelar att de offentliga social- och hälsotjänsterna fungerar mycket bra (Medborgarbarometern 2009). Klienterna vid familjerådgivningarna och arbetsförvaltningens och kommunernas servicecentraler för arbetskraft uppskattar service från ett enda verksamhetsställe i och med att det blir lätt att uträtta ärenden. I internationella jämförelser av hälsotjänster har både primärvården och sjukhustjänsterna trots ovan konstaterade problem klarat sig bra.

En styrka i systemet är dessutom den högt utbildade personal som det är möjligt att stödja sig på vid utvecklandet av lösningar för framtida behov.

Avsaknaden av ett helhetsansvar gör dock att klientprocesserna inte fungerar och att serviceanvändarna hänvisas från en lucka till en annan. Detta försvagar kostnadskontrollen, medför problem med tanke på öppenheten och jämförbarheten samt hindrar att bästa praxis sprids. Kontrollen av kostnadsökningarna försvåras av suboptimering och det slöseri som förekommer i gränsområdena mellan organisationerna. På kommunnivå blir det svårt att förutse kostnaderna eftersom finansieringsansvaret är litet och befolkningens behov varierar.

Den snabba förändringen i åldersstrukturen och försörjningskvoten medför utöver problem med kostnadskontrollen även behov av en kraftig ökning av antalet tjänsteproducenter. I och med det ökade servicebehovet och pensioneringen av arbetstagarna behövs det en rejäl ökning

av antalet studerande inom branschen. Flyttningen inom landet förstärker de regionala skillnaderna och kan t.o.m. orsaka plötsliga förändringar i försörjningskvoten och ordnandet av tjänster. Trots att antalet pensionärer ökar kraftigt i och med att befolkningen förväntas uppnå en högre ålder, håller sig befolkningen längre frisk och aktiv. Servicebehovet under de sista levnadsåren ser dock inte ut att minska på individuell nivå och därför växer servicebehovet som helhet kraftigt.

2.18.3 Främjande av välfärd och hälsa

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

Den nuvarande splittrade servicestrukturen och de svaga möjligheterna att leda och styra den orsakar svagheter i likvärdigheten mellan tjänsterna och tillgången på dem enligt behov. Detta kan öka ojämlikheten och skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna. Sektorsövergripande samarbete i kommunen för att främja välfärden och hälsan förutsätter strukturer som möjliggör och stöder gemensamt ansvarstagande och arbetsfördelning inom kommunens olika förvaltningsområden för att uppnå välfärdsmålen. När basservicen och specialtjänsterna fungerar smidigt ihop underlättas beslutsfattandet och samarbetet. När det gäller t.ex. välfärdstjänster för barn, unga och familjer, tjänster för äldre och tjänster inom missbrukarvården och mentalvården ingår det inom många områden tjänster som främjar hälsa, förebyggande tjänster samt vård- och rehabiliteringstjänster. Det främjande av befolkningens välfärd och hälsa som kommunerna ansvarar för får inte alltid tillräcklig tyngd i beslutsfattandet.

Enligt den enkät till kommunens ledning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2015 har främjandet av hälsa och välfärd utvecklats i en positiv riktning i kommunerna under de senaste två åren. Ansvariga för främjandet av välfärd och hälsa har utsetts i 90 procent av kommunerna. För uppföljningen och rapporteringen av kommuninvånarnas hälsa och välfärd ansvarade i de flesta fall en välfärdsgrupp (44 procent) eller social- och hälsovårdsväsendet (14 procent). I 10 procent av kommunerna hörde uppgiften till centralförvaltningen. I 6 procent av kommunerna ansvarade ett sjukvårdsdistrikt eller ett samarbetsområde för uppföljningen. Av kommunerna hade 8 procent inte alls fastställt vem som ansvarar för uppföljningen. En omfattande välfärdsberättelse som godkänts av fullmäktige har utarbetats i 80 procent av kommunerna. Till fullmäktige hade under 2014 oftast rapporterats om åtgärder inom den kommunala servicen samt om kommuninvånarnas levnadsförhållanden. I klart mer än hälften av kommunerna fick fullmäktige rapporter om kommuninvånarnas sjukfrekvens och levnads-sätt samt sundheten i livsmiljön. Ungefär hälften av kommunerna rapporterade för fullmäktige om kommuninvånarnas livskompetens och mindre än hälften om hälsoskillnader mellan befolkningsgrupperna. Rapporteringen till fullmäktige var klart vanligare 2014 än 2012. Beslutens effekter på befolkningens välfärd och hälsa bedöms på förhand endast i ett fåtal kommuner.

Sektorsövergripande samarbete för att främja den regionala välfärden och hälsan förutsätter strukturer som möjliggör och stöder gemensamt ansvarstagande och arbetsfördelning mellan olika aktörer för att uppnå välfärdsmålen. Som helhet betraktat har främjandet av välfärd och hälsa regionalt förverkligats på olika sätt. Aktörer har bl.a. varit sjukvårdsdistrikten, kompetenscentrumen inom det sociala området, landskapsförbunden och regionförvaltningsverken. Exempelvis den roll som enheterna inom primärvården har i egenskap av aktörer för främjande av välfärd och hälsa varierar på så sätt att en del av enheterna har ett brett samarbete med kommunerna, en del har avgränsat verksamheten till att gälla endast samarbete med primärvården och en del av enheterna inom primärvården har inte alls till uppgift att främja väl-

färd och hälsa. I planerna för ordnandet av social- och hälsovården synliggörs också främjandet av välfärd och hälsa på olika sätt i olika områden. I bästa fall får prioriteringarna när det gäller främjande av välfärd och hälsa synlighet, och planen stöder det hälsofrämjande arbetet i kommunerna. Allmänt taget är det dock en utmaning följa upp planen och de mål som uppställs i den. Likaså kan det konstateras att den roll som kompetenscentrumen inom det sociala området och landskapsförbunden har i egenskap av aktörer för främjande av regional välfärd och hälsa varierar. Regionförvaltningsverken har utsett kontaktpersoner för främjande av hälsa, vilka genom nätverksbaserat arbete har arbetat för en enhetligare verksamhet.

Till stöd för planeringen och uppföljningen av främjandet av den regionala välfärden och hälsan har det utarbetats regionala välfärdsberättelser. Arbetet har samordnats av t.ex. landskapsförbunden, sjukvårdsdistrikten, kompetenscentrumen inom det sociala området och regionförvaltningsverken. Den regionala välfärdsberättelsen samlar de viktigaste temana på lokal nivå. Berättelsen upprepar inte i detalj alla frågor som kommunerna identifierat, utan informerar med regional sakkunskap allmänt om det viktigaste i nuläget i kommunerna. Regionala välfärdsberättelser har utarbetats bl.a. i Kajaland (2011), Södra Österbotten (2014), Mellersta Österbotten (2010), Birkaland (2013), Österbotten (2014), Norra Karelen (2014), Egentliga Finland (2015), samkommunen Peruspalvelukuntayhtymä Selänne och social- och hälsovårdsdistriktet Helmi (2010), Brahestads ekonomiska region (2013), EKSOTE (2015) och HNS (bereds). Arbetet med regionala välfärdsberättelser befinner sig i ett utvecklingskede. Det är bland annat viktigt att utveckla säkerställandet av ett sektorsövergripande perspektiv samt bättre utnyttjande av den samlade kunskapsbasen vid uppställandet av konkreta mål, allokeringen av åtgärder och uppföljningen av dem. Det har funnits brister vid genomförandet av dessa. Dessutom har det inte ännu varit möjligt att på bästa möjliga sätt utnyttja den regionala berättelsens möjligheter att identifiera skillnader i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna.

2.18.4 Styrning av de offentliga finanserna

Statsrådets förordning om en plan för de offentliga finanserna trädde i kraft den 14 februari 2014. I praktiken infördes den nya planen för de offentliga finanserna efter riksdagsvalet 2015, när statsminister Sipiläs regering fattade beslut om sin första plan för de offentliga finanserna. Särskilt en utgiftsbegränsning för kommunalekonomin är ett nytt styrmedel. Det finns ännu inte någon praktisk erfarenhet av dess funktion. Statsrådet fastställde en utgiftsbegränsning för kommunalekonomin för första gången i sin plan för de offentliga finanserna hösten 2016.

Inom ramen för statens och kommunernas samrådsförfarande och som ett led i beredningen av planen för de offentliga finanserna bereds också ett program för kommunernas ekonomi. I programmet bedöms om finansieringen är tillräcklig för skötseln av kommunernas uppgifter, dvs. om finansieringsprincipen genomförs. I programmet bedöms kommunalekonomin som en helhet, som en del av de offentliga finanserna och enligt kommungrupp. I praktiken är programmet för kommunernas ekonomi dock inte ett sådant instrument som gör det möjligt att styra beredningen av speciallagstiftning som gäller kommunernas uppgifter inom olika förvaltningsområden. Man har blivit tvungen att minska kommunernas uppgifter och förpliktelser genom regeringens separata projekt, vilket har visat sig vara mycket svårt i praktiken.

2.18.5 Utgiftsutvecklingen inom basservicen

De nuvarande välfärdstjänsterna och övriga funktioner inom den offentliga sektorn har byggts upp under en tid när den ekonomiska utvecklingen var snabb och befolkningsutvecklingen gynnsam. De framtida tillväxtutsikterna är dock svaga i historiskt perspektiv. Möjligheterna till ekonomisk tillväxt försämras till följd av den kraftiga förändringen i befolkningsstrukturen

i och med att den arbetsföra befolkningen minskar och andelen personer över 65 år avsevärt ökar. Förändringen i befolkningsstrukturen gör det svårare att öka skatteinkomsterna, dvs. finansieringsbasen för de offentliga finanserna. Befolkningens stigande ålder leder samtidigt till ett betydande utgiftstryck, i synnerhet när det gäller tjänsterna för vård och omsorg.

På grund av den måttliga ekonomiska tillväxten och det ökade utgiftstrycket räcker den offentliga ekonomins inkomster inte på lång sikt till för att täcka utgifterna. Inom den offentliga ekonomin finns ett hållbarhetsunderskott som trots anpassningsåtgärderna fortfarande är stort. Den offentliga ekonomin uppvisar ett strukturellt underskott samtidigt som förberedelserna för den framtida befolkningsutvecklingen förutsätter ett strukturellt överskott i den offentliga ekonomin.

Om det inte genomförs strukturella reformer i syfte att stävja utgiftsökningen kommer det utgiftstryck som förändringen i åldersstrukturen medför att i framtiden leda till att kommunernas och statens skulder ökar snabbt. De stora regionala skillnaderna i befolkningens åldersstruktur försätter också kommunerna i en sinsemellan mycket olika ställning. Med nuvarande strukturer blir därför tryggheten av en jämlik tillgång till service på regional nivå allt mer utmanande i framtiden. Den snabba skuldökningen ökar också trycket på betydande höjningar av skattesatserna och en höjning av det totala skatteuttaget.

Enligt den prognos som ligger till grund för de social- och hälsovårdsutgifter som får offentlig finansiering kommer de att årligen öka reellt med i snitt 2,4 procent 2019–2029. År 2019 beräknas utgiftsnivån ligga på ca 16,5 miljarder euro i dagens penningvärde, och utan reformer väntas de reella utgifterna öka med ytterligare ca 4,5 miljarder euro fram till 2029. Utgiftstrycket beror inte bara på att befolkningen åldras utan delvis också på att produktionskostnaderna har ökat och på att de även i framtiden förväntas öka snabbare än den allmänna prisutvecklingen inom samhällsekonomin.

Den förväntade utvecklingen av utgifterna för social- och hälsovården under kommande år inverkar i hög grad på hållbarheten i den offentliga ekonomin. Förändringen i befolkningsstrukturen under de följande tjugo åren ökar servicebehovet inom socialvården med ca 70 procent och inom hälso- och sjukvården med ca 20 procent jämfört med nuvarande nivå. En reform av social- och hälsovårdssystemet och bättre effektivitet är därför nödvändiga om man samtidigt vill både infria löftena om omsorg och trygga den offentliga ekonomins hållbarhet. Behovet av att dämpa kostnadsökningen accentueras också av att utgångsläget i Finland är ett internationellt sett högt totalt skatteuttag.

2.18.6 Skattesystemet

För närvarande finansieras social- och hälsovården i Finland i huvudsak genom följande sex olika finansieringskällor: statliga och kommunala skatteintäkter, obligatoriska och frivilliga försäkringspremier samt arbetsgivar- och klientavgifter. Social- och hälsovårdens andel av kommunernas budgetar är för närvarande i genomsnitt ungefär hälften. Kommunerna täcker ungefär hälften av sina utgifter med skatteintäkter och staten deltar i finansieringen av utgifterna genom att betala statsandel. Kostnaderna för tjänsterna har ökat och förväntas öka ytterligare även under de kommande åren. Detta ökar för sin del trycket på att höja de kommunala skattesatserna. Eftersom i genomsnitt cirka 85 procent av kommunernas skatteinkomster kommer från kommunalskatt som fysiska personer och dödsbon betalar på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen, innebär den förväntade kostnadsökningen inom social- och hälsovården att det för närvarande finns ett stort tryck på att skärpa inkomstbeskattningen. Med tanke på den ekonomiska tillväxten anses inkomstbeskattningen vara ofördelaktigare än konsumtionsbeskattningen, och de senaste åren har strävan va-

rit att flytta tyngdpunkten i beskattningen från beskattning av inkomster till beskattning av konsumtion.

Systemet med skatt på förvärvsinkomster reviderades senast i samband med reformen av förvärvs- och kapitalinkomstbeskattningen 1993. Därefter har förvärvsinkomstbeskattningen ändrats årligen framför allt genom lättnader i beskattningen av arbete. Strukturen på avdragen inom systemet med inkomstskatt, deras antal och sammantagna effekter har utvecklats och fått sin nuvarande form genom årliga ändringar, och de motsvarar inte längre till alla delar de mål som ställs på ett bra skattesystem när det gäller tydlighet och genomskinlighet. Därför är det skäl att utveckla systemet med förvärvsinkomstskatt så att det blir enklare och tydligare än för närvarande.

2.18.7 Kommunernas skatteinkomster

Kommunens skatteinkomster består i genomsnitt till 85 procent av kommunalskatt som fysiska personer och dödsbon betalar på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen. Kommunerna finansierar delvis sin verksamhet också med intäkter av fastighetsskatten. I den ekonomiska litteraturen anses fastighetsskatten vara en särdeles bra skatt på lokal nivå, eftersom fastigheter och i synnerhet mark är bundna till platsen. Därmed är fastighetsskatten ett effektivt och stabilt sätt att finansiera lokala offentliga tjänster. Fastighetsskatterna utgör för närvarande ungefär 7,4 procent av kommunernas skatteinkomster.

Kommunerna får en andel av samfundsskatteintäkterna genom kommunernas utdelning. En del av samfundsskatten fördelas till kommunerna på basis av den s.k. skogsposten. Samfundsskatterna utgör ca 7,5 procent av kommunernas skatteinkomster, men samfundsskattens andel av inkomsterna i de enskilda kommunerna varierar dock avsevärt. I kommuner med mycket skog kan mer än 90 procent av samfundsskatteandelen komma från skogsposten, och samfundsskatten kan utgöra mer än en femtedel av kommunens skatteinkomster.

I den ekonomiska litteraturen anses inte samfundsskatten lämpa sig särskilt väl som inkomstkälla för kommunerna på grund av sin konjunkturkänslighet. Kommunernas intäkter av samfundsskatten uppmuntrar å andra sidan till att utveckla kommunens näringspolitik. Skatteinkomsterna för företagsaktörer inom det egna området sporrar kommunerna till att för egen del främja den lokala och regionala företagsverksamheten och därigenom främja sysselsättningen. I beskattningen på lokal nivå borde skattebasen dock inte vara särskilt rörlig. Till följd av reformen av finansieringen av social- och hälsovården skulle samfundsskattens andel av kommunernas skatteinkomster växa avsevärt jämfört med nuläget och därför behöver kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna granskas på nytt. Samtidigt ska också skogspostens andel av samfundsskatten beaktas.

2.18.8 Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen

Inrättandet av landskap förutsätter att deras skattemässiga ställning regleras separat vid inkomstbeskattningen. Bestämmelserna om offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen är föråldrade och behöver också annars utvärderas t.ex. med anledning av de krav som EU:s regler om statligt stöd och om konkurrensneutralitet ställer.

2.18.9 Statsandelssystemet för kommunal basservice

Vid ingången av 2015 gjordes stora ändringar i grunderna för statsandel för kommunal basservice. Bestämningsgrunderna minskades och överlappningar mellan dem undanröjdes. Som grunder för beräkning av statsandel (statsandelsgrunder) används efter reformen huvudsakligen de kalkylerade kostnader som grundar sig på kostnaderna för varje åldersgrupp och sjuk-

frekvensen. Sjukfrekvenskoefficientens delfaktorer är hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård. Övriga kalkylerade statsandelsgrunder är koefficienterna för arbetslöshet, inslaget av personer med främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, befolkningstäthet och utbildningsbakgrund. I lagen om statsandel för kommunal basservice föreskrivs därtill om grunderna för bestämmande av tilläggsdelar, vilka är fjärrort, självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser och kommun inom samernas hembygdsområde. I reformen 2015 ändrades också utjämningsgränsen höjdes och utjämningsavdraget sänktes för att göra systemet mera sporrande.

När ansvaret för ordnandet av uppgifterna inom social- och hälsovården, räddningsväsendet och miljö- och hälsoskyddet överförs från kommunerna till landskapen överförs också kostnaderna och inkomsterna för uppgifterna. Finansieringen av social- och hälsovårdstjänster försvinner från statsandelssystemet för kommunal basservice, med undantag för finansieringen för främjande av välfärd och hälsa. Inrättandet av landskap har inte någon direkt inverkan på statsandelsfinansieringen för undervisnings- och kulturverksamhet.

Enligt kalkyler för 2016 överförs nettokostnader på cirka 17,7 miljarder euro på landskapen. Nettokostnader innebär att verksamhetsintäkter, såsom klientavgifter för de uppgifter som överförs, har dragits av från driftkostnaderna enligt statistiken över kommunernas ekonomi. I de nettokostnader som överförs ingår också avskrivningar och nedskrivningar inom sektorn samt rörelseöverskott för affärsverk inom social- och hälsovården.

Det finns inget absolut rätt sätt att separera social- och hälsovårdskostnaderna från de kalkylerade kostnaderna i statsandelssystemet. Eftersom det inte längre finns bestämningsgrunder för enskilda uppgifter i det statsandelssystem som trädde i kraft 2015, kan de kalkylerade kostnaderna inte direkt inriktas på social- och hälsovården.

Som grund för beredningen torde man dock kunna utgå från antagandet att kostnaderna för sjukfrekvensen överförs till fullt belopp till landskapen. Social- och hälsovårdens andel av åldersstrukturen är 64 procent, vilket bygger på de undersökningar som gjordes i samband med föregående statsandelsreform. Totalt överförs i genomsnitt 71 procent av de kalkylerade statsandelskostnaderna för basservicen till landskapen, vilket motsvarar sektorns andel av de kalkylerade kostnaderna för statsandelsåliggandena 2014, då bestämningsgrunderna för de enskilda uppgifterna var i kraft. Samma procenttal har man kommit fram till även med stöd av de faktiska kostnaderna i den senaste justeringen av kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna, som gjordes enligt nivån 2014. På ovan anförda grunder överförs totalt 4,8 miljarder euro av kommunernas kalkylerade statsandelar till landskapen när ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården överförs på landskapen.

Utöver de kalkylerade statsandelarna ska det avgöras vilken andel av de tilläggsdelar som ingår i statsandelssystemet för kommunal basservice (tilläggsdel för fjärrort, självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser och kommun inom samernas hembygdsområde) och av de övriga statsandelarna i systemet som överförs till landskapens finansiering. I de kalkyler som gjorts har man för tydlighetens skull ansett att det även från tilläggsdelarna och kompensationserna för skatteförluster ska överföras en genomsnittlig andel på 71 procent av social- och hälsovårdsväsendets kalkylerade statsandel för social- och hälsovården till landskapens finansiering, dvs. sammanlagt cirka 1,1 miljarder euro enligt nivån 2016.

Totalt överförs sammanlagt 5,9 miljarder euro i statsandel för kommunal basservice i och med reformen till landskapen enligt nivån 2016. De statsandelar för social- och hälsovård som ska överföras till landskapens finansiering täcker därmed ungefär en tredjedel av de nettokostnader för social- och hälsovården som överförs till landskapen. För att det totala skatteuttaget

inte ska stiga när reformen träder i kraft, bör resten av kostnaderna, dvs. 11,8 miljarder euro, täckas genom att kommunernas skatteinkomster minskas med motsvarande belopp.

Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna uppgår till cirka 13,2 miljarder euro enligt nivån 2016. Statsandelen för kommunal basservice täcker efter de ovan anförda ändringarna ungefär 3 miljarder euro av kostnaderna. En överföring av ansvaret för ordnandet av uppgifter till landskapen innebär förändringar i statsandelsgrunderna i lagen om statsandel för kommunal basservice samt i de åldersklasser och koefficienter som används vid fastställandet av de kalkylerade kostnaderna. Målet är att de ska beskriva de uppgifter som blir kvar i kommunerna efter reformen och de anknyttande skillnaderna i behov.

De statsandelsåligganden som blir kvar i kommunerna efter reformen består nästan helt av småbarnspedagogik och grundläggande utbildning, vilket innebär att åldersstrukturen för statsandelen för basservice är klart inriktad på åldersklassen 0–15-åringar. Detta ska beaktas i de åldersklasser som ligger till grund för de kalkylerade kostnaderna. Arbetslöshetskoefficienten är ett kriterium i det nuvarande statsandelssystemet därför att kommunerna i och med den kompenseras för de kostnader som arbetslösheten orsakar i utkomststödet och den övriga socialvården. I samband med reformen är det förmodligen motiverat att beakta arbetslösheten i form av en tilläggsdel, även om de kalkylerade kostnaderna för arbetslöshetskoefficienten enligt gällande lag skulle vara kvar i den kalkylerade statsandelskostnaden för basservice.

Kommunerna kommer också efter reformen att ha uppgifter för främjande av välfärd och hälsa som märks också i lagens tillämpningsområde. I anslutning till detta bör man i tilläggsdelarna i statsandelssystemet överväga en ny bestämningsfaktor i syfte att bidra till att kommunerna fortsätter att utveckla förebyggande tjänster som främjar invånarnas välfärd och hälsa, även om de inte längre ordnar social- och hälsojourer. I finansieringen av bestämningsfaktorn ska likväl beaktas att en del av de resurser som kommunerna anvisar för främjande av välfärd och hälsa gynnar även landskapens ekonomi.

I synnerhet måste man utvärdera hur systemet för utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna fungerar i den nya situationen. De förändringar som ska göras i skattesystemet, dvs. att tyngdpunkten i beskattningen flyttas från kommunalbeskattningen till statsbeskattningen, har en avgörande inverkan på hur det fungerar. I praktiken innebär detta att det skatteinkomstbelopp som ska beaktas i utjämningsystemet sjunker betydligt jämfört med nuläget. Därför måste man också granska hur fastighetsskatten beaktas i utjämnningen samt på vilket sätt det s.k. utjämningsavdraget beräknas och det s.k. självriskbeloppet i utjämningsstillägget. Samtidigt är det motiverat att också överväga att slopa den naturliga logaritm som nu används vid beräkningen och som för med sig en lindrig progression i utjämningsavdraget i de kommuner som har de hösta skatteinkomsterna. Detta skulle också förenkla beräkningsgrunderna för utjämningsystemet.

I samband med reformen måste man också ta ställning till hur utjämningsarna i samband med tidigare ändringar av systemet beaktas i samband med den nya ändringen och hur de samordnas med eventuella nya utjämningsbehov.

Överföringen av ansvaret för ordnandet av social- och hälsovård orsakar i enlighet med vad som beskrivits ovan summa summarum så stora principiella förändringar och förändringar i eurobelopp i lagen om statsandel för kommunal basservice samt de statsandelar som med stöd av lagen beviljas och betalas till kommunerna att det gör det befogat att upphäva gällande lag och stifta en ny lag. Det skulle samtidigt vara möjligt att förtydliga och förenkla lagens uppbyggnad. I samband med beredningen uppstod också frågan om den s.k. modellen med en enda penningström enligt det nuvarande statsandelssystemet är ett berättigat och ändamålsenligt arrangemang också efter det att landskapen inrättats. Modellen med en enda penningström

infördes genom en ändring som trädde i kraft 2010, där de tidigare sektorsvisa statsandelarna samlades under finansministeriets förvaltningsområde till en enda gemensam statsandel för kommunal basservice. Att göra ändringar i förvaltningen av statsandelssystemet för kommunal basservice samtidigt som överföringen av ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården och landskapsreformen är dock mycket utmanande. Så fort landskapens verksamhet inlett och ansvaret för ordnandet av tjänster har överförts måste man sannolikt dessutom i mycket snabb takt se över hur statsandelssystemet för den kommunala basservicen fungerar i den nya situationen.

2.18.10 Finansiering för landskapen

Staten deltar för närvarande på ovan beskrivet sätt i finansieringen av de kommunala social- och hälso-tjänsterna och uppgifterna inom räddningsväsendet huvudsakligen genom systemet med kalkylerade statsandelar. När ansvaret för att ordna tjänster överförs från kommunerna till landskapen måste statens finansieringssystem byggas upp från en helt ny grund med hänsyn till att landskapens inkomster i praktiken består uteslutande av statlig finansiering samt klientavgifter för social- och hälso-tjänster.

I den allmänna dimensioneringen av den statliga finansieringen ska kostnaderna för de tjänster som överförs på landskapens organiseringsansvar beaktas. Landskapens nettokostnader är enligt nivån 2016 cirka 17,67 miljarder euro. Av detta utgörs cirka 17,25 miljarder euro av social- och hälsovårdskostnader och cirka 420 miljoner euro av räddningsväsendets kostnader. Vid dimensioneringen av statens finansiering ska senare beaktas de myndighetsuppgifter eller andra offentliga uppgifter som överförs till landskapens behörighet från landskapsförbund, regionalförvaltningsmyndigheter eller närings-, trafik- och miljömyndigheter. Det är också möjligt att fler offentliga serviceuppgifter kommer att överföras på landskapens organiseringsansvar under den fortsatta beredningen av reformen. Förslagen som gäller dem bereds särskilt.

Eftersom det huvudsakligen är samma slags tjänster som kommer att höra till landskapens organiseringsansvar som nu hör till kommunerna, kan till stor del samma typ av grunder användas som bestämningsgrunder för fördelningen av den statliga finansieringen som tillämpas i det gällande statsandelssystemet för kommuner. Detta är motiverat också för att bestämningsgrunderna för kommunernas statsandelssystem under de senaste åren har justerats så att de bättre motsvarar skillnaderna mellan kommunerna i fråga om servicebehov och kostnaderna för ordnandet av tjänster. I samband med reformen kan dock å andra sidan även tas i bruk delvis nya slags bestämningsgrunder för statlig finansiering, om de kan antas stödja de allmänna målen för reformen av ordnandet av social- och hälsovård. I förslag som gäller bestämningsgrunderna för och dimensioneringen av statlig finansiering ska dessutom tas hänsyn till det allmänna sparmålet i samband med verkställigheten av reformen, att minska hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin med 3 miljarder euro före 2029.

2.18.11 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Det finns stora regionala skillnader i satsningen på utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. Den är inte överallt tillräckligt integrerad i utvecklandet av serviceverksamheten.

Kompetenscentrumen inom det sociala området har sedan 2001 skapat och upprätthållit en rikstäckande regional samarbetsstruktur i syfte att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt regionalt samarbete inom det sociala området för att säkerställa specialservice och specialisttjänster. Kompetenscentrumen har vid sidan av de regionala ledningsgrupperna för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården fungerat som regionala samordnare av utvecklingsprogrammet och samordnare av nätverken. Det nätverksbaserade och multiprofessionella arbetssättet har stött både forskningen och

utvecklingen inom det sociala området och kontakten mellan forsknings- och utvecklingsverksamheten på det sociala området och andra områden. Kompetenscentrumen inom det sociala området har varit initiativtagare även när det gäller inledande av samarbete med utvecklingsenheterna för primärvården.

Institutet för hälsa och välfärd genomförde en kartläggning av utvecklingsverksamheten inom primärvården 2008—2009. I utredningen (Simo Kokko, Eija Peltonen & Virpi Honkanen: Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. THL, Avauksia 13/2009.) konstateras att det i utvecklingsverksamheten inom primärvården redan under 2000-talet har uppstått flera olika aktörer och nätverk som det finns skäl att inom utvecklingsverksamheten ta i beaktande som strukturer som redan existerar eller är under utveckling. Dessa var Rohto-centralens nätverk, universitetens allmänmedicinska institutioner och de enheter för primärvård eller allmänmedicin som finns i vissa sjukvårdsdistrikt, yrkeshögskolorna, nätverket Akademisk hälsovårdscentral som samordnas av avdelningen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet, de större städernas egna utvecklingsenheter samt de serviceorganisationer som ska klassificeras som social- och hälsovårdsdistrikt (Päijänne-Tavastland, Östra Savolax, Södra Karelen och Kajanaland). I utredningen konstaterades att det inte saknas utvecklingsaktörer inom området för primärvård. Aktörerna har delvis bildat regionala nätverk och delvis har de sina egna separat formade nätverk. I nätverken deltar även många relativt självständigt agerande och starka aktörer inom servicesystemet, städer och samkommuner. Som slutsats konstaterades att man i stället för att forma nya nätverk kanske borde utveckla tillvägagångssätt och tekniker för att trimma den aktivitet som redan finns så att den fungerar mera målinriktat än tidigare och även så att bra och fungerande lösningar och praxis kan sprida sig både via nätverkens strukturer och till hela fältet för primärvård.

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

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården skapade helt nya nätverk för samarbete samt interaktion i synnerhet mellan kommunerna, men även mellan kommunerna och centralförvaltningen. De regionala ledningsgrupperna grundade sig på specialupptagningsområdena inom hälso- och sjukvården och detta upplevdes som en lämplig storlek på området. De regionala ledningsgrupperna blev mycket viktiga som motorer för den regionala utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. Samarbetet mellan de regionala ledningsgrupperna och aktörerna på riksnivå fungerade i regel bra, men det skulle ha krävt tydligare ledning från social- och hälsovårdsministeriet och dess underlydande inrättningar.

De regionala ledningsgruppernas mest betydande uppgift var att föra de nationella riktlinjerna till kommunal och regional nivå samt att samordna omfattande statsunderstödsprojekt och sprida de nya verksamhetsmodeller som utvecklats i dem.

Ett problem vid projektfinansieringen ansågs vara att det statsunderstöd som beviljats för utvecklingsprojekt inte kunde användas till rena forskningsprojekt. Detta har gjort det svårare för universiteten och högskolorna att delta i samarbetet.

2.18.12 Undervisnings- och forskningsverksamhet

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

Social- och hälsovårdsministeriet har i enlighet med regeringsprogrammet inlett en utredning om universitetsnivån för den yrkesutbildade personalen inom hela social- och hälsovården, i huvudsak när det gäller ersättande av kostnader för utbildning efter avlagd examen. Dessutom utreds finansieringens ställning när det gäller utvecklande av forskning på universitetsnivå inom socialsektorn. För närvarande finns det inte behov av att separat utreda finansieringen av den hälsovetenskapliga forskningen på universitetsnivå, eftersom allokeringen av finansieringen och grunderna för betalning av ersättning nyligen har reviderats i samband med beredningen av hälso- och sjukvårdslagen.

2.18.13 Informationsförvaltning och IKT-tjänster

Ett mål med väsentlig inverkan på social- och hälsovårdsreformens informationssystem och utveckling av informationshanteringen är att fokusera på klienten. Detta förutsätter målmedveten digitalisering av social- och hälsovårdens servicesystem. En viktig förutsättning för genomförandet är att informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna förnyas och att servicesystemets och personalens verksamhet målmedvetet förändras. Digitaliseringen samt konsolideringen och förnyelsen av informationssystemen förutsätter investering i datasystemen och en styr- och samarbetsstruktur som säkerställer ett enhetligt genomförande av dem. De största möjligheterna till besparingar inom social- och hälsovården finns i anslutning till ändringar av verksamhetsprocesserna och i synnerhet i anslutning till införandet av elektroniska tjänster. Egenvård (inklusive elektroniska tjänster) och andra elektroniska tjänster till klienterna gör det möjligt att effektivisera verksamheten och fördela resurserna på ett förnuftigt sätt. Kostnadsfördelar uppstår också genom en minskning av överlappande kostnader för hantering och underhåll av informationsteknik.

För att kostnaderna ska sjunka krävs det att organisationer med produktionsansvar investerar bland annat i enhetliga informationssystemlösningar. Dessutom har patientdatasystemen kraftigt integrerats med organisationens övriga informationssystem, dvs. bland annat separata system enligt specialitet, vilket innebär att konsolideringen av systemen i samband med att organisationernas verksamhet slås ihop blir ett större projekt än inom många andra områden. Enligt analysen av kostnadsnyttan för Apotti-projektet vid HNS och vissa kommuner i Nyland tar det sju år innan investeringen i informationssystemen har betalat sig tillbaka.

För närvarande arbetar cirka 1 800 personer med informationsförvaltning och IKT inom social- och hälsovårdens offentliga organisationer. Av dessa personer arbetar cirka 700 vid kommunernas och samkommunernas inhouseenheter. Personerna arbetar vid cirka 200 olika organisationer (kommuner, samkommuner och inhousebolag). Antalet inbegriper inte personer som arbetar i privata företag. Ungefär 150 personer arbetar med nationell informationsförvaltning och IKT i statliga organisationer. Dessa aktörers samarbetsstrukturer är nödvändiga för att man ska kunna säkerställa den sakkunskap om social- och hälsovårdens informationsförvaltning och IKT-tjänster som behövs vid planeringen av förändringen. Med stöd av gällande lagstiftning ansvarar sjukvårdsdistrikten för samordningen av den regionala utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det regionala samarbete som gäller lösningarna för informationssystemen inom socialservicen har organiserats bl.a. av kompetenscentrumen inom det sociala området. Folkpensionsanstalten ansvarar för genomförandet av det nationella informationssystemet.

met inom social- och hälsovården (Kanta-tjänsterna). Institutet för hälsa och välfärd genomför den operativa styrningen och ansvarar för specifikationerna. Social- och hälsovårdsministeriet styr genomförandet på strategisk nivå och när det gäller finansieringen.

Enligt en utredning av Institutet för hälsa och välfärd var medianen för it-kostnader 2,7 procent av organisationens totala kostnader 2014, medan medianen var 2,5 procent 2011. Vid hälsovårdscentralerna var medianen 1,8 procent 2014, medan den var 3 procent hos de privata serviceproducenterna. Tre av fyra offentliga organisationer bedömer att andelen it-kostnader har ökat jämfört med 2012.

Utvecklandet av informationshanteringen och informationssystemlösningarna och ett lyckat införande av nationella informationssystemtjänster förutsätter specialkompetens som det är utmanade att upprätthålla på organisationsnivå. Även ett lyckat genomförande av upphandlingen av informationssystemlösningar förutsätter tillräckligt starka beställarorganisationer och leverantörshantering. Inom social- och hälsovården har man inte lyckats skapa någon styrnings- och samarbetsmodell för den regionala informationsförvaltningen som skulle vara mera omfattande och bestående än samarbete från fall till fall. Dessutom är den kompetens som behövs vid utvecklandet av rutiner inom informationsförvaltningen, den övergripande strukturen och informationssystemlösningarna ojämnt fördelad. Exempelvis i Norra Finland (OYS-ERVA) varierar antalet anställda inom organisationernas informationsförvaltning och informationsteknik i de olika sjukvårdsdistrikten från 60 anställda i Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt till sju anställda i Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt. När det gäller kommunerna i Norra Finland finns det i Uleåborg stad och i det tjänsteproducerande affärsverk som sköter informationstekniken anställda motsvarande ca 35 årsverken för uppgifter inom informationsförvaltningen och informationstekniken inom social- och hälsovården, medan det i en stor del av områdets kommuner finns endast deltidsanställda i dessa uppgifter och en del av uppgifterna har överförts på dem som arbetar inom serviceverksamheten och som inte alltid har den utbildning och den kompetens som skötseln av uppgifterna kräver.

I nuläget märks utmaningarna inom informationsförvaltningen bland annat på att klient- och patientuppgifterna och lösningarna inom informationshanteringen inte finns att tillgå på lika grunder i olika organisationer och att förmågan att svara på serviceverksamhetens och klienternas allt högre krav varierar kraftigt mellan olika organisationer. Dessutom är samordningen av upphandlingen av informationssystemlösningar bristfällig, ordnandet av upphandlingsuppgifterna delvis oändamålsenlig och leverantörshantering svag. Dessa brister märks t.ex. på så sätt att en enskild organisation har en svag förhandlingsposition i förhållande till informationssystemleverantörerna. Bristen på informationsförvaltningskunnskap ger inte bara upphov till onödiga och alltför stora informationsteknikutgifter, utan stör också och i värsta fall hindrar utvecklandet av serviceverksamheten och klientprocesserna.

Situationen i fråga om de nuvarande informationssystemlösningarna där många både i verksamheten och tekniskt har nått eller håller på att nå slutet av sin livscykel har lett till att många omfattande projekt för informationssystem inom social- och hälsovården har påbörjats. Utvidgningarna av Kanta stöder genomförandet av förändringarna inom social- och hälsovården, t.ex. standardiseringen av information så att informationen blir systemberoende, ger möjlighet att migrera system utan patientinformationssystemspecifikt genomförande. Exempel på praktiskt genomförande av detta hittas i projektet Apotti där migration till Epic i stor utsträckning kan skötas genom Kanta när det gäller alla informationssystem som har anslutits till Kanta. Man har även strävat efter att undvika kortvariga eller för dyra lösningar och bland annat när det gäller socialvården påbörjas pdf-arkivering, så att inga komplicerade anslutningar till de gamla systemen behöver göras. För att utveckla social- och hälsovården pågår flera nationella eller nationellt betydelsefulla utvecklingsprojekt, exempelvis utvidgningen av Folkpensionsanstaltens Kanta-tjänster när det gäller hälso- och sjukvårdens och även socialvårdens

datalager och informationssystemtjänster samt projekten för sjukvårdsdistriktens och kommunernas klient- och patientdatasystem (Apotti, UNA) och de elektroniska tjänster som riktar sig till medborgarna (ODA, PSOP, Virtuaalisairaala 2.0 samt Mina Kanta-sidor, lager av mina data och tjänstevyerna i den nationella servicearkitekturen KaPA). De riksomfattande områden som ingår i samarbetet inom ramen för projektet UNA omfattar cirka 70 procent av befolkningen, och projektet UNA och projektet Apotti i södra Finland omfattar sammanlagt cirka 95 procent av hela Finlands befolkning.

Utöver detta har ett projekt för genomförande av riksomfattande informationssystemtjänster och formlunden dokumentation inom socialvården 2016–2020 (Kansa-projektet) påbörjats. Det berör genom en process- och informationssystemförändring 117 000 anställda. På grund av tidsplanen för projektet ansvarar de nuvarande kommunala aktörerna för planeringen och påbörjandet av förändringarna inom social- och hälsovårdens verksamhetsenheter. Den optimala innehålls- och tidsmässiga samordningen av talrika parallella reformer av organisationer, verksamhetsmodeller och informationssystem kräver särskild uppmärksamhet inom beredningen av nationella, regionala och organisationsspecifika IKT-förändringsprogram.

För närvarande är en stor del av IKT-kunskaperna inriktade på organisationsspecifik hantering och produktion av teknisk arkitektur. Vid utvecklingen av IKT-effektivitet och teknisk arkitektur är det möjligt att nyttja marknadsutvecklingen. I samband med den utredning av IKT-servicecenter som gjordes vid beredningen av social- och hälsovårdsreformen lyfte de nuvarande kommunaktörernas företrädare för informationsförvaltningen och de interna producenterna fram behovet av att övergå från kunskap som fokuserar på teknisk arkitektur och serviceproduktion till att mer stödja verksamheten och användarna när det gäller nyttjande av informationen och ibruktagande av nya digitala lösningar.

Vid internationell jämförelse skiljer sig EU-ländernas arkitekturlösningar från varandra och länderna har jämförts arkitekturoberoende med utgångspunkt i mognadsgraden för de tillgängliga e-tjänsterna. Kartläggningssinformation har samlats in på nordisk nivå, EU-, OECD- och WHO-nivå. I alla jämförelser hör Finland till ett av topländerna i fråga om e-hälsa. Digitaliseringsgraden för primärvården i EU utreddes 2007 och 2014. År 2007 konstaterades Danmark, Nederländerna, Finland och Sverige vara föregångare inom digitaliseringen av primärvården. År 2013 ingick 31 länder. Finland var ett av de sex ledande länderna (Danmark, Spanien, Norge, Estland, Nederländerna och Finland). De bästa poängen fick Finland för integrationen av radiologisystem i primärvården. I fråga om patientjournaler blev det åttonde plats, ibruktagande av integrerade system fjärde plats, användning av telemedicinsk konsultation andra plats och ibruktagande av tjänster som patienterna själva förvaltar fjortonde plats.

Motsvarande enkäter om specialiserad sjukvård genomfördes i EU 2011 och 2014. År 2011 var Finlands resultat bättre än EU:s (27 länder) genomsnitt när det gäller 11 av 13 indikatorer. År 2014 var Finlands resultat bättre än EU:s genomsnitt i fråga om alla 13 indikatorer och Finland var ett av de länder som klarade sig bäst. Allmänt sett klarade sig i ordningsföljd Danmark, Estland, Sverige och som fjärde Finland sig bäst. Mest poäng fick Finland för breddbandsförbindelser, elektroniska recept och remissystem med integrerade patientjournaler. Det forskningsnätverk som är underställt den arbetsgrupp för e-hälsa som tillsatts av Nordiska ministerrådet har utvecklat och prövat indikatorerna i jämförelsen. Den nordiska jämförelsen har betraktats som intressant, eftersom alla nordiska länder har en god digital mognadsgrad men arkitekturlösningarna, e-hälsopolitiken och genomförandesätten skiljer sig från varandra. I alla de nordiska länderna finns det nationella e-hälsoinfrastrukturlösningar. I Sverige och Finland finns det dessutom regionala lösningar. I alla de nordiska länderna kan den offentliga hälso- och sjukvården sända elektroniska recept till apoteken och kontrollera läget för patienternas läkemedelsordinationer. Inom olika funktioner befinner sig Finland på en god nordisk nivå. Förmågan att förmedla information över organisationsgränserna är utmärkt i Sverige och Fin-

land. Den är det även i Danmark, men endast i fråga om den specialiserade sjukvården. Möjligheten att titta på information utnyttjas mest av hälso- och sjukvårdspersonalen i Danmark. Där är även patienterna de aktivaste, men användningen är trots det ganska liten. Totalt 19 procent av patienterna hade tittat på sina elektroniska recept, medan motsvarande tal i Finland var 10 procent.

2.18.14 Egendom

Den egendom som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet är för tillfället utspridd på flera olika ägare; kommuner, samkommuner och deras dottersamfund samt olika ägarparter också inom den privata sektorn. Egendomen förvaltas förutom på grundval av ägande också med stöd av olika slags avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt. Ägandet av lokaler och lokalförvaltningen har hittills koncentrerats främst inom enskilda kommunorganisationer och samkommuner. Kommuner och samkommuner har grundat fastighetsbolag och andra bolag eller affärsverk för lokalförvaltningen, men ytterst få av dem har blivit regionala eller nationella bolag.

Behovet och användningen av den egendom som för närvarande används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet kommer ofrånkomligen att förändras i framtiden. Faktorer som leder till förändringar är bland annat befolkningens åldrande, att befolkning i arbetsför ålder flyttar till tillväxtorter och också en förändrad vårdpraxis inom hälso- och sjukvården och de förändringar som uppstår till följd av digitaliseringen. Det är svårt att ge en uttömmande bedömning av vilka förändringar som kommer att ske i service- och lokalnätet i framtiden. Bedömningen av situationen påverkas också av frågor som gäller valfriheten för social- och hälsovårdsklienterna. I varje fall kan man ändå anta att en del av de lokaler som för tillfället är i bruk i framtiden kommer att tas ur bruk och att denna utveckling även kommer att ha kommunalekonomiska verkningar. Samtidigt kommer lokalerna dock att vara föremål för omfattande investerings- och renoveringsbehov, då åtgärder måste vidtas för att bygga om äldre lokaler så att de lämpar sig för ny vårdpraxis. Situationen märks redan nu bland annat i sjukvårdsdistriktens omfattande investeringsplaner.

2.18.15 Upphandling

Upphandlingen inom sjukvårdsdistriktet är i allmänhet en uppgift som hör till sjukvårdsdistriktets upphandlingscentral. Inom specialupptagningsområdena har upphandlingen centraliserats till särskilda upphandlings- och logistikcentraler. Sådana är affärsverket HNS-Logistik (HUCS), IS-Hankinta Oy (KYS), PPSHP hankintapalvelut (OYS), Tays materiaaalipalvelut / Tuomi Logistiikka Oy fr.o.m. 1.1.2016 (TAUS) ja upphandlings- och logistiktjänsterna vid EFSVD (ÅUCS). Upphandlingen av läkemedel har i allmänhet centraliserats till universitetssjukhusets apotek. Sjukvårdsdistriktet samt området centralort och de närbelägna kommunerna har även gjort gemensamma upphandlingar i form av s.k. upphandlingsringar och samordnade upphandlingar. KL-Kuntahankinnat Oy har förhandlat fram avtal som sjukvårdsdistriktet kan ansluta sig till. Dessutom har sjukvårdsdistriktet också en stor egen serviceproduktion där upphandlingen görs hos den egna producenten.

Upphandlingen inom sjukvårdsdistriktet sköts av cirka 150–200 personer som är heltidsanställda hos en samkommun eller upphandlingscentral. Utöver dessa finns det personal inom logistik och lagring. Sjukvårdsdistriktet och städerna har kunnat slå samman sina logistik- och lagringstjänster, och då sköter t.ex. specialupptagningsområdets logistikcentral lagringen och distributionen av varor i anslutning till hälso- och sjukvården för städerna i området.

När upphandlingsvolymerna sammanförts har tyngdpunkten legat på upphandlingssamarbete på samkommunsnivå och specialupptagningsområdesnivå. Upphandlingscentralerna inom de

fem specialupptagningsområdena har fungerat som motorer för utvecklingen. Det har inte funnits lika mycket upphandlingssamarbete mellan sjukvårdsdistrikten på nationell nivå och därför finns det betydande möjligheter till effektiviseringar och besparingar om upphandlingssamarbetet intensifieras och upphandlingarna centraliseras.

Sjukvårdsdistrikten gör stora upphandlingar och möjligheterna till besparingar har inte utnyttjats. Exempelvis varor och tjänster i anslutning till förvaltningen upphandlas till ett värde av ca 1 miljard euro per år. Vård-, undersöknings- och sjukhusförnödenheter, läkemedel, möbler och utrustning upphandlas för ca 3 miljarder euro och social- och hälso-tjänster för ca 1,5 miljarder euro per år.

För centraliserad upphandling i landskapen lämpar sig i synnerhet upphandlingar av förvaltnings- och stödfunktioner samt av undersöknings- och vårdförnödenheter, läkemedel och apoteksförnödenheter, hjälpmedel för rehabilitering samt rengöringsmedel och utrustning.

Undersökningar och tidigare erfarenheter ger vid handen att en centralisering av upphandlingen kan leda till besparingar på 20 procent. Det är vanligt att de företag som är verksamma i ovanstående kategorier är internationella eller nationella företag. Om det till exempel genom ökad samordnad upphandling i anslutning till förvaltningen och stödfunktionerna är möjligt att uppnå en sådan besparing som undersökningarna indikerar, uppnås en årlig besparing på åtminstone 200 miljoner per år. Möjligheterna till besparingar varierar beroende på kategori. Den samordnade upphandlingen kan till exempel gälla upphandlingen av datorer. Enligt statens erfarenheter kan en besparing på upp till 40 procent uppnås inom produktområdet.

2.18.16 Personal

Den åldrande befolkningen samt pensionsavgången bland de stora åldersklasserna i kombination med den ökande efterfrågan på social- och hälso-tjänster försvårar kommunernas möjligheter att anställa tillräckligt med kompetent personal. Bristen på tillräckliga personalresurser påverkar tjänsternas kvalitet och lika tillgänglighet.

Tillgången på personal varierar beroende på område och yrkesgrupp. Det finns regionala skillnader i synnerhet när det gäller tillgången på läkare, tandläkare och socialarbetare. Enligt yrkesbarometern håller bristen på sökande bland läkare och sjukskötare dock på att plana ut inom alla områden. Enligt uppgifterna från 2014 var bristen störst i Nyland och Österbotten. På motsvarande sätt var utbudet på arbetstagare till lediga platser störst i Mellersta Finland och Kajanaland.

Personalutgifterna när det kommer till social- och hälso-tjänsterna är i genomsnitt 50 procent av driftskostnaderna och andelen kommer i framtiden att stiga ytterligare när utgiftstrycket på arbetskraftsintensivare omsorgstjänster ökar.

Av personalen inom social- och hälsovården 2014 var 83 procent anställda i arbetsavtalsförhållande och 17 procent i tjänsteförhållande. Uppgifter i vilka offentlig makt utövas sköts i tjänsteförhållande. Behovet av en modell med två slags anställningsförhållanden härrör ur grundlagen och den har ansetts fungera väl.

Anställningsvillkoren fastställs numera enligt kommunernas och den privata sektorns avtal. Inom de olika yrkesgrupperna kan det finnas löneskillnader i viss mån, men nivåerna har inte varierat särskilt mycket. Kommunerna och samkommunerna har dock olika lönesystem och eventuellt också lokala avtal om anställningsfrågorna.

2.18.17 Intressebevakning för arbetsgivare

I enlighet med lagen om kommunala arbetsmarknadsverket bevakar KT Kommunarbetsgivarna kommunernas och samkommunernas intressen i arbetsmarknadsfrågor. Behovet av att ändra det nuvarande systemet är en följd av att social- och hälsovården reformeras, att nya landskap inrättas och att den egna serviceproduktionen eventuellt bolagiseras.

Avsikten är att överföra ansvaret för att ordna och finansiera social- och hälsovården från kommunerna till landskapen och att produktionsansvaret ska basera sig på både den offentliga och den privata serviceproduktionen. Avsikten är också att överföra andra uppgifter till landskapen. Att skapa en ny administrativ arbetsgivarnivå kräver också bestämmelser om intressebevakning för arbetsgivare i landskapen.

1.18.18 Tillsyn

Nuläget och utvecklingsbehoven i anslutning till den nuvarande tillsynen och den därtill hörande styrningen av social- och hälsovården har 2014 utvärderats i en av social- och hälsovårdsministeriet tillsatt arbetsgrupp som utvecklat arbetsfördelningen och samarbetet mellan regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2014:24) och 2015 i en på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet utförd extern utvärdering om Valvira (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:30).

Inom social- och hälsovården är kraven på och tillsynen över den offentliga och privata tjänsteproduktionen för närvarande oenhetlig. Privat produktion av hälso- och sjukvårdstjänster och socialservice dygnet runt förutsätter ett tillstånd av tillståndsmyndigheten, en inspektion av lokaler och anordningar samt en plan för egenkontroll. Inom den kommunala tjänsteproduktionen finns det inte några motsvarande förfaranden. Det är därför inte möjligt att på förhand övervaka offentliga tjänster lika regelbundet och systematiskt som privata tjänster. Detta kan även ha lett till situationer där det har ställts olika krav på lokaler och personal eller andra kvalitativa krav på privata och offentliga aktörer. För närvarande finns det inte heller samma möjligheter till riskbaserad tillsyn inom den offentliga och privata social- och hälsovården, eftersom det inte finns något register över de offentliga verksamhetsenheterna och det inte går att ta fram riskprofiler för alla på lika grunder.

Egenkontrollens roll vid både ordnandet och produktionen av tjänster bör alltjämt förstärkas. I social- och hälsovårdsministeriets rapport 2014:12 föreslogs det att det i lag intas en skyldighet för den som bär ansvaret för ordnandet av tjänsterna att utarbeta ett program för egenkontroll som gäller genomförandet av tjänsterna, deras kvalitet och jämlikhet. Egenkontrollen ska vara förenad med en bedömning av verksamhetens effekter och genomslag samt användningen av kundrespons. Vid produktionen av tjänster gäller för närvarande olika bestämmelser för egenkontrollen inom den privata och offentliga tjänsteproduktionen. Bestämmelserna och praxisen i anslutning till verksamhetsenheternas egenkontroll bör förenhetligas och preciseras och bestämmelserna bör innehålla tydliga skyldigheter att utarbeta och följa upp planen för egenkontroll så att de påföljder som tillsynsmyndigheterna kan påföra kan tillämpas på försummelser.

Även om man inom tillsynen över social- och hälsovården genom ändringar av bl.a. förvaltningslagen samt patientlagen och lagen om klienter inom socialvården har gjort det möjligt att flytta tyngdpunkten för tillsynsresurserna och tillsynsverksamheten från reaktiv tillsyn i enskilda fall mot proaktiv tillsyn och styrning på eget initiativ, finns det ett behov av att ytterligare stärka denna utvecklingstrend. Det är likaså skäl att omforma innehållet i tillsynen. Nivån på tjänsternas kvalitet övervakas för närvarande i regel utifrån olika kvantifierbara frågor. Det

finns behov av att övergå från nuvarande tillsyn över enskilda detaljer till tillsyn över kvalitets- och verksamhetssystemen inom social- och hälsovårdens verksamhetsenheter och en indikatorbaserad tillsyn över resultaten. Det bör också byggas upp sådana strukturer för samarbetet med de centrala tillsynsobjekten som fungerar bättre än för närvarande och som baserar sig på en äkta dialog. I social- och hälsovårdsministeriets rapport 2014:12 har det föreslagits att det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården ska tas in en bestämmelse om tillsynsmyndighetens styrnings- och utvärderingsbesök. Dessutom har arbetsgruppen föreslagit att den riskbaserade tillsynen ska stärkas och att tillsynsmyndigheternas prövningsrätt vid behandlingen av tillsynsärenden ska utökas. Arbetsgruppen påtalade också att social- och hälsovårdsministeriets strategiska styrningsgrepp vid inriktningen på prioriteringarna i tillsynen ska stärkas.

Informationsbehoven inom tillsynen blir för närvarande inte tillgodosedda i tillräcklig omfattning. Förutsättningen för en välfungerande proaktiv tillsyn är att det finns tillgång till tillförlitlig och jämförbar information, vilket i synnerhet accentueras vid den riskbaserade tillsynen och vid uppföljningen av tillsynens genomslag. Institutet för hälsa och välfärd samlar i statistiksyfte in omfattande uppgifter, men uppgifterna kan inte utnyttjas i tillräcklig utsträckning vid tillsynen över kommunerna och verksamhetsenheterna.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Syftet med social- och hälsovårds- och landskapsreformen är att förverkliga ett service- och förvaltningssystem som bygger på regional självstyrelse. Ett system som bättre och enklare än det nuvarande förmår tillgodose människors servicebehov. Målet med reformen av social- och hälsovården är att minska hälso- och välfärdsskillnaderna mellan människorna samt förbättra tjänsternas jämlikhet, tillgången till tjänsterna och tjänsternas verkningsfullhet samt stävja kostnadsökningen. Målet med landskapsreformen är att samordna den statliga regionförvaltningen och landskapsförvaltningen samt att skapa en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan den statliga regionförvaltningen, landskapen och kommunerna.

Målet är också att genomföra den överföring av skatteinkomster från kommunerna till staten som reformen kräver, så att beskattningen av arbete inte stramas åt och det totala skatteuttaget inte stiger.

3.1.1 Social- och hälsovårdsreformen

Social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas för dem som behöver dem. I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering den 27 maj 2015 stärker regeringen den offentliga ekonomins hållbarhet genom strukturella reformer. Social- och hälsovårds- och landskapsreformen har då en central roll. Regeringen har ställt som mål att genom social- och hälsovårdsreformen minska hållbarhetsunderskottet på lång sikt med tre miljarder euro.

För att ovan konstaterade mål ska uppnås slås de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna på alla nivåer ihop till klientorienterade helheter. Som ett led i detta stärks basservicen. Ansvar för att ordna tjänster överförs från kommuner och samkommuner till 18 landskap. För att målen ska uppnås reformeras styrningen av och verksamhetsmodellerna för social- och hälsovården grundligt. Genom en stark styrning kan man säkerställa mera klientorienterade, integrerade och verkningsfulla tjänster på ett kostnadseffektivt sätt.

Ett av de viktigaste sätten att åtgärda bristen på tjänster och problemet med ojämlikhet samt att förbättra systemets kostnadseffektivitet har enligt utredningar i anslutning till beredningen

av servicestrukturreformen inom social- och hälsovården varit att i största möjliga omfattning integrera det splittrade ansvaret för att ordna social- och hälsotjänster i en och samma helhet både när det gäller basservicen och de specialiserade tjänsterna. Detta kräver att bärkraften kraftigt stärks för de aktörer som ansvarar för ordnandet.

I fortsättningen kommer ordnandet av social- och hälsovården inte längre att bygga på kommunernas verksamhet, utan uppgiften överförs regionalt till nya självstyrande landskap som motsvarar de nuvarande landskapen. Verksamheten och tjänsterna inom socialvården och hälsovården kan då bäst genomföras på ett sätt där klienternas och patienternas olika servicebehov sammanförs. Samtidigt är det möjligt att planera och tillhandahålla tjänsterna på ett kostnadseffektivt sätt som inte medför en problematisk brist på service för klienten. Antalet organisationer med organiseringsansvar minskar från knappa tvåhundra till aderton.

Att socialvården, primärvården och specialtjänsterna i så stor utsträckning som möjligt ska ordnas av en enda ansvarig instans, dvs. integration, grundar sig på att man på detta sätt bäst kan säkerställa tillgång till tillräckliga och högklassiga samt rättidiga tjänster för klienterna och patienterna. Att tjänsterna ordnas av en ansvarig instans innefattar både horisontell integration (tjänster inom socialvården och tjänster inom hälso- och sjukvården) och vertikal integration (basservice och specialtjänster). En omfattande integration är den bästa garantin för att de olika aktörerna har förutsättningar att bära ansvar för helheten samtidigt som de, som för närvarande, inte har någon sporre att föra över klienter och patienter från en ansvarig aktör till en annan.

En central målsättning för reformen är också att stärka basservicen inom social- och hälsovården. Ett brett samlande av tjänsterna under samma ansvarsorganisation med samma ledning och gemensam budgetering leder till att landskapen, som har organiseringsansvaret, har en stark grund för att utveckla samtliga delar av servicehelheten både när det gäller verksamheten och med tanke på en jämlik fördelning av resurserna.

Syftet med en integrerad servicestruktur är dessutom att möjliggöra ett verkningsfullt och kostnadseffektivt utnyttjande av de befintliga resurserna. Hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin kräver att de befintliga resurserna används fullt ut och att de fördelas så jämnt som möjligt runtom i landet. Genom att ansvaret för att ordna tjänsterna definieras för större områden än för närvarande kan tjänsterna planeras och genomföras på ett sätt som beaktar behoven i både glesbygdsområden, tätorter och centrum. Till exempel inverkar den åldrande befolkningen och flyttningen inom landet på olika sätt på behovet av tjänster.

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

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

3.1.2 Landskapsreformen

Målet för landskapsreformen är att skapa en klar uppgiftsfördelning mellan kommunerna, landskapen och staten. Kommunerna ska även i fortsättningen vara enheter för lokalt deltagande och lokal demokrati, bildning och livskraft. De sköter uppgifter som anknyter till självstyrelsen och som hör till kommunens allmänna verksamhetsområde samt lokala lagstadgade uppgifter. Kommunerna ska även i fortsättningen ansvara i enlighet med principerna i gällande lagstiftning för skötseln och främjandet av sysselsättningen. Kommunerna ska också fortsättningsvis ansvara för främjandet av kunnskap och bildning, främjandet av hälsa och välfärd, idrotts-, motions- och kulturtjänsterna samt andra fritidstjänster, ungdomsväsendet, den lokala näringspolitiken, markanvändningen, byggandet och stadsplaneringen.

När det gäller de uppgifter som åläggs de landskap som inrättas är avsikten att landskapen ska sköta uppgifter som föreskrivs för dem i lag. Till skillnad från kommunerna har de inte någon allmän rätt att åta sig uppgifter. Uppgifter ska överföras till landskapen från kommunerna, landskapsförbunden och andra samkommuner, närings-, trafik- och miljöcentralerna samt regionförvaltningsverket. Genom lag ges landskapen möjlighet att åta sig sådana kommunala uppgifter som alla kommuner i landskapet genom ett avtal ger landskapet befogenhet att sköta och som dessutom anknyter till landskapets uppgiftsområde och för vilka kommunerna skulle ha anvisat finansiering. En målsättning är också att landskapen på det sätt som anges i lag kan ordna ömsesidigt samarbete och gemensam service inom ramen för deras egna beslut och naturliga samsamarbetsinriktningar.

Staten ska ansvara för upprätthållande och utveckling av rättsstaten, respekt och bedömning av de grundläggande fri- och rättigheterna, säkerhetsuppgifter liksom internationella och nationella uppgifter samt tillsynen av jämlikheten och allmänintresset. Principen vid organiseringen av statens förvaltningsuppgifter är riksomfattande behörighet även när uppgifterna kräver regional eller lokal närvaro. Principen är också att i hela landet tillämpa ett enhetligt tillvägagångssätt och övergripande praxis för lösningar samt att använda de lösningar som bäst främjar nyttjande av digitalisering. Avsikten är att genomföra organiseringen så att av de nuvarande sex regionförvaltningsverken bildas en riksomfattande myndighet som är verksam i regionala enheter eller verksamhetsställen.

3.1.3 Trygghet av den offentliga ekonomins hållbarhet

Enligt hållbarhetskalkylerna blir ökningen av det servicebehov inom social- och hälsovården som orsakas av förändringar i befolkningens åldersstruktur i snitt 1,5 procent per år 2019–2029. Genom servicestrukturreformen inom social- och hälsovården eftersträvas effektivisering av serviceproduktionen och ökad konkurrens mellan producenterna, så att ökningen av kostnadsnivån blir mindre än vad som anges ovan.

Regeringen har ställt som mål för reformen att uppnå en besparing på 3 miljarder euro före 2029. Detta tillsammans med övriga åtgärder enligt regeringsprogrammet ska trygga den offentliga ekonomins hållbarhet. I samband med reformen är ett mål att skapa ett tydligt styrsystem för landskapen, så att de effektivitetsvinster som kan uppnås och uppbromsning av kostnadsutvecklingen säkerställs. Bestämmelserna om skötseln av landskapets ekonomi samt statens finansiering till landskapen och den övergripande styrningen av den offentliga ekonomin ska styra landskapen på ett enhetligt sätt. I samband med genomförandet av den övergripande styrningen av den offentliga ekonomin och tillämpningen av finansieringsprincipen ska även en tillräcklig finansiering för de uppgifter som kvarstår hos kommunerna säkerställas.

3.2 Alternativ för tillhandahållandet

3.2.1 Servicesystemet inom social- och hälsovården

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

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

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

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

Enligt arbetsgruppens synpunkt bör ett tillräckligt befolkningsunderlag för ordnande av social- och hälsovården beroende av bärkraftsfaktorer vara minst 50 000–100 000. Andra bärkraftsfaktorer är tillhandahållarens finansiella hållbarhet och stabilitet, tryggande av kompetensen, personaltillgång och personalens tillräcklighet samt infrastruktur. Arbetsgruppen framlade inte någon uträkning över hur många områden som uppstår utgående från de nämnda kriterierna. Arbetsgruppen föreslog dessutom att fem specialupptagningsområden ska grundas inom social- och hälsovården, vars uppgifter ska omfatta arbetsfördelnings-, samordnings-, planerings- och myndighetsuppgifter samt en skyldighet att avtala om de nationellt fastställda krävande tjänsterna på specialiserad nivå och säkerställa tillgången på dessa tjänster. Specialupptagningsområdenas befogenheter ska grunda sig på lagstiftningen.

För att komplettera beredningen av den ovan nämnda arbetsgruppens arbete tillsatte social- och hälsovårdsministeriet i november 2012 en grupp med utredningspersoner för att utreda lokala skillnader och särdrag samt språkliga förhållanden i Finlands kommuner. Gruppen med utredningspersoner framförde i sin rapport (SHM rapporter och promemorior 2013:7) att an-

svaret för att ordna social- och hälsovården bör flyttas över från kommunerna till social- och hälsovårdsområden. Samtidigt ska sjukvårdsdistrikten och samkommunernas specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda avvecklas och verksamheten omorganiseras. Finland ska enligt förslaget då ha 34 social- och hälsovårdsområden eller kommuner, som ansvarar för ordnandet av nästan alla social- och hälso-tjänster. Utöver social- och hälsovårdsområdena föreslog utredningspersonerna fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården, som ska sköta uppgifter som stödjer och samordnar den omfattande basala nivån samt forskning och utbildning. Universitetssjukhusen ska även i fortsättningen ansvara för produktionen av och kompetensen inom den mest krävande vården inom de fem områdena. Inrättandet av gemensamma specialupptagningsområden inom social- och hälsovården förbättrar i synnerhet situationen för specialtjänsterna inom socialvården. Inom socialvården är det för närvarande i huvudsak kommunerna som ansvarar även för ordnandet av specialtjänster och det är stora problem med tillgången på dessa tjänster.

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

Enligt samordningsgruppens riktlinjer skulle det dessutom finnas fem specialupptagningsområden inom social- och hälsovården med uppgifter inom både hälso- och sjukvården och socialvården. Specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården var juridiska personer som enligt lag har rätt och skyldighet att fatta bindande beslut i ärenden som hör till deras behörighet. Specialupptagningsområdena hade ingen skyldighet att ordna tjänster. I responsen på utlåtandena ansågs detta alternativ överlag godtagbart, men en viss oro uttrycktes om huruvida de mål som ställts för reformen uppnås genom modellen. Knappt hälften av remissinstanserna ansåg att bara social- och hälsovårdsområdet ska ha ansvar för ordnandet av samtliga social- och hälso-tjänster och att det inte ska bildas områden på basnivån, för att reformens integrationsmål uppnås. Dessutom ansågs modellen med en ansvarig kommun oklar. Över 80 procent av alla remissinstanser ansåg att man i samkommunmodellen bör kunna avtala om social- och hälsovårdsområdets förvaltning friare än vad som föreslagits. Den föreslagna förvaltningsmodellen för specialupptagningsområden ansågs vara för tung. Särskilt små kommuner önskade att det i samband med reformen också ska föreskrivas om innehållet i begreppet närtjänster.

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

utom de fem social- och hälsovårdsområdena föreslogs att det bildas högst 19 samkommuner med ansvar för att social- och hälso-tjänsterna produceras som en helhet. Enligt propositionen skulle kommunerna fortfarande ha ansvaret för att främja hälsa och välfärd.

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

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

Grundlagsutskottet ansåg dock i sitt andra utlåtande (GrUU 75/2014 rd) att lagförslagen och motiven till dem inte bildade ett tillräckligt underlag för en konstitutionell bedömning av de väsentliga ändringar som föreslås i propositionen. Därmed utarbetade social- och hälsovårdsutskottet inte något betänkande i ärendet och behandlingen av lagförslaget i riksdagen förföll.

En möjlighet utöver de alternativ som konstaterats ovan har varit att fortsätta i enlighet med nuvarande modell, där ansvaret för social- och hälso-tjänsterna i regel vilar på kommunerna samt på de samkommuner som grundar sig på lag (specialiserad sjukvård och specialomsorger för utvecklingsstörda). Enligt den nuvarande modellen ska socialvården och primärvården med ramlagen som grund därtill ordnas i samsamarbetsområden med minst 20 000 invånare.

Arbetsgrupper som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet har upprepade gånger påtalat att ansvaret för att ordna social- och hälsovården borde vila på färre aktörer än för närvarande. Enligt den nuvarande modellen har knappa 200 aktörer organiseringsansvar. En del av de förslag som granskats har baserat sig på tanken att antalet kommuner skulle minska avsevärt jämfört med dagsläget, eventuellt till cirka 50 eller till och med cirka 20 kommuner. En så stor minskning av antalet kommuner är dock inte i sikte för tillfället. Alternativen i denna situation är därmed närmast det nuvarande kommunbaserade ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården, en överföring av ansvaret på en samkommun i en nivå eller på större självstyrande områden än kommuner.

Utvärdering av ordnandet av social- och hälsovård i relation till andra alternativa lösningsmodeller

I den föreslagna lösningen överförs ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården helt från kommunerna till ett sådant större förvaltningsområde än en kommun som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen, dvs. till ett landskap som har ett beslutandeorgan som utsetts genom direkta val. Även finansieringsansvaret flyttas från kommunernas ansvar till staten. På en separat regional självstyrelsenivå vore det möjligt att genomföra den horisontella och vertikala integration av social- och hälsovården som är nödvändig för att trygga de grundläggande rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Genom direkta val säkerställs att kravet på demokrati iakttas. Ordnandet och produktionen av tjänster skiljs åt. Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande (GrUU 75/2014 rd) konstaterat att en överföring av uppgifterna från kommunerna till sådana större självstyrelseområden än kommuner som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen vore

ett tänkbart alternativ med avseende på grundlagen. Demokratien skulle där genomföras genom direkta val. En lösning som baserar sig på statens finansieringsansvar skulle bäst förverkliga även riktlinjen i regeringsprogrammet, enligt vilken det totala skatteguttaget inte får höjas och beskattningen av arbete inte får skärpas på någon inkomstnivå.

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

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

3.2.2 Finansiering

Alternativen för att ordna landskapens finansiering kan vara kommunal finansiering, statlig finansiering eller en kombination av statlig finansiering och beskattningsrätt för landskapen. Som finansieringsmodell för landskapen föreslås full statlig finansiering, dvs. landskapen skulle inte ha beskattningsrätt. En kommunbaserad finansiering av landskapens uppgifter ses inte som ett genomförbart alternativ, eftersom den skulle strida mot den grundlagsfästa rätten till kommunal självstyrelse. Utifrån den kommunala självstyrelsen skulle ett finansieringsansvar innebära att kommunerna finansierar en uppgift som har ålagts en annan aktör. Detta har i grundlagsutskottets tolkningspraxis redan tidigare setts som problematiskt till och med när det har gällt betydligt lägre finansieringsbelopp. En kommunbaserad finansieringsmodell för landskapen innebär att landskapen skulle fatta beslut om ungefär hälften av kommunernas utgifter. Beslut fattade av landskapet skulle i betydande grad inskränka en kommuns ekonomiska spel-

rum och avsevärt inverka på bestämmandet av den kommunala skattesatsen. Därmed kan ett finansieringssystem som baserar sig huvudsakligen på kommunal finansiering bedömas strida mot den grundlagsfästa rätten till kommunal självstyrelse.

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

En modell som bygger på en omfattande beskattningsrätt för landskapen kan dock inte i nuläget betraktas som ett verkligt alternativ som finansieringsmodell på grund av det stora antal landskap som ska inrättas och de uppgifter som anvisas dem. Landskapen är mycket olika vad gäller antalet invånare och åldersstruktur och därför förekommer det stora skillnader i deras social- och hälsovårdsutgifter. Befolkningsprognoser visar att skillnaderna mellan områden när det gäller invånarantalet kommer att öka ytterligare under de närmaste årtiondena. Landskapen skiljer sig från varandra också i fråga om sin ekonomiska bärkraft. I Nyland 2014 var den beskattningsbara inkomsten per invånare 19 800 euro, medan den i landskapet med den sämsta inkomstbasen, Norra Karelen, var endast 12 500 euro. Ju större skatteinkomstandelen är i finansieringen av områdena och ju större skillnader i skattebas det är mellan områdena, desto mer behövs en utjämning av skatteinkomsterna mellan områdena. Stora skillnader i inkomstbas innebär att landskapens skattesatser differentieras redan från början. Skillnaderna i skattebas mellan områdena är mindre än mellan kommunerna, men skillnaderna är fortfarande stora. I områden där den beskattningsbara inkomsten per invånare är låg måste skattesatserna höjas för att skatteinkomsterna ska vara tillräckliga. Situationen försämras dessutom av att servicebehovet ofta är större i områden med sämre inkomstbas. Med beaktande av de stora skillnaderna i skattesatser minskar även det nuvarande variationsintervallet för kommunernas skattesatser jämlikheten mellan medborgarna.

En modell som bygger på statlig finansiering ses som mera fungerande också med tanke på beskattningsnivån och skattesystemet. Som specialvillkor i reformen har ställts att ändringar i beskattningen i samband med reformen måste genomföras utan att beskattningen av arbete skärps på någon inkomstnivå och utan att det totala skatteuttaget höjs. Full statlig finansiering stöder uppnåendet av dessa mål. Det förbättrar statens möjlighet att styra nivån på beskattningen och i synnerhet den totala belastningen av beskattningen av arbete. Man kan inte utifrån den ekonomiska forskningslitteraturen dra några entydiga slutsatser om hur landskapsbeskattningen inverkar på den totala skattenivån. Under beredningen har man dock bedömt att beskattningsrätt för landskapen skulle innebära en större risk för ett ökat totalt skatteuttag än statlig finansiering, eftersom antalet aktörer som fattar beslut om skattesatserna skulle öka. Beskattningsrätt för landskapen skulle också vara förknippad med en risk för att skattesatserna för de skattskyldiga differentieras i områdena. Med tanke på skattesystemet skulle modellen med statlig finansiering vara enklare och klarare än ett system som inbegriper beskattningsrätt för landskapen. Beskattningsrätt för landskapen skulle vara en stor förändring, som skulle komplicera skattesystemet. Skattskyldiga betalar redan nu 7–8 olika skatter på löneinkomsterna, och landskapsskatten skulle vara ytterligare en.

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

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

Överföring av kostnader och inkomster från kommunerna till landskapen

Kommunernas skatteinkomster uppgår enligt finansministeriets prognos till cirka 21,73 miljarder euro 2016. Kommunernas skatteinkomster åren 2017–2020 har beräknats årligen öka med cirka 2,5 procent. Av kommunernas skatteinkomster inflyter i genomsnitt 86 procent av kommunalskatten, ca 6 procent av samfundsskatten och ca 8 procent av fastighetsskatten. I samband med att organiseringsansvaret för social- och hälsovård och andra uppgifter överförs till landskapen överförs även nettokostnader på cirka 17,7 miljarder euro enligt nivån 2016. Statsandelarna för den kommunala basservicen som ska överföras till landskapens finansiering täcker 5,9 miljarder euro av kostnaderna för de uppgifter som överförs på landskapens organiseringsansvar. Resten av kostnaderna täcks genom att kommunernas skatteinkomster minskas med cirka 11,8 miljarder euro.

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

Efter de statsandelar som överförs till landskapen skulle de 11,8 miljarder euro som ska dras av från kommunernas skatteinkomster motsvara ungefär två tredjedelar av kommunalskatteintäkterna. Till följd av minskningen skulle kommunalskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster minska och samfundsskattens och fastighetsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster öka. I synnerhet ökningen av den konjunktürkänsliga samfundsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster skulle kunna bli problematisk med avseende på kommunernas finansiering. Därför har man i samband med beredningen bedömt möjligheten att delvis minska kommunernas skatteinkomster genom att minska kommunernas samfundsskatteandel. En minskning av kommunernas samfundsskatteandel skulle vara motiverad också därför att den samtidigt skulle minska behovet av att minska kommunalskatten.

Det system för utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna som ingår i statsandelssystemet utsätts för särskilt stora ändringskrav i samband med reformen. Den utjämningsgräns som utgör grunden för utjämning av statsandelen, dvs. den genomsnittliga kalkylerade skatteinkomsten, sjunker automatiskt när kommunernas inkomstskattesatser sänks då inkomster överförs till landskapens finansiering. Därför minskar utjämningsstilläggen i största delen av kommunerna, dvs. dessa kommuners statsandelar minskar. I vissa kommuner skulle förändringen vara betydande. Ändringarna förutsätter att beräkningsgrunderna för skatteinkomstutjämning omvärderas som ett led i ändringen av finansieringssystemen för att stora inkomstförändringar ska kunna begränsas och kommunernas finansiella ställning och genomförandet av den finansiella principen kunna tryggas efter reformen.

Vid utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna beaktas enligt gällande lag den kalkylerade kommunalskatten och samfundsskatten samt delvis fastighetsskatten i kommuner med kärnkraftverk. Fastighetsskatten slopades 2012 i utjämning av statsandelen på basis av

skatteinkomsterna, men fastighetsskatten för kärnkraftverk återinfördes i utjämnings-systemet åtminstone delvis stöds bland annat av OECD:s undersökningar om utjämnings-systemet i lokalförvaltningen, enligt vilka alla betydande inkomstkällor måste vara med vid utjämnings-systemet för att förhindra suboptimeringsmöjligheter.

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

Överföring av skatteinkomster som motsvarar de faktiska kostnaderna

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

Problemet är de stora skillnaderna mellan kommunerna i fråga om de faktiska social- och hälsovårdskostnaderna per invånare och intäkterna av kommunalskattesatserna. De faktiska social- och hälsovårdskostnaderna är som högst nästan 5 500 euro och som lägst cirka 2 300 euro per invånare. Intäkten av en kommunalskattesats är 2016 som lägst 104 euro och som högst 350 euro per invånare. Om de kostnader som överförs efter minskningen av statsandelarna i varje kommun dras av från kommunernas inkomstskattesatser i motsvarighet till de faktiska kostnaderna skulle resultatet vara stora skillnader i kommunalskattesatserna mellan kommunerna. I tre kommuner skulle kommunalskatten inte räcka till för att fullt ut täcka den del som efter statsandelarna återstår av de social- och hälsovårdskostnader som överförs till landskapet, utan kostnaderna måste täckas av kommunens övriga inkomster.

Variationsintervallet för kommunalskattesatserna är efter ändringen 0–12,72 procentenheter. Skillnaden mellan kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen skulle alltså öka med nästan det dubbla jämfört med nuläget, även om kommunernas kostnader och inkomster minskar till ungefär hälften. När man beaktar landskapets s.k. kalkylerade skattesats, dvs. den andel av den tidigare kommunalskatten som enligt kalkyler överförs till en annan skattetagare, skulle skatteuttaget för kommuninvånarna öka i ungefär en tredjedel av kommunerna. Ökningen skulle beröra cirka 2,5 miljoner skattebetalare och skulle som störst vara cirka 5,3 procentenheter. Å andra sidan skulle skatteuttaget i nästan två tredjedelar av kommunerna i princip sjunka, som mest med nästan 9 procentenheter.

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

Överföring av skatteinkomster som motsvarar de kalkylerade kostnaderna

Ett alternativ är att resten av de inkomster som överförs till landskapen sedan statsandelarna minskats dras av från kommunernas kommunalskatt i enlighet med de kalkylerade kostnaderna för kommunens social- och hälsovård. I praktiken skulle detta ske så att för varje kommun minskas kommunalskatten i motsvarighet till den andel som kommunens kalkylerade kostnader utgör av hela landskapets kalkylerade social- och hälsovårdskostnader. Minskningen av

skatteinkomsterna bygger alltså på beaktandet av behovsfaktorer i fråga om tjänsterna, men inte på de faktiska kostnaderna.

Problemet i alternativet är de stora skillnaderna mellan de kalkylerade och faktiska social- och hälsovårdskostnaderna samt de stora skillnaderna i kommunalskatteintäkter mellan kommunerna. Om de kostnader som överförs sedan statsandelarna minskats i varje kommun dras av från inkomstskattesatsen i motsvarighet till de kalkylerade kostnader som överförs till landskapet, skulle resultatet vara till och med större skillnader mellan de kommunala skattesatserna än i det alternativ som bygger på de faktiska kostnaderna. I 46 kommuner skulle kommunalskatten inte räcka till för att helt täcka de kalkylerade kostnaderna.

Variationsintervallet för kommunalskattesatserna skulle efter ändringen vara -7,43–11,84 procentenheter. Skillnaderna mellan kommunerna med den högsta och den lägsta kommunalskattesatsen skulle efter ändringen vara ungefär tre gånger större än i nuläget. När man beaktar landskapets s.k. kalkylerade skattesats, skulle skatteuttaget för kommuninvånarna stiga i nästan en fjärdedel av kommunerna. Ökningen skulle beröra cirka 2,8 miljoner skattebetalare och som störst vara cirka 4,45 procentenheter. Å andra sidan skulle skatteuttaget i tre fjärdedelar av kommunerna i princip sjunka, som mest med cirka 14 procentenheter. Vid bedömningen av skattesatsens storlek måste man dock beakta att en del av kommunerna sannolikt skulle vara tvungna att höja skattesatsen för att helt kunna täcka de kostnader som överförs till landskapen.

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

Minskning av inkomster med landskapens kalkylerade skattesatser

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

Lika stor minskning i samtliga kommuners inkomstskattesatser

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

En lika stor sänkning av de kommunala skattesatserna innebär att de inkomster som minskas varken i landskapen eller i en enda kommun kommer att motsvara de kostnader som överförs.

Skillnaderna mellan de inkomster som ska dras av och de kostnader som ska överföras är ställvis betydande. De faktiska kostnader som överförs till landskapen avviker när det gäller kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen med cirka 3 200 euro per invånare. Å andra sidan är skillnaderna i intäkter av kommunalskattesatserna som mest mer än tre gånger så stora mellan olika kommuner. Skillnaderna beror på flera olika faktorer. Det är fråga om skillnader i behov och förhållanden, men även i fråga om tillgången till och användningen av tjänster, tjänsternas kvalitet och effektivitet. Om de kommunala skattesatserna sänks lika mycket i alla kommuner, leder situationen ofrånkomligen till att ändringen räknat per invånare behandlar kommunerna på mycket olika sätt.

Som det redan konstaterats ovan i samband med bedömningen av nuläget, skulle en fördelning av skatteinkomsterna mellan kommunerna och landskapen ha en betydande inverkan även på den utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna som ingår i statsandelssystemet. Ändringarna orsakas av en betydande sänkning av utjämningsgränsen när kommunernas skatteinkomster minskar. På grund av ändringarna minskar utjämningsstilläggen i största delen av kommunerna, dvs. i praktiken minskar dessa kommuners statsandelar. En ändring av utjämningen enligt utjämningsgränserna i gällande lag skulle försämra statsandelsfinansieringen i cirka 270 kommuner.

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

Uppskattningen av de kostnader och inkomster som överförs kompliceras av att det inte finns tillgång till aktuella kostnads- och inkomstuppgifter. Vid beredningen av regeringens proposition har det funnits tillgång endast till de slutliga uppgifterna för 2014. De färskaste officiella statistiska uppgifterna, som även kommunerna kan beakta i sina budgetprocesser, kommer att vara från 2016. De publiceras i november 2017. För konsekvensens skull har kommunernas kostnader, inkomster och ekonomiska jämvikt redan under beredningen av propositionen bedömts enligt nivån 2016. Detta har gjorts genom att de kommunala utfallsuppgifterna för nettokostnaderna 2014 länkats samman med prognoserna för hela den kommunala ekonomin i programmet för kommunernas ekonomi våren 2016 och genom att ändringen i kommunernas verksamhetsbidrag för 2015 och den prognostiserade förändringen i verksamhetsbidraget för 2016 fördelats mellan kommunerna i proportion till ändringen i deras kalkylerade kostnader. Kostnadsförändringen bygger på antagandet att den genomsnittliga tillväxten är 1,5 procent.

När reformen träder i kraft 2019 görs kalkyler med stöd av uppskattningar enligt nivån 2018. Beräkningssättet är det samma som ovan, men som utgångsinformation om kommunernas nettokostnader används genomsnittliga kostnader enligt boksluten för 2015 och 2016. På denna grund beräknas även en övergångsutjämning i systemreformen som beaktas vid utbetalningen av statsandelar till kommunerna 2019. För att utbetalningen av statsandelar ska vara rättvis är det ändamålsenligt att kalkylerna över förändringarna i reformen så långt det är möjligt motsvarar den verkliga jämviktssituationen i kommunerna. Därför är det motiverat att kalkylerna ses över på nytt. Detta görs enligt medelvärdet av kommunernas utfallsuppgifter för åren 2017 och 2018. De nya kalkylerna kommer att utgöra grunden för statsandelar som beviljas från 2020. Om det efter översynen konstateras att en kommun 2019 betalats mer eller mindre statsandel än vad enligt den justerade kalkylen bör betalas, ska under åren 2020–2023 jämnstora

belopp som motsvarar skillnaden dras från eller läggs till den statsandel som kommunen beviljas.

3.2.3 Reglering av egendomsförhållanden

Egendomsförhållandena ska stödja uppfyllandet av målen för reformen. Lösningarna får inte leda till en höjning av det totala skatteuttaget, och man måste med hjälp av reformen på lång sikt kunna uppnå sparmålet på totalt 3 miljarder euro i den offentliga ekonomin samt bidra till att hållbarhetsunderskottet hålls under kontroll. Egendomsförhållandena får inte äventyra genomförandet av finansieringsprincipen i de uppgifter som blir kvar i kommunerna. Målet ska vara att säkerställa en likabehandling av kommunerna och i mån av möjlighet undvika sådana lösningar där kommunernas olika organisatoriska beslut eller sätt att ordna tjänster påverkar slutresultatet.

För landskapets bruk ska tryggas den egendom som behövs i uppgifter som ingår i dess ansvar för att ordna social- och hälsovård. I anslutning till detta ska det avgöras om äganderätten till den egendom som behövs överförs till landskapen eller om en del av egendomen kvarstår i kommunernas ägo. Det ska dessutom avgöras om tillvägagångssättet ska vara detsamma i fråga om all den egendom som behövs och, ifall egendom övergår i landskapens ägo, om kommunerna ska betalas en ersättning för överföringen.

Egendomsarrangemangen kan genomföras enligt flera olika alternativ och kombinationer av alternativ, men de främsta alternativen har i beredningen konkretiserats som inlösnings-, hyrning och fördelning av egendomen mellan kommunen och landskapet, dvs. den s.k. fördelningsmodellen.

Inlösningsalternativ

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

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

Om landskapet ålagts att lösa in allt vid en viss tidpunkt, till exempel den egendom som är i aktuell användning när organiseringsansvaret överförs, förutsätter detta att kommunerna inte genom sina åtgärder kan utöka omfattningen av den egendom som överförs till landskapet och samtidigt landskapets ekonomiska ansvar. Bland annat för att förhindra en sådan situation har det stiftats en lag om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården (548/2016), som trädde i kraft den 1 juli 2016. En omfattande inlösningskyldighet skulle också innebära att landskapet bär hela risken för lokaler och annan egendom som eventuellt förblir oanvända i framtiden. Om landskapet har skyldighet att lösa in all den egendom som används vid en viss tidpunkt, måste även marken som byggnaderna står på överföras till landskapet.

Om marken som byggnaderna står på inte överförs samtidigt, försämras betydligt landskapets möjligheter att i framtiden avyttra lokaler och byggnader som förblir oanvända. Byggnaderna inom primärvården, socialväsendet och delvis även räddningsväsendet är ofta uppförda i centrum av kommuner och städer, dvs. på platser som är viktiga för samhällsstrukturens utveckling. I samband med beredningen har sådan jordegendoms betydelse för kommunerna speciellt som en framtida livskrafts- och samhällsstrukturfråga förts på tal. Att ålägga landskapen en omfattande inlösningskyldighet skulle innebära att byggnader inom primärvården, socialväsendet och räddningsväsendet som finns på platser av betydelse för samhällsstrukturen i kommuner och städer tillsammans med den mark de står på i stor utsträckning övergår i landskapens ägo. Detta är inte nödvändigtvis motiverat med tanke på kommunernas framtid. I lagstiftningen bör situationen sannolikt lösas med något slags specialbestämmelse som gäller jordegendom av det här slaget. En sådan bestämmelse kan i vissa situationer bli problematisk, om kommunen och samkommunen inte har samsyn om den aktuella jordegendomens kvalitet och betydelse.

Om det är landskapet som har beslutanderätten i fråga om omfattningen av och föremålet för inlösningsen, dvs. landskapet löser in endast den egendom som det anser nödvändig, kvarstår kommunens ansvar för lokaler och annan egendom som eventuellt förblir oanvända. Anknypande frågor behandlas nedan i den del som gäller den s.k. begränsade fördelningsmodellen och i den del av propositionen som gäller konsekvensbedömning.

Det bör också avgöras till vilket värde inlösningsen ska göras. Ersättningen kan basera sig på bokföringsvärde (balansvärde), gängse värde, ett tekniskt värde eller till exempel uträkning av nuvärdet på grundval av intäkterna. Det skulle i princip vara enkelt att använda balansvärdena, eftersom man på så vis skulle kunna undvika att göra separata och tidskrävande värderingar som sannolikt ger upphov till höga kostnader. Balansvärdena påverkas dock av situationen i kommunerna vid övergången till nuvarande bokföringspraxis och de beslut som fattades då. Ett stort problem med användningen av balansvärdena är också de arrangemang och bolagiseringar i anslutning till fastighetsegendom som redan gjorts i vissa kommuner och som lett till att balansvärdena ökat markant och i praktiken motsvarar gängse marknadsvärde. Detta innebär att landskapet i vissa kommuner i praktiken skulle lösa in egendomen till marknadsvärde och i vissa åter till balansvärde baserat på anskaffningsutgiften. Enbart jordegendomens värde kan inte heller entydigt definieras. I flera fall har jordegendomen i kommunernas balansräkningar värderats till ett mycket lågt värde eller inte värderats alls. I kommunens egna fastigheter har det inte heller nödvändigtvis alltid utförts fastighetsbildningsförrättningar.

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

Hyra

I hyresalternativet hyr landskapen de lokaler de anser nödvändiga av kommunerna och samkommunerna. I praktiken innebär modellen att alla samkommuner för social- och hälsovård, inklusive samkommunerna för sjukvårdsdistrikt, skulle bli s.k. fastighetssamkommuner, dvs. deras verksamhet skulle enbart bestå i att hyra ut lokaler. Som grund för hyror skulle åtminstone i övergångsskedet kunna användas de bestämningsgrunder för interna hyror som eventuellt redan är i bruk i kommunerna och samkommunerna.

När det gäller lösöret, dvs. inventarier, maskiner och utrustning, är det av praktiska skäl motiverat att överföra äganderätten till landskapet. Om det betalas ersättning för denna egendom, ska grunden för bestämningen av ersättningen avgöras och finansiering för inlösen av lösöre ordnas för landskapet. Inga förändringar sker i kommunernas och samkommunernas skulder.

Modellen är enkel att genomföra i övergångsskedet och den finansiering som landskapet behöver för inlösen av lösöre är lägre än i inlösningsmodellen. Eftersom lösörets värde är ganska lågt i kommunernas balansräkningar, är det också möjligt att följa samma principer som 2004 då de regionala räddningsväsendena bildades, dvs. inga ersättningar betalas för lösöre.

Det ska avgöras om landskapen till exempel under en viss övergångsperiod skulle vara skyldiga att hyra alla lokaler som är i bruk eller om landskapet redan från början skulle kunna hyra endast de lokaler som det anser nödvändiga. Det ska också avgöras hur de investeringar som landskapet behöver ska genomföras. I princip ska den som äger lokalerna, dvs. hyresvärden, göra de renoverings- och andra investeringar som behövs i de befintliga lokalerna. Då ska hyresavtalet vara så långt att investeringen är motiverad ur hyresvärdens synvinkel. Nyinvesteringar måste landskapet i varje fall konkurrensutsätta och genomföra separat.

Hyresmodellen kan i princip även genomföras så att lokalegendom överförs från kommunerna och samkommunerna till ett eller flera bolag som kommer i kommunernas ägo och som hyr vidare den egendom som behövs till landskapen. Eftersom ett bolag som ägs av kommunerna inte är en enhet som är anknuten till landskapet, måste landskapet även i en hyresmodell som förverkligats på detta vis konkurrensutsätta nyinvesteringar på marknaden. Eftersom kommunerna därefter har främst placerarintresse i det aktuella bolaget börjar bolagets aktier i något skede förmodligen släppas ut på marknaden.

Senast efter den eventuella övergångsperioden kan landskapet hyra sina lokaler antingen från kommunerna, samkommunerna, ett potentiellt kommunalt ägt bolag eller på privata marknaden, vilket innebär att det befintliga marknadsutbudet garanterar en skälig hyresnivå. Från kommunernas synvinkel skulle situationen dock på samma sätt som i inlösningsmodellen innebära att lokaler som eventuellt förblir oanvända i framtiden kan bli problematiska med tanke på den kommunala ekonomin i vissa kommuner.

Fördelningsmodellen, dvs. egendomen avskiljs från kommunerna till landskapen

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

Omfattande fördelningsmodell

I den omfattande fördelningsmodellen överförs sådan lös och fast egendom till landskapet som uteslutande eller i huvudsak används vid en viss tidpunkt i den verksamhet som överförs på landskapets organiseringsansvar och en sådan andel av skulder och andra åtaganden som motsvarar denna egendom. Någon inlösnings- eller annan ersättning betalas inte. Över kommunens egendom görs upp en fördelningsplan där det definieras vilken egendom och vilka skulder och åtaganden som ska överföras till landskapet. Planerna utarbetas enligt de balansvärden som ingår i kommunens bokslut. Utgångspunkten vid fördelningen av kommunens skulder är förhållandet mellan kommunens övriga egendom och den egendom som överförs, dvs. det överförs i proportion lika mycket skulder från varje kommun på landskapets ansvar som det överförs egendom från kommunen i fråga. Samkommuner för sjukvårdsdistrikt, special-

omsorgsdistrikt och landskapsförbund överförs som sådana till landskapen, dvs. med sina tillgångar och skulder. I kommunens bokföring täcks överföringen av egendomen till landskapet genom en sänkning av kommunens grundkapital. Eftersom det i praktiken skulle vara mycket komplicerat att överföra skuldansvaret på landskapet i form av en verklig överföring av skuldebrev, måste landskapets relativa andel av skuldansvaret sannolikt genomföras så i modellen att landskapet blir skyldig kommunen det belopp som anges i fördelningsplanen och skuldräntan binds till exempel vid genomsnittträntan på kommunens lån.

Den omfattande fördelningsmodellen säkerställer att landskapet får tillgång till och beslutanderätt över hela den egendom som behövs oberoende av egendomens typ eller slag. Modellen skulle också uppfylla målen för oförändrat totalt skatteuttag, eftersom den inte förutsätter att det ordnas separat finansiering för landskapen. Ur kommuninvånarnas synvinkel skulle egendomen tillsammans med skyldigheten att ordna tjänster överföras från en enskild kommun till det landskap inom vars område kommuninvånaren bor. Överföringen av lika mycket skulder som egendom från kommunerna till landskapet säkerställer dessutom att kommunens finansiella ställning inte försämras på grund av överföringen av egendom.

Utmaningarna med modellen hänför sig till balansvärdena för kommunernas egendom och det skuldbelopp som överförs till landskapet. På samma sätt som i inlösningsmodellen blir också frågor om den mark som byggnaderna står på aktuella. Eftersom risken i modellen med avseende på lokaler som eventuellt förblir oanvända i framtiden helt faller på landskapet, är det nödvändigt att även den mark som byggnaderna står på överförs tillsammans med byggnadsbeståndet till landskapet, dvs. i praktiken fastigheterna i sin helhet. I samband med inlösningsmodellen behandlas frågor som gäller kommunernas jordegendom mera ingående i synnerhet till de delar som markområdena finns i kommun- och stadscentrum.

Det är i praktiken mycket svårt att utreda hur skulder kan inriktas på de uppgifter som överförs på landskapets organiseringsansvar och anknyttande egendom, eftersom kommunens lån inte är s.k. öronmärkta, utan en del av den kommunala finansieringen som helhet. Enligt den omfattande fördelningsmodellen överförs därför i proportion lika mycket skulder som egendom från varje kommun på landskapets ansvar. Detta leder till att egendomens balansvärden har mycket stor betydelse i modellen, eftersom de har direkt inverkan på det skuldbelopp som överförs till landskapet. I enlighet med vad som redan konstaterats i samband med inlösningsmodellen påverkas balansvärdena såväl av situationen i kommunerna vid övergången till nuvarande bokföringspraxis och de beslut som fattades då som av de åtgärder och arrangemang som vidtagits i vissa kommuner under de senaste åren. De kommuner som reglerat sin fastighetsegendom skulle i samband med att den omfattande fördelningsmodellen genomförs få en fördel jämfört med de kommuner som inte har vidtagit liknande arrangemang. Fördelen skulle i praktiken märkas som en ökning av det skuldbelopp som överförs till landskapet.

I modellen skulle ett betydande skuldansvar överföras till landskapen, enligt en preliminär bedömning cirka 4,5 miljarder euro. Det finns dock stora osäkerhetsfaktorer i anslutning till uppskattningen av det skuldbelopp som överförs. Även om det preliminärt har uppskattats att cirka 20 procent av kommunernas skulder kan inriktas på s.k. social- och hälsovårdsegendom, kan skuldens relativa andel av kommunens totala skuldbelopp beroende på kommunens servicestruktur, det genomförda investeringsprogrammet och andra faktorer variera betydligt från kommun till kommun och det slutliga beloppet blir känt först när en fördelningsplan gjorts upp i varje kommun.

Begränsad fördelningsmodell

Den begränsade fördelningsmodellen är en kombination av hyresmodellen och den omfattande fördelningsmodellen. Sjukvårdsdistrikt, specialomsorgsdistrikt och landskapsförbund som ut-

gör samkommuner ansluts med tillgångar, skulder och åtaganden till landskapen. Lokaler samt byggnads- och jordegendom som används inom räddningsväsendet samt kommunal primärvård, specialiserad sjukvård och socialväsendet blir kvar hos sina nuvarande ägare och landskapet hyr de delar det behöver.

När det gäller kommunalt ägda lokaler ingås för övergångsperioden ett tidsbestämt hyresavtal mellan landskapet och kommunen. Efter övergångsperioden beslutar landskapet vilka lokaler det i fortsättningen ska inneha med stöd av hyresavtal. Lös egendom med fast anknytning till de hyrda lokalerna samt inventarier, maskiner, utrustning och material som ansluter sig den verksamhet som hör till landskapets organiseringsansvar överförs tillsammans med organiseringsansvaret och personalen utan ersättning till landskapet.

Kommunen överför avtal med anknytning till den verksamhet som hör till landskapets organiseringsansvar till landskapet. I de avtal som ska överföras räknas därmed även in hyresavtalen för de lokaler som används inom verksamheten i fråga, om den bedrivs i de hyrda lokalerna. Om avtalet också ansluter sig till de uppgifter som blir kvar i kommunen och det inte kan överföras eller delas, ska kommunen och landskapet komma överens om hur ansvaren i anslutning till avtalet ska fördelas mellan kommunen och landskapet under avtalets giltighetstid.

På lokaler, lösöre och avtal som ägs av frivilliga samkommuner för social- och hälsovård tillämpas samma principer som på lokaler och lösöre som ägs av kommuner.

I kommunernas balansräkningar minskar egendomens omfattning med samkommunsandelarna samt lösöret inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Effekten märks som en minskning av kommunernas grundkapital och inverkar på kommunernas självförsörjningsgrad. Kommunernas skuldbelopp kvarstår oförändrat, men de andelar av samkommunernas skulder som ska sammanställas med koncernbokslutet försvinner.

Den begränsade fördelningsmodellen förutsätter inte att det ordnas finansiering för landskapen för anskaffning av egendom, och därför uppfyller modellen kravet på att det totala skatteuttaget ska hållas oförändrad. Modellen säkerställer att landskapet får den viktigaste egendomen inom den specialiserade sjukvården i sin ägo samt en nödvändig utrustningsinfrastruktur i anslutning till social- och hälsovården och räddningsväsendet. Det skuldbelopp som överförs till landskapen skulle uppgå till cirka 1,3 miljarder euro, dvs. betydligt mindre än i den omfattande modellen. Modellen skulle förmodligen vara enklare att genomföra i övergångsskedet än den omfattande modellen. De befintliga systemen för interna hyror i kommunerna och den information som samlats in utifrån dem kan användas som grund för hyresavtal under övergångsperioden. Frågor som gäller värdering av en kommuns egendom inverkar indirekt på de hyror som landskapet betalar, men landskapet kan efter övergångsperioden besluta om det ska fortsätta att använda lokalerna, om hyresnivån visar sig vara för hög i relation till landskapets resurser. Landskapet och kommunen skulle också fortfarande ha frihet att avtala om eventuella ägararrangemang, om landskapet anser det ändamålsenligt att förvärva lokaler som ägs av kommunen, dvs. den begränsade modellen kan i något skede leda till ägarbyten också i fråga om kommunalt ägda lokaler.

Utmaningarna i den begränsade modellen gäller tiden efter övergångsperioden. Ansvar för lokaler som eventuellt förblir oanvända fördelas mellan landskapet och kommunerna. Ansvar för stora sjukhusfastigheter som ägs av sjukvårdsdistrikten överförs till landskapet, men de flesta fastigheterna kvarstår fortfarande i kommunernas ägo. Således kommer kommunerna fortfarande att ansvara även för lån som tagits för investeringar. Den hyra som landskapet betalar under övergångsperioden täcker underhållskostnaderna och kapitalkostnaderna, men potentiella problem kan efter övergångsperioden uppkomma i den kommunala ekonomin, om lokaler som det nyligen gjorts stora investeringar i med lånade pengar förblir oanvända eller om

underhållskostnaderna för lokalerna är höga och de inte kan skäras ned genom att fastigheten säljs eller rivs.

3.2.4 Intressebevakning för arbetsgivare

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

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

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

Med hänsyn till att frågan är viktig och av allmänt intresse föreslås det att en gemensam organisation för intressebevakningen för arbetsgivarna inom kommun- och landskapssektorerna, nämligen Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT, bildas.

3.3 De viktigaste förslagen

3.3.1 Regional självstyrelse

I propositionen föreslås att det inrättas 18 landskap i Finland. Landskapen ska vara offentligtgrättsliga samfund med regionalt självstyre enligt vad som föreskrivs i landskapslagen. I den offentliga förvaltningen finns i fortsättningen tre självständiga aktörer: staten, landskapen och kommunerna. Eftersom landskapen är helt nya myndigheter, är lagstiftning som gäller kommuner eller statliga myndigheter inte direkt tillämplig på dem. Därför bör det stiftas en särskild lag bland annat om bildande av landskap och om områdesindelning, förhållande till staten och kommunerna, ansvarsområde och uppgifter, förvaltning, beslutsfattande och ekonomi, personalens ställning, finansiering, valförfarande samt invånarnas rätt att delta och påverka. Det måste dessutom göras ändringar i allmänna förvaltningslagar som t.ex. lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet, förvaltningslagen, språklagen och samiska språklagen för att landskapen ska bli beaktade.

Bestämmelser om de landskap som ska inrättas och om kommunernas placering i landskapen föreskrivs i en lag om införande av reformen. Med stöd av kriterierna i lagen kan statsrådet besluta om sammanslagning av landskap eller överföring av en kommun till ett annat landskap.

I införandelagen föreskrivs också om ett temporärt beredningsorgan med ansvar för inledandet av landskapets verksamhet och för beredningen av inledandet av landskapets verksamhet och förvaltning tills det första landskapsfullmäktige har valts och den landskapsstyrelse som tillsatts av landskapsfullmäktige inlett sitt arbete. Landskapsförbundet, kommunerna, sjukvårdsdistriktet, specialomsorgsdistriktet, räddningsväsendet, närings-, trafik- och miljöcentralen och arbets- och näringsbyrån inom landskapets område ska omedelbart när lagen trätt i kraft avtala om sammansättningen i det temporära beredningsorganet. Landskapsförbundet tillsätter det temporära beredningsorganet i enlighet med vad som avtalats i förhandlingarna. Om beredningsorganet inte har tillsatts senast inom två månader från det att lagen trädde i kraft, tillsätter statsrådet beredningsorganet på framställning av finansministeriet. Beredningsorganet ska då bestå av sammanlagt 6 medlemmar från kommunerna, 2 medlemmar från sjukvårdsdistriktet, 1 medlem från specialomsorgsdistriktet, 1 medlem från landskapsförbundet, 1 medlem från räddningsväsendet, 1 medlem från närings-, trafik- och miljöcentralen och 1 medlem från arbets- och näringsbyrån inom landskapets område, och av deras ersättare.

Det är motiverat att de viktigaste bestämmelserna om landskapens verksamhet, ekonomi och förvaltning samlas i den allmänna lag som gäller dem, landskapslagen, på samma sätt som bestämmelser om kommuner finns i kommunallagen. I regleringen av landskapens förvaltning och ekonomi ska det lämnas spelrum för beslutsfattande som ingår i självstyrelsen och beaktande av respektive landskaps regionala särdrag. På samma sätt som i gällande kommunallag ska den reglering som gäller landskapsförvaltningen således vara möjliggörande.

I den landskapslag som ingår i denna proposition finns det bestämmelser om landskapets uppgiftsområde. Landskapen ska dock inte ha ett allmänt uppgiftsområde som kommunerna. Där emot ska det genom lag möjliggöras att landskapen kan åta sig sådana kommunala uppgifter som alla kommuner i landskapets område genom ett avtal ger landskapet befogenhet att sköta och som dessutom anknuter till landskapets uppgiftsområde. Då ska kommunerna också bevilja landskapet finansiering för utförandet av uppgiften. Till landskapen överförs med stöd av denna proposition uppgifter från kommuner och samkommuner. Till sådana uppgifter för landskapet hör social- och hälsovården och räddningsväsendet. Avsikten är dessutom att det i den proposition om landskapsreformen som bereds särskilt ska överföras uppgifter till landskapen även från närings-, trafik- och miljöcentralerna, arbets- och näringsbyråerna, regionförvaltningsverken, landskapsförbunden och kommunerna. Dessa uppgifter är i enlighet med den riktlinje som regeringen fastställde den 5 april 2016 miljö- och hälsoskyddet, regional utveckling, främjande av näringar, styrning och planering av områdesanvändningen samt främjande av landskapens identitet och kultur liksom övrig regional service som enligt lag åläggs landskapet. I den landskapslag som ingår i denna proposition finns det bestämmelser om samordningen av utförandet av landskapens uppgifter. Samarbetsformerna ska vara ett gemensamt organ, en gemensam tjänst och ett avtal om skötsel av myndighetsuppgifterna. Till följd av landskapsreformen ska närings-, trafik- och miljöcentralerna, arbets- och näringsbyråerna och landskapsförbunden läggas ned. Dessutom ska en riksomfattande myndighet med regionala enheter bildas av de nuvarande sex regionförvaltningsverken.

Förutsättningen för ett demokratiskt beslutsfattande i landskapen kan anses vara att det genom direkt val utses ett högsta beslutande organ, dvs. fullmäktige, för området. Bestämmelser om förfarande för fullmäktigeval finns i vallagstiftningen. Det första landskapsvalet förrättas i samband med presidentvalet 2018 och därefter förrättas valet i samband med kommunalvalet. För väljarna skulle det vara klarast om principerna enligt gällande vallagstiftning så långt det är möjligt följs i lagstiftning som gäller nya val. Vid överföringen av vissa uppgifter i kommunerna till landskapsnivå måste det säkerställas att invånarnas rättigheter att delta och påverka inte inskränks. I landskapslagen föreskrivs det om invånarnas möjligheter att delta och påverka i landskapen.

I landskapet ska det förutom landskapsfullmäktige finnas en landskapsstyrelse och en revisionsnämnd. Landskapet får besluta om övriga organ. Den högsta beslutanderätten i landskapet utövas av landskapsfullmäktige. Landskapet leds i enlighet med en landskapsstrategi som godkänts av landskapsfullmäktige, där fullmäktige satt upp mål för landskapets verksamhet och ekonomi. Landskapets verksamhet, förvaltning och ekonomi leds av en landskapsstyrelse, under vilken landskapsdirektören lyder.

I landskapets verksamhet differentieras beslutsfattande som gäller organiseringsansvaret och produktionen av tjänster. Landskapet ansvarar för organiseringen av sina uppgifter. Om inte något annat föreskrivs i lag, kan landskapet producera tjänsterna själv eller i samarbete med andra landskap eller med stöd av ett avtal anskaffa dem från någon annan serviceproducent. För serviceproduktionen i landskapet svarar landskapets serviceinrättning i uppgifter som föreskrivs separat i lag, såsom social- och hälso-tjänster och räddningsväsendet. Serviceinrättningen är en offentligrettslig inrättning som inrättas av landskapet och som leds av en direktör och en styrelse. Inrättningen har även anställda tjänsteinnehavare.

Landskapet och serviceinrättningen kan ha tjänsteproduktionsbolag. I lag föreskrivs om bolagiseringsskyldighet som utgör förutsättningen för att ett bolag ska kunna vara verksamt på den konkurrensutsatta marknaden samt om undantag från den skyldigheten.

För landskapen inrättas gemensamma riksomfattande servicecentraler, där landskapens expert- och stödtjänster samlas, bland annat gemensam upphandling, lokal- och fastighetstjänster, informations- och kommunikationstekniska tjänster samt ekonomi- och personaltjänster. Servicecentralerna är aktiebolag som ägs gemensamt av landskapen och staten. Servicecentralerna producerar tjänster för landskapen, landskapens dottersamfund och serviceinrättningarna. Landskapen kan dessutom inrätta gemensamma stödtjänstenheter med ansvariga enheter inom kommunerna och staten.

Utgångspunkten för bestämmelserna om landskapets ekonomi ska vara att ekonomin hålls i balans för att det ska ha förutsättningar att sköta de tjänster och uppgifter som lagstiftningen förutsätter. De uppgifter som ska överföras till landskapen är sådana att en mycket stor mängd av samhällets ekonomiska resurser kommer att användas till dem och de har mycket stor betydelse vid bedömningen av den offentliga ekonomins hållbarhet. Den ökning av social- och hälso-tjänster som följer av befolkningens åldrande drabbar i fortsättningen landskapen. Detta förutsätter reglering om uppföljning av den ekonomiska situationen i landskapen och säkerställande av tillräcklig finansiering för tjänsterna.

I fråga om organisationsstruktur kommer landskapen att vara stora och de kommer att använda betydande mängder ekonomiska resurser. Därför bör det i den reglering som gäller dem tas in bestämmelser om en översyn av ekonomin och förvaltningen. Man måste dessutom se till att landskapet har ett fungerande utvärderingssystem i anslutning till styrningen och ledningen samt redovisningsskyldigheten.

Bestämmelser om ändring av landskapsindelningen utfärdas i en lag om landskapsindelning. Statsrådet kan besluta om sammanslagning av landskap eller överföring av en kommun till ett annat landskap enligt kriterierna i lagen om landskapsindelning. En utredning om sammanslagning av landskap kan inledas på framställning av landskapet eller kommunen eller invånarna i landskapet, på initiativ av finansministeriet eller med stöd av landskapets utvärderingsförfarande.

3.3.2 Social- och hälsovård

Syftet med social- och hälsovårdsreformen är att främja och upprätthålla befolkningens välfärd och hälsa och säkerställa likvärdiga och kostnadseffektiva social- och hälsotjänster med god produktivitet i hela landet. I syfte att genomföra detta överförs ansvaret för att ordna social- och hälsovården från kommunerna och samkommunerna till de 18 landskapen enligt landskapslagen. Ett undantag utgör den prehospitala akutsjukvården, som de fem landskap som är huvudmän för universitetssjukhus ansvarar för att ordna. De sörjer för att prehospital akut-sjukvård ordnas inom landskap som hör till samma samarbetsområde.

Landskapen har ansvar för lämplig tillgång till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Tjänsterna ska i form av samordnade serviceenheter samt med hänsyn till behoven bland befolkningen i landskapet tillhandahållas nära klienterna, som närtjänster. Tjänster kan samlas till större enheter om det behövs för att trygga tillgången på dem och deras kvalitet eller om det krävs för att tjänsterna ska genomföras ändamålsenligt, kostnadseffektivt och effektivt. I detta sammanhang föreslås inga ändringar i bestämmelserna om ordnande av studerandehälsovård.

Enligt förslaget har kommunen också i fortsättningen ansvar för att främja sina invånares välfärd och hälsa. Kommunen ska i sin strategiska planering ställa mål för främjandet av välfärd och hälsa och definiera åtgärder som stöder målen. Även landskapet ska i sin verksamhet sörja för att välfärd och hälsa främjas. Landskapet ska samarbeta med kommunerna i området. Landskapet ska också med sin expertis stödja kommunerna i arbetet för att främja välfärd och hälsa.

Landskapet ska sörja för att identifiera klientgrupper och klienter som behöver brett samordnade tjänster, beskriva servicekedjor och serviceenheter och utnyttja klientinformation mellan olika producenter samt informera om klientens rättigheter och förmåner, för rådgivning i anslutning till användningen av tjänster, bedömning av servicebehovet och uppgörandet av en klientplan samt för den anknytande styrningen så att klienten kan garanteras samordnade tjänster. Landskapet avger dessutom ett servicelöfte till landskapets invånare. I löftet ställer landskapet upp mål för hur social- och hälsotjänsterna tillhandahålls på ett sätt som tar hänsyn till invånarnas behov och de lokala förhållandena.

I lagen om ordnandet av social- och hälsovården beaktas också den valfrihetslagstiftning som bereds särskilt. Landskapet ska ordna social- och hälsovård så att klienten kan välja tjänste-producent enligt vad som bestäms särskilt om valfrihet.

För den regionala samordningen, utvecklingen och samarbetet inom social- och hälsovård som ordnas av landskapen ska enligt förslaget finnas fem samarbetsområden. Bestämmelser om de landskap som hör till samarbetsområdena utfärdas genom förordning av statsrådet så att landskapen Birkaland, Norra Österbotten, Norra Savolax, Nyland och Egentliga Finland, som är huvudmän för universitetssjukhus, hör till olika samarbetsområden. För samarbetsområdet upprättas för varje fullmäktigeperiod ett samarbetsavtal mellan landskapen för en regional samordning av social- och hälsovården. Om landskapen inte enhälligt godkänner samarbetsavtalet, fattar statsrådet beslut om det. Statsrådet kan också besluta om samarbetsavtalet och dess innehåll, om det inte överensstämmer med lagstiftningen eller de riksomfattande målen.

I samarbetsavtalet ingår också en investeringsplan, där långtgående och betydande investeringar definieras. Att genomföra dessa långtgående och betydande investeringar förutsätter dessutom att statsrådet godkänner investeringsplanen.

Statsrådet stärker de nationella strategiska målen för social- och hälsovården vart fjärde år. I samband med de riksomfattande målen kan även målen för landskapen fastställas. Social- och

hälsovårdsministeriet och landskapen förhandlar varje år om genomförandet av sådana uppgifter och tjänster inom social- och hälsovården som ingår i landskapets organiseringsansvar.

För planeringen och ledningen av ekonomin och verksamheten gör landskapen upp en servicestrategi för social- och hälsovården. I servicestrategin beslutar landskapet om de långsiktiga målen för den social- och hälsovård som omfattas av landskapets organiseringsansvar. Statsrådet kan fatta beslut som förbinder landskapen att vidta nödvändiga åtgärder för att utveckla servicestrukturen inom social- och hälsovården samt göra långtgående investeringar och tillhandahålla informationssystemtjänster. Social- och hälsovårdsministeriet kan vända sig till finansministeriet med ett initiativ om att inleda landskapets utvärderingsförfarande, ifall landskapets förmåga att ordna social- och hälsovård är uppenbart äventyrad.

Landskapet ska i sin verksamhet skilja mellan att ordna social- och hälsovård och att producera tjänster. Landskapets serviceinrättning svarar för landskapets egen tjänsteproduktion. Om landskapet sköter uppgifter inom social- och hälsovården i en konkurrenssituation på marknaden eller om tjänsterna ingår i den omfattande valfrihet som avses i bestämmelserna om valfrihet, ska landskapet dock överlåta tjänsteproduktionen åt ett bolag som ägs av landskapet (bolagiseringskyldighet).

Landskapet ska över de uppgifter och tjänster som ingår i organiseringsansvaret göra upp ett program för egenkontroll där det definieras hur social- och hälsovården, tillgången och kvaliteten på social- och hälsovård samt likvärdigheten mellan klienterna och patienterna säkerställs oberoende av om servicen produceras av landskapets serviceinrättning, ett bolag som ägs av landskapet eller av någon annan tjänsteproducent. Landskapet ska inom sitt område följa befolkningens välfärd och hälsa, kvaliteten och effektiviteten samt kostnaderna och produktiviteten i den social- och hälsovård landskapet ordnar och hur tjänsterna för klienterna har samordnats. Landskapet ska dessutom följa verksamheten och ekonomin i den egna serviceproduktionen och jämföra den med tjänster som produceras av andra.

I lag föreskrivs om allmänna skyldigheter för tjänsteproducenten. Enligt dem ska producenten bland annat iaktta de servicehelheter och servicekedjor som landskapet definierar och säkerställa att servicekedjorna integreras. En tjänsteproducent som producerar social- och hälso-tjänster för landskapet ska övervaka att verksamheten är behörig samt klient- och patientsäkerheten och kvaliteten i övrigt. Landskapets serviceinrättning ska med aktörer som producerar social- och hälso-tjänster för landskapet ingå ett avtal om tjänsterna och ersättningarna för dem.

Enligt förslaget ska invånarnas synpunkter beaktas vid beredningen av landskapets servicelöfte, landskapens samarbetsavtal samt samarbetsområdets förslag till social- och hälsovårdsministeriet om hur tjänsterna i området och utvecklingen av dem samt samarbetet mellan landskapen ska beaktas i de riksomfattande mål som statsrådet godkänner.

Landskapet är registeransvarig när det gäller klient- och patienthandlingar som uppkommer i verksamhet inom dess ansvar för att ordna social- och hälsovård. Landskapet svarar för utvecklandet av social- och hälsovården inom sitt område och för utvecklingssamarbete som överskrider områdes- och organisationsgränserna samt samordnar och styr integrerat utvecklingsarbete på producentnivå och stöder kommunerna i arbetet för att främja välfärd och hälsa. Landskapen i samarbetsområdet avtalar om samarbete kring utvecklingsarbetet inom social- och hälsovården. Förutom att strukturerna och finansieringen reformeras moderniseras också styrningen av och verksamhetsmodellerna för social- och hälsovården. Målet är att tjänsterna ska bli mer klientorienterade, kostnadseffektivare, produktivare och vara bättre samordnade än i nuläget.

3.3.3 Statsandelssystemet för kommunal basservice

Minskning av kommunernas skatteinkomster och överföring till landskapen

En sänkning av kommunernas skatteinkomster i motsvarighet till de uppgifter som överförs till landskapen genomförs genom en sänkning av både kommunernas samfundsskatt och kommunalskatt. Kommunernas utdelning av samfundsskatten sänks enligt en preliminär uppskattning med 11,06 procentenheter så att den motsvarar en överföring på cirka 0,5 miljarder euro till landskapens finansiering enligt nivån 2016. Denna nya utdelning gäller efter reformens ikraftträdande tills vidare. Resten av kommunernas inkomster minskas genom att de kommunala skattesatserna sänks med en lika stor procentenhet 12,30, varvid kommunalskatteinkomster på 11,32 miljarder euro överförs till landskapens finansiering.]

Statsandelsfinansiering som överförs till landskapen

Från den statsandelsfinansiering som grundar sig på kalkylerade kostnader för den kommunala basservicen överförs kostnader baserade på sjukfrekvens till fullt belopp till landskapen. Från kostnader som grundar sig på åldersstruktur överförs 64 procent och från övriga kostnader 35 procent. Totalt överförs i genomsnitt 71 procent av de kalkylerade statsandelskostnaderna för basservicen till landskapen, vilket motsvarar sektorns andel av de kalkylerade kostnaderna för statsandelsåligganden 2014. Från tilläggsdelarna och compensationerna för skatteförluster överförs till landskapens finansiering en genomsnittlig andel på 71 procent av social- och hälsovårdsväsendets kalkylerade statsandel för social- och hälsovård. Totalt överförs i statsandel för kommunal basservice enligt nivån 2016 sammanlagt 5,9 miljarder euro till landskapen och kvar i det kommunala statsandelssystemet blir cirka 3 miljarder euro och kalkylerade kostnader på cirka 7,7 miljarder euro

Statsandelssystemet för kommunal basservice

Gällande lag om statsandel för kommunal basservice (1704/2009) jämte ändringar upphävs och det stiftas en ny lag om statsandel för kommunal basservice. Statsandelssystemet för kommunal basservice ändras för att de statsandelsgrunder som används som grund för statsandelssystemet ska beskriva de uppgifter som blir kvar i kommunerna efter reformen och de anknytande skillnaderna i behov. Ändringar görs både i de kalkylerade statsandelsgrunderna i statsandelssystemet, i bestämningsgrunderna för tilläggsdelarna och i utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. För att säkerställa att finansieringsprincipen uppfylls begränsas och utjämnas de ändringar i kommunerna som uppstår i reformen.

I lagens tillämpningsområde beaktas ändringen av kommunens statsandelsåligganden när ansvaret för ordnandet av uppgifterna överförs till landskapet. I åldersstrukturen för de kalkylerade kostnaderna beaktas att kommunens statsandelsåligganden är inriktade på småbarnspedagogik och grundläggande utbildning, dvs. åldersklasserna 0–15-åringar. Utöver de ovan nämnda åldersklasserna föreskrivs i lagen endast om en enhetlig åldersklass för barn över 16 år.

Kostnader som inte är bundna till åldersklasser följer med undantag för sjukfrekvens och arbetslöshet gällande lag, dvs. i lagen föreskrivs om koefficienterna för inslag av personer med främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, befolkningstäthet samt utbildningsbakgrund.

Arbetslöshet beaktas i den nya lagen i form av en tilläggsdel. Eftersom de kalkylerade kostnaderna för arbetslöshetskoefficienten enligt gällande lag dock blir kvar i kostnadsbasen för de kalkylerade kostnaderna, tas den statsandel på 100 miljoner euro som behövs för finansiering-

en av tilläggsdelen för arbetslöshet inifrån det kalkylerade systemet genom att statsandelsprocenten enligt gällande lag sänks med 1,3 procentenheter.

Uppgiften att främja välfärd och hälsa som kommunen fortfarande ska vara ansvarig för beaktas genom en tilläggsdel för främjandet av välfärd och hälsa som syftar till att sporra kommunerna till förebyggande åtgärder och åtgärder som ökar välfärd och hälsa. Tilläggsdelen finansieras så att 50 procent tas från den inkomstpost som överförs till landskapens finansiering och 50 procent från statsandelssystemet för kommunal basservice. Som övriga tilläggsdelar föreskrivs i överensstämmelse med gällande lag om bestämningsgrunderna för tilläggsdelarna för fjärrorter samt kommuner inom samernas hembygdsområde.

I gällande statsandelssystem ingår flera övergångsutjämnningar från tidigare finansiella reformer som tas bort för att systemet ska bli enklare. På motsvarande sätt slopas även tilläggen till och avdragen från de statsandelar som grundar sig på utgifterna för arbetsmarknadsstödet, och den nettostatsandel som överförs från dem fogas till tilläggsdelarna.

I utjämnningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna beaktas även fastighetsskatten med en andel om 50 procent. På placeringskommunen för kraftverk, små kraftverk och slutförvaringsanläggningar för kärnbränsle tillämpas dock en genomsnittlig vägd fastighetsskattesats som i fråga om nämnda anläggningar beräknats på grundval av de allmänna fastighetskattesatserna. Dessutom ändras sättet att räkna ut avdraget från statsandelen på basis av skatteinkomsterna (utjämningsavdrag) jämfört med gällande lag. Som utjämningsavdragsprocent föreskrivs fasta 15 procent av det eurobelopp per invånare som överstiger utjämningsgränsen och i utjämningsstillägg får kommunen 90 procent av skillnaden mellan utjämningsgränsen och kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare.

De ändringar som föranleds av överföringen av ansvaret för ordnandet av uppgifter begränsas med en permanent bestämningsfaktor som tas in i statsandelssystemet. Med bestämningsfaktorn utjämnas obalansen mellan de inkomster och kostnader som överförs från kommunerna till landskapen samt verkningarna av ändringarna i kommunernas skatteinkomster för utjämnning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. Eftersom de totala verkningarna av reformen kommer att vara omfattande i kommunerna, kompletteras de ovan beskrivna ändringarna i finansieringssystemet med en utjämnning av ändringen i statsandelssystemet. Genom utjämnningen av ändringen i systemet säkerställs att den ekonomiska situationen före reformen, dvs. balansen i kommunerna 2018, bibehålls oförändrad i varje kommun under det år då reformen träder i kraft, och under åren efter ikraftträdandet begränsas verkningarna av ändringen i eurobelopp per invånare.

I ikraftträdandebestämmelserna föreskrivs om en justering av kalkylerna med anknytning till reformens ikraftträdande. De kalkyler som gjorts för att räkna ut statsandelarna för 2019 justeras enligt medelvärdet av de slutliga kostnadsuppgifter enligt kommun som Statistikcentralen gjort upp för åren 2017 och 2018 och inkomstuppgifterna för 2018.

3.3.4 Övergripande styrning av landskapsekonomi

Planen för de offentliga finanserna är ett centralt instrument i styrningen av de offentliga finanserna.

Med beaktande av de uppgifter som anvisats landskapen och verksamhetens omfattning måste landskapens ekonomi, uppgifter och statens åtgärder inom landskapsekonomi granskas som en egen helhet i planen för de offentliga finanserna. Det är också motiverat att ställa egna mål för det strukturella saldot i landskapsekonomi. I 11 § i landskapslagen finns det bestämmelser om behandlingen av landskapsekonomi i planen för de offentliga finanserna.

De uppgifter som anvisats landskapen genom lag och den finansieringsnivå som ska anvisas dem måste samordnas med läget inom den offentliga ekonomin med beaktande även av hållbarheten i den offentliga ekonomin på längre sikt. I praktiken görs denna samordning i den första planen för de offentliga finanserna under valperioden där statsrådet ställer målen för den strukturella saldoutöversikten och föreslår specificerade åtgärder för att målen ska uppnås. Planen för de offentliga finanserna ses över varje år, och då bedöms åtgärdernas tillräcklighet i förhållande till de mål som ställts med beaktande av den makroekonomiska utvecklingen. Samtidigt ska det utvärderas hur finansieringsprincipen tillämpas såväl i hela landet som i de enskilda landskapen. Statlig finansiering till landskapen utgör en stor del av landskapens finansiering, vilket innebär att staten bär ett stort ansvar för att finansieringsprincipen genomförs i landskapen. Enligt 11 § i landskapslagen ska planen för de offentliga finanserna styra ministerierna när de bereder lagstiftning och styrning som gäller landskapen.

En särskild översyn av landskapsekonomi i likhet med programmet för kommunernas ekonomi skulle inte behövas, utan en övergripande styrning av landskapen och en samordning med den övergripande styrningen av de offentliga finanserna ska integreras i planen för de offentliga finanserna på det sätt som beskrivs ovan.

3.3.5 Landskapens finansiering

Landskapens uppgiftsområde bildar i fråga om ekonomi och verksamhet en mycket betydande helhet. Syftet med statens finansiering är att säkerställa att alla landskap trots skillnader i förhållanden och servicebehov bland invånarna i landskapet ska ha förutsättningar att genomföra lagstadgade uppgifter. Landskapens finansiering bygger på en heltäckande statlig finansiering, och utöver den skulle landskapen få en andel med klientavgifter som tas ut främst för social- och hälso- och sjukvårdstjänster. Avsikten är att bestämmelser om principer och närmare bestämningsgrunder för den statliga finansieringen till landskapen ska utfärdas genom en separat lag om landskapens finansiering.

Utöver den statliga finansieringen kan landskapen i enlighet med andra författningar av statens medel beviljas kortfristigt lån eller statsgarantier särskilt för skötseln av kortvariga likviditetsproblem. Om landskapets ekonomiska svårigheter är långvariga eller strukturella, bör målet vara att lösa problemen även med hjälp av sådan styrning av verksamheten som ska regleras i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Om dessa metoder inte är tillräckliga, kan landskapet som en sista utväg beviljas särskilt statsunderstöd för att ordnandet av tjänster ska vara tryggt.

Statlig finansiering är en allmän inkomstpост för landskapet och därmed är det landskapet som fattar beslut om användningen och fördelningen av finansieringen inom ramen för sin självstyrelse och behörighet.

Den statliga finansieringen inbegriper ingen separat andel för landskapens investeringar, men landskapet kan använda den statliga finansieringen även till investeringar. I nivån på statlig finansiering enligt denna lag ingår dock finansiering som motsvarar de nuvarande avskrivningarna och som kan användas till investeringar. Avsikten är dessutom att en förutsättning för genomförandet av ekonomiskt (i euro) långtgående investeringar eller investeringar av betydelse för verksamheten inom förvaltningsområdet ska vara att de godkänns i en separat investeringsplan som statsrådet godkänner. Med anledning av produktions- och ägarstrukturen i landskapen kommer landskapets investeringar i direkt ägande att vara förhållandevis små och huvudsakligen vara inriktade på utrustning, maskiner och annat lösöre. Stora projekt för investeringar i lokaler genomförs via ett riksomfattande lokalaktiebolag som landskapen äger gemensamt.

Landskapen ska ha rätt att ta ut klientavgifter för social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt speciallagstiftningen om dem och att besluta om hur avgiftsinkomsterna ska användas. Till landskapen kan också överföras en rätt till uttag av andra klient- och användningsavgifter, om de senare ges ansvaret för att ordna även annan avgiftsbelagd offentlig service. Klientavgifternas andel inverkar inte direkt på fastställandet av den statliga finansieringen, men beaktas som minskning när de riksomfattande driftskostnaderna inom social- och hälsovården ses över. Målet är att nivån på klientavgifterna inom social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster regionalt ska kunna förenhetligas i samband med reformen, men bestämmelser om nivån på klientavgifterna skulle fortfarande utfärdas i en separat lag och förordning.

Tilldelningen av statlig finansiering till landskapen skulle i huvudsak bygga på bestämningsgrunderna för servicebehovet inom social- och hälsovården och omgivningsfaktorer. Därtill skulle en del av den statliga finansieringen betalas som finansiering i euro per invånare, och en del skulle basera sig på landskapens verksamhet för att främja välfärd och hälsa inom sitt område. Behovs- och omgivningsfaktorernas andel av finansieringen skulle totalt vara 89 %, den andel av finansiering som betalas per invånare 10 % och den andel som betalas på basis av främjande av välfärd och hälsa 1 %.

Merparten (87 %) av finansieringen av social- och hälsovården skulle inriktas på grundval av antalet invånare enligt åldersgrupp och servicebehoven i landskapen. De nio åldersgrupper som används som bestämningsgrund och största delen av de faktorer som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården skulle motsvara grunderna i gällande lag om statsandel för kommunal basservice. Som omgivningsfaktorer beaktas fortfarande koefficienten för befolkningstäthet och koefficienten för inslaget av personer med främmande språk som modersmål, vilka motsvarar de nuvarande grunderna enligt kommunernas statsandelssystem. Båda koefficienterna utgör en andel på 1 % av hela finansieringen.

Jämfört med det nuvarande statsandelssystemet för kommuner tas som ny bestämningsgrund i bruk en koefficient för främjande av välfärd och hälsa i landskapen. Koefficienten bygger på nio indikatorer som ansluter sig till förebyggande av de största folksjukdomarna, främjande av äldres funktionsförmåga och minskning av olycksfall samt förebyggande av marginalisering och utslagning från arbetslivet och främjande av social välfärd.

Avsikten är att den finansieringsandel i euro som bestäms allmänt per invånare för landskapen ska täcka en del av kostnaderna för uppgifter inom social- och hälsovården samt kostnaderna för uppgifter inom räddningsväsendet. I denna form finns det ingen motsvarighet till bestämningsgrunden för finansiering i det nuvarande statsandelssystemet för kommunerna.

Som grund för den statliga finansieringen används de riksomfattande driftskostnaderna för landskapens uppgifter som minskats med de klient- och användningsavgifter som landskapen tagit ut. En förändring i omfattningen eller arten av de uppgifter som landskapen ansvarar för att ordna beaktas vid justeringen av den statliga finansieringen, om den följer av en lag eller förordning, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Dessutom ska hänsyn tas till förändringar i den kalkylerade kostnadsnivån, vilka ska fastställas enligt det nya landskapsindexet.

En utgångspunkt för regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering är att hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin ska åtgärdas på längre sikt. Som mål har ställts att underskottet, som uppskattats till sammanlagt 10 miljarder euro, ska åtgärdas före 2030. Strukturreformen och de produktivetsfrämjande åtgärderna inom social- och hälsovården utgör enligt uppskattning en andel på 3 miljarder euro av detta mål. Minskningen av kommunernas uppgifter och skyldigheter uppskattas därtill utgöra en andel om 1 miljard euro, också inom social- och hälsovården. Denna till storleksklassen mycket betydande korrigerings av un-

derskottet i den offentliga ekonomin kan inte göras utan en effektiv styrning av centralförvaltningen, vilket gäller både styrningen av innehållet i servicestrukturen och serviceproduktionen inom social- och hälsovården samt dimensioneringen och styrningen av den offentliga finansieringen av tjänsterna.

Målet för kostnadskontrollen ska eftersträvas med hjälp av å ena sidan förändringar i landskapets servicestruktur och andra reformer som dämpar kostnadsökningen och å andra sidan en minskning av de uppgifter och skyldigheter som ingår i landskapens organiseringsansvar. Detta innebär också att landskapen inte bör åläggas nya lagstadgade skyldigheter.

Statens finansiering justeras årligen, varvid grunderna för de kalkylerade kostnaderna ses över med beaktande av landskapens faktiska kostnader. Ökningen av landskapens driftskostnader beaktas högst till ett belopp som motsvarar den faktiska förändringen i landskapsindexet ökat med 0,5 procentenheter. Under åren 2020—2021 beaktas ökningen dock med ett tillägg på 1 procentenhet i ändringen av landskapsindexet. I den årligen justeringen beaktas landskapens faktiska kostnader således på ett sätt som beaktar den offentliga ekonomins bärkraft så att tillgången på basservice tryggas. I planen för de offentliga finanserna balanseras landskapens finansiering och landskapens uppgifter på det sätt som finansieringsprincipen förutsätter. Vid bedömningen av hur tillgången på basservice ska tryggas beaktas utvecklingen och riskerna med tanke på tillgången på tjänster samt landskapens möjligheter att genomföra förändringar i ekonomin och sin verksamhet.

Behovs- och omgivningskriterierna för den kalkylerade finansieringen uppdateras vart fjärde år. I fortsättningen är det också nödvändigt att övervaka och utreda den tidsmässiga utvecklingen av servicebehovet i landskapen och i hela landet, vilket kan beaktas vid totaldimensioneringen av finansieringen. Dessutom måste man också utreda möjligheterna att bedöma hur landskapet egna åtgärder inverkar på servicebehovet och å andra sidan på verksamhetens effektivitet. Detta förutsätter att det görs en mera omfattande och mångsidigare bakgrundsundersökning än tidigare.

Bestämmelser om förvaltning, beviljande och betalning av statlig finansiering föreskrivs i 5 kap. i lagen om landskapens finansiering. Många bestämmelser gäller den statliga finansieringen och bestämmelser om ändringssökande ingår åter i kap. 6 och 7 i lagen. Innehållet i dessa kapitel motsvarar till stor del förfarandena i det nuvarande statsandelssystemet för kommunernas basservice.

Ikraftträdelse- och övergångsbestämmelser i anslutning till statlig finansiering

Lagen om landskapens finansiering ska träda i kraft vid ingången av 2019 liksom även de övriga nya författningar som berör social- och hälsovårds- och landskapsreformen. Till ibruktagandet av en ny typ av statlig finansiering för landskap ansluter sig dock flera undantagsbestämmelser som innebär att de nya bestämningsgrunderna för statlig finansiering tas i bruk stegvis.

Bestämningsgrunderna enligt lagen om landskapens finansiering och kostnadsunderlaget för den statliga finansieringen avviker till innehållet i många avseenden från det nuvarande statsandelssystemet för kommunernas basservice. Avsikten är att i lagen föreskriva en separat övergångstid för åren 2020—2023, inom vilken den statliga finansieringen överförs från den kostnadsbaserade finansiering som ska bestämmas med hjälp av det nuvarande systemet till en kalkylerad finansiering enligt det nya systemet. Den statliga finansieringens riksomfattande nivå 2019 motsvarar det sammanlagda beloppet av kostnaderna för ordnandet av landskapens lagstadgade uppgifter. Utgångspunkten för kostnaderna för de lagstadgade uppgifterna är

kostnaderna för motsvarande uppgifter enligt nivån 2016, justerade i enlighet med förändringen i kostnadsnivån.

År 2020 bestäms 80 procent av den statliga finansieringen på grundval av kostnaderna för ordnandet av uppgifter enligt det nuvarande systemet och 20 procent enligt grunderna i den nya lag om landskapens finansiering som föreslås. År 2021 iakttas på motsvarande sätt ett tillämpningsområde som är uppdelat enligt det gamla och nya systemet, dock så att 60 procent av finansieringen bestäms enligt grunderna i det gamla systemet och 40 procent enligt grunderna i det nya systemet. År 2022 bestäms på motsvarande sätt 40 procent i enlighet med det gamla och 60 procent i enlighet med det nya systemet och 2023 bestäms 20 procent enligt det gamla och 80 procent enligt det nya systemet.

Målet är att genom en separat bestämmelse om övergångsutjämning ytterligare lindra de stora årliga nivåförändringar i finansieringen i landskapen som uppstår i övergångsskedet för reformen. Under åren 2020–2021 uppgår det årliga maximibeloppet av den ökning av landskapets finansiering som följer av justeringen av den statliga finansieringen till 50 euro per invånare i landskapet. På motsvarande vis kan nivån på den statliga finansieringen årligen sjunka högst 200 euro per invånare i landskapet.

3.3.6 Förslag som gäller beskattningen

Beskattningen av förvärvsinkomster

I samband med social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen överförs finansieringsansvaret för social- och hälsovården samt räddningsväsendet från kommunerna till staten. Därför måste statens inkomster ökas och kommunernas på motsvarande sätt minskas i motsvarighet till det finansieringsansvar som överförs. Sammantaget uppskattas att 17,7 miljarder euro i finansieringsansvar för social- och hälso- och sjukvård och uppgifter inom räddningsväsendet överförs från kommunerna till staten. Uppskattningen är gjord enligt nivån 2016 och kommer att preciseras 2018 innan reformen träder i kraft. Det föreslås att uppskattningsvis 5,9 miljarder euro i statsandelar för social- och hälsovård tas från kommunerna, och därmed skulle 11,8 miljarder euro överföras via beskattningen. Statens skatteinkomster skulle ökas med ett belopp som motsvarar cirka 67 procent av finansieringen av hela social- och hälsovården och räddningsväsendet. Enligt regeringens riktlinjer ska förändringar i beskattningen genomföras utan att beskattningen av arbetet skärps på någon inkomstnivå och utan att det totala skatteuttaget höjs.

Ökning av statens skatteinkomster

Det föreslås att statens skatteinkomster ökas genom en skärpning av statens förvärvsinkomstbeskattning. Kommunernas skatteinkomster kan minskas framför allt genom en sänkning av kommunalskattens belopp, eftersom fastighetsskattens avkastning och kommunernas samfundsskatteandel inte räcker till för att täcka det belopp som överförs från kommunerna i form av skatteinkomster. Fastighetsskatten anses också vara väl lämpad som finansieringskälla för kommunerna, och därför är det inte befogat att överföra fastighetsskatt från kommunerna till staten. Dessutom har det också ansetts att det finns grunder för ett partiellt bevarande av kommunernas samfundsskatteandel som incitament för kommunernas närings- och sysselsättningspolitik. Eftersom minskningen av kommunernas skatteinkomster i huvudsak föreslås bli genomförd genom en sänkning av kommunalskatten på förvärvsinkomster och för att finansieringsreformen ska leda till så få förändringar för de skattskyldiga som möjligt, föreslås att statens skatteinkomster höjs genom en skärpning av statens förvärvsinkomstbeskattning. Statens förvärvsinkomstbeskattning kan på varje inkomstnivå i princip skärpas i samma mån som kommunalbeskattningen lindras, vilket innebär att beskattningsnivån för de skattskyldiga i

princip inte skulle förändras under det år då reformen av social- och hälsovårdsfinansieringen träder i kraft. Om statens skatteinkomster ökas till exempel genom en skärpning av den indirekta beskattningen, skulle reformens verkningar för det totala skattebelopp som den enskilde skattebetalaren betalar variera bland annat beroende på konsumtionsvanor.

Tre alternativ för att öka statens intäkter av förvärvsinkomstskatten har granskats: en separat tilläggsskatt, en skärpning av beskattningen genom att skattegrunderna för det nuvarande skattesystemet omarbetas samt en mera omfattande reform av förvärvsinkomstbeskattningen. I alla tre alternativen minskas kommunalskattens avkastning, dvs. kommunalbeskattningen lindras genom att samtliga kommuners kommunalskattesatser sänks i samma utsträckning, men storleken på sänkningen av kommunalskattesatserna varierar i de olika alternativen. Detta beror på att minskningarna av inkomstbeskattningen utformas på olika sätt i de olika alternativen.

Det bästa alternativet med avseende på skattesystemet i synnerhet på längre sikt är en mera omfattande reform av förvärvsinkomstbeskattningen. Det skulle göra skattesystemet enklare och minska skillnaden mellan de nominella och effektiva kommunalskattesatserna. Att genomföra en mera omfattande reform så att ingens beskattning skärps det år då reformen träder i kraft skulle dock kräva en lindring av beskattningen i samband med reformen, vilket inte har ansetts möjligt i den nuvarande ekonomiska situationen. En separat tilläggsskatt skulle vara relativt enkel att genomföra när reformen träder i kraft, men skulle komplicera skattesystemet och göra det mindre överskådligt. Av dessa orsaker föreslås att statens skatteinkomster ökas genom en omarbetning av skattegrunderna för det nuvarande skattesystemet. Bestämmelser om en sänkning av de kommunala skattesatserna föreslås bli utfärdade i lagen om införande av reformen.

Omarbetning av skattegrunderna för det nuvarande skattesystemet

Det föreslås att statens skatteinkomster ökas och kommunernas skatteinkomster minskas inom det nuvarande skattesystemet genom en omarbetning av statens inkomstskatteskala och parametrarna för vissa avdrag vid inkomstbeskattningen och genom en sänkning av samtliga kommuners kommunalskattesatser med 12,3 procentenheter. Strukturen i skattesystemet skulle förbli oförändrad. Bestämmelser om sänkningen av de kommunala skattesatserna utfärdas i lagen om införande av reformen och behandlas under punkt x.x i propositionen.

Statens inkomstskatteskala omarbetas så att den börjar på en klart lägre nivå än nu. Parametrarna för arbetsinkomstavdraget, grundavdraget vid kommunalbeskattningen, pensionsinkomstavdraget vid statsbeskattningen och pensionsinkomstavdraget vid kommunalbeskattningen ändras så att reformen är så neutral som möjligt ur de skattskyldigas synvinkel. Förskjutningen av tyngdpunkten i beskattningen skulle också ha verkningar för hur studiepenningsskattavdraget vid kommunalbeskattningen fördelas. För att reformen ska vara så neutral som möjligt också till denna del föreslås att studiepenningsskattavdraget vid kommunalbeskattningen ändras så att det i fortsättningen beviljas även vid statsbeskattningen.

De ändringar som nu föreslås i skattegrunderna för förvärvsinkomsterna har beräknats med basmaterialet för 2014 höjt till nivån för 2016, och avsikten är att de ska träda i kraft vid ingången av 2019. Eftersom skattebasen för 2019 och prognoserna för det skatteinkomstbelopp som ska överföras från kommunerna till staten kommer att uppdateras och det sannolikt kommer att föreslås ändringar i skattegrunderna innan lagarna träder i kraft, kommer man under 2018 att lämna en ny proposition med förslag till ändringar i de nu föreslagna skattegrunderna för förvärvsinkomsterna. Avsikten är att de ändringar som social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen orsakar i beskattningen av de skattskyldiga under det år då reformen träder i kraft ska vara så neutrala som möjligt.

Att öka statens skatteinkomster genom en omarbetning av skattegrunderna i det nuvarande skattesystemet skulle vara det enklaste alternativet bland dem som presenterats och det klaraste sättet att genomföra reformen. Även om skattesystemet inte skulle förenklas i samband med reformen skulle det inte heller bli mer komplicerat. Ändringar i skattesatsen för de skattskyldiga skulle förekomma på vissa inkomstnivåer, men de bedöms med tanke på helheten vara så små att de inte hindrar genomförandet av ändringen. Skillnaderna i verkningar för de skattskyldiga i kommunerna med den högsta och den lägsta kommunalskattesatsen skulle vara små. Förslagets verkningar för de skattskyldiga behandlas mera ingående i avsnittet om propositionens konsekvenser.

Andra alternativ som övervägts

I samband med beredningen behandlades utöver den ändring som föreslås två andra alternativ för att öka statens skatteinkomster. De granskas nedan.

Separat statlig tilläggsskatt

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

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

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

skulle inte ge någon fullständig information om social- och hälsovårdsutgifternas nivå eller deras utveckling och därför skulle det inte heller med tanke på klarheten i finansieringen av social- och hälsovården vara motiverat att införa en separat tilläggsskatt

Även om man genom en separat tilläggsskatt skulle täcka endast en del av social- och hälsovårdskostnaderna och skattenivån inte skulle vara knuten till social- och hälsovårdsutgifternas utveckling, skulle en ökning av social- och hälsovårdsutgifterna ändå kunna skapa ett tryck på en höjning av just tilläggsskatten. Då skulle en ökning av social- och hälsovårdsutgifterna leda till ett tryck på åtstramningar direkt på förvärvsinkomstbeskattningen och beskattningen av arbete, vilket inte kan anses befogat med tanke på spelrummet i skattepolitiken eller skattesystemets effektivitet.

Av ovan nämnda skäl gick man inte in för att föreslå en separat tilläggsskatt. Att införa en tilläggsskatt anses inte ge sådana fördelar som skulle kunna motivera en betydligt mera komplicerad struktur i skattesystemet.

En bredare reform av skattesystemet

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

De sammanlagda effekterna av de otaliga avdragen i det nuvarande skattesystemet och statens inkomstskatteskala är så komplicerade att verkningarna av denna ändring för de skattskyldiga inte kan fås lika på alla inkomstnivåer. Detta skulle innebära att beskattningen lindras på vissa och skärps på vissa inkomstnivåer. Eftersom man i detta alternativ skulle slopa de avdrag från inkomsten som görs vid kommunalbeskattningen och vars effektiva inverkan är beroende av kommunalskattesatsen, och skärpa statsbeskattningen, som är lika oberoende av kommunalskattesatsen, skulle ändringens verkningar variera i kommunerna. Eftersom utgångspunkten för reformen är att ingen ska beskattas hårdare, ska hela inkomstbeskattningen lindras i samband med reformen. Enligt nivån 2016 och enligt en kalkyl som beräknats med skattegrunderna för 2016 ska beskattningen lindras med cirka 500 miljoner euro för att åtstramningarna av beskattningen i anslutning till reformen ska bli så små att de är godtagbara.

I samband med reformen av finansieringen av social- och hälsovården kommer det i vilket fall som helst att göras en stor förändring i skattesystemet och därför är det motiverat att samtidigt se över och förenkla ändamålsenligheten i strukturerna i systemet. Att genomföra social- och hälsovårdsformen? genom att reformera skattesystemet på det sätt som beskrivs här skulle likväl kräva stöd av en omfattande inkomstskattelindring, vilket inte kan genomföras i den nuvarande ekonomiska situationen. Dessutom reformens verkningar för de skattskyldiga variera i kommunerna. Därför har man inte gått in för att föreslå detta alternativ i samband med social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen. I fortsättningen bör strukturen i systemet med förvärvsinkomstskatt dock utvecklas i en enklare och klarare riktning.

Kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna

Samfundsskattens andel av kommunernas inkomster utgjorde 2015 i genomsnitt ca 7,5 procent. Samfundsskattens andel av kommunernas skatteinkomster varierar mycket mellan enskilda kommuner, från 0,5 procent som minst till 30 procent som mest. Samfundsskatteintäkterna varierar också årligen på riksnivå, bl.a. beroende på konjunkturerna. En sänkning av kommunalskatteintäkterna och statsandelarna skulle leda till att samfundsskatteintäkternas relativa andel av kommunernas finansiering skulle öka. Samfundsskattens andel av kommunernas inkomster skulle efter reformen utgöra i genomsnitt ca 15 procent. Samfundsskatten lämpar sig på grund av sin konjunktürkänslighet inte så väl som finansieringskälla för kommunernas uppgifter, och därför föreslås att kommunernas andel av samfundsskatteintäkterna sänks.

Det föreslås att bestämmelserna om utdelningen av samfundsskatt i lagen om skatteredovisning ändras så att kommunernas utdelning minskar från nuvarande 30,34 procent till 19,28 procent av samfundsskatten. Statens utdelning skulle åter öka från nuvarande 69,66 procent till 80,72 procent av samfundsskatten.

Kommunernas andel av intäkterna av samfundsskatten skulle enligt nivån 2016 minska med cirka 500 miljoner euro.

Kyrkoskatt

Att överföra tyngdpunkten i beskattningen från kommunerna till staten har verkningar även för intäkterna av kyrkoskatten. Om statens inkomstskattebelopp ökar avsevärt, skulle de avdrag som i första hand görs från inkomstskatten till staten i allt högre grad gälla inkomstskatten till staten och allt mindre kommunal- och kyrkoskatten. Detta skulle leda till att intäkterna av kyrkoskatten ökar med uppskattningsvis cirka 43 miljoner euro. Kyrkan skulle alltså få obehörig vinst i samband med skattereformen och på motsvarande sätt skulle skattskyldiga som hör till en församling betala mer än för närvarande i kyrkoskatt. För att reformen ska vara så neutral som möjligt också i fråga om församlingarnas finansiella ställning, bör en ökning av kyrkans inkomster förhindras.

En grundlös ökning av församlingarnas inkomster kan förhindras på tre olika sätt:

- 1) Det stiftas en lag om en sänkning av kyrkoskattesatserna.
- 2) Församlingarnas budgetanslag sänks.
- 3) Det görs en överenskommelse om en frivillig sänkning av kyrkoskattesatserna med församlingarna.

Om det är önskvärt att det stiftas en lag om nivån på kyrkoskatten bör bestämmelser om detta ingå i kyrkolagen i enlighet med lagstiftningsordningen i kyrkolagen. Enligt 2 kap. 2 § i kyrkolagen har kyrkan ensamrätt att föreslå en ändring av kyrkolagen och kyrkans förslag framställs av kyrkomötet. Republikens president och riksdagen har till uppgift att pröva och stadfästa kyrkomötets förslag. När man dessutom beaktar att verkningarna för kyrkoskatten är betydligt mindre än för kommunalskatten och kyrkoskatten är en skatt som man kan undvika genom att gå ur kyrkan, föreslås inte att det genom lag utfärdas bestämmelser om en sänkning av kyrkoskattesatserna.

Budgetfinansieringen inom den evangelisk-lutherska kyrkan baserar sig på lagen om statlig finansiering till evangelisk-lutherska kyrkan för skötseln av vissa samhällsuppgifter (430/2015). Budgetfinansieringen inriktas på vissa lagstadgade samhälleliga uppgifter som hör till kyrkan, såsom begravningsväsendet och folkbokföringen. En nedskärning av budgetpengarna påverkar inte nivån på kyrkoskatten för skattskyldiga som hör till en församling. En ned-

skärning av budgetpengarna skulle leda till att församlingsmedlemmar i allt högre grad står för de tjänster som riktas till alla medborgare. På grund av arten av de samhälleliga uppgifter som enligt lag hör till församlingar lämpar sig en minskning av finansieringen inte som kompensation för en ogrundad ökning av intäkterna av kyrkoskatt, och detta föreslås därför inte i sammanhanget.

För att reformen ska vara neutral i fråga om kyrkoskatten, ska församlingarna sänka kyrkoskattesatserna på eget initiativ. Enligt finansministeriets kalkyler utgör det genomsnittliga behovet av en sänkning totalt cirka 0,1 procentenheter. Behovet av att sänka kyrkoskattesatserna fördelas dock på olika sätt mellan församlingarna, beroende på olika skattebaser. Enligt 15 kap. 2 § i kyrkolagen bestäms kyrkoskattesatsen med 0,05 procentenhets noggrannhet, och därför är minsta möjliga sänkning av skattesatsen 0,05 procentenheter. Eftersom sänkingsbehovet i fråga om vissa församlingar är mindre än den minsta möjliga sänkningen, skulle kyrkoskatten i samband med reformen sannolikt skäras något i vissa församlingar. Om alla församlingar för vilka det kalkylerade trycket på en sänkning av kyrkoskattesatsen är större än minsta möjliga ändring av kyrkoskattesatsen sänker sina skattesatser, skulle avkastningen av kyrkoskatten enligt en aktuell bedömning öka med sammanlagt cirka 15 miljoner euro.

Under beredningen har Kyrkostyrelsen och undervisnings- och kulturministeriet kontaktats. Med Kyrkostyrelsen har diskuterats att de genom sina åtgärder ska arbeta för att församlingarna sänker sina kyrkoskattesatser på eget initiativ. Till Kyrkostyrelsen har lämnats kalkyler över behovet av en sänkning av kyrkoskattesatserna enligt församling.

Sjukförsäkringsavgift och sjukförsäkringspremie

Den försäkrades sjukförsäkringspremie utgörs av sjukförsäkringens sjukvårdspremie och sjukförsäkringens dagpenningsskatt, som ingår i förskottsinnehållningsprocenten och i förskottsskattens belopp. Arbetsgivaren betalar arbetsgivarens sjukförsäkringsavgift. Intäkterna av sjukförsäkringspremier redovisas till Folkpensionsanstalten.

Med den försäkrades sjukvårdspremie finansieras till exempel FPA:s läkemedelsersättningar, ersättningar för läkar- och tandläkararvoden, reseersättningar och rehabiliteringstjänster. Bestämmelser om grunden för sjukvårdspremien finns i 18 kap. i sjukförsäkringslagen (1224/2004). Grunden för löntagares och förmånsinkomsttagares sjukvårdspremie är i regel den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattningen. Grunden för företagares och i vissa fall även stipendiaters sjukvårdspremie är arbetsinkomster enligt lagen om pension för företagare.

Med löntagares dagpenningsskatt och arbetsgivares sjukförsäkringsavgift finansieras utgifterna för den arbetsinkomstförsäkring som ingår i sjukförsäkringen. Dessa är till exempel sjukdagpenningar, rehabiliteringspenningar och föräldradagpenningar som betalas av FPA och vars belopp beror på förmånstagarens arbetsinkomst. Bestämmelser om grunden för dagpenningsskatten finns också i 18 kap. i sjukförsäkringslagen. I regel bestäms dagpenningsskatten med stöd av den försäkrades skattepliktiga löneinkomst och arbetsinkomst. I fråga om företagare baserar sig dagpenningsskatten i regel på arbetsinkomster enligt lagen om pension för företagare.

Den premieprocentsats för sjukförsäkringens sjukvårdspremie som avses i 18 kap. 23 § i sjukförsäkringslagen justeras så att intäkterna av sjukvårdspremierna och statens finansieringsandel täcker de utgifter för sjukvårdsförsäkringen som avses i lagen. Premieprocentsatsen för sjukförsäkringens sjukvårdspremie föreskrivs därför årligen före den 23 november genom förordning av statsrådet.

Enligt 18 kap 24 § i lagen justeras premieprocentsatsen för dagpenningpremien och avgiftsprocentsatsen för arbetsgivares sjukförsäkringsavgift årligen så att intäkterna av premierna och avgifterna samt statens finansieringsandel täcker de utgifter för arbetsinkomstförsäkringen som avses i lagen. Premieprocentsatsen för sjukförsäkringens dagpenningsskatt och avgiftsprocentsatsen för arbetsgivares sjukförsäkringsavgift samt storleken av företagares tilläggsfinansieringsandel föreskrivs årligen före den 23 november genom förordning av statsrådet.

Eftersom sjukförsäkringens premier och avgifter enligt sjukförsäkringslagen justeras årligen så att intäkterna av dem kan täcka de utgifter som avses i lagen, föreslås i detta sammanhang inga ändringar i premierna och avgifterna. Vid dimensioneringen av ändringarna i skattegrunderna har det dock antagits att sjukvårdspremien och sjukvårdsavgiften justeras så att avgiftsintäkterna inte ändras.

Invalidavdrag

Problemet med invalidavdraget har ansetts vara den oändamålsenliga allokeringen av samhällets stöd och bristen på insyn i skattestödet. Stödet riktas till en stor grupp människor och är relativt lågt per stödtagare. På grund av små inkomster eller bristen på andra än pensionsinkomster gynnas inte på långt när alla personer med funktionsnedsättning av ett stöd som beviljas via skatteavdrag.

Ända sedan mitten av 1990-talet har det förslagits att invalidavdraget ska ersättas med ett direkt stöd. Handikapparbetsgruppen '96 föreslog att invalidavdraget slopas och att de ökade skatteinkomster som detta skulle leda till används till att utveckla handikappförmåner och handikapptjänster. Kommittén för totalreformen av den sociala tryggheten (SATA) föreslog att man överväger att slopa invalidavdraget och inrikta skattestödet på stödet för anhörigvård. I Finlands handikappolitiska program VAMPO 2010–2015 föreslogs att invalidavdraget vid stats- och kommunalbeskattningen slopas och att de medel som använts till dessa skattestöd styrs till en aktiv handikappolitik.

I samband med reformen av finansieringen av social- och hälsovården ökas statens skatteinkomster och minskas kommunernas skatteinkomster. Ökningen av statens skatteinkomster leder till att personer börjar betala inkomstskatt till staten på en lägre inkomstnivå än nu, dvs. ett betydligt större antal människor kommer att betala inkomstskatt till staten. Ändringen har verkningar för inriktningen på avdragen från skatten, också sådana som görs endast från inkomstskatten till staten. Avdrag som i Finland görs endast från inkomstskatten till staten är invalidavdraget och underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen. Eftersom det är många fler som betalar inkomstskatt till staten efter reformen, skulle betydligt fler omfattas av dessa avdrag. De fiskala ändringarna skulle vara betydande i synnerhet för invalidavdraget vid statsbeskattningen. Överföringen av tyngdpunkten i beskattningen antas leda till att avdragets minskande effekt på skatteintäkterna ökar från cirka 10 miljoner euro till 50 miljoner euro.

Att ett specifikt skattestöd flerfaldigas med anledning av den administrativa reformen kan inte anses befogat. Om man dessutom beaktar de tidigare förslagen till en omfördelning av invalidavdraget, föreslås det i propositionen att invalidavdraget vid beskattningen slopas och att de medel som därmed sparas in inriktas med hjälp av en direkt stödform på utvecklingen av tjänsterna för personer med funktionsnedsättning. En närmare inriktning på medlen utreds vid den fortsatta beredningen av den pågående reformen av handikapplagstiftningen vid social- och hälsovårdsministeriet. Eftersom invalidavdraget vid kommunalbeskattningen och vid statsbeskattningen utgör en skattestödshelhet, föreslås att invalidavdraget vid både kommunalbeskattningen och statsbeskattningen ersätts med ett direkt stöd. På så vis skulle man också kunna inrikta mera medel på ett direkt stöd

Ändringen skulle genomföras kostnadsneutralt i förhållandet staten-kommunerna genom att detta beaktas i kompenseringen av kommunernas skatteinkomstförluster.

Lanskapens ställning vid inkomstbeskattningen

De landskap som inrättas genom landskapslagen bildas som sådana förvaltningsområden med självstyrelse som är större än kommuner som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen. För närvarande finns det inga motsvarande självstyrande områden i Finland. De nuvarande landskapsförbunden är till sin juridiska form samkommuner som behandlas som delvis skattefria samfund enligt 21 § i inkomstskattelagen.

Eftersom landskapen blir offentligrättsliga samfund, föreslås att 3 § i inkomstskattelagen ändras så att landskapen i beskattningen definieras som samfund på samma sätt som staten, kommuner och samkommuner. I 21 § 1 mom. 3 punkten i inkomstskattelagen nämns landskap redan nu i samband med kommuner och samkommuner. Enligt förarbetena till inkomst- och förmögenhetsskattelagen (1240/1988) från 1988 har ordet landskap fogats till förteckningen uttryckligen för att göra landskapet Ålands ställning som skattskyldig klarare (RP 109/1988 rd). Därför föreslås att det bestäms särskilt om den skattemässiga ställningen i inkomstbeskattningen för de landskap som inrättas genom landskapslagen så att landskapen på samma sätt som staten, kommuner och samkommuner definieras som sådana delvis skattefria samfund som avses i 21 § i inkomstskattelagen.

Eftersom det är fråga om regional förvaltning, föreslås att 21 § 4 mom. i inkomstskattelagen ändras så att skattskyldigheten för landskap motsvarar skattskyldigheten för kommuner och samkommuner. Landskap är därmed skyldiga att betala skatt endast på sina näringsinkomster och inkomster av fastighet eller del av fastighet som använts för andra än allmänna eller allmännyttiga ändamål. Skatten bestäms enligt sänkt skattesats i enlighet med 124 § 3 mom. i inkomstskattelagen. Enligt 21 § 4 mom. i inkomstskattelagen är kommuner inte skattskyldiga för inkomst av näringsverksamhet som de bedriver inom sitt område eller för inkomst av fastigheter inom detta. Detta bygger på att kommunerna inte ska behöva betala skatt åt sig själva för inkomst av verksamhet som de bedriver inom sitt område. Eftersom landskap inte föreslås få beskattningsrätt, är det inte befogat att utsträcka detta undantag till landskapen. Undantaget gäller inte heller samkommuner.

Vid finansministeriet pågår ett projekt där man utvärderar den skattemässiga ställningen vid inkomstbeskattningen för sådana delvis skattefria samfund som avses i 21 § i inkomstskattelagen. I samband med projektet utvärderas också förhållandet mellan inkomstskattelagens nuvarande bestämmelser och EU:s regler om statligt stöd och krav på konkurrensneutralitet. Om man går in för att föreslå ändringar i delvis skattefria samfunds ställning vid inkomstbeskattningen, måste det också föreskrivas om landskaps skattemässiga ställning på samma sätt som för andra offentliga samfund.

Lanskapens ställning vid mervärdesbeskattningen

I mervärdesskattelagen föreskrivs om olika offentliga samfunds ställning vid mervärdesbeskattningen. För att säkerställa neutraliteten i beskattningen ska de offentliga samfunden betala skatt enligt de allmänna principerna för mervärdesbeskattningen. Verksamhet som offentliga samfund bedriver i form av affärsverksamhet är alltså skattepliktig i samma utsträckning som andra aktörers verksamhet. Merparten av den verksamhet som offentliga samfund bedriver är dock skattefri.

I syfte att förtydliga behandlingen av landskap i skattehänseende ska bestämmelser om landskapens skattemässiga ställning tas in i mervärdesskattelagen.

I enlighet med de allmänna principerna för mervärdesskattesystemet har landskapet och de övriga enheter som deltar i den skattefria serviceproduktionen inte rätt att dra av den skatt som ingår i anskaffningar. Sålunda är det utan specialåtgärder förmånligare för dessa att själva producera de skattepliktiga tjänster som används i verksamheten än att skaffa dem av utomstående. Dessutom skulle det vid anskaffningar uppstå snedvridning till följd av mervärdesbeskattningen. För närvarande har neutral beskattning i fråga om anskaffningar genomförts genom särskilda förfaranden när det gäller såväl den kommunala sektorn som statlig upphandling.

För att trygga neutral beskattning i fråga om anskaffningar inom landskapens verksamhet inför ett särskilt budgeteringsförfarande, genom vilket den inverkan som den mervärdesskatt som ingår i anskaffningen har på valet av anskaffningsform elimineras. Förfarandet ska endast gälla anskaffningar som landskapet och en landskapsinrättning gör. För att säkra konkurrensneutraliteten ska förfarandet inte tillämpas på tjänster som säljs på marknaden genom konkurrensutsättning. Förfarandet ska inte heller tillämpas på social- och hälso-tjänster med omfattande valfrihet. När det gäller tjänsterna med omfattande valfrihet förutsätter målen för reformen av produktionen av social- och hälso-tjänster liksom beaktandet av konkurrensneutralitet att verksamheten i såväl landskapens servicebolag som i privata servicebolag är föremål för en lika stor mervärdesskattekostnad. När det gäller att genomföra neutral beskattning i fråga om anskaffningar förekommer det till följd av serviceproduktionens struktur problem med effektiviteten hos och administreringen av förfarandet.

De ändringar i mervärdesbeskattningen som är en följd av social- och hälsovårds- och landskapsreformen har både i fråga om innehåll och lagteknik en anknytning till varandra och därför är det ändamålsenligt att samla alla ändringar i samma regeringsproposition. En separat regeringsproposition utarbetas om de ändringar i mervärdesbeskattningen som gäller social- och hälsovårdsreformen och reformen av regionförvaltningen.

Fördelning av beskattningskostnaderna

I propositionen föreslås att beskattningen av förvärvsinkomster ändras så att statens skatteinkomster ökas och intäkterna av kommunalskatten minskas. Det är fråga om en stor förändring i fördelningen av kommunernas och statens skatteintäkter. Eftersom fördelningen av beskattningskostnader mellan skattetagarna bland annat påverkas av det totala inflödet av skatter samt antalet skatteslag, föreslås en ändring av bestämmelserna om fördelningen av beskattningskostnaderna i lagen om Skatteförvaltningen.

Kommungruppens nuvarande andel av beskattningskostnaderna kan härledas så att man som vikt för antalet skatteslag använder 0,39 och som vikt för skatteintäkterna från varje skattetagare använder 0,61. I samband med reformen minskar kommunalskatteintäkterna med cirka två tredjedelar. Om man som vikt för intäkterna fortfarande använder koefficienten 0,61 och som vikt-koefficient för antalet skatteslag likaså 0,39, föreslås kommunernas andel av beskattningskostnaderna vara 15,8 procent. Kommunernas andel av beskattningskostnaderna skulle alltså sjunka med 15,0 procentenheter. Statens andel av beskattningskostnaderna föreslås vara 74,9 procent. Statens andel skulle alltså öka med 15 procentenheter. Församlingarnas och Folkpensionsanstaltens andelar av beskattningskostnaderna kvarstår oförändrade.

I beskattningskostnader tas årligen ut ca 450 miljoner euro. Kommunernas beskattningskostnader minskar från cirka 139 miljoner euro till cirka 71 miljoner euro. Statens kostnadsandel skulle således på motsvarande sätt öka med 68 miljoner euro. Reformen genomförs kostnadsneutralt i förhållandet staten-kommunerna genom att ändringen i dimensioneringen av sänkningen av kommunalskattesatsen och åtstramningen av statsbeskattningen beaktas.

Kalkylerna för fördelningen av beskattningskostnaderna kommer att uppdateras under 2018 innan reformen träder i kraft och till denna del kommer en ny proposition att lämnas.

Beskattningsfrågor i anslutning till egendomsöverföringar

I propositionen föreslås att det förskrivs särskilt om beskattningen av egendomsöverföringar i anslutning till social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen. Bestämmelserna skulle ingå i lagen om införande av landskapslag och lagen om ordnandet av social- och hälsovården. I införelag föreslås att det tas in i bestämmelser om att inga skattepåföljder uppstår i inkomstbeskattningen och överlåtelsebeskattningen när samkommunerna med tillgångar och skulder överförs till landskapen på det sätt som avses i lagen och deras tillgångar överförs vidare till det riksomfattande aktiebolag som avses i lagen.

De kommunala skattesatsernas noggrannhet

Eftersom det i lagen om införande av reformen föreslås bestämmelser om en sänkning av de kommunala skattesatserna så att skattesatserna inte på samma sätt som nu anges med en fjärdedels procentenhets noggrannhet, föreslås att det temporärt till lagen om beskattningsförfarande fogas en bestämmelse som gäller de kommunala inkomstskattesatsernas noggrannhet för åren 2019–2021. Under denna övergångsperiod ska kommunen uppges inkomstskattesatsen med en hundradels procentenhets noggrannhet. Eftersom de kommunala skattesatserna i fortsättningen skulle vara betydligt lägre än nu, föreslås dessutom att 91 a § i lagen om beskattningsförfarande ändras så att kommunerna från 2022 uppges inkomstskattesatsen med en tiondedels procentenhets noggrannhet istället för med en fjärdedels procentenhets noggrannhet som nu.

Andra ändringar som föreslås i skattelagstiftningen

Inrättandet av landskap förutsätter också andra, främst mera tekniska ändringar i skattelagstiftningen. Bland annat i fråga om stipendier och priser samt delvis skattefria överlåtelsevinster föreslås att landskapens ställning ska motsvara andra offentliga samfunds ställning. Avgifter på eventuella mötesarvoden för förtroendevalda i landskapet är avdragsgilla utgifter för inkomstens förvärvande på samma sätt som avgifter på mötesarvoden för kommunala förtroendeuppdrag. För landskapen föreslås också motsvarande skyldigheter för utomstående att lämna uppgifter som för andra offentliga samfund.

Ändring av avräkningsbeloppet för Åland

Även om social- och hälsovårds- och landskapsreformen inte egentligen gäller Åland, har den finansiella reform som samtidigt genomförs ändå verkningar för finansieringssystemet på Åland. Det ekonomiska systemet i landskapet Åland är i huvudsak uppbyggt så att den skattskyldige betalar skatt till staten på samma grunder som skattskyldiga i resten av landet. Däremot överförs medel via statsbudgeten till landskapet för att finansiera självstyrelseuppgifter. Enligt självstyrelselagen sker detta i huvudsak med hjälp av avräkning, skattegottgörelse och extra anslag. Landskapet har en fri budgeteringsrätt, dvs. skattemedlen kan användas på det sätt som Ålands lagting bestämmer, men så, att de sociala förmånerna för landskapets befolkning är minst lika bra som för befolkningen i riket i övrigt.

För att täcka utgifterna för självstyrelsen tillförs landskapet enligt 45 § i självstyrelselagen för Åland årligen av statsmedel ett belopp som fastställs vid en särskild avräkning. Det penningbelopp som landskapet får vid avräkningen beräknas så att de i statsbokslutet för respektive år redovisade inkomsterna med undantag för upptagna nya statslån multipliceras med ett visst relationstal. Enligt 47 § i självstyrelselagen är denna avräkningsgrund 0,45 procent.

Enligt 27 § 36 punkten i självstyrelselagen för Åland har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om skatter och avgifter. Med stöd av 18 § 5 punkten har landskapet dock lagstiftningsbehörighet i ärenden som gäller landskapet tillkommande tilläggsskatt på inkomst och tillfällig extra inkomstskatt samt närings- och nöjesskatter, grunderna för avgifter till landskapet och kommunerna tillkommande skatter. Med stöd av kommunalskattelagen för Åland tillämpas rikets inkomstskattelag och inkomstskatteförordning samt ändringar i dessa som sådana även i landskapet Åland, om inte något annat föreskrivs i kommunalskattelagen för Åland.

I propositionen föreslås att statens skatteinkomster utökas genom en ändring av de nuvarande skattegrunderna. Detta innebär att det även på Åland skulle tas ut mer inkomstskatt till staten än för närvarande. För att beskattningsnivån ska bibehållas oförändrad även på Åland måste också de kommunala skattesatserna i åländska kommuner sänkas. Reglering som gäller kommunalbeskattningen ingår i Ålands självstyrelse och därför är det inte möjligt att genom rikets lag föreskriva om kommunala skattesatser för åländska kommuner.

Målet är att den finansiella reformen ska vara så neutral som möjligt med tanke på Ålands finansiella ställning. I den finansiella reformen överförs tyngdpunkten i beskattningen från kommunerna till staten, dvs. statens skatteinkomster ökar och kommunernas minskar. Denna ändring har verkningar för storleken på det avräkningsbelopp som avses i 45 § i självstyrelselagen för Åland. Enligt 47 § 2 mom. i självstyrelselagen ska avräkningsgrunden ändras, om grunderna för statsbokslutet ändras på ett sätt som har en väsentlig inverkan på avräkningsbeloppets storlek. I social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen ökar statens skatteinkomster med cirka 11,5 miljarder euro. Eftersom grunderna för statsbokslutet ändras så att det på ett väsentligt sätt inverkar på avräkningsbeloppets storlek, föreslås det att avräkningsgrunden ska ändras. Enligt 47 § 5 mom. i självstyrelselagen föreskrivs om ändring av avräkningsgrunden genom rikslag med lagtingets bifall.

Eftersom det inte kommer att överföras uppgifter från de åländska kommunerna i samband med reformen, ska de skatteinkomster som överförs till staten från kommunerna på Åland återbetalas till Åland. Enligt en aktuell preliminär uppskattning av storleksklass kommer cirka 60 miljoner euro i skatteinkomster att överföras från de åländska kommunerna till staten. Det föreslås att återbetalningen av statens skatteinkomster till landskapet Åland beaktas vid dimensioneringen av avräkningsbeloppet. Att fördela medlen mellan kommunerna ingår i Ålands självstyrelse.

Sänkning av kommunalskattesatsen

Beredningen av reformen av finansieringen av social- och hälsovården utgår från regeringens riktlinjer, enligt vilka det totala skatteuttaget inte får höjas och beskattningen av arbete inte får skärpas på någon inkomstnivå. Bestämmelserna syftar också till att säkerställa kommunernas likviditet för oförutsedda situationer.

I skattehänseende handlar social- och hälsovårdsreformen om att tyngdpunkten i beskattningen överförs från en skattetagare till en annan. En administrativ ändring av detta slag ska genomföras så neutralt som möjligt för de skattskyldiga, dvs. beskattningen får i princip inte lindras eller skärpas för någon. Det kan vara problematiskt med avseende på jämlikhetsprincipen i grundlagen, om beskattningen av invånarna i vissa kommuner skärps och i vissa lindras endast för att tyngdpunkten i beskattningen överförs från en skattetagare till en annan.

Kommunerna skulle sannolikt även på eget initiativ sänka sina skattesatser i samband med reformen, eftersom omfattande uppgifter överförs från dem. Utgångspunkten i kommunallagen är att den kommunala ekonomin ska vara i balans. När budgeten för följande år godkänns ska kända ekonomiska ansvar och skyldigheter i kommunkoncernen beaktas.

Om man likväl ser till antalet kommuner, olikheten mellan kommunerna och att kommunernas social- och hälsovårdsutgifter och deras förhållande till intäkterna av kommunalskatten varierar betydligt mellan kommunerna, kan det anses sannolikt att de kommunala skattesatserna sjunker på olika sätt i olika kommuner. Detta innebär att reformen har olika verkningar för beskattningen av förvärvsinkomster beroende på boningsort. Därför har det ansetts nödvändigt att föreskriva att en sänkning åtminstone en gång görs på samma grunder. I annat fall kan reformen leda till att skillnaden mellan kommunernas skattesatser omedelbart ökar jämfört med nuläget och att de skattskyldiga i vissa kommuner beskattas hårdare och i vissa lindrigare. Enligt en aktuell uppskattning skulle skatteinkomster på cirka 11,5 miljarder euro överföras från kommunerna till staten. När man ser till ändringens storleksklass samt osäkerhetsfaktorerna i uppskattningarna behövs det för övergångsperioden ett instrument som säkerställer att överföringen av finansieringsansvaret från kommunerna till staten sker så neutralt som möjligt och så kontrollerat att en likabehandling av de skattskyldiga tryggas.

I propositionen föreslås att det till införandelagen fogas en bestämmelse som reglerar nivån på och ökningen av de kommunala skattesatserna åren 2019–2021. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att tyngdpunkten i beskattningen överförs så neutralt och kontrollerat som möjligt från kommunerna till staten och på så vis säkerställa en likabehandling av de skattskyldiga i samband med reformen. För att den begränsade rätten att höja kommunalskatten dock inte ska leda till en försämring av kommunens likviditet så att den inte kan sörja för sina skyldigheter föreskrivs likväl också om rätten att höja kommunalskatten i sådana fall där likviditeten inte kan säkerställas med andra medel. Efter 2021 begränsas kommunernas beskattningsrätt inte längre på något sätt.

Sänkningen av de kommunala skattesatserna i samband med att reformen träder ikraft 2019

År 2019 sänks de kommunala skattesatserna så att de motsvarar åtstramningen av statsbeskattningen. Sänkningen genomförs så att alla kommuner ska bestämma att inkomstskattesatsen för 2019 är lika med inkomstskattesatsen för 2018 minskad med 12,30 procentenheter. De kommunala skattesatserna sänks med lika många procentenheter för alla kommuner. Sänkningen av de kommunala skattesatserna dimensioneras i motsvarighet till åtstramningen av statsbeskattningen för att säkerställa att skatteinkomster kan överföras från en skattetagare till en annan utan att beskattningen av de skattskyldiga skärps under det år då reformen träder i kraft. Eftersom intäkterna av de kommunala skattesatserna samt å andra sidan kostnaderna för social- och hälsojourer och de statsandelar som betalas till kommunerna för finansieringen av tjänsterna betydligt varierar mellan kommunerna, skulle en lika stor sänkning av skattesatserna för samtliga kommuner leda till att reformens verkningar varierar från kommun till kommun. I vissa kommuner minskas mer inkomster än det överförs utgifter. Och i vissa kommuner minskas åter mindre inkomster än det överförs utgifter från dem. Detta är problematiskt med avseende på de stora skillnader som skulle uppstå i kommunernas finansiella ställning, och därför föreslås att finansieringen av de uppgifter som blir kvar i kommunerna tryggas genom en reformering av statsandelssystemet för basservice. Reformeringen av statsandelssystemet beskrivs i kap. 3.3.3.

Genom att sänka de kommunala skattesatserna med lika många procentenheter för alla kommuner tryggas en oförändrad nivå på beskattningen av förvärvsinkomster oberoende av boningsort. Detta säkerställer en likabehandling av de skattskyldiga under det år då reformen träder ikraft. En lika stor sänkning av de kommunala skattesatserna är också en garanti för att skillnaden mellan den lägsta och den högsta kommunalskattesatsen inte ska öka under det år då reformen träder i kraft. Reformen skulle således inte öka de regionala skillnaderna i beskattningen under det år då reformen träder i kraft. Skillnaden mellan den lägsta och den högsta kommunalskattesatsen ökar visserligen proportionellt, eftersom skillnaden fortfarande skulle vara den samma i procentenheter, men de kommunala skattesatserna skulle i fortsätt-

ningen vara betydligt mindre. En ökning av den proportionella skillnaden kan emellertid inte undvikas i sammanhanget. Om man vill att även den proportionella skillnaden mellan de kommunala skattesatserna ska hållas oförändrad, måste de högsta kommunala skattesatserna sänkas mera och de lägre mindre. Om de kommunala skattesatserna sänks på olika sätt i olika kommuner skulle det leda till att invånarna i vissa kommuner beskattas hårdare och i vissa lindrigare, eftersom statsbeskattningen ska skärpas på samma sätt för alla skattskyldiga. Reformens verkningar skulle således i princip redan gälla beskattningen av förvärvsinkomster på olika sätt beroende på personens boningsort.

I samband med beredningen har man också granskat andra alternativ till en sänkning av de kommunala skattesatserna, som dock har ansetts vara förknippade med så stora problem att de inte är möjliga att genomföra. I de granskade alternativen skulle skillnaderna mellan de kommunala skattesatserna öka betydligt jämfört med nuläget, varvid beskattningen av de skattskyldiga skulle skärpas för en del och lindras för en del. Detta är framför allt en följd av att intäkterna av de kommunala skattesatserna och å andra sidan kostnaderna för social- och hälso-tjänster och de statsandelar som betalas till kommunerna för finansieringen av tjänsterna betydligt varierar mellan kommunerna. Som störst är de faktiska social- och hälsovårdskostnaderna för en enskild kommun nästan 5 900 euro och som lägst cirka 2 200 euro per invånare. Intäkterna av en kommunalskattesats var 2015 som lägst 109 euro och som högst 379 euro per invånare.

Med tanke på tryggheten av kommunernas nuvarande finansiella ställning skulle det vara ett bra alternativ att alla kommuners statsandelar och skatteinkomster totalt minskas lika mycket som det överförs kostnader till staten från dem. I det här alternativet skulle den enskilda kommunens ekonomiska ställning i princip inte förändras i förhållande till nuläget. Problemet är dock att skillnaden mellan den högsta och den lägsta kommunala skattesatsen skulle fördubblas jämfört med nuvarande 6 procentenheter. I några kommuner skulle en kommunal skattesats som definieras på detta vis enligt kalkylerna bli till och med negativ. När man beaktar åtstramningen av statens förvärvsinkomstbeskattning och ändringarna i de kommunala skattesatserna, skulle verkningarna variera betydligt mellan kommunerna. Beskattningen av de skattskyldiga skulle skärpas i cirka en tredjedel av kommunerna. Som mest skulle skatteuttaget öka cirka 5 procentenheter. Beskattningen skulle lindras i nästan två tredjedelar av kommunerna, som mest nästan 9 procentenheter. Av dessa orsaker anses detta alternativ inte vara möjligt att genomföra för att sänka de kommunala skattesatserna.

Dessutom har man granskat en modell där intäkterna av kommunalskatten sänks på grundval av de kalkylerade kostnaderna för den kommunala social- och hälsovården. I praktiken görs detta så att kommunalskatten i varje kommun minskas i motsvarighet till den andel som dess kalkylerade kostnader utgör av hela landskapets kalkylerade kostnader. Kvittningen av kostnaderna bygger alltså på att behovsfaktorer i fråga om tjänsterna beaktas. I detta alternativ motsvarar det eurobelopp som minskas i kommunerna inte kommunvis de faktiska kostnaderna för social- och hälsovården, utan minskningen är kalkylerad. Inkomstminskningen i kommunerna skulle inriktas på kommunalskatten genom en sänkning av inkomstskattesatserna. Även i detta alternativ skulle stora kommunvisa skillnader mellan de faktiska social- och hälsovårdskostnaderna och kommunalskatteintäkterna bli problematiska. Skillnaden mellan den högsta och den lägsta kommunalskattesatsen skulle bli tre gånger större än i nuläget och för nästan 50 kommuner skulle kommunalskattesatsen enligt kalkylerna bli negativ. När man beaktar åtstramningen av statsbeskattningen, skulle beskattningen skärpas för nästan 25 procent av kommunerna. Skatteuttaget skulle som mest öka mer än 4 procentenheter. Skatteuttaget skulle i princip sjunka i cirka 75 procent av kommunerna, som mest cirka 14 procentenheter. Av dessa orsaker anses inte heller detta alternativ genomförbart.

Begränsning av ändringar av de kommunala skattesatserna under övergångsperioden 2020–2021

När man beaktar reformens omfattning och osäkerhetsfaktorerna i kalkylerna behövs det en övergångsperiod för reformen. Under övergångsperioden, dvs. åren 2020–2021, föreskrivs i inkomstskattelagen en maximigräns för höjningen av den kommunala skattesatsen inom ramen för vilken kommunfullmäktige bestämmer om kommunens inkomstskattesats. Den inkomstskattesats som kommunfullmäktige bestämmer 2020 kan vara högst 0,5 procentenheter högre än inkomstskattesatsen för 2019. Den inkomstskattesats som kommunfullmäktige bestämmer 2021 kan åter vara högst 1,0 procentenheter högre än inkomstskattesatsen för 2019. Höjningstaket för de kommunala skattesatserna har dimensionerats så att kommunerna utifrån det kan sköta balanseringen av sin ekonomi under normala förhållanden.

Eftersom det ovan beskrivna höjningstaket på 1,0 procentenhet i vissa oförutsedda situationer kan äventyra kommunens likviditet, föreskrivs dessutom om möjligheten att höja skattesatsen oberoende av höjningstaket, om kommunens likviditet inte kan tryggas med andra medel. Bestämmelsen förutsätter att kommunen först granskar utgiftsnedskärningar samt upplåning. Om dessa medel inte är tillräckliga, har kommunen rätt att göra en höjning som överstiger höjningstaket. Kommunen ska också motivera sitt beslut. Det är således fråga om en sista utväg för kommunen att trygga sin likviditet.

Målet för skattetakets är att kommunernas ekonomi ska etableras i enlighet med det nya finansieringssystemet under den tid begränsningen är i kraft. När kommunernas ekonomi under övergångsperioden etableras i enlighet med det nya finansieringssystemet, undviker man också sedan begränsningen upphört ett tryck på en höjning av de kommunala skattesatserna på grund av reformen.

Om det under övergångsperioden upptäcks oförutsägbara och oskäligen verkningar för enskilda kommuner och kommunens likviditet inte kan säkerställas med andra metoder, kan kommunen dock höja kommunalskatten.

På grundval av regleringen skulle det således beaktas att kommunerna har möjlighet att anpassa sin ekonomi genom att höja kommunalskattesatsen eller i mån av möjlighet också sänka den. Efter det inte föreskrivs någon nedre gräns, kan skillnaden mellan den lägsta och den högsta kommunalskattesatsen således bli större än nu. För närvarande begränsas inte kommunernas rätt att bestämma om sin skattesats på något sätt, och därför kan de regionala skillnaderna i beskattningen växa även i nuläget. Rätten att besluta om den kommunala skattesatsen är ett centralt element i kommunens beskattningsrätt.

Andra tekniska metoder att sänka kommunalskatten som granskats

Under beredningen diskuterades också alternativa tekniska sätt att genomföra en sänkning av kommunalskatten och de granskas nedan.

Begränsning av kommunalbeskattningen genom systemet för skatteredovisning

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

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

Bestämmelser om särskilt avdrag

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

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

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

3.3.7 Egendom

I införandelagen föreskrivs om de arrangemang som i fråga om kommunernas och samkommunerna egendom behövs för att genomföra reformen. Samkommuner för sjukvårdsdistrikt, specialomsorgsdistrikt och landskapsförbund överförs till landskapen direkt med stöd av lag, dvs. deras egendom, ansvar och förpliktelser överförs som universalsuccession till landskapet. Egendomen i det specialomsorgsdistrikt som bildas av Helsingfors stad avskiljs från stadens övriga egendom.

Lokaler som används inom kommunal primärvård, specialiserad sjukvård, socialväsendet och räddningsväsendet övergår med stöd av hyresavtal i landskapets besittning. Hyresavtalet för övergångsperioden är i kraft minst tre år och landskapet har rätt att förlänga avtalets giltighet med ett år. Efter övergångsperioden hyr landskapet av kommunen de lokaler som det behöver i sin verksamhet. Lösöre som ägs av kommunen och hör till sådan verksamhet som ingår i landskapets organiseringsansvar, dvs. maskiner, möbler, utrustning, material och immateriella rättigheter och andra tillstånd överförs till landskapet. Till det lösöre som överförs hör inte kommunens aktieinnehav, med undantag för aktier i ett sådant aktiebolag vars verkliga huvudsakliga verksamhetsområde är produktion av social- och hälsojänster och som är kommunens dotterföretag, ägarintresseföretag eller intresseföretag på det sätt som avses i 1 kap. 6–8 § i

bokföringslagen (1336/1997) och med vilket kommunen har ett avtal om produktion av social- och hälso tjänster som är i kraft den 1 januari 2019.

Kommunen överför avtal som gäller ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet till landskapet. Om avtalet också ansluter sig till de uppgifter som blir kvar i kommunen och det inte kan överföras eller delas, ska kommunen och landskapet komma överens om hur ansvaren i anslutning till avtalet ska fördelas mellan kommunen och landskapet under avtalets giltighetstid.

På lokaler, lösöre och avtal som ägs av frivilliga samkommuner för social- och hälsovård tillämpas samma principer som på lokaler och lösöre som ägs av kommuner.

I införandelagen föreskrivs också om landskapets skyldighet att överföra fastigheter som kommit i dess ägo, aktier i fastighetsaktiebolag som berättigar till fastighetsinnehav, markarrendeavtal samt hyresavtal för lokaler till ett i detta syfte grundat aktiebolag som landskapen äger gemensamt och om vilket föreskrivs i landskapslagen. I införandelagen föreskrivs också om behandlingen av bokslutet för 2018 för de samkommuner som överförs till landskapen, dvs. boksluten för det sista verksamhetsåret, och i anslutning till dem om beviljande av ansvarsfrihet samt om statsrådets rätt att bevilja statsborgen som säkerhet för de skulder som överförs från samkommunerna i fråga.

3.3.8 Upphandling

För landskapen ska det inrättas en riksomfattande enhet för gemensam upphandling, som skulle vara det riksomfattande servicecenter för gemensam upphandling som föreskrivs i landskapslagen. Med stöd av lagen om offentlig upphandling avses med enhet för gemensam upphandling en upphandlingsenhet som tillhandahåller verksamhet för gemensam upphandling och eventuellt också stödverksamhet för upphandling för de upphandlande enheter som direkt eller indirekt äger den eller för sådana upphandlande enheter om vars rätt att använda enhetens verksamhet det föreskrivs särskilt. En förutsättning är att enheten för gemensam upphandling verkar för att sköta ovan nämnda uppgifter och att den är uttryckligen inrättad för att sköta dessa uppgifter, eller att det föreskrivits eller bestämts att skötseln av dessa uppgifter hör till enhetens verksamhetsområde.

Servicecentret för gemensam upphandling skulle effektivt samla upphandlingsvolymerna över landskapsgränserna och verka i nära upphandlingssamarbete med landskapen samt i samarbetsområdet med att samordna upphandlingen. Servicecentret för gemensam upphandling ska tillhandahålla verksamhet för gemensam upphandling och stödverksamhet för upphandling samt upprätthålla upphandlingsavtal, producera utvecklings- och experttjänster för upphandlingsverksamheten, analystjänster och logistik tjänster i anslutning till marknader och upphandling. Genom förordning av statsrådet föreskrivs närmare om uppgifterna för servicecentret för gemensam upphandling.

Servicecentret för gemensam upphandling kan ha en särskild roll vid administrativ upphandling och vid upphandling av stödfunktioner, bl.a. kontors- och experttjänster, upphandling av fordon och anknytande tjänster och i kategorierna för möbler, utrustning och anordningar, transporttjänster, bränslen, konsumtionsprodukter, kontorstillbehör samt IKT-utrustning och tjänster. Den skulle dessutom verka som gemensam upphandlingsexpert och kompetenscenter för landskapen.

3.3.9 Personal

Det föreslås att ansvaret för att ordna social- och hälso­ tjänster överförs från kommunerna och samkommunerna till landskapen, landskapens offentligrättsliga inrättningar, dvs. landskapens serviceinrättningar, och de landskapsägda bolagen. När kommunerna och samkommunerna inte längre har organiseringsansvar för dessa uppgifter, övergår också hela den personal som är anställd hos kommunernas och samkommunernas social- och hälsovårdsorganisationer till landskapen, landskapens offentligrättsliga inrättningar och de landskapsägda bolagen.

Personalen vid de enheter och inrättningar som tillhandahåller tjänster inom kommunernas social- och hälsovård anställs i sin helhet av landskapen, landskapens serviceinrättningar eller landskapens bolag. Övergången påverkas inte av vilket arbete personen vid tidpunkten för övergången utför.

Dessutom föreslås det bestämmelser om att de kommunanställda som arbetar inom stödtjänster som anknyter till serviceproduktion inom social- och hälsovården ska få anställning i landskapet, landskapets serviceinrättning eller landskapets bolag, om minst hälften av den anställdas faktiska uppgifter är stödtjänster inom kommunens social- eller hälsovård.

Sådan övergång till anställning hos landskapen, landskapens serviceinrättningar eller de bolag som bildas i landskapen som leder till att arbetsgivaren byts ska i enlighet med propositionen betraktas som överlåtelse av rörelse. Sålunda ska bestämmelserna om överlåtelse av rörelse i arbetsavtalslagen och lagen om kommunala tjänsteinnehavare tillämpas på alla de ändringar i samband med reformen som innebär byte av arbetsgivare oberoende av om de kännetecken för överlåtelse av rörelse som föreskrivs i arbetsavtalslagen och lagen om kommunala tjänsteinnehavare uppfylls. Med stöd av införandelagen blir personalen direkt anställd i landskapen, landskapens serviceinrättningar eller landskapens bolag som s.k. gamla arbetstagare och behåller de rättigheter och skyldigheter som anställnings- eller tjänsteförhållandet medför vid tidpunkten för övergången.

Personalen blir anställd hos det landskap, den serviceinrättning i landskapet eller det landskapsägda bolag som har produktionsansvar för de uppgifter som arbetstagaren har haft före övergången.

Det föreslås att tillämpningsområdet för lagstiftningen om kommunala anställningsförhållanden ska utvidgas till att också gälla landskapets, landskapets serviceinrättningars och landskapsägda bolags personal. Sålunda föreslås det att tillämpningsområdet för lagen om kommunala tjänsteinnehavare utöver tjänsteinnehavare ska gälla landskapens och landskapens serviceinrättningars tjänsteinnehavare. Det föreslås att tillämpningsområdet för lagarna om kommunala tjänste- och arbetskollektivavtal ska utvidgas till att utöver kommunerna också gälla landskapen och landskapens serviceinrättningar. Det föreslås att lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare ska ändras så att lagens tillämpningsområde utvidgas till att gälla utöver samarbete mellan arbetsgivare och personal i kommuner och samkommuner också i landskapen och vid landskapens serviceinrättningar.

I propositionen föreslås det att lagen om kommunala arbetsmarknadsverket ska ersättas med lagen om ordnande av intressebevakning för arbetsgivare i kommuner och landskap. Genom lag ska för denna uppgift bildas ett offentligrättsligt samfund som heter Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT, som ska ha befogenhet att företräda kommunerna, samkommunerna och landskapslagsenliga landskap i frågor som gäller arbetsgivares intressebevakning. Sådana serviceinrättningar som avses i landskapslagen och som ingår i en landskapskoncern ska i detta fall jämföras med landskap. Kommunerna, samkommunerna och landskapen ska enligt propositionen direkt med stöd av lag vara medlemmar i Kommun- och landskapsarbetsgivarna

KT. De bolag och stiftelser som ägs av kommunerna och landskapen eller som är under deras bestämmande inflytande och som det föreskrivs närmare om i lag kan om de vill vara medlemmar i den nya arbetsgivarorganisationen. Landskapen och kommunerna samt bolagen och stiftelserna ska i enlighet med sin betydelse som offentlig arbetsgivare och del av den offentliga ekonomin ha en motsvarande ställning i administrationen och systemet för beslutsfattande i Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT.

De blivande landskapen är stora funktionella helheter. Personalarrangemangen är en stor möjlighet att effektivisera verksamheten och påverka den framtida kostnadsutvecklingen. Genom att förenhetliga verksamhetsprocesserna och genom omorganiseringar kan i synnerhet kostnadsökningen och behovet av nyanställningar dämpas. Valfriheten och en större konkurrens inom serviceproduktionen kommer också att ha en betydande effekt. Bättre service för klienterna och en kontrollerad kostnadsutveckling uppnås också genom att med hjälp av förändringsledarskap utnyttja den tekniska utvecklingen, t.ex. hälsotekniken samt nya slags modeller och arbetssätt vid serviceproduktionen.

3.3.10 Pensionssystem

Varje offentligt pensionssystem svarar självständigt för finansieringen av sina pensioner. Medlemssamfunden i Kommunernas pensionsförsäkring (Keva) svarar för alla utgifter i det kommunala pensionssystemet. Så kallade gamla förmånstagare inom det kommunala pensionssystemet, dvs. sådana som anställdes före 1993, har fått ett bättre pensionsskydd än inom den privata sektorn. Om man vid överföringarna utgår från principen om överlåtelse av rörelse, ska detta bättre så kallade tilläggs-pensionsskydd kvarstå för den personal som överförs.

Det föreslås att lagen om Keva (66/2016) ändras så att landskapen och landskapens offentligt-grättsliga inrättningar, dvs. landskapens serviceinrättningar, ska vara medlemssamfund i Keva med stöd av lagen. Med stöd av den föreslagna ändringen ska den personal som övergår från att ha varit anställd hos Kevas medlemssamfund till att vara anställd hos landskapen och landskapens serviceinrättningar fortfarande omfattas av pensionsskyddet enligt pensionslagen för den offentliga sektorn och sålunda också behålla eventuellt tilläggs-pensionsskydd. Enligt de ändringar som föreslås i lagen om Keva kan de bolag som ägs av landskapen eller som är under deras bestämmande inflytande bli medlemssamfund i Keva på motsvarande sätt som de bolag som ägs av kommunerna eller samkommunerna eller som är under deras bestämmande inflytande. Ett landskapsägt bolag kan sålunda ansöka om att bli medlemssamfund i Keva eller alternativt försäkra sin personal enligt lagen om pension för arbetstagare. Om bolaget är medlemssamfund i Keva omfattas personalen fortsättningsvis av den offentliga sektorns pensionsskydd. Om bolaget tecknar en pensionsförsäkring hos ett arbetspensionsbolag, förlorar personalen det lagstadgade tilläggs-pensionsskyddet och de lägre pensionsåldrarna.

Pensionsavgifterna i det kommunala pensionssystemet består av tre delar: en lönebaserad avgift, en avgift som baserar sig på förtidspensionsutgifter och en pensionsutgiftsbaserad avgift. Med den pensionsutgiftsbaserade avgiften finansieras kostnaderna för det kommunala pensionssystemet som är högre än för det privata pensionssystemet och som bland annat beror på en kvinnodominerad personalstruktur och det gamla tilläggs-pensionsskyddet. Pensionsansvar och ändringar i pensionsavgifter ska granskas både utifrån den offentliga ekonomin som helhet och även som utvecklingstrender för kommunernas betalningsandelar till staten. När mer än 200 000 personer övergår i anställning hos landskapen måste man lösa frågan om hur den pensionsutgiftsbaserade avgiften ska fördelas mellan landskapen och kommunerna.

De blivande landskapen är stora funktionella helheter. Personalarrangemangen är en stor möjlighet att effektivisera verksamheten och påverka den framtida kostnadsutvecklingen. Genom att förenhetliga verksamhetsprocesserna och genom omorganiseringar kan i synnerhet kost-

nadsökningen och behovet av nyanställningar dämpas. Valfriheten och en större konkurrens inom serviceproduktionen kommer också att ha en betydande effekt. Bättre service för klienterna och en kontrollerad kostnadsutveckling uppnås också genom att med hjälp av förändringsledarskap utnyttja den tekniska utvecklingen, t.ex. hälsotekniken samt nya slags modeller och arbetssätt vid tjänsteproduktionen.

I det kommunala pensionssystemet föreslås arbetsgivarens pensionsavgift i fortsättningen bestå av tre delar: en lönebaserad pensionsavgift, en invalidpensionsavgift och en utjämningsavgift som ersätter den nuvarande utgiften som är baserad på pensionsutgifterna.

Den lönebaserade avgiften och invalidpensionsavgiften ställs på en nivå där den kommunala arbetsgivarens genomsnittliga pensionsförsäkringsavgift motsvarar arbetsgivarens genomsnittliga arbetspensionsförsäkringsavgift inom den privata sektorn. Detta motsvarar gällande praxis.

För närvarande bestämmer en delegation vid Keva avgiftsnivån i det kommunala pensionssystemet och beräkningsgrunderna för den. I lag föreskrivs endast om vilka delar som ingår i avgiften. När landskapen inrättas kommer staten i praktiken att betala en stor del av avgiften, eftersom det huvudsakligen är staten som svarar för finansieringen av landskapens utgifter. Då kan beslutet om bestämningen av pensionsavgiften inte i fortsättningen ses enbart som kommunernas sak och besluten kan därför inte längre fattas vid Keva i nuvarande omfattning. För att också landskapens och statens intressen ska bli tryggade ska det i lagstiftningen tas in noggrannare bestämmelser om hur pensionsavgiften bestäms. I framtiden kommer statens andel av finansieringen av det kommunala pensionssystemet troligen att öka ytterligare. I landskapen fortsätter efterfrågan på social- och hälsotjänster att öka ännu länge, men det finns inget särskilt tryck på att de tjänster som blir kvar på den kommunala sidan ska öka.

Med en utjämningsavgift täcks de utgifter för det kommunala pensionssystemet som överstiger nivån i det privata arbetspensionssystemet och som för närvarande täcks med en pensionsavgiftsbaserad avgift. Utjämningsavgiften delas upp i landskapens och kommunernas andel. Landskapens och kommunernas andelar bestäms enligt den lönesumma som de har av den totala lönesumman inom det kommunala pensionssystemet när reformen träder i kraft. I lönesumman beaktas också lönesumman för bolag som är medlemssamfund i Keva.

Utgjämningssavgiften betalas endast av landskap och kommuner. Syftet med utjämningsavgiften är att finansiera kostnadsnivån som på grund av det kommunala pensionssystemets historia och personalstruktur är högre i det kommunala pensionssystemet än i pensionssystemet inom den privata sektorn. Landskapen och kommunerna kan inte minska sin andel av utjämningsavgiften genom att bolagisera eller lägga ut sin verksamhet. Utjämningsavgift betalas inte av sådana aktiebolag som har kunnat välja det kommunala pensionssystemet. Mellan landskapen fördelas utjämningsavgiften i förhållande till deras statliga finansiering och mellan kommunerna i förhållande till deras skattefinansiering.

Om kommunernas eller landskapens verksamhet redan under de närmaste åren i en kraftigt ökande utsträckning privatiseras och läggs ut och personal därmed överförs från det kommunala pensionssystemet till det privata arbetspensionssystemet, skulle lönesumman för arbetsgivarna inom det kommunala pensionssystemet snabbt minska. Minskningen av personkretsen skulle dock inte ha någon minskande effekt på pensionsutgifterna ännu på flera decennier. En kraftig minskning av lönesumman skulle leda till ett tryck på att höja pensionsavgiften inom det kommunala pensionssystemet. De ändringar som föreslås i pensionssystemet innehåller inga särskilda faktorer som sporrar till privatisering. Privatiseringen torde dock öka på grund av andra faktorer.

När statens verksamhet bolagiseras och den överförs till det privata arbetspensionssystemet, föreskrivs om en så kallad överföringsavgift (lagen om överföringsavgift då statens ämbetsverk, inrättningar eller affärsverk ombildas till aktiebolag 1341/1992). Överföringsavgift betalas från det privata arbetspensionssystemet till staten, när verksamhet som berör minst 200 personer bolagiseras. När kommuner eller samkommuner beslutar att bolagisera sin verksamhet fattas beslut inte genom lag till skillnad från när staten bolagiserar sin verksamhet. Inte heller det antal personer som överförs till bolag är i enskilda situationer i allmänhet så stort som det föreskrivs i ovan nämnda lag. Situationerna är alltså inte direkt jämförbara med privatiseringar inom staten.

Det förekommer ständigt att arbetstagare byter mellan den offentliga sektorn och den privata sektorn och normalt ger detta inte upphov till något särskilt utjämningsbehov. I anslutning till landskapsreformen är det dock möjligt att ett stort antal anställda övergår från det kommunala pensionssystemet till det privata arbetspensionssystemet. Av denna anledning måste det i förväg fastställas principer för hur finansieringen av det kommunala pensionssystemet och dess förmåga att sköta sitt ansvar ska tryggas genom specialarrangemang. Beredningsarbete i fråga om detta har inletts separat.

3.3.11 Intressebevakning för arbetsgivare

I propositionen föreslås det att lagen om kommunala arbetsmarknadsverket ska ersättas med lagen om ordnande av intressebevakning för arbetsgivare i kommuner och landskap. Genom lag ska för denna uppgift bildas ett offentlighetsligt samfund som heter Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT, som ska ha befogenhet att företräda kommunerna, samkommunerna och landskapslagsenliga landskap i frågor som gäller arbetsgivares intressebevakning. Sådana offentlighetsliga inrättningar, dvs. serviceinrättningar, i landskapen som avses i landskapslagen och som ingår i en landskapskoncern ska jämnställas med landskap. Kommunerna, samkommunerna och landskapen ska enligt propositionen direkt med stöd av lag vara medlemmar i Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT.

De bolag och stiftelser som ägs av kommunerna och landskapen eller som är under deras bestämmande inflytande och som det föreskrivs närmare om i lag kan om de vill vara medlemmar i den nya arbetsgivarorganisationen.

Landskapen och kommunerna samt bolagen och stiftelserna ska i enlighet med sin betydelse som offentlig arbetsgivare och del av den offentliga ekonomin ha en motsvarande ställning i administrationen och systemet för beslutsfattande i Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT.

Kommun- och landskapsarbetsgivarnas uppgifter

Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT ska vara arbetsgivarnas intressebevakare för landskapen, landskapens offentlighetsliga inrättningar, dvs. landskapens serviceinrättningar, kommunerna och samkommunerna samt för dess medlemssamfund. Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT ska också vara en centralorganisation på arbetsmarknaden och företräda sina medlemssamfund vid riksomfattande arbetsmarknadsförhandlingar samt vid bilateralt samarbete och trepartsarbete. Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT kan sluta tjänste- och arbetskollektivavtal som gäller dessa sektorer. Även i Europeiska unionen ska Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT ansvara för intressebevakningen av den sektor som den företräder.

Avsikten är att utfärda närmare bestämmelser om organiseringen av verksamheten genom en arbetsordning för den nya organisationen. Styrelsens och varje sektionens arbetsordning ska innehålla bestämmelser om organens sammanträde, beslutsfattande, beslutförhet, beslutsordning och andra viktiga verksamhetsfrågor.

Organ

Administrationen och systemet för att fatta beslut inom Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT ska organiseras så att de motsvarar den nya organisationens behov.

Det högsta beslutande organet inom Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT är styrelsen.

I landskapens och kommunernas arbetsmarknadssystem ska principen för god förvaltning och kontroll tillämpas, så att landskapen och kommunerna samt de övriga medlemssamfunden får äkta inflytande och beslutanderätt i arbets- och tjänstekollektivavtalsfrågor. Därför föreslås det att en kommunsektion, en landskapssektion och en företagssektion ska finnas som separata sektioner vid sidan av styrelsen i den nya arbetsgivarorganisationen. Varje sektion ska på de medlemssamfundets vägnar som den företrädar fatta beslut om de uppgifter som föreskrivs i lagarna om arbets- och tjänstekollektivavtalen i kommunerna och landskapen.

Betalningsandelar

Utgifterna för Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT tas ut hos medlemssamfunden. I lagen föreslås det bestämmelser om medlemssamfundens betalningsandelar. Betalningsandelen ska bestämmas enligt lönesumman i varje medlemssamfundets senaste fastställda bokslut i förhållande till den totala lönesumman för de medlemssamfund som Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT företräder.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Allmänt

I propositionen föreslås att det inrättas 18 självstyrande landskap och att ordnandet av den offentliga social- och hälsovården och de administrativa strukturerna reformeras. De lagstadgade offentliga uppgifterna inom social- och hälsovården överförs från kommunerna och samkommunerna till de nya självstyrande landskapen. För närvarande är det huvudsakligen de enskilda kommunerna och delvis lagstadgade samkommuner som svarar för att ordna dem. Till landskapen överförs också andra uppgifter som kommunerna och samkommunerna ansvarar för samt vissa uppgifter inom den statliga regionförvaltningen enligt vad som bestäms särskilt om dem. De direkta konsekvenserna av reformen kommer på så vis i stor utsträckning att beröra den offentliga förvaltningen och ekonomin både i kommunerna och samkommunerna samt inom statsförvaltningen.

De landskap som ska inrättas är sektorsövergripande, eftersom även andra uppgifter än social- och hälsovård föreskrivs för dem. Samtidigt ses arbetsfördelningen över i olika uppgifter. Flera betydande uppgifter som nu sköts av kommunerna och samkommunerna överförs till landskapen, vilket förenklar förvaltningen och samlar beslutsfattandet under landskapsfullmäktige som utses genom val. Valet av landskapets högsta beslutsfattande organ, landskapsfullmäktige, genom direkt val stärker de demokratiska förvaltningsdragen. Å andra sidan innebär ändringen att kommunernas uppgiftsfält betydligt minskar och därmed också kommunernas personal och verksamhetskostnader. Dessutom samordnas statens regionförvaltning och landskapsförvaltningen. Statens uppgifter inom region- och lokalförvaltningen och den personal som sköter dem överförs till landskapen i synnerhet från närings-, trafik- och miljöcentralerna samt arbets- och näringsbyråerna. I övrigt ansvarar staten fortfarande för uppgifterna, men de kommer att omorganiseras. Detta innebär förändringar bland annat i regionförvaltningsverkens uppgifter, behörighet och organisation samt regionförvaltningsverkens arbetsfördelning med vissa ämbetsverk inom centralförvaltningen. Målet är att göra den offent-

liga förvaltningen och tjänsterna klientinriktade och kostnadseffektiva och göra det möjligt att utnyttja digitaliseringen.

De administrativa ändringarna är dock bara ett sätt att genomföra de huvudsakliga målen för reformen. De centrala målen i lagförslaget ur social- och hälsovårdens perspektiv är att främja och upprätthålla befolkningens hälsa och välfärd, säkerställa social- och hälsovårdens kvalitet, trygga klientens och patientens rätt till en god social- och hälsovård samt skapa förutsättningar för en tillräcklig tillgång till social- och hälso-tjänster på lika villkor i hela landet. Därmed säkerställs social- och hälsovård med en fungerande och enhetlig samt verkningsfull och kostnadseffektiv servicestruktur. Reformen genomför också en integration av tjänsterna i socialvården och hälso- och sjukvården samt stärker basservicen inom social- och hälsovården på det regionala och nationella planet.

Det främsta målet med hela reformen är också att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna. I enlighet med målet ska social- och hälsovårdsutgifterna i slutet av 2029 vara 3 miljarder euro lägre än nivån på finansministeriets och social- och hälsovårdsministeriets nuvarande prognos för social- och hälsovårdsutgifterna. Samtidigt ska servicestrukturen vara kostnadseffektiv och så produktiv att de disponibla resurserna räcker till för ansvaret att ordna service enligt speciallagar som gäller social- och hälsovård.

Enligt förslaget ska landskapen ha ansvar för att ordna social- och hälso-tjänster och de får allmän finansiering från staten för ordnandet. Landskapet ska enligt förslaget i sin egen verksamhet skilja mellan att ordna och att producera tjänster. Syftet med att göra skillnad mellan att ordna och att producera tjänster är att förbättra ledningen samt kostnadskontrollen och kvalitetsutvecklingen. Detta sker med hjälp av specialisering inom ordnande och produktion samt ledningen av dessa och med bättre möjligheter att jämföra olika tillvägagångssätt och genom jämförelse. Att skilja åt anordnaren och producenten kan dock öka de administrativa kostnaderna. Landskapen kan själva producera tjänster eller tillhandahålla dem via producenter i privata eller tredje sektorn. Målet är konkurrensneutralitet och att trygga nya aktörers samt små och medelstora företags möjligheter att tillhandahålla tjänster.

De direkta konsekvenserna av reformen berör i stor utsträckning medborgarnas tjänster, personalen, kommunernas och samkommunernas förvaltning och ekonomi, egendomsarrangemang mellan kommuner och samkommuner, kommunal- och statsbeskattningen samt företag och andra samfund som producerar tjänster. Ändringarna i de administrativa strukturerna har även konsekvenser för den inbördes uppgiftsfördelningen mellan olika förvaltningsnivåer och för styrningen och övervakningen av hela servicesystemet.

Reformens konsekvenser för ekonomi, förvaltning och befolkningens ställning och tjänster beror i stor utsträckning på hur landskapen i enlighet med förslaget förverkligar den social- och hälsovård som de ansvarar för att ordna och producera. Helt säkra uppgifter om hur målen enligt förslaget kommer att uppnås och vilka reformens konsekvenser kommer att vara kan inte ges. Konsekvenserna kan dock utvärderas mot bakgrund av erfarenheterna av tidigare reformer. Inom social- och hälsovården finns exempel på integrerade servicesystem inom områden som är större än en kommun till exempel från förvaltningsförsöket i Kajanalands, Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote) och samarbetsområden enligt kommun- och servicestrukturreformerna. I alla dessa har ordnandet av tjänster koncentrerats i en mera omfattande verksamhet över kommungränserna än tidigare. I förvaltningsförsöket i Kajanalands och i Eksote har också social- och hälso-tjänsterna integrerats i hög grad. Vid konsekvensbedömningen kan man också ha nytta av hur tjänsterna ordnats i andra länder och av information om reformer

Vid bedömningen av konsekvenserna för social- och hälsovården nedan har bland annat beaktats Institutet för hälsa och välfärds rapport "Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakkoarviointi" (THL Raportti 12/2016) och Nordic Healthcare Groups rapport "Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisi- ja säästöpotentiaalin arviointi (lägesrapport 2.5.2016). Dessutom har man beaktat Konkurrens- och konsumentverkets rapport "Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa" (Konkurrens- och konsumentverkets utredningar 5/2016).

4.2 Administrativa och organisatoriska konsekvenser

4.2.1 Allmänt

Inrättandet av landskap innebär en grundläggande förändring i Finlands offentliga förvaltning. I reformen skapas en helt ny förvaltningsnivå, självstyrande landskap. I den offentliga förvaltningen finns i fortsättningen således tre självständiga aktörer: staten, landskapen och kommunerna. Eftersom landskapen är helt nya myndigheter, är reglering som gäller kommuner eller statliga myndigheter inte direkt tillämplig på dem, utan det bör stiftas en särskild lag bland annat om bildandet av landskapen och om områdesindelningen, förhållandet till staten och kommunerna, ansvarsområde och uppgifter, förvaltning, beslutsfattande och ekonomi, personalens ställning, finansiering, valförfarande samt invånarnas rätt till inflytande i landskapets verksamhet.

Den regeringsproposition som nu granskas gäller inrättandet av landskap och överföring av social- och hälsovårdsuppgifter från kommunerna till landskapen. Samtidigt med denna proposition överlämnas till riksdagen en proposition om överföring av räddningsväsendets uppgifter till landskapen. Som bäst bereds också andra lagförslag som gäller landskapens uppgifter och avsikten är att en regeringsproposition som gäller dem ska lämnas till riksdagen i början av 2017. Först i samband med nämnda proposition kan man mera allmänt bedöma vilka konsekvenser uppgiftsöverföringarna har för myndigheterna.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheternas uppgifter

I landskapslagen föreskrivs om landskapets uppgifter. Till landskapen överförs uppgifter från kommunerna, samkommunerna och staten. Från kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland överförs uppgifter inom social- och hälsovården, brand- och räddningsväsendet, lantbruksavbyttarservicen och miljö- och hälsoskyddet samt landskapsförbundens nuvarande uppgifter till landskapen.

Statens uppgifter inom region- och lokalförvaltningen överförs till landskapen i synnerhet från närings-, trafik- och miljöcentralerna samt arbets- och näringsbyråerna. Närings-, trafik- och miljöcentralerna och arbets- och näringsbyråerna läggs ner den 1 januari 2019. Närings-, trafik- och miljöcentralernas uppgifter överförs huvudsakligen till landskapen och en del blir kvar hos staten. De uppgifter som blir kvar hos staten omorganiserar. Arbets- och närings-tjänsterna överförs på landskapens organiseringsansvar. Vid ordnandet av arbets- och närings-tjänster utnyttjas modellen anordnare-producent. Landskapen ska i regel avtala om produktionen av arbets- och närings-tjänster med producenter som uppfyller kriterierna enligt lag i kommunerna eller inom privata eller tredje sektorn.

Av regionförvaltningsverken bildas en myndighet med riksomfattande behörighet.

En del av regionförvaltningsverkens nuvarande uppgifter överförs till landskapen. Miljö-tillsyns- och naturskyddsuppgifterna överförs från NTM-centralerna till det riksomfattande regionförvaltningsverket.

I övrigt ansvarar staten fortfarande för uppgifterna inom statens region- och lokalförvaltning, men de kommer att omorganiseras. Detta innebär förändringar bland annat i regionförvaltningsverkens uppgifter, behörighet och organisation samt regionförvaltningsverkens arbetsfördelning med vissa ämbetsverk inom centralförvaltningen.

4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas organisation och verksamhet

Reformen innebär ändringar i kommunernas, samkommunernas och den statliga regionförvaltningens organisation. I helhetsperspektiv minskar antalet olika organisationer, när uppgifter som sköts av uppskattningsvis cirka 400 nuvarande myndigheter koncentreras till 18 landskap. Detta innebär en betydande samordning av olika sektors uppgifter och resurser till sektorsövergripande landskap. Antalet enheter som ansvarar för sådan myndighetsverksamhet som nu är på kommunernas ansvar kommer i synnerhet att minska både på riksnivå och regionalt. Uppgifter och verksamhet som tidigare utfördes i flera kommuner eller som kommunalt samarbete flyttas under en enda organisation och ledning i ett landskap. Minskningen av samarbetsarrangemang klargör förvaltningsstrukturerna, som i nuläget är ganska komplicerade och består av flera nivåer. Samtidigt kan den specialkompetens som finns i myndighetsuppgifterna centraliseras. I vissa fall kan arbetsfördelningen och arbetsarrangemangen i anslutning till skötseln av uppgifterna ordnas smidigare. Mer kompetens och resurser kan också inriktas på att utveckla uppgifter och tjänster. Å andra sidan kan tjänstemännens och arbetstagarnas arbetsresor bli längre och arbetet kan kräva resor på olika håll i det stora landskapet.

Att inrätta en ny förvaltningsnivå, landskapen, förutsätter att en omfattande omorganisering av verksamheten speciellt inom kommunsektorn. Verksamheten i lagstadgade samkommuner för social- och hälsovård, såsom sjukvårdsdistrikt och samarbetsområden, överförs i sin helhet till landskapen, varvid nämnda organisationer upphör. Dessutom överförs landskapsförbundens lagstadgade uppgifter i sin helhet till landskapen och kommunerna kan lägga ned landskapsförbunden den 1 januari 2019.

Också de social- och hälsovårdsuppgifter som kommunerna ansvarar för och den kommunalt anställda personalen inom verksamhetsområdet överförs till landskapen. Eftersom ändringen gäller en av de största kommunala sektorerna har den stor effekt för alla organisations-, 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 nödvändiga ändringar genom att reformera sin förvaltningsstruktur. Den kännbara minskningen av uppgifter och av personal i anslutning till den föranleder också ett behov av att omorganisera ordnandet av olika stöd-tjänster.

Ändringen kan ha större effekt för kommunernas samarbete och samarbetsstrukturer än i fråga om de uppgifter som nu överförs. Andra uppgifter som eventuellt getts till lagstadgade samkommuner än de som överförs till landskapen ska omorganiseras när samkommunens verksamhet upphör. Sådan verksamhet kan till exempel vara sommaruniversitetsverksamheten som överlåtits på landskapsförbunden.

Sett utifrån den kommunala verksamheten förutsätter reformen att samarbetsnätverken omformas och nya gemensamma arbetsformer utvecklas. Kommunerna ska i synnerhet skapa nya samarbetsförfaranden tillsammans med landskapen. Det är särskilt viktigt att skapa gemensamma arbetsformer och procedurer t.ex. i tjänster för barnfamiljer, eftersom en del av tjänsterna överförs till landskapen och en stor del, bland annat småbarnspedagogiken och skolväsendet, blir kvar hos kommunerna.

I lagen om införande av reformen föreskrivs om skyldigheten för de myndigheter som nu ansvarar för de uppgifter som överförs till landskapen att delta i den beredning som krävs för att landskapen ska kunna inrättas. I synnerhet när det gäller personalarrangemangen innebär detta betydligt mera arbete i kommunerna, eftersom personalens arbetsuppgifter och en eventuell överföring till landskapen i synnerhet av personal som arbetar i stöduppgifter måste utredas i fråga om de uppgifter som överförs. Kommunerna ska också föra samarbetsförhandlingar med personalen i anslutning till förändringarna. Beredningen av ändringen kräver också annars arbetsinsatser av kommunernas tjänstemän och förtroendevalda. Förutom eventuella beredningsgrupper som tillsatts med experter från olika servicesektorer behövs t.ex. många bakgrundsberedningar och bakgrundsutredningar som utförs som tjänsteuppdrag.

Reformen innebär krav på kommunledningen och förutsätter ett kompetent förändringsledarskap. Ändringarna i kommunens roll och uppgifter ska också beaktas i den kommunstrategi som styr kommunens verksamhet.

4.2.4 Konsekvenser för förhållandena mellan myndigheterna

Propositionen ändrar i hög grad myndigheternas ansvar och inbördes förhållanden. Förutom kommunerna som bygger på invånarnas självstyre är landskapen i fortsättningen självstyrande myndigheter i förhållande till staten.

Enligt propositionen är behörighetsfördelningen mellan kommunerna och de nya landskapen 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 kan som nu även sköta sina uppgifter i samarbete med andra kommuner. Landskapet ska i regel sköta endast de uppgifter som föreskrivs för det i lag och kan likaså sköta sina uppgifter i samarbete med andra landskap. Inom ramen för sitt uppgiftsområde kan landskapet åta sig att även ordna vissa av kommunernas uppgifter, om samtliga kommuner inom landskapets område har kommit överens om detta och finansierar uppgiften. I vissa uppgifter, t.ex. i arbets- och näringsstjänster och inom miljö- och hälsoskyddet, möjliggörs dessutom en överföring av landskapets organiseringsansvar till en kommun som uppfyller förutsättningarna i lag.

Även om överföringen av organiseringsansvaret mellan kommuner och landskap skulle vara mycket begränsad, är samarbete kring produktionen av tjänster mellan kommuner och landskap också en allmän möjlighet, såvida inte speciallagstiftning innehåller begränsningar för detta.

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 landskapens gemensamma klientgrupper, t.ex. barnfamiljer. I förslaget till landskapslag förutsätts landskapet och kommunerna i området regelbundet förhandla om samarbete, mål och arbetsfördelning i anslutning till skötseln av deras uppgifter. Det ökande behovet av samarbete beror i hög grad på syftet med reformen att samla bästa möjliga sakkunskap i multidisciplinära servicehelheter som arbetar till förmån för dem som använder tjänsterna samtidigt som man eftersträvar ett tillräckligt befolkningsunderlag och specialiseringsfördelar när verksamheten ordnas.

Staten styr i fortsättningen kommunernas och landskapens verksamhet och ekonomi. I kommunernas styrning medför propositionen inga ändringar i övrigt, men det uppgiftsområde som omfattas av styrningen blir snävare. Statens styrning i förhållande till landskapen skulle delvis vara striktare än kommunernas bland annat beroende på att landskapen inte på samma sätt som kommunerna har egen beskattningsrätt, utan finansieringen av landskapets verksamhet bygger

på statlig finansiering. Konsekvenserna i anslutning till statens styrning bedöms separat i propositionen.

4.2.5 Konsekvenser för myndigheternas områdesindelningar

Den nya landskapsindelningen utgör enligt förslaget till lag om landskapsindelning också grunden för indelningen av verksamhetsområdena för de statliga myndigheterna. Om inte något annat följer av särskilda skäl ska verksamhetsområdena för myndigheterna utgöras av ett eller flera landskap. Om verksamhetsområdet är mindre än ett landskap, ska det helt och hållet ligga inom ett och samma landskap.

Propositionens konsekvenser för aktörerna i statens region- och centralförvaltning och grunderna för deras områdesindelning kan bedömas närmare först i samband med den kommande regeringspropositionen om landskapens uppgifter och den statliga riksomfattande styrnings-, tillstånds- och tillsynsmyndighet som inrättas i stället för regionförvaltningsverken.

4.2.6 Ålands ställning

I anslutning till uppgiftsöverföringarna i landskapsreformen och regeringens riktlinjer den 5 april 2016 för statens ämbetsverksstruktur finns vissa specialfrågor som gäller landskapet Åland.

I landskapet bestäms fördelningen av lagstiftningsbehörigheten och förvaltningsuppgifterna även i fortsättningen i enlighet med självstyrelselagen för Åland. Nästan alla de uppgifter som enligt förslaget ska överföras från kommunerna till de nya landskapen omfattas av självstyrelsen för landskapet Åland. Till dessa delar är det ännu inte känt om det möjligen finns uppgifter som kräver speciallagstiftning.

Däremot föreskrivs vissa sådana uppgifter för Statens ämbetsverk på Åland som i Fastlandsfinland ålagts de nedläggningsdrabbade NTM-centralerna och som föreslås bli överförda på de nya landskap som ska inrättas. På Åland kommer det inte att finnas någon motsvarande självstyrande aktör (landskap) enligt 121 § 4 mom. i grundlagen som i Fastlandsfinland. I lagstiftning som gäller uppgifterna ska beaktas vilken myndighet som i fortsättningen ska sköta dem på Åland och, ifall en uppgift på Åland åläggs staten, på vilket sätt ansvaret för uppgifterna ska fördelas mellan dels landskapen i Fastlandsfinland och dels staten i landskapet Åland.

Ovannämnda regleringsbehov gäller även uppgifter som i lag åläggs regionförvaltningsverket, men som i landskapet Åland med stöd av 16 § i lagen om regionförvaltningsverken sköts av Statens ämbetsverk på Åland och som i Fastlandsfinland föreslås bli överförda till de landskap som ska inrättas. En sådan uppgift är åtminstone den regionala alkoholförvaltningen.

Finansieringslösningens konsekvenser för Ålands ställning

Social- och hälsovård hör på grundval av 18 § 12 och 13 punkten i självstyrelselagen för Åland (1144/1991) till landskapet Ålands behörighet. Landskapet beslutar alltså själv hur social- och hälsovården ordnas på Åland. Social- och hälsovårdsreformen utsträcks därmed inte till landskapet Åland.

I nuläget sköter Ålands Hälso- och Sjukvård ÅHS centraliserat tjänster inom hälso- och sjukvården och även inom primärvården, och för socialvården svarar landskapets 16 kommuner. De mest specialiserade hälsovårdstjänsterna köper Åland antingen från Sverige eller det övriga Finland. Landskapet finansierar hälsovården ur sin egen budget, kommunerna socialvården ur sina egna.

Även om social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen inte egentligen gäller Åland, har den finansiella reform som samtidigt genomförs ändå verkningar för finansieringssystemet på Åland. Det ekonomiska systemet i landskapet Åland är i huvudsak uppbyggt så att den skattskyldige betalar skatt till staten på samma grunder som skattskyldiga i resten av landet. Däremot överförs medel via statsbudgeten till landskapet för att finansiera självstyrelseuppgifter. Enligt självstyrelselagen sker detta i huvudsak med hjälp av avräkning, skattegottgörelse och extra anslag. Landskapet har en fri budgeteringsrätt, dvs. skattemedlen kan användas på det sätt som Ålands lagting bestämmer, men så, att de sociala förmånerna för landskapets befolkning är minst lika bra som för befolkningen i riket i övrigt.

Enligt 27 § 36 punkten i självstyrelselagen för Åland har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om skatter och avgifter. Med stöd av 18 § 5 punkten har landskapet dock lagstiftningsbehörighet i ärenden som gäller landskapet tillkommande tilläggsskatt på inkomst och tillfällig extra inkomstskatt samt närings- och nöjesskatter, grunderna för avgifter till landskapet och kommunerna tillkommande skatter. Med stöd av kommunalskattelagen för Åland tillämpas rikets inkomstskattelag och inkomstskatteförordning samt ändringar i dessa som sådana även i landskapet Åland, om inte något annat föreskrivs i kommunalskattelagen för Åland.

Åland har med stöd av sin behörighet föreskrivit i sin kommunalskattelag om vissa avdrag som beviljas endast i kommunalbeskattningen på Åland. Dessa är hyreskostnadsavdrag, avdrag för sjukdomskostnader, studieavdrag och studielåneavdrag. Dessutom avviker avdragsrätten för kostnader för resor mellan bostaden och arbetsplatsen från det avdrag som används i Fastlandsfinland. Studielåneavdrag beviljas endast för lån som har lyfts för studier som inlets före den 1 augusti 2005.

I propositionen föreslås att statens skatteinkomster utökas genom en ändring av de nuvarande skattegrunderna. Detta innebär att det även på Åland skulle tas ut mer inkomstskatt till staten än för närvarande. För att beskattningsnivån ska bibehållas oförändrad även på Åland måste de kommunala skattesatserna sänkas även i åländska kommuner. Reglering som gäller kommunalbeskattningen ingår i Ålands självstyrelse och därför är det inte möjligt att genom rikets lag föreskriva om kommunala skattesatser för åländska kommuner.

Till skillnad från kommunerna i Fastlandsfinland, överförs inga uppgifter från de åländska kommunerna i samband med reformen. Till dessa delar finns det inte motsvarande grunder för en begränsning av beskattningsrätten för kommunerna på Åland som för kommunerna i Fastlandsfinland. Om de kommunala skattesatserna för kommunerna på Åland inte sänks i samband med reformen, skulle beskattningen av förvärvsinkomsterna för skattskyldiga som är bosatta på Åland dock skärpas betydligt.

Målet är att den finansiella reformen ska vara så neutral som möjligt med tanke på Ålands finansiella ställning. I den finansiella reformen överförs tyngdpunkten i beskattningen från kommunerna till staten, dvs. statens skatteinkomster ökar och kommunernas minskar. Denna ändring har verkningar för storleken på det avräkningsbelopp som avses i 45 § i självstyrelselagen för Åland. Enligt 47 § 2 mom. i självstyrelselagen ska avräkningsgrunden ändras, om grunderna för statsbokslutet ändras på ett sätt som har en väsentlig inverkan på avräkningsbeloppets storlek. I social- och hälsovårds- och regionförvaltningsreformen ökar statens skatteinkomster med cirka 11,5 miljarder euro. Eftersom grunderna för statsbokslutet ändras så att det på ett väsentligt sätt inverkar på avräkningsbeloppets storlek, ska avräkningsgrunden ändras. Enligt 47 § 5 mom. i självstyrelselagen föreskrivs om ändring av avräkningsgrunden genom rikslag med lagtingets bifall.

Eftersom det inte kommer att överföras uppgifter från de åländska kommunerna i samband med reformen, ska de skatteinkomster som överförs till staten från kommunerna på Åland

återbetalas till Åland. Enligt en aktuell preliminär uppskattning av storleksklass kommer cirka 60 miljoner euro i skatteinkomster att överföras från de åländska kommunerna till staten. Återbetalningen av statens skatteinkomster till landskapet Åland kan beaktas vid dimensioneringen av avräkningsbeloppet. Att fördela medlen mellan kommunerna ingår i Ålands självstyrelse.

Bestämmelser om skattegottgörelse finns i 49 § i självstyrelselagen. Enligt paragrafen tillkommer det belopp som överstiger den i landskapet för ett skatteår debiterade inkomst- och förmögenhetsskatten 0,5 procent av motsvarande skatt i hela riket landskapet Åland. I motiveringen till regeringens proposition med förslag till gällande självstyrelselag (RP 73/1990 rd) konstateras bland annat att det ansetts skäligt att landskapet utöver det avräkningsbelopp som avses i 45 § i självstyrelselagen får en skattegottgörelse, om skattenivån i landskapet överstiger gränsen i lagen. Enligt motiveringen är skattegottgörelsen i viss mån en kompensation för att landskapet Åland inte har fått självständig beskattningsrätt. Enligt motiveringen utgör skattegottgörelsen samtidigt också ett incitament för landskapsmyndigheterna att föra en näringspolitik som möjliggör ökade skatteintäkter. Eftersom förhållandet mellan den inkomstskatt till staten som debiteras på Åland och den inkomstskatt till staten som debiteras i hela landet inte förändras, har reformen inga verkningar för den skattegottgörelse som avses i 49 § i självstyrelselagen.

Endast hyreskostnadsavdrag, avdrag för sjukkostnader, studieavdrag och studielåneavdrag som beviljas vid kommunalbeskattningen på Åland är inkomstavdrag. Den kommunala skattesatsens storlek har således betydelse för i vilken omfattning avdraget sänker den skattskyldiges skattebelopp. En sänkning av de kommunala skattesatserna för kommunerna på Åland skulle minska de aktuella avdragens verkningar för de skattskyldiga, dvs. beskattningen skulle skärpas för dessa personer. Den största verkningen uppstår för avdraget för sjukdomskostnader på Åland, enligt vilket den skattskyldige i regel får dra av egna och familjens sjukdomskostnader till fullt belopp vid kommunalbeskattningen på Åland. Självrisken är 100 euro för ensamstående och 200 euro för makar. Om nettoförvärvsinkomsterna för en skattskyldig efter de naturliga avdragen överstiger 15 000 euro (för makar 22 500 euro), är hälften av det belopp som överstiger självriskandelen avdragsgillt.

4.2.7 Kommunerna

Den föreslagna reformen har en betydande inverkan på kommunernas förvaltning. Ordnandet av social- och hälsovård överförs i sin helhet från kommunerna och samkommunerna till landskapen. Kommunerna deltar inte heller i produktionen av tjänsterna.

Nu är organiseringsansvaret för social- och hälsovård fördelat mellan kommunerna, samarbetsområden som bildats på olika sätt, samkommuner för sjukvårdsdistrikt och samkommuner för specialomsorgsdistrikt. Antalet organisationer med organiseringsansvar är något under 200. Med undantag för Kajanaland och Eksote är det minst två och i vissa fall upp till fyra olika organisationer (kommunen själv, samkommunen för folkhälsoarbete, samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt och samkommunen för ett specialomsorgsdistrikt) som ordnar social- och hälsojourer för kommuninvånarna.

Som en följd av reformen svarar de 18 landskap som ska inrättas för ordnandet av samtliga social- och hälsojourer. För produktionen av tjänsterna svarar åter landskapens serviceinrättningar samt de bolag, samfund och yrkesutövare som producerar tjänster. Ur kommuninvånarnas synvinkel fås tjänsterna då i praktiken från en enda offentlig organisation, men produceras av flera olika aktörer.

Ordnande av social- och hälsovård och den tillhörande förvaltningen flyttas således över från det självständiga beslutsfattandet i de enskilda kommunerna och de nuvarande samkommunerna för social- och hälsovård.

I situationer där man har börjat bedriva social- och hälsovårdsverksamhet över kommungränserna eller där sådan verksamhet har utvidgats, har ändringen med stöd av utredningar haft konsekvenser för förverkligandet av förvaltningen och beslutsfattandet och för dess strukturer.

Att i enlighet med förslaget förverkliga förvaltningen i landskap och producentorganisationer minskar betydligt kommunernas uppgifter och gör samtidigt kommunernas nuvarande förvaltningsorganisationer lättare.

Betydelsefullt i social- och hälsovårdsreformen är också det att ändringarna i verksamhetsområdena för anordnare och producenter kan påverka myndigheternas språkliga ställning och därmed indirekt förverkligandet av de grundlagsfästa språkliga rättigheterna. Grundlagsutskottet har i ett utlåtande om regionförvaltningsreformen (GrUU 21/2009 rd - RP 59/2009 rd) tagit upp hur de språkliga grundläggande 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 de grundläggande språkliga rättigheterna.

Inrättandet av en ny flersektoriell arbetsgivarorganisation, Kommun- och landskapsarbetsgivarerna KT, orsakar inte för kommunernas och samkommunernas del någon förändring i ordnandet av intressebevakningen jämfört med nuläget. Medlemssamfund i den nya arbetsgivarorganisationen är i fortsättningen kommunerna, samkommunerna och landskapen. De bolag och stiftelser som ägs och kontrolleras av kommunerna och landskapen och som det föreskrivs närmare om i lag kan vara medlemmar i den nya arbetsgivarorganisationen. Ur landskapens perspektiv skapar en ny flersektoriell arbetsgivarorganisation bättre förutsättningar för intressebevakning och samordning av arbetsgivarintressen. Det bidrar till att stärka det inflytande som arbetsgivare som är verksamma främst med hjälp av offentliga skattemedel har även i arbetsmarknadens centralorganisationer.

4.2.8 Staten

I samband med reformen stärks social- och hälsovårdsministeriets ställning som styrmyndighet för social- och hälsovården, eftersom ministeriets nya uppgift uttryckligen blir att styra den social- och hälsovård som landskapen ordnar. Styrmedlen är bland annat att bereda de riksomfattande målen för social- och hälsovården, styra landskapens verksamhet och i anknytning utvärdera samarbetsavtal som godkänns av samsamarbetsområdena och föra årliga förhandlingar med landskapen samt utvärdera tillgången på tjänster och bedöma om finansieringen är tillräcklig. För att stärka styrningen inrättas en ny styrenhet vid social- och hälsovårdsministeriet. Inrättningarna inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde stöder genom sin verksamhet genomförandet av reformen i kommuner och samkommuner.

Det utreds särskilt vilka verkningar inrättandet av landskap har för statens regionförvaltning och till dessa delar utreds verkningarna för statsförvaltningen i den regeringsproposition som senare lämnas om regionförvaltningsreformen.

4.3 Ekonomiska konsekvenser

Ett centralt mål för social- och hälsovårds- och landskapsreformen är att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna. Målet är att utgifterna i slutet av 2029 är 3 miljarder

euro mindre än de skulle vara enligt prognosen för 2016. Utifrån minskningen av hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna verkar reformens olika delfaktorer på olika sätt och i olika takt. Därtill berör de ekonomiska konsekvenserna på olika sätt staten, landskapen, kommunerna och befolkningen.

Nedan i detta avsnitt granskas reformens ekonomiska konsekvenser utifrån kommunernas, statens och landskapens ekonomi samt särskilt ur social- och hälsovårdens perspektiv. Dessutom granskas särskilt vilka effekter egendomsarrangemangen i anslutning till reformen har för landskapens och kommunernas ekonomi.

Reformens konsekvenser för skattesystemet samt statens, kommunernas och enskilda personers beskattning samt pensionssystemet granskas särskilt i det avsnitt som gäller dem.

Reformens olika delfaktorer verkar i olika takt, och därför skiljer sig utgifterna på lång och kort sikt från varandra. Såväl ändringen av strukturerna som åstadkommandet av förändringar i verksamheten är förknippade med förändringskostnader, vilket också påverkar tidsperspektivet för kostnadsutvecklingen. För att de övergripande målen för reformen ska uppnås krävs en djupgående förändring av verksamhetsformerna på alla nivåer, vilket innebär att förändringsledarskapet har stor betydelse. Eftersom det är fråga om en ändring av hela systemet, kan som stöd för bedömningen endast i någon mån användas undersökningsresultat från tidigare, mindre reformer. De ekonomiska konsekvenserna uppstår som en sammanlagd effekt av organisationsförändringen, förändringarna i finansieringssystemet och servicesystemet samt de tillhörande styrmekanismerna. Konsekvenserna av mångproducentmodellen och valfriheten har ännu inte bedömts.

4.3.1 Social- och hälsovårdsutgifter

Genomförandet av reformen minskar inte automatiskt social- och hälsovårdskostnaderna. Nettoutgifterna för den kommunala social- och hälsovården uppgick 2014 till cirka 16,7 miljarder euro och har under åren 2006–2013 reellt stigit med i genomsnitt 2,3 % per år. Utan åtgärder skulle utgifterna på 2020-talet bl.a. på grund av det ökande servicebehovet till följd av åldrandet enligt prognoser öka med en takt på cirka 1,5 procent per år. Dessutom leder den årliga genomsnittliga löneutvecklingen (1 %) och inflationen (2 %) till en kostnadsökning. Således kommer social- och hälsovårdsutgifterna på 2020-talet enligt prognoserna att öka nominellt med cirka 4,5 procent och reellt med cirka 2,4 procent.

En dämpning av utgiftsökningen i enlighet med målet förutsätter att man förstår behoven av social- och hälsovårdsservice bland befolkningen i hela landskapet och inriktar resurserna i enlighet med det samt utövar ett långsiktigt och skickligt ledarskap. Åtgärderna för att dämpa utgiftsökningen väntas bli fullt realiserade först efter flera år. Dämpningen av utgiftsökningen förutsätter också en stark statlig styrning, som förverkligas genom att en ny styrenhet inrättas vid ministeriet.

I det inledande skedet av reformen ger den upphov till förändringskostnader. Stora förändringskostnader uppkommer bland annat på grund av att lönesystemen för personalen görs enhetliga och att de informations- och kommunikationstekniska systemen görs enhetliga och ändras.

Personalkostnaderna påverkas av förändringar i antalet anställda och lönerna. Förändringar i antalet anställda är svåra att förutse. En bidragande faktor är bland annat den mångproducentmodell som ska införas samt bestämmelserna om valfrihet.

Man kan dock anta att det kommer att frigöras personal i den nuvarande splittrade förvaltningsstrukturen – antalet serviceanordnare är knappa 200. Å andra sidan kan åtskillnaden mellan anordnande och producerande, bolagiseringar och tillhörande uppföljning och styrning av tjänsterna ha motsatt effekt. Reformen medför också ett behov av enhetligare villkor för personalens arbetsavtals- och tjänsteförhållanden.

I det första skedet överförs cirka 225 000 anställda dock i anställning hos landskapen och landskapens serviceinrättningar i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse. I enlighet med detta sker det inga förändringar i anställningsvillkoren vid överföringen. Sedan personalen överförs i anställning hos landskapen och deras serviceinrättningar vid ingången av 2019, ska varje landskap definiera personal- och lönepolitiken inom ramen för lagstiftningen samt arbets- och tjänstekollektivavtalen.

Kostnadseffekterna av löneharmoniseringen bestäms i enlighet med vilka lönenivåer som fastställs för de enskilda uppgifterna och inom vilken tidtabell anställningsvillkoren och lönerna harmoniseras. Utifrån preliminära utredningar är kostnadseffekten på den målsatta mediannivån cirka 75 miljoner euro och på den målsatta nivån för decil 9 cirka 700 miljoner euro. Om hela personalen överförs till landskapen, stiger arbetskraftskostnaderna på den målsatta mediannivån med 0,7 procent och på den målsatta nivån för decil 9 med 6,3 procent. Eftersom en del av landskapens personal när den omfattande valfriheten träder i kraft anställs hos produktionsbolag samt hos privata tjänsteproducenter som eventuellt ökar sin marknadsandel då marknaden öppnas, belyser siffrorna ovan främst storleksklassen. Kalkylerna kan preciseras först när det definierats vilka tjänster som omfattas av valfriheten.

Förändringarna i informations- och kommunikationstekniken och digitaliseringen i samband med social- och hälsovårdsreformen ger upphov till betydande kostnader. Målen för reformen förutsätter att det både nationellt och i landskapen görs betydande satsningar på att utveckla informationslagren och informationssystemen, IKT-infrastrukturen och IKT-skickligheten. Med hjälp av dessa satsningar stöds samverkan mellan social- och hälsotjänster och tillgången på information, valfrihet och aktuell verksamhetsstyrning samt utnyttjande av digital kundtjänst. Medan förändringen pågår ska förutom det systematiska utvecklandet av ett nytt system en fungerande verksamhet och patientsäkerheten säkerställas. Genomförandet av en omfattande IKT-förändring och utvecklandet av riksomfattande tjänster förutsätter också att styrningen och skickligheten inom informationsförvaltningen stärks.

Utnyttjandet av informations- och kommunikationsteknik och utvecklandet av verksamheten genom digitalisering väntas ha positiva effekter för dämpningen av ökningen av social- och hälsovårdskostnaderna. De eftersträlvade effekterna realiserar sig endast som ett resultat av ett långsiktigt utvecklande av verksamheten och införandet av nya verksamhetsmodeller. Med stöd av erfarenheter från tidigare traditionella strukturomvandlingar realiserar sig fördelarna med IKT i verksamheten vid reformer först efter cirka 5–10 år. Förutsättningen för att fördelarna ska realiserar sig är också att det görs betydande satsningar på att utveckla digitaliseringen av verksamheten.

I processen ska beaktas situationen i fråga om de nuvarande informationssystemlösningarna där många både i verksamheten och tekniskt har nått eller håller på att nå slutet av sin livscykel. I samband med de nödvändiga ändringar som följer av organisationsförändringar som orsakas av social- och hälsovårdsreformen förutsätts att informationssystemen förnyas. Några av de ändringar i informationssystemen som social- och hälsovårdsreformen kräver är dock sådana som i varje fall måste genomföras på grund av att systemen blivit föråldrade. När det gäller förnyandet av klient- och patientdataystem pågår ett riksomfattande samarbete. Befolkningsunderlaget för områden som omfattas av samarbetet inom ramen för projektet UNA är

cirka 70 %, projektet UNA och projektet Apotti i södra Finland täcker sammanlagt cirka 95 % av hela Finlands befolkning.

Utvecklandet av informationssystemen och IKT-tjänsterna förutsätter alltså betydande investeringar, men genom att inrikta dem i rätt tid och genom en riksomfattande styrning av den pågående omvälvningen i informationssystemen inom social- och hälsovården kan de totala kostnaderna och i synnerhet de totala kostnaderna enbart för social- och hälsovårdsreformen minskas. I samband med tidtabellerna för reformen och informationssystemändringarna har det stor effekt på vilket sätt de nödvändiga ändringarna kan byggas direkt i nya system (t.ex. Apotti, Una, utvidgningarna av tjänsterna i Nationella hälsoarkivet) eller som gemensamma riksomfattande förfaranden som ansluts som moduler till ovan nämnda kärnsystem. Samtidigt bör det utvärderas i vilken utsträckning och med vilken teknik de s.k. gamla systemen förnyas under övergångsperioden, eftersom detta har en betydande inverkan på förändringskostnaderna.

Social- och hälsovårdsreformen förutsätter också en förnyelse av datainsamlingen för de helt nya informationssystemen och den datainsamling i hela landet och i landskapen som dessa bygger på. Dessa är datalagren, lösningarna och tjänsterna för förvaltning, klienthantering och i synnerhet kunskapsbaserad ledning i anslutning till landskapets uppgift att ordna social- och hälsovård. Åtskillnaden mellan ordnande och produktion av tjänster samt en stark statlig styrning förutsätter att det byggs upp egna informationssystem som är separata från tjänsteproducenternas informationssystem, men har ett enhetligt datainnehåll.

Produktionsbolagen för social- och hälsovård skaffar de informationssystem och IKT-tjänster de behöver främst på marknaden. Med lagstadgade skyldigheter också i fråga om dessa kan man avsevärt påverka både tillgången till information i anordnarens servicehelheter och kostnaderna för producenternas IKT-lösningar. Betydande är då utnyttjande av tjänsterna i Nationella hälsoarkivet, annan integrering av klient- och patientdata samt rapporteringsskyldigheter.

IKT-helheten inom social- och hälsovården bör alltså förnyas stegvis, men genom att man samtidigt använder sig av moderna smidiga utvecklingsprinciper. En utmaning i fråga om både genomförande och styrning är förvärvandet av den förmåga som behövs för att utveckla nya lösningar. IKT-experterna inom social- och hälsovården spelar en central roll, men de behövs i första hand för att trygga kontinuiteten i uppgifter för att genomföra och hantera förändringen. För att de nya lösningarna ska gå framåt krävs en stark kompetens i arkitektur, utveckling, samverkan samt program- och projektledning. Kompetensen finns både ur nationellt och samarbetsområdenas perspektiv delvis okoordinerat spridd i olika organisationer och denna kompetens och den riksomfattande styrningen bör stärkas. För detta bör användas ett brett spektrum av metoder som arbetsfördelning (producent/landskap/samarbetsområde/nationell nivå) och specialisering, en ökning av resurser och samling av aktörer. Satsningar på utvecklingsprojekt som ger produktivitetsvinster på medellång sikt bör utökas, i synnerhet på utvecklingen av nya elektroniska tjänster för medborgare och förnyandet av klient- och patientdatasystem.

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets strategi för elektronisk informationshantering (för utnyttjande av social- och hälsovårdsinformation) finns de största sparpotentialerna inom social- och hälsovården i en förändring av verksamhetsprocesserna och i synnerhet i införandet av elektroniska tjänster. Till exempel inom hemvården används redan på vissa områden effektiviserande styrsystem för verksamheten och applikationer som möjliggör mobil-tjänster. Egenvård (inklusive elektroniska tjänster) och andra elektroniska tjänster för klienterna gör det möjligt att effektivisera verksamheten och fördela resurserna på ett förnuftigt sätt. Med hjälp av IKT kan också det arbete som utförs av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården effektiviseras. Det har till exempel uppskattats att extra kostnader på cirka 40 mil-

joner euro uppkommer varje år i Finland på grund av felmedicineringar. Genom en bättre informationshantering och informationssystem skulle dessa kostnader kunna minskas betydligt. Som ekonomiska besparingar kan också ses en ökad driftsäkerhet, minskning av riskerna och förbättring av informationssäkerheten genom enhetliga genomföranden och utnyttjande av information.

Kostnadsfördelar uppstår också genom en minskning av överlappande kostnader för hantering och underhåll av informationsteknik. Fördelar genom en effektivisering i produktionen av tjänsterna söks genom det IKT-servicecenter som ska inrättas i landskapen. Servicecentrets uppgift är att producera tjänster inom informationsförvaltnings-, utvecklings-, integrations- och informationssystem. Förutsättningen för servicecentrets sparmål är att en del av tjänsterna konsolideras men att det samtidigt utvecklas ny serviceproduktion i enlighet med landskapens behov. Utvecklingsarbetet ska vara verksamhets- och klientorienterat och ska genomföras under ledning av klienterna. På så vis kan man säkerställa att tjänsterna motsvarar de krav som utvecklandet av kärnverksamheten och klienterna ställer. Centralt i servicecentrets uppgiftsfält är att organisera, utveckla, producera, skaffa och integrera de tjänster som landskapen behöver i förvaltningen, den kunskapsbaserade ledningen, verksamhetsstyrningen och förhandlingsförfarandet samt vid hanteringen av invånarna/klienterna i landskapen, e-tjänster för klienterna som stöder valfrihet samt tjänster som möjliggör interoperabilitet och dataintegration i fråga om data och informationssystem.

När landskapen bildas minskar antalet systeminstallationer. Detta beror dock på hur stark enhetlig styrning och övergripande arkitektur landskapen får. Besparingar i IKT-driftskostnaderna kan uppnås men det förutsätter att det först görs ersättningsinvesteringar i en gemensam informationssystemlösning. Dessutom har patientdatasystemen kraftigt integrerats med organisationens övriga informationssystem, dvs. bland annat separata system enligt specialitet, vilket innebär att konsolideringen av systemen i samband med att organisationernas verksamhet slås ihop blir ett större projekt än inom många andra områden.

De besparingar som uppkommer då landskapen bildas beror på hur snabbt verksamheten förändras. Vissa besparingar förutsätter att de riksomfattande informationssystemtjänsterna inom social- och hälsovården (tjänsterna Kanta och Kansa) effektivt tas i bruk i områdena. Det gjorde en kostnads-nyttoanalys över projektet för Nationella hälsoarkivet 2010 i samarbete med finansministeriet och Kommunförbundet. De potentiella fördelarna med ett elektroniskt arkiv har i denna analys uppskattats till cirka 130 miljoner per år så att 10 % av fördelarna realiserats 2014 och 80 % uppnås 2017. Alla besparingar förutsätter dock att systemen används och verksamhetsmodellerna ändras. I det spridda verksamhetsfältet har till exempel anslutningen till de nationella informationssystemtjänsterna varit beroende av enskilda kommuners eller samkommuners informationsförvaltning som delvis haft otillräckliga resurser. Landskapen svarar för planeringen och verkställigheten av den övergripande arkitekturen i sitt område och kan därmed bättre än i nuläget svara både för totalöversynen av informationssystemen och för övergången till elektronisk verksamhet när de tas i bruk och för samordningen av ändringen.

En stor del av utvecklingsarbetet ska inledas omedelbart och det förläggs till åren 2017–2018 innan ansvaret för ordnandet och produktionen av tjänster överförs till de nya organisationerna. Enligt en uppskattning från Institutet för hälsa och välfärd kommer förändringsarbetskedet att pågå 10–15 år. Storleksklasserna på IKT-utvecklingsprojekten i anslutning till de social- och hälsovårdsuppgifter och tjänster som överförs på landskapens ansvar varierar enligt innehåll och deltagarnas omfattning från mindre än 1 miljon euro till nästan 1 miljard euro. Uppfyllelsen av reformmålen på medellång (5 år) och lång sikt (10 år) förutsätter en helhetsöversyn av IKT-utvecklingsinvesteringar både för att säkerställa finansieringsbehoven och effektiva genomförandeförutsättningar och ett så snabbt utnyttjande som möjligt. De uppskat-

tade totala kostnaderna för IKT-förändringen inklusive de informationssystemändringar som inte beror på social- och hälsovårdsreformen uppgår till cirka 2 miljarder euro.

Som en del av förändringen ska man se över tidtabellerna för ibruktagandet av redan inplane-rade nationella (t.ex. KANTA, KANSA) lösningar och tjänster och för en utökad användning av dem och undvika investeringar i informationssystem som tas ur bruk i samband med reformen eller snart därefter. Användningen av både social-, hälso- och sjukvårdsuppgifter om enskilda klienter över organisationsgränserna utvidgas med hjälp av tjänsterna i Nationella hälsoarkivet. När det gäller utvecklandet av elektroniska tjänster för medborgarna måste mera omfattande och enhetliga lösningar sökas. I synnerhet ska man stärka samordningen av de nuvarande elektroniska klientservicesystemen, klient- och patientdatasystemen och strävandena efter en enhetlig infrastruktur på landskapsnivå och inriktningen av dessa på att utveckla nya gemensamma lösningar nationellt och på samarbetsområdesnivå och ta dem i bruk i landskapen.

Vid genomförandet av de nationella IKT-lösningarna ska man även beakta Europeiska unionens direktiv, som ännu starkare än förut styr mot rörlighet och valfrihet för patienter i Europa. Digitaliseringen av hälso- och sjukvården på europeisk nivå styrs av direktivet om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. I direktivet beaktas möjligheterna och utmaningarna med digitaliseringen av hälso- och sjukvården då medborgare söker sig till hälso- och sjukvård utanför sitt hemland i EU.

EU-kommissionen ser på informationstekniken inom hälso- och sjukvården särskilt ur (EU) medborgares synvinkel, men även utifrån den europeiska teknologiindustrin. Syftet med kommissionens politikdokument är högklassig hälso- och sjukvård och god patientsäkerhet och främja medborgarnas tillgång till kvalitativ hälsoinformation och sina egna hälsouppgifter även när de befinner sig utanför sitt hemland. För att uppnå detta behövs digitalisering och säkra metoder för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att förmedla patientuppgifter. Informationsteknologin inom hälso- och sjukvården för med sig nya verksamhetsmodeller för kommunikationen mellan patienten och servicesystemet och för samarbetet mellan aktörerna i servicesystemet. Elektroniska patientjournaler, telemedicinska tjänster, elektronisk uppföljning av det kliniska tillståndet och nya hjälpmedel är en del av helheten. Mobila lösningar har kraftigt lyfts fram. Marknaden för informationsteknologi inom hälso- och sjukvården och möjligheten till ekonomisk tillväxt i landsdelen utgör en del av diskussionen.

Genom att gallra bort överlappande lösningar eller överlappande utvecklingsprojekt kan besparingar göras i de direkta IT-kostnaderna. Storleksklassen på besparingarna är på årsnivå tiotals miljoner euro, enligt uppskattning är en besparing på 10 % av den nuvarande kostnadsnivån 40 miljoner euro.

Vid genomförandet av landskaps- och social- och hälsovårdsreformen ska det göras satsningar och investeringar för att modernisera IKT-lösningarna. Genom en förbättring av patientdatasystemens tillgänglighet kan göras en besparing på 80 miljoner euro på årsnivå. En effektiviserad tidsanvändning skulle enligt kalkylerna möjliggöra cirka 400 000 nya läkarmottagnings-tider vid hälsocentralerna. De största besparingarna på minst 100 miljoner euro på årsnivå uppnås dock genom sådana förändringar i verksamheten som möjliggör nya och effektivare IT-lösningar. I detta fall kan samma verksamhet produceras rationellare med tanke på klienterna och effektivare med tanke på serviceproduktionen.

Vid genomförandet av social- och hälsovårdsreformen ska det säkerställas att IKT-investeringar som stöder reformen påskyndas och den finansiella styrningen görs klarare. Statlig stödfinansiering behövs bl.a. för att påskynda förnyandet av de föråldrade klient- och pati-

entdatasystemen och de elektroniska tjänsterna för medborgarna. Det ska dessutom säkerställas att även de övriga finansiärernas åtgärder stöder dessa mål.

Differentieringen av ordnandet och produktionen av tjänster samt bolagiseringen av produktionen av de tjänster som tillhandahålls på marknaden orsakar permanenta transaktionskostnader vars storlek är svår att uppskatta. Nackdelen är kostnadsfördelarna med en ökad konkurrens. Med de strukturella förändringar i reformen som vid genomförandet ger upphov till ovan nämnda förändringskostnader samt de reformer av verksamheten som genomförs utöver dem kan man på lång sikt uppnå besparingar i enlighet med de uppställda målen. För att uppnå denna sparpotential krävs dock utöver en stram ekonomisk styrning att ett flertal åtgärder vidtas samtidigt i alla servicesektorer inom social- och hälsovården. En stram ekonomisk styrning sker bl.a. enligt förfarandet i 6 § i lagen om landskapens finansiering som inbegriper en begränsning för den årliga justeringen av den statliga finansieringen.

Verksamheten vid de gemensamma servicecenter för landskapen som inrättas i reformen kan dessutom ge betydande besparingar. Störst är sparpotentialen i användningen av den enhet för gemensam upphandling som ska inrättas. Erfarenheterna av användningen av Hansel Ab och de nuvarande regionala upphandlingsringarna visar att besparingar på 5–20 % kan uppnås. Kommunernas och samkommunernas varuinköp inom social- och hälsovården uppgår till mer än cirka 1,4 miljarder euro, vilket innebär att betydande besparingar kan uppnås genom riksfattande gemensam upphandling. Det kan dock inte på ett tillförlitligt sätt göras någon mer detaljerad bedömning, eftersom det inte är känt hur mycket tjänster som blir kvar i serviceinrättningarna i landskapen och hur mycket som kommer att finnas vid de produktionsbolag som grundas i landskapen och som inte kan anlita enheten för gemensam upphandling.

De viktigaste mekanismer i verksamheten som ger upphov till besparingar hänförs sig till

- 1) minskning av dyr service på institutioner dels genom förebyggande integrerad service (t.ex. barnskydd) och dels genom lättare öppen service (t.ex. service för äldre och handikappade),
- 2) ökning av produktiviteten i tjänster på basnivå (t.ex. hemvård, mottagningsverksamhet, mun- och tandvård),
- 3) förbättring av kvaliteten, effektiviteten och produktiviteten i dyra specialiserade hälsovårdstjänster genom samlad kompetens, arbetsfördelning och integration (t.ex. jour, operativ verksamhet) samt
- 4) minskning av resursbehoven i hela systemet med hjälp av digitalisering och elektroniska tjänster.

Enligt en rapport från Nordic Healthcare Group finns det inom hälso- och sjukvården en effektiviseringspotential i jourverksamheten och de anknyttande vårdperioderna samt i skötseln av förlossningar, i den operativa verksamheten, i konservativ elektiv specialiserad sjukvård, i öppenvården inom primärvården samt i mun- och tandvården. Sparpotentialen inom hälso- och sjukvården är totalt knappa 1 400 miljoner euro. Uppskattningen av effektiviseringspotentialen baserar sig på att bästa nuvarande förfaranden har tagits i bruk. Till exempel verkningarna av digitaliseringen har inte beaktats fullt ut. Tack vare en översyn av sjukhusnätverket kan kostnadsökningen dämpas redan före 2019. Dessa verkningar har inte räknats med i ovan nämnda siffror. Effektiviseringspotentialen inom äldreomsorgen är cirka 900 miljoner euro, inom handikappservicen/servicen för personer med funktionsnedsättning 200 miljoner euro, i tjänster för unga och familjer 400 miljoner euro samt i missbrukar- och mentalvårdstjänster 100–200 miljoner euro. Den sammanlagda potentialen för en dämpning av kostnadsökningen är i enlighet med detta cirka 3 miljarder euro. Till exempel i jourverksamhet kan jourens styreffekt (hur kvalitativt och produktivt den inledande diagnostiken och hänvisningen till vård fungerar och om patienterna snabbt styrs till rätta vårdlinjer) utvecklas. Motsvarande utveckl-

ingsobjekt inom äldreomsorgen är förebyggande av försvagad funktionsförmåga och rehabilitering samt samordning och styrning av klientservicen.

Det viktiga vid realiseringen av effektiviseringspotentialen är dock hur de landskap som ska inrättas och den kommande mångproducentmodellen kan genomföra och dra nytta av de nödvändiga ändringarna i arbetsformerna. Eftersom antalet organisationer med organiseringsansvar minskar till en tiondedel jämfört med nuläget, har de framtida landskapen betydligt bättre förutsättningar, resurser och sakkunskap att genomföra de nödvändiga ändringarna än de nuvarande kommunala anordnarna. En del av de landskap 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 landskapen. På grund av dessa faktorer kräver uppnåendet av målen ett välfungerande samarbete och en arbetsfördelning med de övriga landskapen. I lagen om ordnandet av social- och hälsovården finns bestämmelser som syftar till att säkerställa samarbetet mellan landskapen speciellt inom fem samarbetsområden.

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 hälsojourer. Modellen har förverkligats i förvaltningsförsöket i Kajanaland och i Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote).

Ordnandet och produktionen av social- och hälsojourer har sedan 2005 integrerats i förvaltningsförsöket i Kajanaland och sedan 2010 i Eksote. Enligt en undersökning som gjorts av Statens ekonomiska forskningscentral har förvaltningsförsöket i Kajanaland varken dämpat eller påskyndat ökningen av nettokostnaderna för social- och hälsovården. Kostnadsökningen dämpades när försöket inletts, men det gjorde den också på referensområdet. Institutet för hälsa och välfärd kom fram till liknande slutsatser. I ovan nämnda bedömningar granskades dock inte mängden tjänster som invånarna fått eller kvalitetsutveckling och dessa faktorer inverkan på kostnadsutvecklingen.

Enligt uppskattning av Institutet för hälsa och välfärd var nettokostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet i Södra Karelen innan Eksote bildades något mindre än kostnaderna i kommunerna i referensområdet. De hade dock ökat något snabbare än kostnaderna i referensområdet, dvs. med 3,4 procent per år i kommunerna i det nuvarande Eksote och med 2,8 procent per år i kommunerna i referensområdet. Sedan Eksote bildades ökade nettokostnaderna i området under åren 2010–2012 klart långsammare än innan det 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. På denna grund dämpade inrättandet av Eksote tillväxttakten för nettokostnaderna för social- och hälsovården med 2,4 procent per år jämfört med referensområdet.

De landskap som ska inrättas med stöd av förslaget är till storlek och förhållanden olika sinsemellan och till stor del även annorlunda än Eksote och Kajanaland. Därför kan verkningarna variera enligt område. Dessutom skiljer sig den modell som föreslås i hög grad från de nuvarande modellerna för Eksote och Kajanaland, eftersom det i dessa inte har gjorts någon administrativ åtskillnad mellan ordnande och produktion av tjänster och inte heller förekommer någon ökande andel privat serviceproduktion genom en mångproducentmodell eller någon valfrihetsmodell.

I reformen centraliseras beslutsfattande och ledning i anslutning till ordnande av social- och hälsojourer till landskapen, vilket kan förbättra ekonomin i verksamheten. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt samt Helsingfors universitetscentralsjukhus slogs 2000 samman till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS). I och med sammanslagningen centralisera-

des beslutsfattandet och ledningen i området under en enda ledning. I HNS har utgiftsutvecklingen för den specialiserade sjukvården i förhållande till den tidigare verksamhetsmodellen och referensområdena (trend) kunnat bromsas upp med cirka 0,4 procentenheter per år. Detta har möjligen bromsat tillväxttakten för nettoutgifterna för hela social- och hälsovården inom HNS' område med cirka en procentenhet per år. Enligt kostnadsnivån 2014 skulle detta utslaget på hela landets nivå ha inneburit cirka 200 miljoner euro mindre social- och hälsovårdsutgifter per år.

Reformen förutsätter att landskapens beslutsfattare har förmåga och skicklighet att ta vara på de möjligheter som en integrationsstruktur inom social- och hälsovården i enlighet med lagförslaget ger. Ett mera omfattande organiseringsansvar skapar bättre möjligheter att se på verksamheten som en helhet. Institutet för hälsa och välfärd har i sin konsekvensbedömning konstaterat att en centralisering av ansvaret för att finansiera och ordna social- och hälsojäns-ter kan främja en serviceintegration. Utmaningen är att skapa sådana förutsättningar att alla de målsatta formerna av integration i reformen kan genomföras samtidigt.

Åtskillnaden mellan ordnande och produktion och utnyttjandet av privat serviceproduktion kan åter skapa förutsättningar för en effektiviserad serviceproduktion, ökad produktivitet och större kostnadseffektivitet.

4.3.2 Konsekvenser för statsfinanserna

Staten deltar för närvarande i finansieringen av de kommunala social- och hälsojäns-terna och uppgifterna inom räddningsväsendet huvudsakligen genom systemet med kalkylerade statsandelar. År 2016 är statsandelen för den kommunala basservicen sammanlagt 8 939 miljoner euro. Av detta utgör social- och hälsovårdens andel 4 810 miljoner euro.

När ansvaret för att ordna tjänster överförs från kommunerna till landskapen, ska finansieringssystemet samtidigt reformeras i enlighet med förändringen. Detta har en direkt inverkan även på statsfinanserna. I enlighet med propositionen finansierar staten största delen av kostnaderna för landskapens verksamhet. Ett undantag från detta utgörs främst av de klientavgifter som tas ut för social- och hälsojäns-ter samt eventuella andra avgiftsinkomster.

I den allmänna dimensioneringen av den statliga finansieringen ska kostnaderna för de tjänster som överförs på landskapens organiseringsansvar beaktas i det nya systemet. Landskapens nettokostnader skulle enligt finansministeriets beräkningar vara cirka 17,67 miljarder euro enligt nivån 2016. Av detta utgörs cirka 17,25 miljarder euro av social- och hälsovårdskostnader och cirka 420 miljoner euro av räddningsväsendets kostnader.

Utöver den ovan nämnda verksamheten överförs även vissa andra uppgifter som nu hör till kommunerna på landskapens ansvar. Dessa är landskapsförbundens uppgifter samt miljö- och hälsoskydd. Förslagen som gäller dem bereds särskilt som en del av landskapsreformen. De ekonomiska konsekvenserna för dessa utreds närmare som en del av nämnda reform och utreds i en regeringsproposition som gäller den.

Eftersom ansvaret för finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet överförs från kommunerna till staten, innebär det i enlighet med det ovannämnda att utgifterna för dessa i statsbudgeten är närmare 11,8 miljarder euro större än nu. Denna tilläggsfinansieringsandel täcks enligt förslaget genom att statens skatteinkomster utökas i enlighet med vad som konstateras nedan i punkt Z.Z. För att det totala skatteuttaget inte ska öka, minskas kommunalskatterna på motsvarande sätt.

Syftet med social- och hälsovårdsreformen är på det sätt som konstateras i punkt X.X att före 2029 minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna med 3 miljarder euro. Detta ska genomföras genom att ökningen av social- och hälsovårdskostnaderna dämpas på det sätt som konstateras i figur X. I figuren presenteras en nominell ökning av social- och hälsovården enligt prognosen i basscenariot, en ökning enligt målscenariot och en ökning enligt förslaget, där man beaktat övergångsperioden 2019–2021 för landskapens finansiering.

Figur 2 Prognostiserad utveckling av de nominella social- och hälsovårdsutgifterna 2019–2029

Fogas senare

I den prognos som ligger till grund för hållbarhetskalkylen kommer social- och hälsovårdsutgifterna att öka reellt med 2,4 procent per år 2019–2029. Om en dämpning av kostnadsökningen på tre miljarder euro i de offentligt finansierade social- och hälsovårdsutgifterna uppnås helt före slutet av 2029, borde den reella årliga utgiftsökningen stanna på 0,9 procent, vilket är klart mindre än den genomsnittliga årliga tillväxten (2,3 %) 2006–2014. För att det mål som angetts enligt penningnivån 2012 ska uppnås måste utgiftsökningen i genomsnitt skäras ned med cirka 1,5 procentenheter per år under åren 2020–2029. Därför föreslås i 6 § i förslaget till lag om landskapens finansiering att den årliga justeringen av den statliga finansieringen begränsas i förhållande till ändringen i landskapsindexet, vilket innebär att en kalkylerad besparing på sammanlagt 2,8 miljarder euro uppnås före 2030. Avsikten är att med hjälp av denna reglering stödja uppnåendet av det ovan nämnda sparmålet i regeringsprogrammet. Att begränsa finansieringsnivån för att uppnå besparingar på ett sätt som tryggar de grundläggande rättigheterna förutsätter dock att verksamheten inom social- och hälsovården effektiviseras och att produktivitetsvinsterna realiserar samt att den lagstadgade servicen definieras närmare, bedöms och vid behov avgränsas. I 7 § i lagen om landskapens finansiering föreslås även bestämmelser om finansieringen av landskap som drabbas av finansiella svårigheter. Denna specialbestämmelse inbegriper en möjlighet att använda statsunderstöd, om det kan anses nödvändigt för att trygga de tjänster som landskapet ordnar. Användningen av statsunderstöd skulle dock öka statens kostnader och minska besparingarna i enlighet med regeringsprogrammet. Utifrån förändringskostnaderna och på grund av den tid ändringen av de åtgärder och verksamhetsätt som reformen förutsätter tar i anspråk kan man anta att dämpningen av kostnadsökningen inte realiserar lineärt. Detta har beaktats även i övergångsperioderna i förslaget till finansieringslag.

4.3.3 Konsekvenser för landskapens ekonomi

I social- och hälsovårdsreformen överförs ansvaret för ordnande av tjänster från kommunerna till de 18 nya självstyrande landskap som ska inrättas. Landskapen utgör i fråga om befolkningsunderlag, åldersstruktur och behov en mycket heterogen grupp. Befolkningsunderlaget för områdena varierar från 70 000 invånare i Mellersta Österbotten till 1,6 miljoner invånare i Nyland. Även servicebehovet inom social- och hälsovården varierar enligt landskap; i Södra och Västra Finland är befolkningen yngre och friskare än i Östra och Norra Finland. Sysselsättningsläget och den genomsnittliga inkomstnivån bland befolkningen varierar också mellan områdena. Landskapen skiljer sig också från varandra i fråga om befolkningsstruktur och befolkningstäthet. Dessa skillnader påverkar behovet av och kostnaderna för tjänsterna. I tabell X konstateras enligt landskap nettoutgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet enligt nivån 2016.

Tabell X. Nettoutgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet i landskapen 2016

Fogas senare

I tabell X ser man att ändringen i invånarantal väntas klart variera enligt landskap under åren 2014–2030. Då man beaktar de regionala skillnaderna i andelen äldre, ekonomisk försörjningskvot och servicebehov är det klart att de ekonomiska förutsättningarna att ordna tjänster varierar mellan landskapen.

Tabell X. Basuppgifter om landskapen

Fogas senare

Nettokostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet uppgick enligt nivån 2016 till cirka 17,7 miljarder euro (3246 €/invånare). Av detta motsvarar nettoutgifterna för social- och hälsovård nästan 98 %, dvs. 17,2 miljarder euro. Nettoutgifterna enligt kommun varierade från 2 300 euro till 5 500 euro per invånare. Skillnaderna jämnas klart ut när utgifterna granskas på landskapsnivå. Om nettoutgifterna för den kommunala social- och hälsovården 2016 hålls som kalkylerad utgångsnivå vid en jämförelse av social- och hälsovårdsutgifterna i de blivande landskapen, varierar de från 2 900 euro/invånare i Nyland till 3 800 euro/invånare i Södra Savolax. Skillnaderna förklaras i synnerhet av de regionala skillnaderna i servicebehov, men även t.ex. av skillnader i verksamhetsformer och verksamhetskultur samt användningen av privat service och företagshälsovård.

Skillnaderna mellan landskapen i servicebehov bedöms med hjälp av Institutet för hälsa och välfärds behovskoefficient. När kostnaderna ställs i relation till servicebehovet, dvs. man granskar de behovsstandardiserade utgifterna, jämnas skillnaderna mellan landskapen klart ut. Till exempel i Nyland ligger befolkningens servicebehov under genomsnittet i landet, bl.a. på grund av åldersstrukturen. När utgifterna för social- och hälsovården ställs i relation till servicebehovet, är de behovsstandardiserade utgifterna i Nyland högre än genomsnittet. Med andra ord är utgifterna i Nyland av en eller annan orsak högre än vad de faktorer som beskriver behovet skulle förutsätta. Å andra sidan är de behovsstandardiserade utgifterna i Södra Savolax fortfarande högre än genomsnittet, men dock klart närmare genomsnittet än när man granskar enbart nettoutgifterna.

Figur 3 Landskapens behovsstandardiserade utgifter och behovsstandardiserade finansiering 2016

Fogas senare

Provberäkningar för finansieringsmodellen för landskapen har gjorts enligt nivån 2016 och de slutliga bestämningsgrunderna för finansieringen 2019 görs när den statistikförda kostnadsbasen för 2016 har klarnat. Situationen i landskapen kommer fortfarande att förändras vid övergången till 2020-talet. Åldersstrukturen i landskapet är en avgörande faktor när framtidens servicebehov och finansieringsbehov bedöms. Enligt prognoserna koncentreras den unga arbetsföra befolkningen alltmer till Södra Finland och tillväxtcentrum. Man kan se att de relativa behovskillnaderna mellan landskapen ytterligare kommer att öka i framtiden och detta måste avspeglas i landskapens behovsbaserade finansiering. Å andra sidan koncentreras det absoluta servicebehovet dit där befolkningen ökar.

Nettoutgifterna för brand- och räddningsväsendet uppgick 2016 till cirka 400 miljoner euro. Skillnaderna mellan kommunerna varierade från 43 euro/invånare till 203 euro/invånare. När kommunsiffrorna räknas ihop på landskapsnivå, varierar skillnaderna mellan landskapen från cirka 65 euro/invånare till 95 euro/invånare. I genomsnitt var utgifterna 75 euro per invånare. I det nya systemet åläggs fem landskap att ordna räddningsväsende. Dessa landskap (Birkaland, Norra Österbotten, Norra Savolax, Nyland och Egentliga Finland) ordnar räddningsväsende inom området för alla landskap som hör till samma samarbetsområde. Den finansiering som

staten anvisar för systemet styrs dock till de 18 landskapen som en del av landskapens finansiering i form av allmänna medel. Landskapen kommer enligt samarbetsområde överens om den interna fördelningen av finansieringen.

Utvecklingen av social- och hälsovårdskostnaderna i landskapen utvärderas enligt en prognosmodell som beaktar vilken inverkan befolkningsutvecklingen i landskapen har på social- och hälsovårdsutgifterna. Som underlag har använts den beräknade kostnadsnivån för 2016, som höjts med prognosvärdena. Enligt modellen ökar social- och hälsovårdskostnaderna enligt ett basscenario i enlighet med socialutgiftsmodellen per invånare i hela landet 24,9 % före 2029, dvs. cirka 1,7 % per år. På grund av befolkningsökningen är kostnadsökningen per invånare måttligare än den förväntade ökningen av de totala kostnaderna med 2,4 % som tidigare nämnts i texten. De redan nu jämförelsevis stora skillnaderna mellan landskapen i social- och hälsovårdskostnader kommer att öka ytterligare. Till exempel i Österbotten är den uppskattade kostnadsökningen 20,6 %, i Södra Österbotten 23,2 % och i Nyland 24,3 %, medan den åter i Lappland är 28,8 %, i Södra Savolax 29,0 % och i Päijänne-Tavastland 30,5 %.

4.3.4 Uppskattningar av finansieringsnivå enligt landskap

Enligt förslaget är landskapens finansiering allmänna medel. Det bygger på en beräkningsmodell som beaktar skillnaderna i behov och förhållanden mellan landskapen. Av finansieringen riktas cirka 10 % (1,8 miljarder euro) enligt invånarantalet, cirka 87 % enligt behoven (15,4 miljarder euro), cirka 1 % (cirka 177 miljoner euro) enligt befolkningstätheten i landskapet, cirka 1 % enligt antalet invånare med ett främmande språk som modersmål i landskapet (cirka 177 miljoner euro) och cirka 1 % enligt koefficienten för främjande av hälsa och välfärd (cirka 177 miljoner euro). Avsikten är att finansieringen av räddningsväsendet inriktas enligt invånarantalet och den ingår i ovannämnda 10 procent.

Beloppet av den finansiering som ska inriktas på ett enskilt landskap är inte det samma som den nuvarande sammanlagda finansieringen för kommunerna i ett landskap. Ändringen i finansieringen har beräknats genom att finansiering utifrån den nya finansieringsmodellen enligt nivå 2016 jämförts med utgångsnivån, som fås genom att räkna ihop nettoutgifterna för social- och hälsovården och räddningsväsendet i de kommuner som hör till landskapet. Sammanlagt uppgår den statliga finansiering som ska inriktas på landskapen till 17,7 miljarder euro. Dessutom får landskapen klient- och bruksavgifter och kan ta kortfristiga lån.

Eftersom behovsfaktorernas vikt är stor i finansieringen till landskapen, följer landskapets finansiering kraftigt landskapets behov av social- och hälsovård och behovsstandardiserade utgifter. Om de behovsstandardiserade utgifterna är högre än i landet i genomsnitt är utgiftsnivån hög till följd av andra än behovsfaktorer. Å andra sidan har landskap där de behovsstandardiserade utgifterna är lägre än genomsnittet i landet lägre utgifter till följd av andra än behovsfaktorer. Skillnaderna kan till exempel förklaras med faktorer i anslutning till servicens omfattning eller kvalitet eller med effektivitetsskillnader, men någon exakt analys av orsakerna till skillnaderna har på grund av bristen på material inte kunnat göras. Eftersom syftet med modellen är att säkerställa landskapens finansiering enligt behov, sjunker den kalkylerade finansieringen i förhållande till utgångsnivån i landskap med högre behovsstandardiserade utgifter än i landet i genomsnitt. Dessa landskap måste alltså under övergångsperioden anpassa sin verksamhet och kostnaderna för den till en lägre nivå än nu. För landskap som har lägre behovsstandardiserade utgifter än i landet i genomsnitt stiger den kalkylerade finansieringen och efter övergångsperioden är deras finansiella ställning starkare än i nuläget.

Tabell 9. Landskapens finansiering enligt nivån 2016, förändring i förhållande till utgångsnivån

Fogas senare

tabell 10

Fogas senare

I systemet för landskapens finansiering skapas en övergångsperiod för åren 2020–2023, då man stegvis övergår från en utgiftsbaserad finansiering till ett kalkylerat finansieringssystem. Övergångssystemet jämnar ut effekterna av ändringen och påverkar alla landskap. Den statliga finansieringens riksomfattande nivå 2019 motsvarar det sammanlagda beloppet av kostnaderna för ordnandet av landskapens lagstadgade uppgifter. Utgångspunkten för kostnaderna för de lagstadgade uppgifterna är kostnaderna för motsvarande uppgifter enligt nivån 2016, justerade i enlighet med förändringen i kostnadsnivån. Statens finansiering till varje landskap 2019 motsvarar det sammanlagda beloppet av motsvarande lagstadgade uppgifter i de kommuner som hör till det aktuella landskapet.

År 2020 bestäms 80 procent av den statliga finansieringen på grundval av kostnaderna för ordnandet av uppgifter på samma sätt som i det nuvarande systemet och 20 procent enligt grunderna i den nya lag om landskapens finansiering som föreslås. År 2021 bestäms 60 procent av finansieringen enligt grunderna i det gamla systemet och 40 procent enligt grunderna i det nya systemet. År 2022 bestäms på motsvarande sätt 40 procent i enlighet med det gamla och 60 procent i enlighet med det nya systemet och 2023 bestäms 20 procent enligt det gamla och 80 procent enligt det nya systemet.

Främjande av hälsa och välfärd tas med i landskapens finansiering från 2022, då det statistiska material enligt landskap som behövs för beräkningen av koefficienten har blivit klart. Således bestäms 10 % av finansieringen 2020 och 2021 enligt invånare, 88 % enligt behov, 1 % enligt befolkningstäthet och 1 % enligt antalet invånare med ett främmande språk som modersmål.

Målet är att genom en separat bestämmelse om övergångsutjämning ytterligare lindra de stora årliga nivåförändringar i finansieringen i landskapen som uppstår i övergångsskedet för reformen. Under åren 2020–2023 uppgår det årliga maximibeloppet av den ökning av landskapets finansiering som följer av justeringen av den statliga finansieringen till 50 euro per invånare i landskapet i förhållande till utgångsnivån. På motsvarande vis kan nivån på den statliga finansieringen årligen sjunka högst 200 euro per invånare i landskapet i förhållande till utgångsnivån.

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 att ta hänsyn till sådana regionala skillnader i finansieringen av social- och hälso-tjänster som inte täcks av de behovsfaktorer som definieras i lag.

Bestämningsgrunderna för statens finansiering justeras årligen med beaktande av landskapens verkliga driftskostnader endast fram till dess att deras årliga ökning motsvarar högst ändringen i landskapsindexet ökad med 0,5 procentenheter. I landskapsindexet har strävan varit att ta med sådana kostnadsfaktorer som landskapen inte själva kan påverka. Förfarandet främjar en dämpning av utgiftsökningen och minskar risken för en sådan okontrollerad ökning av utgifter som ofta är fallet vid full statlig finansiering, men risken kan vara att i kombination med ett fall där behovsfaktorerna ger en bristfällig bild av de verkliga behoven i området och den nu-

varande utgiftsnivån är hög, leder anpassningstrycket till en försämring av servicenivån. Bestämmelserna under övergångsperioden minskar denna risk.

Tabell 11

Tabell kommer senare

Övriga konsekvenser för landskapsekonomin

Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT är arbetsgivarrepresentant för landskapen. De enskilda arbetsgivarorganisationerna kan utnyttja synergier och uppnå kostnadseffektivitet.

Det föreslås att Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT:s utgifter tas ut hos alla medlemsamfund, vilket har effekt för den kommunala ekonomin och statsfinanserna. På statsfinanserna inverkar förslaget via landskapens betalningsandelar.

En ändring av medlemsavgiftsgrunden från ett beräkningsätt som baserar sig på invånarantal och skattesatser enligt gällande lag om kommunala arbetsmarknadsverket till ett som baserar sig på lönesumman ändrar enskilda kommuners betalningsandelar jämfört med det nuvarande beräknings sättet, även om det totala beloppet av insamlade medlemsavgifter förblir det samma. Betalningsandelen minskar för ungefär hälften av kommunerna och ökar för hälften. Även om de procentuella förändringarna uppskattade enligt nuvarande uppgifter om lönesummor kan vara stora, uppgår de genomsnittliga verkningarna i euro till några tusentals euro per år. Å andra sidan minskar nästan alla kommuners betalningsandelar i social- och hälsovårds- och landskapsreformen jämfört med nuläget, eftersom personal överförs från kommunerna till landskapen och medlemsavgift även i fortsättningen tas ut hos samkommuner och landskap samt andra medlemssamfund. Enligt gällande lag tas avgift ut endast hos kommunerna.

De inbördes andelarna av Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT:s utgifter för kommuner, samkommuner, landskap och landskapens offentligt rättsliga inrättningar, dvs. landskapens serviceinrättningar och de bolag som ska bildas klarnar senare i takt med att reformen framskrider.

4.3.5 Konsekvenser för kommunalekonomin

Överföringen av ansvaret för att ordna social- och hälsovård från kommunerna till landskapen har mycket stora konsekvenser för kommunernas verksamhet och ekonomi. Konsekvenserna gäller i synnerhet kommunernas driftsekonomi, där de driftsekonomiska inkomsternas och utgifternas struktur helt förändras. Det är anmärkningsvärt att samtidigt som kommunernas inkomster och driftsutgifter minskar till närmare hälften jämfört med nuläget, hålls under- och överskotten samt skulderna i kommunernas balansräkningar i praktiken oförändrade. Den kanske största effekten som blir märkbar på längre sikt är dock att enskilda kommuner inte längre bär ansvaret för kostnaderna för befolkningens åldrande och sjukfrekvens och de sammanhängande kommunalekonomiska riskerna. Med tanke på förutsägbarheten och hanterbarheten i kommunens driftsekonomi har saken en mycket stor inverkan. I synnerhet i små kommuner har de driftsekonomiska utgifterna för social- och hälsovården, i synnerhet den specialiserade sjukvården, årligen varierat betydligt och därmed i hög grad försvårat hanteringen av driftsekonomin. I och med reformen befrias kommunerna från en stor mängd sådana kostnader som de hittills kunnat påverka endast i begränsad utsträckning. Sådana utgifter har i synnerhet varit kostnaderna för den specialiserade sjukvården eftersom ansvaret för att ordna den har viltat på samkommuner för specialiserad sjukvård i stället för på kommunerna.

Uppgifter som överförs på landskapets organiseringsansvar har enligt nivån 2016 utgjort i genomsnitt 57 procent av kommunernas driftsutgifter. I praktiken är de kostnader som överförs på landskapen nästan helt och hållet social- och hälsovårdsutgifter. Variationsintervallet i kommunerna har ändå varit stort, som lägst har kostnaderna utgjort cirka 43 procent och som mest cirka 75 procent av kommunens driftsekonomi. I synnerhet i de minsta kommunerna där den äldre befolkningen är dominerande i befolkningens åldersstruktur, närmar sig social- och hälsovårdsutgifterna andel av driftsekonomin ovan nämnda 75 procent. I de större kommunerna, i synnerhet i tillväxtcentrum, är situationen en annan och social- och hälsovårdsutgifternas andel av kommunernas ekonomi är mindre.

Ändringen i fördelningen av driftsutgifter innebär i praktiken att kommunernas driftsekonomi efter reformen i huvudsak kommer att vara inriktade på småbarnspedagogik samt förskoleundervisning och grundläggande utbildning. Detta verksamhetsområdes andel av kommunernas driftsutgifter varierar betydligt från kommun till kommun, men i genomsnitt har undervisnings- och kulturverksamheten hittills utgjort sammanlagt cirka 33 procent av driftsutgifterna. Om fördelningen av kommunernas resterande driftsutgifter hålls oförändrad efter reformen, skulle undervisnings- och kulturverksamhetens andel stiga till cirka 80 procent. I praktiken innebär minskningen och omfördelningen av kommunernas inkomster och driftsutgifter ofrånkomligen också att eventuella ekonomiska anpassningsåtgärder i fortsättningen sannolikt kommer att inriktas mer på förskoleundervisning och grundläggande utbildning samt småbarnspedagogik.

Kommunernas investeringsbehov förändras till följd av reformen när investeringsbehoven inom social- och hälsovårdsväsendet och räddningsväsendet överförs på landskapens ansvar. Detta har stor betydelse i synnerhet i kommuner med en åldrande befolkningsstruktur där renoverings- och andra investeringsbehov hittills varit inriktade speciellt på social- och hälsovårdsväsendet. Förändringen i investeringsbehov är inte lika stor i kommuner med en växande folkmängd och yngre åldersstruktur där investeringarna hittills i betydande grad varit inriktade på den grundläggande utbildningen, småbarnspedagogiken och infrastrukturen, dvs. investeringar inom den s.k. tekniska sektorn. Reformen kommer sannolikt inte att ha några verkningar för kommunernas möjligheter att få finansiering i främmande kapital, men om investeringsbehoven speciellt i anslutning till frågor som gäller kommunernas livskraft hålls oförändrade förutsätts att kommunerna kan fortsätta att sköta sin lån för att de totala skuldbeloppen inte ska öka ytterligare.

Om kommunernas nuvarande skulder hålls oförändrade i förändringen väcks också frågan om i vilken utsträckning kommunen har tagit lån för investeringar i social- och hälsovården. Om skuldbeloppet har varit betydande, har det mycket stor betydelse för kommunen vilken utnyttjandegrad lokalerna kommer att ha i framtiden. I avsnittet om egendomsarrangemang har också behandlats förändringen av kommunernas koncernansvar samt under- och överskott i de samkommuner som överförs till landskapen. I synnerhet vissa sjukvårdsdistrikt har stora underskott, som i sista hand ska skötas av medlemskommunerna innan samkommunerna för sjukvårdsdistrikten överförs till landskapen. Detta kan innebära att dessa kommuners skuldbelopp ytterligare ökar. I övrigt minskar kommunernas koncernskulder i och med reformen, när kommunerna inte längre bär ansvaret för skulderna i de samkommuner som överförs till landskapen.

Konsekvenserna för kommunernas egendom, dvs. i praktiken under aktiva i balansräkningen, kommunernas självförsörjning samt kommunernas koncernstrukturer behandlas i den del av regeringspropositionen som gäller egendomsarrangemang. Till följd av egendomsarrangemangen kommer kommunernas externa inkomster att öka något under reformens tre första år som ett resultat av de externa hyresinkomsterna av lokalerna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. I kalkylerna har det tills vidare inte varit möjligt att bedöma konsekven-

serna av dessa. Man kan dock anta att dessa inkomster sannolikt kommer att ha mycket liten betydelse i kommunens driftsekonomi. Enligt vad som konstateras i den del av regeringspropositionen som handlar om egendomsarrangemang är avsikten att täcka underhållskostnaderna för lokaler samt skäliga kapitalkostnader, dvs. i praktiken även eventuella låneskötselkostnader, med hyresinkomster.

4.3.6 Konsekvenser av förändringarna i finansieringssystemet för jämvikten i kommunernas ekonomi

Propositionens konsekvenser för kommunalekonomin har bedömts genom att jämviktsläget i kommunalekonomin före reformen jämförts med jämviktsläget efter reformen. Utgångspunkten för bedömningen är alltså uttryckligen jämviktsläget i kommunalekonomin före reformen. Syftet med reformen är i princip inte att åtgärda den ekonomiska obalans som eventuellt redan nu råder i kommunalekonomin.

Jämviktsläget i kommunalekonomin indikeras i granskningen av skillnaden mellan årsbidraget och avskrivningar enligt plan. I bedömningen har beaktats alla driftskostnader och driftsinkomster. Som underlag för bedömningen har använts kostnads- och inkomstuppgifter enligt nivån 2016.

Kommunernas nettokostnader uppgår till ca 30,9 miljarder euro 2016. Av detta utgör andelen uppgifter som överförs till landskapen 17,7 miljarder euro. Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna uppgår till 13,2 miljarder euro. I tabellen nedan specificeras de kostnader och inkomster som överförs till landskapen samt de kostnader och inkomster som blir kvar i kommunerna efter social- och hälsovårds- och landskapsreformen:

Tabell 12. De kostnader och inkomster som överförs till landskapen samt kostnaderna och inkomsterna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna specificerade enligt nivån 2016

Kostnaderna och inkomsterna för de uppgifter som överförs till landskapen	mn euro
Kostnader som överförs, inkl. avskrivningar	17 670
Inkomster som överförs, av vilka	17 716
- kommunalskatt	11 321
- samfundsskatt	500
- statsandelar för social- och hälsovård	4 810
- tilläggsdelar	221
- skattekompensation	864
Kostnader för de uppgifter som blir kvar i kommunerna	13 185
- -förändring i kommunernas beskattningskostnader	-70
Förändringen i kommunernas kostnader totalt	13 115

Kommunernas inkomster, varav	13 366
- -kommunalskatt	7 501
- -samfundsskatt	820
- -fastighetskatt	1 672
- -statsandel	3 047
- -begränsare av automatiska förändringar i reformen, netto	0
- -undervisnings- och kulturministeriets finansiering	-214
- -finansieringsposter, netto	539
Statsandelar, specificerade	3 047
Kalkylerade kostnader	7 714
- -åldersstruktur	6 698
- -tvåspråkighet 1 (hela befolkningen)	32
- -tvåspråkighet 2 (de svenskspråkigas andel)	61
- -inslag av främmande modersmål	500
- -befolkningstäthet	240
- -skärgård	14
- -utbildningsbakgrund	169
Självfinansieringsandel	5 849
Statsandel	1 865
Tilläggsdelar	221
- -fjärrorter	33
- -kommuner inom samernas hembygdsområde	1
- -koefficienten för främjande av hälsa och välfärd	57
- -arbetslöshetsgrad	130
Minskningar och ökningar av statsandelen	277
Utjämnings av statsandelen på basis av skatteinkomsterna	548

Neutralisering av utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna	137
Statsandel för kommunal basservice, sammanlagt	3 047

4.3.7 Kostnader och inkomster som överförs från kommunerna

I de uppgifter som överförs från kommunerna till landskapen ingår kostnaderna för social- och hälsovården, räddningsväsendet och miljö- och hälsoskyddet. De kostnader som överförs uppgår till sammanlagt cirka 17,7 miljarder euro enligt nivån 2016. På riksnivå överförs kommuners inkomster i motsvarande grad som det överförs kostnader, med undantag för finansieringen av tilläggsdelen för främjande av välfärd och hälsa och beaktandet av kommunernas beskattningskostnader. Det föreslås att det i tilläggsdelarna för statsandelen för kommunal basservice tas in en tilläggsdel för främjande av välfärd och hälsa. Av den statsandel som riktas till tilläggsdelen i fråga kommer hälften (28 miljoner euro) från den inkomst som överförs till landskapen. Den inkomst som överförs utökas emellertid med den kostnad som inbesparas i kommunernas beskattningskostnader, cirka 70 miljoner euro. Den senare ändringen är kostnadsneutral för staten och kommunerna.

Av kommunernas inkomster överförs 17,7 miljarder euro till landskapens finansiering. Kommunernas inkomstskattesatser minskas med 12,30 procentenheter i samtliga kommuner. Till följd av detta minskar kommunalskattens belopp med 11,3 miljarder euro. I detta eurobelopp har även beaktats ett avdrag på 70 miljoner euro som motsvarar minskningen i kommunernas beskattningskostnader. Av kommunernas andel av samfundsskatten överförs 0,5 miljarder euro till landskapens finansiering genom en ändring av utdelningen 2016. Kommunernas andel av den samfundsskatt som överförs till landskapen fastställs enligt nivån 2016 och denna andel tillämpas slutligt enligt nivån 2018. Detta innebär att minskningen av samfundsskatten är beroende av de totala intäkterna av samfundsskatten 2018.

Utgångspunkten är att det från statsandelen för kommunal basservice avdras en kalkylerad statsandel som motsvarar social- och hälsovårdens andel. Social- och hälsovårdens andel av den totala kalkylerade kostnaden är 71 procent och den motsvarande minskningen av statsandelen är 4,8 miljarder euro. Från tilläggsdelarna och kompensationerna för skatteförluster avdras dessutom ovannämnda andel på 71 procent, sammanlagt 1,08 miljarder euro.

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

Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna uppgår till cirka 13,2 miljarder euro enligt nivån 2016. Mätt i euro är kommunalskatten fortsättningsvis kommunernas största inkomst, cirka 7,5 miljarder euro. Samfundsskatten minskas med 0,5 miljarder euro, varvid den samfundsskatt som blir kvar i kommunerna uppgår till 0,8 miljarder euro. I fastighetsskatten föreslås det inte några ändringar, varvid dess belopp enligt nivån 2016 uppgår till cirka 1,7 miljarder euro. Fastighetsskattens relativa andel av kommunernas skatteinkomster fördubblas jämfört med nuläget.

Statsandelarna minskar med cirka 5,9 miljarder euro till följd av överföringen av organiseringssansvaret. För statsandelen för basservice blir det kvar 3,05 miljarder euro, varav utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna är cirka 600 miljoner euro. De ändringar som föranleds av överföringen begränsas med en bestämningsfaktor som tas in i statsandelssystem. Ändringarna begränsas symmetriskt med en andel på 60 procent när det gäller nytta och förluster. I fråga om kommunerna och staten är begränsningen kostnadsneutral.

Statsandelssystemets grundstruktur förblir oförändrad även efter att social- och hälsovårds- och landskapsreformen trätt i kraft, men i systemet beaktas konsekvenserna av överföringen av uppgifterna i enlighet med vad som beskrivits ovan i propositionens avsnitt De viktigaste förslagen och Bedömning av nuläget. Den viktigaste ändring som gäller statsandelarna till de enskilda kommunerna görs i utjämnningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. Cirka 60 procent av kommunalskatten och nästan 40 procent av samfundsskatten överförs till landskapens finansiering. Detta innebär en avsevärd sänkning av utjämningsgränsen jämfört med nuläget. Kommunernas utjämningsstillägg minskar från 1,3 miljarder euro till mindre än 0,7 miljarder euro.

Tabell 13. Utjämnning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna enligt nivån 2016 (nya och nuvarande grunder), euro

	Utjämningsstillägg	Utjämningsavdrag	Netto
Nya grunder	657 137 099	-109 524 787	547 612 312
Nuvarande grunder	1 271 979 734	-587 325 438	684 654 297

4.3.9 Utjämnning av ändring i systemet med statsandel och justering av kalkyler

Social- och hälsovårds- och landskapsreformen innebär en betydande ändring för hela den kommunala ekonomin. Utgångspunkt och mål för beredningen är att de ändringar som gäller ekonomin ska vara så små som möjligt i förhållande till nuläget, så därför lindras ändringen genom en utjämnning av systemändringen. När reformen träder i kraft fryses läget i kommunerna för ett år enligt kommunernas nuvarande jämviktsläge (uppskattning av nivån 2018) (årsbidrag – avskrivningar). Från och med det andra året är ändringen mot det nya jämviktsläget 25 euro per invånare per år, så att den maximala ändringen det femte året är 100 euro per invånare. Den överskjutande delen förblir tills vidare en permanent utjämnning av statsandelarna.

Eftersom kalkylen över 2018 års jämviktsläge baserar sig på uppskattade uppgifter när reformen träder i kraft, ska kalkylerna ses över på nytt. Detta görs enligt medelvärdet av kommunernas utfallsuppgifter för åren 2017 och 2018, omvandlade till 2018 års nivå. De nya kalkylerna kommer att utgöra grunden för statsandelar som beviljas från 2020. Om det efter översynen konstateras att en kommun 2019 betalats mer eller mindre statsandel än vad den enligt den justerade kalkylen borde, dras under åren 2020–2023 i motsvarighet till skillnaden i jämna rater av ett belopp från eller läggs till ett belopp till den statsandel som kommunen beviljas.

Utjämnning av systemändring, där utgångspunkten för jämförelsen är kommunens jämviktsläge 2018, föreslås bli dimensionerad enligt följande:

Förändring år 2019	utjämnning av systemändring till uppskattat jämviktsläge utjämnning av systemändring till slutligt jämviktsläge
Förändring år 2020	+/- 25 euro/inv.
Förändring år 2021	+/- 50 euro/inv.
Förändring år 2022	+/- 75 euro/inv.
Förändring år 2023	+/- 100 euro/inv.

Den utjämning som betalats på basis av de uppskattade uppgifterna för 2019 korrigeras på basis av de slutliga uppgifterna.

Den överskjutande delen (+/- 100 euro/inv.) blir tills vidare en permanent utjämning av statsandelarna. På basis av de uppskattade uppgifterna för 2016 gäller detta 106 kommuner. Av dessa kommuner är det 63 som berörs av utjämningsstillägget och 43 som berörs av utjämningsavdraget.

4.3.10 Konsekvenser för enskilda kommuner och kommungrupper samt regionala konsekvenser

De ändringar, räknat i euro, som följer av reformen har utvärderats i fråga om enskilda kommuner, kommungrupper och landskap. Ändringarna har utvärderats genom att jämföra jämviktsläget i kommunernas ekonomi före reformen med jämviktsläget efter reformen. Detta beskriver med andra ord en situation där finansieringssystemet träder i kraft i sin helhet. I samband med reformen begränsas dessa ändringar genom en utjämning av systemändringen som är högst +/- 100 euro per invånare.

Tabell 14. Förändring i jämviktsläge kommunvis, exklusive övergångsutjämnningen, (förändring enligt den nya finansieringsmodellen jämfört med nuläget)

Förändring i jämviktsläge, euro/inv.	Antal kommuner	Miljoner euro
Förbättras		
300—	3	5,8
200—299	7	8,9
100—199	33	51,6
0—99	91	114,6
Sammanlagt	134	180,9
Förändring i jämviktsläge, euro/inv.	Antal kommuner	Miljoner euro
Försämras		
300—	8	-9,3
200—299	13	-24,1
100—199	43	-41,4
0—99	99	-82,4
Sammanlagt	163	-157,2

Över hälften av ändringarna i kommunernas ekonomiska jämvikt är små minskningar eller ökningar på mindre än 100 euro per invånare. I sammanlagt åtta kommuner var minskningen mer än 300 euro per invånare och i tre kommuner var ökningen över 300 euro per invånare. Ställt i relation till inkomstskattesatsen motsvarar en förändring på 100 euro per invånare intäkter på cirka 0,59 procentenheter i hela landet enligt nivån 2016, då intäkterna av en skatteprocent uppgick till i genomsnitt 170 euro per invånare. Som högst var intäkterna av en skatteprocent 350 euro per invånare (Grankulla) och som lägst 104 euro per invånare (Kivijärvi).

Tabell 15. Förändring i jämviktsläge enligt kommunstorlek, exklusive övergångsutjämnings, (den nya finansieringsmodellen vs. den gamla)

Kommunstorlek	Förändring, miljoner euro	Förändring, euro/inv.
Färre än 6 000	-8,1	-18
6 001—10 000	8,8	20
10 001—20 000	-9,0	-14
20 001—40 000	-18,4	-23
40 001—100 000	5,1	5
Fler än 100 000	45,3	22
SAMMANLAGT	23,8	4

Granskat enligt kommunstorlek förekom det flest förbättringar i den ekonomiska jämvikten i kommuner med fler än 100 000 invånare. Ställt i relation till invånarantalet koncentrerades förbättringarna i den ekonomiska jämvikten till kommuner med 6 000–10 000 invånare samt kommuner med fler än 100 000 invånare och försämringarna till kommuner med färre än 6 000 invånare samt kommuner med 10 000–40 000 invånare.

Tabell 16. Förändring i jämvikt landskapsvis, exklusive övergångsutjämningsen, (den nya finansieringsmodellen vs. den gamla)

Landskap	Förändring, miljoner euro	Förändring, euro/inv.
Nyland	59,3	37
Egentliga Finland	4,2	9
Satakunta	-3,6	-16
Egentliga Tavastland	-5,5	-31
Birkaland	3,9	8
Päijänne-Tavastland	-13,9	-69
Kymmenedalen	-9,9	-56
Södra Karelen	-10,9	-82
Södra Savolax	-5,1	-33
Norra Savolax	-7,3	-29
Norra Karelen	-12,3	-74
Mellersta Finland	-15,7	-57
Södra Österbotten	0,5	2
Österbotten	19,5	108
Mellersta Österbotten	2,7	39
Norra Österbotten	1,5	4
Kajanaland	-1,4	-17
Lappland	17,7	98
SAMMANLAGT	23,8	4

I åtta landskap kommer kommunernas ekonomiska jämvikt att förbättras i samband med reformen. Mest förbättras situationen i Österbotten, med 108 euro per invånare. I tio landskap kommer kommunernas ekonomiska jämvikt att försämrings. Störst är försämringen i Södra Karelen där den är -82 euro per invånare.

4.3.11 Bedömning av kommunernas ekonomiska läge efter reformen

När social- och hälsovårds- och landskapsreformen träder i kraft fryses jämviktsläget i kommunerna på nuvarande nivå genom en utjämnning av systemändringen (uppskattning av nivån 2018). Kalkylerna uppdateras efter att de slutliga uppgifterna om kommunernas ekonomi för 2018 finns tillgängliga i slutet av 2019. I praktiken innebär det som konstaterats ovan att kommunernas initiala ekonomiska läge förblir så gott som oförändrat i flera års tid. Detta gäller även situationer där höjningar av kommunernas skattesatser begränsas.

I den del av regeringspropositionen som gäller beskattning har man behandlat en begränsning av höjningar i kommunernas skattesatser för en tid av tre år. För att de mål som ställts för hela reformen ska nås, dvs. att hållbarhetsunderskottet ska kunna hanteras, en höjning av den totala skattegraden ska kunna undvikas och en jämlik behandling av skattebetalarna ska kunna säkerställas, måste man kunna undvika att kommunernas skattesatser höjs omedelbart efter att reformen och de jämnstora sänkningarna av kommunalskattesatserna genomförts. Konsekvenserna av en begränsning av skattesatshöjningar kan egentligen inte förutses, så också av den anledningen är målet med reformen av statsandelssystemet att den nuvarande balansen i kommunernas ekonomi ska kunna bibehållas. Även under begränsningstiden är måttliga höjningar av skattesatserna ändå möjliga, så det kan antas att en kort begränsningstid inte utgör en övermäktig situation för någon kommun och att kommunernas tillgång till lånefinansiering inte heller försvåras. I anslutning till dessa frågor har fullmäktige dock, i enlighet med införandelagens bestämmelse om skattesatsen, den sista prövningsrätten i situationer där kommunens likviditet tydligt kan anses vara hotad.

Tabell 17. Kommunernas uppskattade jämvikt 2016

Inte i jämvikt	74 kommuner
euroa/inv.	
över 500	0
250—500	11
100—249	19
0—99	44
I jämvikt	223 kommuner
0—99	60
100—249	76
250—500	60
över 500	27

Enligt de uppskattade uppgifterna för 2016 är ekonomin i cirka en fjärdedel av kommunerna inte i balans. Enligt de uppskattade uppgifterna är läget sämst i cirka tio kommuner som redan till följd av tidigare svaga bokslut har ett kumulativt underskott. Dessa kommuner har de största utmaningarna när det gäller att nå ekonomisk jämvikt. Till följd av att driftsekonomin halveras är dessutom möjligheterna till anpassningsåtgärder begränsade och sådana åtgärder skulle i stor utsträckning gälla framför allt småbarnspedagogiken, förskoleundervisningen och den grundläggande utbildningen. Det är möjligt att det behövs temporärt ekonomiskt stöd för att underlätta situationen för de kommuner vars ekonomiska läge är sämst. Det kunde t.ex. vara fråga om höjning av statsandelen enligt prövning.

Enligt uppskattningarna är ekonomin i cirka tre fjärdedelar av kommunerna i balans. För att kommunernas ekonomi varaktigt ska vara i balans krävs det emellertid att kommunerna även under de kommande åren sköter sin ekonomi på ett återhållsamt sätt.

De frågor som beskrivits ovan som å ena sidan gäller kommunernas driftsekonomi och investeringar och å andra sidan resterande över- och underskott i balansräkningarna samt skulder kan leda till att utvärderingsförfarandet i en kommun som har en speciellt svår ekonomisk ställning, dvs. kriskommunsförfarandet och kriterierna för det, som det föreskrivs om i kommunallagen, efter reformens ikraftträdande utsätts för krav på förändringar och att gränsvärdena enligt den gällande kommunallagen måste ses över på nytt.

Den nya kommunallagen (410/2015) trädde i kraft våren 2015. Genom den nya lagen skärptes kravet på att ekonomin ska vara i balans både i fråga om kommuner och samkommuner och i synnerhet skyldigheten att ett underskott i balansräkningen måste täckas. Utifrån de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 kan man dra den slutsatsen att även om den nya kommunallagens övergångstider beträffande balansering fortfarande är i kraft, kan man redan nu se ändringar som motsvarar de mål som ställts för kommunallagens bestämmelser. I samkommunerna, och i synnerhet i sjukvårdsdistrikten, har underskotten minskat och antalet kommuner som uppfyller kriterierna för s.k. kriskommuner har minskat.

4.3.12 Konsekvenser för kommunernas ställning på lånemarknaden

De lån som kommuner och samkommuner beviljas är beroende av värderingen av dessa lån i kreditinstitutens solvensberäkningar. Bestämmelser om kapitalkrav 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.

Enligt Finansinspektionens uppfattning uppfyller fordringar hos finländska kommuner och samkommuner kraven i artikel 115.2 och innebär inte någon risk alls. Motiveringen har ansetts vara kommunernas obegränsade rätt att ta ut skatt samt att kommuner kan anses ha ett implicit stöd av staten. Även om stödet inte baserar sig på lagstiftningen har det ansetts att kommuner inte kan gå i konkurs och att staten i sista hand ansvarar för fordringarna.

I propositionen föreslås det att kommunens rätt att besluta om skattehöjningar ska begränsas temporärt under en tid av tre år. År 2019 ska det inte alls vara möjligt att höja skatten. Den föreslagna regleringen begränsar skattehöjningarna åren 2019–2021 till sammanlagt en procentenhet, men möjliggör i undantagssituationer, dvs. i situationer då kommunens likviditet inte kan tryggas genom minskade utgifter, lån eller andra åtgärder också större höjningar än det, enligt de grunder som anges i lagen. Propositionen ändrar således temporärt i liten grad kommunens ställning när det gäller skatteuppbörden.

En tolkning av vilka konsekvenser den föreslagna regleringen har för den nollrisk som är förknippad med kommunsektorns lån skulle förutsätta att en sådan tolkning begärs via Europeiska bankmyndighetens (EBA) Q & A-process. En sådan tolkning kan inte göras nationellt. EBA:s eller kommissionens tolkningar som publiceras i och med processen är inte juridiskt bindande, utan en sådan fråga kan avgöras slutligt endast av EU-domstolen. Behandlingen av en tolkningsfråga tar flera månader. På grund av tidtabellen för beredningen av social- och hälsovårds- och landskapsreformen är det inte möjligt att begära någon tolkning genom den

process som beskrivits ovan, utan besluten måste fattas med stöd av den tillgängliga informationen.

Reformens ekonomiska konsekvenser begränsas genom utjämningsåtgärder i statsandelssystemet för kommunal basservice. Propositionen bedöms inte i väsentlig grad begränsa kommunernas ekonomiska spelrum, och därmed medför reformen inte något stort tryck på skattehöjningar. Hittills har engångshöjningar på över en procentenhet varit exceptionella. Förslaget möjliggör även större höjningar än det i undantagssituationer. Förslaget är dessutom tidsbundet. Med stöd av detta kan det bedömas att propositionen inte ändrar på riskklassen för kommunsektorns lån. I enlighet med vad som har beskrivits ovan kan det dock inte göra någon säker tolkning i frågan.

Om riskvikten för kommunerna och de bolag som kommunerna gått i borgen för stiger till 20 procent i bankernas solvensberäkningar, påverkar detta sannolikt priset på kommunsektorns finansiering. Finansiärerna skulle bli tvungna att avgöra på vilken prisnivå denna affärsverksamhet ännu är lönsam eller överhuvudtaget intressant. Detta skulle kunna leda till att kommunsektorns tillgång på finansiering försämras samtidigt som kostnaderna ökar. Enligt en bedömning av Kommunfinans medför bankernas ökade behov av kapital ett årligt avkastningskrav på cirka 60 miljoner euro för bankerna.

Om det anses att kommunrisken inte kan jämställas med statsrisken, inverkar detta också på den borgen som ställs av Kommunernas garanticentral. Kommunernas garanticentral har ansetts vara ett sådant offentligt organ som avses i artikel 116 i EU:s tillsynsförordning, och fordringar hos Kommunernas garanticentral (inkl. borgensfordringar) kan behandlas på samma sätt som fordringar hos staten och kommunerna.

Även om kommunfordringarnas riskvikt inverkar på de riskvägda fordringarna för alla som har fordringar hos finländska kommuner, inverkar den ökade riskvikten mest på Kommunfinans och dess möjligheter att bevilja krediter för projekt inom kommunsektorn i och med att kapitalkravet blir högre.

Det inte bara den juridiska nollriskklassificeringen utan också begränsningen av skattehöjningar i kommunerna som kan ha samband med en marknadsrisk. Denna risk bedöms dock vara låg. I nyheterna har det redan rapporterats om de kommande begränsningarna av skattehöjningar och åtminstone än så länge har detta inte påverkat möjligheterna för kommunsektorn att få lån.

4.3.13 Kostnader för landskapsval

Landskapsvalet bedöms medföra en kostnad på cirka 40 000 euro för respektive landskap (landskapsvalnämndernas verksamhet).

För justitieministeriet föranleder landskapsvalet kostnader enligt följande: 1) ändringar i valdatasystemet åren 2016–2017 (cirka 600 000 euro), 2) specialarrangemang som gäller det första landskapsvalet som förrättas i samband med presidentvalet 2018 (1 000 000 euro) samt 3) kostnader som föranleds av landskapsvalet som från och med 2021 förrättas samtidigt som kommunalvalet (cirka 50 000 euro). De kostnader som nämns i punkterna 1 och 2 har redan inkluderats i ramarna för statsfinanserna för 2017–2020.

Dessutom medför landskapsvalet mindre kostnader för kommunerna (räkning av valsedlar vid landskapsval) samt för statens revisionsverk (tillsyn över redovisningen av valfinansieringen vid landskapsval). I 188 § 2 mom. i vallagen föreslås det att landskapet ska betala kommunerna ersättning för de merkostnader som landskapsvalet orsakar.

Upprättandet av ett datasystem som stöder möjligheterna för invånare i landskapet att lägga fram initiativ (system för landskapsinitiativ) föranleder justitieministeriet en engångskostnad på cirka 150 000 euro.

4.4 Konsekvenser av egendomsarrangemangen för kommuner och landskap

4.4.1 Konsekvenser för kommuner

Till följd av överföringen av uppgifterna och de anslutande egendomsarrangemangen övergår samkommunandelarna för sjukvårdsdistrikten, specialomsorgsdistrikten och landskapsförbunden samt sådant lösöre som hör till social- och hälsovården och räddningsväsendet från kommunerna till landskapen och deras servicecenter. Då försvinner nämnda egendom från kommunernas balansräkningar.

Överföringen av egendom 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, vore det motiverat att i bokföringen täcka bortfallet av samkommunsandelarna och lösöret i kommunens balansräkning genom en sänkning av kommunens grundkapital. Principerna för en sänkning av en kommuns grundkapital har behandlats i ett utlåtande 77/2006 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.

Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 var kommunernas genomsnittliga soliditet 60,2 procent 2015. I 131 kommuner var soliditeten lägre än 50 procent. Soliditeten varierar avsevärt mellan olika kommunstorleksgrupper, som lägst har den varit i kommuner med 10 001–20 000 invånare. Soliditeten har enligt statistiska uppgifter minskat under hela 2000-talet.

I samband med beredningen har det utifrån bokslutsuppgifterna för 2014 bedömts vilka konsekvenser avlägsnandet av sjukvårdsdistriktens medlemskommunandelar har för kommunernas soliditet. Bedömningen gjordes för alla sjukvårdsdistrikt så att man från balansräkningarna för distriktens medlemskommuner avlägsnade medlemskommunens andel av samkommunens grundkapital, som framgår av samkommunens balansräkning, och därefter räknade ut kommunens nya soliditet. Det sammanlagda beloppet av sjukvårdsdistriktens grundkapital är enligt bokslutsuppgifterna för 2014 cirka 1,6 miljarder euro. Bedömningen gjordes alltså utifrån de uppgifter som framgår av samkommunernas balansräkningar.

Den ändring av kommunernas soliditet som är av engångsnatur och beror på att sjukvårdsdistriktet överförs till landskapen är enligt bedömningen som lägst 0,5 procentenheter och som högst 12,6 procentenheter. I största delen av kommunerna var effekten 2–5 procentenheter. Före den revidering 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, dvs. kriterierna för en s.k. kriskommun, och då var soliditetskravet 50 procent. Enligt den gällande lagen är soliditeten inte längre något utvärderingskriterium. Enligt bokslutsuppgifterna för 2014 kommer soliditeten att vara lägre än 50 procent i 40 kommuner i och med att sjukvårdsdistriktets samkommunsandel försvinner. Inom sjukvårdsdistriktet i Egentliga Tavastland, Södra Karelen, Länsi-Pohja och Vasa leder ändringen inte till att soliditeten blir lägre än 50 procent i någon kommun.

På nivån för kommunernas koncernbokslut är effekten när det gäller soliditeten mindre, eftersom de andelar av sjukvårdsdistriktens, specialomsorgsdistriktens och landskapsförbundens samkommuners skulder som ska sammanställas med koncernbokslutet försvinner. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 försvinner det skulder på sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro från kommunernas koncernbokslut då sjukvårdsdistriktens, specialomsorgsdistriktens och landskapsförbundens skulder överförs på landskapens ansvar.

Det är sannolikt att den sänkta soliditeten till följd av dessa arrangemang är av engångsnatur. Efter ändringen börjar situationen återställas i och med att även behovet av investeringar i den egendom som avlägsnats från balansräkningen försvinner. I bedömningen måste det dessutom beaktas hur länge det tar att genomföra reformen. Bedömningarna har i det här skedet gjorts på basis av bokslutsuppgifterna för 2014 och arrangemangen genomförs först vid ingången av 2019.

Det är inte bara medlemsandelarna i sjukvårdsdistriktet som försvinner från kommunernas balansräkningar utan också andelarna i specialomsorgsdistriktens samkommuner och landskapsförbundens samkommuner. Två av landskapsförbunden upprätthåller även regionala räddningsverk.

Det finns 16 specialomsorgsdistrikt och av dem har 9 sammanförts med sjukvårdsdistriktet. Det finns 5 samkommuner för specialomsorgsdistrikt och dessutom är Helsingfors stad ett specialomsorgsdistrikt. Ovannämnda fem samkommuner för specialomsorgsdistrikt har sammanlagt 193 medlemskommuner och den sammanlagda slutsumman av deras balansräkningar var enligt bokslutsuppgifterna för 2014 cirka 137,5 miljoner euro. Motsvarande siffra för sjukvårdsdistriktens samkommuner var 3,9 miljarder euro, varav bestående aktiva uppgick till cirka 3,2 miljarder euro. Av posten bestående aktiva utgör sjukvårdsdistriktens byggnader cirka 2 miljarder euro. (Balansräkningens aktiva utgörs av följande poster i balansräkningen: bestående aktiva, förvaltade medel, rörliga aktiva.) Beträffande landskapsförbundens samkommuner är det endast beloppet av bestående aktiva i samkommunernas balansräkningar som har granskats. Detta beror på att de regionutvecklingsuppgifter som har samband med landskapsförbundens verksamhet syns bl.a. i förvaltade medel och rörliga aktiva. Enligt bokslutsuppgifterna för 2014 uppgick beloppet av bestående aktiva för landskapsförbundens samkommuner till sammanlagt cirka 13 miljoner euro.

Konsekvenserna av att specialomsorgsdistriktens medlemskommunandelar och landskapsförbunden försvinner när det gäller medlemskommunernas soliditet har inte särskilt bedömts i samband med beredningen, men utifrån ovannämnda uppgifter om balansräkningarnas slutsummor och antalet kommuner som är medlemmar i samkommunerna i fråga kan det bedömas att konsekvenserna är mycket små för medlemskommunernas soliditet. Inte heller den egendom som används i det specialomsorgsdistrikt som utgörs av Helsingfors stad, och konsekvenserna av att den försvinner, har bedömts särskilt i samband med beredningen, eftersom man inte har haft tillgång behövliga uppgifter för att göra en sådan bedömning.

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 de har finansierats. En stor del av maskinerna och anordningarna skaffas numera genom leasingfinansiering, och då syns anskaffningen endast i kommunens driftsutgifter. Om anordningarna har anskaffats så att kommunen äger dem, är avskrivningstiden för maskinerna och anordningarna betydligt kortare än för t.ex. byggnader.

Det finns 22 räddningsområden och 20 av dem fungerar som affärsverk eller balansenheter i samband med den ansvariga kommunen. När de regionala räddningsverken inrättades 2004 övergick räddningsväsendets lösöre, som ägdes av kommunerna, utan ersättning till de ansva-

riga kommunerna och två landskapsförbund som fungerar som samkommuner, vilka upprätthåller de regionala räddningsverken. Räddningsverkens lösöre överförs nu från de ansvariga kommunerna till landskapen och i enlighet med vad som redan har konstaterats ovan är det bokföringsmässiga förfarandet det samma som i fråga om samkommunsandelar. Eftersom de regionala räddningsverken 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 finns tillgängliga i samband med beredningen fastställa vilken del det lösöre som används inom social- och hälsovården utgör av kommunernas egendom och av balansräkningarnas slutsummor. Lösöret i fråga kan finnas i balansräkningen i olika poster, men det är sannolikt att största delen av t.ex. primärvårdens anordningar meddelas i balansposten "maskiner och inventarier" i enlighet med bokföringsnämndens allmänna anvisning om upprättande av balansräkning. I kommunernas bokslut meddelas 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 kunde fås enbart genom att granska uppgifterna för respektive kommun, varvid respektive kommuns bokföring av anläggningstillgångar skulle kunna användas. Om kommunens primärvård, företagshälsovård eller t.ex. 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.

Med stöd av vad som anförts ovan kan det bedömas att kommunernas soliditet endast påverkas i liten grad av att räddningsverkens, socialvårdens och primärvårdens lösa egendom inte längre är kvar i kommunernas ägo.

Social- och hälsovården och räddningsväsendet, som ordnas av kommunerna, kan ha samband med egendom som ägs i form av aktiebolag, såsom aktier i fastighetsaktiebolag och andra aktiebolag. Även om ovannämnda aktier utgör lös egendom, överförs de inte till landskapet, utan landskapet övertar endast de hyresavtal som ingåtts med fastighetsaktiebolagen om de lokaler som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Till landskapet överförs dock sådana aktier, som ägs av kommunen, i aktiebolag vars verkliga huvudsakliga verksamhetsområde är produktion av social- och hälso-tjänster. Dessutom förutsätts att bolaget är kommunens dotterföretag, ägarintresseföretag eller intresseföretag på det sätt som avses i 1 kap. 6–8 § i bokföringslagen (1336/1997) och med vilket kommunen har ett avtal om produktion av social- och hälso-tjänster som är i kraft den 1 januari 2019. Enligt de utredningar som gjorts i samband med beredningen finns det cirka 20 kommuner som äger sådana aktier som avses ovan. Man har emellertid inte haft tillgång till uppgifter om hur dessa aktier har värderats i kommunernas balansräkningar. I kommunens bokföring genomförs överföringen av aktierna enligt samma principer som överföringen av den lösa egendomen och samkommunernas medlemskommunandelar, dvs. genom en sänkning av kommunens grundkapital.

4.4.2 Underskott i samkommuner som överförs till ett landskap

Medlemskommunerna i samkommuner för sjukvårdsdistrikt, specialomsorgsdistrikt och landskapsförbund ska täcka eventuella underskott i samkommunens balansräkning innan samkommunen överförs till landskapet. Enligt kommunallagen svarar medlemskommunerna för samkommunens finansiering och underskott, dvs. skyldigheten att täcka underskott är oberoende av social- och hälsovårds- och landskapsreformen. Det finns underskott särskilt i balansräkningarna för samkommuner för sjukvårdsdistrikt, även om underskotten enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 har minskat avsevärt under 2015. Underskotten i sjukvårdsdistriktens balansräkningar uppgår enligt förhandsinformationen för 2015 till cirka 93,5 miljo-

ner euro. Specialomsorgsdistriktens underskott var enligt förhandsinformationen sammanlagt cirka 1,5 miljoner euro. Enligt förhandsinformationen för 2015 förekom det betydande underskott på mer än 10 miljoner euro i Södra Karelen, Egentliga Tavastlands, Norra Savolax, Kymmenedalens och Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt.

Vilka konsekvenser sjukvårdsdistriktens underskott har för de olika kommunerna varierar avsevärt. Enligt bokslutsuppgifterna för 2014 gällde de stora konsekvenserna på över 10 miljoner euro Tavastehus, Villmanstrand och Kouvola. Konsekvenser på över 5 miljoner euro gällde Kotka, Uleåborg, Jyväskylä samt Kuopio och konsekvenser på över 3 miljoner euro gällde Riihimäki, Imatra och Åbo. I enlighet med vad som redan har konstaterats ovan, har sjukvårdsdistriktens underskott minskat avsevärt under 2015 och man kan anta att fram till 2018 förbättras situationen ytterligare.

Om det finns ett överskott i balansräkningen för en samkommun som överförs till ett landskap, har medlemskommunerna, i enlighet med grundavtalet för samkommunen, möjlighet att besluta vad som ska göras med överskottet innan samkommunen överförs till landskapet. Betydande överskott på över 10 miljoner euro uppvisar enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 särskilt sjukvårdsdistriktet i Helsingfors och Nyland, Birkaland, Vasa samt Mellersta Österbotten.

4.4.3 Kommunernas ansvar och förbindelser, avskrivningar och driftsinkomster

Reformens konsekvenser för kommunernas inkomster och driftsutgifter behandlas närmare i den del av regeringspropositionen som gäller kommunernas finansiering och statsandelar. Till följd av egendomsarrangemangen sker det en del ändringar i kommunernas inkomster. Kommunerna börjar få externa hyresinkomster för de lokaler som är i social- och hälsovårdsväsendets och räddningstvåsendets bruk under en övergångsperiod, dvs. åtminstone tre år. Hyran enligt det hyresavtal som ingås för övergångsperioden ska täcka sådana skäligena kapitalkostnader som kommunen har för lokalen samt lokalens underhållskostnader. Situationen efter övergångsperioden, dvs. efter 2021, behandlas separat nedan.

Om kommunens primärvård och socialvård redan för närvarande ordnas av ett sjukvårdsdistrikt eller genom andra samarbetsarrangemang, har de lokaler som kommunen äger redan i regel hyrts ut till sjukvårdsdistriktet, den samkommun som ansvarar för primärvården och socialvårdsväsendet eller den ansvariga kommunen. Även de regionala räddningstjänsterna är för närvarande verksamma i lokaler som har hyrts av kommunerna och situationen fortsätter i praktiken på samma sätt de tre första åren.

Från kommunernas inkomster försvinner sådana räntor för medlemskommunernas andelar av grundkapitalet som sjukvårdsdistriktet, specialomsorgsdistriktet och landskapsförbunden eventuellt har betalat. När det gäller räntebetalningsskyldigheten varierar praxis avsevärt mellan olika kommungrupper. Enligt de uppgifter som fanns tillgängliga i samband med beredningen betalar åtminstone samkommunerna för sjukvårdsdistriktet i Birkaland, Helsingfors och Nyland, Norra Savolax, Egentliga Finland, Lappland, Kajanaland, Vasa och Satakunta ränta på grundkapitalet till sina medlemmar. Hur räntan betalas och räntesatsen varierar emellertid avsevärt. 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 man inte i samband med beredningen på ett hundra procentigt sätt kunnat bedöma betydelsen av den ränta som betalas på medlemskommunandelarna. Det kan emellertid antas att räntan i praktiken har utgjort en rätt liten del av kommunernas totala inkomster.

Egendomsarrangemangen inverkar inte på kommunernas skuldmängd, dvs. de skulder som kommunerna ansvarar för blir oförändrade. Ansvar för social- och hälsovårdsväsendets och räddningsväsendets leasingfinansierade lösa egendom, såsom maskiner och inventarier, överförs emellertid från kommunerna till landskapen. Även beträffande skulderna har läget efter övergångsperioden bedömts separat nedan. Arrangemangen inverkar däremot på beloppet av koncernskulderna som meddelas i kommunernas koncernbokslut, eftersom de andelar av sjukvårdsdistriktens, specialomsorgsdistriktens och landskapsförbundens samkommuners skulder som ska sammanställas med koncernboksluten försvinner. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 försvinner det skulder på sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro från kommunernas koncernbokslut då sjukvårdsdistriktens, specialomsorgsdistriktens och landskapsförbundens skulder överförs på landskapens ansvar. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 uppgår kommunernas koncernskulder till sammanlagt 32,7 miljarder euro.

Ovan har det redan konstaterats att aktierna i aktiebolag som i huvudsak producerar social- och hälso-tjänster, som cirka 20 kommuner har i sin ägo, överförs till landskapet om bolaget är kommunens dotterföretag, ägarintresseföretag eller intresseföretag på det sätt som avses i 1 kap. 6–8 § i bokföringslagen (1336/1997) och om kommunen med bolaget har ett avtal om produktion av social- och hälso-tjänster som är i kraft den 1 januari 2019. 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. Under övergångsperioden förblir de lokaler som används av social- och hälsovården och räddningsväsendet i kommunernas ägo och de avskrivningar som gäller dem görs på samma sätt som för närvarande.

Kommunerna befrias från ett betydande ansvar som har hänförs till avtal då de avtal som gäller social- och hälsovården samt räddningsväsendet överförs på landskapens ansvar. De kostnader som uppkommer till följd av service-, anskaffnings- och hyresavtal samt andra avtal utgör kommunernas driftskostnader och överföringen av dem har behandlats närmare i den del av regeringspropositionen som gäller finansieringen och kommunernas statsandelar. Den administrativa uppgiften i anslutning till att avtalen övergår till landskapet har behandlats nedan.

4.4.4 Konsekvenser för samkommuner samt för kommunkoncerners strukturer och verksamhet

Reformen inverkar också på verksamheten vid andra samkommuner för social- och hälsovård än sjukvårdsdistriktet och specialomsorgsdistriktet. Även den egentliga verksamheten vid de frivilliga samkommunerna för social- och hälsovård övergår på landskapens organiseringsansvar. Till dessa samkommuner räknas även de samkommuner som bildats med stöd av bestämmelserna i lagen om en kommun- och servicestrukturreform. I samband med egendomsarrangemangen tillämpas de bestämmelser som gäller kommunerna på de s.k. frivilliga samkommunerna för social- och hälsovård. I praktiken innebär detta att landskapet hyr lokalerna av dessa samkommuner på samma sätt och enligt samma principer som av kommuner. Dessutom överförs dessa samkommuners lösöre och avtal till landskapet till de delar som lösöret och avtalen har samband med de tjänster som omfattas av landskapets ansvar att ordna tjänster.

När ovannämnda samkommuners egentliga verksamhet överförs till landskapet, inskränks samkommunens verksamhet till ägande av fastigheter och att vara 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 s.k. fastighetssamkommuner inom någon tidshorisont omvandlas till aktiebolag genom beslut av medlemskommunerna.

Egendomsarrangemangen har inte några direkta konsekvenser för kommunkoncernens strukturer eller verksamhet eftersom samkommuner för sjukvårdsdistrikt, specialomsorgsdistrikt och landskapsförbund inte hör till koncernen för någon kommun. Ovan har man redan separat behandlat bolag som ägs av vissa kommuner och som producerar social- och hälso-tjänster. I dessa kommuner har arrangemangen konsekvenser även för koncernens strukturer. Reformen i sin helhet inverkar dock i betydande grad på verksamheten i kommunernas dottersamfund. Bland annat kommer verksamheten i sådana bolag som tillhandahåller kostservice, städservice och lokaluthyrningstjänster samt i IKT-bolag, vilka ägs av en kommun, att ändras i stor utsträckning.

Det är också sannolikt att kommunerna börjar överföra lokaler som de äger och som används inom social- och hälsovården eller räddningsväsendet till nya aktiebolag eller aktiebolag som kommunerna redan äger. Att vara hyresvärd hör i princip inte till en kommuns kärnverksamhet, så det är naturligt att denna verksamhet så småningom överförs från kommunens egen organisation till kommunernas dottersamfund och i vissa fall även t.ex. till bolag som ägs gemensamt av kommunerna.

4.4.5 Konsekvenser av eigendomsarrangemangen för kommunerna under övergångsperioden och efter den

Det ingås ett hyreskontrakt mellan landskapet och kommunen om de lokaler som ägs av kommunen och som används av social- och hälsovårdsväsendet eller räddningsväsendet så att kontraktet gäller åtminstone fram till den 31 december 2021. Kommunerna och landskapet har således tre år på sig att anpassa sig till den nya situationen och de ändringar som uppstår till följd av den. Landskapet har en ensidig rätt att förlänga hyreskontraktets giltighetstid med ytterligare ett år och om landskapet har för avsikt att utnyttja denna rätt ska landskapet underätta kommunen om detta senast 12 månader innan hyreskontraktet löper ut. Landskapet beslutar om sitt nätverk av tjänster och om de lokaler som behövs inom ramen för sin självstyrelse, dvs. landskapet har beslutsrätt i frågan.

Flera år på förhand kan man inte på ett uttömmande sätt bedöma vilka beslut landskapen kommer att fatta om sitt nätverk av tjänster och lokaler. Inledandet av landskapens verksamhet tar oundvikligen tid och i praktiken är det sannolikt möjligt att fatta beslut i frågan först från och med 2019. Bedömningen av situationen påverkas också av frågor som gäller valfriheten för klienterna inom social- och hälsovården. Klienternas valfrihet kan leda till att landskapets behov av lokaler minskar ytterligare. På grund av att frågan är så komplex är det alltså i praktiken så gott som omöjligt att bedöma hur landskapens nätverk av tjänster och lokaler kommer att se ut efter övergångsperioden, dvs. efter 2019–2021. Som ett exempel kan nämnas att efter att verksamheten i samkommunen för Södra Karelens social- och hälsovård (Eksote) inleddes tog det flera år innan man kunde börja ändra på regionens nätverk av lokaler och arbetet i fråga pågår fortfarande. I varje fall kan man ändå anta att åtminstone en del av de lokaler som för tillfället är i bruk inom social- och hälsovårdsväsendet och räddningsväsendet kommer att tas ur bruk i framtiden.

Om sådana lokaler som ägs av kommunerna och som för närvarande används inom social- och hälsovården eller räddningsväsendet förblir oanvända i framtiden, inverkar driftkostnaderna (t.ex. uppvärmningskostnaderna) för de tomma lokalerna på kommunernas resultat och kan bidra till ett eventuellt underskott. Om de lokaler som inte längre är i bruk antingen säljs till ett pris som är lägre än balansvärdet eller rivs, ger detta upphov till en resultat effekt av engångsnatur som bidrar till kommunens eventuella underskott. Ett underskott i en kommuns balansräkning är ett av utvärderingskriterierna enligt kommunallagen för en kommun som har en speciellt svår ekonomisk ställning, dvs. en s.k. kriskommun. Enligt bestämmelsen om utvärde-

ringsförfarandet i 118 § i kommunallagen har finansministeriet dock prövningsrätt, dvs. förfarandet inleds inte automatiskt.

Antalet lokaler som eventuellt förblir oanvända och deras andel av kommunens samtliga lokaler kommer sannolikt att variera betydligt mellan olika kommuner. Man kan anta att problemet med tomma lokaler är temporärt i tillväxtcentrum och i närheten av dem och att problemet försvinner på relativt kort sikt då lokalerna så småningom tas i annan användning. Hur stort problem det är fråga om beror i hög grad på lokalernas ålder, skick och i synnerhet läge. De största utmaningarna uppkommer sannolikt 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 effekterna framträder sannolikt på rätt lång sikt. Om en lokal som blivit oanvänd till följd av landskapets beslut rivs eller säljs till ett pris som är lägre än balansvärdet, kan åtgärdens effekt på resultatet sannolikt elimineras genom en sänkning av kommunens grundkapital.

4.4.6 Konsekvenser av egendomsarrangemangen för landskapen

Till landskapen överförs fast och lös egendom som ägs av samkommuner för sjukvårdsdistrikt, specialomsorgsdistrikt och landskapsförbund. I enlighet med vad som redan konstaterats, uppgick den sammanlagda slutsumman av sjukvårdsdistriktens balansräkningar, enligt boksluten för 2014, till cirka 3,9 miljarder euro, varav bestående aktiva uppgick till cirka 3,2 miljarder euro. Den sammanlagda slutsumman av balansräkningarna för specialomsorgsdistriktens samkommuner uppgick till cirka 137,5 miljoner euro och beloppet av bestående aktiva för landskapsförbundens samkommuner uppgick till sammanlagt cirka 13 miljoner euro.

Lös egendom i de samkommuner som överförs, med undantag för aktier i fastighetsaktiebolag, blir kvar i landskapen, men fast egendom och aktier i ovannämnda fastighetsaktiebolag överförs landskapen vidare till ett riksomfattande servicecenter för lokal- och fastighetsförvaltning, som är ett aktiebolag som landskapen äger tillsammans. I stället för den fasta egendomen och aktierna i fastighetsaktiebolagen kommer landskapen alltså att äga aktier i servicecenteraktiebolaget. Det riksomfattande servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning ska med stöd av de hyresavtal som ingåtts med landskapen tillhandahålla sådana lokaler och göra sådana investeringar i lokaler som landskapen behöver samt tillhandahålla därtill hörande expertservice. Bolaget är ett s.k. in house-bolag, som producerar tjänster enbart för landskapet och dess icke-konkurrerande organisationer.

Ansvar för de skulder och förbindelser som samkommunerna för sjukvårdsdistrikten, specialomsorgsdistrikten och landskapsförbunden har eller har ingått övergår till landskapen. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 uppgår sjukvårdsdistriktens skulder till cirka 1,26 miljarder euro och specialomsorgsdistriktens skulder till cirka 40 miljoner euro. I inledningskedet överförs alltså ett skuldansvar på sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro till landskapen. Eftersom denna skuld framför allt hänför sig till sjukvårdsdistriktens byggnader, övergår största delen av skulden med fastigheterna till det riksomfattande servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning. I praktiken är det emellertid landskapen som ansvarar för skulden i form av de lokalhyror som landskapen betalar till servicecentret.

Det skuldbelopp som överförs från sjukvårdsdistrikten kommer att påverkas i synnerhet av hur sjukvårdsdistriktens medlemskommuner agerar med samkommunernas överskott. I vissa sjukvårdsdistrikt finns det överskott om vilka medlemskommunerna har rätt att besluta före utgången av 2018. 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 reparationssskuld, dvs. de är i behov av omfattande investeringar. Dessa behov syns redan nu eftersom det pågår mycket stora investeringsprojekt i sjukvårdsdistrikten och dessa överförs på landskapens ansvar och vidare på det riksomfattande servicecentrets ansvar. Exempelvis kostnaderna för ett byggprojekt som Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt ska påbörja beräknas uppgå till närmare 0,5 miljarder euro.

Lokalhyrorna för den social- och hälsovård som kommunerna ordnade 2014 uppgick till cirka 880 miljoner euro. Landskapen kommer alltså att överta en kostnad som är minst lika stor, för en övergångsperiod på åtminstone tre år. Ovan i det avsnitt som gäller konsekvenser för kommunerna har frågan om eventuella lokaler som blir tomma behandlats. Till landskapen och vidare till det riksomfattande servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning överförs även sådana lokaler och byggnader, som det inte nödvändigtvis finns användning för i framtiden, särskilt från sjukvårdsdistrikten. Det är i synnerhet fråga om gamla, stora sjukhusbyggnader med stora mängder utrymmen avsedda att användas som bäddavdelningar. I framtiden kommer en förändrad vårdpraxis oundvikligen att leda till att behovet av bäddavdelningar minskar avsevärt. Till följd av detta kommer landskapen och det riksomfattande servicecentret för lokal- och fastighetsförvaltning, som är ett aktiebolag, oundvikligen att i framtiden bli tvungna att lösa frågan om vad man ska göra med de lokaler som förblir oanvända. Detta kommer även att inverka på de hyror som landskapen betalar för lokalerna, eftersom underhållskostnaderna för tomma lokaler i vilket fall som helst belastar servicecentrets ekonomi. Det är emellertid ännu för tidigt att på ett uttömmande sätt bedöma vilka de ekonomiska konsekvenserna blir.

Även ett stort antal ansvar och skyldigheter som följer av avtal överförs till landskapen både från kommunerna och från de samkommuner som överförs till landskapen. Det är fråga om både hyresavtal och avtal som hänför sig till tjänsteproduktion, t.ex. leasingavtal. På landskapens ansvar överförs dessutom sjukvårdsdistriktens ansvar för ansvarsförsäkringen för patient-skador, som enligt nivån 2015 uppgår till cirka 418 miljoner euro. Detaljerad information om de förbindelser som överförs på landskapens ansvar fås från kommunerna före utgången av 2017 och från de samkommuner som överförs vid utgången av maj 2018. De samkommuner som överförs till ett landskap ska till landskapet senast den 31 maj 2018 lämna en detaljerad utredning om samkommunens egendom, om grunderna för den bokföringsmässiga värderingen av samkommunens egendom, om de skulder och andra förbindelser, ansvar och avtal som övergår till landskapet samt om sådana väsentliga förändringar i tillgångsposterna och om sådana operativa och ekonomiska risker, som inte framgår av det senaste bokslutet.

4.4.7 Statens borgensansvar i samband med egendomsarrangemangen

Till följd av egendomsarrangemangen kommer statens borgensansvar att öka. Det beviljas statsborgen för skulder och sådana förbindelser som hänför sig till dem som de samkommuner som överförs till landskapen har under övergångsskedet. Enligt de preliminära bokslutsuppgifterna för 2015 är det fråga om ansvar på cirka 1,3 miljarder euro.

4.4.8 Överlåtelseskatten

I propositionen föreslås att det ska föreskrivas om temporär skattefrihet vid ägandearrangemang som avser kommunernas lokaler i samband med bildandet av landskap och genomförandet av organiseringsansvaret. Redan nu innehåller vårt skattesystem bestämmelser, enligt vilka skattefrihet godkänns som en del av systemets karaktär och allmänna struktur i samband med sammanslutningars strukturförändringar. I 43 a–c § i lagen om överlåtelseskatt har skattefriheten avgränsats både tidsmässigt och i fråga om objekt.

4.5 Konsekvenser för beskattningen

4.5.1 Överföring av tyngdpunkten för beskattningen 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 till landskapen. Regeringens riktlinje att den totala skattegraden inte ska skärpas och att beskattningen av arbete inte ska höjas är utgångspunkt för de ändringar som gäller beskattningen. Sett ur ett grundlagsperspektiv ska 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. Man strävar efter att genomföra reformen så att dessa specialvillkor kan uppfyllas 2019. I beredningen av ändringen har man dessutom strävat efter att den ska genomföras på ett tydligt och med tanke på skattesystemet hållbart sätt.

Målet är att ändringen ska genomföras så att den är så neutral som möjligt både med tanke på de totala skatteintäkterna och med tanke på de skattskyldiga. Avsikten är att beskattningen varken ska stramas åt eller lindras. Totalt sett minskar skatteintäkterna dock en aning till följd av förändringen. Det beror på att de ändrade skattegrunderna för beskattningen av förvärvsinkomster har dimensionerats så att man på alla inkomstnivåer försöker minimera åtstramningar av beskattningen. Till följd av detta lindras beskattningen på vissa inkomstnivåer en aning. Det är fråga om en betydande strukturell ändring i skattesystemet där flera olika parametrar i stats- och kommunalbeskattningen ändras. Det är inte möjligt att genomföra ändringen så att beskattningen inte alls skulle ändras för en enda skattskyldig.

Till följd av ändringarna uppskattas intäkterna av kommunalskatten minska med sammanlagt 11 820 miljoner euro i kommunerna i Fastlandsfinland. Om kommunerna på Åland skulle tillämpa införandelagens bestämmelse och sänka sina kommunalskattesatser på samma sätt som kommunerna i Fastlandsfinland, skulle intäkterna av kommunalskatten minska med ytterligare uppskattningsvis 60 miljoner euro. Intäkterna av inkomstskatten till staten beräknas öka med 11 780 miljoner euro beräknat enligt nivån 2016. Intäkterna av kyrkoskatten beräknas öka med cirka 40 miljoner euro. I beräkningen har eventuella sänkningar av kyrkoskattesatserna inte beaktats. Totalt sett beräknas skatteintäkterna minska med sammanlagt 60 miljoner euro beräknat enligt nivån 2016.

Med stöd av propositionen kommer de kommunala skatteinkomsternas andel av den offentliga sektorns skatter och avgifter att minska från nuvarande cirka 23 procent till cirka 11 procent samtidigt som andelen skatteinkomster till staten ökar från cirka 47 procent till cirka 60 procent. Kommunalskattens andel av kommunernas skatteinkomster minskar från nuvarande cirka 85 procent till cirka 75 procent. Fastighetsskattens andel ökar från nuvarande cirka 7,5 procent till cirka 16,5 procent. Samfundsskattens andel ökar från nuvarande cirka 7,5 procent till cirka 9,5 procent. Den totala skattegraden förändras inte till följd av reformen.

Beräkningarna har gjorts enligt nivån 2016 och på basis av skattegrunderna för 2016. De uppdateras 2018 innan reformen träder i kraft 2019 utifrån de senaste tillgängliga uppskattningarna av skattebasen och de skattegrunder som gäller då. Vid sidan av de ändringar som föreslås i denna proposition konstateras i regeringens riktlinjer från den 29 juni 2016 att i samband med den slutliga beredningen ska beskattningsparametrarna fastställas så att beskattningen av arbete inte stramas åt över huvud taget. Det beräknas att skatteintäkterna då minskar med ungefär 200 miljoner euro mer än vad som föreslagits i denna proposition.

4.5.2 Konsekvenser för olika skattetagares skatteinkomster

De föreslagna ändringarna i beskattningen av förvärvsinkomster bedöms minska intäkterna av kommunalskatten med 11 320 miljoner euro och öka intäkterna av statens progressiva inkomstskatt med 11 255 miljoner euro och intäkterna av kapitalinkomstskatten med 25 miljoner euro bedömt enligt nivån 2016.

Förändringarna i beskattningen av förvärvsinkomster inverkar på beloppet av kapitalinkomstskatten genom avdragssystemet. Exempelvis hushållsavdraget görs i första hand från inkomstskatten till staten. Avdraget görs från de skatter som betalas för förvärvsinkomsterna och kapitalinkomsterna, enligt förhållandet mellan dessa skatter. När skatten på förvärvsinkomster ökar, minskar det belopp som dras av från skatten på kapitalinkomster, vilket ökar intäkterna av beskattningen av kapitalinkomster.

Även om reformen innebär en överföring av skatteinkomster från kommunerna till staten, inverkar reformen till följd av avdragssystemet även på intäkterna av kyrkoskatten och sjukförsäkringens sjukvårdspremie. Då intäkterna av statens progressiva inkomstskatt ökar, ska de avdrag som i första hand görs från statens andel av skatten på förvärvs- och kapitalinkomster i allt högre grad göras från statens andel av 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 kommunalskattesatserna, men intäkterna av kyrkoskatten ökar om inte församlingarna sänker sina kyrkoskattesatser.

Om församlingarna inte alls sänker sina kyrkoskattesatser, ökar intäkterna av kyrkoskatten med uppskattningsvis 40 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 15 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 procentsatsen 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 1 025 miljoner euro till cirka 80 miljoner euro. Detta minskar skillnaden mellan de nominella och effektiva kommunalskattesatserna i betydande grad jämfört med nuläget.

4.5.3 Konsekvenser för de skattskyldiga

Regeringens riktlinje att den totala skattegraden inte ska skärpas och att beskattningen av arbete inte ska höjas är utgångspunkt för ändringarna. Man strävar efter att genomföra reformen utan att beskattningen av arbetet skärps på någon inkomstnivå 2019. Man strävar också efter att om möjligt hålla beskattningen av pensionsinkomster och andra förmånsinkomster (t.ex. arbetslöshetsförmån) på samma nivå som förut. Skärpningen av statsbeskattningen har dimensionerats så att den motsvarar en sänkning av kommunalskattesatserna med 12,30 procentenheter. Eftersom det är omöjligt att genomföra reformen så att inte skattesatsen för en enda enskild person skulle förändras alls, förekommer det såväl små lättnader som små skärpningar i beskattningen av alla inkomstslag på de olika inkomstnivåerna. Enligt granskningarna enligt inkomstslag är skatteskarpningarna på alla inkomstnivåer lägre än 0,5 procentenheter. Dessa

ändringar har ansetts vara så små i förhållande till reformens omfattning att de inte står i strid med regeringen riktlinjer.

Kalkylerna har gjorts utifrån de genomsnittliga skattesatserna för kommunalskatten och kyrkoskatten. 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.

	Nuläge			Social- och hälsovårdsreformen			Förändring		
	Lön	Pension	Förmån	Lön	Pension	Förmån	Lön	Pension	Förmån
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 000	7,67	0	10,63	7,67	0	10,43	0	0	-0,2
10 000	7,67	0	18,75	7,67	0	18,3	0	0	-0,45
15 000	11,75	11,52	22,14	11,77	11,13	21,6	0,02	-0,39	-0,54
20 000	17,77	19,15	24,56	17,74	18,4	24,2	-0,03	-0,75	-0,36
30 000	25,22	25,41	27,99	25,35	25,64	28,03	0,13	0,23	0,04
40 000	30,57	31,05	31,06	30,64	31	31	0,07	-0,05	-0,06
50 000	34,27	34,24	33,64	34,44	34,28	33,68	0,17	0,04	0,04
60 000	37,04	36,91	35,41	37,19	36,97	35,47	0,15	0,06	0,06
70 000	39,01	38,82	36,67	39,16	38,89	36,75	0,15	0,07	0,08
80 000	40,61	41,24	38,61	40,75	41,32	38,7	0,14	0,08	0,09
90 000	42,81	43,38	40,38	42,94	43,47	40,47	0,13	0,09	0,09
100 000	44,5	45,09	41,79	44,66	45,19	41,89	0,16	0,1	0,1
110 000	45,84	46,5	42,95	46,05	46,6	43,05	0,21	0,1	0,1
120 000	46,96	47,66	43,91	47,06	47,77	44,02	0,1	0,11	0,11

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 beviljas alla skattskyldiga så att säga på tjänstens vägnar. Det är omöjligt att granska alla kombinationer av olika inkomstslag och avdrag, så det är möjligt att beskattningen för en enskild skattskyldig skärps eller lindras mer än vad som anges i tabellerna ovan.

Vilka konsekvenser ändringen har på beskattningen av en enskild skattskyldig har granskats utifrån Skatteförvaltningens databas över skatteuppgifter för 2014 med hjälp av finansministeriets och Statens ekonomiska forskningscentrals mikrosimulationsmodell som kallas Tuja. I granskningen har man upptäckt enstaka fall där beskattningen av en skattskyldig skärps eller lindras mer än vad som anges i tabellerna ovan. Det är en granskning som har gjorts med basmaterialet för 2014, höjt till nivån för 2016. År 2018 då skatteparametrarna uppdateras så att de motsvarar prognoserna över situationen 2019, är det skatteuppgifterna för 2016 som är tillgängliga. Då görs granskningen på nytt och parametrarna för modellen med skatteskala fastställs så att åtstramningar i beskattningen kan minimeras.

Personer för vilka beskattningen stramas åt mer än vad som anges i tabellerna ovan är bl.a. de som har dragit av förluster från tidigare skatteår. För en fysisk person fastställs en förlust inom ett förvärvsinkomstslag separat vid statsbeskattningen och kommunalbeskattningen och förlusterna dras av under de kommande tio skatteåren i takt med att det uppkommer inkomster. Om en person har en sådan förlust inom ett förvärvsinkomstslag som uppkommit före reformen trädde i kraft och som inte har dragits av vid kommunalbeskattningen, men som redan har dragits av vid statsbeskattningen, minskar den gamla förlustens inverkan för den skattskyldige. Detta beror på att den skattelindringseffekt som avdraget från den skattepliktiga inkomsten har är beroende av kommunalskattesatsen. Då kommunalskattesatsen minskar, minskar även effekten av avdragen vid kommunalbeskattningen för den skattskyldige. Om det i samband med gamla förluster är fråga om en sådan situation som beskrivits ovan, där motsvarande avdrag inte görs vid statsbeskattningen, minskar effekten av den gamla förlusten.

Vårt skattesystem utgår från att förluster dras av under de kommande tio skatteåren i takt med att det uppkommer inkomster. Nyttan av avdraget bestäms alltid enligt skattegrunderna för det skatteår då avdraget görs. I fråga om gamla förluster överensstämmer effekten således med skattesystemets grundläggande logik, i och med att nyttan av att gamla förluster dras av varierar enligt vilket år förlusten dras av. Således ger dessa fall inte orsak att ändra på modellen. I de granskningar som gjorts utifrån basmaterialet för 2014, höjt till nivån för 2016, har det upptäckts 185 fall där beskattningen för personer som dragit av gamla förluster skärps med mer än 0,5 procentenheter.

Större skatteskäpningar än vad som framgår av tabellerna ovan har observerats i fall där den skattskyldige har rätt till sådana avdrag som enbart kan göras i kommunalbeskattningen på Åland, vars betydelse minskar i och med att kommunalskattesatsen sänks. I de granskningar som gjorts utifrån basmaterialet för 2014, höjt till nivån för 2016, har det observerats 2 434 sådana skäpningar på över 0,5 procentenheter som beror på Ålands avdrag. Det finns 702 sådana fall där beskattningen skärps med över 1 procentenhet. Beredningen av ärendet fortsätter i samarbete med Åland.

Dessutom har det upptäckts fall där en kombination av låg pensionsinkomst och andra förvärvsinkomster leder till att beskattningen skärps mer än vad som anges i tabellerna. I dessa fall skärps beskattningen med som mest 1,42 procentenheter. I de granskningar som gjorts utifrån basmaterialet för 2014, höjt till nivån för 2016, har det upptäckts 1 278 sådana fall där beskattningen skärps med mer än 0,5 procentenheter. Det finns 225 fall där beskattningen skärps med över 1 procentenhet. Situationen granskas på nytt 2018, då såväl skattegrunderna som de skattskyldigas inkomster bättre motsvarar situationen det år då reformen träder i kraft, och uppdateringen av parametrarna för modellen med skatteskala genomförs 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 2019, eftersom dessa frågor beror på kommunernas beslut. I införandelagen begränsas ändringar av kommunalskattesatserna efter året för ikraftträdandet. Utgångspunkten är att en kommun ska få höja sin kommunalskattesats med högst en procentenhet fram till 2021 jämfört med läget 2019. Författningen innefattar dock en möjlighet till undantag så att en kommun kan höja sin kommunalskattesats mer än detta om det är nödvändigt för att trygga kommunens likviditet, och likviditeten inte kan tryggas i tillräcklig utsträckning på något annat sätt. 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 med mer än en procentenhet åren 2020 och 2021. Man kan inte på förhand bedöma storleken på sådana höjningar eller deras antal. Således är det också svårt att bedöma om de regionala skillnaderna inom beskattningen ökar efter reformen, och om effekterna av reformen berör medborgarna på ett jämlikt sätt oberoende av boningsort. Det är också möjligt att kommuner höjer sina skattesatser 2018 för att förbereda sig inför reformen.

4.5.4 Konsekvenser för inkomstfördelningen

Finansministeriets skatteavdelning har preliminärt bedömt konsekvenserna när det gäller inkomstfördelningen av de skatteändringar som föreslås i denna proposition. I det här skedet är det inte möjligt att lägga fram närmare bedömningar om konsekvenserna när det gäller inkomstfördelningen eftersom skatteparametrarna ännu kommer att preciseras så att de föreslagna ändringarna motsvarar regeringens riktlinjer från den 29 juni 2016, enligt vilka beskattningen av arbete inte ska stramas åt över huvud taget. Utifrån de preliminära bedömningarna kan det dock konstateras att eftersom man försöker förverkliga skatteändringarna så neutralt som möjligt på alla inkomstnivåer, bedöms konsekvenserna vara relativt små när det

gäller inkomstfördelningen. Enligt de nuvarande kalkylerna kan skatteändringarna beräknas minska inkomstskillnaderna i liten grad.

4.5.5 Förändringar i samfundsskatten

Kommunernas andel av intäkterna av samfundsskatten beräknas minska med 500 miljoner euro enligt nivån 2016 och statens andel beräknas öka i motsvarande grad. De enskilda kommunernas andelar av kommungruppens intäkter av samfundsskatten ändras inte.

4.5.6 Ersättande av invalidavdraget med ett direkt stöd

Slopandet av invalidavdraget vid statsbeskattningen uppskattas öka skatteintäkterna med 11 miljoner euro, varav statens andel är 10 miljoner euro och kommunernas andel 1 miljon euro. Slopandet av invalidavdraget vid kommunalbeskattningen uppskattas öka skatteintäkterna med 15 miljoner euro, varav kommunernas andel är 10 miljoner euro, församlingarnas andel 1 miljon euro och Folkpensionsanstaltens andel 1 miljon euro. Det överlämnas en separat regeringsproposition om ersättande av avdragen med direkt stöd i samband med den fortsatta beredningen av reformen av den lagstiftning som gäller personer med funktionsnedsättning. Effekterna av ändringarna på kommunernas skatteinkomster beaktas i kompensationen för förloerade skatteinkomster.

4.5.7 Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen

Underhållsskyldighetsavdraget vid statsbeskattningen är ett avdrag som görs endast från inkomstskatten till staten. Eftersom inkomstskatt i fortsättningen betalas på en lägre inkomstnivå än i dagens läge, kommer allt fler personer att omfattas av underhållsskyldighetsavdraget. Till följd av social- och hälsovårds- och landskapsreformen bedöms underhållsskyldighetsavdragets sänkande effekt på skatteintäkterna öka från nuvarande cirka 3 miljoner euro till cirka 4,5 miljoner euro.

4.5.8 Ändring av fördelningen av beskattningskostnaderna

Ändringen av grunderna för fördelning av beskattningskostnaderna beräknas minska kommunernas beskattningskostnader med cirka 70 miljoner euro och ökar statens beskattningskostnader i motsvarande grad, beräknat enligt nivån 2016. 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.

4.6 Konsekvenser för finansieringen av pensioner

4.6.1 Överföring av tyngdpunkten i beskattningen från kommunerna till staten

Vid bedömning av den hållbara nivån på pensionsavgiften i pensionssystemen påverkas slutresultatet av de antaganden som används. De beräkningsantaganden som Keva nu använder skiljer sig från beräkningsantagandena i det privata arbetspensionssystemet. Till följd av detta är Kevas pensionsavgift högre än om antagandena i det privata arbetspensionssystemet skulle användas. På basis av de utredningar som gjorts i samband med beredningen av denna proposition anses det vara möjligt att antagandena kan ändras så att de närmar sig antagandena i det privata arbetspensionssystemet. Det är dock inte ändamålsenligt att ta in bestämmelser om beräkningsantagandena i lagstiftningen, eftersom det måste gå smidigt att ändra dem beroende på det ekonomiska läget och andra förändringar. Därför föreslås det att Keva själv fortsättningsvis ska besluta om de antaganden som används.

De ekonomiska konsekvenserna av denna proposition beror dock på de antaganden som används. Konsekvenserna presenteras därför nedan på två sätt, med nuvarande antaganden samt med förändrade antaganden som närmar sig antagandena i det privata arbetspensionssystemet. Dessa utgör ytterligheterna av de möjliga antagandena. Det bör noteras att de antaganden som verkligen väljs kanske ligger någonstans mellan dessa ytterligheter.

Det privata arbetspensionssystemet använder i sina antaganden en beräkningsperiod som sträcker sig fram till 2080 och en reell avkastning på placeringar på 3,5 procent per år, och man antar att lönebeloppet förblir oförändrat.

I Kevas nuvarande antaganden sträcker sig beräkningsperioden fram till 2100, man använder en reell avkastning på placeringar på 3,0 procent per år och lönebeloppet antas minska med 10 procent under de närmaste tio åren. Med dessa antaganden och det nuvarande lönebeloppet uppgår pensionsavgifterna sammanlagt till 28,5 procent, och av detta är utjämningsavgiften 4,0 procent.

Om man går till den andra ytterligheten av antagandena, sträcker sig beräkningsperioden fram till 2080, och den reella avkastningen av placeringarna är under de första fem åren 2,5 procent, de följande fem åren 3,0 procent och därefter 3,5 procent. Lönebeloppet antas minska med 5 procent under de närmaste tio åren. Pensionsavgifterna uppgår då sammanlagt till 27,0 procent och utjämningsavgiften till 2,5 procent. Om avvikelserna kan motiveras, behöver antagandena inte ändras så att de helt överensstämmer med det privata arbetspensionssystemet. I det nuvarande investeringsklimatet är en reell avkastning på 3,5 procent inte realistisk. Det är inte heller realistiskt att anta att antalet anställda i Kevas medlemsamfund, och därmed lönebeloppet, inte alls minskar.

4.6.2 Pensionernas konsekvenser för ekonomin mellan staten och kommunerna

Staten tar via landskapen på sig ansvaret för kostnaderna för den personal som överförs dit. Dessa kostnader fördelas i förhållande till den överförda personalen. Väsentligt för finansieringen av pensionerna är hur den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften och den ersätande utjämningsavgiften ska fördelas. Det föreslås nu att de fördelas i förhållande till lönebeloppet för den personal som överförs från kommunerna och till landskapen och den personal som stannar i kommunerna.

Man vet inte ännu exakt hur många anställda som överförs eller vad deras lönebelopp uppgår till. En bedömning som helt enkelt baserar sig på antalet överförda anställda leder till antagandet att 55 procent av personalen flyttas till landskapen och 45 procent stannar i kommunerna. Utgående från siffrorna för 2016 (där den pensionsutgiftsbaserade avgiften ännu är 5,21 procent) skulle landskapen betala 480 miljoner euro och kommunerna 400 miljoner euro av utjämningsavgiften. Utgående från de förändrade antagandena (utjämningsavgiften 2,5 procent) skulle landskapen betala 230 miljoner euro och kommunerna 192 miljoner euro.

4.6.3 Konsekvenser för kommunernas ekonomi

För närvarande fördelas den pensionsutgiftsbaserade avgiften mycket ojämnt mellan kommunerna. Detta beror på att den baserar sig på det pensionsskydd som har tjänats in före 2005. Eftersom kommunernas personal har förändrats på mycket olika sätt i olika kommuner, kan den pensionsutgiftsbaserade avgiften i vissa kommuner vara 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 det först och främst att kommunernas utjämningsavgift ska fastställas i förhållande till kommunernas skattefinansiering. Detta leder till att fördelningen av den pensionsutgiftsbaserade avgiften, i fortsättningen utjämningsavgiften,

mellan kommunerna förändras. Särskilt de kommuner som förlorar invånare på grund av utflyttning kommer att dra nytta av förändringen. När utjämningsavgiften fördelas i förhållande till skattefinansieringen, faller avgiftsbelastningen på kommunerna enligt de enskilda kommunernas bärkraft på ett mera rättvist sätt än för närvarande.

På grund av landskapsreformen överförs ansvaret för att betala utjämningsavgiften till stor del på landskapen, i praktiken alltså på staten. Kommunernas andel av avgiften minskar märkbart jämfört med nuläget, och i de flesta kommunerna blir utjämningsavgiften i fortsättningen mindre än den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften. Om antagandena inte ändras alls (utjämningsavgiften uppgår till 5,2 procent), stiger utjämningsavgiften i ca 15 kommuner jämfört med den nuvarande pensionsutgiftsbaserade avgiften. I alla andra kommuner sjunker utjämningsavgiften. I ytterligheten med förändrade antaganden där utjämningsavgiften är ca 2,5 procent av lönebeloppet sjunker utjämningsavgiften i alla kommuner. Det är dock svårt att bedöma propositionens exakta konsekvenser för de enskilda kommunernas ekonomi, eftersom kommunernas personalstrukturer är olika och antalet överförda anställda i en kommun därmed inte kan bedömas exakt. Dessutom beaktas överföringen av kommunernas uppgifter till landskapen i form av en motsvarande minskning av inkomsterna på riksnivå.

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

4.7.1 Allmänt

Propositionen kan bedömas ha betydande konsekvenser för demokratin, invånarnas möjligheter till inflytande samt den politiska verksamhetskulturen och det politiska verksamhetssystemet. Eftersom det är fråga om inrättande av en ny förvaltningsnivå, kan konsekvenserna av propositionen till denna del bedömas mera ingående först efter en längre tid.

I och med propositionen kommer uppgifter som tidigare har hört till kommunerna och statens regionalförvaltning att övergå till landskapen. Överföringen av uppgifterna från kommunerna till landskapen kan i praktiken begränsa invånarnas möjligheter till inflytande på lokal nivå och leda till att beslutsfattandet fjärras från kommuninvånarna. Fjärrmandet av beslutsfattandet minskas dock av att landskapets högsta beslutande organ ska väljas genom direkta val. Dessutom skapar propositionen även förutsättningar för direkt delaktighet i landskapen. Landskapets invånare ska i enlighet med den föreslagna landskapslagen ha rätt till delaktighet och inflytande, och dessa rättigheter motsvarar långt kommuninvånarnas rätt att delta och påverka enligt kommunallagen. Rättigheterna ska kompletteras med bestämmelserna i lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Därmed förblir rätten till inflytande oförändrad, trots att det i stället för kommunen i fortsättningen ska vara landskapet som ansvarar för att ordna uppgifter. Av uppgifterna i landskapen, som har flera olika verksamhetsområden, överförs många till landskapen, och därmed till ett beslutsfattande som är mera demokratiskt än tidigare, från antingen statens regionalförvaltning eller t.ex. landskapsförbunden. Landskapens förvaltning ska, i likhet med kommunernas självstyrelse, basera sig på landskapens invånares självstyre, som de utövar genom de representanter de valt till landskapsfullmäktige. Invånarnas möjligheter till inflytande utvidgas även till sådana uppgifter som invånarna hittills inte har haft lagstadgad rätt att påverka direkt. Detta kan bidra till att stärka demokratin.

Invånarna kan i fortsättningen påverka inte bara på kommunnivå, utan i stor utsträckning även på landskapsnivå. Kommunerna kommer även i fortsättningen att ha betydande beslutanderätt, och kommunerna ska fortsättningsvis erbjuda kanaler genom vilka invånarna kan påverka de uppgifter kommunerna ansvarar för samt frågor som gäller ordnandet av de tjänster kommunerna ansvarar för och lokala ärenden i allmänhet. De landskap som ska bildas kommer dessutom tillsammans med kommunerna att ha ett delat och delvis överlappande ansvar t.ex. för

områdets invånares välfärd i egenskap av att de står för ordnandet av tjänster samt för områdets miljö och utvecklingen av den. Ur landskapens invånares synpunkt bör kommunernas och landskapens tjänster och system för delaktighet utgöra en enda sammanhängande och tydlig helhet. Invånarna måste i fortsättningen veta i vilka ärenden man ska sträva efter delaktighet via kommunen och i vilka ärenden via landskapet. Detta förutsätter att invånarna aktivt tar reda på saker, men understryker särskilt samarbetet mellan landskap och kommun samt deras ansvar att aktivt, tydligt och öppet informera om de frågor de ansvarar för samt om möjligheterna att delta. Annars finns det en risk för att servicesystemen och systemen för deltagande på olika förvaltningsnivåer bildar en otydlig helhet ur kommuninvånarnas perspektiv, vilket kan både minska intresset för att delta och försvåra själva deltagandet. De bestämmelser om kommunikation och information som finns i landskapslagen och i lagen om ordnandet av social- och hälsovården främjar öppen, klientinriktad förvaltning och beredning.

4.7.2 Konsekvenser för demokratin

De konsekvenser som inrättandet av en ny förvaltningsnivå får för demokratin beror även på i vilken mån invånarna i landskapet är intresserade av att ha inflytande och delta i landskapets verksamhet.

Utgångspunkten i propositionen är att invånarna i landskapen ska ha så omfattande rättigheter som möjligt att delta i skötseln av frågor inom landskapet både i egenskap av invånare och genom att verka som förtroendevald. Det är möjligt att invånarnas intresse för frågor i landskapet och för t.ex. landskapsfullmäktige är litet, vilket kan visa sig t.ex. i form av lågt valdeltagande i landskapsvalet.

Avsikten är att landskapsvalet från och med 2021 ska förrättas samtidigt som kommunalvalet. Det första landskapsvalet ska dock förrättas i samband med presidentvalet 2018. Att kombinera flera val kan påverka valdeltagandet; enligt internationell forskning kan kombinerade val höja valdeltagandet med i medeltal några procentenheter. Risker vid kombinerade val kan dock vara att det ena valets agenda överskuggas av det andras och 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. Dessutom kan kända kandidaters synliga kampanjer leda till att temana i kommunalvalet får ännu mindre uppmärksamhet än vanligt. Så gick det i det kombinerade Europaparlamentsvalet och kommunalvalet 1996. Man har dock t.ex. i Sverige konstaterat att den gemensamma valdagen inte nödvändigtvis har någon avgörande betydelse för att riksdagsvalet dominerar den politiska diskussionen på bekostnad av kommunalvalet.

I Finland har man få erfarenheter av att förrätta flera val samtidigt. På nationell nivå har det hänt en enda gång 1996, då det första Europaparlamentsvalet förrättades i samband med kommunalvalet. Valdeltagandet var då 60,3 % i Europaparlamentsvalet och 61,3 % i kommunalvalet. Inom området för förvaltningsförsöket i Kajanaland förrättades 2004 och 2008 landskapsval i Kajanaland i samband med kommunalvalet. Valdeltagandet var också då lågt i både kommunalvalet (50,9–59,8 %) och landskapsvalet (49,6–58,8 %). Ett speciellt drag i det kombinerade valet 1996 var den stora andelen förkastade valsedlar (Europaparlamentsvalet 4,9 %, kommunalvalet 1,6 %). Detta var delvis en följd av att en del av väljarna trots instruktionerna hade förväxlat de två valsedlarna med varandra när de gjorde sin röstningsanteckning. Också i landskapsvalen i Kajanaland blandades valsedlarna i betydande utsträckning ihop, vilket ledde till att en stor andel av valsedlarna förkastades (2,0–6,6 %).

Det kan bedömas att väljarens uppgift i simultana val blir något mera utmanande än i vanliga val. Väljaren måste för det första sätta sig in i valtemana i de båda valen och besluta vilken kandidat i vardera val han eller hon ska rösta på samt dessutom ta reda på kandidaternas

nummer och anteckna dem på rätt valsedlar. Valmyndigheterna måste naturligtvis ägna särskild uppmärksamhet åt att informera om det korrekta röstningsförfarandet, men ansvaret vid röstningen och i synnerhet när man gör röstningsanteckningen i röstningsbåset kommer sist och slutligen an på väljaren själv.

Valdeltagandet och intresset för landskapsvalet kan även påverkas av de lagändringar om rådgivande kommunala folkomröstningar som föreslås i denna proposition. I fortsättningen ska folkomröstningar i såväl landskap som kommuner kunna anordnas i samband med landskapsval och kommunalval och, om kommunen eller landskapet så vill, som endast brevöstning. Att folkomröstningar anordnas i samband med val kan öka det allmänna intresset för landskapsval och kommunalval. Dessutom kan de ovannämnda ändringarna leda till sänkta kostnader för folkomröstningar och sänka tröskeln för att anordna dem.

Det är svårt att på förhand bedöma inte bara valdeltagandet, utan också om det kommer att intressera att verka som förtroendevald i landskapet. Det är möjligt att inrättandet av landskapen gör att det inte längre är lika lockande att bli förtroendevald i kommunen. Viljan att ställa upp i kommunalval eller annars delta i det kommunala beslutsfattandet kan komma att minska till följd av propositionen, eftersom beslut om social- och hälsovårdsfrågor, som nu hör till kommunfullmäktiges behörighet, i fortsättningen ska fattas av landskapen. Utvecklingen kan dock inverka positivt på kommunala förtroendevaldas verksamhetsförutsättningar, t.ex. vad gäller tidsanvändningen. Det är även möjligt att en och samma person i fortsättningen är förtroendevald på flera förvaltningsnivåer, och då ökar i stället problemen i fråga om tidsanvändningen. Det är möjligt att detta ökar professionaliseringen av de politiska uppgifterna samt utgifterna för valkampanjerna. I landskapslagen strävar man efter att trygga verksamhetsförutsättningarna för de förtroendevalda i landskapen. De förtroendevalda ska liksom de förtroendevalda i kommunerna bl.a. ha rätt att få ledigt från sitt arbete för att sköta förtroendeuppdrag. Lagen innehåller också behövliga bestämmelser om rätten till sammanträdesarvoden och ersättningar samt en möjlighet att få tjänst- eller arbetsledighet för förtroendeuppdrag på heltid. Bestämmelserna är även av mer övergripande betydelse för främjandet av fullmäktigearbetet och demokratin i landskapet.

Inrättandet av landskapen har dessutom konsekvenser för den politiska verksamhetskulturen på såväl landskaps- som kommunnivå. Enligt propositionen ska ansvaret för uppgifter på landskapsnivå och beslutsfattandet i anslutning till dem ankomma på de förtroendevalda som uttryckligen valts för detta. Detta kan, åtminstone på lång sikt, leda till bättre möjligheter att driva gemensamma intressen och ordna tjänster inom större områden än kommunen, dvs. inom landskapet. Konsekvenserna av inrättandet av landskapen sträcker sig även till de organisatoriska strukturerna och deltagandestrukturerna i kommunerna. Överföringen av uppgifterna kan t.ex. leda till ett behov av ändringar i kommunernas organisatoriska strukturer. Likaså förändras t.ex. påverkansorganens uppgifter och verksamhet enligt kommunallagen, och samtidigt understryks behovet av samarbete med de påverkansorgan i landskapet som ingår i lagförslaget.

Att landskapsfullmäktige utses genom val innebär att antalet förtroendevalda ökar, 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, liksom de bestämmelser om invånarnas rätt till inflytande som ska ingå i landskapslagen, kan bedömas hejda fjärmandet av beslutsfattandet.

Reformen av bestämmelserna om valfrihet och reformen av principerna för att bli tjänsteprocent kommer att få konsekvenser för deltagandet och demokratin.

För att trygga en god förvaltning och öppenhet är det viktigt att de demokratiska möjligheterna till inflytande sträcker sig så långt som möjligt också i bolagsverksamheten och att invånarna och de förtroendevalda får tillräckligt med information om landskapets verksamhet. Med stöd av landskapslagen ska invånarnas möjligheter till delaktighet och inflytande gälla också alla de tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av landskapets ansvar att ordna tjänster.

4.7.3 Konsekvenser för det politiska systemet

Inrättandet av landskapen får även konsekvenser för de politiska partiernas verksamhet. Landskapsvalet är ett helt nytt val, och partierna måste ställa upp kandidater och ordna valkampanjer också för detta val. Detta föranleder ytterligare kostnader för partierna och deras lokalorganisationer, och därmed ökar också behovet av valfinansiering. Att kandidaterna ställs upp enligt landskap kan även påverka organisationsstrukturen inom vissa partier.

Syftet med landskapslagen är att skapa förutsättningar för samarbete mellan landskapen och organisationerna och för organisationernas möjligheter till inflytande. Kommunerna har nu en betydande roll när det handlar om att stödja lokal organisationsverksamhet. Till exempel deltar social- och hälsoorganisationerna i både planering och produktion av tjänster på kommunnivå i samarbete med kommunerna. Till denna del beror propositionens konsekvenser i betydande utsträckning på hur landskapets verksamhet i praktiken utformar sig och på hur olika modeller för hörande och samarbete tas i bruk i landskapen.

Syftet med landskapslagen är att i landskapets verksamhet skapa förutsättningar för förverkligande av landskapets invånares möjligheter till delaktighet och inflytande. Förslagen om invånarnas rätt till inflytande skapar dessutom förutsättningar för att förbättra växelverkan mellan landskapet och dess invånare och för att öka öppenheten och klientorienteringen i förvaltningen. På det hela taget är det först på längre sikt möjligt att göra mer omfattande bedömningar av vilka konsekvenser inrättandet av landskapen får för invånarnas delaktighet, beslutsfattandet och den politiska verksamhetskulturen. Konsekvenserna beror i betydande utsträckning på hur landskapets verksamhet verkligen utformar sig samt bl.a. på hurdana landskapens organisatoriska strukturer och strukturer för beslutsfattande blir, i vilken mån man i landskapen tar i bruk de möjligheter till inflytande som lagen möjliggör och i vilken mån de tillämpas i de olika landskapen.

4.8 Konsekvenser för människorna

4.8.1 Konsekvenser för klienter och patienter inom social- och hälsovården

Syftet med denna proposition är att sköta om befolkningens välfärd och hälsa och att därigenom minska skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna. Ett annat syfte är att skapa ändamålsenliga förutsättningar för tillträde till vård eller tjänster och för att det i hela landet ska finnas tillräcklig tillgång till tjänster på lika villkor samt en servicestruktur som tar hänsyn till behoven hos de människor som behöver tjänster och till förändringar i dessa behov.

Konsekvenser för välfärd och hälsa, jämlikhet och minskande av skillnaderna mellan befolkningsgrupperna

Genom reformen sammanförs ansvaret för ordnandet av tjänsterna på färre och större organisationer än för närvarande, dvs. på landskapen. Landskapen är till befolkningsmängden och arealen större än kommunerna och har bättre förutsättningar än de nuvarande att bedöma olika befolknings- och klientgruppers behov av tjänster och att rikta resurser utgående från de behov som finns. Landskapen kan även bättre och mer omfattande än för närvarande stödja främjan-

det av välfärd och hälsa i kommunerna. I tjänsteproduktionen ger större volymer möjlighet att kontrollera regionala och lokala variationer i tjänsteproduktionen. Detta understöds av integrationen av tjänsterna, av tjänster på basnivå och specialnivå samt av ordnande av social- och hälsovårdstjänster under samma ledning. Landskapen kan även, eftersom de är större än kommunerna, bättre följa med skillnaderna i invånarnas hälsa och tillsammans med kommunerna hitta sätt att minska dessa skillnader antingen inom kommunerna eller inom social- och hälsovårdstjänsterna.

Lika tillgång till tjänster

System inom vilka ansvaret för att ordna och finansiera tjänster har fördelats mellan många regionala och lokala aktörer innebär samtidigt regelrätta variationer i fördelningen av resurserna till tjänsterna, i produktionsvolymen, i tillgången och i kvaliteten. Detta leder samtidigt till att befolkningens likvärdighet inte förverkligas på bästa möjliga sätt. Problemen i tillgången till tjänster och köerna i anslutning till detta har skapat oro och missnöje bland dem som behöver och använder tjänsterna. Att väldigt många aktörer av olika storlek ansvarar för att ordna tjänster har även lett till att innehållet i och kvaliteten på de tjänster invånarna får varierar avsevärt. Inom hälso- och sjukvården har detta inneburit variationer i vårdpraxis och inom socialvården variationer i förvaltningsbeslut och tjänster. Jämlikheten bland invånarna har inte förverkligats.

Utgående från en konsekvensbedömning som gjorts av Institutet för hälsa och välfärd kan helhetsintegrationen av social- och hälso-tjänsterna väntas stödja lika tillgång och tillgänglighet till tjänster. Förutsättningarna för bättre tillgång till tjänster och för jämlikhet förbättras i större strukturer. Till exempel i utredningarna om kommun- och servicestrukturen har man märkt att tillgången till tjänster har förbättrats inom samarbetsområdena, särskilt i små kommuner. Utgående från de erfarenheter man fått och från Institutet för hälsa och välfärds konsekvensbedömning kan man bedöma att kvaliteten på och tillgången till tjänsterna kommer att tryggas bättre än i den struktur som följer av den gällande lagstiftningen. Särskilt för invånarna i små kommuner kan tjänsterna tryggas bättre än för närvarande när den som ansvarar för tjänsterna är en organisation med ekonomiskt och verksamhetsmässigt avsevärt bättre bärkraft än nu. Detta stöds också av landskapens samarbetsområdets ansvar att fastställa enhetlig verksamhetspraxis för landskapen i området.

Den förbättrade tillgängligheten till tjänster stöds av utredningar om att servicenätverket inom de nya samarbetsområden och kommunsammanslagningständer som bildats utgående från tidigare lagstiftning har skurits ner närmast i stadskärnorna och inte i randområdena. Målet och resultatet har då varit en jämnare fördelning av resurserna inom hela det nya området. Enligt ARTTU-undersökningen har tjänsterna inte flyttats längre bort från användarna inom samarbetsområdena. Inte heller i kommunsammanslagningkommuner har man kunnat se någon stark koncentring av tjänsterna. I stället för koncentring, och delvis vid sidan av den, har det genomförts gott om decentralisering av tjänsterna. Detta har gjorts så att experttjänster har förts till regionala serviceställen. Även sådana tjänster som förs hem till klienterna och patienterna har utvecklats mot allt mer krävande vård och omsorg. Landskapen kan också bättre än små kommuner stödja utvecklingen av nya sätt att producera närtjänster. Sådana tjänster är bland annat elektroniska tjänster, virtualtjänster och ambulerande tjänster. Liknande erfarenheter har man t.ex. från Eksotes område.

I enskilda fall kan tillgängligheten till tjänster, dvs. avståndet till den plats där tjänsterna tillhandahålls, försvagas gällande tjänster som sällan behövs, eftersom man måste samla tjänsterna i större helheter för att trygga tillgången till dem. Till denna del kan man dock bedöma att i områden där befolkningen minskar är en dylik utveckling mycket sannolik även utan den reform som nu planeras. Genom att koncentrera tjänster som sällan behövs i större enheter kan

man dock trygga tillgången till tjänsterna på lång sikt och därigenom en bättre tillgänglighet än vad som skulle vara möjligt utan reformen.

Det kan bedömas att landskapen kommer att ha goda förutsättningar att förenhetliga vård- och tjänstpraxis. Inom samarbetsområdena måste man komma överens om principerna för ibruktage av nya metoder. Så harmoniseras småningom innehållet i och kvaliteten på tjänsterna till invånarna i förhållande till nuläget, och jämlikheten bland invånarna förbättras.

Samordning av tjänster

Syftet med denna proposition är att skapa förutsättningar för samarbete så att tjänsterna utgör en funktionellt och strukturellt integrerad helhet. Samordningen av tjänsterna till en klient som behöver mycket tjänster förbättras när en och samma organisation i sista hand ansvarar för hela servicekedjan. Förbättringen av service- och vårdkedjan förutsätter förändringar i verksamheten, och det blir lättare att leda dem under en enda ledning och budget. I det praktiska genomförandet bör man dock beakta ökningen i antalet tjänsteproducenter till följd av mångproducentmodellen.

För att de integrerade servicekedjor som följer av klientens behov ska förverkligas krävs det att bedömningen av klientens behov, planeringen utifrån den samt klient- och servicestyrningen fungerar väl samt att tjänsterna fungerar väl tillsammans och att de uppgifter som behövs för tjänsterna finns att tillgå utan dröjsmål. Detta är viktigt för alla klienter och särskilt för dem som behöver många olika social- och hälso-tjänster. Propositionen förbättrar möjligheterna att samordna en klients alla tjänster. Detta förutsätter även att alla tjänsteproducenter har anslutit sig till de riksomfattande informationssystemtjänsterna, inom vilka man har tillgång till alla uppdaterade uppgifter. Man kan stödja detta genom att vidareutveckla de riksomfattande informationssystemtjänster som redan finns (Kanta-tjänsterna) och genom att stödja nya innovativa lösningar.

I den föreslagna lagen om ordnandet av social- och hälsovården finns bestämmelser om invånarnas och klienternas nya möjligheter till delaktighet och inflytande i social- och hälso-tjänsterna. Om man ber att få höra erfarenheter och åsikter hos kommuninvånare och tjänsteanvändare samt specialgrupper och de får delta i utvecklingen av tjänsterna, blir tjänsterna mer klientorienterade och användbara, och tjänsterna kan bättre utvecklas enligt befolkningens behov.

4.8.2 Språkliga rättigheter

Reformen har i princip inga konsekvenser för de språkliga rättigheterna. De språkliga rättigheterna för invånarna och tjänsteanvändarna i landskapen tryggas genom en bestämmelse i lagen om ordnandet av social- och hälsovården, på basis av vilken man har rätt att få tjänster på finska eller svenska i hela landet. I lagstiftningen beaktas dessutom de som talar andra språk, liksom också teckenspråkiga och andra personer med sensoriska funktionshinder.

Bland de landskap som ska bildas är Egentliga Finland, Kymmenedalen, Mellersta Österbotten, Nyland och Österbotten tvåspråkiga. Tvåspråkiga landskap finns i tre av de fem samarbetsområden för landskapen som föreslås i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

Enligt landskapslagen ska det i tvåspråkiga landskap finnas ett påverkansorgan för minoritetsspråket, vars uppgift är att utreda och fastställa behovet av tjänster för den språkliga minoriteten i landskapet och att följa upp tillgången till och kvaliteten på dessa tjänster. Påverkansorganet ska ha till uppgift att lägga fram förslag till utveckling av tjänsterna för den språkliga minoriteten samt om kraven på personalens språkkunskaper. I landskapet Lappland ska det

dessutom finnas ett påverkansorgan för samiska, som har motsvarande uppgift som påverkansorganet för minoritetsspråket för att utveckla tjänsterna på samiska.

Språklagstiftningen ses samtidigt över så att de nya landskapen och deras ställning beaktas.

4.8.3 Konsekvenser för jämställdheten

Propositionen får olika konsekvenser för kvinnor och män som tjänsteanvändare och tjänsteproducenter. Likaså har reformen olika konsekvenser för kvinnor och män som arbetstagare eller beslutsfattare.

Det finns skillnader mellan könen i välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukfrekvens och mortalitet. Utöver skillnaderna mellan könen finns det skillnader i välfärd och hälsa också mellan olika befolkningsgrupper. Bland de mest betydande finns skillnader som beror på den socioekonomiska situationen. Dessa skillnader är exceptionellt stora i Finland, och de fortsätter att öka. 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.

Det finns mycket forskning om att användningen av tjänster varierar mellan könen. Till exempel använder män, enligt slutrapporten för arbetsgruppen Mansfrågor inom jämställdhetspolitiken, hälsovårdstjänster i mindre utsträckning än kvinnor, och på befolkningsnivå har män sämre hälsa än kvinnor t.ex. när man beaktar den förväntade livslängden. Kvinnor lever i medeltal längre än män, och majoriteten av de äldre är kvinnor. För äldre personer växer skillnaden mellan könen ju äldre personerna är. Användningen av social- och hälsojänster ökar med åldern. Fattigdomsriskerna för kvinnor ökar om de är ensamförsörjare samt när de blir äldre. Största delen av ensamförsörjarna är kvinnor. Att fattigdomsriskerna för kvinnor i pensionsåldern är högre än för männen har ett tydligt samband med ensamboende pensionärs utkomstsvårigheter och med att det är avsevärt mycket vanligare med ensamboende bland kvinnor än bland män. Genom att bedöma behovet av social- och hälsovårdstjänster med beaktande av kön och rikta tjänsteutbudet enligt det kan man skapa nya möjligheter för främjande av jämlikheten mellan könen 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 i och med att de som ordnar tjänster är större. Männen hälsa och välfärd är med olika mått mätt, t.ex. upplevd hälsa, förväntad livslängd och levnadsvanor, sämre än kvinnors. Om man genom reformen lyckas stärka basnivån och de integrerade tjänsterna så att möjligheterna att få tillräcklig tillgång till tjänster i rätt tid förbättras särskilt för dem som har det sämst ställt, torde man genom reformen kunna jämna ut skillnaderna i välfärd mellan kvinnor och män samt förbättra i synnerhet männen välfärd och hälsa. Enligt Institutet för hälsa och välfärds bedömning kan den jämlikhet som reformen eftersträvar uppnås beroende på hur övergångsperioden i samband med reformen verkställs och på den valfrihetsmodell som utformas senare.

Användningen av tjänster kan betraktas ur olika perspektiv, bl.a. bedömning av servicebehovet, servicestyrning och valfrihet. Männen söker sig mera sällan än kvinnor till vård, och servicestyrningen och rådgivningen har då en stor betydelse i synnerhet för männen tjänsteanvändning. Det faktum att kvinnor mera aktivt än män söker sig till tjänsterna kan dock varsla om att kvinnor mera aktivt än män i fortsättningen kommer att dra nytta också av de möjligheter som den utvidgade valfriheten för med sig. Detta kan leda till att skillnaderna i tjänsteanvändning mellan kvinnor och män ökar, om lösningarna i anslutning till valfriheten inte erbjuder tillräckligt stöd när valen görs.

Enligt propositionen ska personalen överföras i anställning hos landskapen i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse. Detta innebär att sammanlagt uppskattningsvis 213 000 arbetstagare övergår från anställning hos kommuner och samkommuner till anställning hos landskap, och att personalen behåller de rättigheter och skyldigheter som gäller vid övergången. Största delen av de arbetstagare som överförs är personal inom social- och hälsovården. Konsekvenserna för personalen behandlas närmare i avsnitt 4.10.

Social- och hälsovårdsbranschen är påtagligt kvinnodominerad. Social- och hälsovårdsreformen innebär på samhällelig nivå en stor omställning på arbetsmarknaden för denna kvinnodominerade bransch. Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistik över personalen inom social- och hälsovården utgjorde kvinnorna över 90 procent av personalen inom de kommunala social- och hälso-tjänsterna 2014, medan männen utgjorde knappt 10 procent. Utöver yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården berör reformen personal inom förvaltning och stödtjänster. I och med reformen överförs uppgifter från sammanlagt uppskattningsvis över 400 organisationer till de 18 landskapen och deras serviceinrättningar samt till fyra servicecenter som ägs gemensamt av landskapen, dvs. till totalt 40 organisationer. Detta kan bedömas minska behovet av i synnerhet administrativ personal och arbetstagare på chefsnivå.

De konsekvenser för personalen som reformen i enlighet med ovanstående för med sig berör i synnerhet kvinnor. Den mest betydande förändringen är i huvudsak att personalen byter arbetsgivare. Däremot förblir arbetsuppgifterna för de allra flesta desamma. Eftersom överföringarna sker i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse påverkar bytet av arbetsgivare på kort sikt inte heller anställningsvillkoren. I fortsättningen kan personalens ställning och anställningsvillkoren dock påverkas av att tjänsteproduktionen skiljs åt från organiseringsuppgiften, av att landskapets egen tjänsteproduktion delvis bolagiseras och särskilt av att andelen privat tjänsteproduktion inom den offentliga social- och hälsovården ökar i och med valfrihetssystemet. Det kan då också bli andra kollektivavtal som tillämpas på personalen, och en sådan förändring får konsekvenser för anställningsvillkoren. Omfattningen av förändringarna beror på nivån på det kollektivavtal som tillämpas. Om ett stort antal kvinnor överförs från tillämpningsområdet för det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet till tillämpningsområdet för det privata avtalsområdet, kan detta, beroende på avtalet, få rätt stora konsekvenser för kvinnornas löner. De konsekvenser för lönerna som ett byte av det kollektivavtal som tillämpas kan föra med sig kan vara betydande också för andra än de anställda inom social- och hälsovården.

Vid bedömningen av konsekvenserna för jämställdheten kan det vara av särskild betydelse att reformen av servicestrukturen och förvaltningen kan leda till förändringar i arbetsplatsernas läge. Detta kan samtidigt påverka möjligheterna att kombinera arbete och familjeliv. Eftersom den största delen av de anställda är kvinnor, berör också konsekvenserna huvudsakligen kvinnor.

Den högsta beslutanderätten i landskapet ska utövas av landskapsfullmäktige, som ska väljas genom direkta val. Enligt Finlands valforskningsportal röstar kvinnor nuförtiden en aning aktivare än män. I programmet för utvärdering av strukturreformen, ARTTU, undersöktes hur kvinnor är representerade i fullmäktige i sammanslagna kommuner. Man undersökte även väljarbeteende och andra aspekter som påverkar hur könen är representerade. Enligt olika undersökningar röstar drygt hälften av kvinnorna på en kvinna, medan majoriteten av männen röstar på en man. Färre kvinnor väljs in i fullmäktige än man kunde vänta sig på basis av andelen kandidater. Utgående från detta torde man kunna anta att kvinnorna skulle vara underrepresenterade även i landskapsfullmäktige. Andelen kvinnor i kommunala organs presidier är även lägre än kvinnornas andel av organens medlemmar.

Enligt den föreslagna landskapslagen ska det i landskapet finnas organ som sköter förvaltningen och ledningen av verksamheten i landskapet. Sådana organ är åtminstone landskapsstyrelsen och revisionsnämnden. Dessutom ska landskapsfullmäktige kunna tillsätta nämnder, direktioner och sektioner för olika ändamål. Enligt förslaget ska det i landskapslagen föreskrivas att när medlemmarna i dessa väljs, ska bestämmelserna i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986), nedan jämställdhetslagen, beaktas. Enligt 4 a § 1 mom. i jämställdhetslagen 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 ovannämnda bestämmelse tillämpas även på organ i landskapen. Då ska kvinnor och män även i landskapets organ, med undantag för landskapsfullmäktige, vara representerade till minst 40 procent vardera, om inte särskilda skäl talar för något annat.

Reformen kommer eventuellt att ha betydande och komplexa konsekvenser för jämställdheten. I enlighet med den föreslagna 27 § 2 mom. 2 punkten i lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska målen för främjande av jämställdheten fastställas i strategiska mål som kompletterar lagstiftningen och som styr social- och hälsovården.

4.9 Tjänsteproduktionen

4.9.1 Allmänt

Med stöd av den föreslagna 7 § i landskapslagen ska landskapet besluta om hur de tjänster som landskapet ansvarar för att ordna ska produceras. Med stöd av 8 § kan landskapet producera de tjänster som landskapet ansvarar för att ordna själv eller i samarbete med andra landskap eller med stöd av ett avtal anskaffa dem från någon annan tjänsteproducent. Något annat kan dock föreskrivas i lag. Vidare ska landskapet med stöd av 118 § i landskapslagen, när det bedriver verksamhet i ett konkurrensläge på marknaden, bolagisera verksamheten med undantag för de fall som föreskrivs i 119 §. Bestämmelserna motsvarar till denna del den gällande situationen, i vilken kommunerna och samkommunerna har olika alternativ för produktion av de tjänster som de ansvarar för.

Landskapens beslutanderätt i fråga om produktionen av tjänster har dock begränsats genom de bestämmelser om landskapens servicecenter som föreslås i 16 kap. i landskapslagen och genom de bestämmelser om tjänsteproduktionen som föreslås i 3 kap. i lagen om ordnandet av social- och hälsovården.

Med stöd av 16 kap. i landskapslagen ska landskapen enligt lag ha fyra riksomfattande servicecenter som ägs gemensamt. Servicecentren ska sköta gemensam upphandling, lokal- och fastighetsförvaltning, ekonomi- och personalförvaltning samt informations- och kommunikationstekniska tjänster. Landskapen ska vara skyldiga att använda de tjänster som produceras vid ovannämnda servicecenter. Med stöd av lagen försvinner i praktiken till denna del, på grund av inrättandet av de bolag som ägs av de landskap som ska inrättas, landskapens självständiga möjlighet att besluta om genomförandet av de tjänster som produceras vid servicecentren. Bestämmelserna om de riksomfattande servicecentren förhindrar även privata företag från att direkt till landskapen tillhandahålla sådana tjänster som föreskrivits för servicecentren.

4.9.2 Social- och hälsovårdstjänster

I lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreslås ett undantag från ovannämnda huvudregel. Enligt 22 § i lagen om ordnandet av social- och hälsovården ska landskapet i sin verksamhet skilja mellan ordnande av social- och hälsovård och produktion av tjänster. För

produktionen av tjänster i landskapets egen verksamhet svarar landskapets serviceinrättning som avses i 52 § i landskapslagen. När serviceinrättningen bedriver verksamhet på marknaden ska verksamheten bolagiseras. När landskapet producerar tjänster som ingår i den omfattande valfriheten ska tjänsterna likaså bolagiseras. Dessa bestämmelser om social- och hälsovården, och i synnerhet bestämmelserna om åtskillnad av anordnande och produktion, avviker från nuläget. Dessutom produceras social- och hälsovårdstjänster av privata företag, samfund och organisationer. Ett av målen med reformen är att företagens och organisationernas andel av tjänsteproduktionen ska öka.

Den ovan beskrivna mångproducentmodellen, i vilken tjänster produceras av landskapets serviceinrättning, bolag som ägs av serviceinrättningen, privata bolag och organisationer samt självständiga yrkesutövare, innebär att produktionsstrukturen blir mångsidigare. En större andel av de offentliga social- och hälso-tjänsterna än för närvarande ska produceras av bolag, organisationer och yrkesutövare. Detta innebär samtidigt att tjänsteproduktionen fördelas på flera olika enheter.

Det större antalet tjänsteproducenter torde leda till en ökad konkurrens mellan producenterna. Genom konkurrens är det möjligt att förnya tjänsteproduktionen och göra verksamheten mer klientorienterad samt förbättra produktiviteten och kvaliteten. Dock kan ett ökat antal tjänsteproducenter som även omfattar nya producenter leda till att förvaltningen ökar. Det ska ingås avtal med tjänsteproducenterna, verksamheten ska följas upp och effektiviteten ska bedömas.

En betydande del av den ökade privata tjänsteproduktionen kommer att basera sig på lagstiftningen om klientens och patientens valfrihet. Beredningen av den lagstiftningen pågår fortfarande när denna proposition överlämnas, och därmed är det fortfarande oklart i synnerhet hur genomförandet ska ske. Det är därför inte möjligt att i detta skede ta ställning till vilka konsekvenser lagstiftningen om valfriheten kommer att få för tjänsteproduktionen eller till eventuella förändringar. Det är dock klart att andelen privat tjänsteproduktion som finansieras av landskapet kommer att öka särskilt i de stora städerna och i tillväxtcentrumen.

4.9.3 Konsekvenser för konkurrensen och marknaden

Reformen ger nuvarande privata aktörer tillträde till klientflödet inom de offentliga social- och hälso-tjänsterna. Den växande marknaden baserar sig dock i regel på offentlig finansiering, så i konkurrensen inom branschen framhävs omfördelningen av befintliga resurser snarare än att man skulle skapa helt ny efterfrågan. Dessutom är en central målsättning med reformen att minska kostnaderna för social- och hälso-tjänsterna. Det kan bedömas att reformen ungefär tredubblar den konkurrensutsatta marknaden inom social- och hälsovårdsbranschen, beroende på i vilken utsträckning olika funktioner ingår i den omfattande valfriheten.

Enligt Statistikcentralen fanns det 2013 knappt 15 300 företag inom hälso-tjänstbranschen. Branschen omsatte 2013 sammanlagt mer än 3,5 miljarder euro, och 31 000 personer arbetade i företag inom branschen.

Antal företag inom hälso- tjänstbranschen 2013 enligt antalet an- ställda (*Statistikcentralens före- tagsstatistik)	företag, antal	andel av fö- retagen %	andel av personalen %	andel av omsättning- en %
färre än 10 anställda	15 247	98,4	46,1	47,2
10–49 anställda	185	1,2	10,8	10,8
50–249 anställda	49	0,3	14,9	13,0
fler än 250 anställda	12	0,08	28,2	29,0

Inom socialtjänstbranschen fanns det enligt Statistikcentralen 2013 sammanlagt drygt 3 000 företag, och företagen inom branschen sysselsatte knappt 31 000 personer. Företagens omsättning uppgick till sammanlagt ca 1,8 miljarder euro.

Antal företag med social- vårdstjänster 2013 enligt an- talet anställda (*Statistikcentralens före- tagsstatistik)	företag, antal	andel av företagen %	andel av per- sonalen %	andel av omsätt- ningen %
färre än 10 anställda	2 329	87,6	19,3	19,3
10–49 anställda	611	20,4	36,9	37,2
50–249 anställda	52	1,7	15,8	-
fler än 250 anställda	10	0,3	28,0	-

Reformen gör att branschen blir mer konsumentorienterad och effektiviserar eventuellt spridandet av innovationer. Dessa faktorer kan även bidra till att den privata efterfrågan och exporten inom branschen ökar till följd av reformen. Reformen kan över lag behövas för att t.ex. nya innovationer inom hälso- och vårdbranschen ska kunna utnyttjas fullt ut så att man får en grogrund för internationell affärsverksamhet. I och med att tillämpningsområdet för upphandlingslagen krymper avsevärt jämfört med nuläget frigörs resurser, och det blir möjligt med partnerskap som utgår endast från företagets egna behov. Reformen kan anses ha konsekvenser för sysselsättningen beroende på hur den lyckas öka storleken på branschen. Även om de listade social- och hälsocentralerna inte har möjlighet till prissättning på marknadsvillkor, kan klientavgifterna vid de listade social- och hälsocentralerna på den offentliga sidan påverka prisutvecklingen inom branschen.

Det blir en stor förändring i verksamhetssättet för de företag som kommer att tillhandahålla tjänster som ingår i den fulla valfriheten och som tidigare har sålt alla sina tjänster till kommuner. Att vinna ett upphandlingsförfarande har medfört en säker inkomstkälla för flera år, medan resultatet av verksamheten i fortsättningen ska grunda sig på klientströmmar. Detta kommer dock att tvinga företagen att satsa på tjänsternas kvalitet i situationer då det i området finns konkurrens inom exempelvis äldreomsorgen. Inom socialservicen har 60 procent av aktörerna sålt hela sin produktion till samkommuner.

Det är mycket sannolikt att de offentliga företagen till storleken kommer att vara minst medelstora. Detta kommer i någon mån att förändra den nuvarande strukturen inom branschen. Om man inte beaktar storleken på de enheter som ska bolagiseras, kan reformen enligt bedömning leda till att antalet enheter med över 250 personer åtminstone fördubblas. Även andelen medelstora (50–249) enheter ökar sannolikt avsevärt från nuvarande knappa två procent.

Den valfrihetsmodell som väljs, särskilt omfattningen av det tjänsteutbud som krävs av producenterna, och kriterierna för att listas som tjänsteproducent påverkar de små företagens möjligheter att ta sig in på marknaden. De kriterier som ställs av landskapen samt kostnadsersättningsnivån kan minska de små företagens möjligheter att konkurrera på marknaden. Konsekvensbedömningen kan dock preciseras först i samband med lagstiftningen om valfrihet. Detaljerna i valfrihetsmodellen påverkar i hög grad om konkurrensen ökar och vilka konsekvenserna av konkurrensen blir. Centralt för ett företags inkomstbildning är hur klienterna hittar tjänsterna, och för detta kan redan befintliga klientförhållanden vara avgörande. Det är ännu inte möjligt att bedöma hur stor social- och hälsocentralernas administrativa börda blir av rapporteringen till landskapen.

Att inleda ny företagsverksamhet med social- och hälsotjänster kräver ofta rätt stora investeringar. Eventuella underleverantörskedjor som bildas på marknaden kan stödja uppkomsten av mikroföretag och minska behovet av det kapital som behövs för att grunda ett företag. Ofta är dock företag med en enda stor kund i en rätt sårbar ställning i förhållande till köparen. Företagsdynamiken kunde bättre understödjas av modeller i vilka verksamheten grundar sig på nätverk av företag av samma storlek och tjänster som kompletterar varandra. De framtida marknaderna inom social- och servicebranschen kommer att bildas så att antagligen över hälften av aktörerna kommer från den nuvarande offentliga sidan. Ny näringsverksamhet kan bättre uppstå inom områden med större klientunderlag.

4.10 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. Från social- och hälsovården, brand- och räddningstväsendet, avbytar servicen för lantbruksföretagare och miljö- och hälsoskyddet i kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland överförs till landskapen och deras servicebolag enligt bedömning 213 000 personer från sammanlagt 340 kommuner och samkommuner. Överlåtelseerna av rörelse blir 379 stycken, för en del av samkommunerna har verksamhetsställen inom flera landskap. Knappt 214 000 anställda blir kvar inom kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland. Arbetskraftskostnaderna för de anställda som överförs bedöms uppgå till drygt 11 miljarder euro per år, dvs. ca 53 % av kommunernas och samkommunernas alla arbetskraftskostnader. En fjärdedel av personalen och nästan 27 % av arbetskraftskostnaderna finns i Nyland. Det minsta landskapets, Mellersta Österbottens, andel av personalen är 1,6 %.

Personalen vid de kommunala enheter som producerar social- och hälsovårdstjänster ska i sin helhet överföras till landskapen, landskapens serviceinrättningar eller landskapens bolag. I fråga om kommunernas gemensamma stödtjänster övergår en arbetstagarare i anställning hos landskapet eller landskapets serviceinrättning om minst hälften av arbetstagararens nuvarande arbetsuppgifter är inriktade på kommunala social- eller hälsotjänster. Som stödtjänster ses alla uppgifter som stöder verksamheten inom social- och hälsovården, såsom centraliserad bespising, städning, underhåll av utrustning, kontors- och förvaltningstjänster, löneräkning, tjänster inom ekonomi- och personalförvaltning, IKT-tjänster eller fastighetsåtgärder, tekniska tjänster samt laboratorier och röntgentjänster.

Landskapets temporära beredningsorgan ska ha till uppgift att, i samarbete med de myndigheter (kommuner och samkommuner) från vilka uppgifter och personal övergår till landskapet, kartlägga den personal som överförs och bereda förslag till övergångsplan och övergångsavtal för landskapsfullmäktige. I samband med utredningarna är det viktigt att även försäkra sig om att den nödvändiga tjänsteproduktionen tryggas i övergångssituationen och att personalresurserna också annars samordnas så att såväl landskapen som kommunerna har ett fungerande nätverk av stödtjänster också i fortsättningen. Det ska göras upp ett sådant avtal om de anställ-

das övergång från en arbetsgivare till en annan som är bindande för parterna. För att det ska vara möjligt att störningsfritt överföra personalen inom stödtjänsterna, bör de utredningar om personalen som behövs inledas i god tid innan 2019.

Om en enskild persons arbetsinsats består till under 50 % av uppgifter som överförs till landskapen, ska ett eventuellt övergångsavtal ingås mellan den nuvarande tjänsteproducenten och landskapet, landskapets serviceinrättning eller landskapets bolag. Även vid sådana överföringar ska principerna för överlåtelse av rörelse följas.

De arrangemang som reformen kräver bereds i samarbete med landskapen, kommunerna och representanter för kommunernas anställda. Lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare ska utvidgas till att gälla också landskapet. När man beaktar att reformen är exceptionellt omfattande och hur viktigt det är att trygga en smidig kontinuitet i social- och hälsotjänsterna i samband med omorganiseringen av tjänsterna, är det centralt för att överföringen av tjänsterna ska lyckas att samarbetsförhandlingarna inleds i rätt tid och att beredningen är öppen. Samarbetsförandet måste inledas i god tid innan man i kommunerna eller samkommunerna fattar sådana beslut om överföringen av social- och hälsotjänster som har betydande konsekvenser för personalen. Landskapens temporära förvaltning kommer att fatta sådana beslut och ingå sådana avtal om personalen som är bindande för landskapen. Därför behöver det även för den temporära förvaltningen föreskrivas en skyldighet att följa principerna i samarbetslagen.

Enligt förslaget till införelag betraktas de omorganiseringar som avses i lagen och som leder till att personalen byter arbetsgivare 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 i samband med reformen som innebär ett byte av arbetsgivare, oberoende av om de kännetecknas för överlåtelse av rörelse som föreskrivs i arbetsavtalslagen och i lagen om kommunala tjänsteinnehavare uppfylls. 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 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. Beroende på om och hur arbetsgivaren organiserar sig kan det hända att det i fortsättningen är kollektivavtal på den privata sidan som tillämpas. Konsekvenserna för lönerna och andra konsekvenser för anställningsförhållandet beror på nivån på det kollektivavtal som tillämpas. Överlåtelse av rörelse utgör i sig ingen grund för att ändra anställningsvillkoren. 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. Personer med tidsbundet anställningsförhållande, som det finns många av inom den kommunala sektorn, övergår vid överlåtelsen av rörelse till den nya arbetsgivaren för den tid som det tidsbundna anställningsförhållandet vara. På längre sikt ökar osäkerheten i de tidsbundna anställningsförhållandena. Arbetstagare som blivit familjelediga vid den tidigare arbetsgivaren har rätt att i första hand återvända till sina tidigare uppgifter hos den nya arbetsgivaren. Osäkerheten torde öka också för dem som återvänder från en familjeledighet.

Landskapen och andra arbetsgivare inom social- och hälsovården berörs av jämställdhetslagens förbud mot att tillämpa lönevillkor eller andra anställningsvillkor så att en eller flera arbetstagare på grund av sitt kön försätts i en mindre fördelaktig ställning än en eller flera andra

arbetstagare som är anställda hos arbetsgivaren i samma eller likvärdigt arbete. Genom en lönekartläggning i enlighet med 6 b § i jämställdhetslagen ska det utredas att det inte förekommer ogrundade löneskillnader mellan kvinnor och män som är anställda av samma arbetsgivare och som utför arbete som är att betrakta som lika eller likvärdigt. I rätts- och tillsynspraxis har det ansetts att olika förändringar, såsom överlåtelse av rörelse och andra förändringar, kan vara en godtagbar grund för löneskillnader under en viss övergångsperiod.

I införendelagen föreslås en övergångsperiod under vilken det också ska anses som överlåtelse av rörelse att anställda överförs vidare till landskapets eller en serviceinrättnings bolag. Landskapen kan på detta sätt ordna så att tjänsterna bolagiseras senast den 31 december 2020, och de anställda överförs då också vid vidareöverlåtelsen i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse liksom vid överföringen från kommuner och samkommuner. På detta sätt kan man göra en överföring först till landskapet och sedan till landskapets serviceinrättnings bolag så att de ses som samma överlåtelse av rörelse. Bestämmelsen tryggar de anställdas ställning och ger en praktisk övergångsperiod för bolagiseringen. Bolagiseringen kan då ske kontrollerat och under ledning av landskapsfullmäktige som utses genom val.

Om det efter reformen behöver göras omorganiseringar som är nödvändiga för ordnandet och produktionen av tjänster och som påverkar personalbehovet, ska omorganiseringarna ske i enlighet med bestämmelserna i lagen om samarbete mellan kommunala arbetsgivare och arbetstagare (449/2007).

I samband med reformen föreslås det inte att de anställda som överförs till landskapen ska få ett likadant uppsägningsskydd som i kommunstrukturlagen föreskrivits för tjänsteinnehavare och arbetstagare i sammanslagna kommuner. Med stöd av 29 § i kommunstrukturlagen har arbetsgivaren vid byte av arbetsgivare till följd av ändringar i kommunindelningen inte rätt att säga upp ett anställningsförhållande inom fem år efter att ändringen i kommunindelningen har trätt i kraft. Bestämmelsen har gällt temporärt först 2008–2013 och sedan 2013–2021. En motsvarande bestämmelse har även gällt arrangemangen i samband med kommun- och servicestrukturreformen.

Uppsägningsskyddet har ansetts vara onödig i samband med reformen, eftersom det på många ställen är brist på i synnerhet yrkesutbildad personal som arbetar med social- och hälsovårdstjänster. Dessutom skulle ett eventuellt uppsägningsskydd innebära att den personal som överförs till landskapen är i en bättre ställning än den personal som arbetar med administrativa uppgifter i de enskilda kommunerna, och reformen kan inverka också på den mängd administrativ personal som behövs.

De anställda som överförs kommer att fördelas på landskapen, landskapens serviceinrättningar samt de bolag som ägs av landskapens serviceinrättningar. De lösningar i fråga om bolagiseringskyldigheten och valfriheten som ska preciseras senare kommer att påverka vilken arbetsgivare respektive överförda person slutligen får. Lösningarna kommer att påverka t.ex. hur många anställda som övergår i anställning hos bolag som ägs av landskapens serviceinrättningar.

Utgångspunkten är att bara de som står i tjänsteförhållande har rätt att utöva offentlig makt. Detta kan dock frångås genom bestämmelser om att uppgiften anförtros någon annan än en myndighet under de förutsättningar som anges i 124 § i grundlagen. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får ges endast myndigheter. Som betydande utövning av offentlig makt betraktas t.ex. på självständig prövning baserad rätt att använda maktmedel eller att på något annat betydande sätt ingripa i en enskild persons grundläggande fri- och rättigheter. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt och uppgifter som inte kan ges till någon annan än en myndighet sköts av landskapets offentlighetsrättsliga inrättning, dvs.

landskapets serviceinrättning. Den personal i tjänsteförhållande som sköter uppgifter som innebär utövning av offentlig makt övergår således i första hand i anställning hos landskapens serviceinrättningar.

Det föreslås att tillämpningsområdet för lagstiftningen om kommunal anställning ska utvidgas så att det omfattar även de anställda vid landskapet, landskapets serviceinrättning och landskapets bolag, och de anställdas ställning förändras inte till denna del.

De större och starkare organisationer som bildas utgående från propositionen främjar på lång sikt att de anställdas arbetsplatser finns kvar. I de nya organisationerna integreras bl.a. socialvården och hälso- och sjukvården samt basservicen och specialnivån. Detta ger de anställda nya möjligheter till yrkesmässig utveckling, arbetscirkulation samt arbetsgivarens olika arrangemang för att orka bättre. Organisationer som är större än för närvarande kan i vissa uppgifter också möjliggöra att arbetsuppgifterna och ansvaren utvidgas, och detta kan även ha en positiv inverkan på lönen. I organisationerna, som är större än i synnerhet små kommuner och samarbetsområden, kan man även säkerställa de vikariearrangemang som behövs i olika, även överraskande, situationer. Samtidigt kan man på detta sätt 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 just den egna yrkeskunskapen samt ökar de anställdas möjligheter till avancemang. Detta är viktigt i synnerhet i en situation då bl.a. den åldrande befolkningen håller på att leda till ett ökat servicebehov. Om de anställda kan koncentrera sig på uppgifter som överensstämmer med deras yrkeskunskaper kan man även svara på det ökade servicebehovet med den personal som finns att tillgå.

För att reformen ska lyckas krävs det målinriktat och gott ledarskap och engagerad personal. Av de anställda väntar man sig en ändring av uppgifterna och befattningsbeskrivningarna när de uppgifter som överförs (t.ex. social- och hälso-tjänsterna) på ett nytt sätt slås samman till en helhet. Arbetet kan även komma att utföras på en annan plats, och en persons egentliga lön kan sjunka på basis av att uppgiften eller tjänsten i enlighet med arbets- eller tjänstekollektivavtalet har en lägre kravnivå. Det är viktigt att de anställda är medvetna om behoven i samband med förändringen och att de deltar i planeringen och genomförandet av den. Så kan man försäkra sig om att lösningarna är ändamålsenliga och att de fungerar i vardagen. För att skapa en ny gemensam verksamhetskultur behövs kunnigt ledarskap.

En del av de kommunalt anställda har fortfarande bättre pensionsförmåner än de anställda inom den privata sektorn. Pensionsförmåner förblir oförändrade om pensionsskyddet kvarstår i det kommunala pensionssystemet. Eventuellt tilläggs-pensionsskydd och lägre pensionsålder för de anställda som övergår i anställning hos landskapen och hos landskapens offentligt-grättsliga inrättningar, dvs. landskapens serviceinrättningar, tryggas genom att det föreslås att landskapen och landskapens serviceinrättningar ska läggas till bland Kevas lagstadgade medlemssamfund. Även de samfund som ägs och kontrolleras av dem samt föreningar ska kunna ansluta sig till Keva som medlemssamfund. På motsvarande sätt som det nu är möjligt, när man lägger ut tjänster som produceras av kommunen på entreprenad, att inrätta sådana kommunalt ägda bolag, stiftelser eller föreningar som kan ansluta sig till Keva som medlemssamfund, ska även landskapen och landskapens serviceinrättningar ha denna möjlighet. Anställda kan då överföras till bolaget, stiftelsen eller föreningen utan att det sker några förändringar i pensionsskyddet.

De anställda vid Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT, som ska inrättas, är efter reformen direkt anställda där, medan personalen vid KT Kommunarbetsgivarna nu är anställda hos Finlands Kommunförbund rf. I oktober 2015 arbetade 44 personer vid KT Kommunarbetsgivarna.

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. Den nya styrelsen för Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT ska utnämna den högsta chefen för organisationen. KT Kommunarbetsgivarnas arbetsmarknadsdirektör ska fram till dess verka som högsta chef för Kommun- och landskapsarbetsgivarna KT utan särskilt utnämmande.

4.11 Uppföljning av reformens konsekvenser

Reformen är mycket omfattande och berör hela social- och hälsovården. Det är omöjligt att förutse alla konsekvenser för ekonomi, förvaltning samt befolkningens ställning och tjänster. Konsekvenserna beror i hög grad på hur landskapen genomför social- och hälsovården. Det är därför mycket viktigt att följa upp och undersöka de förväntade och oväntade konsekvenser som reformen medför i landskapen och nationellt. För detta ändamål ska det konstrueras ett riksomfattande uppföljningssystem som gör det möjligt att bedöma konsekvenserna av reformen. Uppföljningen ska verkställas så att det samtidigt blir möjligt att jämföra olika områden.

5 Beredning av propositionen

5.1 Beredningskedan och beredningsmaterial

(Kompletteras senare)

5.2 Utlåtanden och hur de har beaktats

Yttranden om de riktlinjer som regeringen stakat ut den 20 oktober 2015 och den 7 november 2015 som grunder för självstyrelseindelningen och stegmärken för social- och hälsovårdsreformen samt reformen av finansieringen av social- och hälsovården begärdes från kommunerna, samkommunerna, landskapsförbunden och andra centrala aktörer, såsom ministerierna, statliga myndigheter och flera andra parter.

Det kom in 502 remissyttranden inom utsatt tid. Utöver dessa lämnades några yttranden in till ministeriet efter utsatt tid. Alla yttranden som lämnats till social- och hälsovårdsministeriet har beaktats i beredningen av regeringens propositionsutkast.

Bland dem som lämnat yttrande inom utsatt tid fanns 296 kommuner, 35 samkommuner för social- och hälsovård, 18 landskapsförbund, 60 organisationer, 33 statliga myndigheter och 60 andra remissinstanser.

Största delen av remissinstanserna ansåg att den nuvarande landskapsindelningen utgör en god grund för bildandet av självstyrande områden. En del av remissinstanserna ansåg dock att antalet självstyrande områden bör vara mindre än det föreslagna för att social- och hälsovården ska kunna ordnas på behörigt sätt. En minskning av antalet arrangörer ansågs dock i vilket fall som helst vara en nödvändig ändring.

Kommunerna tillfrågades vilket självstyrande område, bildat utifrån ett av de nuvarande landskapen, de skulle anse det motiverat att höra till. Nio kommuner eller städer framhöll att de bör höra till ett annat landskap än nu. Vissa kommuner konstaterade att de tar ställning till landskapsfrågan först senare.

Majoriteten av dem som besvarat frågan förhöll sig kritiskt till en struktur i enlighet med regeringens riktlinjer, enligt vilken det skulle inrättas 18 självstyrande områden och social- och hälsojourer skulle ordnas i 15 områdesenheter. En del av remissinstanserna ansåg dock mo-

dellen befogad för att likvärdig tillgång till social- och hälso­ tjänster ska tryggas i de minsta landskapen. Strukturen ansågs också vara en faktor när kommunerna bedömer till vilket landskap de anser det motiverat att höra. Efter remissbehandlingen har riktlinjerna preciserats så att samtliga 18 landskap har ansvar för att ordna tjänster.

Remissinstanserna anser det befogat att finansieringsansvaret för tjänsterna överförs från kommunerna, så länge den framtida finansieringsmodellen tryggar kommunernas funktions­ förmåga även i fortsättningen. Flera remissinstanser tog ställning till landskapens beskatt­ ningsrätt. Beskattningsrätten anses motiverad utifrån självstyrelsen, men största delen av dem som understödde landskapsbeskattning ansåg att finansieringen i början av reformen eller un­ der övergångsperioden kan bygga på fullskalig statlig finansiering. Enligt dem som besvarat frågan är det viktigt att minska hållbarhetsunderskottet och avveckla den befintliga flerkana­ ls­ finansieringen.

När det gäller andra än social- och hälsovårdsuppgifter framhöll flera remissinstanser att land­ skapen på grund av reformens omfattning och tidtabell inte omedelbart när reformen inleds bör ges andra än de uppgifter som anges i regeringens riktlinjer. Överlag önskar remissinstan­ serna att social- och hälsovårdsreformen och den nya finansieringsmodellen bereds så att re­ formen inte fördröjs.

De yttranden som fås om regeringens propositionsutkast kommer att beaktas vid den slutliga beredningen av regeringspropositionen.

6 Samband med andra propositioner