Utkast till regeringens proposition om lag om valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering 31.1.2017

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

Innehåll

ALLMÄN MOTIVERING
1 Inledning

2 Nuläge
2.1 Lagstiftning och praxis
Grundläggande fri- och rättigheter
Överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter
Utövning av offentlig makt inom social- och hälsovården
Att ordna och tillhandahålla social- och hälsovård
Gällande bestämmelser
Social- och hälsovårdsreformen
Verksamhetsförutsättningar för social- och hälsovården
Gällande bestämmelser
Reformen av den lagstiftning som gäller produktion av social- och hälsotjänster
Social- och hälsovårdssystemet
Främjande av välfärd och hälsa

Socialservice
Hälso- och sjukvård

Primärvård
Specialiserad sjukvård
Jour
Företagshälsovård
Integrerad service
Social- och hälsovårdens klienter
Klienter inom primärvården
Klienter inom den specialiserade sjukvården
Klienter som får tjänster för äldre
Klienter inom övriga socialvårdstjänster
Patientens och klientens ställning och rättigheter inom socialvården
Tillgång till vård
Statistik över tillgången till vård
Tillgång till socialvård
Valfrihet inom social- och hälsovården
Valfrihet inom socialvården
Valfrihet inom hälso- och sjukvården
Gränsöverskridande hälso- och sjukvård
Kunskapsbasen för valfriheten och informationen till medborgarna
Servicesedel inom social- och hälsovården
Kommunförbundets enkät om användningen av servicesedlar
Personlig budget
Privata social- och hälsotjänster
Social- och hälsotjänster som produceras av organisationer
Behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården

Uppgifter i Nationella hälsoarkivet (Kanta)
Utveckling av arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården
Tillsynen över social- och hälsovården
Finansiering av social- och hälsovården
Hur social- och hälsovården finansieras
Hur medlen för social- och hälsovård fördelas mellan serviceproducenterna
Klientavgifter för social- och hälsovård
Produktifiering och fakturering
2.2 Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i utlandet: Valfrihet när det gäller social- och hälsovård i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder.
2.3 Bedömning av nuläget
3 Målsättning och de viktigaste förslagen
4 Propositionens konsekvenser
4.1 Allmänt
4.2 Administrativa och organisatoriska konsekvenser
Allmänt
Konsekvenser för myndigheterna
Konsekvenser för landskapens organisationer och verksamhet
Konsekvenser för andra myndigheter
Konsekvenser för statens styruppgift
Konsekvenser för regionutvecklingen
4.3 Ekonomiska konsekvenser
Allmänt
Konsekvenser för utgiftsutvecklingen inom social- och hälsovården
Konsekvenser för landskapens ekonomi
Ekonomiska konsekvenser för företagen och tjänsteproducenterna
Konsekvenser för hushållens ställning och ekonomi
4.4 Konsekvenser för informationssamhället
4.5 Konsekvenser för människorna
Konsekvenser för klienter och patienter inom social- och hälsovården
Språkliga rättigheter
Könskonsekvenser
4.6 Konsekvenser för serviceproduktionen
Konsekvenser för social- och hälsotjänster
Konsekvenser för företagslivet, konkurrensen och marknaden
4.7 Konsekvenser för personalen, sysselsättningen och arbetslivet
5 Beredningen av propositionen
5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial
5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats
6 Samband med andra propositioner
DETALJMOTIVERING
1 Lagförslag
2 Närmare bestämmelser och föreskrifter
3 Ikraftträdande
4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning
LAGFÖRSLAG
Parallelltexter

Utkast till regeringens proposition om lag om valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering 31.1.2017

1 Inledning

Enligt regeringsprogrammet omfattar social - och hälsovårdsreformen en utvidgning av valfriheten och en förenkling av systemet med flera finansieringskanaler. Regeringen drog upp de allmänna principerna för valfriheten den 7 november 2015 och preciserade dessa linjedragningar den 5 april och den 29 juni 2016. Enligt regeringens linjedragningar är klientens valfrihet i fortsättningen huvudregeln på basnivå och i tillämpliga delar i bruk inom social- och hälsotjänster på specialiserad nivå. Klienten ska kunna välja en tjänsteproducent från den offentliga, privata eller tredje sektorn. Syftet med valfriheten är att stärka särskilt tjänsterna på basnivå och trygga bättre möjligheter än för närvarande att snabbt få vård och tillgång en till tjänster. Vid specificeringarna dras riktlinjerna upp för den mångproducentmodell som utgör en förutsättning särskilt för valfriheten.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en utredningsgrupp som skulle ge sitt eget förslag till hur genomförandet av valfrihetsmodellen och flerkanalsfinansieringen skulle kunna gå till. Professor Mats Brommels fungerade som ordförande för gruppen. Gruppen överlämnade sin lägesrapport till familje- och omsorgsminister Juha Rehula den 15 mars 2016 och slutrapport en offentliggjordes den 31 maj 2016 (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:37).

I sin slutrapport lägger utredningsgruppen fram att finansieringen av de social - och hälsovårdstjänster som omfattas av klienternas valfrihet i fo rtsättningen ska genomföras i två skeden. Staten finansierar de landskap som har organiseringsansvar och landskapen betalar ersättningar till de tjänsteproducenter som har godkänts inom ramen för systemet.

Enligt utredningsgruppens förslag ska det verksamhetsställe som klienten har valt för minst ett halvt år åt gången vara en social - och hälsocentral med befolkningsansvar som särskilt har godkänts i systemet och som ska tillhandahålla följande tjänster: socialvård enligt socialvårdslagen, social handledning, social rehabilitering, familjearbete, rådgivning i uppfostrings - och familjefrågor, rusmedelsarbete, mentalvårdsarbete, en allmänläkares mottagning (inklusive diagnostiska undersökningar), hälsovårdares och sjukskötares självständiga mottagning, barn- och mödrarådgivningsbyråer samt annan hälsofrämjande och förebyggande verksamhet. Det föreslås att basservicen i övrigt omfattas av valfrihet men förutsätter att en fristående social - och hälsocentral skickar klienten vidare.

Enligt förslaget ska l andskapen, i enlighet med principer som fastställs av staten, besluta om vilka fastställda delar av den specialiserade sjukvården och socialvårdens specialtjänster som ska omfattas av klientens val. Efter att ha fått en remiss eller servicestyrning från so cial- och hälsocentralen eller ett förmånsbeslut av en myndighet kan klienten välja tjänsteproducent.

Enligt utredningsgruppens förslag fattar staten beslut om klientavgifter, som är enhetliga för samma tjänster. Landskapet föreslås ingå avtal med produce nten och besluta om den ersättning som betalas till producenten i enlighet med principer som fastställs av staten. Social - och hälsocentralen kan upprätthållas offentligt, privat eller av tredje sektorn. Landskapet ska huvudsakligen betala en kapitationsgrundad ersättning för tillhandahållandet av basservice för klienter som har valt en tjänsteproducent.

I syfte att förenkla flerkanalsfinansieringen föreslås att den andel som motsvarar sjukvårdsförsäkringen samlas in som en del av statsbeskattningen och a tt den här andelen läggs till den finansieringsandel som betalas till landskapen. Det ska inte längre betalas ut någon ersättning från sjukvårdsförsäkringen för kostnader som uppkommer till följd av utnyttjandet av privat hälso - och sjukvård. Företagshäls ovård, läkemedelsförsörjning, resekostnader, rehabilitering samt skol - och studerandehälsovård har granskats separat i utredningsgruppens rapport.

Efter förhandlingar i ministerarbetsgruppen för reformer den 29 juni 2016 enades regeringen om fortsatt bere dning av lagstiftningen om valfrihet. Enligt regeringens linjedragningar vill man att människors olika servicebehov ska vara utgångspunkten för den finländska valfrihetsmodellen. Av linjedragningarna framgår att man överväger att inkludera fyra olika metod er i valfrihetsmodellen: en social - och hälsocentral som erbjuder ett stort antal tjänster på basnivå, ett egenteam eller en social- och hälsovårdsstation med snävare tjänsteurval, servicesedel och en personlig budget.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

Grundläggande fri- och rättigheter

Finlands grundlag trädde i kraft den 1 mars 2000. Enligt den regeringsproposition med förslag till ändring av bestämmelserna om de grundläggande fri - och rättigheterna som ledde till en reform av de grundläggande fri - och rättigheterna syftade revideringen till att substansmässigt närma det inhemska systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna till de internationella förpliktelserna i fråga om de mänskliga rättigheterna.

I 1 § i grundlagen konstateras det att Finlands konstitution är fastslagen i grundlagen. Konstitutionen ska trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan betraktas som utgångspunkt för en bedömning av in nehållet i det allmännas skyldigheter. Den påverkar också bedömningen av vilka begränsningar av de grundläggande fri- och rättigheterna som kan betraktas som tillåtna.

Enligt 2 § 3 mom. i grundlagen ska all utövning av offentlig makt bygga på lag. I all o ffentlig verksamhet ska lag noggrant iakttas.

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller funktionsnedsättning eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. I principen om likabehandling ingår ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall. Principen utsträcker sig även till minderåriga, eftersom det i grundlagens 6 § 3 mom. föreskrivs att barn ska bemötas som jämlika individer. Som omyndiga och som en grupp som är svagare än de vuxna behöver barnen dock särskilt skydd och särskild omsorg.

I 19 § i grundlagen föreskrivs det om rätten till social trygg het och oundgänglig omsorg. Paragrafens 1 mom. har, till skillnad från bestämmelserna om de övriga grundläggande fri - och rättigheterna, utformats som en subjektiv rätt. Med subjektiv rätt avses vanligen en förmån som var och en som uppfyller föreskrivna v illkor har rätt att få. En myndighet kan således inte självständigt besluta om uppfyllandet av förpliktelsen, om dess innehåll eller om dess räckvidd. En subjektiv rätt

är i princip skyddad mot tolkningssvängningar till följd av ekonomiska konjunkturer. En ligt bestämmelsen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Rätten till oundgänglig försörjning och omsorg är ett sådant minimiskydd i sista hand som samhället ska garantera under alla förhållanden. Bestämmelsen förutsätter också att det ordnas sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Det handlar om det allmännas ansvar för individen.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänn a, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga socialvårds -, hälsovårds - och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska dessutom stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välbefinnande och individuella uppväxt. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga betraktas som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället.

Grundläggande bestämmelser om garantier för en rättvis rättegång och god förvaltning finns i 21 § i grundlagen. Enligt 1 mom. har var och en rätt att på behörigt sätt och utan ogrundat dröjsmål få sin sak behandlad av en domstol eller någon annan myndighet som är behörig enligt lag. Var och en har också rätt att få ett beslut som gäller hans eller hennes rättigheter och skyldigheter behandlat vid domstol eller något annat oavhängigt lagskipningsorgan. Enligt 2 mom. ska offentligheten vid handläggningen, rätten att bli hörd, rätten att få motiverade beslut och rätten att söka ändring samt andra garantier för en rättvis rättegång och god förvaltning tryggas genom lag.

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri - och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Denna skyldighet för det allmänna understryker betydelsen av att de grundläggande fri - och rättigheterna faktiskt tillgodoses. Bestämmelsen skyddar individen också i förhållande till tredje man.

Bestämmelser om tjänsteansvar finns i 118 § i grundlagen. Bestämmelserna kompletterar 2 § 3 mom. i grundlagen, där det föreskrivs att lag ska iakttas noggrant i all offentlig verksamhet. Enligt 118 § 1 mom. svarar en tjänsteman för att hans eller hennes ämbetsåtgärder är lagliga, och i 2 mom. finns en bestämmelse om föredragandes ansvar. Enligt motiveringen till regeringens proposition om grundlagen realiseras tjänstemännens och föredragandenas ansvar via bestämmelser i annan lagstiftning. Det kan bli fråga om att till ämpa till exempel tjänstebrottsbestämmelserna i 40 kap. i strafflagen. I 118 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs det om straffrättsligt och skadeståndsrättsligt ansvar vid skötseln av offentliga uppdrag. Enligt bestämmelsen har var och en som har lidit rättskränkning eller skada till följd av en lagstridig åtgärd eller försummelse av en tjänsteman eller någon som sköter ett offentligt uppdrag, enligt vad som bestäms genom lag, rätt att yrka att denne döms till straff samt kräva skadestånd av det offentliga sam fundet eller av tjänstemannen eller den som sköter det offentliga uppdraget. Den rätt som tillkommer individen är inte beroende av om uppdraget har skötts av en tjänsteman eller av någon som står utanför myndighetsmaskineriet. På straffrättsligt tjänsteansvar tillämpas 40 kap. i strafflagen. När det gäller skadeståndsansvar och dess fördelning, å ena sidan mellan arbetsgivaren och det offentliga samfundet, å andra sidan mellan arbetstagaren och tjänstemannen, tillämpas skadeståndslagen (412/1974).

Överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter

Utkast till regeringens proposition om lag om valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering 31.1.2017

I 124 § i grundlagen anges de villkor som ska iakttas när offentliga förvaltningsuppgifter överförs på 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. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock endast ges myndigheter.

Genom bestämmelsens ordalydelse betonas att skötseln av offentliga förvaltningsuppgifter i regel ska höra till myndigheterna och att dessa uppgifter endast i begränsad utsträckning kan anförtros andra än myndigheter. Att anförtro någon som står utanför myndighetsmaskineriet förvaltningsuppgifter utgör med andra ord alltid ett undantag från huvudregeln. Grundlagsutskottet har i olika sammanhang fört fram sin åsikt om att ett arrangemang s om avses i 124 § i grundlagen i synnerhet i situationer som väsentligt inverkar på den rättsliga ställningen för enskilda endast kan vara sådant som kompletterar och bistår myndigheternas verksamhet.

Med offentliga förvaltningsuppgifter avses enligt 124 § i grundlagen ett förhållandevis brett spektrum av uppgifter som omfattar exempelvis uppgifter i anslutning till verkställighet av lagar samt beslut om enskilda personers rättigheter, skyldigheter och förmåner (RP 1/1998 rd). Den lagstadgade skyldigheten a tt ordna offentliga social - och hälsotjänster bör anses som en offentlig förvaltningsuppgift som avses i 124 § i grundlagen. Den konstitutionella grunden för välfärdstjänsterna är grundlagens 19 § 3 mom. enligt vilket det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Bestämmelsen förutsätter inte att de offentliga samfunden har hand om produktionen av samtliga social-, hälsovårds - och sjukvårdstjänster. Det allmänna s ka emellertid tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster.

I större omfattning tillhandahålls socialservice utöver av myndigheter även av privata tjänsteproducenter. Tillhandahållande av socialservice bör anses som skötsel av en offentlig förvaltningsuppgift då tjänsten grundar sig på lagstadgade uppdrag som ålagt s det allmänna. Till denna typ av verksamhet anknyter ofta även befogenheter att utöva offentlig makt.

I synnerhet inom hälso - och sjukvården finns det offentliga och privata tjänsteproducenter som konkurrerar sinsemellan. Privat läkarverksamhet utgör in te en offentlig förvaltningsuppgift som avses i grundlagens 124 §, om inte tillhandahållandet av tjänsten grundar sig på ett offentligt samfunds lagstadgade skyldighet enligt ett avtal om köpta tjänster.

Vid behandlingen av regeringens proposition med fö rslag till ny Regeringsform för Finland underströk grundlagsutskottet betydelsen av att rättssäkerheten och god förvaltningssed säkerställs genom bestämmelser när förvaltningsuppgifter genom lag eller med stöd av lag förs över på andra än myndigheter. Dess utom betonade grundlagsutskottet att om ett förvaltningsuppdrag inom ramen för den aktuella paragrafen kan innebära utövning av offentlig makt är det särskilt viktigt att säkerställa att den som utövar offentlig makt är tjänsteman i den mening som avses i strafflagen (RP 1/1998 rd–GrUB 10/1998 rd).

Serviceprincipen som anknyter till god förvaltningssed förutsätter att tillhandahållandet av offentliga tjänster även bedöms utifrån enskilda personer som är kunder inom förvaltningen. Det anses att innehållet i denna princip kommer från grundlagens 21 § 2 mom. och det ingår också i 7 § i förvaltningslagen. Enligt förarbetena till förvaltningslagen ska vid ordnandet av tjänster särskild

vikt fästas vid att tjänsterna är tillräckliga och tillgängliga samt vid valf rihet för dem som sköter ärenden hos förvaltningen. Beaktandet av enskilda personers och samfunds behov som nämns i förarbetena till 124 § i grundlagen bör anses få större vikt i synnerhet när det gäller tjänster som har relevans för enskilda personers gru ndläggande fri - och rättigheter, exempelvis social - och hälsovårdstjänster.

I synnerhet för ändamålsenlighetsprövningen krävs det kännedom om de olika förvaltningsområdena. I motiveringen måste det gå att påvisa varför överföring av en offentlig förvaltningsuppgift på någon utomstående bör anses som ett mer ändamålsenligt alternativ än myndighetsorganisering. Även om man vid sådan ändamålsenlighetsprövning som avses i 124 § i grundlagen också bör fästa vikt vid ekonomiska konsekvenser, kan inte de ekonomis ka konsekvenserna vara de enda grunderna då ändamålsenligheten bedöms.

Som i grundlagens 124 § avsedd betydande utövning av offentlig makt betraktas exempelvis på självständig prövning baserad rätt att använda maktmedel eller att på något annat konkret sä tt ingripa i en enskild persons grundläggande fri - och rättigheter. Enligt bestämmelsen får sådana befogenheter inte ges till andra än myndigheter (RP 1/1998 rd).

Utövning av offentlig makt inom social- och hälsovården

Den offentliga social - och hälsovården omfattar huvudsakligen faktisk förvaltningsverksamhet, såsom omsorg och vård. Det här omfattar även utövning av offentlig makt samt åtgärder som innebär betydande utövning av offentlig makt. Exempelvis då beslut fattas om vård eller omsorg oberoende av patientens vilja eller andra åtgärder som avsevärt begränsar de grundläggande fri - och rättigheterna utövas betydande offentlig makt. Bestämmelser om begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna inom social - och hälsovården finns i speci alomsorgslagen, mentalvårdslagen, barnskyddslagen, lagen om missbrukarvård (41/1986) och lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986).

I 2 kap. i mentalvårdslagen föreskrivs om psykiatrisk vård oberoende av personens vilja. I 4 a kap. i mentalvårdslagen föres krivs om de förutsättningar med stöd av vilka begränsande åtgärder kan riktas mot någon som tagits in för observation eller meddelats beslut om undersökning eller vård med stöd av mentalvårdslagen. Bestämmelser om allmänna förutsättningar för att begränsa de grundläggande fri- och rättigheterna finns i 22 a § i mentalvårdslagen.

Bestämmelserna i 2 kap. i lagen om missbrukarvård gäller vård oberoende av missbrukarens vilja. En person som förordnats till missbrukarvård oberoende av sin vilja kan isoleras i enlighet med lagens 26 §. Bestämmelsen preciseras av 14 § i förordningen om missbrukarvård (653/1986). Om en person som är intagen för vård i sin besittning har rusmedel eller tillbehör som är förknippade med bruket av sådana eller ämnen eller föremål som äventyrar säkerheten, ska dessa med stöd av 27 § i lagen omhändertas av verksamhetsenheten. På grunder som anges särskilt kan kroppsvisitation utföras och post eller andra försändelser granskas.

Lagen om smittsamma sjukdomar innehåller bestämmelser om b ekämpande av smittsamma sjukdomar, samt i anslutning därtill, åtgärder som begränsar de grundläggande fri - och rättigheterna, såsom förordnande av personer och varor i karantän, förordnande av personer att utebli från sitt förvärvsarbete, från sin dagvårds plats eller läroanstalt samt isolering av personer på en sjukvårdsanstalt. Den 25 februari 2016 överlämnades till riksdagen regeringens proposition med

förslag till en total översyn av lagen om smittsamma sjukdomar i samband med vilken även de bestämmelser som gäller användningen av begränsande åtgärder kommer att ses över.

Bestämmelser om brådskande placering av barn finns i 8 kap. i barnskyddslagen, och bestämmelser om omhändertagande finns i 9 kap. I 40 § i barnskyddslagen specificeras kriterier som, om de uppfylls, innebär att ett barn ska omhändertas och vård utom hemmet ska ordnas för barnet. Av motsvarande skäl kan ett barn också i brådskande ordning placeras så som anges i 38 § i barnskyddslagen.

I 10 kap. i barnskyddslagen föreskrivs om ordnande av vård utom hemmet och i 11 kap. begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna i fråga om vård utom hemmet. I lagens 64 § anges de allmänna förutsättningarna för användning av begränsande åtgärder. Enligt paragrafen gäller att under den vård utom hemmet som ordnas i form av institutionsvård får begränsande åtgärder enligt 65—73 § riktas mot barnet bara i den utsträckning som nödvändigtvis krävs för att syftet med beslutet om vård utom hemmet ska uppnås eller för att barnets egen eller någon annans hälsa eller säkerhet ska tryggas eller för att något annat intresse som anges i bestämmelserna i paragrafen ska tillgodoses.

Enligt 32 § i specialomsorgslagen kan en person oberoende av sin vilja förordnas till vård på en verksamhetsenhet för specialomsorger om han eller hon inte kan träffa avgöranden om sin vård och omsorg eller förstå konsekvenserna av sitt handlande, personen äventyrar sannolikt sin egen eller andras hälsa eller säkerhet i större omfattning, och personens vård och omsorg inte kan ordnas på annat sätt. I lagen anges uttryckligen de begränsade åtgärder som får användas inom sådana specialomsorger som är oberoende av en persons vilja och specialomsorger av egen fri vilja.

När det gäller socialvården ingår utövning av offentlig makt även bl.a. i beslut som hänför sig till socialvården, mottagande av ansökningar och åtgärder som följer av dem, beslut som gäller klientavgifter, barnatillsyningsmannens uppgifter samt uppgifter i anknytning till adoption. Inom hälso- och sjukvården utövas offentlig makt utöver det som framgår ovan även exempelvis för uppgifter som gäller utredande av dödsorsak samt begäran om handräckning.

Att ordna och tillhandahålla social- och hälsovård

Gällande bestämmelser

Enligt gällande lagstiftning är kommunerna skyldiga att ordna social- och hälsovård, och ansvarar således för att det allmännas skyldighet enligt 22 § i grundlagen fullgörs i praktiken. När det gäller skötseln av uppgifterna används inom kommunalförvaltningen allmänt begreppet ansvar för ordnandet. Gen om begreppet vill man särskilja innehållet i ansvaret från tillhandahållandet eller skötseln av tjänsterna. Ansvaret innebär att invånarna ska ha tillgång till nödvändiga tjänster. Begreppet är i viss mån för allmänt för att beskriva de olika former av ansvar, rättigheter och skyldigheter som uppstår i relationen mellan kommuninvånare, kommuner och samkommuner när det gäller social- och hälsovård. I ansvaret ingår kommunens ansvar för att kommuninvånarna ska ha tillgång till lagfästa tjänster och övriga tjänster och att invånarna får dessa tjänster på det sätt som tryggats i lag. Kommunerna har också ansvar för hur tjänsterna ordnas, dvs. som egen produktion, i samarbete eller som köpta tjänster. Ansvaret inbegriper dessutom ansvar för finansieringen av tjänsterna och för att det reserveras tillräckliga resurser för ordnandet. Kommunens uppgifter kan med stöd av lag och avtal också skötas av en samkommun.

Ansvaret för att ordna socialvård regleras i 1982 års socialvårdslag (710/1982). Genom den nya socialvårdslagen (1301/2014), nedan den nya socialvårdslagen, som till övervägande del trädde i kraft den 1 april 2015, upphävdes största delen av socialvårdslagen från 1982, men bestämmelserna i kap. 2 om förvaltning och ordnande av socialvård i 1982 års lag likso m några andra bestämmelser förblev dock i kraft jämsides med den nya socialvårdslagen. Enligt 5 § i socialvårdslagen från 1982 ska kommunen ha hand om planeringen och verkställandet av socialvården i enlighet med vad som föreskrivs i socialvårdslagen 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 oc h 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.

Med stöd av 6 § i socialvårdslagen från 1982 ska de uppgifter som enligt socialvårdslagen ansluter sig till verkställigheten av socialvården samt de uppgifter som enligt någon annan lag åligger socialnämnden eller något annat motsvarande org an skötas av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen. När en samkommun har hand om hela socialvården för två eller flera kommuner ska den tillsätta motsvarande organ gemensamt för medlemskommunerna. Under de förutsättningar som anges närmare i lag kan den lagstadgade beslutanderätten och rätten att föra talan för ett sådant organ som avses i 6 § i 1982 års socialvårdslag genom en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, frånsett beslut om vård oberoende av ege n vilja. En socialarbetare som organet har förordnat att sköta uppgiften har med stöd av 12 § i lagen rätt att enligt de grunder som organet har fastställt och dess allmänna anvisningar på organets vägnar även i brådskande fall besluta om vård oberoende av egen vilja och därtill anslutna andra åtgärder och att i dessa fall själv eller genom ombud föra organets talan.

I den nya socialvårdslagen som ska tillämpas på den kommunala socialvården föreskrivs om att främja välfärd, om socialservice, om att tillhandahålla socialvård, att säkerställa kvaliteten på tjänsterna och att söka ändring i socialvårdsbeslut. Syftet med l agen 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 ann an socialvård ska ordnas. Klienten har rätt till sådana tjänster genom vilka nödvändig omsorg och försörjning samt barns hälsa och utveckling tryggas. I lagen definieras också den kärnservice som redan finns i kommunerna, såsom boendeservice och instituti onsvård. För vissa befolknings- och klientgrupper finns egna speciallagar om socialtjänster och de grunder på vilka dessa beviljas. Speciallagarna definierar socialvårdens innehåll betydligt mera ingående och detaljerat för det egna specialområdets del än socialvårdslagen som är en allmän lag för socialvården.

Med stöd av 11 § i barnskyddslagen (417/2007) ska kommunen se till att förebyggande barnskydd samt barn- och familjeinriktat barnskydd till sin innebörd och omfattning ordnas såsom behovet i kommunen förutsätter. Barn- och familjeinriktat barnskydd ska ordnas i tillräcklig utsträckning vid de tider på dygnet det behövs. I kommunen sköts uppgifter i anslutning till verkställigheten av barnskyddet av det organ som ansvarar för socialvården.

Lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987, nedan handikappservicelagen) innehåller bestämmelser om ansvaret för service och stöd, planering och finansiering, utvecklande

av de handikappades levnadsförhållanden, samarbete och ändringssökande samt ser vice för handikappade. Syftet med handikappservicelagen är att främja de handikappades förutsättningar att leva och vara verksamma som jämbördiga medlemmar av samhället samt att förebygga och undanröja olägenheter och hinder som handikappet medför. Det är kommunens skyldighet att se till att service och stöd för handikappade ordnas så att de till innehåll och omfattning är sådana som behovet i kommunen förutsätter. Vid ordnandet av service och stöd ska klientens individuella behov av hjälp beaktas.

I lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977, nedan specialomsorgslagen) föreskrivs särskilt om förvaltningsstrukturerna för specialomsorgerna om personer med utvecklingsstörning. För ordnandet av dessa specialomsorger har landet indelats i specialomsorgsdistrikt utifrån lagen i fråga. Ordnandet av specialomsorger hör till de samkommuner för specialomsorgsdistrikten som avses i 6 §, men också enskilda kommuner kan ordna specialomsorger. Om en kommun ordnar specialomsorger ska det organ som ansva rar för socialvården vara specialomsorgsmyndighet.

I lagen om utkomststöd (1412/1997) föreskrivs det om utkomststöd som är ett ekonomiskt stöd inom socialvården som beviljas i sista hand och syftet med det är att trygga en persons och familjs utkomst och främja möjligheterna att klara sig på egen hand. Med hjälp av utkomststödet tryggas minst den oundgängliga utkomst som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv. Från ingången av 2017 ansvarar Folkpensionsanstalten för beviljandet av grundläggande utkomststöd och kommunen för beviljandet av kompletterande och förebyggande utkomststöd.

Bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna hälso - och sjukvårdsservice fi nns i folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och mentalvårdslagen (1116/1990). Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) tillämpas på tillhandahållandet av den hälso - och sjukvård som kommunerna enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård är skyldiga att ordna och på innehållet i denna hälso - och sjukvård, om inte annat bestäms någon annanstans i lag. Hälso - och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. I praktiken är tjänsterna enligt folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård uppdelade i primärvård och specialiserad sjukvård. För tjänster enligt folkhälsolagen eller för uppgifter som ingår i folkhälsoarbetet och som kommunen särskilt har bestämt ska kommunen eller samkommunen ha en hälsovårdscentral. Med primärvård avses den service som kommunerna ordnar främst vid hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralerna kan omfatta flera olika verksamhetsenheter, det vill säga hälsostationer eller sjukhus.

Det åligger också kommunerna att se till att invånarna får nödvändig specialiserad sjukvård. För ordnande av specialiserad sjukvård är landet indelat i sjukvårdsdistrikt. Kommunen ska höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt för att fullgöra sitt ansvar för att ordna specialiserad sjukvård. Det finns 20 sjukvårdsdistrikt. Kommunen kan själv besluta till vilket sjukvårdsdistrikt den önskar höra. Inom den specialiserade sjukvården är kommunen förpliktad att delta i och via sjukvårdsdistriktets administration fullgöra de lagstadgade uppgifter som rör specialiserad sjukvård.

På Åland har landskapet lagstiftningsbehörighet när det gäller att ordna socialvård och hälso - och sjukvård. På grundval av det ansvarar myndigheten Ålands hälso - och sjukvård, so m lyder under Ålands landskapsregering, för att det ordnas såväl primärvård som specialiserad sjukvård. På Åland är det däremot kommunerna som ordnar socialvård. Specialomsorger för personer med

utvecklingsstörning ordnas av samkommunen Ålands Omsorgsförbund, dit alla åländska kommuner hör.

Med stöd av 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social - och hälsovården (733/1992) kan en kommun ordna uppgifter som hör till social - och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner samt genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten. Kommunerna kan anskaffa den service som behövs vid skötseln av uppgifterna från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat tjänsteproducent. Dessutom kan serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat tjänsteproducent som kommunen godkänt.

Social- och hälsovårdsreformen

I utkastet till regeringsproposition som gäller social - och hälsovårdsreformen föreslås det att det stiftas en landskapslag, en lag om ordnande av social - och hälsovård och en lag om införande av dessa lagar. 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, vallagstiftningen 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 landskapens 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. Främjandet av hälsa och välfärd förblir liksom tidigare 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 ett affärsverk för landskapet. Det ska bland annat ansvara för att producera tjänster som innebär betydande utövning av offentlig makt och specialtjänster inom social- och hälsovården.

Avsikten är att produktionen av tjänster inom social - och hälsovården görs mångsidigare så att tjänsteproducenter som ägs av landskapet samt privata tjänsteproducenter och tjänsteproducenter inom tredje sektorn kan producera alla tjänster på marknaden enligt lika villkor. Samtidigt

genomförs en klientorienterad serviceintegration. I den ser man till att det görs en helhetsbedömning av klienter nas behov av tjänster 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 hälsovård sministeriet 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 serv iceanvändarna. 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.

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 specialomsorgsdist rikt 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.

Ansvaret för att ordna social - och hälsovård samt andra särskilt föreskrivna tjänster och uppgifter ska enligt förslaget överföras från kommunerna och samkommunerna på landskapen från ingången av 2019.

Verksamhetsförutsättningar för social- och hälsovården

Gällande bestämmelser

Bestämmelser om den offentliga social - och hälsovårdens verksamhetsbetingelser finns i 1982 års socialvårdslag och i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt socialvårdslagen från 1982 ska kommunen ha yrkesutbildad personal inom socialvården för uppgifter i samba nd med verkställigheten av denna. Kommunen ska till sitt förfogande ha tjänster vilka tillhandahålls av en tjänsteinnehavare som deltar i klientarbetet och har yrkesmässig behörighet som socialarbetare. För att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård, ska enligt 41 § i den nya socialvårdslagen, den myndighet som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov finns att tillgå.

I analogi med hälso - och sjukvårdslagen föreskrivs det att kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården för att kunna fullgöra uppgifterna inom hälso - och sjukvården. Enligt hälso - och sjukvårdslagen förutsätts det också att ledningen för en verksamhetsenhet har sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård och samarbetet mellan olika yrkesgrupper

samt utvecklar vård - och verksamhetsmetoderna. Vidare ska hälso - och sjukvårdspersonalen i en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ha en sammansättning och storlek som svarar mot behovet av verksamhet som främjar hälsa och välfärd och av hälso - och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området.

Bestämmelser om rätten att vara verksam som yrkesutbildad person inom socialvården ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) där det finns bestämmelser om rätten att utöva yrke för centrala yrkesgrupper inom socialvården, registrering av rätten att utöva yrke, styrning och tillsyn över de yrkesutbildade personerna samt tillsynsmyndigheternas uppgifter och arbetsfördelning. Bestämmelser om rätten att arbeta med uppgifter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården (559/1994). Lagarna om social- och hälsovårdspersonalen gäller både den offentliga och den privata social- och hälsovården.

Enligt 11 § i 1982 års socialvårdslag ska kommunen ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaler och hjälpmedel för socialvårdens funktioner. För funktioner inom hälso- och sjukvården ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt enligt 4 § i hälso- och sjukvårdslagen på motsvarande sätt förfoga över ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning.

I lagen om privat socialservice (922/2011) och lagen om privat hälso - och sjukvård (152/1990) ingår krav i fråga om verksamhetsbetingelserna för den privata social- och hälsovården. Enligt 4 § i lagen om privat socialservice ska varje verksamhetsenhet ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaler och tillräcklig och ändamålsenlig utrustning samt den personal som verksamheten förutsätter. Lokalerna ska till sina sanitära och övriga förhållanden vara lämpliga för den vård, fostran och övriga omsorg som ska tillhandahållas där. Antalet anställda ska vara tillräckligt med avseende på servicebehovet och antalet klienter. Enligt 5 § ska varje verksamhetsenhet ha en ansvarig person som svarar för att de tjänster som genomförs vid verksamhetsenheten uppfyller de krav som ställs på dem.

Enligt 3 § i lagen om privat hälso - och sjukvård ska den som tillhandahåller hälso - och sjukvårdstjänster ha ändamålsenliga lokaler och anordningar. Dessutom ska tjänsteproducenten ha sådan ändamålsenligt utbildad personal som verksamheten förutsätter. Verksamheten ska i medicinskt avseende bedrivas på behörigt sätt och ta hänsyn till patientsäkerheten. Enligt 5 § ska en tjänsteproducent ha en av tillståndsmyndigheten godkänd föreståndare som ansvarar för hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Reformen av den lagstiftning som gäller produktion av social- och hälsotjänster

Vid social- och hälsovårdsministeriet har beretts ett utkast till regeringsproposition med förslag till lag om produktion av social- och hälsotjänster enligt vilket lagstiftningen om privata och offentliga producenter av social- och hälsotjänster ska sammanföras i en och samma lag. Genom lagen i fråga kan den gällande lagen om privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård upphävas.

I den föreslagna lagen föreskrivs om rätten att producera social - och hälsotjänster som ingår i landskapets organiseringsansvar samt privata social- och hälsotjänster. Med tjänsteproducent avses landskapets affärsverk enligt den föreslagna landskapslagen, enskilda personer samt bolag, andelslag, föreningar, stiftelser och andra samfund som producerar social - och hälsotjänster som avses i lagen.

Det föreslås att regionförvaltningsverken och Valvira tillsammans upprätthåller ett register över tjänsteproducenterna för registrerings -, tillsyns - och statistikföringsuppgifter. Alla producenter av social- och hälsotjänst er och alla tjänster föreslås ingå i samma register. Avsikten är att de nuvarande tillstånds- och anmälningsförfarandena ska frångås och att det utfärdas bestämmelser om ett registreringsförfarande som gäller alla tjänsteproducenter, oberoende av deras jur idiska form. Det föreslås att de aktörer som producerar tjänster först registreras, vilket ger en allmän behörighet att fungera som privat tjänsteproducent. Tjänsteproducenterna ska meddela vissa grundläggande uppgifter, t.ex. namn och kontaktuppgifter. Öv riga nödvändiga uppgifter ska myndigheten få på tjänstens vägnar och avgiftsfritt från andra myndigheter. Registreringen av tjänsteproducenten är således inte bunden till de tjänster som produceras utan den ger principiell behörighet att producera social- och hälsotjänster. Särskilda bestämmelser utfärdas om att då tjänsteenhetens verksamhet med tanke på dess kvalitet eller omfattning det förutsätter, kan myndigheten före registreringen av tjänsteenheten närmare utreda om verksamhetsförutsättningarna uppfyl ls, dvs. begära närmare uppgifter av tjänsteproducenten eller genomföra en förhandsinspektion av tjänsteenheten. Registermyndigheten ska fatta beslut om registrering av tjänsteproducenten, registrering av tjänsteenheten samt om ändring i eller avslag på registreringen.

I den föreslagna lagen föreskrivs att de lokaler och hjälpmedel som används vid produktion av social- och hälsotjänster ska vara tillräckliga och ändamålsenliga. Lokalerna och verksamheten ska till sina sanitära och övriga förhållanden vara lämpliga och trygga för den vård, fostran och övriga omsorg eller undersökning som ska tillhandahållas där. Lokalerna ska stödja klienternas och patienternas sociala interaktion. Vid planeringen och användningen av lokaler, verksamhetsmiljöer och hjälpmedel ska man beakta tillgänglighet samt klienternas och patienternas individuella behov och integritetsskydd.

Enligt förslaget ska vid tillhandahållandet av social - och hälsotjänster finnas den personal som tjänsteproducentens verksamhet förutsätter. Antale t anställda ska vara tillräckligt med avseende på klienternas och patienternas servicebehov och antal. Vid bedömningen av antalet anställda ska klienternas och patienternas behov av omsorg och vård samt ändringar i fråga om det beaktas. Personalen ska ha sådan ändamålsenlig utbildning som tjänsteproducentens verksamhet förutsätter.

Social- och hälsovårdssystemet

Främjande av välfärd och hälsa

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

Främjande av hälsa och välfärd har definierats som sådan verksamhet som är inriktad på individen, familjen, samhällsgrupperna, befolkningen, levnadsförhållandena och livsmiljön och på ordnande av tjänster som sy ftar till att förbättra befolkningens välfärd och hälsa samt till att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper (i t.ex. SHM:s rapporter och promemorior 2012:17) (på finska) Dessutom förebyggs sjukdomar, olyckor, marginalisering och andra so ciala och hälsomässiga problem, förbättras arbets - och funktionsförmågan och stärks sammanhållningen, delaktigheten och säkerheten. 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 enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa syftar dels på social-, hälso- och sjukvårdens förebyggande uppgift, dels på utvecklandet av de samhälleliga förhållandena inom olika samhällssektorer i allmänhet för att utveckla befolkningens hälsa i en gynnsam riktning. Främjandet av välfärd ingår i alla kommunala sektorer och kräver att kommunen har fungerande strukturer och rutiner. Det kräver också tvärsektoriellt samarbete. Främjandet av välfärd inom socialvården omfattar samordning av det stöd olika aktörer erbjuder, rådgivning, ledning och andra lågtröskeltjänster, strukturinriktat socialarbete och verksamhet som främjar förutsättningarna för social välfärd. Socialväsendet ska också beakta välfärdens konsekvenser och främja kommuninvånarnas möjligheter att påverka. Utöver främjande och stödjande verksamhet avses med främjande av välfärden också förebyggande och bekämpning av faktorer och fenomen som inverkar negativt på välfärden. Särskild uppmärksamhet bör ägnas bekämpning av fattigdom och utslagning.

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 kommunallagen ska kommunen dessutom utarbeta en kommunstrategi där främjandet av kommuninvånarnas välfärd och hälsa ska beaktas.

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ålägger kommuner och samkommuner att i samband med beslutsfattandet och beredningen av avgöranden på förhand bedöma de konsekvenser besluten och avgörandena har för befolkningens hälsa och välfärd. En kommun ska enligt 12 § i hälso- och sjukvårdslagen bevaka kommuninvånarnas välfärd och hälsa och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och i detta syfte utarbeta en välfärdsberättelse och fastställa indikatorer för bevakningen. Också ansvarsinstanserna för hälsa och välfärd ska fastställas i kommunen. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska erbjuda sakkunskap och stöd till kommunerna för främjande av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet på regional nivå (36 §). Om genomförandet av hälsofrämjandet ska överenskommas i en plan för ordnandet av social- och hälsovården som sjukvårdsdistriktets kommuner lägger fram gemensamt.

Bestämmelser om främjande av social trygghet och välfärd ingår i socialvårdslagen. Enligt 8 och 9 § i den nya 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 samt avhjälpa missförhållanden och förebygga uppkomsten av sådana. Sociala synpunkter ska beaktas inom kommunens olika funktioner, som hälso- och sjukvården, skolväsendet, markdispositionen och byggandet, bostadsfrågorna, sysselsättningen, kultur- och fritidsfunktionerna samt ordnandet av trafiktjänster och annan service. 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.

Bestämmelser om främjande av välfärd och hälsa finns också i ungdomslagen (72/2006), alkohollagen (1143/1994), tobakslagen (549/2016), statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011) och i lagen om företagshälsovård (1383/2001). Närmare bestämmelser om främjandet av välfärden för olika befolknings- och klientgrupper finns i speciallagar om de olika grupperna, såsom barnskyddslagen (417/2007), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), lagen om missbrukarvård (41/1986) och mentalvårdslagen (1116/1990).

Det ingår bland kommunernas primära uppgifter att främja invånarnas välfärd och hälsa och att minska ojämlikheten, att öka delaktigheten och att minska skillnaderna i välfärd och hälsa. Enligt kommunallagen, socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen åligger uppgifterna alla förvaltningsområden och ingår i deras primära uppgifter. Uppgifterna samordnas i kommunstrategin och hur de ska fullgöras och finansieras beslutas i samband med verksamhets- och ekonomiplanen. För det långsiktiga arbetet med att främja hälsa och välfärd behöver kommunerna bestående och förvaltningsövergripande strukturer för samarbete och utförande av uppgifterna. Det primära ansvaret för främjandet av välfärd och hälsa åligger kommunledningen. Det är med tanke på den förvaltningsövergripande operativa ledningen, beredningen av ärendena och verkställigheten att rekommendera att kommunerna utnämner en välfärdsarbetsgrupp som består av personer med ledningsansvar för de olika förvaltningsområdena och att den som är ordförande för arbetsgruppen ingår i kommunens ledningsgrupp. Beredningen och verkställigheten av de substansfrågor som hör till välfärdsarbetsgruppen utförs antingen av särskilda substansarbetsgrupper eller inom den sektor som i första hand ansvarar för dessa frågor. Som ett verktyg för kommunledningen vid planeringen, ledningen, uppföljningen och rapporteringen av verksamhet och ekonomi har man utvecklat en elektronisk välfärdsberättelse som inte bara ska fungera som ett redskap för ledning och styrning inom kommunen utan 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), politikprogrammet för hälsofrämjande (2008–2011), nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (2008–2011) samt nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (2008–2011, 2012–2015), där ett av de genomgående målen är främjande av välfärd och hälsa. Utöver dessa har nationella styrningsinstrument omfattat kvalitetsrekommendationer, principbeslut av statsrådet, handböcker samt tematiska program. Programstyrningen har kritiserats för att programmen är så många och för att kommunerna inte känner till dem. Målen för programmen har trots det ingått i relativt stor utsträckning i de planer kommunerna gjort upp.

Institutet för hälsa och välfärd har tillsammans med kommunerna och regionerna utvecklat informationsunderlag, praxis, metoder och verktyg för främjandet av välfärd och hälsa. Institutet för

hälsa och välfärd följer också resultaten av främjandet av välfärd och hälsa i kommunerna med hjälp av sektorvisa kommunenkäter som anger aktiviteten när det gälle r den hälsofrämjande verksamheten. Regionförvaltningsverken och på riksnivå Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården och inom miljöhälsovården även Livsmedelssäkerhetsverket och Säkerhets - och kemikalieverket, följer och styr den väldfärds- och hälsofrämjande verksamheten i kommunerna.

Socialservice

Socialservice ordnas som stöd för att klara av det dagliga livet. För att stärka klientorienteringen definieras i 11 § i den nya socialvårdslagen de stödbehov utifrån vilka socialservicen oc h annan socialvård ska ordnas. Det stöd som motsvarar behovet ska grunda sig på identifiering av personens egen förmåga och resurser samt möjliggöra en så självständig verksamhet som sker på personens eget initiativ som möjligt.

I 14 § i socialvårdslagen fastställs det som ska ordnas som kommunal socialservice för att klienternas stödbehov ska kunna tillgodoses. Det är exempelvis socialarbete och social handledning, social rehabilitering, hemservice och boendeservice. Man kan möta stödbehoven utöver genom den service som definieras i socialvårdslagen även genom socialservice som föreskrivs i andra lagar. Kommunen kan också ordna annan socialservice som är nödvändig för klientens välfärd och som tillgodoser klientens stödbehov. Största delen av socialservic en enligt socialvårdslagen är så kallad anslagsbunden service där kommunen kan tillämpa prövning vid beviljandet av servicen. Beviljandet av denna service ska emellertid också alltid grunda sig på en bedömning av det individuella servicebehovet. När servic e ordnas ska man främst beakta det som föreskrivs i socialvårdslagens 12 och 13 § om nödvändig omsorg och försörjning samt tryggande av barns hälsa och utveckling. Lagen innehåller dessutom bestämmelser om servicespecifika rättigheter att få en viss service.

Socialarbete utförs även som en del av andra tjänster som fastställs i speciallagstiftning, exempelvis barnskydd, tjänster för personer med funktionsnedsättning och tjänster för äldre personer. Barnskyddet är barn - och familjeinriktat barnskydd, som förver kligas då barnet och familjen är klienter hos barnskyddet. Utöver barnskyddet ska kommunen i syfte att främja barns och ungas välbefinnande ordna förebyggande barnskydd då barnet och familjen inte är klienter hos barnskyddet.

Den socialservice som person er med funktionsnedsättning är i behov av ordnas i första hand inom ramen för det allmänna servicesystemet i enlighet med socialvårdslagen. Om en person med funktionsnedsättning inte ges tillräckliga och lämpliga tjänster eller förmåner med stöd av socialvårdslagen eller någon annan lag, ordnas hans eller hennes tjänster och stödåtgärder med stöd av handikappservicelagen och den kompletterande förordningen om service och stöd på grund av handikapp (759/1987, nedan handikappserviceförordningen). De specialom sorger som avses i specialomsorgslagen är avsedda för den klientkategori som anges i lagens 1 §, alltså för personer som på grund av medfödd eller i utvecklingsåldern erhållen sjukdom eller skada hämmats eller störts i sin utveckling eller sina psykiska fu nktioner. De tjänster som hör till specialomsorgerna räknas upp i 2 § i specialomsorgslagen. Till dessa hör bl.a. ordnande av arbetsterapi och bostäder samt hälso- och sjukvård. I 39 § föreskrivs om de transporter som omfattas av specialomsorgerna. Som bäst pågår en revidering av handikapplagstiftningen. Avsikten är att den nya lagen ska träda i kraft samtidigt som lagen om ordnande av social- och hälsovård från ingången av 2019.

Tjänsterna för den äldre befolkningen omfattas av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012, äldreomsorgslagen) som trädde i kraft 2013. I socialvårdslagen ingår en subjektiv rätt till bedömning av servicebehovet som ska främja och garantera tillgången till tjänster för äldre personer. Bestämmelser om rådgivningstjänster för äldre ingår i 20 § i hälso- och sjukvårdslagen.

Med socialjour avses ordnande av nödvändig och brådskande socialservice och andra stödinsatser så, att en persons direkta behov av trygghet och omsorg kan ges i olika sociala nöd- och krissituationer oberoende av tiden på dygnet. Bestämmelser om ordnandet av socialjour ingår i 29 § i socialvårdslagen. Skyldigheter att ordna socialjour dygnet runt ingår även i många andra gällande bestämmelser.

Hälso- och sjukvård samt hälsovårdstjänster

Primärvård

Tjänster inom primärvården ges på hälsovårdscentraler, inom företagshälsovården och på privata läkarstationer. Av dessa alternativ är hälsovårdscentralen det enda som är tillgängligt för alla. Hälsovårdscentralernas tjänster omfattar utöver läkarmottagning även exempelvis sjukskötares mottagning, hälsorådgivning, rådgivningsbyråtjänster, mun- och tandvårdstjänster samt jour. Primärvården omfattar också skol- och studerandehälsovårdstjänster som ordnas vid skolor och läroanstalter. Utöver de tjänster som nämns har hälsovårdscentralerna hand om uppföljning och främjande av befolkningens hälsa. Bestämmelser om hälsovårdscentralernas verksamhet ingår i hälso- och sjukvårdslagen och om ordnandet av hälsovårdscentralernas verksamhet i folkhälsolagen. I regel har kommunerna ansvaret för att ordna och finansiera primärvården.

Specialiserad sjukvård

Med specialiserad sjukvård avses hälso- och sjukvårdstjänster inom medicinska och odontologiska verksamhetsområden som hänför sig till förebyggande, undersökning, vård och behandling av sjukdomar, prehospital akutsjukvård, jour och medicinsk rehabilitering. Specialiserad sjukvård erbjuds vid sjukhusen. Universitetssjukhusen eller sjukvårdsdistriktens centralsjukhus ansvarar för mer krävande vård. De privata sjukhusen kompletterar de offentliga tjänsterna bl.a. genom att erbjuda dagkirurgiska tjänster. Bestämmelser om sjukhusens verksamhet ingår i hälso- och sjukvårdslagen och om ordnandet av sjukhusens verksamhet i lagen om specialiserad sjukvård. I regel har kommunerna ansvaret för att ordna och finansiera den specialiserade sjukvården.

Jour

Vid jouren får patienterna brådskande vård oberoende av boningskommun. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Jourtjänster dygnet runt ordnas i samband med stora hälsovårdscentraler och sjukhus. Bestämmelser om brådskande vård och jour ingår i hälso- och

sjukvårdslagen samt i social - och hälsovårdsministeri ets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (782/2014).

Företagshälsovård

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) och internationella avtal som är bindande för Finland ska arbetsgi varen på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa. Utöver förebyggand e företagshälsovård kan arbetsgivaren för sina arbetstagare ordna sjukvård eller andra hälso - och sjukvårdstjänster.

Arbetsgivaren kan ordna företagshälsovårdstjänsterna själv eller tillsammans med andra arbetsgivare eller köpa dem från hälsovårdscentral en eller någon privat tjänsteproducent. Det är arbetsgivaren som väljer tjänsteproducent för företagshälsovården och arbetstagaren har inte rätt att göra det själv.

För de kostnader som uppkommer för ordnandet av företagshälsovård har arbetsgivaren rätt till en arbetastagarspecifik ersättning som är bunden till ett maximibelopp och som finansieras av sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring.

Integrering av servicen

I enlighet med klientorienteringsprincipen behöver integreringen av servicen granskas sä rskilt ur serviceanvändarnas synvinkel. Med hjälp av integrering bildar serviceprocesserna fungerande helheter. Integrering innebär att den service klienten får är sammanhängande och helgjuten och att social- och hälsovårdens olika metoder och kompetens ko mbineras friktionsfritt, samtidigt som klientens servicebehov uppfylls så kostnadseffektivt, högklassigt och effektivt som möjligt. Från individsynpunkt är servicen då rättidig och dess urval av metoder och kompetenser kombineras på rätt sätt till en effek tiv helhet och den enskilde med sina problem bemöts som en individ och på ett odelat sätt. Tack vare sådana fungerande helheter behöver klienten inte, eller upplever sig inte, bli bollad fram och tillbaka mellan olika instanser.

För närvarande kan en klie nt få primärvård av kommunen, av en samkommun eller ett samarbetsområde inom primärhälsovården, socialvård som ordnas av kommunen eller ett samarbetsområde inom socialvården, specialiserad sjukvård eller handikappservice som produceras av en samkommun, tjä nster producerade med hjälp av servicesedel, företagshälsovård, hälsovård som ersätts av Folkpensionsanstalten, tjänster som klienten själv betalar och vårdåtgärder som klienten själv utför (egenvård). Sjukvårdsdistrikten har utarbetat diagnosbaserade vård kedjor på klientgruppsnivå. I någon mån har servicekedjor också utarbetats för socialvården. För enskilda klienter har det utarbetats vårdplaner inom hälsovården och serviceplaner inom socialvården och därutöver ett stort antal olika planer i enlighet med speciallagstiftningen inom social - och hälsovården. Från den enskilda klientens synpunkt bildar tjänsterna inte tydliga helheter och de är inte integrerade. Särskilt de klienter som använder många olika slag av tjänster lider av situationen. I praktiken behöver vi nästan alla i något skede integrerade tjänster.

Social- och hälsovårdens klienter

Klienter inom primärvården

År 2014 utnyttjade ca 3,7 miljoner olika klienter hälsovårdscentralernas olika tjänster. Hälsovårdscentralernas tjänster inom öppenvården (läkares och sjukskötares mottagningar) utnyttjades av 2 750 000 klienter. Barnen utnyttjar mest rådgivningstjänstern a, den arbetsföra befolkningens besök hänför sig till öppenvården, företagshälsovården och mödrarådgivningstjänsterna och i de äldsta åldergrupperna var hemsjukvården den mest betydande serviceformen.

I praktiken erbjöd hälsovårdscentralerna tjänster til l alla 0–6-åringar i vårt land. Av 7 –14-åringarna var det också endast en synnerligen liten del som inte alls hade fått hälsovårdscentralens tjänster under året. Utnyttjandet av läkartjänsterna var också som mest omfattande i fråga om barn under ett år. Me r än 70 procent av barn i åldern 1 –6 år hade också besökt en läkarmottagning under året. Knappt 60 procent av barn i åldern 7 –14 hade också använt läkartjänster. En femtedel av den här åldersklassen hade använt den privata sektorn.

Ca 40 procent av den a rbetsföra befolkningen (25 –64-åringar) utnyttjade hälsovårdscentralernas tjänster. Personer i åldern 25 –64 år är ofta klienter någon annanstans än vid hälsovårdscentralerna. Arbetsgivarna erbjöd sjukvårdsservice som en del av företagshälsovården för 1,7 mi ljoner människor. Det finns ingen statistik över hur många av dem som utnyttjade företagshälsovårdstjänsterna under året.

Hälsovårdscentralernas tjänster utnyttjades av något över 60 procent i åldersgruppen 65 –74-åringar och av 85 procent av de personer som hade fyllt 85 år. Privata läkartjänster som ersätts av FPA utnyttjades av mer än en tredjedel av befolkningen ännu efter att de hade fyllt 85 år. Motsvarande uppgifter för 75–84-åringarna var rentav 44 procent.

Vård på hälsovårdscentralernas bäddavde lningar fick sammanlagt ca 143 300 patienter 2014. Patienternas genomsnittliga ålder var 77 år.

År 2014 fick 1 825 652 klienter mun - och tandvård som ordnas av hälsovårdscentralerna. Ca två tredjedelar av dem var minderåriga. Av de som hade fyllt 85 år ut nyttjade mindre än 20 procent mun- och tandvården vid hälsovårdscentralerna. Enligt FPA:s statistik anlitade något över 20 procent av de personer som hade fyllt 85 år privata tandläkare. Mer än en tredjedel av hela befolkningen utnyttjade privata tandläkartjänster.

Klienter inom den specialiserade sjukvården

Inom den specialiserade sjukvården vårdades 1,8 miljoner olika patienter (exklusive psykiatriska tjänster). På bäddavdelningen vårdades 640 000 patienter. Öppenvårdstjänsterna inom den specialiserade sjukvården utnyttjades av 1,7 miljoner olika patienter. Alla åldersklasser utnyttjar den specialiserade sjukvården ganska jämnt. I praktiken behöver alla människor specialiserad sjukvård under sitt liv och en knapp tredjedel av befolkningen utnyttjade den under året. Situationen har varit stabil under årens lopp. Ca 40 procent av klienterna kommer till sjukhusens bäddavdelningsvård via jouren.

I Finland fick 30 av 1 000 invånare tjänster inom specialiteten psykiatri 2014 och 25 552 patienter fick psykiatrisk bäddavdelningsvård. Antalet patienter inom den psykiatriska öppenvården uppgick till 160 615 och antalet besök till 1,9 miljoner. Antalet vårdperioder inom bäddavdelningsvården var i genomsnitt 1,5 och antalet besök inom öppenvården 11,6 per patient. S törsta delen av patienterna inom den psykiatriska bäddavdelningsvården hörde till den arbetsföra befolkningen. Den arbetsföra befolkningen (15 –64-åringar) utgjorde 78 procent år 2014. De personer som hade fyllt 65 år utgjorde 15 procent och 0 –14-åringarna 7 procent av alla patienter som fick bäddavdelningsvård.

Klienter som får tjänster för äldre

Tjänster för äldre fick 11 procent av de personer som hade fyllt 65 år, 22 procent av de som hade fyllt 75 år och 44 procent av de personer som hade fyllt 85 år vid utgången av 2014. Till dessa tjänster räknas regelbunden hemvård, vanligt serviceboende och serviceboende med heldygnsomsorg, vård på åldringshem och långtidsvård på hälsocentrals bäddavdelning. Det totala klientantalet var större i slutet av 2014 än i början av 2000 -talet, men tjänsterna utnyttjades av en mindre andel av de äldre.

I november 2015 var det totala antalet klienter inom den regelbundna hemvården 73 300. Av de klienter som fick regelbunden hemvård hade 56 500 fyllt 75 år. Det här utgjorde 11,8 procent av hela landets befolkning som hade fyllt 75 år. Antalet klienter som inte hade fyllt 65 år var 6 401. Andelen hemvårdsklienter har varierat jämnt mellan 11–12 procent av de äldre sedan 2000.

I fråga om institutionsvård och boendetjänster var antalet klienter som hade fyllt 75 år ca 57 000 år 2014. I den här åldersgruppen var klientantalet för serviceboende dygnet runt, dvs. serviceboende med heldygnsomsorg 37 130, och för vanligt serviceboende 4 698. Antalet klienter inom vården på åldringshem var 11 159 och inom långtidsvården på hälsovårdscentral 2 920.

Klienter inom övriga socialvårdstjänster

Utkomststödsklienten är den vanligaste klienten inom socialvården. År 2014 uppgick klienterna til l ca 390 000 personer, dvs. 7 procent av befolkningen. Det här gällde 250 000 hushåll. Grundläggande utkomststöd beviljades 233 639 hushåll och kompletterande utkomststöd 102 342 hushåll. Unga vuxna utgjorde den största andelen av befolkningen som beviljad es utkomststöd 2014. Det har blivit vedertagen praxis att de lagenliga tidsfristerna iakttas vid behandlingen av ansökningarna om utkomststöd, vilket innebar att de lagstadgade behandlingstiderna överskreds i endast ca 3 procent av fallen.

År 2014 var 90 269 barn och unga klienter inom barnskyddets öppenvård. 10 675 barn var omhändertagna år 2014. Totalt 17 958 barn och unga var placerade utanför hemmet. Brådskande placeringar av 3 773 barn utfördes. Barnskyddsanmälan gjordes i fråga om 63 707 barn. Behandlingen av bedömningen av servicebehovet i fråga om ärenden som varit anhängiga som barnskyddsärenden började till 98 procent (39 459 st) inom lagstadgade sju vardagar.

Klient hos uppfostrings- och familjerådgivningen kunde man i regel bli på eget initiat iv utan remiss eller betalningsförbindelse. Uppfostrings - och familjerådgivningstjänster tillhandahölls i kommunerna antingen som social -, hälsovårds - och sjukvårdstjänster eller som helt separata tjänster. Antalet klienter var 48 500. Av dessa var 41 proc ent i skolåldern. Vuxna som hade fyllt 22

år utgjorde 35 procent av klienterna. Av klienterna var 19 procent under skolåldern och 5 procent 16–21-åringar.

I fråga om öppenvårdstjänsterna inom missbrukarvården fanns det 8,5 klienter per tusen invånare 2014. A-klinikerna hade 41 133 klienter och ungdomsstationerna 5 423 klienter. Antalet klienter som utnyttjade tjänster för avgiftning inom missbrukarvården som bekostas av kommunerna var 11 675. Antalet klienter som fick rehabiliterande missbrukarvård på institution var 5 015. Boendetjänsterna inom missbrukarvården utnyttjades av 4 008 klienter och skyddshärbärgena av 2 228 klienter. Antalet klienter hos hälsorådgivningar med låg tröskel för drogmissbrukare var 14 300 år 2014. Substitutionsbehandling för opioidberoende fick 2 400 klienter. Största delen av drogmissbrukarna inom missbrukarvården var män (67 procent) och största delen 20–39-åringar (79 procent). Av dem var 9 procent bostadslösa.

Av de tjänster som tillhandahålls med stöd av handikappservicelagen är färdtjänsten den som används av flest klienter. År 2013 beviljades ca 101 800 klienter färdtjänst. Antalet klienter som beviljades personlig assistans var ca 15 000 år 2013. Det vanligaste sättet att ordna personlig assistans var systemet med en personlig assistent, där klienten fungerar som arbetsgivare för den personliga assistenten. Sammanlagt ca 1 500 klienter fick dagverksamhet som avses i handikappservicelagen.

I slutet av 2014 var antalet klienter i institutionsvård för utvecklingsstörda ca 1 241. Antalet klienter inom assisterat boende för utvecklingsstörda var ca 7 145 personer. 2 521 klienter fick annat serviceboende som är avsett för personer som inte har fyllt 65 år. Dygnet-runt-vård fick 77 procent av klienterna. Med annat serviceboende avses här i främsta hand serviceboende för gravt handikappade.

Boendetjänster inom psykiatrin fick 8 055 personer vid utgången av 2014. Dygnet-runt-vård fick 56 procent av klienterna.

Uppskattningsvis 24 200 personer, av vilka 5 200 inte hade fyllt 25 år, deltog i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte 2013. Social kredit beviljades till totalt 1 053 personer 2013.

Patientens och klientens ställning och rättigheter inom socialvården

Utöver grundlagens bestämmelser om de grundläggande fri– och rättighe terna i anslutning till självbestämmanderätten är också bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan patientlagen, och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), nedan klientlagen, viktiga med tanke på individens ställning och bemötandet av individen. Lagarna gäller både offentlig och privat verksamhet.

Klientlagen tillämpas på alla tjänster och klientkategorier inom socialvården, såväl på offentliga som på privata tjänster. Enligt klientlagen har varje klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Lagen innehåller också bestämmelser om klientens självbestämmanderätt. Klienten ska ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Detsamma gäller andra åtgärder som gäller den socialvård som han eller hon får. Klientens sak ska behandlas och avgöras med hänsyn i första hand till klientens intresse.

I klientlagen finns också bestämmelser om utlämning av uppgifter till klienten. Enligt lagen ska socialvårdspersonalen utreda klientens rättigheter och skyldigheter för klienten i fråga samt olika alternativ och deras verkningar liksom också andra omständi gheter som är av betydelse för klientens sak. Utredningen ska ges så att klienten i tillräcklig utsträckning förstår dess innehåll och betydelse.

Om en klient på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan liknande orsak inte kan delta i planeringen av de tjänster som tillhandahålls klienten eller inte kan förstå föreslagna alternativa lösningar, ska klientens vilja enligt bestämmelserna utredas i samråd med klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närst ående. En minderårig klients önskemål och åsikt ska utredas och beaktas på det sätt som klientens ålder och utvecklingsnivå förutsätter. I alla åtgärder som vidtas inom offentlig eller privat socialvård och som gäller minderåriga ska i första hand den minderåriges intresse beaktas.

När socialvård ordnas ska det basera sig på ett myndighetsbeslut eller, när privat socialvård ordnas, på ett skriftligt avtal mellan den som lämnar socialvård och klienten. Lagen förpliktar till att utarbeta en service -, vård - eller rehabiliteringsplan eller någon annan motsvarande plan för socialvårdsklienten, om det inte är fråga om tillfällig rådgivning eller handledning eller annars uppenbart onödigt att utarbeta en plan.

I patientlagen föreskrivs om bemötandet av patienten och patientens självbestämmanderätt inom hälso- och sjukvården. Enligt patientlagen föreskrivs att var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso - och sjukvårdens förfogande har rätt till sådan hälso - och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Patientlagens bestämmelser om självbestämmanderätt ger uttryck för principen om samtycke baserat på vetskap. Vården ska ske i samförstånd med patie nten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

I patientlagen föreskrivs om patientens rätt till information. En pa tient har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård - och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då bes lut fattas om hur patienten ska vårdas. Yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ska ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om den yrkesutbildade personen inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av en sinnesdefekt eller ett talfel inte kan göra sig förstådd, ska så långt möjligt tolkning ordnas.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av en mental störning, utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om sin vård, ska patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, ska patienten vårdas på ett sätt som är förenligt med hans bästa. Samtycke till vården bör således fås av patientens lagliga företrädare eller en anhörig eller någon annan närstående person. När denna person ger sitt samtycke ska han ell er hon beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljeyttring inte förekommit, patientens bästa.

Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, sk a vården eller behandlingen så vitt möjligt i samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åsikter om vården eller behandlingen går i sär, ska patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.

En minderårig patients åsikt om behandlingen ska utredas när det är möjligt med hänsyn till patientens ålder och utv ecklingsnivå. Om en minderårig med hänsyn till ålder och utvecklingsnivå kan fatta beslut om vården själv, ska vården och behandlingen ges i samförstånd med honom eller henne. Enligt den juridiska litteraturen kan en minderårig själv fatta beslut om vården när han eller hon med beaktande av ärendets natur har uppnått tillräcklig mognad, fått tillräcklig information om olika vård- och behandlingsalternativ och om deras verkningar, med beaktande av ärendets natur noggrant har övervägt saken och gett uttryckt för sin vilja utan tvång eller påtryckning. Om en minderårig inte kan fatta beslut om vården själv, ska han eller hon vårdas i samförstånd med vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare. Också i det här fallet ska barnet höras och barnets åsikt beaktas på det sätt som barnets utvecklingsnivå och ärendets natur förutsätter. Enligt 9 § 4 mom. i patientlagen har en minderårigs vårdnadshavare eller en annan laglig företrädare inte rätt att förbjuda sådan vård som behövs för avvärjande av fara som hotar patientens liv eller hälsa.

Tillgång till vård

Bestämmelser om rätten att få vård och om tillgången till vård finns i hälso - och sjukvårdslagen. Enligt 47 § i lagen får en person välja vid vilken hälsostation vid sin hemkommuns hälsovårdscentral han eller hon vill få hälso - och sjukvårdstjänster. Om en person på grund av arbete, studier, fritid, en nära anhörigs eller annan närstående persons boende eller någon annan motsvarande orsak är bosatt eller regelbundet eller under en längre tid vistas utanfö r sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänster i någon annan kommun utan att den vårdansvariga hälsovårdscentralen ändras. Vidare får en person enligt bestämmelserna i 49 § välja den hälsovårdscentral och den hälsostation vid hälsovårdscentralen som ska ansvara för hans eller hennes primärvård. Enligt 49 § har patienten också möjlighet att vid en enhet inom hälso - och sjukvården, inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten vid verksamhetsen heten tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne.

I 50 § föreskrivs om brådskande vård. Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun - och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psy kosocialt stöd, ska ges patienten oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Bestämmelser om rätten att få vård inom primärvården ingår i 51 § i lagen. En patient ska vardagar under tjänstetid omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras först a gången patienten tog

kontakt. Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun - och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Bestämmelser om rätten att få vård inom den specialiserade sjukvården ingår i 52 § i lagen. Enligt dem bedöms behovet av både brådskande och på remiss grundad vård och tillhandahålls vården enligt enhetliga medicinska eller odont ologiska grunder. Bedömningen av vårdbehovet ska inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som samkommunen ansvarar för. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom sjukvårdsdistriktet. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändig ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och in ledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet enligt 53 § i lagen inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en spe cialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i sjukvårdsdistriktet. Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades , om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Enligt 55 § i lagen ska en kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt på Internet offentliggöra uppgifter om väntetider enligt 51–53 § med fyra månaders mellanrum.

Utöver bestämmelserna om tillgång till vård har vi i Finland tillämpat enhetliga grunder för icke - brådskande vård sedan 2005. Syftet med dem är att fastställa tillgången till vård på samma grunder, oberoende av bostadsort. Den övervägande delen av de enhetliga grunderna för tillgången till vård gäller remittering från primärvården till den specialiserade sjukvården. Grunderna har emellanåt kompletterats. Den senaste elektroniska versionen är från 2010 (Social och hälsovårdsministeriets rapporter 2010:31). Grunderna omfattar inte brådskande vård.

Social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt en arbetsgrupp för att revidera de enhetliga grunderna för vård och tillgången till vård. I det inledande skedet är syftet att verkställa författningsändringarna så att tillgången till primärvård ska bli flexiblare och så att tillgången till

vård ska bli möjlig också utifrån en bedömning av vårdbehovet och tidsbeställning som sker på elektronisk väg. Ett sammandrag har gjorts på grundval av en rapport från de n expertgupp för tillgången till vård som är underställd arbetsguppen.

Statistik över tillgången till vård

Institutet för hälsa och välfärd samlar in uppgifter om tillgången till primärvård och specialiserad sjukvård. Enligt de uppgifter som institutet p ublicerade i slutet av 2015 väntade två procent av alla patienter inom den öppna sjukvården mer än tre månader på att få komma till läkarmottagning i oktober 2015. I icke -brådskande fall fick 48 procent av patienterna komma till läkare inom den öppna sjukvården inom en vecka efter det att vårdbehovet konstaterats. Patienterna väntade på att få komma till hälsovårdsmottagning för icke -brådskande vård inom den öppna sjukvården i över tre dygn i 32 procent av fallen och i över tre månader i mindre än en procen t av fallen. Enligt de statistiska uppgifterna fick 58 procent av patienterna komma till tandläkarmottagning inom primärvården inom tre veckor efter att de tagit kontakt. I ungefär fem procent av fallen fick patienten vänta över sex månader på att få komma till tandläkarmottagning enligt de sammantagna uppgifterna från de hälsocentraler som överlämnat sina uppgifter om tandläkarbesök. I ungefär 50 procent av fallen fick patienten komma till tandhygienist inom tre veckor efter att de tagit kontakt. Väntetiden översteg 91 dagar i sju procent av fallen.

Tillgång till socialvård

Bestämmelser om tillgång till socialvårdstjänster finns i socialvårdslagen. I 33 § i lagen föreskrivs att den allmänna kommunala socialservicen ska tillhandahållas så att den lämpar si g för alla klienter. Vid behov ska den som behöver hjälp och stöd hänvisas till särskild service. När servicen tillhandahålls ska utgångspunkten vara att den kan uppsökas på eget initiativ i ett tillräckligt tidigt skede.

Information om hurdan socialservi ce som kan fås och på vilka grunder samt hur den kan sökas ska publiceras på ett lättillgängligt och lättförståeligt sätt.

Enligt 29 § i lagen ska socialjour ordnas dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp. Enligt paragrafen ska jouren organiseras så att den kan kontaktas dygnet runt.

Enligt 34 § i lagen inleds ett socialvårdsärende på ansökan eller när en arbetstagare inom kommunens socialvård annars i sitt arbete har fått kännedom om en person som eventuellt behöver socialservice.

Rätten till socialvårdens tjänster grundar sig på den bedömning av servicebehovet som avses i 36 §. I brådskande fall ska bedömningen göras omedelbart. Bedömningen måste inledas senast den sjunde vardagen efter att klienten tog kontakt, om klienten är äldre ä n 75 år eller lyfter vårdbidrag till högsta belopp enligt lagen om handikappförmåner. Bedömningen av hurdant servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd har ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts, och bedömningen ska bli klar senast tre månader från det att det inleddes.

Bedömningen av servicebehovet ska kompletteras med en klientplan i enlighet med 39 § i socialvårdslagen som utarbetas för klienten, om det inte är uppenbart onödigt att utarbeta en plan. Klienten ska i enlighet med 45 § få ett skriftligt beslut över bedömn ingen av konstaterat

servicebehov och över den service som motsvarar servicebehov enligt klientplanen. Bestämmelser om handläggning av ärenden och beslutsfattande finns dessutom i förvaltningslagen. Författningar som gäller rätten att få service ingår ocks å i speciallagstiftningen. I exempelvis 7 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social - och hälsovårdstjänster för äldre (äldreomsorgslagen) föreskrivs det om tillgången till service och om tjänsternas tillgänglighet. Enligt bestämmelserna ska kommunen ordna socialservicen för sin äldre befolkning så att servicen till innehåll, kvalitet och omfattning uppfyller de krav som denna befolknings välbefinnande, sociala trygghet och funktionsförmåga ställer. Servicen ska dessuto m ordnas på ett sådant sätt att den är tillgänglig på lika villkor för den äldre befolkningen i kommunen.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Valfrihet inom socialvården

Med valfrihet avses den rätt en klient inom social- och hälsovården har att påverka var han eller hon får vård eller hans eller hennes ärenden sköts.

Socialservice ordnas i samråd med klienten i enlighet med en bedömning av servicebehovet. Stödbehoven och den service som motsvarar dem och som ska ordnas av kommunen regleras i socialvårdslagen. Klientens möjligheter att delta i och påverka planeringen och ordnandet av servicen regleras genom lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Om ordnandet av socialvårdstjänster fattas ett förvaltningsbeslut. Enligt förvaltn ingslagen och socialvårdslagen ska klienten bl.a. höras innan ett beslut som gäller honom eller henne fattas. Socialvårdslagens bärande princip är att klientens intresse ska beaktas i första hand när beslut och avgöranden som gäller socialvård fattas och sådan vård tillhandahålls.

Socialvårdslagen innehåller inte några bestämmelser om klienternas rätt att välja den som tillhandahåller socialvård. Klienten har trots det rätt att delta i och påverka planeringen och tillhandahållandet av servicen. I lagen om servicesedlar inom social - och hälsovården (569/2009) har man infört bestämmelser om klientens möjlighet att själv välja. Servicesedel används numera för tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning, för barn och familjeservice och för närståendevården. Valfriheten är utgångspunkten också när det ordnas personlig assistans enligt handikappservicelagen, särskilt i fråga om arbetsgivarmodellen (klienten är arbetsgivare och avlönar en personlig assistent efter eget val och använder arbetsledningsrä tten i fråga om den assistens han eller hon får) och i fråga om personlig assistens med stöd av servicesedel.

I 60 § i socialvårdslagen föreskrivs det om ansökan om socialservice och vårdplats i en annan kommun. Den som vill flytta och bli invånare i en a nnan kommun, men på grund av sin ålder eller sin funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan bo självständigt där, kan anhålla om socialservice och vårdplats där på samma grunder som kommunens invånare. Kommunen ska behandla ansökan, bedöma sö kandens behov av service i samarbete med hans eller hennes hemkommun och fatta beslut i ärendet.

Dessutom möjliggör bestämmelserna om hushållsavdrag en viss valfrihet. Klienten kan få skatteavdrag för vissa av de tjänster som i socialvårdslagen definiera s som socialservice, närmast för hemservice och stödtjänster som ingår i den. Tjänster som berättigar till skatteavdrag är enligt lagen om temporärt skattestöd för hushållsarbete (728/1997) bl.a. normala hushålls -, omsorgs- eller vårdarbeten.

Utkast till regeringens proposition om lag om valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering 31.1.2017

Valfrihet inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården består valfriheten av valfrihet på nationell nivå och valfrihet i fråga om gränsöverskridande hälso - och sjukvård, som regleras av EU -bestämmelser och lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Valfrihetens innehåll varierar beroende på om det är fråga om offentlig hälso - och sjukvård, privat hälso - och sjukvård som finansieras av sjukvårdsförsäkringen eller gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Valfriheten enligt hälso - och sjukvårds lagen gäller val av vårdenhet för icke -brådskande vård. Patienten ska få brådskande vård oberoende av boningskommun.

Patienten kan bland samtliga offentliga hälsostationer i Finland välja den hälsostation som ska svara för hans eller hennes primärvårdstjänster. Patienten kan byta hälsostation med minst ett års mellanrum genom en skriftlig anmälan. Om en person vistas längre tider utanför sin hemkommun, t.ex. i sommarstugan, kan han eller hon få vård enligt sin vårdplan på hälsostationen i den tillfälliga boningskommunen samtidigt som ansvaret för vården enligt vårdplanen kvarstår hos den valda hälsostationen. I denna situation har patienten rätt att använda de tjänster inom den specialiserade sjukvården som erbjuds i den tillfälliga boningskommunen för att den specialiserade sjukvården enligt vårdplanen ska kunna fullföljas.

Kommunen har ingen skyldighet att ordna hemsjukvård utanför sitt eget område. Dessutom utgör skolhälsovård, studerandehälsovård och långvarig sluten vård undantag från den riksomfattande rätten att välja vårdenhet (48 § 1 mom. i hälso - och sjukvårdslagen). Det har ansetts att det ligger i barnets intresse att den fysiska plats där skolgången sker bildar en helhet tillsammans med elevhälsan så att skol - eller studerande hälsovården inte avskiljs från den helhet som utgörs av elevhälsan genom tillämpning av rätten att välja vårdenhet. En person som får långvarig sluten vård kan ansöka om att få vårdplats i en annan kommun med stöd av 60 § i socialvårdslagen.

När det gäller icke -brådskande specialiserad sjukvård görs valet av vårdenhet för specialiserad sjukvård i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Möjligheten att välja vårdenhet gäller samtliga kommunala vårdenheter för specialiserad sjukvård i landet. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

En patient har såväl inom hälso - och sjukvården som inom den specialiserade sjukvården, inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten vid vårdenheten tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som behandlar honom eller henne.

Den offentliga hälso - och sjukvården kompletteras av de ersättningar som enligt sjukförsäkringslagen betalas för privat hälso - och sjukvård för läkar - och tandläkararvoden och för undersöknings- och vårdkostnader. Inom ramen för sjukvårdsförsäkringens ersättningssystem kan klienten själv välja vårdenhet och yrkesutbildad person inom hälso - och sjukvården. En förutsättning för utbetalning av ersättning är att det är fråga om nödvändig sjukvård. Som nödvändig betraktas allmänt godkänd vård enligt god vårdpraxis. Förebyggande vård ersätts inte av sjukförsäkringen, med undantag för hälsofrämjande åtgärder inom tandvården. Det förutsätts dessutom att den läkare eller tandläkare som tillhandahållit vården eller gjort undersökningen, eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso - och sjukvården enligt sjukförsäkringslagen som tillhandahållit vården eller gjort undersökningen, har rätt att utöva sitt yrke som legitimerad

yrkesutbildad person. På grund av inbesparingarna i statsfinanserna har emellertid den sjukvårdsersättning som betalas ut för privat hälso - och sjukvård sjunkit till en sådan nivå (i genomsnitt 15 procent) att ersättningarna inte längre ger a lla en faktisk valfrihet, om patienten inte själv är beredd att betala största delen av kostnaderna.

Gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Rätten att fritt välja hälso - och sjukvårdstjänster sträcker sig också utanför Finlands gränser. Bestämmelser om ersättning av sjukvårdskostnader i ett annat EU - eller EES -land ingår i EU - förordningar om samordning av de sociala trygghetssystemen, i direktivet om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso - och sjukvård (patientrörlighetsdirekti vet) och i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (den s.k. gränslagen).

EU-lagstiftningen tryggar rätten att få nödvändig medicinsk vård i ett EU - eller EES -land eller i Schweiz under en tillfällig vistelse i landet och rätten att resa till ett annat land för att söka vård. Den ersättning som på grundval av den nationella lagstiftningen betalas ut för vård som tillhandahållits utomlands varierar beroende på om det är fråga om ett plötsligt sjukdomsfall eller sökande av vård utanför hemlandet. Fö r nödvändig medicinsk vård som tillhandahållits under en tillfällig vistelse i ett EU- eller EES-land eller i Schweiz betalas endast den klientavgift som tas ut i landet i fråga, om klienten visar upp ett europeiskt sjukförsäkringskort. I annat fall ska v ården ersättas i efterhand, antingen i enlighet med mållandets lagstiftning eller på grundval av vad tillhandahållandet skulle ha kostat inom den offentliga hälso - och sjukvården i Finland. Om en person reser till en annan EU - eller EES-stat eller till Sch weiz för att söka vård, kan han eller hon får ersättning för vårdkostnaderna i efterhand i enlighet med sjukförsäkringslagen.

Kunskapsbasen för valfriheten och informationen till medborgarna

Någon enhetlig information finns inte att tillgå i många av de frågor som gäller valfriheten, t.ex. om val av hälsostation. För att klienten ska kunna göra informerade val som tjänar hans eller hennes intressen på bästa sätt bör de klienten ha tillgång till grundläggande uppgifter om serviceproducenten, var servicen finns, tillgången till service, omdömen om servicens kvalitet och användarrespons i fråga om servicens funktion.

Serviceenheterna och uppgifter om vilken service de erbjuder finns samlade i otaliga serviceregister. Dessa har uppstått bl.a. då informations system har byggts upp i samband med införandet av servicesedlar, inom ramen för serviceprojekt i kommuner och samkommuner och på nationell nivå, t.ex. i anslutning till det serviceregister och den tjänst för servicejämförelse, Palveluvaaka, som Institutet för hälsa och välfärd tillhandahåller. Som exempel kan nämnas att uppgifter om tillgången till vård vid hälsostationerna finns framlagd på det offentliga nätet bara om enskilda kommuner har publicerat dem. Det är i praktiken svårt för medborgarna att jämfö ra hälsostationerna i närområdet. Uppgifter om kvaliteten på och tillgången till service har också samlats in på riksnivå, men de har ännu inte offentliggjorts till alla delar. Det ingår i de framtida utvecklingsplanerna att Institutet för hälsa och välfär d ska publicera mera ingående uppgifter om tillgången till service och väntetiderna i sin tjänst Palveluvaaka.

Servicesedel inom social- och hälsovården

Bestämmelser om servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social - och hälsovården, som tillämpas på de social- och hälsovårdstjänster som ordnas av kommunerna.

Servicesedlar är ett av sätten kommunen kan använda sig av för att ordna tjänsterna. Om kommunen ordnar tjänster med hjälp av servicesedel, anvisar kommunen resurser i budgeten och ekonomiplanen för de tjänster som ordnas med hjälp av servicesedel. Dessutom godkänner kommunen principerna för användningen av servicesedlar, såsom för vilka tjänster servicesedlar får användas, servicesedlarnas värde, i vilken omfattning servicesedlar får anvä ndas och när servicesedlarna införs.

Kommunen godkänner de privata serviceproducenter vars tjänster får betalas med en servicesedel som kommunen beviljat. Kommunen kan antingen godkänna alla serviceproducenter som uppfyller kriterierna för godkännande ell er begränsa deras antal genom konkurrensutsättning i enlighet med lagen om offentlig upphandling, t.ex. på kvalitativa grunder. När kommunen använder servicesedlar för att ordna tjänster uppstår inte något avtalsförhållande mellan kommunen och serviceproducenten.

Bedömningen av att villkoren för att klienten ska få service är uppfyllda görs av kommunen i samråd med klienten, och kommunen fattar beslutet om ordnande av service. Ordnandet av service grundar sig inom socialvården på ett förvaltningsbeslut och inom häl so- och sjukvården på ett vårdbeslut. Klienten kan beviljas servicesedel för sådana tjänster som omfattas av servicesedel. När klienten har fått en servicesedel har han eller hon rätt att välja serviceproducent bland de serviceproducenter kommunen har godkänt.

Kommunen ska bestämma servicesedelns värde så att det är skäligt med tanke på klienten. Frågan om värdet är skäligt ska bedömas med hänsyn till de kostnader som föranleds kommunen för tillhandahållande av motsvarande tjänst som kommunens egen produk tion eller för anskaffning av tjänsten som en köpt tjänst samt den uppskattade självriskandel som ska betalas av klienten. Servicesedelns värde kan vara ett fast pris eller relaterat till klientens inkomster. Klienten ska få ett beslut om värdet på en ink omstrelaterad servicesedel. Om det inte är fråga om en tjänst som enligt lagen om klientavgifter inom social - och hälsovården är avgiftsfri för klienten, betalar klienten självriskandel för den service han eller hon tillhandahålls med stöd av servicesedeln , alltså skillnaden mellan priset på tjänsten och servicesedelns värde.

Klienten har rätt att vägra ta emot servicesedlar och då ska kommunen hänvisa klienten till kommunala tjänster som ordnas på annat sätt. Klienten har inte rätt att kräva att en tjänst ska ordnas med hjälp av servicesedel.

En klient som har fått en servicesedel ska ingå avtal med serviceproducenten om tillhandahållandet av tjänsten. Ett sådant avtalsförhållande omfattas av bestämmelserna och rättsprinciperna inom konsumenträtt och avtalsrätt.

Kommunförbundets enkät om användningen av servicesedlar

Finlands Kommunförbund genomförde våren 2015 en enkät om användningen av servicesedlar inom social - och hälsovården och barndagvården i kommuner och samarbetsområden (Selvitys

palveluseteleiden käytöstä kuntien ja yhteistoiminta -alueiden sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä päivähoidossa - tilanne vuoden 2015 toukokuussa). Enkäten besvarades av totalt 167 kommuner och samarbetsområden. Enkätsvaren beskriver situationen i sammanlagt 230 kommu ner. Detta omfattar 76 procent av samtliga kommuner och 89 procent av befolkningen i Fastlandsfinland. Tre fjärdedelar av de kommuner som svarade använder servicesedlar.

Det vanligaste användningsområdet för servicesedlar inom socialvården var hemservicen, tjänster under närståendevårdares ledigheter, stödtjänster inom hemservicen och effektiverat serviceboende enligt socialvårdslagen. Den största utvidgningen av antalet servicesedlar planerades också just inom socialvården. I fråga om hälso - och sjukvården användes mest servicesedlar inom primärvården. Det vanligaste användningsområdet för servicesedlar inom primärvården var tjänster inom hemsjukvården, terapiservice och läkarmottagningsverksamhet samt i mindre utsträckning för hjälpmedel och undersökningar. Inom mun - och tandvården användes servicesedlar för mottagningsverksamhet, både tandläkar - och munhygienistmottagning. Inom den specialiserade sjukvården användes servicesedlar för mottagningsverksamhe t, operationer och andra åtgärder, undersökningar, terapiservice och hjälpmedel. De som svarade på enkäten ansåg det vara viktigt att servicesedel som ett alternativ till konkurrensupphandling ska tryggas också i fortsättningen och denna välfungerande praxis inte ska frångås i den kommande social- och hälsovårdsreformen.

Personlig budget

Med en personlig budget avses det sätt att organisera servicen där användaren står i centrum och planerar de tjänster som är nödvändiga, meningsfulla och ändamålsenliga för personen själv.

Användarens behov av hjälp och stöd och kostnaderna för dem bildar grunden för den personliga budget som görs upp. Den personliga budgeten är förenklat den penningsumma som behövs för att de personliga tjänsterna ska kunna ordnas indiv iduellt och i enlighet med användarens önskemål, behov och målsättningar.

Genom en personlig budget bestäms hur stor den ekonomiska resurs är som står till buds för att ordna servicen för en viss person. Inom ramen för de resurser som står till förfogande kan man planera hur resurserna ska kunna användas på ett meningsfullt sätt för att servicen ska motsvara personens behov och uppfyller hans eller hennes frihet att välja och självbestämmanderätten. Samtidigt ska personens åsikter och önskemål beaktas.

Enligt de modeller för personlig budget som används i olika länder kan användaren inom ramen för den personliga budgeten själv administrera sin budget, alltså skaffa de tjänster som behövs och svara för budgeteringen, eller så kan han eller hon utse en pers on eller en annan aktör som administrerar budgeten. Också kommunen eller någon annan instans som ansvarar för ordnandet av tjänster kan administrera den personliga budget som fastställts. Det är också möjligt med kombinationer av de olika modellerna.

Modellen med personlig budget används i bl.a. Nederländerna, Belgien, Tyskland, Storbritannien, Förenta staterna, Kanada och Australien. I Finland finns det inte några bestämmelser om personlig budget i lagstiftningen. Olika gemensamma försök med personlig bud get har genomförts på organisationers och kommuners samt samkommuners (bl.a. Eksotes) försorg inom handikappservicen, stödet för närståendevård och hemvården. Av handikapporganisationerna har framför allt organisationerna inom omsorgsarbetet för personer m ed utvecklingsstörning uttryckt

sitt stöd för modellen, medan övriga handikapporganisationer har varit mer återhållsamma. I de finländska modellerna har det inte gjorts några försök att överföra pengar till serviceanvändaren, eftersom detta inte är ett möj ligt tillvägagångssätt för kommunerna enligt den gällande lagstiftningen. Det har inte heller avgjorts hur en personlig budget förhåller sig till beskattningen. Trots det har ett antal respiratorpatienter av sjukvårdsdistriktet beviljats en penningsumma s om överförts till ett klintkonto. Patienten har kunnat använda pengarna till att avlöna personal, såsom assistenter. Vissa kommuner har med hjälp av skräddarsydda lösningar ordnat service och stöd för personer med funktionsnedsättning i behov av många olik a tjänster eller för familjer med barn med funktionsnedsättning. Familjerna har exempelvis haft möjlighet att själv avlöna de vårdare de önskat.

För närvarande innefattar bl.a. bestämmelserna om service - och klientplaner, personlig assistans enligt handi kappservicelagen och serviceboende, närståendevård och Folkpensionsanstaltens handikappförmåner element med samma syften som personlig budget. I princip innehåller den gällande lagstiftningen om service vid funktionsnedsättning bestämmelser enligt vilka personer med funktionsnedsättning kan få den hjälp och service han eller hon behöver individuellt och utgående från de egna behoven.

Enligt internationella erfarenheter är det väsentligt hur ett system för personlig budgetering skapas och på vilka yttre villkor systemet bygger. Det är också viktigt att se till att klienten får tillräckligt med stöd i användningen av budgeten och vid anskaffningen av service.

Privata social- och hälsotjänster

I registret över tillhandahållare av privata tjänster fanns i slutet av 2015 1 264 producenter av tillståndspliktig socialservice och 2 249 verksamhetsenheter. Antalet producenter av anmälningspliktig socialservice uppgick till 3 120 och antalet verksamhetsenheter till 4 604. Antalet producenter av tillståndspliktiga hälso- och sjukvårdstjänster var 5 063 och antalet verksamhetsenheter 12 331. Enligt registret uppgick antalet självständiga yrkesutövare inom hälso - och sjukvården till 15 810 och de stod för totalt 21 963 verksamhetsställen. Det bör noteras att siffrorna omfattar också sådana serviceproducenter och självständiga yrkesutövare och verksamhetsställen vilkas verksamhet av olika skäl har avbrutits eller upphört, även om serviceproducenterna inte har meddelat detta.

Vid tolkningen av de statistiska uppgifter om tillhandahållare av privat service som framgår av registret bör det beaktas att uppgifterna om antalet tillhandahållare av anmälningspliktig verksamhet endast är riktgivande. Det bör också beaktas att enbart ett ökat antal verksamhetsställen och verksamhetsenheter i sig inte innebär att verksamheten eller omsättningen har ökat. Antalet tillståndsansökningar från i synnerhet privata producenter av hälso- och sjukvård har ökat i och med att införandet av elektroniska recept kräver att privata tillhandahåll are av tjänster ska vara införda i registret över privata tillhandahållare av tjänster.

Den privata sektorns andel av de producerade social- och hälsotjänsterna har ökat betydligt under de senaste åren. Under 2014 uppgick avkastningen av den privata verk samheten, alltså värdet av de tjänster som producerats under året, till 24,4 procent av den totala avkastningen inom hälsovården. Motsvarande andel inom socialservicen var 66 procent. Ökningen av serviceproduktionen inom den privata hälso - och sjukvården h ar till övervägande del skett inom företagsverksamheten. Också

inom socialservicen passerade företagsverksamhetens omfattning organisationernas serviceproduktion 2014 (företagen 18 procent, organisationerna 16 procent).

Inom hälso - och sjukvården har stö rsta delen av den privata verksamheten redan tidigare producerats av företagen. Service producerad av organisationer har haft betydelse endast i fråga om rehabiliteringstjänster och annan anstaltsvård. Enligt Statistikcentralens företags - och arbetsställeregister producerades hälso - och sjukvårdstjänster av cirka 15 740 företag 2011. Den privata verksamheten är koncentrerad till de stora företagen. I fråga om läkarstationer och privatläkarverksamhet utgjorde de 13 –14 största företagens marknadsandel 50 –60 procent. I fråga om tandläkartjänster, laboratorieundersökningar och akutvårdstjänster stod de 2–3 största företagens marknadsandel för cirka 30 procent mätt i sysselsättning 2011. Företagsverksamheten inom socialservicen är koncentrerad till boendetjänster.

Kommunerna köper en del av de social- och hälsovårdstjänster som det ankommer på dem att ordna av privata serviceproducenter. Värdet av de privata klienttjänsterna inom socialservicen i kommuner och samkommuner 2015 var 2,3 miljarder euro, inklusive de n dolda mervärdesskatten på 5 procent. Beloppet utgjorde ca 24 procent av driftskostnaderna för kommunernas socialservice. I fråga om boendeservicen inom anstaltsvården och vården dygnet runt motsvarade andelen 1 miljard euro och inom de övriga öppenvårdstjänsterna ca 1,2 miljoner euro. Köpen av tjänster ger en bild av penningflödet till de privata serviceproducenterna när det gäller slutprodukterna inom socialservicen (klientservice), och de omfattar inte mellanliggande tjänster som anskaffats för kommunsamfundens egen serviceproduktion, utgifter för servicesedlar eller betalningsförbindelser. Det uppskattade eller faktiska värdet av socialservice som omfattas av upphandlingslagstiftningen var enligt statistiken för den elektroniska annonseringskanalen för offentliga upphandlingar, HILMA, cirka 1,5 miljarder 2012. Beloppet omfattar inte direktköp eller upphandlingar som understiger det nationella tröskelvärdet 100 000 euro. Drygt 50 procent av anskaffningarnas värde hänför sig till serviceboende och knappt 40 procent till barnskyddstjänster.

Kommunerna och samkommunerna köpte klientservice inom hälso - och sjukvård från privata serviceproducenter till ett värde av 516 miljoner euro 2015 utan den dolda mervärdesskatten på fem procent. Beloppet utgjorde fem pro cent av driftskostnaderna för den kommunala hälso - och sjukvården. Driftskostnadsandelen var större inom primärvården än inom den specialiserade sjukvården. Köpen av klientservice omfattar inte köpen av mellanliggande hälso - och sjukvårdstjänster eller und ersökningar för kommunernas egen serviceproduktion och inte heller utgifterna för servicesedlar. Det uppskattade eller faktiska värdet av socialservice som omfattas av upphandlingslagstiftningen var enligt upphandlingsstatistiken för HILMA 1,2 miljarder 20 12. Beloppet omfattar kommunsamfundens, FPA:s och Statskontorets konkurrensutsatta köpta tjänster och utläggningar av tjänster och de offentliga arbetsgivarorganisationernas köpta företagshälsovårdstjänster, med undantag för direktköp och sådana anskaffnin gar som understiger det nationella tröskelvärdet på 100 000 euro.

Kommunernas och samkommunernas utgifter för servicesedlar uppgick till 208,5 miljoner euro 2015. Något över hälften av detta belopp utgjordes av utgifter för social - och hälsovård och resten av utgifter för barndagvård. U tgifterna för servicesedlar för hemvård utgjorde 19,1 miljoner euro, för serviceboende 66,1 miljoner euro, hälso- och sjukvård 10,8 miljoner euro och övriga utgifter för servicesedlar inom socialvården 25,0 miljoner euro.

Det finns flera finländska kommuner som har överlåtit ansvaret för att ordna de social - och hälsovårdstjänster som ankommer på kommunen till privata serviceproducenter. Samtliga uppgifter som sammanhänger med produktionen av social - och hälsovårdstjänster kan inte överlåtas på privata producenter. Sådana uppgifter är t.ex. de som omfattar utövning av offentlig makt.

Social- och hälsotjänster som produceras av organisationer

Enligt registeruppgifter från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, Valvira, var antalet organisationer som själva eller via ett eget bolag producerade social- och hälsovårdstjänster 2015 sammanlagt 959. Organisationer som själva producerade sina tjänster uppgick till 930. Av dem producerade 822 organisationer socialservice, 207 hälsotjänster och 98 bådadera. Antalet organisationer som bolagiserat serviceproduktionen var sammanlagt 57, dvs. cirka 6 procent av samtliga organisationer som producerade tjänster. Cirka 45 organisationer hade bolagiserat socialservicen och 33 organisationer hade bolagiserat hälsotjänsterna. Andelen bolag med en omsättning på mindre än en miljon euro utgjorde 28 procent och andelen bolag med en omsättning på över 50 miljoner euro utgjorde 3 procent.

Av socialservicen producerade organisationerna själva eller via bolag sammanlagt mest boendeservice med heldygnsomsorg, dagverksamhet, boendeservice med icke-heldygnsomsorg och tjänster i kategorin övriga tjänster inom den sociala sektorn. Den kategorin omfattar bl.a. öppen familje- och missbrukarrehabilitering, familjearbete och socialarbetares tjänster. Granskade enligt målgrupp producerades mest socialservice för äldre (22 procent), barn och unga (17 procent) och personer med utvecklingsstörning (13 procent).

Av hälso- och sjukvårdstjänsterna producerade organisationerna själva eller via bolag sammanlagt mest fysioterapitjänster, sjukskötares, hälsovårdares och/eller barnmorskas tjänster och andra tjänster i kategorin övrig hälsovårdsverksamhet. Kategorin omfattar bl.a. laboratorieprovtagning, psykologverksamhet och avvänjning samt substitutions- och underhållsbehandling för opioidberoende.

Enligt uppgifterna för 2015 i Statistikcentralens riksomfattande företags- och arbetsställeregister arbetade cirka 26 200 personer inom socialservice som producerades direkt av organisationer och cirka 5 600 personer inom hälso- och sjukvård som producerades direkt av organisationer. I organisationernas bolag arbetade cirka 4 600 personer med socialservice och cirka 3 600 personer med hälso- och sjukvård. Om branschvisa överlappningar inte tas med sysselsatte organisationerna cirka 37 500 arbetstagare inom social- och hälsovården. Flest arbetstagare sysselsatte produktionen i Nyland, Birkaland och Norra Österbotten, dvs. antalet sysselsatta står någorlunda i relation till landskapens befolkningsunderlag.

Av de 930 organisationer som 2015 själva producerade tjänster upphörde 6 procent (57 organisationer) med verksamheten. Av de organisationer som producerade socialservice upphörde 39 och av de som producerade hälsotjänster upphörde 20 med verksamheten. En av de organisationer som upphörde med produktionen producerade båda slagen av tjänster.

Informationssystemen inom social- och hälsovården och användningen av klientuppgifter

De författningar som tillämpas på hanteringen och behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården är personuppgiftslagen (523/1999), lagen om patientens ställning och rättigheter, lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, lagen om elektronisk behandlin g av klientuppgifter inom social - och hälsovården (159/2007), lagen om elektroniska recept (61/2007) och hälso- och sjukvårdslagen.

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården gäller elektronisk behandling av klientupp gifter inom social - och hälsovården och riksomfattande informationssystemtjänster. Det patientdataarkiv (Kanta) som skapats utifrån bestämmelserna i lagen är ett informationssystem där enheterna inom social - och hälsovården på ett informationssäkert sätt för in patientuppgifter som ingår i deras egna informationssystem och vars uppgifter också kan användas av andra registerförare med patientens samtycke. Patientdataarkivet har byggts upp successivt. Enheterna inom den offentliga social - och hälsovården och också vissa privata organisationer har anslutit sig till informationssystemet. Informationsinnehållet utökas stegvis. I fortsättningen kommer också uppgifter om socialvårdsklienterna att arkiveras i Kanta.

Med hjälp av tjänsten Mina Kanta -sidor kan medb orgarna själva kontrollera vissa av de patientjournaler och recept som gäller dem i enlighet med vad som fastställts i lagen. Med hjälp av tjänsten är det också möjligt att administrera samtycken och förbud i samband med handlingarna, föra in viljeyttringar när det gäller organdonationer eller vårdönskemål och att begära förnyelse av recept.

Yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården införs i centralregistret över yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården (Terhikki) enligt lagen om yrkesut bildade personer inom hälso- och sjukvården. I 24 c § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården föreskrivs om den offentliga informationstjänsten (JulkiTerhikki) som innebär att vissa uppgifter om yrkesutbildade personer är sökbara i et t allmänt datanät. Yrkesutbildade personer inom socialvården registreras i sin tur enligt lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården i centralregistret över yrkesutbildade personer inom socialvården (Suosikki). Bestämmelser om den offentliga informationstjänst som gäller dem (JulkiSuosikki) finns i 18 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

Uppgifter i Nationella hälsoarkivet (Kanta)

De uppgifter om social- och hälsovårdstjänster som erbjuds inom ramen för Nationella hälsoarkivet har tagits i bruk i stor omfattning inom hälso- och sjukvården. Allt som allt har cirka 1 500 olika instanser anslutit sina informationssystem till Kanta och 1 765 120 personer, alltså cirka en tredjedel av befolkningen, har använt sig av användargränssnitt et Mina Kanta -sidor (Omakanta). Den offentliga sektorn har infört Kanta till fullo och inom den privata sektorn har 389 enheter infört elektroniska recept och 68 enheter patientdataarkivet. Informationsinnehållet i Kanta ökar fortlöpande, både i antal och till sin omfattning. I den del av databasen som innehåller recept finns det cirka 350 miljoner handlingar som gäller recept, uttagna mediciner och annat i samband med läkemedelsförskrivning. I patientdataarkivet ingår cirka 500 miljoner handlingar. Cirka 9 9 procent av befolkningen använder elektroniska recept och av den information som tillkommit efter att Kanta togs i bruk har så mycket uppgifter införts i arkivet att de omfattar 98 procent av befolkningen. Det informationsinnehåll som sparar är så väl str ukturerat att det är möjligt att dra nytta av det på olika sätt, också för fortsatt behandling. När det gäller att utvidga informationsinnehållet pågår ett aktivt

utvecklingsarbete, bl.a. i de delar av informationssystemet som rör köpta tjänster, servicese dlar, munhälsovård och bilddiagnostik.

I fortsättningen kommer också klienthandlingar som gäller socialvårdsklienter att föras in i Kanta. Man håller för närvarande på och bygger upp servicen och ibruktagandet inleds i februari 2018. Klienterna kommer i fortsättningen att ha tillgång till de klienthandlingar inom socialtjänsterna som gäller dem i tjänsten . När det gäller genomförandet av Kanta -tjänsterna inom socialvården beaktar man i så stor utsträckning som möjligt uppgifterna i fråga om de tjänster som kommer att omfattas av valfrihet inom socialvården och sådana funktioner som främjar tillgången till uppgifterna.

Inom Kanta-tjänsten byggs även upp gemensamma tjänster som stöder integrationen av social - och hälsovårdstjänsterna, exempelvis en klientpla n för koordinering av samarbetet mellan anordnaren och producenten.

Bestämmelser som gäller yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården

Bestämmelser om legitimering av yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården samt förutsättningar för beviljande av rätt att utöva yrke, registrering, styrning och tillsyn i fråga om yrkesutbildade personer, finns i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården (559/1994, nedan lagen om yrkesutbildade personer) och i förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994, nedan förordningen om yrkesutbildade personer). Syftet med lagen är att främja patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna inom hälso - och sjukvården. Lagen gäller både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Med yrkesutbildad person inom hälso - och sjukvården avses den som med stöd av lagen om yrkesutbildade personer har erhållit rätt att utöva yrke (legitimerad yrkesutbildad person) eller tillstånd att utöva yrke (yrkesutbildad person som beviljats tillstånd) samt den som med stöd av lagen om yrkesutbildade personer har rätt att använda genom statsrådsförordning fastställd yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning). Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården är den behöriga myndigheten. Vad som krävs för erhållande av rätt till yrkesutövning beror på om personen i fråga har fullföljt sin utbildning i Finland, i en annan stat inom Europeiska unionen (EU) eller Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller utanför EU- eller EES-området. När det gäller examina som avlagts i en EU - eller EES -stat baserar sig den nationella lagstiftningen på Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer.

Bestämmelser om rätten att vara verksam som yrkesutbildad person inom socialvården ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015), som trädde i kraft den 1 mars 2016. Syftet med lagen är att fr ämja socialvårdsklienters rätt till socialvård av god kvalitet. Lagen gäller både den offentliga och den privata socialvården. Lagen innehåller bestämmelser om beviljande av rätt att utöva yrke för de centrala yrkesgrupperna inom socialvården, registrerin g och styrning av och tillsyn över rätten att utöva yrke. Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården beviljar på ansökan rätt att utöva socialarbetaryrket, socionomyrket och geronomyrket till personer som avlagt den examen som bestäms i lag . Närvårdare är en skyddad yrkesbeteckning inom socialvården liksom inom hälso- och sjukvården. Enligt statsrådets förordning om yrkesutbildade

personer inom socialvården (153/2016) är skyddade yrkesbeteckningar också sådana hemvårdare och vårdare av utvec klingshämmade som avlagt en examen på skolnivå som föregått närvårdarexamen. Som en följd av lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården är yrkesutbildade personer inom socialvården i fråga om registrering och tillsyn i samma ställning som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Tillsynen över social- och hälsovården

Tillsynsmyndigheter för social - och hälsovården är riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet som de högsta laglighetsövervakarna samt social - och hälsovårdsministeriet, Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården (Valvira) samt regionförvaltningsverken och kommunerna. Sakkunniginrättningar för social - och hälsovården är Institutet för hälsa och välfärd, Arbetshälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen. Också patient- och socialombudsmannasystemen ska trygga rättigheterna för klienter och patienter inom social - och hälsovården.

Enligt 108 och 109 § i grundlagen ska justitiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman övervaka at t domstolarna och andra myndigheter samt tjänstemän, offentligt anställda och även andra följer lag och fullgör sina skyldigheter när de sköter offentliga uppdrag.

Bestämmelser om behörigheten för andra myndigheter som övervakar social - och hälsovården finns i flera olika lagar. Den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av den offentliga och privata hälso - och sjukvården hör till social - och hälsovårdsministeriets uppgifter. Valvira, som lyder under social - och hälsovårdsministeriet, styr i e genskap av centralt ämbetsverk regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och avgörandepraxis vid styrningen av och tillsynen över den offentliga och privata social- och hälsovården. Dessutom styr och övervakar Valvira den offentliga och privata social - och hälsovården i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, eller ärenden i vilka regionförvaltningsverket är jävigt. Valvira har dessutom många andra särskilt föreskrivna uppgifter som gäller tillstånd och tillsyn i anslutning till social- och hälsovård.

Regionförvaltningsverket ska inom sitt verksamhetsområde sköta styrninge n av och tillsynen över den offentliga och privata social - och hälsovården. Bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter och behörighet när det gäller styrningen av och tillsynen över social - och hälsovården finns förutom i lagarna om social - och hä lsovård också i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) och i kommunallagen.

Tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården och inom socialvården ankommer också den på Valvira och regionförvaltningsverken. Bestämmelser om tillsyne n ingår i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården och i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården.

Kommunen har det primära ansvaret för lagligheten, kvaliteten och ändamålsenligheten i fråga om de social - och hälsovårdstjänst er som kommunen är skyldig att ordna. De kollegiala organ som avses i 6 § 1 mom. i 1982 års socialvårdslag och i 6 § 1 mom. i folkhälsolagen och som utses av kommunfullmäktige övervakar tjänsteinnehavarna under sig och den övriga kommunala personalen. Kommunens och samkommunens egna verksamhetsenheter svarar i första hand själva för att de

tjänster de tillhandahåller är ändamålsenliga. Enligt 47 § i den nya socialvårdslagen ska en verksamhetsenhet inom socialvården eller någon annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet.

Vid anskaffning av service från en privat serviceproducent ska kommunen eller samkommunen försäkra sig om att servicen motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. Privata serviceproducenter har dessutom ansvar för kvaliteten på den service de tillhandahåller.

Inom den faktiska tillsynen över social- och hälsovården då klienten eller patienten inte för fogar över något förvaltningsbeslut med möjlighet att söka ändring har inte bara de myndigheter som övervakar social- och hälsovården utan också patient- och socialombudsmannasystemen och anmärkningsförfarandet en viktig roll. Enligt 24 § i klientlagen ska varje kommun utse en socialombudsman. Enligt 11 § i patientlagen ska en patientombudsman utses vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård. En patient eller klient kan framställa en anmärkning, och den kan gälla såväl offentlig som privat social- och hälsovårdsverksamhet. När det gäller hälso- och sjukvård framställs en anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten i fråga och när det gäller socialvård till den som ansvarar för en verksamhetsenhet inom socialvården eller till en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården.

Förutom att framställa anmärkning kan en klient eller patient anföra förvaltningsklagan hos de myndigheter som övervakar social- och hälsovården. Enligt bestämmelserna i klientlagen och patientlagen ska 8 a kap. i förvaltningslagen tillämpas på förvaltningsklagan. Kapitlet omfattar bestämmelser om anförande och behandling av förvaltningsklagan samt om administrativ styrning med anledning av förvaltningsklagan. Klagan får anföras över alla typer av myndighetsverksamhet, inbegripet faktisk verksamhet. Inom social- och hälsovården har rätten att anföra klagan utsträckts till att gälla även verksamhet som utövas av privata aktörer inom social- och hälsovården.

Finansiering av social- och hälsovården

Hur social- och hälsovården finansieras

Aktörer som i betydande grad finansierar social- och hälsotjänsterna är kommunerna, staten, hushållen, arbetsgivarna och de privata försäkringsbolagen. Dessutom bidrar Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet (ARA) med finansiering av servicebostäder för dem som behöver särskilt stöd för boendet, t.ex. personer med utvecklingsstörning, personer med svår funktionsnedsättning, rehabiliteringsklienter inom mentalvården och äldre. Finansiering av social- och hälsovården samlas in på flera sätt. Den består huvudsakligen av statliga och kommunala skatteinkomster, lagstadgade och frivilliga försäkringsavgifter och arbetsgivaravgifter, klientavgifter och klienternas självriskandelar.

Staten deltar i finansieringen av tjänsterna genom att betala statsandel till kommunerna för ordnandet av servicen. Beloppet av statsandelen med allmän täckning för basservice uppgick till uppskattningsvis 5,4 miljarder euro 2015 i fråga om social- och hälsotjänster. Dessutom anvisar staten medel för finansiering av social- och hälsovården inom den kommunala sektorn under andra budgetmoment. Till dessa budgetposter hör bl.a. den statliga ersättningen till kommunerna för ordnande av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte. Kommunerna finansierar huvudsakligen sin andel av utgifterna för social- och hälsotjänster med hjälp av avkastningen från kommunalskatten.

Bruttodriftskostnaderna för den social- och hälsovård som det ankommer på kommunerna att ordna uppgick 2015 till 20,5 miljarder euro. I beloppet ingår inte kostnaderna för barndagvård. Något mer än hälften av driftskostnaderna för social- och hälsovård är fördelade mellan specialiserad sjukvård och primärvård. Den specialiserade sjukvården omfattade cirka en tredjedel och primärvården sammanlagt cirka en femtedel av driftskostnaderna för social- och hälsovårdstjänster. Något mindre än en fjärdedel av driftskostnaderna användes för tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning, cirka fem procent för hemtjänster och över sex procent för övriga tjänster för barn och familjer.

Finansieringen av kostnaderna för den offentliga hälsovården kompletteras av den offentliga sjukförsäkringen och i synnerhet den sjukvårdsförsäkringen som ingår i den. Finansieringen av sjukförsäkringen delas upp i finansieringen av sjukvårdsförsäkringen och finansieringen av arbetsinkomstförsäkringen. Läkemedelsersättningar, reseersättningar och sjukvårdsersättningar för privat hälsovård, dvs. läkararvoden, tandläkararvoden och ersättningar för undersökning och vård samt kostnaderna för rehabilitering som ordnas och ersätts av Folkpensionsanstalten finansieras av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring. Andra kostnader som finansieras av sjukvårdsförsäkringen är ersättningar till Studenternas hälsovårdsstiftelse, sjukvårdsersättningar som hör till grundskyddet inom lantbruksföretagarnas olycksfallsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringen andel av medfinansieringen är 55,1 procent och statens 44,9 procent. Staten finansierar dock alla sjukvårdskostnader som betalas till EU-länder för vård som en person som är försäkrad i Finland har fått utomlands och kostnaderna för sjukvård som förorsakas kommuner för sjukvård för personer som är bosatta utomlands. Sjukvårdsförsäkringens förmåner och ersättningar finansieras genom sjukförsäkringens sjukvårdspremie, som tas ut hos alla försäkrade på basis av den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattningen. De försäkrades finansieringsandel är uppdelad mellan löntagarna, företagen och förmånstagarna.

Av sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring finansieras dagpenning enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004), rehabiliteringspenning enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005), de dagpenningar som ingår i grundskyddet inom lantbruksföretagarnas olycksfallsförsäkring, ersättningar för företagshälsovård och ersättningar för semesterkostnader. Utgifterna för arbetsinkomstförsäkringen finansieras med hjälp av intäkterna av arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift samt den dagpenningspremie som betalas av löntagare och företagare, med undantag för vissa utgifter som ska finansieras med statens andel och företagares tilläggsfinansieringsandel. Arbetsinkomstförsäkringen finansieras till 67 procent av arbetsgivares sjukförsäkringsavgift, till 27 procent av löntagares och företagares dagpenningspremie och till 6 procent av staten.

Sjukförsäkringsfondens årliga utgifter är de förmåner och ersättningar som nämns ovan. Till utgifterna hänför sig också de verksamhetskostnader som förorsakas Folkpensionsanstalten för administration av förmåner och ersättningar samt de justeringar som görs för att uppnå minimibeloppet för fondens finansieringstillgångar. Minimibeloppet ska i slutet av respektive år vara minst 8 procent av fondens årliga totalutgifter. Utgifterna ska först minskas med intäkterna av sjukförsäkringsfondens egendom.

Statsrådet fastställer procentsatserna för sjukförsäkringsavgifterna genom en förordning som utfärdas årlig en. De premier och avgifter som tas ut för att finansiera sjukförsäkringen följer utvecklingen i fråga om förmånsutgifter och inkomstnivå.

De kalkylerade kostnaderna för sjukvårdsersättningarna för den privata hälsovården uppgick till cirka 237 miljoner e uro 2015. Kostnaderna för läkemedelsersättningar uppgick till cirka 1 378 miljoner euro och kostnaderna för reseersättningar till cirka 293 miljoner euro. De rehabiliteringsutgifter som finansierade av sjukvårdsförsäkringen uppgick till sammanlagt cirka 34 3 miljoner euro, varav utgifterna för den yrkesinriktade rehabiliteringen utgjorde cirka 34 miljoner euro.

Hushållen finansierade social - och hälsovården direkt närmast i form av klientavgifter och självriskandelar. Beloppet av klientavgifterna för de soc ial- och hälsovårdstjänster som det ankommer på kommunen att ordna var 2015 cirka 1, 5 miljarder euro. Beloppet av hushållens klientavgifter motsvarade cirka 7 procent av driftskostnaderna för den kommunala social - och hälsovården. Hushållens finansieringsa ndel av de privata hälsovårdstjänster som ersattes av sjukvårdsförsäkringen 2015 uppgick till 822 miljoner euro, av de ersatta läkemedlen inom öppenvården till 571 miljoner euro och av de ersatta resekostnaderna till 42 miljoner euro.

Privata försäkringsb olag finansierar social - och hälsotjänster genom de försäkringspremier hushållen och arbetsgivarna betalar för frivilliga sjuk - och olycksfallsförsäkringar. Social - och hälsotjänsterna finansieras dessutom av lagstadgade olycksfalls -, trafik - och patientfö rsäkringar. Den lagstadgade arbetsolycksfalls - och yrkessjukdomsförsäkringen finansieras med de försäkringsavgifter som arbetsgivarna och företagarna betalar och den lagstadgade trafikförsäkringen finansieras med försäkringspremier.

Hur medlen för social- och hälsovård fördelas mellan serviceproducenterna

De finansiella medlen fördelas mellan serviceproducenterna på flera olika sätt. Kommunerna betalar för det mesta sina egna enheter för tjänsterna inom primär - och socialvården genom i budgetekonomin anvi sade ersättningar. För primärvårds - och socialservice som kommunerna producerar gemensamt betalar kommunerna ersättningar som fastställs på olika grunder och enligt olika beräkningssätt. För de tjänster som produceras inom den specialiserade sjukvården i sjukvårdsdistrikten betalar kommunerna i regel utifrån den mängd tjänster som producerats. I sådana situationer där en patient som vårdas vid en offentlig hälso- och sjuk vårdsenhet inte är invånare i kommunen i fråga, ska den kommun eller samkommun som har vårdansvaret ersätta de kostnader som uppkommit för vården. Ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som verksamhetsenheten inom hälso - och sjukvården utgår från eller som samkommunen fakturerar sina medlemskommuner. För tjäns ter som lagts ut eller överförts till affärsverk betalar kommunerna avtalsenlig ersättning till det företag eller affärsverk som producerar tjänsterna.

Försäkringsbolagen betalar avtalsenliga ersättningar, inte bara till försäkringstagarna, utan också direkt till vårdinrättningarna för den vård och rehabilitering klienten fått. Arbetsgivarna betalar för företagshälsovårdstjänster i enlighet med ingångna avtal om företagshälsovård och på basis av prestationer i enlighet med lagen om företagshälsovård.

Hushållen betalar högst den i lag angivna klientavgiften för de kommunala hälsotjänster de använder och en viss andel av inkomsterna för långvarig anstaltsvård. När avgiftstaket för den kommunala hälsovården överskrids ska den del av utgifterna som motsvara r klientavgiften betalas av kommunen. Månadsavgifterna för service i hemmet baserar sig på lagen och förordningen om

klientavgifter inom social- och hälsovården. De avgifter för hemservice och hemsjukvård som tas ut varierar beroende på om hjälpbehovet är tillfälligt eller regelbundet. Om det är fråga om ett regelbundet hjälpbehov bestäms en månadsavgift som baserar sig på antalet personer i familjen och på familjens inkomster. De kostnader för läkemedel som överstiger kostnadstaket för läkemedel enligt sjukförsäkringslagen och de ersättningsgilla resekostnader som överstiger kostnadstaket för resor enligt samma lag finansieras nästan helt av sjukvårdsförsäkringen. Hushållen betalar i allmänhet ett arvode som baserar sig på prestationsprincipen för tjänster inom den privata sektorn.

Klientavgifter för social- och hälsovård

Klientavgifterna för social - och hälsovård fastställs i lagen om klientavgifter inom social - och hälsovården (734/1992, nedan klientavgiftslagen) och den förordning som utfärdats med stöd av den (912/1992, nedan klientavgiftsförordningen). Enligt 1 § i klientavgiftslagen kan en avgift uppbäras hos den som använder kommunala social - och hälsovårdstjänster, om inte något annat stadgas genom lag. Avgiften får uppbäras enligt användarens betalningsförmåga.

Enligt 2 § får den avgift som tas ut för servicen vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen. Genom förordning av statsrådet kan det föreskrivas om den högsta avgiften för service och att en avgift ska bestämmas enligt betalningsförmågan. I förordningen föreskrivs det om den högsta avgift som får tas ut i fråga om största delen av tjänsterna. Dessa maximibelopp är i allmänhet avsevärt lägre än produktionskostnaderna. Eftersom det i klientavgiftsförordningen endast föreskrivs om serviceavgifternas maximibelopp, kan kommuner och samkommuner ta ut maximiavgifter för sina social - och hälsovårdstjänster som är lägre eller låta bli att ta ut avgift för servicen. Bestämmelser om avgiftsfri socialservice ingår i 4 § i klientavgiftslagen och om avgiftsfria hälsovårdstjänster i 5 §. Största delen av tjänsterna för personer som är under 18 år är avgiftsfria. Jämnstora avgifter tas i regel ut för tjänster som används under en kort tid och sporadiskt, såsom t.ex. läkartjänster inom öppen vården vid hälsocentraler. Inkomstrelaterade avgifter tas ut för långvarig service, såsom för kontinuerlig och regelbunden sluten vård, serviceboende och service som ges i hemmet.

I 6 a § föreskrivs om ett avgiftstak för att det ska kunna säkerställas att avgifterna för social - och hälsovårdstjänster inte blir en orimligt stor belastning för klienten. Enligt 11 § i klientavgiftslagen har en kommun eller samkommun dessutom möjlighet och i vissa fall skyldighet att efterskänka eller sätta ned en avgift som fastställts för social - och hälsovårdsservice till den del personens försörjning äventyras av att avgiften tas ut. En klient kan också beviljas utkomststöd för de avgifter som tas ut för social- och hälsovårdsservice.

Enligt 15 § i klientavgiftslagen får omprövning av ett beslut om avgifter begäras på det sätt som anges i förvaltningslagen. Begäran om omprövning görs hos det organ som bär ansvaret för att ordna tjänsten i fråga i kommunen. Ett beslut som meddelats med anledning av en begäran om omprövning får överklagas genom besvär hos förvaltningsdomstolen på det sätt som anges i förvaltningsprocesslagen (586/1996). Förvaltningsdomstolens beslut får överklagas genom besvär endast om högsta förvaltningsdomstolen beviljar besvärstillstånd.

Om klienten underlåter att betala klientavgift för social - och hälsovårdstjänster, kan dröjsmålsränta debiteras för avgiften och den kan också drivas in genom utsökning utan dom eller beslut (klientavgiftslagen 16 och 17 §).

Produktifiering och fakturering

Produktifiering och på den baserad fakturering har blivit allt vanligare inom den offentliga social - och hälsovårdsservicen i takt med att enheterna har övergått till att vid sidan av de egenproducerade tjänsterna köpa tjänster utifrån och i och med kommunernas interna beställar–utförar-modeller.

Genom produktifieringen indelas de enskilda prestationer enheten producerar i för klienten tydliga och tilltalande servicehelheter, eller produkter, som är definierade till innehåll och användningsändamål. Produk tifieringen anses främja effektiviteten, eftersom den förbättrar kostnadsmedvetenheten och de praktiska rutinerna kan standardiseras och för att även administrations- och transaktionskostnaderna sjunker i och med standardiseringen. De olika produktifieringsmodellerna innebär att den ekonomiska risken fördelas på olika sätt mellan avtalsparterna. Enligt kapitationsmodellen bär producenten större del av riskerna än enligt en modell där faktureringen grundar sig på produktifierade servicehelheter.

Vid kommun faktureringen av den specialiserade sjukvården används en produktifieringsmodell som baserar sig på diagnosgruppering (DRG) och intern klassificering samt på prestationer (på mellanprestationer baserad produktifiering). Någon egentlig kapitation används in te i faktureringen mellan kommunerna och sjukvårdsdistrikten. Fakturering enligt ett fast pris används i någon mån. Köpen av sjukhusservice baserar sig oftast på en avtalad årlig totalbudget. Avtal utifrån specificerade produktgrupper används inte, efterso m behovet av service grundar sig på en uppskattning som kan vara inexakt också på totalnivå, särskilt i små kommuner. Därför avtalas det inte om produkt- eller produktgruppsspecifika mängder och priser på förhand, inte heller i de fall då faktureringen åtm instone delvis baserar sig på produktifiering. Till den bristande enhetligheten i produktifieringen bidrar utöver de olika produktifieringsmodellerna den omständigheten att uppgifter om diagnoser och åtgärder bokförs på olika sätt och att de olika sjukhuse ns kostnadsberäkning skiljer sig åt. Det är därför svårt att jämföra kostnader och priser.

Produktifieringen av öppenvårdsåtgärder inom primärvården är ett relativt nytt fenomen. Man har försökt utveckla den bl.a. utifrån patientindelning (APR) och prio riteringssystem inom primärvården (pDRG). Införandet har emellertid framskridit i mycket ojämn takt. Urvalet av öppen service är omfattande och inom en del av åtgärdssektorerna såsom mun - och tandvård eller i fråga om enskilda tjänster är produktifieringen väletablerad. Produktifieringen av stödtjänster och mellanliggande produkter, såsom laboratorieåtgärder, har i allmänhet varit mera rätlinjig än i fråga om tjänster som innefattar vård.

När det gäller socialvårdstjänster har man använt sig av produktifie ring av t.ex. hemvård, serviceboende och stödtjänster inom äldreomsorgen. Det har gjorts ett mycket omfattande produktifieringsarbe, men det har skett på kommunnivå och varit splittrat, och någon enhetlig praxis finns egentligen inte. Faktureringen har oft a baserat sig på prestationer, besök, vårddagar eller åtgärder, och dessa är inte nödvändigtvis sådana som till innehållet är helt jämförbara sinsemellan.

I produktionsområdet för öppen service ingår också socialarbetet och barnskyddet, vars produktifiering har framskridit långsamt eftersom den upplevs som svår att genomföra. Många av tjänsterna inom socialvården omfattar arbete som inte bara gäller klienten, utan också klientens familj eller något annat närsamfund som påverkar klientens livss ituation. I många fall krävs det också samarbete mellan olika aktörer. Klientskapet inom socialvården är ofta också mycket långvarigt och omfattar flera slags åtgärder som det är svårt att bedöma i förväg.

2.2. Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i utlandet: Valfrihet när det gäller social- och hälsovård i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder.

Sverige

Systembeskrivning

Social- och hälsovårdssystemet i Sverige skiljer sig från systemet i Finland. Huvudansvaret för att ordna och finansiera hälso - och sjukvården ankommer på de 20 landstingen eller på med dem jämförbara regioner. Landstingen ansvarar för ordnandet av såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Också ordnandet av mun - och tandvården ankommer på l andstingen. Socialservicen ankommer på kommunerna, som ordnar äldreomsorgen och serviceboendet, men inte själva får ordna läkartjänster. Kommunerna ansvarar dessutom för bl.a. skolhälsovården och hemsjukvården.

Den lagstiftning som trädde i kraft 2009 gj orde det möjligt att utvidga antalet serviceproducenter i landstingen och kommunerna inom ramen för olika valfrihetssystem. Syftet med reformen var att erbjuda invånarna rätt att välja serviceproducent och utvidga urvalet till att omfatta också privata serviceproducenter. Lagen innehåller bestämmelser enligt vilka kommuner och landsting ska ingå avtal med sådana producenter som uppfyller vissa på förhand fastställda kriterier. Enhetliga ersättningsförfaranden ska också tillämpas på de producenter som godkän ns, vilket innebär att konkurrensen mellan producenterna borde uppstå på grundval av tjänsternas kvalitet.

I början av 2010 föreskrevs det att användning av ett system med valfrihet ska vara obligatoriskt inom primärvården. Landstingen är inte skyldiga a tt tillämpa valfrihetslagstiftningen inom den specialiserade sjukvården. Kommunerna kan besluta om hur valfriheten ska tillämpas inom den äldreomsorg som den är ansvarig för och inom viss annan socialservice.

Styrkan i det svenska systemet kan anses vara att både primärvården och tjänsterna inom den specialiserade sjukvården båda hör till den service landstingen är ansvariga för att finansiera och ordna. Den ligger alltså i den ansvariga instansens intresse att följa upp och styra verksamheten för att uppn å kostnadseffektivitet. Svagheten i systemet kan anses vara den bristande integrationen mellan servicen inom socialväsendet, den hälsovård som ankommer på kommunerna och den hälsovård som ordnas av landstingen.

Klienternas rättigheter

Den som behöver ser vice kan välja den utförare (serviceproducent) som han eller hon anser vara lämplig bland de godkända utförarna. Lagstiftningen ställer inga hinder om patienten eller klienten vill välja en annan utförare, och detta är möjligt när som helst. Syftet med den na praxis är bl.a. att servicesystemet ska fortsätta att utvecklas.

Sverige har en vårdgaranti. Den skrevs in i den nya patientlagen, som trädde i kraft 2015. Den omfattar den så kallade 0 -7-90-90-regeln (*patientlagen*, 2014:821), enligt vilken landstinge n ska erbjuda varje invånare kontakt med primärvården samma dag som vården söks, läkarbesök i primärvården inom sju dagar från det att vården söks, besök i den specialiserade vården inom 90

dagar från det att vården söks eller remissen ställts ut och behan dling i den öppna sjukvården inom 90 dagar efter att vårdgivaren har beslutat om en viss behandling.

Valfriheten stöds genom olika slags webbtjänster med vars hjälp det är möjligt att göra jämförelser mellan olika vårdenheter och deras kvalitet. För närva rande finns det i Sverige över hundra register för uppföljning av vården av olika patientgrupper.

Serviceproducenternas skyldigheter

Landstingens på förhand fastställda ersättningar är densamma för alla som utför samma slags tjänster. Utförarna omfattas dessutom av de förhandskriterier kommuner och landsting har ställt upp. Kommuner och landsting ska meddela de öppna valfrihetssystemen i en elektronisk databas. De utförare som vill ge service inom ramen för ett valfrihetssystem kan anmäla sig till anordna ren. Kommuner och landsting godkänner och ingår avtal med sådana utförare som uppfyller de angivna kriterierna.

Landstingen ska bilda valfrihetssystemen så att leverantörerna behandlas på lika villkor, om det inte finns särskilda skäl att avvika från detta. Lagstiftningen om primärvården förutsätter att landstingen godkänner villiga utförare – såväl offentliga, priv ata som tredje sektorns utförare – enligt neutrala förfaranden.

De ersättningar som betalas till utförarna och grunderna för dem varierar beroende på landsting. Med tiden har landstingen utvecklat och ändrat sina ersättningsgrunder för att skapa incitame nt. Den kapitationsbaserade ersättningen täcker 45 –86 procent av de totala kostnader na i de olika områdena. En del av ersättningen grundar sig därutöver på prestationer och på kvalitetsbonus eller kvalitetsavdrag. Regionala tillägg är möjliga, i synnerhet i glesbygder.

Norge

Systembeskrivning

Paragraferna i Norges patient - och klientlag tryggar klientens rätt till valfrihet. Inom primärvården ökades klientens valfrihet genom fastläkarreformen 2001. Kommunerna blev skyldiga att ordna läkartjänsterna inom primärvården med hjälp av privata yrkesutövare. Ansvaret för att ordna specialiserad sjukvård ankommer på fyra statliga områden.

Klienternas rättigheter

Klienten har rätt att välja hos vilken läkare han eller hon vill lista sig. Villkoret är att läkare n har plats på sin lista. Klienten kan byta fastläkare högst två gånger om året. Läkarna inom primärvården fungerar som portvakter för den specialiserade sjukvården. Klienten kan välja mellan alla de privata producenter för specialiserad sjukvård som har i ngått avtal med de fyra områden som ordnar service. Från och med 2015 har klienterna haft rätt att välja vårdplats inom den specialiserade sjukvården bland alla på förhand godkända sjukhus, såväl offentliga som privata.

Serviceproducenternas skyldigheter

Största delen av allmänläkarna inom primärvården, cirka 95 procent, är självständiga yrkesutövare. Läkare anställda av en offentlig arbetsgivare är i regel verksamma i glest bebyggda områden, och där har denna omständighet beaktats i form av regionala ti llägg. Finansieringsansvaret för läkarservicen har delats upp mellan kommunernas och staten. Kommunernas finansieringsansvar utgår från antalet personer som är listade hos läkarna och motsvarar 30 procent av kostnaderna. Statens finansieringsandel är cirka 35 procent. Den resterande andelen består av patientavgifter.

Danmark

Systembeskrivning

I Danmark överfördes det huvudsakliga ansvaret för ordnandet av tjänster från landskapen till fem statligt finansierade självstyrelseområden i och med den regionför valtningsreform som genomfördes 2005 –2007. Områdena har till uppgift att svara för hälso - och sjukvården, som omfattar såväl primärvård, specialiserad sjukvård, psykiatrisk vård, tandvård för vuxna som fysioterapi. Kommunerna svarar för förebyggande vård, hälsofrämjande verksamhet, tandvård för barn, skolhälsovård och hemsjukvård.

Klienternas rättigheter

I Danmark gäller valfrihet inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Systemet är försäkringsbaserat. Enligt den danska hälsovårdsförsäkr ingslagstiftningen kan befolkningen välja mellan två olika försäkringsklasser. Över 98 procent av befolkningen har valt den första klassen. Klienterna betalar då ingen klientavgift alls för primärvård. De listar sig hos en läkare inom primärvården, som age rar portvakt för den specialiserade sjukvården. Den andra klassen har valts av mindre än två procent av befolkningen. De betalar klientavgifter inom primärvården, men kan söka sig till en specialist utan remiss.

Valfriheten inom primärvården uppfylls när patienten listar sig hos den läkare han eller hon själv väljer. Klienten kan fritt välja behandlande läkare, om denne har plats på sin lista. Det finns inte några begränsningar när det gäller att byta till en anna n läkare. Inom den specialiserade sjukvården får klienten välja vårdenhet bland samtliga offentliga sjukhus, med beaktande av vårdköerna. Om väntetiden överskrider den vårdgaranti som gäller i Danmark, två månader, sträcker sig valmöjligheterna också till de privata och utländska sjukhus som självstyreområdena har ingått avtal med.

Serviceproducenternas skyldigheter

Inom den regionala hälsovården produceras primärvården av läkare som är enskilda yrkesutövare och av andra yrkesutbildade personer inom häls o- och sjukvården. Läkarna inom primärvården fungerar som portvakter för den specialiserade sjukvården.

Avtalsparterna inom primärvården är yrkesutövande läkare och försäkringssystemet. Mottagningarnas inkomster består till 90 procent av nationella förs äkringsmedel. Producenterna av primärvård och specialiserad sjukvård får ersättning för servicen enligt ett på förhand överenskommet ersättningsförfarande.

England

Systembeskrivning

I England innebär valfriheten att medborgarna kan skaffa service hos offentliga och privata serviceproducenter, men också hos serviceproducenter inom tredje sektorn. Inom hälsovården tillämpas en enhetlig praxis och serviceproducenterna omfattas alla av samma registrerings-, pris- och kvalitetskriterier. Inom socialvården är valfriheten möjlig huvudsakligen tack vare en personlig budget.

Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, *National Health Service (NHS)* täcker alla klientavgifter med skattemedel, och servicen är därför avgiftsfri. Socialservicen är däremot behovsprövad, och avgifter baserade på klientens inkomster och förmögenhet kan tas ut. När det gäller extra avgifter har man emellertid satt ett avgiftstak, och det gäller hela befolkningen.

Klienternas rättigheter

Inom ramen för valfriheten får klienten välja läkarstation och i mån av möjlighet också läkare och vårdare. Läkarstationen kan vägra att ta emot nya klienter, om den officiellt har meddelat att den inte tar emot ny klienter eller om klienten inte bor inom dess geografiska område.

När det gäller sjukhusvård väljer klienten vårdenhet på grundval av det första poliklinikbesöket. Vissa begränsningar har ställts för rätten att välja, såsom tidigare inledd vård. Rätten att välja gäller inte heller patienter som vårdas på sluten avdelning. Om patienterna inte kommer till ett avtalat poliklinikbesök, kan det leda till att han eller hon förlorar sin rätt att välja vårdenhet. Patienten har trots det rätt att välja vårdenhet också senare, om det inte är möjligt att erbjuda vård inom ramen för vårdgarantin. Rätten omfattar också rätten att välja vilken enhet som ska utföra sådana särskilda undersökningar som den remitterande läkaren har föreskrivit.

Inom socialvården genomförs valfriheten med hjälp av den personliga budget som eventuellt beviljas efter en bedömning av servicebehovet. Det finns också begränsningar för användning av budgeten. Den lämpar sig t.ex. inte för långvarig institutionsvård. Användningen av personlig budget har konstaterats vara en kostnadseffektiv form för hälso- och sjukvård också i fråga om personer som fortlöpande behöver vård.

I England har skyldigheten att informera om valfriheten skrivits in i lag. Enligt lagstiftningen har yrkesverksamma personer inom vården skyldighet att stödja klienterna i deras vårdval.

Serviceproducenternas skyldigheter

Inom primärvården kan en klient som har fått remiss välja vilken som helst av de serviceproducenter som godkänts i området under förutsättning att producenten uppfyller NHS-kriterierna. En serviceproducent som står utanför den offentliga sektorn kan alltså också väljas, såvida producenten uppfyller de kvalitativa och verksamhetmässiga kriterierna för att registrera sig och godkänner den ersättningsnivå NHS erbjuder.

Det är kvalitativa faktorer som är det främsta konkurrensmedlet och den ersättning som betalas ut är därför densamma för alla serviceproducenter. Serviceproducenterna kan inte ta ut de extra

kostnaderna hos klienten, och på så sätt tryggas den principiella möjligheten för samtliga invånare att dra nytta av de rättigheter valf riheten innebär. Det nationella betalningssystemet täcker cirka 64 procent av finansieringen av NHS.

Personlig budget

Bestämmelser om personlig budget togs in i den vårdlag *(The Care Act* 2014) som trädde i kraft 2015 och som tryggar rätten till en perso nlig budget för alla vuxna som behöver vård och omsorg, också för egenvårdare i behov av stöd. I barn - och familjelagen föreskrivs om personlig budget för barn med funktionsnedsättning och deras familjer. De personliga budgeterna hör till socialvårdens verksamhetsfält. Inom hälso- och sjukvården används motsvarande system, *Health budget.*

De sociala myndigheterna är skyldiga att göra en bedömning av servicebehovet. I lagen definieras riksomfattande villkor för vad som berättigar till beviljande av personli g budget. När klientens behov uppfyller dessa kriterier görs en personlig plan för vård och omsorg upp för honom eller henne utifrån bedömningen av servicebehovet. I samband med att planen görs upp ska klienten informeras om sin rätt till personlig budget för köp av tjänster.

Den personliga budgeten ska till sin storlek motsvara det belopp som de lokala myndigheterna skulle betala för klientens servicebehov. Det finns flera olika sätt att administrera den personliga budgeten. Medlen kan t.ex. betalas ut d irekt till klientens konto, så att denne själv kan köpa de behövliga tjänsterna.

Nederländerna

Systembeskrivning

I Nederländerna används ett system som bygger på sjukförsäkring. I den ingår två sorters försäkringar. Serviceanvändaren kan välja såväl fö rsäkringsgivare som hur försäkringen är sammansatt. Enligt det första alternativet väljer försäkringstagaren en försäkring som ger honom eller henne rätt att använda endast sådan service som produceras av de serviceproducenter som listats av försäkringsgiv aren och som ersätts till fullt belopp. Enligt det andra alternativet kan klienten fritt välja serviceproducent, men försäkringen täcker de utgifter som vården ger upphov till endast till ett maximibelopp. Klienten svarar själv för de överstigande utgifterna.

Klienternas rättigheter

Klienterna väljer sitt alternativ till försäkringsprogram utifrån sina egna behov. Om klienten betalar större självrisk för serviceutgifterna, har han eller hon möjlighet att välja bland flera serviceproducenter. Det är också möjligt att välja ett försäkringsprogram där det inte ingår någon självrisk, men då är urvalet av serviceproducenter mer begränsat. Alla måste ändå ha en försäkring hos ett försäkringsbolag. Medborgarna kan byta försäkringsbolag en gång om året, vid årets början.

I en situation där en klient i princip är bunden till en serviceproducent som listats av försäkringsgivaren, kan han eller hon ändå välja en utomstående producent. Försäkringsgivaren bestämmer maximibeloppet för de ersättningar som betalas ut. V id långtidsvård kan klienten välja

tjänster som produceras av en av försäkringsgivaren listad serviceproducent och får dem då gratis. Alternativt kan en personlig budget också tillämpas på långtidsvård.

Serviceproducenternas skyldigheter

För att försäkringsbolagen ska kunna garantera att de tjänster som erbjuds är prisvärda och av god kvalitet förhandlar de med producenterna om tjänsternas omfattning och pris. Den finansieringsmodell för primärvård som införts i Nederländerna består av en avgift för den enskilda klienten och en konsultationsavgift. Den nederländska hälsovårdsmyndigheten *(Nederlandse Zorgautoriteit)* fastställer årligen ersättningens storlek. Ersättningen täcker 75 procent av kostnaderna för primärvård.

I Nederländerna anvä nds ett så kallat portvaktssystem enligt vilket läkarna är portvakter för den specialiserade sjukvården. Systemet påminner om det nuvarande finländska systemet, eftersom det är möjligt att söka specialistvård på två sätt också i Nederländerna: i icke bråds kande fall med stöd av remiss från primärvården och i brådskande fall via akutvården.

Köp av hälso - och sjukvårdstjänster regleras i försäkringslagstiftningen. Dessutom har de nederländska patientorganisationerna en betydande roll vid marknadsövervakninge n. De som producerar hälso - och sjukvårdstjänster har lagstadgad skyldighet att publicera uppgifter om sina tjänster.

Personlig budget

I Nederländerna ingår personlig budget i den lagstiftning som utgör referensram för bestämmelserna om långtidsvården fö r personer med funktionsnedsättning, kroniskt sjuka och äldre. Personlig budget togs i bruk 1996. En personlig budget kan beviljas med stöd av följande lagar: Lagen om långtidsvård *(Wet langdurige zorg,* Wlz 2015), socialvårdslagen *Wet maatschappelijke onderstevning,* Wmo 2015), ungdomslagen *(Jeugdwet* 2015) och lagen om hälsovårdsförsäkring *(Zorgverzekeringswet,* Zvw 2006).

Klienten, dennes vårdare eller en närstående ska ombes uppge sin bedömning av servicebehovet när de vill att klientens rätt till personli g budget ska redas ut. Centralen för behovsprövning gör en standardiserad utredning av klientens förhållanden och gör en kalkyl över det vårdbehov klienten har rätt till. Enligt lagen om långtidsvård ska den personliga budgeten vara tillräcklig för att köp a den vård och det stöd klienten behöver. Budgeten räknas ut på grundval av en prislista som den nederländska hälsovårdsmyndigheten fastställt.

Tyskland

Systembeskrivning

Den tyska hälso - och sjukvården baserar sig på socialförsäkringen. Varje medborga re ska ha antingen en offentlig eller en privat försäkring. För närvarande omfattas 85 procent av befolkningen av en offentlig försäkring. En privat försäkring ger en mera heltäckande service, men det finns vissa villkor för en sådan försäkring.

De offen tliga försäkringsfonderna samlar in medel baserade på försäkringspremier hos sina medlemmar. Fonderna betalar producenterna för hälsovårdstjänsterna, och de största utgiftsposterna gäller sjukhusen och tillhandhållarna av vissa primära tjänster. Klienten b ehöver bara betala en mindre del. Fonderna ska trygga åtminstone i lag fastställda tjänster för alla, och de får inte välja sina försäkringstagare. Försäkringspremierna är inkomstbaserade.

Klienternas rättigheter

De försäkrade kan välja till vilken off entlig försäkringsfond de vill höra. Klienterna har också rätt att välja serviceproducent. Inom det offentliga systemet gäller detta läkare som är ackrediterade i systemet och avtalssjukhus. Rätten att välja allmänläkare ingår i klientens valfrihet, men ha n eller hon får också välja psykoterapeut, tandläkare, farmaceut och akutvårdsenhet. Klienten får byta husläkare högst en gång var tredje månad. I Tyskland är husläkaren inte portvakt för den specialiserade sjukvården och det behövs inte heller någon remis s för sjukhusvård. Därför söker sig många klienter direkt till en specialistmottagning.

En försäkring för långvarigt vårdbehov inom socialservicen är obligatorisk för alla som förvärvsarbetar. Försäkringen omfattar bara basservice. Var och en förväntas a ntingen själv bekosta en del av utgifterna eller ansöka om behovsbaserade sociala förmåner.

Serviceproducenternas skyldigheter

Läkarna ska tillhöra en lokal förening som förhandlar fram lokala avtal med sjukkassorna. Den statliga myndigheten (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS) samarbetar med sjukkassorna och sjukhusen när det gäller t.ex. frågor som gäller ingående av avtal. BQS offentliggör årligen rapporter som innehåller jämförbara uppgifter om kvaliteten på de tjänster sjukhusen tillhandahåller. Från och med 2005 har sjukhusen varit skyldiga att själva offentliggöra jämförbara uppgifter om sin verksamhet och dess kvalitet vartannat år.

När det gäller att producera socialservice intar producenterna i tredje sektorn en central ställning. Därutöver tillhandahålls tjänster också av privata företag. Klienten har rätt att välja den serviceproducent som passar honom eller henne bäst. Socialt stöd tillhandahålls både i form av tjänster och i form av penningförmåner. I stödet ingår också rådgivning och handledning.

Personlig budget

Pilotförsök med personlig budget genomfördes i Tyskland åren 2004 –2008. Från och med 2008 har personliga budgetar enligt en modell med flera producenter varit en lagstadgad rättighet. Personlig budget kan beviljas en klient som fortlöpande behöver vårdtjänster i stor omfattning eller under minst sex månader för att sköta de dagliga rutinerna på grund av funktionsnedsättning eller av fysiska eller mentala orsaker. Det finns inte några åldersgränser för beviljande av personlig budget.

För att en klient ska kunna beviljas personlig budget ska han eller hon ta kontakt med en myndighet, t.ex. sjukförsäkringskassan eller arbetskraftsbyrån, som i sin tur svarar för att ordna och genomföra den personliga budgeten för klientens räkning. Den valda myndigheten tar reda på vilka tjänster och förmåner klienten har rätt till. De serviceproducenter som är rele vanta med tanke på klientens situation ombes avge ett utlåtande om ansökan om personlig budget, varefter servicebehovet

diskuteras med klienten. Efter att servicebehovet bedömts görs en serviceplan upp tillsammans med klienten och ett avtal ingås där det framgår vilka förmåner och ersättningar som klienten har rätt till.

Den personliga budgeten kan beviljas klienten som direktutbetalning. Ett annat alternativ är att myndigheten ordnar servicen på det sätt som överenskommits med klienten. Alternativen kan o också kombineras. Den personliga budgetens storlek bestäms utifrån bedömningen av servicebehovet, och den ska motsvara det belopp som skulle betalas om servicen ordnades av den offentliga sektorn.

2.3 Bedömning av nuläget

Social- och hälsotjänsterna är a v hög kvalitet i vårt land, men det förekommer problem vad gäller tillgången till tjänster i synnerhet på basnivå och till den begränsade valmöjligheten. Kvaliteten på hälso- och sjukvården i Finland hör till den bästa bland OECD -länderna utifrån flera oli ka kvalitetsindikatorer. OECD mäter primärvårdens verksamhet utifrån antal besök hos den specialiserade sjukvården som hade kunnat undvikas. Finland hade färre besök för astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom KOL än i OECD -länderna i genomsnitt (OECD: H ealth at a Glance 2015). En kvalitetsindikator är kundernas belåtenhet med tjänsterna. Finländarna är allmänt taget nöjda med hälso - och sjukvårdssystemet samt med vårdens kvalitet och säkerhet (OECD Economic Surveys: Finland 2012). År 2014 fick städernas hälsostationer det allmänna vitsordet 4,30 på skalan 1–5. Motsvarande vitsord för kundbelåtenheten vid städernas hälsostationer var 4,09 år 2010. Enligt undersökningen var kunderna nöjdast med de anställdas yrkesskicklighet, beteende, interaktionsfärdigheter och med tillgången till information. Det bedömdes att det fanns mest att förbättra gällande möjligheten att få telefonkontakt till hälsostationen. Enligt THL:s landsomfattande responsenkät från 2014 som kartlade belåtenheten hos kunder på mödra - och barnrådgivningsbyråerna ansåg finländska familjer att de tjänster de fått på rådgivningsbyråerna var av mycket hög kvalitet. Enligt de senaste kundbelåtenhetsenkäterna har kunder inom primärvården blivit nöjdare med hälsocentraltjänsterna. (Rapporten Läget me d basservicen 2016, del I och II Delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning. Finansministeriets publikation – 9/2016, på finska). Det finns inga motsvarande jämförelser som berör socialvården.

En betydande del av befolkningen får emellertid inte de tjänster på basnivå de behöver eller är tvungen att vänta orimligt länge på dem. Endast 15 procent av de barn som placerats utom hemmet har fått tillräckligt med sådana öppenvårdstjänster de behövt före placeringen. Endast 35 procent av de placerad e ungdomar som i stor utsträckning haft missbruksproblem har fått hjälp med sitt missbruksproblem via tjänsterna (Läget med basservicen 2016). En femtedel av de personer som fyllt 75 år använder regelbundet tjänster för äldre. Det förekommer regionala skil lnader vad gäller ordnandet av tjänster enligt äldre kunders servicebehov. Syftet med speciallagstiftningen om handikappservice är att främja delaktigheten samt möjligheterna att klara sig själv för personer med funktionsnedsättning. Det finns emellertid fortsättningsvis brister i bedömningen av servicebehovet och utarbetandet av serviceplaner och specialomsorgsprogram. Alla personer med funktionsnedsättning får inte lämpliga planer eller tjänster enligt de behov som uppdagats i planeringsprocessen. Lagen tillämpas med fokus på beslut om enskilda tjänster i stället för att man på ett övergripande sätt skulle bedöma behoven hos personen med funktionsnedsättning och helheten av tjänster. Bristerna i bedömningen av helheten framhävs i synnerhet när en person me d funktionsnedsättning har krävande och sektorsövergripande behov av stöd och hjälp eller när det är fråga om ett barn med funktionsnedsättning, varvid man på ett övergripande sätt borde beakta det stöd hela familjen behöver.

Enligt den regionala hälso - och välfärdsundersökningen (ATH) får en del av befolkningen inte tillräckligt med hälsocentraltjänster i förhållande till behovet. År 2015 bedömde 28,8 procent av de som svarade på enkäten att de inte hade fått tillräckligt med läkartjänster vid hälsocentral en i förhållande till behovet (Läget med basservicen 2016). År 2014 gjorde 67,6 procent av befolkningen, det vill säga 3,7 miljoner kunder, sammanlagt cirka 23,9 miljoner besök hos primärvårdens öppenvård. År 2014 utnyttjade 33,4 procent av befolkningen hälsocentralernas mun- och tandvårdstjänster, vilket innebar 4,9 miljoner besök och 1,8 miljoner kunder. Utöver besöken vid hälsocentralerna uppsökte cirka 2,8 miljoner människor privat tandvård för vilken de fick ersättning av FPA år 2014.

Tillgången till vård bedöms genom utnyttjandet av hälsocentraltjänster och tillgången till brådskande vård inom primärvården och mun - och tandvården enligt kriterierna i hälso - och sjukvårdslagen. I mars 2015 var det enligt hälsocentralernas ledande läkare möjligt att ome delbart få kontakt till 72 procent av hälsocentralerna. I oktober 2015 genomfördes 48 procent av läkarbesöken för icke-brådskande vård inom den öppna sjukvården inom en vecka efter att personen kontaktat hälsocentralen. Två procent av läkarbesöken inom den öppna sjukvården vid hälsocentraler genomfördes efter mer än tre månader efter det att personen tagit kontakt. De genomsnittliga tiderna för att få en tid för ett besök på en läkarmottagning för icke -brådskande vård inom den öppna sjukvården var emellertid längre, vilket visar att en del kunder fick vänta mycket länge på ett besök på en läkarmottagning för icke -brådskande vård inom den öppna sjukvården. Patienterna väntade på att få komma till hälsovårdsmottagning för icke -brådskande vård inom den öppna sjukvården i över tre dygn i 32 procent av fallen och i över tre månader i mindre än en procent av fallen.

I oktober 2015 genomfördes sammanlagt 87 procent av tandläkarbesöken för icke -brådskande vård inom tre månader från det att personen tagit kontakt. I cirka fem procent av fallen väntade kunden på tandläkarbesöket i mer än sex månader. Då man granskar situationen under hela 2015 var mediantiden för att få komma till tandläkarens mottagning för ett med lagstiftningen om tillgången till vård förenligt icke -brådskande besök sju dagar. I ungefär 50 procent av fallen fick patienten komma till tandhygienist inom tre veckor efter att de tagit kontakt. De genomsnittliga tiderna att vänta på ett tandläkarbesök för icke-brådskande vård var dock betydligt högre, vilket tyder på att en del kunder fått vänta exceptionellt länge på att få komma till en tandläkarmottagning för icke -brådskande vård (Läget med basservicen 2016).

Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården har förbättrats vad gäller icke -brådskande vård, vilket i hög grad påverkats av lagstiftningen om tillgången till vård och verkställandet av denna. Sjukvårdsdistrikten har förkortat köerna till icke -brådskande vård genom att omorganisera arbetet och öka arbetet till exempel genom kvällsarbete enligt separata avtal, köp av tjänster och servicesedlar. Fortsättningsvis väntar man på icke -brådskande vård i 1−2 månader i genomsnitt (Läget med basservicen 2016).

Inriktningen av primärvårdstjänster bland befolkningen omfattar drag som tyder på en ojämlik behandling av befolkningen. Undersökningar visar att största delen av kunderna vid hälsocentralerna hör till de lägsta inkomst - och utbildningsklasserna medan personer med höga inkomster i högre grad använder företagshälsovården och läkartjänster inom den privata sektorn. Enligt en enkätundersökning om finländarnas välfärd och tjänster (HYPA) som genomfördes 2013 hade nästan varannan person (46 procent) bland de som svarade som hörde till den lägsta inkomstklassen (kvintilen) varit hos en hälsocentrallä kare under det senaste året medan motsvarande andel var 25 procent i den högsta inkomstklassen. Det faktum att de lägre

socioekonomiska grupperna i större utsträckning använder hälsocentralernas tjänster medan de högre socioekonomiska grupperna i högre grad utnyttjar företagshälsovården är problematiskt ur ett jämlikhetsperspektiv. Vad gäller mun - och tandvård är den äldre befolkningens användning av tjänster fortsättningsvis för ringa i förhållande till vårdbehovet och hälsocentralerna kan inte tillhandahålla regelbunden tandvård för de patientgrupper som behöver den mest (Läget med basservicen 2016). År 2013 uppgav fyra procent av finländarna att de på grund av kostnader, avstånd eller väntetider inte fått den vård de behövt. Andelen var högre endast i Italien, Estland, Polen, Grekland och Lettland (OECD: Health at a Glance 2015).

I den gällande lagstiftningen om klientavgifter finns bestämmelser som endast gäller klientavgifter inom den offentliga social- och hälsovården. Privata tillhandahållare av tjänster har kunnat prissätta sina tjänster utifrån de egna utgångspunkterna. Klientavgifterna har en betydande styrande effekt på utnyttjandet av tjänster. Grundlagsutskottet konstaterade i sina utlåtanden (GrUU 39/1996 och 8/1999) att kundens ekonomiska ställning inte får vara ett hinder för att få tjänster och att klientavgifterna inte får vara så höga att servicen blir helt ouppnåelig för dem som behöver den. I synnerhet indelningen av hälso - och sjukvårdstjänster i offentliga tjänster som används av mindre bemedlade och privata tjänster som används av personer med höga inkomster har ökat ojämlikheten mellan olika befolkningsgrupper. I en jämförelse mellan 15 OECD-länder var ojämlikheten gällande tillgången till läkartjänster endast i Estland och USA större än i Finland (OECD. Finland fit for the future. February 2013).

Om valfriheten föreskrivs i speciallagstiftningen om social - och hälsovården. Om valfriheten inom socialvården och hälso - och sjukvården föreskrivs på olika sätt och den genomförs på olika sätt Hälso- och sjukvårdslagen garanterar en omfattande valfrihet inom den offentliga servicen. Möjligheten att välja mellan offentliga och privata tjänster beror på personens ekonomiska ställning. Inom den specialiserade sjukvården har servicesedlar visat sig vara ett fungerande system till exempel om det är fråga om en väl avgränsad och tydlig, förhållandevis enkel vårdhelhet. Ett exempel på en sådan är en starroperation med liten risk för komplikationer. OECD har upprepade gånger föreslagit att valfrihet en inom hälso - och sjukvården ska ökas. Detta har även föreslagits i den internationella förhandsbedömningen av social - och hälsovårdsreformen som beställdes av SHM (SHM 2016). I samband med en mätning av kundbelåtenheten efterfrågades kundernas synpunkter gällande friheten att välja hälsostation. Kunderna ansåg att det var viktigt med valfrihet. En avsevärt mindre del av de personer som svarade på enkäten upplevde dock att det skulle finnas en verklig möjlighet att byta hälsostation. Kunderna ansåg att information om tjänsternas kvalitet och tillgänglighet var otillräcklig. De viktigaste orsakerna till att man bytt hälsostation var tjänsternas läge, kvalitet och tillgänglighet. Antalet personer som bytt hälsostation var mycket lågt i förhållande till hela befolkningen (2–4 procent), och deras andel av hälsostationens kunder åtta procent (Läget med basservicen 2016).

Inom socialvårdens service för äldre köps i fråga om enskilda tjänster, såsom boendeservice, redan nu i stor utsträckning tjänster av privata företag och organisationer, vilket innebär att det redan nu finns olika alternativ och ett serviceutbud i en stor del av landet. Inom handikappservicen används servicesedlar för närvarade som ett sätt att genomföra personlig assistans om vilken föreskrivs i lag. Servicesedlar används i synnerhet då man ordnar vikarie för en ordinarie assistent. De centrala målen för tjänsterna för personer med funktionsnedsättning vad gäller kundorientering och stärkande av kundens delaktighet, självbestämmanderätt och egna verksamhetsförutsättningar stödjer i stor utsträckning möjliggörandet av valfrihet även inom tjänsterna för personer med funktionsnedsättning. Man bör dock samtidigt sörja för att personer med funktionsnedsättning får tillräckligt med stöd för att kunna utnyttja valfriheten genom att beakta de mångformiga behov av

stöd som personer med funktionsnedsättning i likhet med andra kundgrupper har. Utgångspunkten för valfriheten ingår även i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som Finland har ratificerat.

Social- och hälsovårdsreformen

Syftet med regeringens proposition gällande landskapsreformen och ordnandet av social - och hälsovården är att den 1 juli 2017 inrätta nya landskap och att föreskriva om deras förvaltning och ekonomi. Enligt utkastet ska 18 landskap inrättas i Finland. Land skapen är offentligrättsliga samfund med regionalt självstyre. Syftet är dessutom att den 1 januari 2019 överföra ansvaret för ordnandet av social - och hälsotjänsterna från kommunerna till landskapen samt att föreskriva om landskapens finansiering, beskatt ningsgrunderna för att få in medel för finansieringen, ett nytt statsandelssystem för kommunal basservice, införandet av reformen, personalens ställning och egendomsarrangemang.

Målet med social - och hälsovårds - och landskapsreformen är att genomföra ett service- och förvaltningssystem som grundar sig på självstyrelse för landskapen. Målet med landskapsreformen är att integrera den statliga regionförvaltningen och landskapsförvaltningen samt skapa en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan den statliga regi onförvaltningen, landskapen och kommunerna. Målet med reformen av social - och hälsovården är att minska hälso - och välfärdsskillnaderna mellan människor och förbättra tjänsternas jämlikhet, tillgången till tjänsterna och tjänsternas verkningsfullhet samt s tävja kostnadsökningen. Ett centralt mål med reformen är också att stärka basservicen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Ett mål med social- och hälsovårdsreformen är att genom stark styrning på ett kostnadseffektivt sätt säkerställa tillhandahå llandet av tjänster som är mer klientorienterade, integrerade och verkningsfulla än i nuläget. Ett så omfattande ordnande som möjligt av socialvården, primärvården och specialtjänsterna
genom en ansvarig instans, det vill säga integration, grundar sig på att det på detta sätt är möjligt att bäst trygga klienternas och patienternas tillgång till tillräckliga och högklassiga samt rättidiga tjänster. Ordnandet av tjänsterna genom en ansvarig instans innefattar både horisontell integration (tjänster inom socia lvården och tjänster inom hälso - och sjukvården) och vertikal integration (basservice och specialtjänster).

Syftet med den integrerade servicestrukturen är dessutom att möjliggöra en verkningsfull och kostnadseffektiv användning av de befintliga resurse rna. Hållbarhetsunderskottet i den offentliga ekonomin kräver att de befintliga resurser som finns används fullt ut och att de fördelas så jämnt som möjligt runtom i landet.

Ordnande av social- och hälsotjänster

Enligt lagutkastet gällande ordnande av social- och hälsovården ansvarar landskapen för att ordna social- och hälsovården. Med organiseringsansvar avses ansvar för att ordna lagstadgade uppgifter. Landskapet planerar och leder helheten av social - och hälsotjänster inom sitt område. Landskapet ansvarar också för finansieringen av sina uppgifter även om organiseringsansvaret har överförts till ett annat landskap eller ett annat landskap på grundval av lag sköter om uppgiften.

I landskapslagen finns allmänna bestämmelser om ordnandet av landskapsförvaltningen och landskapets ekonomi. Landskapet svarar för att invånarnas lagstadgade rättigheter tillgodoses. Det ansvarar också för att invånarna på ett jämlikt sätt får lagstadgade tjänster och för att de tjänster som produceras av olika producenter utformas till smidiga helheter och vård- och servicekedjor. Landskapet fastställer behovet, mängden och kvaliteten i fråga om tjänsterna och det sätt som de produceras på om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag. Dessutom svarar landskapet för styrningen av och tillsynen över produktionen och utövandet av myndigheternas befogenheter.

I lagutkastet föreskrivs om hur landskapet ska ordna lagstadgade social- och hälsotjänster för invånarna. Social- och hälsotjänsterna ska till innehåll, mängd och kvalitet tillmötesgå de behov som invånarna har. Tjänsterna ska vara samordnade helheter och med hänsyn till befolkningens behov tillhandahållas nära dem som brukar tjänsterna. Produktionen av tjänsterna får sammanföras till större helheter som omfattar ett eller flera landskap om tillgången till tjänsterna och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskaper eller dyra investeringar. Detta är tillåtet även om ett ändamålsenligt, kostnadseffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det.

Det landskap som ansvarar för ordnandet sörjer för att styra serviceproduktionen. Enligt utkastet till landskapslag svarar det landskap som bär ansvaret för att ordna tjänsterna för tillgodoseendet av invånarens lagstadgade rättigheter och för samordningen av tjänstehelheter samt i fråga om de tjänster och övriga åtgärder som ordnas för: 1) en jämlik tillgång, 2) fastställandet av behov, mängd och kvalitet, 3) sättet på vilket de genomförs, 4) styrningen av och tillsynen över produktionen, 5) utövandet av myndigheternas befogenheter, med undantag för landskapets affärsverks lagstadgade befogenheter eller befogenheter som överförts genom en förvaltningsstadga.

Produktion av social- och hälsotjänster

I landskapslagen finns allmänna bestämmelser om landskapets produktion av tjänster. Landskapet kan producera tjänsterna själv eller i samarbete med andra landskap eller på basis av ett avtal som ingåtts köpa dem från en annan serviceproducent. Till dem som kan agera som serviceproducenter hör landskapets affärsverk, aktiebolag, sammanslutningar, föreningar, andelslag, stiftelser och självständiga yrkesutövare. I lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreskrivs om principerna för produktionen av social- och hälsotjänsterna. Förutom i landskapslagen och lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreskrivs också om produktionen av tjänster i en separat lag om produktionen av social- och hälsotjänsterna.

Landskapet ska i sin egen verksamhet särskilja mellan ordnandet av social- och hälsovården och produktionen av tjänsterna. För landskapets produktion av tjänster i egen regi svarar landskapets affärsverk. Affärsverket är en separat och offentligrättslig inrättning som leds av en direktör och styrelse. Vid affärsverket tjänstgör även tjänsteinnehavare som kan fatta myndighetsbeslut. Landskapets affärsverk producerar offentliga social- och hälsotjänster för invånarna också då de inte är tillgängliga på annat sätt.

Landskapet ska anförtro produktionen av tjänsterna åt ett bolag som ägs av landskapets affärsverk eller en sammanslutning då det har hand om uppgifterna inom social- och hälsovården i en

konkurrenssituation på marknaden eller då tjänsterna omfattas av kundens valfrihet (bolagiseringsskyldighet).

En serviceproducent har ett flertal skyldigheter. Producenten ska exempelvis säkerställa att servicehelheterna verkställs och att servicekedjorna fungerar på ett överenskommet sätt. Landskapet är skyldigt att ingå ett avtal med alla serviceproducent er. Landskapet beslutar i sin servicestrategi också om målen för den minimimängd som ska upphandlas av privata serviceproducenter inom social- och hälsovården. Dessutom ska i servicestrategin fastställas vilken del av upphandlingarna som konkurrensutsätts i syfte att utveckla nya lösningar som förbättrar den innovativa verksamheten och kostnadseffektiviteten i fråga om tjänsterna. I servicestrategin för social - och hälsovården ska man dessutom beakta samordningen av de tjänster som omfattas av kundens valfr ihet och de övriga social- och hälsotjänsterna så att de tjänster som kunderna är i behov av bildar en helhet som tillmötesgår behoven.

Enligt lagutkastet om ordnandet av social - och hälsovården ska landskapet i sin egen verksamhet särskilja mellan ordnandet av social- och hälsovården och produktionen av tjänsterna. Landskapets affärsverk ansvarar för produktionen av landskapets egna tjänster och för det samarbete som behövs för att samordna tjänsterna med andra producenter av tjänster som omfattas av land skapets organiseringsansvar. Affärsverkets samordningsuppgift innebär samordning av tjänstekedjor för enskilda kunder och ligger således på en mer konkret nivå än den allmänna samordning och planering av tjänster som hör till landskapets organiseringsuppgift.

I lagen om produktion av social - och hälsotjänsterna ska det föreskrivas om rätten att producera de social- och hälsotjänster som ingår i landskapets organiseringsansvar och de privata social - och hälsotjänsterna. Avsikten med lagen är att säkerställ a tjänster av god kvalitet och främja företagsamheten genom att minska företagarnas administrativa börda. Enligt lagutkastet ska man slopa den nuvarande tillstånds - och anmälningspraxisen som är beroende av serviceproducentens verksamhetsform. I stället fö r den ska man övergå till en registrering som gäller alla serviceproducenter på lika villkor och till en fungerande egenkontroll som utgår från ett ömsesidigt förtroende mellan serviceproducenten och myndigheterna.

Serviceproducenten ska registrera sig i ett register över serviceproducenter inom social - och hälsovården. I registret ingår också en öppen och offentlig informationstjänst om serviceproducenterna. Som register - och tillsynsmyndigheter agerar Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälso vården Valvira och regionförvaltningsverken. Serviceproducenterna ska uppfylla de registreringskriterier som bestäms i lagen. Tillsynsmyndigheten godkänner eller tillbakavisar en producent. Enligt förslaget ska serviceproducenten säkerställa att tjänsterna är av god kvalitet, utgår från kunden och är trygga och ändamålsenliga samt övervaka tillhandahållandet av dem. Serviceproducenten ska ha en övergripande plan för egenkontrollen.

Statens tillstånds- och tillsynsverk

Vid finansministeriet bereds under v åren 2017 en regeringsproposition gällande statens tillstånds - och tillsynsverk. Enligt regeringens riktlinjer ska det av de sex nuvarande regionförvaltningsverken skapas en myndighet med nationell behörighet som verkar i regionala enheter. Syftet är att a vlägsna överlappningar mellan regionförvaltningsverket och centralförvaltningen. I samband med reformen centraliseras personalen dock inte till ett enda kontor.

Målet är att svara mot de utmaningar som strukturförändringen av förvaltningen medför och saml a de principer som regeringen linjerat samtidigt som man iakttar statens tillstånds -, styrnings- och tillsynsuppgifter som sköts inom regionförvaltningen och centralförvaltningen så att ämbetsverk på nationell nivå i fortsättningen kommer att ansvara för uppgifterna. Genom att samla uppgifterna och befogenheterna på nationell nivå eftersträvas en ämbetsverksstruktur som gör det möjligt att genomföra statens tillstånds -, styrnings - och tillsynsuppgifter på ett mer verkningsfullt, kundorienterat, enhetligt oc h kostnadseffektivt sätt än i nuläget och där den inbördes arbetsfördelningen mellan myndigheterna är tydlig och överlappande uppgifter gallras bort. Målet är att skapa en ämbetsverksstruktur som effektiviserar användningen av myndighetsresurserna och på så sätt tryggar tillräckliga resurser och tillräcklig sakkunskap då statens tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifter sköts. Syftet är att trygga och genomföra statens tillsynsverksamhet och närvaro i hela landet på ett hållbart sätt med tanke på de gru ndläggande rättigheterna och den offentliga ekonomin. Målet med förslaget är också att göra det möjligt att säkerställa enhetliga verksamhetssätt och en lösningspraxis å ena sidan genom verksamhetens nationella aspekt, å andra sidan genom att granska samlandet och ordnandet av uppgifter framför allt med tanke på kunden.

3 Målsättning och de viktigaste förslagen

3.1 Målsättning

Syftet med propositionen är att för social- och hälsovårdskunders möjligheter att välja tjänsteproducent, förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna samt att förstärka incitamenten för en kostnadseffektiv verksamhet och kontinuerlig utveckling inom servicesystemet.

Målsättningen för social- och hälsovårdsreformen är i enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering att minska hälsoskillnaderna och stävja kostnadsökningen samt skapa en enhetlig helhet av servicekedjor som är viktiga för människans välfärd och hälsa. I enlighet med regeringsprogrammet ska reformen enligt planerna genomföras i tre skeden, vilka utgörs av integration av social- och hälsotjänsterna och en strukturreform av dessa, en finansieringsmodell med en kanal med beaktande av företagshälsovårdens ställning och genomförande av valfriheten och en mångsidigare produktion.

I sina senare riktlinjer har regeringen lyft fram jämförbarheten av hur de olika tjänsterna produceras och förutsättningarna för genomförandet av innovationer och försök. Förutsättningarna för detta och kundorienterade integrerade tjänster skapas genom en omfattande integration av patient- och klientuppgifterna. Människornas valmöjligheter stöds med enhetliga kvalitetskriterier för tjänsterna och offentlig information som stöder valet.

I juni 2016 fastställde regeringen målsättningen för valfrihetssystemet. Målsättningen för valfrihetsmodellen som ska genomföras ät att svara på människors olika behov, ge valmöjligheter och förbättra tjänsternas kvalitet, tillgången till dem och samordningen av dem. Modellen ska även minska välfärds- och hälsoskillnaderna mellan människor och förbättra likabehandlingen i fråga om tjänster samt stöda självbestämmanderätten och individen i att ta ansvar för sin egen hälsa och välfärd.

Målet är också att stärka basservicen och göra det möjligt att integrera social- och hälsotjänsterna genom att stöda detta genom en informationsintegration. Därtill ska modellen skapa incitament för en kundorienterad verksamhet. Producenterna ska behandlas likvärdigt genom att säkerställa att

tröskeln för att komma in på marknaden och den administrativa bördan är låga även med tanke på små och medelstora företag. Marknadskonkurrensen ska vara rättvis och det ska vara lätt att lämna marknaden. Kostnadsutvecklingen ska hanteras och styras så att målet för kontrollen av kostnaderna på 3 miljarder uppnås före 2029. Tjänsteproducenterna ges incitament att konstant utveckla och förnya servicesystemet samt producera tjänsterna på ett effektivt och kostnadseffektivt sätt samt bära välfärds- och hälsoriskerna.

3.2 Alternativ för genomförande

I kapitel 2.2 ovan beskrivs valfrihetsmodellerna i vissa länder. Valfrihetsmodellerna hänger samman med särdragen i hur social- och hälsovården ordnas i vart av dessa länder. Kundens valfrihet kan dock ökas nationellt på flera olika sätt.

Arbetsgruppen med utredningspersoner som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet föreslår i sin mellanrapport fyra olika sätt att genomföra valfriheten: ett egenteam, en social- och hälsocentral med befolkningsansvar, en flerfunktionell social- och hälsocentral och en integrerad social- och hälsocentral. Omfattningen av valfriheten varierar mellan de alternativ som arbetsgruppen föreslagit så att varianten med ett egenteam erbjuder den mest omfattande valfriheten, medan valfriheten är snävast i samband med en integrerad social- och hälsocentral. Valfriheten är således i enlighet med modellerna som föreslagits av arbetsgruppen desto mer omfattande, ju färre tjänster som hör till den valda basenhetens ansvar, eftersom tjänster som inte ingår bland de tjänster som produceras av basenheten omfattas av den utvidgade valfriheten så att kunden kan erhålla dem av en valfri, godkänd producent av social- och hälsotjänster. Uppdraget som arbetsgruppen utförde omfattade inte en författningsrättslig bedömning eller en granskning av övriga juridiska randvillkor.

Egenteamet som utredningspersonerna föreslog består av en egenläkare (allmänläkare), en hälsovårdare eller sjukskötare samt en socialarbetare och en socialhandledare. Dess verksamhet inbegriper social handledning samt självständig mottagning hos socialarbetare, allmänläkare och hälsovårdare och sjukskötare. Ett egenteam motsvarar familjeläkarmodellen som tillämpas i vissa andra europeiska länder, dock kompletterad med en sakkunnig person inom socialvård och -arbete. Kunden anmäler sig till en tjänsteproducent på basnivå, som fungerar som en portvakt och gör den första bedömningen av servicebehovet. Egenteamet både utför portvaktens uppgift i förhållande till andra social- och hälsotjänster och styr kundens tjänster. Andra tjänster på basnivå än sådana som produceras av egenteamet omfattas av valfrihet.

En social- och hälsocentral med befolkningsansvar ansvarar för såväl tjänster som tillhandahålls av ett egenteam som ett bredare utbud socialvårdstjänster, familjearbete, rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, alkohol- och drogarbete, främjande av välfärd och hälsa och förebyggande arbete. En flerfunktionell social- och hälsocentral ansvarar för såväl de ovan nämnda tjänsterna som för rådgivningsbyråerna för mödravård och barnavård, skol- och studerandehälsovården samt företagshälsovården. En integrerad social- och hälsocentral ansvarar däremot för alla tjänster på basnivå och kundens valfrihet begränsas till val av social- och hälsocentral.

Arbetsgruppen beslöt att i sin slutrapport föreslå social- och hälsocentralen med befolkningsansvar kompletterad med rådgivningsverksamhet för mödravård och barnavård som grund till den finländska valfrihetsmodellen. Social- och hälsocentralerna kan sköta sina föreskrivna uppgifter genom att utnyttja underleverantörer och genom att nätverka sinsemellan till exempel inom verksamhet gällande specialkompetens.

I modellen som utredningspersonerna föreslagit är det staten som fattar beslut om sådana tjänster som tillhandahålls av sådana producenter av social- och hälsotjänster som kunden får fritt välja bland en grupp godkända producenter (så kallat auktoriseringsförfarande eller godkännande i producentregistret). För varje tjänst som omfattas av valfriheten ska staten godkänna kraven som ställs på producenterna. Därtill fattar staten beslut om klientavgifter som debiteras kunden för användning av tjänsten och deras belopp. Dessa avgifter är lika stora för samma tjänster oavsett vem som producerar dem. Staten beslutar även om pristak och deras belopp.

I modellen som tagits fram av utredningspersonerna anvisar staten finansiering till landskapen för ordnande av social- och hälsovården, som till största delen grundar sig på behovsstandardiserad kapitation. Staten kan dessutom använda hälsovårds- och välfärdspolitiska mål och incitament som styr ekonomiska effektivitetskrav. Staten ska även fastställa principerna för ersättning av producenterna, som bestämmer ansvarsfördelningen mellan finansiären och anordnaren, samt hur mycket prövningsrätt staten ger åt landskapen. Fastställandet av ersättningsprinciperna har även samband med den ekonomiska styrningen samt genomförande av verksamhetsstyrningen. Ersättningsprinciperna spelar även en central roll i bestämningen av tjänsteproducenternas skyldigheter och kundernas rättigheter och berättigade väntetider i systemet. Således påverkar ersättningsprinciperna för sin del även omfattningen av kundernas rättsskydd.

I modellen som lagts fram av utredningspersonerna är det landskapet i egenskap av anordnare som ansvarar för avtal som ingås med tjänsteproducenterna och uppföljningen av dem (avtalsstyrning) samt fattar beslut om ersättningsbeloppen som betalas till producenterna utifrån ersättningsprinciperna som fastställts av staten. Ersättningar för samma tjänst som betalas till producenten från offentliga medel är på landskapsnivå enhetlig för alla offentliga och privata producenter samt producenter inom den tredje sektorn. Landskapet ska till tjänsteproducenterna betala avtalsenliga ersättningar som fastställts utifrån de av staten fastställda allmänna ersättningsprinciper, övervaka att avtalsvillkoren efterlevs och vid behov se till att de i avtalet avsedda påföljderna verkställs.

I den av utredningspersonerna föreslagna modellen väljer kunden för ärendehantering primärt en social- och hälsocentral, i vars uppgifter ingår produktionen av fastställd basservice och som dessutom genomför en yrkesmässig behovsbedömning av andra tjänster (så kallad ”portväktarroll”). Kunden listar sig hos en valfri social- och hälsocentral för minst ett halvt år. Under denna tid kan en kund inte använda tjänster som tillhandahålls av en annan social- och hälsocentral. Landskapet betalar till social- och hälsocentralen en avtalsenlig ersättning för de inskrivna kunderna.

Social- och hälsocentralens uppgift är att producera den fastställda basservicen. Övrig basservice som finansieras med offentliga medel och som omfattas av valfriheten produceras av andra tjänsteproducenter än social- och hälsocentralerna. Dessa tjänster kan erhållas på grundval av ett behov som fastställts av en social- och hälsocentral utifrån en remiss eller servicestyrning. Även social- och hälsotjänster som kunden är berättigad till på grundval av ett myndighetsbeslut om förmåns- och specialtjänst omfattas av valfrihet. Landskapet ska betala ersättning för dessa övriga valfria tjänster till nationellt godkända producenter enligt den ersättningsmodell som fastställts för tjänsten i fråga.

Utöver modellen som lagts fram av utredningspersonerna övervägde man vid tjänstemannaberedningen valfrihetsmodeller som bygger på en social- och hälsocentral med befolkningsansvar samt ett egenteam, där social- och hälsocentralen eller egenteamet är offentliga aktörer. I modellen med offentliga aktörer är basenheten en offentlig aktör och tjänster som produceras av andra aktörer väljs exempelvis med hjälp av personlig budget eller

servicesedellösningar. Vid tjänstemannaberedningen förekom det dessutom en modell där valfriheten utvidgades utifrån det nuvarande systemet stegvis genom försök. Målet är att införa en utvidgad valfrihet när kunden väljer producent. Detta ska uppnås genom praktiska insatser. Förfaranden med servicesedlar, valfrihetsersättningar och personlig budget ska utvecklas och systemet med valfrihet utvidgas gradvis så att den nuvarande valfriheten bevaras och förbättras så att den omfattar olika producenter.

3.3 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås att det stiftas en ny lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården. I lagen föreskrivs om innehållet i kundens valfrihet, godkännande av tjänsteproducenterna samt avtalsförfaranden, tjänsteproduktion och producenternas skyldigheter, ersättningar till tjänsteproducenter samt informationshantering och tillsyn. Vidare föreslås i propositionen att lagen om patientens ställning och rättigheter samt lagen om klientens rättigheter och ställning inom socialvården ändras.

Enligt förslaget ska kundens valfrihet bestå av så kallade direktvalstjänster, som omfattar tjänster som tillhandahålls mot betalsedel, samt av tjänster som fås med kundsedel och personlig budget. Kunden ska kunna välja en social- och hälsocentral och mun- och tandvårdsvårdsenhet som tillhandahåller direktvalstjänster utan landskapets bedömning av servicebehovet eller anvisning. Dessutom ska kunden ha rätt att välja landskapets affärsverk och dess verksamhetsställe. På basis av en bedömning av servicebehovet som landskapets affärsverk gör ska kunden få en kundsedel eller en personlig budget, och utifrån dem kan han eller hon välja tjänsteproducent. Dessutom ska i lagen ingå en bestämmelse om kundens rätt att välja yrkesutbildad person inom social- och hälsovården. En samordning av tjänsterna eller serviceintegration ska genomföras genom att tjänsteproducenterna arbetar i nätverk samt i intensivt och smidigt samarbete med landskapets affärsverk.

Valfrihetsmodellen som föreslås ska sålunda innehålla valfrihet i tre faser: (1) kundens rätt att välja producent av direktvalstjänster samt separat producent av mun- och tandvårdtjänster, samt rätt att välja tjänsteproducent enligt en betalsedel som beviljats av en producent av direktvalstjänster, (2) kundens rätt att efter prövning av servicebehovet välja producent av icke-brådskande vård eller tjänsteproducent med kundsedel eller enligt en personlig budget i enlighet med socialvårdens kundplan och (3) rätt att välja landskapets affärsverk och verksamhetsställe som tillhandahåller tjänster. Dessutom ska rätten att välja yrkesutbildad person, som avses i hälso- och sjukvårdslagen, bibehållas inom den ram som fastställs i lagen och när det gäller socialvården utvidgas.

Enligt förslaget hör sådana helheter inom social- och hälsovården som definieras närmare i denna lag till direktvalstjänsterna. Direktvalstjänsterna ska enligt förslaget innehålla hälsotjänster och mun- och tandvårdstjänster på basnivå samt rådgivning och handledning inom socialvården. Dessutom ingår i direktvalstjänsterna tjänster på utvidgad basnivå, vilka omfattar konsultationer med yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och tjänster som ges vid öppen mottagning, socialtjänster som kunderna behöver tillfälligt och kortvarigt samt konsultationer med yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och tjänster som ges vid öppen mottagning i anslutning till mun- och tandvårdstjänster som är mera krävande än basnivån. Direktvalstjänsterna omfattar icke-brådskande tjänster och inom ramen för social- och hälsocentralens eller mun- och tandvårdsenhetens öppettider brådskande tjänster, dvs. akutmottagning. Produktionsansvaret för

direktvalstjänsterna på basnivå och utvidgad basnivå inom social- och hälsovården ska enligt förslaget överföras till social- och hälsocentralerna under en övergångsperiod senast den 1 januari 2021.

Kunden ska välja producent av direktvalstjänster för ett år i sänder. Kunden ska meddela om valet av social- och hälsocentral och mun- och tandvårdsenhet till landskapet. Enligt förslaget kan man byta tjänsteproducent tidigast ett år efter det föregående valet. Om kunden inte väljer en producent, ska landskapet anvisa kunden den producent som är bäst tillgänglig.

Landskapet ska svara för närmare fastställande av de samlade tjänsterna och tjänstekedjorna som ingår i direktvalstjänsterna utgående från landskapets och dess invånares behov. Landskapet ska dessutom kunna besluta att i direktvalstjänsterna ingår också andra tjänster än de som anges i lagen. Landskapet ska dock inte kunna överföra sådana uppgifter till att omfattas av direktvalstjänster som innebär utövning av offentlig makt, om det inte med stöd av 124 § i grundlagen har föreskrivits särskilt om överföringen på annan än myndighet. Till tjänsterna som omfattas av valfriheten ska inte heller kunna överföras tjänster som genom särskilda bestämmelser står utanför valfriheten eller som förblir som uppgifter som landskapets affärsverk ansvarar för.

En producent av direktvalstjänster ska producera tjänsterna antingen själv, avtala om produktionen med en annan tjänsteproducent eller anskaffa tjänsterna från en annan producent. Dessutom ska en producent av direktvalstjänster vara skyldig att ge kunden en betalsedel för anskaffning av enskilda åtgärder av andra tjänsteproducenter som är registrerade i tjänsteproducentregistret som tillsynsmyndigheten för. En producent av direktvalstjänster ska dock ha det övergripande ansvaret för vården av kunder som är registrerade. Om kunden vägrar ta emot en betalsedel ska producenten av direktvalstjänster ansvara för att kundens tjänster produceras på annat sätt. Enligt förslaget är social- och hälsocentralen och mun- och tandvårdsvårdsenheten skyldiga att vid behov anvisa kunden tjänster, till exempel tjänster som produceras av landskapets affärsverk.

Verksamhetsställena för landskapets affärsverk ska producera sådana social- och hälsotjänster som inte omfattas av direktvalstjänsterna eller av den betal- eller kundsedel som ingår i dem. Dessutom ska landskapets affärsverk fatta myndighetsbeslut. Kundens valfrihet ska också gälla tjänster som landskapets affärsverk producerat. Bland tjänsterna för vilka landskapets affärsverk har produktionsansvar ska kunden kunna välja ett verksamhetsställe inom hela landet.

Beroende på kundens servicebehov ska han eller hon få tjänster direkt av landskapets affärsverk eller beviljas en kundsedel eller en personlig budget efter affärsverkets bedömning av servicebehovet. Med kundsedeln och den personliga budgeten ska kunden kunna välja tjänsteproducent bland alla tjänsteproducenter i hela Finland som är registrerade i tjänsteproducentregistret som tillsynsmyndigheten för.

Landskapet ska besluta om införandet av kundsedeln och de tjänster som ska kunna användas med kundsedeln. Den nuvarande servicesedeln ska tas ur bruk. Enligt förslaget har landskapets affärsverk skyldighet att erbjuda systemet med personlig budget för äldre och personer med funktionsnedsättning, som har behov av långvarigt, kontinuerligt och omfattande behov av en mångfald av tjänster, stöd och hjälp men som samtidigt har förmåga att själv eller med assistans planera sina samlade tjänster. Vidare ska landskapet kunna införa systemet med personlig budget också för andra kunders tjänster. Beträffande de tjänster som ingår i budgeten och som utgår från en kundplan ska kunden själv kunna besluta var han eller hon skaffar tjänsterna. En personlig budget ska upprättas antingen för viss tid eller att gälla tills vidare. En kund ska ha möjlighet att vägra ta

emot en kundsedel eller en personlig budget som erbjuds honom eller henne. I en dylik situation ska landskapet som producent svara för att det produceras social- och hälsotjänster på annat sätt.

I valfrihetssystemet ska landskapets affärsverk ansvara för landskapets egen tjänsteproduktion och för det nödvändiga samarbetet med de övriga tjänsteproducenterna som verkar i landskapet för att samordna tjänsterna. Enligt förslaget ansvarar landskapet för att invånarna får de tjänster de behöver, och att de olika producenternas tjänster är en helhet som fungerar smidigt och effektivt. Landskapets affärsverk kan producera tjänster själv och köpa dem av privata företag och organisationer. Om landskapets affärsverk också erbjuder direktvalstjänster eller tjänster som tillhandahålls mot en kundsedel, ska verksamheten till denna del bolagiseras.

Tjänsteproducenter som ingår i valfrihetssystemet ska vara införda i det register som avses i lagen om produktion av social- och hälsotjänster och vara registrerade som användare av de riksomfattande informationssystemtjänsterna som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Beträffande producenterna av direktvalstjänster kan landskapet enligt propositionen ställa villkor på tjänsternas kvalitet, resurser och tillgänglighet samt på tjänstekedjorna och samordningen av tjänsterna och kräva att tjänsteproducenten är ackrediterad. En tjänsteproducent som uppfyller kraven på en producent av direktvalstjänster ska på basis av en anmälan till landskapet kunna godkännas som producent av direktvalstjänster. Dessutom ska i lagen föreskrivas om de allmänna skyldigheter och ansvar som gäller tjänsteproducenterna inom valfrihetssystemet.

Landskapet ska ingå avtal med producenterna av direktvalstjänster. En producent av direktvalstjänster ska ingå avtal med varje landskap där tjänsteproducenten har en social- och hälsocentral eller en mun- och tandvårdsenhet. Landskapet ska föra på webben en förteckning över producenter och övervaka dem. Landskapet ska också vara registeransvarig för social- och hälsovårdens klient- och patientdata. Alla producenter ska vara anslutna till Kantatjänsterna. Via Kantatjänsterna kan klient- och patientdata över kunden hämtas av producenten i den utsträckning som genomförandet av tjänsten kräver. Landskapet ska också ansvara för att invånarna har tillräcklig information för att kunna välja bland social- och hälsotjänsterna. Enligt förslaget är det landskapets skyldighet att informera om invånarnas rättigheter och förmåner samt att ge råd om användningen av social- och hälsotjänster.

Landskapet ska besluta om ersättningarna till producenterna av direktvalstjänster enligt de i lagstiftningen fastställda riksomfattande allmänna finansieringsprinciperna som föreskrivs i lagen. Social- och hälsocentralerna och mun- och tandvårdsenheterna som producerar direktvalstjänster ska få en fast ersättning som baserar sig på antalet registrerade kunder och vid behov på kundens hälsorisk. Ersättningen ska kunna kompletteras med incitamentsbaserade ersättningar. I vissa tjänster ska man kunna delvis använda prestationsbaserade ersättningar.

Producenten av direktvalstjänster ska ansvara för kostnaderna för tjänsterna som tillhandahållits mot en betalsedel som producenten beviljat. Ersättning ska betalas högst upp till det värde som producenten av direktvalstjänster har bestämt för betalsedeln och producenten av betalsedelstjänster ska inte ha rätt att hos en kund ta ut avgifter som tillhandahållits mot en betalsedel. Betalsedelns värde ska bestämmas så att kunden har en faktisk möjlighet att få sådana tjänster som motsvarar behovet.

Landskapet ska bestämma värdet på kundsedeln som beviljas kunden och landskapet ska ersätta producenten kostnaderna för tjänsterna som tillhandahållits mot kundsedeln upp till det värde som

landskapet bestämt på förhand. Enligt förslaget får en producent av kundsedelstjänster inte hos en kund ta ut avgifter för tjänster som tillhandahållits mot en kundsedel. Landskapet ska också till en tjänsteproducent ersätta kostnaderna för tjänster som tillhandahållits enligt en personlig budget och som ingår i kundplanen upp till ett värde som landskapet fastställt på förhand. Enligt förslaget får en tjänsteproducent inte hos kunden ta ut avgifter för tjänster som tillhandahållits enligt på en personlig budget.

I lagen ska föreskrivas om ersättningar till tjänsteproducenter som verkar inom ett annat landskaps område. Ansvaret för betalningen av kostnaderna ska ligga hos det landskap som ansvarar för ordnande av social- och hälsotjänster för kunden i fråga. Om det landskap som ansvarar för ordnande av tjänsterna för kunden dock inte har ingått avtal med producenten av direktvalstjänster, ska ersättningen betalas av den kommun där tjänsteproducenten är belägen, och landskapet som ansvarar för ordnande av social- och hälsotjänsterna för kunden ska vara skyldigt att ersätta kostnaderna i efterhand till landskapet som betalat ersättningen.

Folkpensionsanstalten ska ansvara för förvaltningen och det tekniska genomföran det av den riksomfattande betalningsrörelsen i anslutning till valfrihetssystemet och ska verka i dessa uppgifter under social- och hälsovårdsministeriets styrning.

I och med lagstiftningen om valfrihet föreslås att ett nytt kapitel om assistans vid besl utsfattande (assisterat beslutsfattande) läggs till patientlagen och i socialvårdens klientlag. För närvarande föreskrivs om kundens ställning och rättigheter i sin egen lag och om patientens ställning och rättigheter i sin. Därför ska bestämmelserna place ras i två skilda lagar. De nya bestämmelserna ska dock ha samma innehåll i båda lagarna. I lagstiftningen om valfrihet ska ingå olika valmöjligheter för patienterna och kunderna, bland annat direktvalstjänster, betalsedel, kundsedel och personlig budget. I dessa olika valsituationer kan kunderna behöva stöd i sina val. Bestämmelserna om assisterat beslutsfattande ska ingå i patientlagen och socialvårdens klientlag på grund av att kunderna kan behöva stöd också i andra tjänster inom hälso - och sjukvården och socialvården än i tjänsterna där valfrihet gäller. Så är fallet om till exempel kunden inte med stöd av 29 § i lagen om förmyndarverksamhet har förordnats en intressebevakare i ärenden som gäller honom eller henne eller om kunden inte har anhöriga eller a ndra närstående personer som avses i 6 § i patientlagen eller 9 § i klientlagen inom socialvården.

4. Propositionens konsekvenser

4.1 Allmänt

Syftet med förslaget till valfrihetslag är att främja social - och hälsovårdskundernas möjligheter att välja tjänsteproducent samt att förbättra tjänsternas tillgänglighet och kvalitet. Ett syfte är också att valfriheten ska förstärka tjänstesystemets incitament till kostnadseffektiv verksamhet, kontinuerlig utveckling och innovationer.

Planeringen av den helt nya finländska valfrihetsmodell som nu håller på att beredas inleddes våren 2016 i enlighet med regeringens riktlinjer, först som en del av vård - och landskapsförvaltningsreformen och sedan sommaren 2016 som separat beredning av en valfrihetslagstiftning.

Reformens konsekvenser är i hög grad beroende av hur de självstyrande landskapen genomför valfrihetslagstingen i sitt eget beslutsfattande och sin egen verksamhet samt av landskapens olika

möjligheter att genomföra den. Det är i detta skede svårt att bedöma konsekvenserna av valfriheten, eftersom många av riktlinjerna i lagförslaget förverkligas först enligt landskapens beslut i det skede då valfrihetssystemet införs och eftersom det inte finns någon kunskap om till exemp el hur socialtjänsterna och ansvaret för förvaltningsbeslut som berör individen kommer att ordnas.

Motsvarande valfrihetssystem har inte genomförts i något annat land, så det är inte möjligt att direkt använda erfarenheter från andra länder för att bedöm a konsekvenserna. Det finns en del forskningsrön om genomförandet av valfriheten enligt den finska hälso - och sjukvårdslagen (1326/2010) och de har utnyttjats i olika delar av bedömningen. I konsekvensbedömningen har också undersökningar och utredningar so m publicerats om valfrihetssystem i Sverige, England och andra europeiska länder använts i tillämpliga delar. I konsekvensbedömningen utnyttjas också den förhandsbedömning av social - och hälsovårdsreformen i Finland som social - och hälsovårdsministeriet be ställde våren 2016 av organisationen *European Observatory on Health Systems and Policies.* Panelens arbete inföll vid en tidpunkt då utkasten till lagar om social - och hälsovårds- och landskapsreformen sändes på remiss och beredningen av lagstiftningen om valfrihet inom social- och hälsovården just hade kommit i gång.

4.2 Administrativa och organisatoriska konsekvenser

Landskapens organiseringsuppgift är utmanande

- Valfrihetssystemet förutsätter ny slags ledningskompetens (governance). Organisatörens makt, ansvar och uppgifter förverkligas inom ett nytt system, där styrning genom avtal och information är i fokus i stället för traditionell administrativ styrning.
- Organisatörens strategiska mål, såsom att garantera lika tillgång till tjänster och integrerade tjänster, blir mer komplicerade. De förverkligas indirekt genom avtalsstyrning och uppföljning.
- Producenternas nätverksbildning, anskaffningarna från underleverant örer och användningen av betalsedlar innebär nya avtalstekniska utmaningar för landskapet och gör det svårt att realisera organiseringsansvaret när styrrelationerna blir indirekta.
- Den personliga budgeten är ett nytt organiseringssätt och medför administra tivt arbete i anslutning till bland annat bedömning av servicebehovet, utarbetandet och uppföljningen av den personliga budgeten samt betalningen.

4.2.1 Allmänt

Enligt landskapslagen beslutar landskapet i servicestrategin om invånarnas behov av social - och hälsotjänster, mängden tjänster, deras kvalitet och hur de produceras samt finansieringen. Genom det offentliga servicelöftet informerar landskapet invånarna om hur tjänsterna tillhandahålls.

Landskapet får producera tjänsterna självt eller i samarbet e med andra landskap eller enligt avtal skaffa dem av en annan tjänsteproducent. Landskapets affärsverk, ett aktiebolag, en sammanslutning, en förening, ett andelslag, en stiftelse eller en självständig yrkesutövare kan vara tjänsteproducent. Landskapet ansvarar också för att invånarna får lagstadgade tjänster på lika villkor och för att tjänsterna bildar en helhet som motsvarar kundernas behov.

I valfrihetslagstiftningen framhävs landskapets skyldighet att säkerställa att invånarna har mångsidiga valmöjligheter. I och med reformen förändras servicesystemets karaktär och kundernas ställning på ett genomgripande sätt. I stället för administrativ st yrning och kontroll styrs tjänsterna med hjälp av avtal och finansiering och eventuella incitament som införs i finansieringssystemet.

Vid sidan av lagstiftningen om social - och hälsovård måste man beakta kraven i företagslagstiftningen. Det bör också note ras att en del av tjänsteproducenterna (producenterna av betal- och kundsedelstjänster, producenterna av tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget) inte alls kommer att omfattas av landskapets direkta styrning. Landskapet ingår inga avtal med dessa producenter och de omfattas inte av något godkännandeförfarande inom ramen för vilket landskapet skulle kunna ställa villkor för deras verksamhet. Utgångspunkten är att tjänsteproducenterna handlar 'rätt' även utan landskapets direkta styrning. Av de tta följer avsevärda krav på dem som använder tjänsterna när det gäller ansvar, uppmärksamhet och förmåga att i rätt tid reagera på problem i tjänsterna. I och med att kundernas valfrihet och självbestämmanderätt stärks accentueras också deras ansvar. Av k underna krävs förmåga att göra val och bedöma sin egen ställning och innehållet och genomslaget i de tjänster de får, samt förmåga att omedelbart reagera på missförhållanden. Kunderna måste också känna till sin rätt att söka ändring och anföra klagomål i fråga om beslut och tjänster och förfaranden i samband med dessa. I och med att styrningsförhållandet mellan landskapet och de aktörer som producerar tjänster som omfattas av valfrihet blir avtalsbaserat, indirekt eller rentav helt suddas ut, suddas också k opplingen mellan demokratiskt beslutsfattande och styrningen av tjänsteproduktionen ut.

4.2.2 Konsekvenser för myndigheterna

Det administrativa beslutsfattande som gäller social - och hälsotjänster som omfattas av valfriheten samt regleringen, uppföljning en och styrningen av tjänstemarknaden förutsätter ett nytt tillvägagångssätt, nya verktyg och nytt kunnande både i landskapen och nationellt. Inom valfrihetssystem leder landskapet i egenskap av tjänsteorganisatör inte verksamheten genom linjeledning, utan den ersätts av ett förvaltningssätt som omfattar bland annat ägarstyrning, utvecklingsstyrning och avtalsstyrning. Man övergår i allt högre grad från normbaserat hierarkiskt beslutsfattande till styrning med hjälp av avtal, självreglering och egenkontroll samt information. I den nya strukturen blir landskapets juridiska och faktiska möjligheter att effektivt realisera sitt organisationsansvar en utmaning. Med det nya avtals - och uppföljningssystemet måste landskapet säkerställa att de nationella riktlinjer na och landskapets riktlinjer för servicestrukturen, jämlika tjänster, kostnadshantering och integrerade tjänster samt andra omständigheter sträcker sig till dem som producerar direktvalstjänsterna, den personliga budgeten och kundsedeltjänsterna. I avtalen bör tjänsteproducenternas möjlighet att anlita producenter av betalsedelstjänster beaktas. Avtalen bör även säkerställa samarbete och inbördes relationer mellan olika aktörer, såsom landskapets affärsverk, landskapets bolag som producerar direktvalstjäns ter samt andra tjänsteproducenter, för att säkerställa integrerade tjänster och smidiga vårdkedjor. En utmaning blir hur de tillgängliga styrverktygen fungerar i en mångproducentmodell samt framför allt att i en nätverksstruktur och med betal- och kundsedlar samt personlig budget uppkommer ingen direkt avtals- eller någon annan styrrelation mellan landskapet och alla producenter eller så blir relationen indirekt.

Det centrala i styrmodellen är att fastställa aktörernas incitament, skyldigheter och verksamhetsmöjligheter. I valfrihetsmodellen är ledning en knippe strategiska avtal, med vilkas hjälp man styr finansieringen av tjänsterna samt samordnar, styr och övervakar tillhandahållandet av tjänster i enlighet med lagstiftningen, landskapets servicestrate gi och servicelöfte samt finansieringsmöjligheterna. Vid sidan av kärnkunskapen om social - och hälsotjänster framhävs ett stort behov av kunskaper om strategisk ledning och avtalsrätt. I det nya styrsystemet styrs de tjänsteproducenter som omfattas av valf riheten med hjälp av styrinformation som genereras via informationssystemen. Styrningen försvåras av att man är tvungen att starta valfrihetssystemet utan ett sådant tillräckligt kunskapsunderlag som planeringen och uppföljningen av verksamheten

förutsätter. Detta kan leda till problem som är svåra eller arbetsdryga att åtgärda senare. För att genomföra reformen krävs en stor mängd strukturella och funktionella ändringar, som påverkar organisationer, personal och infrastruktur samt all verksamhet. Det krävs resurser och tid att utforma det nya styr- och uppföljningssystemet.

4.2.3 Konsekvenser för landskapens organisationer och verksamhet

I landskapen separeras ordnande och produktionen av tjänster med stöd av de lagförslag som överlämnats tidigare. I lan dskapet produceras social - och hälsotjänster på basnivå som direktvalstjänster i social - och hälsocentraler medan övriga tjänster produceras av landskapets affärsverk antingen som egen verksamhet eller som köpta tjänster eller så skaffar användaren dem med sin personliga budget eller med kundsedel.

Det offentliga servicesystemet blir övergripande, för minst 40 % av den social - och hälsovård som kommunerna nu ansvarar bör börjar omfattas av de nya valfrihetssystemen, den personliga budgeten samt kundsedel. När det gäller dessa tjänster måste landskapen iaktta valfrihetslagens författningsstyrning när de uppfyller sitt organiseringsansvar. Å andra sidan är styrningen av systemen i fortsättningen i hög grad beroende av de val som kunden och producenterna träff ar. Vad producenterna tillhandahåller är i stor utsträckning beroende av de villkor och i synnerhet producentersättningar som anges i lagstiftningen och som landskapen fastställer särskilt.

Landskapet får inte producera direktvalstjänster eller betalsede lstjänster inom ramen för dem som egen verksamhet, så för direktvalstjänster inrättar det ett bolag eller en sammanslutning (*bolagiseringsskyldighet*). Bolagisering av social - och hälsotjänster som tidigare producerats som offentlig service är en uppgift so m förutsätter mångsidig planering och beredning för att säkerställa verksamheten, personalen och lokalplaneringen samt finansieringen redan i det skede då inrättandet av landskapen förbereds. Det administrativa arbete som bolagiseringen orsakar är i någon mån beroende av huruvida landskapet beslutar att grunda ett eller flera bolag. Områden med mindre befolkningsunderlag kan träffa avgöranden som leder till färre bolag. Hur övergången till valfrihetsmodellen påverkar personalens ställning behandlas i avsnitt 4.9.

I och med valfrihetssystemet övertar landskapen ansvaret för en mängd olika nya uppgifter i anslutning till administreringen av mångproducentsystemet. Skötseln av dessa uppgifter förutsätter nytt kunnande och nya tillvägagångssätt samt organisatori ska lösningar och resurser. Dessa uppgifter gäller bland annat att säkerställa lika tillgång till tjänster, fastställa servicebehovet, mängden och kvaliteten, besluta om produktionssättet, styra och övervaka produktionen samt producenternas ersättningssyst em i mångproducentmodellen. Det är fråga om nya uppgifter, eftersom de berör inte bara landskapets eget affärsverk utan också producenter som är med i valfrihetssystemet men som är självständiga och separata från landskapet i administrativt hänseende.

Mängden administrativa uppgifter som hänför sig till valfrihetssystemet varierar sannolikt mycket mellan olika landskap och de påverkas inte bara av landskapens egna besluta utan också av bland annat utbudet hos producenter som ägs av den privata och den tre dje sektorn, vilket sannolikt varierar i landets olika delar.

Enligt organiseringslagen ansvarar landskapet för samordning av klienternas social - och hälsotjänster till helheter samt samordning av verksamheten med kommunens, statens och landskapets övrig a tjänster. Landskapet ser dessutom till att tjänsteproducenterna samarbetar

sinsemellan så att klienterna har tillgång till samordnade tjänster. Landskapen ska se till att sådana klientgrupper och klienter som behöver tjänster som samordnats på bred basis identifieras, att tjänstekedjorna och tjänstehelheterna definieras och de olika producenterna utnyttjar den information som finns om en klient. Landskapen ska sköta om informationen om klientens rättigheter och förmåner, rådgivningen i anslutning till anv ändningen av tjänster, bedömningen av servicebehovet och utarbetandet av en klientplan samt handledningen i anslutning till dessa. Dessa uppgifter som ankommer på landskapens ansvar ökar i och med valfrihetssystemet. I synnerhet ökar det detaljerade arbete t med att definiera tjänstekedjorna och tjänstehelheterna, då det även ska omfatta de producenter som är med i valfrihetssystemet jämte eventuella underleverantörer och producenter av betalsedelstjänster. Dessa uppgifter förutsätter både kunskaper om socia l- och hälsovårdens innehåll och juridiska kunskaper. Dessutom får varje landskap fastställa krav på kvaliteten på, resurserna för och tillgången till de tjänster som ingår i valfrihetssystemet. De producenter som ingår avtal med landskapet måste iaktta de ssa krav. Det blir mer komplicerat att säkerställa organisatörens strategiska mål, såsom lika tillgång till tjänster och integrerade tjänster, när målen ska uppnås genom avtalsstyrning och uppföljning. När producenterna av direktvalstjänster bildar nätverk samt underleverantörer och betalsedlar börjar användas innebär det nya avtalstekniska utmaningar för landskapen och gör det svårare att fullgöra organiseringsansvaret när styrrelationerna blir indirekta. Styrningen av tjänster som skaffas med kundsedel oc h personlig budget är förenad med särskilda problem, eftersom det i dessa situationer inte uppkommer någon avtalsrelation mellan landskapet och tjänsteproducenterna.

Innan landskapet godkänner en tjänsteproducent kan det inspektera tjänsteproducentens ver ksamhet och lokaler. Landskapet svarar också för tillsynen över tjänsteproducenternas verksamhet. Dessa uppgifter är förenade med administrativt arbete, som även påverkas av antalet producenter som ska övervakas och deras storlek. Tillsynen och andra admin istrativa uppgifter kan underlättas om landskapet förutsätter att producenter av direktvalstjänster ska ha genomgått en utomstående instans godkännandeförfarande (ackreditering), på det sätt som förslaget till valfrihetslag möjliggör. Detta är dock beroende av detaljerna i godkännandeförfarandet, som ännu inte slagits fast.

I det allmänna datanätet för landskapet en förteckning över producenter av direktvalstjänster och aktörer som producerar kundsedelstjänster. Landskapen ansvarar också för att ta emot ku ndernas meddelanden om val av tjänsteproducent, underrätta tjänsteproducenten om kundens val samt underrätta de övriga aktörer som ansvarar för produktion av kundtjänster om överföringen av kundförhållandet. Detta förutsätter att ny praxis och fungerande t eleförbindelser utvecklas. För att stöda kundernas val bör det dessutom tillhandahållas olika rådgivningstjänster och offentlig information till exempel i en webbtjänst. Även detta är nya uppgifter för landskapen.

Enligt organisationslagen svarar landskapet för utvecklandet av social - och hälsovården i sitt område samt för utvecklingssamarbete som överskrider områdes - och organisationsgränserna och samordnar och styr det integrerade utvecklingsarbetet på producentni vå. Omfattningen av dessa uppgifter samt de person - och övriga resurser som de förutsätter är beroende av hur många producenter av direktvalstjänster och kundsedelstjänster som uppkommer inom landskapet. Skyldigheten att införa en personlig budget för tjän ster som avses i äldreomsorgslagen, handikappservicelagen och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda och som inte är direktvalstjänster förorsakar administrativt arbete för landskapet särskilt i planeringsfasen, eftersom det nuvarande sättet att ordna och finansiera tjänsterna ändras.

Kundernas möjlighet att välja de tjänster som de behöver i hela Finland medför annorlunda administrativt arbete för landskapen jämfört med valfriheten inom landskapet. Administrativt arbete förorsakas till exempel av att olika landskap har olika prissättningsgrunder och faktureringspraxis. Hur omfattande och belastande arbetet blir beror på hur mycket valfriheten utnyttjas.

Landskapet ansvarar för den ovan beskrivna styrningen och samordningen av producente rnas verksamhet och för övriga uppgifter på det sätt som fastställts i servicestrategin och servicelöftet. Enligt landskapslagen ska landskapet i affärsverkets styrinstrument och i avtal som ingås med andra tjänsteproducenter inta de föreskrifter som behöv s för att uppfylla landskapets organiseringsansvar. Inom valfrihetssystemet betyder detta mycket detaljerade avtalsbestämmelser och detaljer i förvaltningsstadgan samt tillsyn över att de iakttas. Genom avtalen med tjänsteproducenterna och tillsynen över d em säkerställer landskapet bland annat lika tillgång till lagstadgade tjänster, tjänsternas kvalitet och integrerade tjänster. I ett mångproducentsystem kan det dock vara komplicerat att säkerställa organisatörens strategiska mål och styrning, eftersom sty rningen sker genom avtalsstyrning och uppföljning. Styrningens genomskådlighet försvåras ytterligare av att i en nätverksstruktur och med betal - och kundsedlar samt personlig budget uppkommer ingen avtals - eller någon annan styrrelation mellan landskapet o ch alla producenter eller så blir relationen indirekt.

Landskapets juridiska och faktiska möjligheter att uppfylla organiseringsansvaret i mångproducentmodellen och till exempel att säkerställa att alla tjänsteproducenter som producerar offentligt finansierade social- och hälsotjänster uppfyller de förpliktelser som landskapet ålagt dem är begränsade. För att landskapet ska uppfylla organiseringsansvaret är det viktigt att det har tillräckliga verktyg att styra tjänsteproducenter i bolagsform och även i nä tverksform på ett förpliktande sätt. Det råder ingen säkerhet om att lagens verktyg för avtals - och annan styrning uppfyller detta krav.

Det faktum att producenterna av direktvalstjänster har ett övergripande ansvar för kundens tjänstehelhet samt för tjä nsternas kvalitet och verkningsfullhet bidrar dock till att klarlägga det juridiska ansvaret. Det övergripande ansvaret omfattar även situationer där tjänsterna produceras i ett nätverk eller där kunden har valt betalsedel för att genomföra en del av tjäns tehelheten. Det förblir dock oklart på vilket sätt producenten av direktvalstjänster kan uppfylla sitt ansvar i förhållande till en organisatoriskt separat producent av betalsedeltjänster som kunden själv valt.

Införandet av personlig budget betyder att tjänster som landskapets affärsverk producerar och köper ersätts med en personlig budget. Detta leder till att dylik verksamhet, såsom boendetjänster, krymper i affärsverket, vilket leder till personalminskningar.

Landskapets bolag, som tillhandahåller t jänster som omfattas av valfriheten, kan delvis använda tjänster som tillhandahålls av landskapens nationella servicecenter. I 124 § 4 mom. i landskapslagen föreskrivs att IKT -servicecentret upprätthåller och tillhandahåller sammanslutningar, stiftelser oc h självständiga yrkesutövare som producerar social - och hälsotjänste r som hör till landskapets organiseringsansvar de elektroniska tjänster som behandlingen och integreringen av klient - och patientuppgifter kräver, om detta är nödvändigt för fullgörande av skyldigheterna enligt 58 § i lagen om ordnandet av social - och hälsovården Enligt samma paragraf kan landskapens bolag och kommunerna också köpa lokaltjänster och andra tjänster som är direkt knutna till dessa av servicecentret för lokal - och fastighetsfö rvaltning, när de finns i samma lokaler som landskapens inrättningar eller bolag som producerar social - och hälsotjänster. Försäljningen av tjänster som

nämns i detta moment till landskapens bolag och kommunerna får inte överstiga 20 % av servicecentrens o msättning när det gäller tjänsterna i fråga. I övrigt tillämpas bestämmelserna i lagen om offentlig upphandling och koncession.

Kapitationsersättningar baserar sig i fortsättningen i huvudsak på THL:s behovskoefficienter. THL:s behovskoefficienter börja r användas i större utsträckning än förr och detta kan inverka på hur ofta behovskoefficienterna beräknas och uppdateras.

4.2.4 Konsekvenser för andra myndigheter

Regeringen håller på och bereder en lag om produktion av social - och hälsotjänster, där d et föreskrivs om registrering och övervakning av tjänsteproducenter. Enligt utkastet ska lagen tillämpas på alla privata och offentliga tjänsteproducenter. Dessutom ska lagen göra det möjligt för flera tjänsteproducenter att ha en gemensam tjänsteenhet, så att man kommer överens om den ansvariga producenten genom ett avtal. När tjänsteproduktionslagen tillämpas lika på alla olika tjänsteproducenter bedöms detta enligt responsen i yttrandena om lagförslaget minska det administrativa arbetet och förbättra til lsynsmöjligheterna. Å andra sidan kan valfrihetssystemet öka antalet producenter av olika typ och storlek och därmed också tillsynsuppgifterna för tillsynsmyndigheterna inom social- och hälsovården.

Efter reformen kommer tillsynsmyndigheternas uppgift på samma sätt som i nuläget vara att övervaka både offentliga och privata tjänsteproducenters verksamhet. I och med valfrihetssystemet förutspås antalet olika tjänsteproducenter öka på marknaden.

Produktionen av social- och hälsotjänster som omfattas av val friheten är ekonomisk verksamhet, på vilken konkurrenslagstiftningen är tillämplig i fråga om såväl antitrust - som konkurrensneutralitetsbestämmelserna. Det är sannolikt att styrningen av den nya marknaden för offentligt finansierade social - och hälsotjäns ter också kräver särskilda bestämmelser som är tillämpliga endast på denna sektor. Utvecklingen av dem medför nya uppgifter.

Enligt utkastet till valfrihetslag får Folkpensionsanstalten nya uppgifter, då den ska ansvara för administreringen av den riksomf attande betalningsrörelsen i anslutning till tjänsteproducenternas ersättningar och för det tekniska förverkligandet av den. Ansvaret för innehållet i betalningarna och styrningen av dem vilar på landskapen, som producerar de uppgifter som Folkpensionsanst alten behöver för att administrera utbetalningen. Att betalningsrörelsen går via en nationell aktör väcker frågor, eftersom även sjukvårdsdistrikten och stora kommuner har utvecklade system som skulle lämpa sig för utbetalningen. För finansministeriet har det dessutom skapats ett nationellt servicedatalager, via vilket avsikten är att publicera den offentliga förvaltningens tjänster och även social- och hälsotjänster för medborgarna.

Enligt lagförslaget ska Folkpensionsanstalten också tillhandahålla en tjä nst som ger kunden möjlighet att välja i samband med medborgarens användargränssnitt (*Mina Kanta-sidor*). Att kundens val görs till en del av Kantatjänsterna är en lösning, eftersom det gör det möjligt att utvidga en tjänst som medborgarna använder. Å andra sidan har man vid THL utvecklat en nationell tjänstekatalog inom ramen för föregående regeringsperiods SADe -program. Överlappande arbete orsakas i vilket fall som helst av att landskapen samtidigt måste föra en offentlig förteckning över tjänsteproducenterna i området.

I uppgifter som föreskrivs i valfrihetslagen styr social - och hälsovårdsministeriet Folkpensionsanstalten, som lyder under riksdagen.

Konkurrens- och konsumentverket sköter redan för närvarande uppgifter som hänför sig till främjande av konkurrens på marknaden för social - och hälsotjänster och marknadens funktion. Övergången till valfrihetssystemet förutsätter dock att Konkurrens - och konsumentverket fördjupar sina kunskaper om social - och hälsotjänster. Kontakt och åsiktsutbyte med tjänsteproducenter som producerar valfrihetstjänster kommer att vara en viktig och väsentlig del av den nya tillsynsverksamheten. På så vis fördjupas verkets sakkunskap och ökar förutsägbarheten i fråga om lösningar för styrning och övervakning av marknaden för offentliga social- och hälsotjänster.

På den nya marknaden för offentliga social - och hälsotjänster kan det också förekomma sådana problem i anslutning till brister och fel i tjänsterna som på andra marknader sköts med konsumentskyddsrättsliga medel. Skötseln av sådana problem måste ordnas på ett eller annat sätt. Konsumentskyddsrättsliga lösningar är en möjlighet, men saken förutsätter ytterligare beredning.

4.2.5 Konsekvenser för statens styruppgift

Enligt utkastet till organiseringslag styr staten 18 landskap som ordnar tjänster. Genom styrningen säkerställs att tjänsterna är kostnadseffektiva, verkningsfulla, kundorienterade samt integrerade. Enligt utkastet till valfrihetslag har i stor utsträckning staten bemyndigats att utfärda förordningar i anslutning till exempelvis kvalitets - och effektivitetsmätare samt producentersättningar. Detta kan inskränka landskapens självständiga beslutanderätt. Inom valfrihetssystemet är det en betydande del av tjänsteproduktionen som inte leds direkt av landskapen, utan de måste kombinera olika indirekta sätt att styra produktionen. Till följd av detta måste även staten i sin styrning av social - och hälsvårdsverksamheten beakta de nya utmaningar som hänför sig till landskapens produktionsstyrning.

När valfrihetsreformen bereds och i det inledande skedet är det nödvändigt att fastställandet av de tjänster som ska tillhandahållas invånarna och deras innehåll samt fastställandet av de metoder och den praxis som används för att producera tjänsterna styrs och förenhetligas nationellt. Risken är att utan nationell samordning mångdubblas arbetet om alla landskap utför det själva och man kommer fram till olikvärdiga lösningar. Som stöd för preciseringen av författningar, fastställandet av tjänsteurval och preciseringen av enhetliga grunder för vård och omsorg samt bevisbaserade social - och hälsovårdsrekommendationer behövs det nationella kvalitets - och effektivitetsindikatorer samt nationell bedömning av social - och hälsovårdsmetoderna. Detta förutsätter att det statliga styrkunnandet och styrinstrumenten utvecklas och att de styrande aktörernas uppgifter fastställs samt deras arbetsfördelning preciseras.

4.2.6 Konsekvenser för regionutvecklingen

Landskapens möjligheter att ansvara för organiseringsuppgiften och administreringen av valfrihetsmodellen skiljer sig avsevärt och därför kommer reformens konsekvenser att variera mellan landskapen och även i olika områden inom landskapen. Risken är att det specialkunnande och de resurser som hanteringen av systemet förutsätter inte fås i tillräcklig utsträckning till alla landskap, till såväl landskapsförvaltningen som affärsverket liksom landskapets egna tjänster som ska bolagiseras. Detta kan utgöra en betydande utmaning när lagen ska verkställas och leda till att

valfrihetssystemen utvecklas i mycket olika takt och riktning i olika landskap och även till jämlikhetsproblem.

Landskapen måste på olika sätt förbereda sig på att säkerställa att deras befolkning har tillgång till tjänster. Risken är emellertid att det finns glesbygd i landskapet där tjänsteproduktion inte är affärsekonomiskt lönsam, varvid landskapets bolag producerar tjänsterna. Enligt 1 16 § i utkastet till landskapslag är temporär subventionering möjlig.

Valfrihetsmodellen kan beroende på hur den genomförs antingen sätta fart på centraliseringen eller utöka det regionala tjänsteutbudet och således erbjuda sysselsättning även i glesbygden. Om kriterierna för att bli tjänsteproducent är sådana att små producenter har svårt att uppfylla dem bland annat för att tjänsteutbudet är för brett, kan detta leda till att ny tjänsteproduktion inte uppstår i glesbygden. Även producentersättningarna, som landskapet beslutar om, är av avgörande betydelse för tjänstestrukturen. Produ centernas finansiering, som antagligen också innefattar lokalkostnaderna, inverkar på hur företagsekonomiskt tänkande producenter vågar investera i till exempel nya lokaler och ny teknik även i glesbygden. I detta skede är det inte möjligt att bedöma situationen.

Utöver skillnader mellan landskapen är det uppenbart att det även kan uppstå regional ojämlikhet inom landskapen, eftersom man kan anta att ett privat tjänsteutbud uppstår särskilt i landskapscentrumen och deras ekonomiska regioner.

De regionala skillnaderna i fråga om köpta tjänster är tämligen stora. År 2014 var andelen social - och hälsotjänster som köptes från privata (inklusive organisationer) i medeltal 10 %. Procentandelarna var störst i Norra Karelen (13,5 %) och minst i Södra Karelen (2,3 %). Andelen köpta primärvårdstjänster var betydligt mindre, 2014 i medeltal 5,4 %. Mest tjänster köptes i Norra Karelen (10,6%) och minst i Södra Karelen (2,5 %).

4.3 Ekonomiska konsekvenser

Incitamenten avgör

- Incitamenten till producenterna påverkar vid sidan av kostnadsutvecklingen även i betydande grad i vilken mån man kan nå kvalitets- och förnyelsemålen inom valfrihetssystemet och trygga en jämlik tillgång till service.
- Att incitamenten läggs på rätt nivå är avgörande bl.a. med tanke på hur man kan locka producenter till marknaden och hur producenterna tillhandahåller tjänsterna. Incitamenten bör bl.a. säkerställa att producenterna samarbetar inom vårdkedjorna, främja utveckling och innovation i syfte att förbättra tjänsterna samt förhindra ett ofördelaktigt urval av kunder.
- Incitamenten för deloptimering försvinner inte nödvändigtvis helt: på flera punkter i modellen, exempelvis i gränssnitten mellan producenten av direktvalstjänster och landskapets affärsverk, finns det oklarheter beträffande uppgiftsfördelningen och huruvida aktörernas mål sammanfaller.

Det är osäkert om sparmålen kan nås

- Valfrihetsmodellen öppnar för möjligheter att dämpa utgiftsutvecklingen. Man har emellertid satt upp betydande sparmål, och i genomförandet av valfrihetssystemet finns det många osäkerhetsfaktorer som påverkar kostnadsutvecklingen.
- Det är osäkert om man kan nå effektivitetsvinster genom konkurrens, eftersom det förutsätter att man lyckas med att få igång, utforma och styra marknaden. Särskilda risker medför till denna del de bestämmelser som gäller betalsedeln, producenternas förmåga att fastställa det maximala antalet kunder kombinerad med risken för ofördelaktigt urval av kunder, dvs. att producenterna plockar russinen ur kakan, samt den risk för att

marknaden splittras upp när valfrihetssystemet införs.

- I valfrihetsmöjligheten finns det element som eventuellt kan öka kostnaderna: utöver utbildningskostnaderna och kostnaderna för införandet av de olika systemen är den personliga budgeten förenad med en avsevärd kostnadsrisk. Ett kostnadsökningstryck kan finnas också inom mun- och tandvården.

Inledningsfasen är kritisk när marknaden utformas

- Erfarenheterna från andra länder visar att producenterna endast i ringa utsträckning byts ut. Därför kan de marknadsandelar som bildas i den inledande fasen av reformen komma att bestå länge. Om aktörerna kan sovra bland kunderna i det skede som marknaden öppnas kommer det att ha långvariga effekter på olika aktörers ställning och på totalkostnadsutvecklingen.
- Det är sannolikt att kundunderlaget för de företag som producerar de tjänster som kan väljas fritt delvis kommer att bildas utifrån tidigare kundrelationer. Det institutionella upplägget i Finland kan till denna del accentuera problemen i samband med frestelsen att plocka russinen ur kakan.

4.3.1 Allmänt

Genom valfrihetsmodellen och modellen med många producenter eftersträvas effektivitetsvinster som nås genom kvalitetskonkurrens. Öppnandet av marknaden förväntas leda till en konkurrens mellan producenterna som resulterar i en snabbare effektivitetsutveckling inom produktionen av social- och hälsotjänster än hittills. Ett centralt drag i modellen ä r att varje producent som uppfyller kriterierna kan delta i den offentligt finansierade produktionen av vissa fastställda tjänster, och att kunderna fritt får välja en lämplig producent. Tanken är att det genom konkurrensen ska uppstå effektivitetsfördelar som dämpar utgiftsutvecklingen inom social - och hälsovården. För att dessa effektivitetsfördelar ska nås, krävs samtidigt också en omsorgsfull reglering av marknaden och att principerna för ersättning fastställs så att de uppmuntrar till kostnadseffektivi tet. Så länge valfrihetsmodellen genomförs omsorgsfullt och regleras noggrant kan den anses öppna för möjligheter som i det fall att de realiseras stöder regeringens mål. Valfrihetsmodellen är emellertid förknippad med risker när det gäller uppkomsten av m arknaden och marknadens effektiva funktion och med andra faktorer som eventuellt ökar kostnaderna.

Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av valfrihetsmodellen försvåras av att landskapen kommer att ha stor frihet att tillämpa modellen på olika sätt. Eftersom det är ytterst svårt att förutse landskapens beslutsfattande måste man i konsekvensbedömningen göra antaganden om hur landskapen kommer att införa valfrihetsmodellen. Antaganden måste göras om de ersättningsprinciper landskapen kommer att tillämp a och om den omfattning i vilken landskapen kommer att genomföra valfriheten.

Landskapen antas tillämpa ersättningssystemen på ett sätt som stöder regeringens mål, och inte exempelvis sträva efter en deloptimering som är skadlig med tanke på helheten. I bedömningen utgår man från att kundsedeln kommer att användas i en omfattning som når upp till minimikravet på 15 procent. Också användningen av den personliga budgeten förväntas följa miniminivån enligt lagen.

En annan faktor som försvårar konsekvensbedö mningen är det stora variationsintervallet för innehållet i direktvalstjänsterna: ett landskap som tillämpar en miniminivå och ett landskap som har ett mycket brett serviceurval företräder i praktiken två mycket olika valfrihetsmodeller, där exempelvis inc itamenten för producenterna är mycket olika. I denna bedömning utgår man från antagandet om ett minimiurval av tjänster och strävar efter att beskriva vad avvikelser från detta innebär.

4.3.2 Konsekvenser för utgiftsutvecklingen inom social- och hälsovården

Marknaden för social - och hälsotjänster skiljer sig från den normala varumarknaden genom att tjänsterna har stor betydelse för konsumenternas välbefinnande, producenterna har mer information om tjänsterna än konsumenterna, det råder oklarhet om servi cebehovet och användningen av tjänsterna, tillträdet till marknaden är reglerat och verksamheten är starkt professionsbunden (bl.a. Sintonen och Pekurinen, 2006; Folland et al. 2007; Virtanen, 2016).

I många länder har man under de senaste två årtiondena infört olika marknadsmekanismer inom hälsotjänsterna. Ett sätt att öka konkurrensen mellan producenterna är att utvidga kundernas möjligheter att välja producent efter egna preferenser. Man har också kunnat observera att konkurrens sänker priserna och eff ektiviserar produktionen. Vilka effekter konkurrensen har på kvaliteten är mer oklart. Enligt den teoretiska litteraturen höjer konkurrensen nivån på tjänsterna i synnerhet när ett fast pris tillämpas. Då konkurrerar producenterna om kunderna genom att erb juda kvalitet, och företagens enda möjlighet att öka vinsten är att öka volymerna. Volymerna kan ökas endast genom att höja kvaliteten.

Effekterna av det ovan beskrivna förfarandet på kvaliteten har analyserats i synnerhet i USA och i Storbritannien. De e mpiriska undersökningarna har särskilt fokuserat på sjukhusmarknaden men också på vissa sjukdomskategorier, exempelvis infarktpatienter. Resultaten av de empiriska undersökningarna varierar, men iakttagelser om att konkurrens höjer kvaliteten har gjorts i synnerhet i England. Undersökningarna visar tydligt att de effekter konkurrensen har på kvaliteten påverkas av omvärlden och i synnerhet av ekonomiska incitament till företagen (Gaynor & Town 2011; Brekke et al. 2014). Exempelvis en undersökning som gjorde s av Cooper et al. (2011) visar att konkurrensen höjde kvaliteten i synnerhet i sjukhus i konkurrenskraftiga områden.

Även om den allmänna ekonomiska teorin utgår ifrån att konkurrensen höjer kvaliteten vid fasta priser, vet man på basis av ekonomiska mo deller att bl.a. följande omständigheter måste beaktas för att kvalitetskonkurrensen ska fungera:

- Valfrihet innebär att efterfrågan måste reagera på kvalitetsskillnader mellan producenterna
- Producenterna bör sträva efter att öka sin vinst
- Producenternas vinstmarginal (det reglerade priset-marginalkostnaderna) bör vara positiv
- Marginalkostnaderna (den merkostnad som en ytterligare kund föranleder) bör vara konstanta
- Producenterna måste kunna svara på den efterfrågan som följer av den kvalitet de producerar

De ovannämnda faktorerna påverkar företagens incitament att reagera på konkurrens, och kan skapa osäkerhet inom kvalitetskonkurrensen (Brekke et al. 2014).

Litteraturen visar att exempelvis altruism hos producenten (betoning på kundens välbefinnande) kan komma att bli ett hinder för kvalitetskonkurrens. En producent som delvis agerar utifrån altruistiska motiv beaktar utöver vinsten också kundens välbefinnande. Producenten strävar då efter att höja kvaliteten, på grund av valfriheten och med hänsyn till patienternas välbefinnande, men kan samtidigt sträva efter att styra över dyra patienter till andra producenter. Vilkendera verksamheten som blir övervägande påverkar slutresultatet av kvalitetskonkurrensen (Brekke et al. 2011).

Osäkerhetsmoment kan uppstå ifall producentens kapacitet inte räcker till för att svara på den ökade efterfrågan. I en sådan situation finns det kanske inget incitament för producenten att höja kvaliteten, eftersom de ökade kundvolymerna skapar ett investeringstryck som i sin tur ökar kostnaderna.

De ovannämnda situationerna avspeglar den osäkerhet som är förknippad med kvalitetskonkurrensen och som har samband med de ekonomiska incitamenten till producenterna i en modell med fasta priser.

I en modell där producenterna själva kan fastställa priset anger både den ekonomiska teorin och de empiriska forskningsresultaten att kvalitetskonkurrens ger oklara och varierande resultat. Det är emellertid allmänt känt att en ökad priskonkurrens sänker kvalitetsnivån (se t.ex. Forder & Allan 2014).

Den ekonomiska teorin (se Dravonve 2011, Gaynor & Town 2011) förutspår att en konkurrens till fast pris bidrar till att förbättra kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Forskningsresultaten förefaller att bekräfta detta (t.ex. Gaynor 2006 och Propper 2013). Det kan således bedömas att en konkurrens till fast pris när den genomförs omsorgsfullt kan förbättra kvaliteten på tjänsterna jämfört med nuläget, och på så sätt i framtiden öka kostnadseffektiviteten i produktionen av social- och hälsotjänster och dämpa kostnadsutvecklingen.

Valfrihetsmodellen påverkar behovet av finansiering av tjänsterna via de effektivitetsfördelar den ger. Genom att effektivisera verksamheten vill man få in kostnaderna på en lägre tillväxtbana. I lagen om landskapens finansiering anges en finansieringsutveckling som är lägre än basscenariot, dvs. den förväntade utvecklingen av kostnaderna såsom de är för närvarande. Målet för social- och hälsovårdsreformen är att tygla ökningen av kostnaderna till ett belopp av tre miljarder euro före 2029. Valfrihetsmodellen är en del av de reformer genom vilka detta mål eftersträvas.

I den föreslagna valfrihetsmodellen konkurrerar producenterna genom tjänster som anskaffas som s.k. direktvalstjänster, med kundsedel och betalsedel och med en personlig budget. Direktvalstjänsterna (social- och hälsocentralerna och mun- och tandvårdsenheterna) är tjänster som till övervägande del (minst 80 procent) finansieras genom kapitationsfinansiering och som innefattar social- och hälsovårdens tjänster, inklusive munvårdstjänster, på primärnivån. Med kapitationsfinansiering avses en behovsprövad fast avgift (exempelvis årsavgift) som betalas för varje kund som valt producenten som sin tjänsteproducent och som är den summa för vilken producenten förbinder sig att tillhandahålla de tjänster som man har fastställt att kunden behöver. Ersättningarna är de samma för alla producenter för samma tjänster. Därför förväntar man sig att producenterna kommer att konkurrera genom kvalitet. Marknaden för producenter som tillhandahåller direktvalstjänster omsätter ca 3,7 miljarder euro beräknat enligt 2015 års nivå.

Den som producerar direktvalstjänster inom mun- och tandvården ska erbjuda sina kunder en betydande andel av samtliga mun- och tandvårdstjänster samtidigt som vårdgarantins gränser kvarstår oförändrade. Detta kan öka efterfrågan på offentligt finansierade tjänster [1]. När de disponibla medlen förblir oförändrade kan kapitationsavgiften komma att bli låg. Då finns det en

[1] Också slopandet av sjukförsäkringsersättningen kan bidra till att ytterligare öka efterfrågan på offentligt finansierade tjänster. Dessa konsekvenser bedöms emellertid inte i samband med valfrihetslagstiftningen.

risk för att det inte uppstår ett tillräckligt serviceutbud och att landskapet i stället måste ordna tjänsterna via sitt eget affärsverk. A lternativt måste kundavgiftens andel höjas, serviceutbudet begränsas eller medel anvisas för mun- och tandvården från annan verksamhet.

När tjänster tillhandahålls till ett fast pris får alla producenter samma ersättning (som visserligen beror på exempel vis kundens egenskaper) för de åtgärder som vidtas i fråga om kunden. Producenterna kan därmed inte direkt påverka priset. Kundsedelns karaktär av ett instrument med fast pris förändras i och med att kunden har möjlighet att köpa tilläggstjänster. Minst 15 procent av de tjänster som inte kan tillhandahållas som direktvalstjänster eller enligt en personlig budget och som inte är brådskande eller innebär utövning av offentlig makt, eller som i enlighet med 11 § i lagen om ordnande av social - och hälsovård och 45 § i sjukvårdslagen behöver tillhandahållas centraliserat på grund av att de är sällan förekommande eller krävande eller innebär stora kostnader, ska kunna tillhandahållas mot kundsedel. Beräknat enligt 2015 års nivå uppskattas marknaden för kundsedeln uppgå till 2,8 miljarder euro.

Landskapen är skyldiga att erbjuda en personlig budget till äldre personer och personer med funktionsnedsättning som har ett omfattande behov av flera olika slags tjänster, stöd och hjälp. Vilka konsekvenser en personlig bud get har för utgiftsutvecklingen är därmed svårare att klarlägga ur samhällsekonomiskt perspektiv eller mot bakgrund av empirisk forskning. De ekonomiska konsekvenserna av den personliga budgeten beror på hur och i vilken omfattning personlig budgetering genomförs samt på de kriterier som ställs för tillgången till den. Generösa kriterier kan skapa nya servicebehov och därmed öka kostnaderna. Enligt de minimikrav som lagen ställer bedöms det att ca 60 000 personer kommer att omfattas av personlig budgeterin g. Internationella erfarenheter visar att tillämpning av en personlig budget ofta leder till en kostnadsökning, i synnerhet på grund av kostnaderna i inlärningsskedet. Den marknad som öppnas med den personliga budgeten bedöms omsätta ca 1,5 miljarder euro beräknat enligt 2015 års nivå.

Avsikten är att den personliga budgeten ska vara ett sätt att omfördela de befintliga resurserna från deras nuvarande användning så att de utgör kundens personliga budget. Budgetbeloppet bestäms således i regel utifrån netto kostnaderna för kundens offentligt finansierade servicebehov. I produktionskostnaderna beaktas då också kundavgifterna. När det gäller nya kunder är det emellertid oklart hur exempelvis problemet med närståendevård kontra sluten vård ska lösas i praktiken: ska kundens anhöriga få stöd för närståendevård, eller ska en personlig budget fastställas för kunden på basis av kostnaderna för sluten vård? Det som står klart är att kostnaderna för de offentligt producerade tjänsterna i dessa fall avsevärt kommer att överstiga ersättningsnivån inom exempelvis närståendevården. Beroende på vilken praktisk lösning man går in för kan den personliga budgeten i avsevärd grad öka kostnaderna för social - och hälsovården. Eftersom fastställandet av en personlig budget innefat tar omfattande individuell prövning, finns det skäl att bereda sig på en ökning av de administrativa kostnaderna i samband med rättelseyrkanden.

Betalsedeln är ett instrument som producenter av direktvalstjänster är skyldiga att erbjuda sina kunder för att användas inom olika tillämpliga tjänster. Detta innebär en utmaning, eftersom social - och hälsocentralen som producent är ansvarig för eventuella fel som sker i servicekedjan och eftersom en aktör exempelvis inte kan förbjuda en kund att anlita en underl everantör som enligt aktören tillhandahåller tjänster av dålig kvalitet. Betalsedeln kan också medföra extra kostnader om social- och hälsocentralen själv har ledig kapacitet men kunden efter att ha fått en betalsedel väljer någon annan producent, vars kostnader social- och hälsocentralen måste bära.

För producenter av direktvalstjänster utgör betalsedeln en risk i och med att kunder som valt producenten som sin tjänsteproducent i vissa fall kan kräva att få en betalsedel för att anlita någon annan tjänsteproducent. Detta kan skapa en svår situation för producenten i synnerhet inom mun- och tandvårdstjänster, där vården till övervägande del består av behandlingar och behandlingarna kan betraktas som delar som lämpligen kan betalas med betalsedel.

För att man ska kunna uppskatta beloppet av de effektivitetsfördelar som konkurrensen medför är det viktigt att klarlägga hur stor den konkurrensutsatta marknaden kommer att bli jämfört med nuläget. Den statliga finansiering till social- och hälsovården som riktas till landskapen när verksamheten kör igång är 17,25 miljarder euro enligt 2016 års nivå, och de kundavgifter som landskapen får uppskattas uppgå till 1,45 miljarder euro. Av det belopp på sammanlagt ca 18,7 miljarder euro som landskapen får i form av finansiering och kundavgifter kommer utgifterna för de tjänster som omfattas av valfriheten, i enlighet med antagandena ovan, att vara uppskattningsvis ca 3,7 miljarder euro i fråga om direktvalda hälsotjänster och mun- och tandvårdstjänster. Utgifterna för den personliga budgeten kan uppgå till ca 1,5 miljarder euro beräknat enligt 2015 års nivå. Marknaden för den valfrihet som kundsedeln möjliggör uppskattas omsätta ca 2,8 miljarder euro. Den sammantagna marknaden i fråga om fasta priser, dvs. den marknad som öppnas genom direktval och användning av kundsedlar, kommer att uppgå till ca 6,5 miljarder euro.

Det är svårt att uppskatta de positiva konsekvenserna av konkurrensen i eurobelopp; forskningsresultaten gäller ofta system som avviker från den föreslagna valfrihetsmodellen eller dess kontext. Exempelvis den forskningslitteratur som gäller olika lösningar i England granskar ofta konkurrensen mellan olika sjukhus (Gaynor et al. 2011 observerar en förbättring på mer än 7 procent i kundernas välbefinnande som en följd av konkurrens), och det är inte realistiskt att generalisera resultaten från dessa studier till en modell som här läggs fram i detalj. I forskningslitteraturen läggs dessutom fokus på hälsovården, medan det inte finns lika heltäckande forskningsdata om socialservicen. Sådana högkvalitativa forskningsdata om hur konkurrens påverkar utgiftsutvecklingen inom social- och hälsovården som entydigt kunde överföras till en finländsk kontext finns inte att få.

Under ett antagande om exempelvis en effektivitetsnytta på sammanlagt 2–3 procent under tidsperioden 2019–2029 skulle en förbättring av kostnadseffektiviteten beräknat enligt den nuvarande kostnadsnivån innebära besparingar till ett belopp av ca 50–100 miljoner euro inom de direktvalstjänster som landskapen är skyldiga att tillhandahålla. Siffran är en mycket grov uppskattning, och innebär i praktiken på tio års sikt att kostnadsutvecklingen i fråga om de konkurrensutsatta tjänsterna med hänsyn till den årliga utgiftsutvecklingen bromsar upp med ca 0,2–0,3 procent varje år jämfört med basscenariot. Konsekvenserna av kundsedeln är något svårare att bedöma, men på tio års sikt kunde man med en effektivitetsvinst på 0,2–0,3 procent per år på denna marknad dämpa kostnadstrycket med ca 50–80 miljoner euro. Den effektivitetsvinst som man eventuellt kan nå genom konkurrens är emellertid enligt forskningen rätt blygsam i förhållande till målen och riskerna.

Om landskapen inför bredare definitioner av tjänsteurvalet inom direktvalstjänsterna eller de tjänster som fås mot kundsedel, ökar utgiftsbasen för de konkurrensutsatta tjänsterna och därmed också genomslaget. Bland aktörerna inom branschen har exempelvis förmågan att konkurrensutsätta tjänsterna på specialiserad nivå ansetts vara en viktig kostnadsdämpande faktor. Utvidgningen av serviceutbudet är emellertid förknippad med andra risker.

För att effektivitetsvinsterna ska realiseras krävs det att valfrihetsmodellen utfaller gynnsamt och att man lyckas styra marknaden. Den föreslagna valfrihetsmodellen påverkas av flera faktorer som kan ha negativa verkningar för uppkomsten av en marknad och för marknadsutvecklingen. Det är därför osäkert om effektivitetsvi nsten kan nås. Dessutom innebär kostnadsriskerna i samband med exempelvis den personliga budgeten att de totala konsekvenserna av valfrihetslagen i slutändan kan bli negativa i det fall att riskerna realiseras och man misslyckas med att styra marknaden ell er överlag med att skapa en marknad.

Konsekvenserna av konkurrensen begränsas inte enbart till verksamheten för de producenter som direkt omfattas av konkurrensen. Utöver detta kan konkurrensen anses ha positiva externa effekter också på verksamheten för sådana aktörer som inte själva direkt deltar i konkurrensen. Sådana effekter märks exempelvis genom spridningen av sådana produkt - och processinnovationer som utvecklats på den konkurrensutsatta marknaden i syfte att ta in vinst. Påverkningskanalerna kan vara av olika slag: exempelvis Glaeser (1997) bedömer att kunskaperna sprids i städerna genom kontakter människorna emellan. Gaynor & Town (2011) utvecklar dessutom en teoretisk ram för hur spridningseffekter som förbättrar kvaliteten kan uppstå i situatio ner där aktörerna har kunder såväl inom ramen för konkurrensen som utanför den. Också en arbetsgrupp vid Aalto -universitetet (2016) stöder uppfattningen om spridningseffekter. Empiriska forskningsrön som gäller dessa spridningseffekter är mer sällsynta, me n exempelvis Dechezleprête et al. (2016) finner sådana effekter när det gäller skattestöd i samband med produktutveckling. Dessa effekter är emellertid mycket svåra att bedöma i synnerhet på grund av att forskning som specifikt gäller social - och hälsovården inte finns att tillgå.

4.3.3 Konsekvenser för landskapens ekonomi

Andelen tjänster som förpliktar landskapet inom ramen för valfrihetsmodellen i förhållande till den totala finansieringen av landskapens social- och hälsovård beror på detaljer i beräkningen; på siffran inverkar avsevärt de åtgärder som är frivilliga för landskapen, t.ex. mer omfattande direktvalstjänster än miniminivån samt i vilken omfattning den personliga budgeten och kundsedeln tas i bruk.

Det är svårt att förutse denna andel, eft ersom landskapen har förhållandevis stor självbestämmanderätt t.ex. när det gäller att fastställa direktvalstjänsterna, de tjänster som tillhandahålls mot kundsedel och arbetsfördelningen i landskapets affärsverk. Självbestämmanderätten kan begränsas väsen tligt med hjälp av de bemyndiganden att utfärda förordning som ingår i valfrihetslagen. Landskapen kan när de så önskar t.ex. göra tjänsterna på basnivå mer tillgängliga och satsa mer på dem. Om satsningen på tjänster på basnivå leder till att behovet av t jänster på specialnivå minskar kan landskapet uppnå kostnadsbesparingar. Detta förutsätter att kapaciteten i fråga om övriga social- och hälsotjänster anpassas på motsvarande sätt.

Valfrihetsmodellen försämrar landskapens förmåga att integrera social - och hälsotjänster inom sitt område. Detta är en följd av att all tjänsteproduktion inte omfattas av landskapets administrativa styrning, även om landskapen fortfarande har en roll som grindvakt. Integration inom ramen för valfrihetsmodellen förutsätter att la ndskapen har kunnande när det gäller avtals - och ersättningssystemen.

4.3.4 Ekonomiska konsekvenser för företagen och tjänsteproducenterna

Kunden kan välja producent av direktvalstjänster separat för social - och hälsotjänster och för mun - och tandvårdstjänster. Producenten får för varje kund en riskvägd kapitationsersättning, dvs. en ersättning som baserar sig på kundens egenskaper, t.ex. ålder (varvid ersättningen är större t.ex. för äldre än för personer i arbetsför ålder), och förbinder sig att producera fastställda tjänster för kunderna. På så sätt tävlar producenterna om kunderna i fråga om kvalitet, inte i fråga om pris. Kapitationsersättningen kan i princip anses sporra till kostnadseffektiv verksamhet, även om risken är att aktörerna på olika sätt plockar russinen ur kakan och att kvaliteten försämras, framför allt på en ofullständig marknad.

Även om den huvudsakliga finansieringsprincipen när det gäller direktvalstjänster är kapitation, kan landskapen fortfarande påverka detaljerna i finansieringen, åtminstone om man undviker strikt reglering med hjälp av förordningar. Genom en ökad andel prestationsbaserade ersättningar kan producenterna t.ex. fås att producera mer tjänster för vilka ersättningen betalas utgående från prestation, och på så sätt förbättras tillgängligheten. I sådan verksamhet ingår dock kostnadsrisker, och omfattningen av landskapens självbestämmanderätt leder till att landskapen har en viktig roll när det gäller att genomföra incitamenten för kostnadseffektiv verksamhet. Att hantera dessa kostnadsrisker kräver god planerings - och framsynsförmåga av landskapen. Genom förordning av statsrådet kommer man på statens initiativ dock fortfarande att kunna ändra bl.a. detaljerna i finansieringen av producenterna. På så sätt finns det incitament för landskapen att agera omsorgsfullt för att bibehålla en så omfattande självbestämmanderätt som möjligt.

När det gäller direktvalstjänster möjliggör valfrihetsmodellen att offentligt finansierade tjänster produceras av sådana företag och sådana aktörer inom frivilligsektorn för vilka detta inte är möjligt för närvarande. Eftersom det i det förpliktande utbud av tjänster som ålagts producenterna inte ingår något ansvar t.ex. för specialiserad sjukvård som kräver dyra anordningar, hålls kostnadsrisken och de investeringar som behövs på en skälig nivå. Tjänsteutbudets omfattning innebär dock att det främst är större aktörer som kan producera direktvalstjänster, även om mindre aktörer kan försöka komma in på marknaden via de prestationsbaserade tjänster som tillhandahålls mot kundsedel eller betalsedel eller enligt en personlig budget. Dessa ersättningsformer och sättet att ordna tjänsterna lämpar sig bättre för små aktörer (olika ersättningsmodellers lämplighet för olika typer av aktörer har behandlats i större detalj av t.ex. Conrad 2015).

När landskapet beslutar att erbjuda sina invånare ett mer omfattande utbud av direktvalstjänster än vad som föreskrivs i lagstiftningen, kan en ökad kostnadsrisk innebära att små aktörer behöver ett återförsäkringssystem för att klara sig på marknaden. Annars kan det vara mycket svårt för små företag att träda in på marknaden. I en modell med kapitationsbaserad finansiering blir det också svårare att komma in på marknaden efter att marknaden öppnats, eftersom ett lönsamt genomförande av produktionen kräver både investeringar och ett bredare kundunderlag på grund av det bredare utbudet av tjänster. Ett mer omfattande utbud av tjänster, och därmed också ett ökat ekonomiskt ansvar, kräver också att landskapen har förmåga att utarbeta ersättningsmodeller i större detalj.

Också låg kundrörlighet gör inträdet på marknaden svårare efter att marknaden öppnats (t.ex. Kaikkonen et al. 2016). Med tanke på effektivitetsvinster av konkurrens är detta inte nödvändigtvis ett stort problem, eftersom redan hotet om konkurrens kan få de producenter som redan finns på marknaden att effektivisera sin verksamhet. Med tanke på hotet om marknadskoncentration och geografiska monopol är frågor som gäller öppnandet av marknaden ytterst viktiga.

Rollen som grindvakt kvarstår i den specialiserade sjukvården, dvs. man kan inte helt undvika problemet med överföring av kostnadsansvaret. Det kan alltså finnas incitament för producenterna att hänvisa sina kunder till landskapets affärsverk, och till denna del motsvarar problemet i viss mån det nuvarande problemet med kommuner och sjukvårdsdistrikt. Denna situation, som liknar allmänningens dilemma [2], kan i praktiken ta sig uttryck i ökande kostnader för den specialiserade sjukvården i fall som kunde ha skötts billigare på basnivå. Att producenter av direktvalstjänster utökar sitt utbud (och därmed sitt kostnadsansvar) till att omfatta tjänster på specialnivå dämpar problemet, men framhäver på det sätt som beskrivs ovan problemen t.ex. när det gäller inträde på marknaden och tendensen att plocka russinen ur kakan.

Kundens valfrihet i kombination med kapitationsersättning skapar ett av kapitationsersättningens storlek avhängigt incitament för producenterna att välja kunder på ett ofördelaktigt sätt (se Brown et al. 2014). Syftet med att på detta sätt plocka russinen ur kakan är att som kunder få personer som till sina egenskaper är lättare att vårda och behandla än genomsnittet: t.ex. kan en person med sunda levnadsvanor vara en billigare kund än genomsnittet, även om detta inte nödvändigtvis kan specificeras när det gäller kapitationsersättningen. Framför allt i Finlands institutionella kontext där de nuvarande privata aktörerna (hälsotjänster som köps av hushållen och företagshälsovård) har avsevärd information om sina befintliga kunder är denna risk betydande. Problemet förekommer i modeller där producenten eventuellt kan påverka hur kundpopulationen är sammansatt.

Om det utbud av tjänster som tillhandahålls av producenter av direktvalstjänster är litet, blir kapitationsersättningen till producenter nämligen måttlig. Incitamenten för ofördelaktigt urval av kunder, dvs. att plocka russinen ur kakan, blir förhållandevis små när utbudet av tjänster är litet. Allmänningens dilemma kan däremot vara större i detta fall. I takt med att utbudet av tjänster utvidgas ökar nivån av kapitation. Incitamenten att plocka russinen ur kakan kan då också öka, även om allmänningens dilemma minskar. Även om utbudet av direktvalstjänster inte är betydande, kan incitamenten för producenterna att bedriva ofördelaktigt urval öka, om producenterna förväntar sig att innehållet i direktvalstjänsterna ökar.

När det gäller tendensen att plocka russinen ur kakan är det avgörande att man lyckas med att fastställa behovskoefficienterna och öppna marknaden. Om tjänsteproducenterna får en rättvis ersättning för varje kund, är incitamenten för tjänsteproducenterna att välja sina kunder små. I praktiken kan man med hjälp av behovskoefficienterna dock förklara en mycket liten del av variationen i kostnader (t.ex. Vaalavuo et al. 2013). Dessutom kan de åldersrelaterade behovskoefficienterna avvika avsevärt från andra behovskoefficienter när det gäller mun- och tandvården. Med tanke på rättvisa och ofördelaktigt urval vore det ändamålsenligt att Institutet för hälsa och välfärd fastställer separata nationella viktkoefficienter för mun- och tandvården.

Incitamenten att plocka russinen ur kakan kan anses öka i takt med att kapitationsersättningen ökar, eftersom en större kapitationsersättning innebär större kostnadsvarians i euro. Aktörer med bättre information kan få tillfälle att välja kunder på ett ofördelaktigt sätt. Till exempel producenter av företagshälsovård eller privata sjukvårdstjänster kan ha relevant information med tanke på urvalet av kunder, t.ex. information om kundernas levnadsvanor. Detta är mer detaljerad information än

[2] Med allmänningens dilemma avses en situation där en gemensam resurs överutnyttjas i parternas strävan efter egen vinning. I detta sammanhang kan man säga att producenterna när de minimerar sina egna kostnader har ett incitament att försöka hänvisa kunder till den specialiserade sjukvården. Detta ökar de totala kostnaderna för systemet, men förbättrar resultatet för producenterna av direktvalstjänster.

den information som används vid fastställandet av behovskoefficienter. Enligt övergångsbestämmelserna anvisas kunder som när marknaden öppnas inte själva väljer producent den producent som är mest tillgänglig. I praktiken innebär detta ofta den närmaste producenten. Detta orsakar klara incitament för producenten att överväga att placera sitt verksamhetsställe på ett sätt som gör det möjligt att plocka russinen ur kakan.

Ofördelaktigt urval av kunder kan orsaka särskilda problem i samverkan med andra delar av systemet. Framför allt producenternas förmåga att uppge sitt maximala kundantal (utan krav på anpassning av produktionen) innebär att producenter som skaffat sig en bra kundpopulation i praktiken kan stänga dörren för andra kunder, vilket kan begränsa kundernas valfrihet avsevärt. Genom denna mekanism kan det uppstå en segregerad marknad där nya aktörer har mindre krävande kundpopulationer och nuvarande aktörer har mer krävande kundpopulationer (se Vehko 2016 som behandlar kunder vid hälsocentraler, som för närvarande i avsevärd utsträckning är långtidssjuka). Om producenterna på ett sätt som med tanke på helheten är ofördelaktigt kan välja kunder och göra marknaden stelare med hjälp av begränsningar av maximiantalet kunder, kan man gå miste om de positiva effekterna av konkurrensen.

I värsta fall är en segregering av marknaden förknippad med betydande kostnadsrisker. Om man till följd av eventuellt ofördelaktigt urval av kunder tvingas öka kapitationsersättningarna till de aktörer som producerar tjänster för de mest krävande kunderna, syns en del av denna effekt också i en ökning av ersättningarna till producenter av tjänster för mindre krävande kundgrupper. Låg kundrörlighet i kombination med producenternas potentiella förmåga att påverka och begränsa sin kundpopulation innebär att marknadens inledningsfas är av speciellt stor vikt för marknadens utveckling. Att i enlighet med övergångsbestämmelserna anvisa kunder som inte gör ett val till den social- och hälsocentral och mun- och tandvårdsenhet som är bäst tillgänglig för kunden kan ge producenterna tillfälle att välja kunder på ett ofördelaktigt sätt t.ex. genom att manipulera verksamhetsställets läge.

4.3.5 Konsekvenser för hushållens ställning och ekonomi

Valfrihetsmodellen inverkar på hushållens ställning på två sätt: Modellen har konsekvenser dels i inledningsfasen, dels på längre sikt. I inledningsfasen kan det ske förändringar i hushållens relativa ställning. Hushåll som använder tjänster inom företagshälsovården eller privata tjänster deltar via beskattningen också i finansieringen av primärvårdstjänster i nuvarande form. I och med valfrihetsmodellen kan dessa personer fortsätta som kunder hos sin nuvarande tjänsteproducent, med den skillnaden att den nuvarande producenten kan lista sig som producent av direktvalstjänster och därmed få kapitationsersättning för dessa kunder. Som en samlad effekt av sådana situationer och slopandet av ersättningar för privat vård kan vårdresurser överföras från användare av de nuvarande offentligt finansierade tjänsterna till andra användare. Denna effekt beror på fördelningen av kunder när marknadens öppnas och kan öka hälsoskillnaderna.

Valfrihetsmodellen leder till strukturella ändringar i produktionen av hälsotjänster. Vid konkurrens på marknadsmässiga villkor lockar tättbefolkade tätorter sannolikt producenter mer än glesbefolkade områden. På så sätt kan kundernas valfrihet i tätorter bli större än i glesbygden. Å andra sidan är antalet producenter som ryms i glesbefolkade områden också begränsat ur kapacitetsperspektiv: på grund av verksamhetens art ryms det inte så många aktörer i glesbefolkade områden, och vissa områden kan till invånarantalet likna områden där naturliga monopol är sannolika. Landskapets förmåga att fastställa incitamenten för finansiering till producenterna på ett

sätt som också lämpar sig för glesbygden inverkar centralt på utbudet av tjänster som omfattas av valfrihet.

4.4 Konsekvenser för informationssamhället

Det bristfälliga kunskapsunderlaget och behoven av att utveckla informationssystemen utgör en risk för ett snabbt genomförande av valfrihetsmodellen

- En stor utmaning för genomförandet av valfrihetssystemet är att de informationssystem och det kunskapsunderlag som behövs är bristfälliga och splittrade, särskilt i det skede då reformen inleds.
- Utvecklingen av informationssystemen måste synkroniseras med tidtabellen för genomförandet av valfrihetssystemet.
- När valfrihetssystemet införs behöver kunderna mångsidig information som stöd för sina val. Information behövs också på nationell nivå och landskapsnivå som stöd för organisering, styrning och uppföljning av systemet samt tillsyn. Det måste vara möjligt att erbjuda information som är särskilt anpassad för varje ändamål.
- Genomförandet av de IKT-projekt som behövs för valfrihetssystemet kräver nationell styrning, tydligare ansvarsfördelning med anknytning till genomförandet samt kontrollerade framsteg.
- Betydande finansiering krävs för att genomföra IKT-projekten och stärka kunskapsbasen.
- Det är också viktigt att säkerställa möjligheten att använda de enhetliga lösningar för informationssystem som integrationen av tjänster kräver i den serviceproduktion som omfattas av landskapens ansvar för att ordna tjänster. Kraven på informationssystemen får inte heller utgöra hinder för små och medelstora företags möjligheter att producera tjänster.

Allmänt

Ett av social- och hälsovårdsreformens viktigaste mål är en så fullständig integration som möjligt av informationen, vilket är absolut nödvändigt med tanke på en kundorienterad integration av tjänsterna. För att uppnå målen för reformen av social- och hälsovården och valfriheten krävs avsevärd nationella satsningar på att utveckla datalager och informationssystem, IKT-infrastrukturen och IKT-färdigheterna. Dessa insatser stöder samordningen av social- och hälsotjänsterna och tillgången till information i systemet med en mångproducentmodell, medborgarnas valfrihet samt den aktuella styrningen av verksamheten, utvecklingen och användningen av digitala kundtjänster.

Enligt social- och hälsovårdsministeriets strategi för elektronisk informationshantering (Utnyttja social- och hälsovårdsinformationen) kan de största besparingarna göras inom social- och hälsovården genom att ändra verksamhetsprocesser och utnyttja speciellt de elektroniska tjänsterna. Ett exempel på detta är de system för verksamhetsstyrning, mobillösningar och tjänster för egenvård som redan nu används. Social- och hälsovårdsreformen förväntas ge positiva resultat i form av en dämpad kostnadsökning genom att utnyttja informations- och kommunikationsteknik samt utveckla verksamheten genom digitalisering, men detta kräver investeringar.

Erfarenheter av tidigare reformprojekt har visat att de önskade verkningarna uppnås endast som ett resultat av utveckling på lång sikt av verksamheten och systemen som stöder den. Utifrån tidigare erfarenheter kan man göra bedömningen att den nytta för verksamheten som kan uppnås med hjälp av informations- och kommunikationsteknik förverkligas först cirka 5–10 år efter att reformen genomförts. Enligt utkastet till valfrihetslag skall landskapet överföra produktionsansvaret för direktvalstjänster till social- och hälsocentralerna senast den 1 januari 2021. De nya informationssystemen kan börja utvecklas först när lagstiftningen som gäller dem har stadfästs och finansiering har beviljats, det vill säga först i slutet av 2017. För att valfrihetsreformen ska lyckas

måste utvecklingen av informationssystemen och integrationen av de befintliga systemen inledas omedelbart. Detta kräver nationell styrning, ett snabbt förtydligande av ansvarsfördelningen samt ett kontrollerat genomförande av informationssystemen.

Inverkan på landskapets behov av informationssystem

Ett landskap är registeransvarigt när det gäller klient- och patienthandlingar som uppkommer i verksamhet som omfattas av dess ansvar för att ordna social- och hälsovård. Utöver samordningen av informationsförvaltningen på nationell nivå och lagstiftningen som gäller Kanta ska landskapet också komma överens om samordning av behandlingen av klient- och patientuppgifter samt fastställa den regionala övergripande arkitekturen inom sitt samarbetsområde. Samordningen av behandlingen av klient- och patientuppgifter sker i praktiken genom de kriterier som fastställts för tjänsteproducenterna i lagstiftningen, de nationella informationssystemstjänsterna och avtal som ingåtts mellan landskapet och tjänsteproducenterna. I lagutkastet nämns inte direkt hur landskapet i praktiken styr tjänsteproducenterna i frågor som berör informationssystemen.

Landskapet får den information som behövs för planering av verksamheten och styrning från tjänsteproducenterna genom att använda modern kommunikationsteknik, om systemen är kompatibla. För att producera informationen behövs dessutom riksomfattande, gemensamt fastställda kriterier. Landskapet behöver informationssystem och tillräcklig planering för att behandla den information som beskriver dess verksamhet. Det finns ett stor behov av behandling av information angående verksamhetsstyrning och ekonomiförvaltning samt utveckling av informationssystem och datastrukturer. I vilken mål landskapsförvaltningens behov av informationssystem kan tillgodoses med gemensamma internationella lösningar klarnar först i samband med verkställandet. Alla system som behövs finns inte för närvarande och kommer inte heller att vara klara när landskapens inleder sin verksamhet. Det kommer att ta tid och kräva investeringar antingen på landskapsnivå eller nationellt att utveckla och införa systemen. Landskapets uppgift att ordna kräver att informationssystem som behövs för ledning och styrning införs. Vissa kommuner använder redan motsvarande system. Tjänsteproduktionen och behandlingen av klientuppgifter i serviceprocessen torde i inledningsfasen kunna förverkligas med de nuvarande systemen, men också dessa systems utveckling och integration måste säkerställas utan att orsaka oändamålsenlig splittring.

Utbetalning av ersättningar till tjänsteproducenterna med anknytning till valfrihetsmodellen

Valfrihetsmodellen medför flera nya informationsförvaltningsuppgifter exempelvis med anknytning till hanteringen, uppföljningen av producenterna och kvalitetsbedömningen samt utbetalningen av ersättningar till tjänsteproducenterna. I lagutkastet föreslås att Folkpensionsanstalten sköter utbetalningen av ersättningar med anknytning till valfrihetsmodellen till tjänsteproducenterna. I praktiken innebär det att Folkpensionsanstalten utvecklar ett datalager med den information som landskapen behöver. Det är viktigt att säkerställa att landskapen har tillgång till denna information i sin verksamhet. Folkpensionsanstaltens roll har motiverats med att anstalten på grund av sitt ansvar för systemet med sjukförsäkringsersättningar redan använder riksomfattande betalningssystem och har omfattande kontakter med tjänsteproducenter inom den privata sektorn. I samband med bedömningen av modellen för genomförande av betalningssystemen och ansvarsfördelningen ska man beakta skillnaderna mellan det valfrihetsmodellen och det nuvarande sjukförsäkringssystemet samt de krav på utveckling av informationssystemlösningarna som dessa medför. Modellen för ersättning som betalas till producenterna skiljer sig från det nuvarande sjukförsäkringssystemet

exempelvis i fråga om direktvalstjänster. Man planerar också att ge land skapen möjlighet att fastställa nivån på och sammansättningen av den ersättning som betalas till producenterna inom ramen för lagstiftningen och den nationella styrningen. Genomförandet avviker i denna bemärkelse avsevärt från det nuvarande sjukförsäkringssystemet.

Utöver Folkpensionsanstaltens system ska man i samband med bedömningen av alternativen för genomförande även beakta i vilken mån de informationssystem som för närvarande används av kommuner och samkommuner i administrationen av servicesedlar och köpta tjänster kan utnyttjas samt på vilka sätt de måste utvecklas särskilt med tanke på modellerna med kundsedel och personlig budget. Ansvarsfördelningen mellan Folkpensionsanstalten, landskapen och andra aktörer med anknytning till de informationssyste m som behövs för utbetalning och hur de förverkligas ska preciseras avsevärt utifrån en utvärdering innan lösningarna tas i bruk.

Man ska också precisera landskapens servicecenter för ekonomi- och personalförvaltning samt IKT-servicecentrets roll och arb etsfördelningen i fråga om de lösningar som krävs för att genomföra valfrihetsmodellen.

Registrering av klient- och patientuppgifter samt hantering av uppgifterna

Lagen om ordnandet av social - och hälsovården ger landskapet uppgiften och ansvaret som registerförare. Sannolikt kan frågor kring registerföring samt fysisk administration och behandling av information inte lösas endast genom att ge landskapen ansvaret för registerföringen. Övergången till modellen i valfrihetlagstiftningen, där ett stort anta l tjänsteproducerande bolag med olika relationer sinsemellan och till verksamhetsställena vid landskapets affärsverk, gör situationen till en utmaning. Den administrativa registerföraren och producenterna, i vars verksamhet klient - och patientuppgifterna u ppkommer och används, är helt separata organisationer. Landskapet behöver information om enskilda patienter och kunder, bland annat för uppföljning av verksamheten och utbetalning av ersättningar till producenterna. Lösningar som tjänar detta syfte måste u tvecklas inom landskapens verksamhet. Än har ingen lösning presenterats för genomförandet av en informationshanteringstjänst för valfriheten. Eftersom informationen behandlas separat från behandlingen av patientuppgifter är det viktigt att behandlingen av informationen förverkligas på ett sätt som är tillräckligt noggrant reglerat och säkert följer dataskyddsbestämmelserna.

Konsekvenser för medborgarnas eller företagens dataskydd eller informationssäkerhet?

Den ökade användningen av nationella elektroniska tjänster (Kanta), införandet av den privata sektorn i tjänsterna i etapper och bland annat den planerade PHR -modellen (personal health record) förbättrar dataskyddet och informationssäkerheten och ökar inte grationen inom hanteringen av klientuppgifter, oberoende av social- och hälsovårdsreformen. EU:s dataskyddsförordning, som ska tillämpas från och med vården 2018, ställer krav på dataskyddet och informationssäkerheten, vilken i dessa avseenden stöder valfriheten. Den arbetsgrupp (JM) som behandlar dataskyddsförordningens inverkan på den nationella regleringen har ännu inte slutfört sitt arbete, men till förordningen hör nya och ansenliga sanktioner för den som bryter mot förordningen, vilket uppmuntrar till att ge dataskyddet och informationssäkerheten ändamålsenlig uppmärksamhet. Till lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social - och hälsovården (159/2007) lades redan 2014 mycket omfattande bestämmelser om hur uppgifter inom social - och hä lsovården ska behandlas på ett säkert sätt. Dessa gäller informationsbehandling i större omfattning än endast med anknytning till

tjänsterna i Kanta. Organisationer inom social - och hälsovården ska bland annat alltid ha utsett en dataskyddsansvarig.

Krav på organisationen

Styrningen och uppföljningen av vård - och servicekedjorna inom mångproducentmodellen samt samarbetet mellan producenterna kräver ett smidigt informationsutbyte och en gemensam syn på kundens situation i sin helhet. Detta är en förutsätt ning för att landskapet ska kunna axla det ansvar för samordnandet av servicen enligt förslaget (15 § i lagen om ordnandet av social - och hälsovården). Nya verktyg, såsom en vård - och serviceplan för kunden som är gemensam för alla aktörer, kommer att vara viktiga, men tar tid att utveckla och ta i bruk. Nationella informationssystemtjänster såsom tjänsterna i Kanta och den nationella servicekanalen spelar en viktig roll, men räcker inte i sig till att garantera ett omfattande informationsutbyte i synnerhet på organisatörens nivå.

För närvarande använder de framtida landskapen redan regionala patientdatasystem som täcker hela landskapet och har satsat stort på utvecklingen av systemen. Om lagstiftningen inte möjliggör användningen av gemensamma regionala kl ient- och patientdatasystem mellan landskapet och de tjänsteproducenter som omfattas av valfriheten, medför detta betydande risker för totalkostnaderna. Kostnaderna för att ”frigöra” behandlingen av klient - och patientuppgifter inom verksamheten som ska bo lagiseras beräknas vara avsevärda. Om landskapet inte kan erbjuda producenter av direktvalstjänster enhetliga lösningar ens i de fall där producenterna inte har möjlighet att på egen hand och på ett kostnadseffektivt sätt ordna dessa, kan problemet dessutom utgöra ett hinder särskilt för små och medelstora företag och producenter inom den tredje sektorn att blir tjänsteproducenter.

Konsekvenser för kunderna

Enligt utkastet till lag om kundens valfrihet inom social - och hälsovården ska en kund via informationshanteringstjänsten eller skriftligt meddela det landskap där hen är bosatt om sitt val av social- och hälsocentral, mun - och tandvårdsenhet samt verksamhetsställe vid landskapets affärsverk. Enligt förslaget ska anmälan göras elektroniskt via det medbo rgargränssnitt (Mina Kanta-sidorna) som administreras av Folkpensionsanstalten. Det gör uppgiften lätt för personer som är vana att använda tjänsterna i Kanta. Användningen av de elektroniska tjänsterna ökar hela tiden och för närvarande används Mina Kanta-sidorna av mer än 425 000 personer varje månad.

I utkastet till lag om kundens valfrihet inom social - och hälsovården föreslås också att man genomför så kallade nationella informationshanteringstjänster för valfriheten, där en kund kan hitta information om tjänsteproducenter som kan väljas, tjänster som erbjuds och detaljer angående tjänsternas innehåll, samt information om väntetiderna för tjänsterna. Informationshanteringstjänsterna för valfriheten ska fungera smidigt så att de ur en användares perspektiv utgör en enhetlig tjänst, exempelvis så att användaren inte behöver logga in eller mata in sina uppgifter angående val i flera olika system. Utgångsläget är att ansvaret för informationssystemtjänsterna med anknytning till registrering, publicering och jämförelse av tjänsteproducenter och tjänster är splittrat mellan bland annat Valvira, Institutet för hälsa och välfärd, Folkpensionsanstalten och befolkningsregistercentralen. När valfrihetssystemet införs kommer utformandet av ett övergripande informati onssystem, informationen till medborgarna och anvisningarna för hur de nya systemen används till att göra val att vara en utmaning, bland annat på grund av att informationssystemlösningarna för närvarande är splittrade och på grund av det måste

ansvarsfördelningen och metoderna snabbt förtydligas och tillräckliga resurser reserveras för genomförandet. Enligt valfrihetsbestämmelserna är myndigheterna också skyldiga att ta emot och erbjuda information på annat sätt om kunden så önskar, vilket också tar upp personalens tid.

För att medborgarnas valfrihet ska förverkligas enligt förslaget till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården behövs en avsevärd förbättring av den information som erbjuds som stöd för valet jämfört med nuläget. Bland annat behövs indikatorer som beskriver tjänsternas kvalitet och innehåll. Mätning av tjänsternas kvalitet som grundar sig på kundens subjektiva upplevelser, till exempel kundrespons, är en komplicerad process. Det kan vara svårt att rikta responsen rätt i en serviceprocess som genomförs på olika sätt, vilket kan kräva att användaren av tjänsterna är väl insatt i processen.

Valfriheten torde främja utbredningen av digitala tjänster, eftersom en del av kunderna vill använda de elektroniska tjänsterna till att få me ra service. Finländarna har goda färdigheter i användningen av IT -applikationer och är aktiva användare. För att valfriheten faktiskt ska förverkligas krävs emellertid också tillräckliga kognitiva och andra färdigheter, förmåga och vilja att fastställa egn a livsstrategier och mål samt bedöma tjänsteproducenter och fatta beslut.

Mångfalden av tjänster kan också i praktiken utgöra ett hinder med tanke på hur en medborgare i verkligheten klarar av att använda de elektroniska tjänster som är avsedda att stöda valfriheten. Tekniskt möjlig innebär inte nödvändigtvis en ur kundens perspektiv användbar elektronisk tjänst som stöder kunden i beslutsprocessen och valet.

Digitala tjänster för medborgarna

Det av social - och hälsovårdsministeriet stödda projektet Egen vård och digitala mervärdestjänster (ODA) en ny typ av digital verksamhetsmodell för basservicen inom social - och hälsovården. Modellen kommer att utgöra stommen för de elektroniska välfärdstjänster som ska erbjudas medborgarna. Parallellt med projektet Eg envård och digitala mervärdestjänster genomförs också andra relaterade projekt, såsom möjligheten att spara sina egna hälsouppgifter som en del av Folkpensionsanstaltens nationella tjänst Mina Kanta -sidor samt universitetssjukhusens projekt med virtuella s jukhus. Projekten genomförs på båda nationalspråken samt i tillämpliga delar även på andra språk som talas i Finland.

Uppskattning av kostnaderna för informationshantering och IKT samt tidtabell för genomförandet

Den uppdatering av informations - och kommunikationstekniken samt den digitalisering som valfrihetsmodellen och den tillhörande bolagiseringen av tjänsteproduktionen kräver medför avsevärda kostnader för social - och hälsovårdens offentliga och privata aktör er, landskapen och staten. I det inledande skedet av reformen medför bland annat omorganiseringen av förvaltningen, harmoniseringen av lönerna och uppdateringen av informationssystemen stora kostnader. Dessa kostnader beräknas infalla huvudsakligen åren 20 17–2020. De kostnader för informationshantering och IKT som reformen medför kan indelas i kostnader för att säkerställa kontinuiteten och kostnader för investeringar som stöder utvecklingen av verksamheten. För att styra de ofrånkomliga kostnaderna för reformen är det viktigt att man bedömer i vilken omfattning de informationssystem som i utgångsläget används av nationella aktörer, såsom Folkpensionsanstalten samt kommuner och samkommuner, exempelvis systemlösningar för förvaltning av servicesedlar, kan vidareutvecklas så

att de uppfyller kraven enligt valfrihetsmodellen. Denna bedömning ska göras innan beslut om nya informationssystemlösningar fattas.

Utöver kostnaderna måste man också beakta att minst 2 –3 år behövs för att genomföra de ändringar av informationssystemen som valfrihetssystemet kräver, efter att detaljerna kring valfrihetsmodellen har preciserats. Detta gäller såväl informationssystem som redan används som de nya lösningar som behövs i samband med reformen. På grund av detta är det även viktigt – för att man ska kunna genomföra informationssystemlösningarna på ett kontrollerat sätt – att tillräckligt med tid reserveras för genomförandet, så att man hinner försäkra sig om att lösningarna fungerar i en begränsad miljö innan systemen införs i större skala.

4.5 Konsekvenser för människorna

4.5.1 Konsekvenser för kunder och patienter inom social- och hälsovården

Kundernas valfrihet ökar

- Kundernas valfrihet ökar när valfriheten som omfattar hela landet utvidgas jämfört med den nuvarande och rätten att välja tjänsteproducent samt på vissa villkor en yrkesutbildad person även börjar omfatta socialvården.
- Ibruktagandet av en personlig budget stärker kundernas självbestämmanderätt om tillräckligt stöd erbjuds för användningen av budgeten.
- Tjänsteanvändarnas ställning ändrar så att de inte längre är mottagare av tjänster utan konsumenter som förutsätts vara aktiva.
- Tillgången till tjänster och klientorienteringen kan förbättras genom producenternas incitament.
- Kunden kan särskilt i början uppleva systemet komplicerat och alla kunder har inte vilja eller förmåga att välja en lämplig tjänsteproducent åt sig.
- Eftersom arbetet för att utveckla de informationssystem som behövs endast har påbörjats är det särskilt i början svårt att få information om tillgängliga alternativ.
- Ibruktagandet av systemet kräver omfattande kommunikation, introduktion till kunderna och servicehandledning.
- Invånarnas jämlikhet kan bli lidande då alla landskap inte har lika förutsättningar att trygga kundernas valfrihet.
- Flerproducentmodellen kan försvåra integrationen av social- och hälsovårdstjänster ur kundens synvinkel.

Övergången till valfrihetsmodellen innebär en djupgående förändring av både servicesystemet och tjänsteanvändarnas ställning. Ett mer kundorienterat system har betraktats som en viktig grund för att öka kundens valfrihet: det anses sannolikt att delaktigheten och ansvaret för den egna hälsan och välfärden ökar och självbestämmanderätten stärks när kunderna själva kan välja vem som producerar de tjänster de behöver. Detta kan leda till att kunden är nöjdare och mer engagerad. Alla kan eller vill dock inte välja sina tjänster och de som väljer handlar inte nödvändigtvis rationellt. Systemet måste därför innefatta tillräckliga hjälpmedel för att lösa sådana situationer, till exempel information och stöd för beslutsfattandet.

I reformen är det betydande att valfriheten som omfattar hela landet (direktvalstjänster, verksamhetsställe för landskapets affärsverk) utvidgas jämfört med nuläget i synnerhet beträffande socialtjänsterna. Även kundens möjlighet att välja vilken yrkesutbildad person som betjänar honom eller henne utvidgas i den utsträckning det är möjligt även till socialvården. Ibruktagandet av en personlig budget kan på ett betydande sätt stärka kundernas självbestämmanderätt eftersom kunden med hjälp av en personlig budget kan påverka valet av tjänsteproducent men även tjänsternas innehåll.

Det finns än så länge mycket litet forskningsdata i Finland om hur valfriheten påverkar människornas välfärd och servicesystemets funktion (Junnila et al. 2016.) Förutom det val som hälso- och sjukvårdslagen och servicesedeln möjliggör har man i Finland provat personliga budgetar särskilt i tjänsterna för personer med funktionsnedsättning och äldre personer. Erfarenheterna har i huvudsak varit positiva. De personliga budgetarna har konstaterats förbättra kundens ställning, särskilt när självbestämmanderätten ha r ökat (t.ex. Ahlstén et al. 2014). Å andra sidan finns det forskningsresultat som visar att till exempel hemvårdsklienternas svaga handlingsförmåga verkar lämpa sig dåligt för valfrihetssystemet (Kuusinen -James 2016). I Sverige har valfrihetssystemet förb ättrat möjligheterna att få vård och ökat användningen av tjänsterna (Riksrevisionsverket 2014).

Jämlikhet

Tillgången till basservice kan förbättras, men regionala skillnader förekommer även i fortsättningen

- Kunderna får med all sannolikhet snabbare tillgång till direktvalstjänster.
- Skillnaderna i landskapens befolknings- och samhällsstruktur kan göra det svårare att nå målet om jämlikhet. Utbudet av tjänster ökar sannolikt i stora bosättningscentrum, men i glest bebyggda områden ökar utbudet nödvändigtvis inte. Således förverkligas inte en lika tillgång till valfrihet och snabbare tillgång till vård beträffande tjänster på basnivå.
- Med tanke på jämlikhet mellan olika befolkningsgrupper är det avgörande hur grunderna för ersättning till tjänsteproducenterna fastställs och hurdana bestämmelserna och förfaringssätten beträffande kundregistreringen är, eftersom de styr tjänsteproducenternas verksamhet.
- Systemet får inte uppmuntra till en ofördelaktig gallring av kunder. Personer i svagare ställning bör stödjas i sina val och befolkningen bör ha tillräcklig tillgång till avgiftsfria rådgivnings- och handledningstjänster som beaktar olika befolkningsgruppers behov.

Ur tjänsteanvändarens synvinkel är det viktigt att tjänster som behövs ofta är tillgänglig a nära och enkelt. Tjänster som behövs mer sällan kan däremot finnas längre bort, särskilt om en centralisering säkerställer kvaliteten på tjänsterna. Med valfrihetsmodellen är målet att förbättra tillgången till basservice som utnyttjas ofta och servicens tillgänglighet. Vid övergången till denna modell får kunderna med all sannolikhet snabbare tillgång till direktvalstjänster. På grund av att landskapens befolknings- och samhällsstruktur är olika kan ett jämlikt uppnående av målet dock försvåras.

Ändringen ökar sannolikt tjänsteutbudet åtminstone i befolkningstäta områden och förbättrar således tillgången till tjänster. I glest bebyggda områden ökar utbudet dock nödvändigtvis inte. Reformens konsekvenser för kundernas valmöjligheter kan alltså i ve rkligheten vara olika. Fördelarna med reformen, till exempel snabbare tillgång än tidigare till tjänster på basnivå, är således regionalt något ojämnt fördelade. I Sverige var ca 40 procent av tjänsteproduktionen inom valfrihetssystemet i hela landet priva t. I Stockholmsregionen utgjorde den privata serviceproduktionen ca 60 procent och i områden som hör till de nordligaste landstingen 20 procent.

Med tanke på jämlikhet mellan olika befolkningsgrupper blir principerna för ersättningar som betalas till tjänsteproducenterna samt bestämmelserna och förfaringssätten beträffande kundregistrering avgörande. Det är viktigt att systemet inte uppmuntrar till skadlig gallring av kunder *(tendensen att plocka russinen ur kakan)*. Särskilt när modellen tas i bruk och de första registreringarna görs finns det en risk för att snabba och kunniga personer har de bästa möjligheterna att välja den tjänsteproducent de vi ll ha. Detta kan förhindras genom att säkerställa

att systemet innefattar garantier för att även personer i svagare ställning får hjälp med att välja. Förutom enskilt val av kunder kan det också uppstå val av områden. I Sverige uppstod det nytt utbud särskilt i områden där befolkningstätheten var stor och behovet av tjänster och sjukfrekvensen ringa samt där befolkningens socioekonomiska ställning var hög (Riksrevisionsverket 2014). Konsekvenser av detta slag kan förhindras om landskapet kan styra placering en av tjänster genom avtal.

Ojämlikheten kan öka om producenten av direktvalstjänster kan tillhandahålla tilläggstjänster mot en separat avgift. En del av dem som använder tjänsterna kan köpa tilläggstjänster, men till exempel av ekonomiska orsaker har a lla inte denna möjlighet. Tjänsteproducenten kan då bli motiverad att endast locka personer som kan köpa tilläggstjänster som kunder och styra tjänsteanvändarna till sina avgiftsbelagda tilläggstjänster eller företagshälsovårdstjänster som tjänsteproducenten producerar.

När tilläggstjänster tillhandahålls framhävs dissymmetrin mellan tjänsteproducenten och kunden, eftersom kunden ofta har begränsade möjligheter att bedöma det verkliga behovet av de tillgängliga tilläggstjänsterna. Risken är att det erbju ds för mycket tjänster. Detta kan utgöra en ny väg till bristande jämlikhet och leda till att kundens betalningsförmåga utgör en viktigare princip än behovet för att få tillgång till tjänsten. I detta fall styr inte jämlikhet och opartiskhet längre användningen av offentligt finansierade tjänster och tjänsteproducenten kan börja gynna betalande kunder. Om tillgången till service begränsas eller om klientavgifterna höjs kan tilläggstjänsten till och med bli företagets viktigaste produkt.

För att systemet sk a fungera måste kunden för att kunna göra valet ha tillgång till tillräckligt med förståelig information om olika tjänsteleverantörers tjänster och om kvaliteten på tjänsterna samt även få stöd för att göra valet. Nödvändig information är inte tillgänglig åtminstone genast när valfriheten börjar förverkligas, eftersom utvecklingen av de nödvändiga informationssystemen endast har påbörjats. Även i fortsättningen kommer det att vara en utmanande uppgift att samla in och förvalta ett informationsunderlag.

Alla kunder har inte heller vilja eller förmåga att välja den tjänsteproducent som är lämpligast för dem. Därför bör de få tillräckligt med stöd för att kunna göra valet. För att jämlika val ska kunna göras krävs effektiv kundhandledning, rådgivning samt omf attande och lättförståelig information om olika alternativ. För att även kundgrupper som är i en svag ställning ska kunna utnyttja sin frihet att välja är det i valsituationerna viktigt att säkerställa att behovet av stött beslutsfattande identifieras och att stöd är tillgängligt. Servicehandledarens roll och kunnande vid förhandlingar om kundens servicebehov blir avgörande, eftersom servicehandledarens kunskap om de tillgängliga tjänsterna i praktiken bestämmer och begränsar kundens behov och hur dessa til lgodoses (Kuusinen-James 2016). Därför ska det fästas särskild uppmärksamhet vid servicehandledarnas utbildning, kompetens och handledning.

Valfriheten kan bäst utnyttjas av en person vars hälsotillstånd och handlingsförmåga tillåter att personen själv s öker information och som har tillräckliga resurser att utifrån denna kunskap analysera och hantera de egna samlade tjänsterna. Ju sjukare personen är och ju svagare personens handlingsförmåga är, till exempel en person med missbruksproblem eller psykiska p roblem, desto svårare är det för personen att göra valet. Mieli -programmets styrgrupp har identifierat utmaningar som är förknippade med klienternas ställning inom missbrukarrehabilitering och psykisk rehabilitering och bedömt att det i samband med tjänste användarnas ökade valfrihet bör tas i bruk

metoder som ökar jämlikhet för att stödja de personer som har en svag förmåga, vilja eller möjlighet att välja.

De svenska resultaten visar en positiv korrelation mellan utnyttjandet av valfrihet och både höga inkomster och utbildning (Beckman and Anell 2013, Winblad et al 2012). Å andra sidan observerades även en likadan korrelation med hög ålder (över 64 år) (Beckman and Anell 2013). Även om valfrihetssystemet i Sverige allt som allt ökade användningen av tjäns ter som omfattas av systemet ökade användningen allra minst bland personer med psykiska problem och en begränsande kronisk sjukdom (Agerholm et al. 2015).

För att jämlikhet ska förverkligas krävs att tjänsteproducenternas ersättningssystem styr verksamheten på så sätt att befolkningen har en tillräcklig tillgång till avgiftsfria rådgivnings - och handledningstjänster och att klientavgifterna för alla offentligt finansierade tjänster är rimliga. Till exempel beträffande kundsedeln är risken dock en situation där självrisken blir alltför stor för lågavlönade. Lågavlönade personers ställning försvagas och utkomststödsutgifterna ökar om klientavgifterna stiger jämfört med de nuvarande. Detta skulle ytterligare öka ojämlikheten och välfärds- och hälsoskillnaderna.

För att valet ska förverkligas krävs stöd även av en fungerande kollektivtrafik och ersättning för resekostnader så att kunderna verkligen har tillgång till alternativa tjänster.

Valfrihetsmodellen kan uppmuntra tjänsteproducenterna att prod ucera olika slags tjänster alltefter användarnas behov. Detta kan skapa förutsättningar för ökad jämlikhet till exempel på så sätt att olika minoritetsgruppers varierande språkliga och kulturella behov beaktas bättre än nu. Risken är dock en alltför långtg ående differentiering så att tjänstesystemet polariseras i tjänster för dem som klarar sig bra och tjänster för dem som klarar sig dåligt. Om ansvaret för den övergripande omvårdnaden av personer som behöver mycket tjänster överförs från direktvalstjänster till landskapets affärsverk ökar risken för att dessa människor, som redan i övrigt löper risk för utslagning, marginaliseras beträffande de normala tjänsterna. Landskapens kunnande inom organisering är viktigt samt hur och hurdana villkor de kan ställa u pp för tjänsteproducenterna och hur dessa villkor kan övervakas.

Integration av kundernas tjänster

I social - och hälsovårdsreformen är integrationen av tjänster å ena sidan ett mål som gäller tjänsternas kvalitet och användarnas ställning och erfarenhet som sådan och å andra sidan ett sätt att nå de allmännare målen som ställts upp för reformen, speciel lt att minska ökningen av social - och hälsovårdsutgifterna. Målet med tjänsteintegrationen är att förverkliga kundernas tjänster som kompletta helheter samt till dessa foga förebyggande åtgärder och interventioner med vilka välfärds- och hälsoskillnaderna kan utjämnas. Det finns bestämmelser om tjänsteintegration både i lagen om ordnande av social- och hälsovård och i valfrihetslagen.

1) Integration av en enskild kunds tjänster och information
Ur en enskild kunds synvinkel är det viktigt hur de samlade tjänster som landskapet fastställer, tjänstekedjan och tjänsteintegrationen förverkligas i kundens tjänster. En kundplan som grundar sig på en bedömning av servicebehovet är viktig i detta sammanh ang. Till upprättandet av en kundplan hör kundhandledning som också syftar till att främja kundens eget ansvarstagande och engagemang

i planen. Genom handledning får kunden vid behov också hjälp med att "navigera" i servicesystemet och göra motiverade val mellan olika alternativ.

En kundplan upprättas där det primära ansvaret för kundens tjänster ligger. För att genomföra integrationen bereds som bäst ändringar i bestämmelserna som gäller klient - och patientuppgifter. Till följd av ändringarna blir det bl.a. tekniskt möjligt att kunden har en kundplan som är tillgänglig för kunden samt för alla producenter av social- och hälsotjänster och anordnaren av tjänster. Arbetet för att fastställa den nationella strukturen på kundplanen har inletts och integreras i de nationella informationssystemstjänsterna och arkivet Kanta. Med deras hjälp säkerställs att alla producenter som hör till valfrihetssystemet använder den i sin verksamhet.

2) Fastställande av samlade tjänster och tjänstekedjor för enskilda kundgrupper
Enligt utkastet till lag om ordnande av social - och hälsovård är landskapen skyldiga att beskriva de samlade tjänsterna och tjänstekedjorna. Detta ger anordnaren ett redskap för att genomföra integrationen i kundgruppen. Samlade tjänster är en definiering a v de samlade tjänsterna för en viss kundgrupp, till exempel barn, unga och familjer. I denna helhet beaktas alla offentliga och privata tjänster på basnivå och specialnivå samt gränssnitten bl.a. till kommunens tjänster. Tjänstekedjan är en viss kundgrupps , till exempel höftprotespatienters, vårdkedja hemifrån och hem tillbaka med beaktande av alla offentliga och privata tjänster på basnivå, utvidgad basnivå och specialnivå.

Med avtal som ingås med producenter av direktvalstjänster kan landskapet specificera villkoren som gäller samlade tjänster och tjänstekedjor samt sammanjämkandet av tjänster. Landskapet kan också säga upp eller häva avtalet eller återkalla godkännandet av avtalet om villkoren inte följs. Det som blir avgörande är hur landskapet lyckas använda de redskap som lagen erbjuder för att säkerställa integrationen. I flerproducentmodellen är det utmanande att förverkliga integrationen eftersom tjänsteproduktionen inte direkt omfattas av landskapets administrativa styrning. Ännu mer utmanande blir det på grund av att det inte ens uppstår ett avtalsförhållande där villkoren för verksamheten kunde specificeras mellan landskapet och alla producenter (betalsedels - och kundsedelsproducenter och producenter av tjänster som skaffas med en personlig budget). För att förverkliga en kundorienterad integration i vårdhelheterna och tjänstekedjorna krävs att de noggrant fastställs av landskapen. Vidare krävs utvecklingssamarbete me d producenterna, avtalsstyrning och uppföljning samt intensivt samarbete mellan olika aktörer.

Det kan vara utmanande att genomföra integrationen

- Kundplanen är ett viktigt redskap för att genomföra tjänsteintegrationen, men genomförandet är till stor del beroende av olika aktörers samarbetsvilja och befintlig samarbetspraxis.
- För landskapet är genomförandet av integrationen utmanande i flerproducentmodellen, eftersom tjänsteproduktionen inte direkt styrs av landskapets förvaltning. För att integrationen ska genomföras i vårdhelheterna och tjänstekedjorna förutsätts att landskapet grundligt fastställer dessa. Vidare förutsätts utvecklingssamarbete med producenterna samt avtalsstyrning och uppföljning.
- Det är oklart hur integrationen av information förverkligas när systemet tas i bruk.

Uppmuntrar modellen till kundorienterad verksamhet?

Kundorienteringen kan i princip förväntas bli bättre när kunden får rätt att "välja med fötterna" och byta tjänsteproducent om servicen är dålig. Om systemet skulle fungera idealiskt skulle aktörer som tillhandahåller service som kunden upplever otillfreds ställande förr eller senare försvinna från marknaden och endast aktörer med kundorienterad verksamhet skulle finnas kvar. I praktiken beror

detta på om det i verkligheten finns ett tjänsteutbud i området som kunden kan välja mellan och om kunden har tillräckligt med information och resurser att utvärdera olika alternativ och byta en otillfredsställande tjänsteproducent. Dessutom måste man lägga märke till att kundernas förmåga och vilja att bedöma kvaliteten på tjänsterna och göra val utifrån bedömningen kan vara begränsad. Undersökningar visar också att kunderna ofta grundar sitt val på andra än kvalitetsrelaterade faktorer (Kuusinen-James 2016).

I direktvalstjänsterna betonas hälso- och sjukvårdstjänster. Om socialvårdstjänster och yrkeskompetens inom socialvården inte förverkligas i tillräcklig omfattning i direktvalstjänsterna finns det en risk för att man beträffande dessa tjänster inte kan identifiera kundens sociala problem (till exempel fattigdom, ensamhet eller lottlöshet) och därigenom inte erbjuder andra än hälsovårdens lösningar. Då socialvårdstjänsterna och yrkeskompetensen är nära anslutna till hälso- och sjukvårdstjänsterna för direktval kan man främja förebyggandet av problem och förhindra problemen från att förvärras. Samtidigt stärks tidigt stöd och hänvisning till tjänster. Detta förutsätter att kundbehoven identifieras grundligt och att arbetet som utförts vid verksamhetsstället för direktval ansluts till tjänsterna som tillhandahålls av landskapets affärsverk, tredje sektorn och områdets övriga tjänster. Överhuvudtaget förutsätts gott samarbete mellan olika aktörer.

I detta skede är det dock ännu omöjligt att bedöma hurdant tjänsteutbudet vid social- och hälsocentralen blir och hur kundernas ställning slutligen påverkas.

Konsekvenser för befolkningens hälsa och välfärd

Möjligheten till snabbare vård via direktvalstjänster inom social- och hälsovården kan förhindra att människornas problem hopar sig och även minska behovet av tjänster på specialnivå. Då socialvårdens handledning och rådgivning blir en del av direktvalstjänsten kan människor hänvisas även till exempel till organisationers kamratstöd och delaktiggörande verksamhet med låg tröskel, om det (ännu) inte finns ett behov av egentliga social- eller hälsotjänster eller om kunden också behöver annat stöd vid sidan om tjänsterna.

För att målen för social- och hälsovårdsreformen ska nås är det viktigt att få tjänsteproducenterna att binda sig till att beakta människors och familjers livssituationer på ett helhetsbetonat sätt. Detta kan försvåras av att familjerna inte alltid utnyttjar samma tjänsteproducents tjänster. Att redan 12-åriga barn självständigt kan välja tjänsteproducent stärker deras självbestämmanderätt, men det kan i detta fall bli besvärligt att beakta familjernas övergripande situation och identifiera ett eventuellt behov av stöd. Problem kan uppstå till exempel i anslutning till behovet av barnskydd, våld i nära relationer och identifiering av motsvarande problem när familjemedlemmarnas helhetssituation inte kan observeras.

Om man inte grundligt kan beakta främjandet av kundens (och dennes familjs) övergripande välfärd är risken att man med modellen förbättrar närmast sådana personers hälsa och välfärd som redan nu är i en bättre ställning. Konsekvenserna för människornas beteende, folksjukdomarnas riskfaktorer och förutsättningarna för välfärd och hälsa beror på i vilken mån landskapen kan styra producenterna och förplikta dem att samarbeta med andra aktörer.
I Sverige har man lagt märke till att ibruktagandet av systemet med valfrihet har lett till att antalet besök på mottagningarna för att få hjälp med mindre hälsoproblem har ökat. I fråga om allvarligare hälsoproblem har antalet besök inte ökat i lika höga grad. (Myndigheten för vårdanalys 2013, Riksrevisionsverket 2014). Orsaken till detta kan vara att det är lättare för tämligen friska personer

att utnyttja valfriheten. Med tanke på befolkningens hälsa och välfärd är det dock problematiskt om den ökade användningen gäller sådana problem som inte nödvändigtvis en s skulle kräva ett besök hos en yrkesutbildad person inom social - och hälsovården. Detta är särskilt problematiskt om till exempel vården av kroniska sjukdomar samtidigt försämras eller om identifieringen av personer med flera problem och hänvisningen till olika tjänster försvagas. Landskapen måste kunna följa situationen och styra invånarnas beslut att söka sig till mottagningarna samt producenternas verksamhet.

För att kunna främja välfärd på lång sikt krävs gemensamma informationsunderlag som uppstår i kundarbetet. Det är viktigt att enskilda problem inte löses endast på ett individuellt plan utan att aktörerna i systemet även binder sig att utveckla social - och hälsovårdspolitiken som helhet på landskaps- och riksnivå. Både landskapet och kommunerna an svarar för att främja hälsa och välfärd. Det är dock inte enkelt att garantera långsiktigt samarbete med kommunerna i en flerproducentmodell som alla, även privata aktörer, borde binda sig till.

En viktig del av denna diskussion är valfrihetsmodellens konsekvenser för medborgarnas möjligheter att delta och påverka i samhället (tryggande av demokratin vid utvecklingen av systemet, tjänsteanvändarnas möjligheter att påverka producenter, öppen inform ation om kvaliteten). Det är oklart hur mycket medborgaren slutligen kan påverka om en stor del av tjänsterna överförs till privata sektorn. Landskapslagen garanterar att invånarna kan påverka landskapets verksamhet, men den gäller inte bolags och sammansl utningars verksamhet. Bolagiseringen begränsar offentlighetsprincipen även om förvaltningslagen och offentlighetslagen tillämpas på företags och sammanslutningars verksamhet när de producerar valfrihetstjänster.

4.5.2 Språkliga rättigheter

De språkliga rättigheterna vid tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och rättssäkerheten

Regeringens proposition om kundens valfrihet inom social - och hälsovården måste bedömas framför allt med tanke på de grundläggande fri - och rättigheter som föreskrivs i 6, 17 och 19 § i grundlagen. En central fråga vid bedömningen av propositionen är också det allmännas skyldighet enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri - och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas t.ex. på grund av språk.
Enligt 17 § i grundlagen är Finlands nationalspråk finska och svenska. Dessutom ingår i grundlagen bestämmelser om de språklig a rättigheterna för samerna, romerna och de teckenspråkiga samt för personer som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings - eller översättningshjälp. Enligt 17 § 1 mom. i grundlagen ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i ege n sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag.

Enligt språklagen (423/2003) ska myndigheterna i sin verksamhet självmant se till att individens språkliga rättigheter förverkligas i praktiken. En tvåspråkig myndighet ska betjäna allmänheten på finska och svenska. Myndigheten ska både i sin service och i annan verksamhet utåt visa att den använder båda språken.

I 6 § i hälso - och sjukvårdslagen (1326/2010), 8 § i äldreomsorgslagen (980/2012) och 40 § i socialvårdslagen (710/1982) föreskrivs det om kommunernas och sjukvårdsdistriktens skyldighet att ordna tjänster på finska och svenska. Dessutom finns det i språklagen bestämmelser om patientens och klientens rätt att använda, bli hör d och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna. Också bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan socialvårdens klientlag) preciserar skyldigheten att ordna social - och hälsotjänster med beaktande av språkliga rättigheter och kulturell bakgrund.

Enligt utkastet till lag om ordnan de av social- och hälsovård ska social- och hälsotjänsterna ordnas så att kunden får dem på det språk han eller hon väljer, antingen finska eller svenska, när det i landskapet finns kommuner med olika språk eller minst en tvåspråkig kommun. Av de 297 kommunerna på fastlandet är 33 tvåspråkiga och i 15 av dem är majoritetsspråket svenska. De städer där den svenskspråkiga befolkningen är störst till antalet är Helsingfors, Esbo och Raseborg. Bland de landskap som ska bildas är Egentliga Finland, Kymmenedalen, Mellersta Österbotten, Nyland och Österbotten tvåspråkiga. Av dessa landskap har endast Österbotten svenska som majoritetsspråk. Kymmenedalen är det enda av de tvåspråkiga landskapen där det finns endast en svenskspråkig kommun (Pyttis). Tvåspråkiga lands kap finns i tre av de fem samarbetsområdena enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I skyldigheten att ordna social- och hälsotjänster ingår att samiskspråkiga personer tillförsäkras lika högklassiga social- och hälsotjänster som majoritetsbefolkningen. I hälso- och sjukvårdslagen ingår dessutom en hänvisningsbestämmelse om rätten att i enlighet med samiska språklagen (6 §) använda samiska på samernas hembygdsområde (Enare, Enontekis, Sodankylä och Utsjoki). I samiska språklagen (1086/2003) föreskrivs om rätten att använda samiska både i sådana social - och hälsotjänster som ordnas av myndigheterna och i sådana tjänster som ordnas av privata aktörer. Lagen förpliktar dock inte de nuvarande kommunerna eller samkommunerna eller de föreslagna landskapen att ordna social- och hälsotjänster på samiska, utan det är fråga om rätten att under vissa förutsättningar använda samiska i kommuner på samernas hembygdsområde och under vissa förutsättningar också utanför hembygdsområdet. Om en kommun eller samkommu n inte kan ordna social- och hälsotjänster på det egna språket, t.ex. för att en utbildad yrkesperson som kan samiska inte finns att tillgå, har kunden rätt till tolkning till alla tre samiska språkvarieteter (enaresamiska, nordsamiska, skoltsamiska). Såda na samkommuner 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 samiska befolkningen ska ha möjlighet att påverka innehållet i social- och hälsotjänsterna så att inte bara språket utan även den samiska befolkningens traditionella sedvänjor och näringar blir beaktade på behörigt sätt.

Romerna har ingen egen språklag, men rätten att bevara och utveckla romernas egen kultur ingår i 17 § 3 mom. i grundlagen. Studier visar att ca 30 –40 procent av romerna använder romani. Mest används språket hemma och tillsammans med släktingar och vänner. I myndighetskontakter använder den romska befolkningen finska. Den romska befolkningens s edvänjor avviker från majoritetsbefolkningens praxis, t.ex. i fråga om renhetsbegrepp, och därför accentueras behovet av kulturell förståelse framför allt i social- och hälsotjänster.

Rättigheterna för dem som använder teckenspråk och dem som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- och översättningshjälp tryggas genom lag. Om en kund i social- eller hälsovården på grund av sensorisk funktionsnedsättning eller talsvårigheter eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska vid tillhandahållandet av tjänster i den mån det är möjligt tolkning ordnas och en tolk anskaffas.

När tjänster ordnas ska man dessutom se till att nordiska medborgare vid behov har möjlighet att använda sitt eget språk, antingen finska, danska, isländska, norska eller svenska, när de anlitar social- och hälsotjänster. Man ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

Tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna i praktiska situationer

I och med social- och hälsovårdsreformen utvidgas det geografiska området för de språkliga rättigheterna i de landskap som blir tvåspråkiga. För närvarande fastställs de tvåspråkiga områdena enligt kommungränserna, men i och med reformen kommer tvåspråkigheten att beröra alla landskap inom vars område det finns en tvåspråkig kommun. Dessutom måste Södra Österbotten, som för närvarande är enspråkigt, ordna jourtjänster på två språk.

Enligt förslaget till valfrihetslag (30 §) ska direktvalstjänster produceras på kommunens språk i enspråkiga kommuner och på finska och svenska i tvåspråkiga kommuner. Ett landskap kan dock på ansökan bevilja en producent av direktvalstjänster undantag från skyldigheten att producera tjänster på båda nationalspråken i en tvåspråkig kommun, om kunderna inom det område där verksamhetsstället är beläget på lika villkor har tillgång till andra verksamhetsställen för producenter av direktvalstjänster, så att kunderna kan få tjänster på sitt eget språk och utnyttja sin valfrihet. Detta innebär att finskspråkiga och svenskspråkiga personer enligt lagförslaget är likställda, eftersom kunden alltid har rätt att välja tjänsteproducent också på språkliga grunder. Dessutom ska tjänster vara tillgängliga på lika villkor både på finska och på svenska också när det gäller avstånden till tjänster. Genomförandet av valfrihetssystemet avgör dock i praktiken hur det går med avstånden till tjänster.

Språkbarometern 2016 (Justitieministeriet 14.9.2016) visar att man i tvåspråkiga kommuner upplever att språkklimatet har försämrats jämfört med tidigare enkäter. Detta är en av orsakerna till att särskild vikt bör läggas vid de språkliga rättigheterna i social- och hälsovården och i valfrihetsreformen.

Den största gruppen av den svenskspråkiga befolkningen utgörs av de över 130 000 personer som bor i landskapet Nyland, de ca 85 000 personer som bor i landskapet Österbotten, de ca 30 000 personer som bor i landskapet Egentliga Finland och de ca 12 000 personer som bor i landskapet Mellersta Österbotten. För dessa personer påverkar lagförslaget inte nämnvärt möjligheterna att få tjänster på modersmålet. Konkurrensutsättningen av tjänster kan förbättra möjligheterna att få tjänster på modersmålet framför allt i städerna.

I landskapet Lappland har samerna rätt att använda samiska i de social- och hälsotjänster som produceras på hembygdsområdet och i sådana social- och hälsotjänster som inte produceras på hembygdsområdet, t.ex. tjänster inom den specialiserade sjukvården. Om tjänster inte kan ordnas på samiska i brist på utbildad personal som kan samiska, uppfylls lagens krav av tolkning till samiska.

Om social- eller hälsovårdspersonalen inte behärskar andra språk än finska eller svenska eller om kunden på grund av sensorisk funktionsnedsättning eller tals vårigheter eller av någon annan orsak inte kan göra sig förstådd, ska vid tillhandahållandet av tjänster i den mån det är möjligt tolkning ordnas och en tolk anskaffas. Genomförandet av kundens valfrihet ändrar inte på dessa skyldigheter, och landskapen sk a beakta detta när de ingår avtal med producenter som omfattas av valfrihetssystemet eller när de ingår avtal som gäller upphandling av tjänster.

Tillgången till svenskspråkig och tvåspråkig utbildad personal är en nyckelfaktor när det gäller att tillgodose de språkliga rättigheterna. Tillgången till språkkunnig personal är bäst på orter där en stor andel av befolkningen talar minoritetsspråket. Ett undantag är huvudstadsregionen, där det finns tillräckligt med svenskspråkiga, men där de svenskspråkiga tj änsterna trots det har ordnats på ett bristfälligt sätt. Antalet svenskspråkiga i landskapet Kymmenedalen är mycket litet. Därmed finns det skäl att särskilt säkerställa att kunderna vid behov kan få service på sitt eget språk också utanför landskapet.

Kundens valfrihet kan skapa nya möjligheter för de producenter som omfattas av valfrihetssystemet att erbjuda mer omfattande språkliga tjänster än vad lagstiftningen kräver, framför allt i de områden där det finns många kunder med ett visst språk.

När det gäller icke-brådskande vård kan patienten utnyttja sin möjlighet att välja vårdenhet och har då möjlighet att välja verksamhetsställe också på språkliga grunder. Den social - och hälsovårdsreform som bereds inbegriper också en ökad informationsproduktion bl.a. för bedömning av hur valfriheten utnyttjas.

Konsekvenser för myndigheterna

Den svenskspråkiga läkarutbildningen är koncentrerad endast till Helsingfors universitet, och det har rått brist framför allt på svenskspråkiga läkare i hela landet. Utbildni ngen av vårdpersonal har av tradition skötts av lokala läroanstalter, och på så sätt har man bättre kunnat trygga utbildning som motsvarar de språkliga behoven i regionen.

Landskapen ska i sin rekrytering av personal iaktta lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003). Majoriteten av den socialservice som tidigare producerats i kommunerna tillhandahålls enligt förslaget till valfrihetslag av landskapen. Risken att det i tvåspråkiga landskap inte går att rekrytera tillräckligt me d utbildade socialarbetare kommer att vara stor, framför allt på grund av att det även utan särskilda språkliga krav råder brist på utbildade socialarbetare. Också när det gäller läkare råder det brist på tvåspråkig personal.

Landskapen ska genom personalplanering eller på något annat sätt se till att kunderna har en faktisk möjlighet att få tjänster på sitt eget språk när det gäller de tjänster som landskapets ordnar. I fråga om de producenter som omfattas av valfrihetssystemet kan landskapen geno m avtal säkerställa en tillräcklig språkkunskap. Enligt 18 a § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso - och sjukvården (559/1994) ska en yrkesutbildad person inom hälso - och sjukvården ha sådana tillräckliga språkkunskaper som förutsätts i de uppgift er han eller hon sköter. Vidare ska arbetsgivaren för en yrkesutbildad person inom hälso - och sjukvården säkerställa att personens språkkunskaper är på en tillräcklig nivå för de uppgifter han eller hon sköter. Ett särskilt problem utgör här läkare och vår dpersonal med utländsk bakgrund, som utöver engelska ofta kan ortens språk, antingen finska eller svenska.

4.5.3 Könskonsekvenser

Kvinnor och män som utnyttjar tjänsterna påverkas olika av könskonsekvenserna av reformen. Reformen har också olika kons ekvenser för kvinnor och män som arbetstagare, chefer eller beslutsfattare. Reformen kan ha betydande och flerdimensionella konsekvenser för jämställdheten om dessa konsekvenser identifieras och beaktas redan i planeringsskedet, till exempel när landskapets servicestrategi och det offentliga servicelöftet utarbetas samt senare när de förverkligas.

Det råder skillnader mellan könen i fråga om välfärd, social delaktighet, hälsa, sjukfrekvens och dödlighet. Förutom könsrelaterade skillnader råder det välfärd s- och hälsoskillnader även mellan olika befolkningsgrupper. Till de största hör skillnader som gäller den socioekonomiska ställningen. Dessa skillnader är exceptionellt stora i Finland och ökar fortfarande. Kön är en central särskiljande faktor även vid granskningar mellan befolkningsgrupper. Socioekonomiska faktorer har till exempel en betydligt större inverkan på män än på kvinnor.

Det finns mycket forskningsdata (t.ex. Nguyen & Seppälä 2014, Gay et al. 2011) som visar att det råder skillnader mellan k önen i fråga om användningen av tjänster. Män använder mindre tjänster både i öppenvård och sjukhustjänster än kvinnor och på befolkningsnivå är männens hälsa sämre än kvinnornas till exempel med sannolik livslängd som indikator. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män och majoriteten av den äldre befolkningen är kvinnor. Könsskillnaden ökar alltså ju äldre personer det är fråga om. Användningen av social - och hälsotjänster och kvinnornas andel av dem som använder tjänsterna ökar således med åldern. Därför berör den utvidgade valfriheten kvinnor mer än män.

Institutet för hälsa och välfärd (THL Rapport 12/2016) har uppskattat att anordnarnas omfattande storlek kan antas öka invånarnas jämlikhet. Å andra sidan kan fördelen förloras om direktvalstjänster och affärsverkets tjänster genom integrationen av tjänster inte kan säkerställas till helheter som är enhetliga ur kundens synvinkel. Männens hälsa och välfärd är enligt ett flertal indikatorer, till exempel upplevd hälsa, förväntad livslängd och levnadsvanor , svagare än kvinnornas (Martelin et al. 2014, Tarkiainen et al. 2011). Om reformen leder till att basnivån stärks och tjänsterna integreras så att särskilt personer som har det sämst ställt får bättre och rättidig tillgång till tjänster, kan man säkerligen förmoda att reformen kan jämna ut skillnaderna mellan kvinnors och mäns välfärd samt särskilt förbättra männens välfärd och hälsa. Huruvida reformens mål om jämlikhet uppnås beror enligt bedömningen som Institutet för hälsa och välfärd har gjort på hur reformen verkställs.

Användningen av tjänster kan granskas bland annat utifrån en bedömning av servicebehovet, servicehandledningen, det slutliga beslutsfattandet och valfriheten. Rådgivning och handledning till specialgrupper framhävs särskilt i valfrihetssystemets direktvalstjänster. Män uppsöker vård mer sällan än k vinnor. Därför spelar servicehandledning, rådgivning och stöd i valsituationen en viktig roll särskilt i männens användning av tjänsterna. Å andra sidan kan den aktivare tendensen bland kvinnor att utnyttja tjänsterna förutspå att kvinnorna i fortsättninge n också aktivare än männen utnyttjar de möjligheter som den utvidgade valfriheten för med sig. Detta kan leda till att skillnaderna mellan kvinnornas och männens användning av tjänster ökar om avgöranden som gjorts beträffande valfriheten och information o ch handledning som behövs för valet inte stöder valen i tillräcklig omfattning.

Enligt förslaget övergår personalen i landskapens tjänst enligt principerna om överlåtelse av rörelse. Detta innebär att uppskattningsvis sammanlagt 215 000 anställda övergår från kommunernas och samkommunernas tjänst till landskapen. De anställdas rättigheter och skyldigheter som gäller vid tidpunkten för övergången är oförändrade. Största delen av de anställda som övergår är anställda inom social- och hälsovården. Konsekvenserna för personalen behandlas närmare i avsnitt 4.9.

Social- och hälsovårdsbranschen är en synnerligen kvinnodominerad bransch. På samhällelig nivå innebär social - och hälsovårdsreformen en enorm reform på den kvinnodominerade branschens arbetsmarknad. Enligt THL:s statistik över anställda inom social - och hälsotjänster var kvinnornas andel i de kommunala social - och hälsotjänsterna 2014 över 90 procent av alla anställda, medan männens andel var något under 10 procent.

Reformen gäller även anställda inom förvaltning och stödtjänster. I samband med reformen överförs uppskattningsvis över 400 organisationers uppgifter till 18 landskap samt till deras serviceinrättningar och fyra servicecenter som landskapen äger gemensamt, dvs. till cirka 40 organisationer. Behovet av anställda inom förvaltning och stödtjänster kommer att minska när organisationernas storlek växer. Därför kan det uppskattas att reformen leder till särskilt mycket osäkerhetsfaktorer för anställda inom förvaltning och stödtjänster. Enligt upps kattningar gäller minskningen särskilt behovet av administration och anställda på chefsnivå.

Personalkonsekvenserna som beror på reformen drabbar särskilt kvinnor. Den största ändringen är byte av arbetsgivare, men även arbetsuppgifterna kan ändra när tj änsternas förnyas. Eftersom omplaceringarna genomförs enligt principerna om överlåtelse av rörelse påverkar inte bytet av arbetsgivare anställningsvillkoren på kort sikt. Det bör dock beaktas att överlåtelseprincipen självfallet endast gäller anställda som omplaceras, inte nyanställda.

Personalens ställning och anställningsvillkoren kan dock påverkas av att produktionen av tjänster separeras från uppgiften att ordna tjänster, av en partiell bolagisering av landskapets egen tjänsteproduktion och av den priv ata tjänsteproduktionens andel inom social - och hälsovården som ökar särskilt till följd av valfrihetssystemet. Även arbetskollektivavtalen som tillämpas på personalen kan med landskapets beslut ändra och då påverkas även anställningsvillkoren. Ändringarnas omfattning beror på nivån på arbetskollektivavtalet som tillämpas. Om ett stort antal kvinnor övergår från tillämpningsområdet för det allmänna kommunala tjänste - och arbetskollektivavtalet till tillämpningsområdet för en bransch i privata sektorn, kan d etta oberoende av avtal påverka kvinnornas lön i tämligen stor utsträckning. En eventuell konkurrens om arbetskraft kunde dock förbättra de anställdas förhandlingsposition. Å andra sidan måste man beakta förbudet i EU:s direktiv om tillämpningen av princip en om lika lön och jämställdhetslagen att tillämpa löne- 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. Lönekonsekvenserna när ett nytt arbetskollektivavtal börjar tillämpas kan vara betydande även för andra än anställda inom social- och hälsovården.

När könskonsekvenserna bedöms kan det vara särskilt betydelsefullt att reformen av servicestrukturen och förvaltningen kan leda till ändringar i arbetsplatsernas läge. Detta kan samtidigt påverka sammanjämkandet av arbete och familjeliv. Större organisationer kan ge personalen nya möjligheter att utveckla yrkesskickligheten och kompetensen samt att specialisera sig på arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna och ansvaret kan också utvidgas i större omfattning. I

större organisationer kan även arrangemangen beträffande vikarier underlättas, vilket kunde ha en positiv inverkan på arb etsnöjdheten. Eftersom största delen av de anställda är kvinnor är det också kvinnorna som i första hand känner av konsekvenserna.

Landskapsfullmäktige har den högsta beslutanderätten i landskapet och väljs genom direkt val. Enligt Finlands valforskningsportal röstar kvinnor numera något aktivare än män. I programmet för utvärdering av strukturreformen - ARTTU undersöktes kvinnornas representation i kommunernas ledning vid kommunsammanslagningar. I undersökningen utreddes också röstningsbetee ndet och andra faktorer som inverkar på hur könen är representerade. Olika undersökningar visar att något över hälften av kvinnorna röstar på en kvinna, medan största delen av männen röstar på en man. Till fullmäktigeförsamlingar väljs dessutom färre kvinn or än vad som kunde förväntas utifrån kandidatandelen. Utifrån detta torde man kunna anta att kvinnorna är underrepresenterade även i landskapsfullmäktige. Antalet kvinnor är också mindre i kommunala organs presidier än i organens medlemskår. De administra tiva organisationerna kommer att vara större än nu, varvid även antalet chefsuppgifter minskar. Då kan man förutspå att det proportionellt kommer att finnas allt färre kvinnor i uppgifter på chefsnivå, precis som det gick bland kommundirektörerna när kommu nerna blev större. Bolagisering innebär att det behövs nya styrelseexperter i de nya bolagen. I reformen borde man även i privata sektorn fästa uppmärksamhet vid könsfördelningen i styrelsens sammansättning.

För att undvika negativa könskonsekvenser är de t viktigt att ersättningarna till producenterna är sådana att producenterna inte blir motiverade att välja kunder utifrån producentersättningarna. Ersättningarna till producenter av direktvalstjänster grundar sig på nationella behovsfaktorer av vilka en är kön. Därför är möjligheten till könsbaserad gallring obetydlig.

4.6 Konsekvenser för serviceproduktionen

4.6.1 Konsekvenser för social- och hälsotjänster

Tillgången till servicen förbättras om lanskapet har tillräckligt kunnande inom organisering

- För att förbättra tillgången till servicen och stärka klientorienteringen krävs att lanskapet har tillräckligt kunnande inom organisering och tillbörlig avtalskompetens.
- Tillgången till social- och hälsotjänster på basnivå kommer sannolikt att förbättras i och med att serviceutbudet i befolkningstäta regioner ökar. I glest bosatta regioner kan tillgången till servicen försvagas, ifall landskapet inte förmår styra serviceproduktionen i tillräckligt hög grad.
- Genomförandet av mångproducentmodellen är utmanande och förutsätter att landskapet noggrant definierar servicehelheterna och -kedjorna, samarbetar med producenterna i syfte att utveckla dem och säkerställer dem genom avtal.
- Integrationen förutsätter ett smidigt samarbete mellan landskapet och marknadsproducenter som tillhandahåller direktvalstjänster samt tjänster mot betalsedel, kundsedel eller enligt personlig budget, och en gemensam vilja som ska åstadkommas genom utvecklingssamarbete.
- I och med att kunden ska fritt kunna välja mun- och tandvårdstjänster kommer förändringarna inom serviceproduktionen att vara betydande och förutsätta att landskapet samarbetar med producenterna för att utveckla servicen samt att det finns ett fungerande uppföljningssystem och kompetens för avtalsstyrning.

I enlighet med lagförslaget producerar de bolagiserade social - och hälsocentralerna social - och hälsotjänster på basnivå som kunden kan välja själv. Enligt lagförslaget motsvarar sjuk - och hälsotjänsterna de nuvarande hälsocentraltjänsterna utökade med konsultationer med yrkesutbildade personer och tjänster som ges vid öppen mottagning . Bland socialtjänsterna ingår rådgivning och

handledning enligt socialvårdslagen och äldreomsorgslagen samt socialtjänster som kunden behöver tillfälligt och kortvarigt.

Största delen av socialtjänsterna ska tillhandahållas vid landskapets affärsverk. Med andra ord kommer socialtjänsterna i framtiden, till skillnad från nuläget, att produceras i två nivåer. Att göra skillnad på tjänsterna skapar nya utmaningar för kundhandledning, informering och yrkeskunskap.

Tjänster som tillhandahålls av mun - och tandvårdsproducenter bildar en egen servicehelhet som kunderna väljer separat. Enligt förslaget ska alla mun - och tandvårdstjänster som även i dag produceras på basnivå omfat tas av valfriheten med undantag av tjänster inom skolhälsovården och studerandehälsovården.

I samband med valfrihetsmodellen ska landskapets affärsverk tillhandahålla sådana social - och hälsotjänster som inte omfattas av valfriheten. Affärsverket ska pro ducera tjänster på såväl basnivå som specialnivå. Landskapet ska i sista hand trygga tillgången till social - och hälsotjänster i alla situationer. Om det visar sig att de valfria tjänsterna inte annars är tillgängliga, ska landskapet se till sitt organiseringsansvar så att landskapets affärsverk producerar de nödvändiga tjänsterna.

Det flerkanaliga systemet för finansiering av social - och hälsovården har utretts i samband med reformen av servicestrukturen inom social - och hälsovården och valfrihetsreforme n, men beredningen av finansieringsreformen har flyttats till år 2017. Det har dock gjorts upp riktlinjer för valfrihetsreformen, enligt vilka landskapen ska i ersättningarna för direktvalstjänster ta i beaktande kunder inom företagshälsovården, och producenterna ska särskilja dessa tjänster i bokföringen.

Särskiljande av studerandehälsovården och företagshälsovården från direktvalstjänster binder även en betydande del av läkarna på basnivå till dessa helheter, vilket kan ha betydande konsekvenser för tillgången till service. THL har i sitt initiativ Jonottamatta hoitoon (Erhola et.al. 2013) föreslagit att om företagshälsovården koncentreras till en förebyggande och arbetslivsfrämjande grunduppgift kan man frigöra kompetensresurser för serviceproduktion inom primärvården. Enligt initiativet förbättrar åtgärden tillgången till tjänster inom primärvården som lider av läkarbrist.

Eftersom lanskapet inte självt kan producera sådana servicehelheter som tillhandahålls som direktvalstjänster, betonas servicest yrningens roll när det gäller att styra kunder till tjänster och bygga upp enhetliga helheter enligt kundens behov. Det kommer att vara utmanande att säkerställa samarbetet mellan tjänsteproducenterna och affärsverken och att upprätta avtal så att de förpl iktar till ett sektorsövergripande samarbete. En ny utmanande uppgift för landskapen är att i detalj definiera servicekedjorna och servicehelheterna, eftersom man i detta avseende även måste ta i beaktande de producenter som är med i valfrihetssystemet jäm te deras eventuella underleverantörer och betalsedelsproducenter, samt producenter som tillhandahåller tjänster enligt personlig budget eller mot kundsedel inom landskapets affärsverk. Även kontakten till serviceproduktionen som förblir hos kommunen, bland annat skolhälsovårdare och -kuratorer, ska säkerställas.

Konsekvenser för tillgången till service

Basservicen stärks och tillgången till vård försnabbas, om den basservice som människor ofta behöver och utbudet av och tillgången till lågtröskeltjänster ökar. Tillgången till service och kundernas möjlighet att genom sina val påverka tjänsterna på ett positivt sätt ökar i och med reformen, dock endast i de regioner, där serviceproduktionen är lönsam för företag.

Basservicen kan även stärkas genom att tjänsteproducenterna specialiserar sig. Det är möjligt att producenterna delvis specialiserar sig på tjänster avsedda för vissa kundgrupper i syfte att locka kunder, vilket kan höja kompetensen i produktionen av tjänster för olika kundgrupper. Detta förutsätter att kundernas vetskap om de tillgängliga alternativen säkerställs och att ersättningspraxisen stöder en sådan verksamhet.

Stärkandet av basservicen kräver att tillräckliga resurser inom landskapets affärsverk styrs till basservicen i förhållande til l specialtjänsterna och att de är korrekt dimensionerade med tanke på helheten. Det är också väsentligt hur landskapet riktar sina resurser till direktvalstjänster och tjänster som tillhandahålls av landskapets affärsverk.

Mångproducentmodellen kan medfö ra nya utmaningar för att säkerställa utbildning, forskning och kompetens. Landskapet ansvarar för tillgången till tjänsterna och deras kvalitet och kan bland annat genom att ställa randvillkor för utbildningen av tjänsteproducenternas personal påverka tjänsteproducenternas kompetens. Den som ansvarar för anordnande av specialläkarutbildning ska se till att det inte uppstår blinda fläckar när det gäller experter på de medicinska specialområdena.

Konsekvenser för hälso- och sjuktjänster

Genom valfrihetsla gstiftningen är det möjligt att öka tillgången till service och förbättra dess kvalitet, ifall det finns tillräckligt med producenter i landskapet. I det nya systemet påverkas tillgången till service av bland annat landskapets ersättningsgrunder, avtalsvil lkor och andra krav som gäller bland annat öppettider. Kraven ska vara lika för alla företag, organisationer och yrkesutövare som tillhandahåller samma tjänster.

Landskapet kan besluta vilka hälso - och sjuktjänster det tillhandahåller som direktvalstjänst er och i vilken utsträckning landskapet utnyttjar de övriga i lagstiftningen avsedda mekanismerna som stöder valfrihet, såsom personlig budget och kundsedlar. Detta kan leda till att serviceutbudet inom hälso- och sjukvården varierar mellan landskapen.

Däremot är det möjligt att med hjälp av särskilt sådana andra ersättningar till producenter av direktvalstjänster som avses i 56 § ta i beaktande regionala särdrag, såsom långa avstånd eller behov av akut- och kvällsmottagning.

Det är fortfarande svårt att förutse lagförslagets konsekvenser för tillgången till hälso - och sjuktjänster, eftersom ett stort antal frågor angående fastställandet av tjänster och avtal förblir öppna. Landskapen har olika utgångspunkter när det gäller fas tställande av servicehelheter, på grund av vilket reformen sannolikt bereds i varierande takt. Lagstiftningen avser dock en övergångsperiod på endast två år.

Inkluderandet av konsultationer som gäller specialkompetens inom social - och hälsovården i tjänster på basnivå förenhetligar, enligt förslaget, servicehelheten på basnivå ur kundens perspektiv. Samtidigt påverkar detta genomförandet av den specialiserade sjukvården och personalresurserna vid affärsverket. Differentierade hälso - och sjuktjänster inom öppenvårdsmottagning som finansieras med kundsedlar förutsätter att dessa funktioner bolagiseras. Detta flyttar arbetskraft inom den specialiserade sjukvården från sjukhusen till privata tjänster. Denna förflyttning av

arbetskraft kan däremot leda till att det inte finns en tillräckligt stor personal vid sjukhuset i landskapet, i synnerhet i mindre landskap.

Tjänster som erhålls mot kundsedel kan leda till att det inte finns en tillräckligt stor personal vid sjukhuset i landskapet och ha en negativ effekt på tillgången till sjukhustjänster. Landskapet kan besluta om omfattningen av och innehållet i icke -akuta hälso - och sjuktjänster som erhålls mot kundsedel och andra lämpliga tjänster på specialnivå inom ramen för minimikravet på 15 procent. Om landskapets affärsverk eftersträvar att även producera kundsedelstjänster, ska det i enlighet med bolagiseringsskyldigheten även grunda ett bolag för att producera dessa tjänster. Till följd av detta kommer de nuvarande utmaningarna som gäller tillgången till vissa specialläkare i mindre landskap att öka, vilket även kommer att påverka tillgången till tjänster som produceras av landskapets affärsverk.

Konsekvenser för mun- och tandvårdstjänster

Förändringarna som gäller tillhandahållandet av mun - och tandvårdstjänster kommer att vara omfattande, eftersom en betydande del av de offentligt finansierade tjänsterna kommer att tillhandahållas som direktvalstjänster, med undantag av mun - och tandvårdstjänster som förutsätter sjukhusförhållanden samt skolhälsovårds - och studerandehälsovårdstjänster. Ett separat direkt val av mun - och tandvårdstjänster gör det även möjligt för mindre privata mottagningar att börja producera direktvalstjänster, ifall kostnadsriskerna för serviceproduktionen inte är för stora för små enheter. Det finns en risk för att mun - och tandvårdstjänsterna differentieras från produktionen av övriga social - och hälsotjänster i och med separata val. Detta kan öka de administrativa kostnaderna. Landskapet ska säkerställa att samarbetet fortsätter och stärks genom avtalsstyrning.

Privata tandläkarmottagningar har koncentrerats till större städer och i synnerhet i närheten av utbildningsorter. Flera privata tandläkarmottagningar har små mottagningsenheter och mottagningarna verkar separat från den övriga hälso - och sjukvården. Bolagiseringskravet för produktionen av direktvalstjänster leder till en strukturell förändring, vilket man uppskattar kommer att minska antalet små mottagningar inom mun - och tandvården. I och med att tandläkarmottagningarna bolagiseras kan verksamheten dock utvecklas i en kostnadseffektiv riktning och de administrativa kostnaderna fördelas mellan flera tandläkarmottagningar. För att balansera de regionala tjänsterna är det viktigt att även säkerställa att det finns en tillräcklig produktionskapacitet på olika håll i Finland.

I dag är mun - och tandvården vid hälsocentralerna en integrerad del av social - och hälsotjänsterna. Tack vare detta har man kunnat utveckla tjänsterna på ett sektorsövergripande sätt jämnt i hela landet. Reformen medför en risk för att möjligheten till den sektorsövergripande utvecklingen försvinner, om de bolagiserade mun - och tandvårdsenheterna fungerar separat och om samarbetet inte säkerställs genom avtal. Det behövs även verksamhetsmodeller som stöder sektorsövergripande arbete. Genomförandet av direktvalstjänster förutsätter ett bra uppföljningssystem, så att man kan följa upp användningen och utbudet av tjänsterna, till exempel i fråga om överbelastning av tillgången till vård. För att kunna bli en producent av direktvalstjänster förutsätter bland annat att producenten använder riksomfattande informationshanteringstjänster. Detta kan i synnerhet i det inledande skedet leda till betydande administrativa kostnader, som kan förhållandevis mest belasta små mun - och tandvårdsenheter. Även detta kan leda till att antalet små mun - och tandvårdsmottagningar minskar.

Konsekvenser för socialvårdstjänster

Landskapets affärsverk ansvarar för produktionen av sådana social - och hälsotjänster i landskapet som inte tillhandahålls som direktvalstjänster eller mot kundsedlar eller enligt personlig budget. Största delen av socialtjänsterna kommer sannolikt att prod uceras av landskapets affärsverk, medan socialtjänster som tillhandahålls enligt personlig budget, mot kundsedel eller som köptjänst utgör tjänster som produceras av privata tjänsteproducenter. Den största förändringen i jämförelse med nuläget är att socia ltjänsterna tillhandahålls vid två administrativt separata enheter vid landskapets affärsverk och direktvalstjänsterna vid social - och hälsocentralerna. Socialvårdsuppgifterna vid landskapets affärsverk följer i hög grad den gällande lagstiftningen, men et t valfrihetssystem som lagförslaget förutsätter kräver ett nytt arbetssätt för att samordna tjänsterna. Producenter av tjänster som omfattas av valfriheten ska förbereda sig på nya uppgifter som gäller bedömning av servicebehovet och säkerställa personalen s sektorsövergripande kompetens och yrkeskunskap inom socialvård.

Om det i framtiden fattas förvaltningsbeslut om direktvalstjänster har detta stor betydelse för kundens rättsskydd och kan påverka tillgången till socialtjänster. Avsikten är att bestämmel ser om ändringssökande utfärdas separat i speciallagarna, t.ex. socialvårdslagen. Ett skriftligt beslutsfattande om beviljande eller nekande av socialtjänster gör serviceproduktionen och dess brister synligare och kan producera väsentlig information för la ndskapet om kundernas behov av och efterfrågan på socialtjänster i regionen. Däremot om man avstod från beslutsfattandeförfarandet och tolkade direktvalstjänster inom socialvårdsverksamheten som faktisk verksamhet på samma sätt som hälso- och sjukvården sk ulle detta samordna praxisen med hälso - och sjukvården och minska det administrativa arbetet. Båda alternativen förutsätter att den föreslagna lagstiftningen preciseras. Det förblir även oklart hur ansvaret för tjänster som erhålls av en kund som använder många tjänster samtidigt i praktiken fördelas mellan landskapets affärsverk och producenter av direktvalstjänster. Den oklara ansvarsfördelningen kan höja kostnaderna och göra det utmanande att tillhandahålla för kunden enhetliga servicekedjor och -helheter.

Om serviceproduktionens styrnings- och rådgivningsuppgift inom socialvården inkluderas i social - och hälsocentralernas direktvalstjänster kan det förbättra tillgången till tjänsterna och deras tillgänglighet, ifall kundens stödbehov kan identifieras och se rvicestyrningen till landskapets tjänster fungerar på det sätt som kundens servicebehov förutsätter. Detta förutsätter dock att de personer som handhar styrningen och rådgivningen inom socialvården har tillräcklig kompetens inom socialvård. Lagförslaget fö rutsätter inte att styrningen och rådgivningen inom socialvården handhas av en yrkesutbildad person inom socialvården. Det finns en risk för att man inte lyckas producera styrnings - och rådgivningstjänster inom socialvården för direktvalstjänster på ett högklassigt sätt i förhållanden där yrkeskunskapen inom socialvård, största delen av tjänsteproduktionen och tillhörande beslutsfattande finns vid landskapets affärsverk. För att uppnå målsättningen för valfriheten i detta avseende förutsätts det att socialv årdslagen preciseras, så att tillgången till yrkesutbildade personer inom socialvården säkerställs även när det gäller direktvalstjänster på basnivå.

När systemet fungerar bra kan möjligheterna hos en kund i behov av socialvård att få nödvändig, kortfristig hjälp av en producent av direktvalstjänster förbättra tillgången till service, eftersom det kan antas att tillgången till service inom ramen för valfrihetsmodellen är enklare och snabbare för kunden. Däremot kan kortfristigt stödbehov i samband med mång a socialtjänster (till exempel

familjearbete eller socialarbete) vanligtvis inte genomföras under en serviceperiod som endast varar från några dagar till två veckor. För att kunderna så snabbt som möjligt ska erhålla ändamålsenliga tjänster är det viktigt att kundstyrningen och tjänsterna fungerar bra när det gäller direktvalstjänster. Om tillgången till servicen förbättras kan det även öka efterfrågan på kortfristiga tjänster och eventuellt minska behovet av långfristiga socialtjänster.

4.6.2 Konsekvenser för företagslivet, konkurrensen och marknaden

Möjligheterna till företagsverksamhet ökar

- Systemet med valfrihet skapar fler möjligheter till företagsverksamhet och bidrar till ett mer varierat utbud av producenter. Sätten på vilka tjänsterna kan produceras blir fler tack vare nätverken i verksamheten, entreprenadkedjorna och systemet med betalsedlar, kundsedlar och personliga budgetar.
- Den servicehelhet som producenter av direktvalstjänster måste kunna tillhandahålla är så omfattande att antalet producenter kan komma att krympa till några privata aktörer och landskapsägda bolag med kapacitet och resurser att producera direktvalstjänster med tillbörligt helhetsansvar.
- Systemet med betalsedel och personlig budget innebär dock möjligheter för små företag.
- De stora företagen i sektorn kommer att bli fler som en följd av att de offentliga tjänsterna bolagiseras. Antalet små och medelstora företag hålls på samma nivå eller ökar lite grann tack vare systemet med entreprenadkedjor, betalsedlar, kundsedlar och personliga budgetar.
- Det är viktigt att producenterna i valfrihetssystemet behandlas rättvist på marknaden.
- Den offentliga produktion som finns idag måste anpassa sig till nya verksamhetsbetingelser på väldigt kort tid. Officiellt kan bolagiseringsprocessen börja först när landskapen har inlett sin verksamhet.
- Att bolagisera den offentliga servicen är en betydande utmaning, bl.a. när det gäller finansieringen i startskedet.

Allmänt

I och med valfrihetsreformen övergår vissa tjänster som producerats av det allmänna till att tillhandahållas på marknaden. Marknaden, som är tillgänglig för både aktuella och nya privata företag, bedöms ha ett värde på minst 8 miljarder euro räknat utifrån miniminivån (efter att den utvidgade basnivån har trätt i kraft). Valf rihetsmarknaden inkluderar direktvalstjänster (inklusive betalsedel) samt tjänster som ordnas med personlig budget och kundsedel. Genom detta mer än fördubblas den nuvarande omsättningen för företag i social- och hälsovårdsbranschen (5,6 miljarder euro).

Det som slutligen avgör hur stor valfrihetsmarknaden blir är dock huruvida landskapen beslutar att utvidga utbudet av de tjänster som social - och hälsovårdscentralerna och mun - och tandvårdsenheterna har produktionsansvaret för från miniminivån, och i vilk en mån landskapen inför sedeltjänster över kravnivån på 15 procent och använder systemet med personlig budget.

Förslaget är att offentligt ägda och privata företag i fortsättningen ska kunna producera de social - och hälsovårdstjänster som omfattas av val frihet enligt tre olika finansieringslösningar. De kan producera direktvalstjänster (3,7 miljarder euro) vid social - och hälsovårdscentraler samt vid enheter för mun - och tandvård, kundsedeltjänster (2,8 miljarder euro) och tjänster enligt systemet

med personlig budget (1,5 miljarder euro). Enligt detta omfattar direktvalstjänsterna 46 procent av samtliga producerade tjänster. Av de nya företag som uppstår till följd av reformen är en stor del sannolikt landskapsägda.

På valfrihetsmarknaden är det lättast för små företag att bli producenter för kundsedeltjänster och tjänster som produceras baserat på personlig budget. Man har visserligen gjort det möjligt för dem att också ta del av marknaden för direktvalstjänster.

Privata tjänster på marknaden

Social- och hälsovårdsmarknaden i Finland är något koncentrerad. Det finns dock en riklig mängd små aktörer utöver de stora koncernerna.

Enligt Statistikcentralens uppgifter fanns det inemot 18 700 privata företag inom social- och hälsovården 2014. Den totala omsättningen i sektorn uppgick till 5,6 miljarder euro och arbetskraften i sektorn till 64 000 personer. Av hela denna volym bestod 82 procent av hälsovårdsföretag (till stor del mikroföretag som tillhandahöll t.ex. fysioterapi eller tandläkartjänster). De sysselsatte 51 procent av personalen och producerade 66 procent av omsättningen i hela social- och hälsovårdssektorn. Social- och hälsovårdstjänster produceras även av organisationer. Största delen av dem är inbegripna i företagsstatistiken.

Enligt en rapport framtagen av ANM producerade de 22 största företagen i sektorn, dvs. företag med över 250 anställda, 29 procent av omsättningen och anställde nästan en motsvarande andel av arbetskraften, men utgjorde mindre än 0,2 procent av hela företagssektorn. Så gott som alla företag med 200 anställda och många företag med 100–199 anställda hörde till någon större företagsgrupp (ANM:s rapporter 34/2013).

När systemet införs kommer det enligt uppskattningarna att finnas minst 9 000 privatägda företag för direktvalstjänster med en personalstyrka på ca 22 000 personer. Största delen av dem är läkarstationer, privata läkare och tandläkare (70 procent).

Inom hälso- och sjukvården ska kundsedeln enligt förslaget användas för sådana icke-brådskande tjänster på specialnivå som landskapets affärsverk ansvarar för, exempelvis starroperationer, specialistläkar- och specialisttandläkarmottagning (inklusive åtgärder och diagnostiska undersökningar) samt rehabiliteringstjänster inklusive hjälpmedelsservice.

Inom socialvården ska kundsedlar användas för sådan socialvårdsservice på basnivå respektive specialiserad nivå som landskapets affärsverk ansvarar för (exempelvis boendeservice, dagverksamhet, tjänster under närståendevårdares ledighet, hemvård och hemservice samt personlig assistans enligt handikappservicelagen).

Fullständig utlokalisering av social- och hälsovård

Vissa kommuner har lagt ut all sin social- och hälsovård på entreprenad hos privata producenter. Detta är en utmaning i många avseenden då systemet med valfrihet ska genomföras. Hur man ska gå till väga med dessa utlokaliserade tjänster och företagsavtal är ännu helt oavgjort. Varje avtal måste analyseras för sig.

Vid slutet av april 2016 hade 19 kommuner fattat beslutet att lägga ut samtlig social- och hälsovård på entreprenad. Entreprenaderna sköts av sex bolag. Alla kommuner som fattade detta beslut var små och avsides belägna.

Offentliga tjänster på marknaden

Tjänsterna som omfattas av valfrihet kommer i regel att omfatta sådana branscher där det redan finns enskilda näringsidkare. Kravet på att offentlig service ska bolagiseras innebär att allt fler aktörer kommer att konkurrera om rollen som serviceproducent. Ett bolag inrättat av ett landskap kan dessutom konkurrera om privat f inansierad social - och hälsovårdsservice, företagshälsovård inbegripen. Baserat på en bedömning av kommunerna kan man uppskatta att det uppstår ca 300 landskapsägda social - och hälsovårdscentraler. Landskapen kan dessutom bilda bolag som producerar kundsedeltjänster och tjänster enligt personlig budget.

De nya offentliga bolagen kommer att vara bland de största aktörerna i området, bland annat på grund av att urvalet av direktvalstjänster är så brett. Det är osannolikt att ett landskap inrättar flera bolag som producerar direktvalstjänster t.ex. i städerna. Reformen kommer med andra ord att innebära att antalet medelstora och stora företag i branschen ökar. Det är mycket möjligt att det i och med bolagiseringen uppstår över 45 enheter på över 250 personer i vilket fall antalet stora företag i sektorn tredubblas.

Grovt uppskattat kommer över hälften av de konkurrerande aktörerna på marknaden att vara f.d. offentliga social - och hälsovårdsaktörer. I fyra av landskapen närmar sig andelen 70 procent (Österbotten, Mellersta Österbotten, Södra Österbotten och Lappland).

Upphandling av social- och hälsovårdstjänster i kommuner och samkommuner

Kommunerna köpte kundservice av privata aktörer för 2,8 miljarder euro. De främsta upphandlingarna av kundservice gällde boendeservice med heldygnsomsorg (670 milj. euro), barnskydd (530 milj. euro), boendeservice med heldygnsomsorg för personer med funktionsnedsättning (350 milj. euro), specialiserad sjukvård (300 milj. euro) och primärvård (220 milj. euro).

Av socialvårdsföretagen sålde 60 procent, 1800 företag, hela sin serviceproduktion till kommuner och samkommuner. Det finns med andra ord en hel del aktörer i branschen som har fått sina kunder via offentligt anbudsförfarande, inte via marknadsföring till kon sumenterna. I de flesta fall har dessa aktörer dessutom varit knutna till en kommun eller samkommun. Eftersom mängden offentliga upphandlingar kommer att minska påtagligt i och med reformen förändras tillvägagångssätten för dessa företag avsevärt.

Situationen framöver, i vilken affärsverksamheten inte vilar på anbudsförfaranden utan på kundernas val, kräver att dessa företag utvecklar en ny kompetens. Hur de lyckas värva kunder kan påverkas av befintliga kundrelationer och av hur många som tillhandahåller och använder tjänsterna i fråga i området. Då man grundar ett företag i fortsättningen har till exempel upphandlingsenheters upphandlingscykler ingen betydelse. Inom vissa socialtjänster däremot, till exempel i boendeservicen för äldre, krävs avsevärda inv esteringar för att inleda affärsverksamhet. En följd av detta är att det inte nödvändigtvis uppstår en kvalitetsfrämjande konkurrens i områdena.

Ny företagsverksamhet

De kund- och patientförhållanden som redan finns och möjligheterna att marknadsföra tj änster till dem redan nu påverkar sannolikt i vilken mån det uppstår helt ny företagsverksamhet efter reformen. Som exempel kan det hända att företag som producerar företagshälsovårdstjänster har bättre möjligheter att bli valda av kunderna. Också bolag in rättade av landskap kan ha fördel av sin befintliga verksamhet i jämförelse med helt nya företag. I Sverige hade en fjärdedel av kunderna bytt hälsovårdscentral fyra år efter valfrihetsmodellen infördes, de flesta på grund av ny hemort. De privata hälsovår dscentraler som startades i Sverige efter reformen började utan en enda listad patient och är idag hälften så stora som de som hade en kundbas före reformen. (Konkurrens- och konsumentverkets rapporter 6/2015)

Kundernas villighet att byta är en viktig faktor för att ny företagsverksamhet ska bli framgångsrik. En faktor som kan bidra till värvningen av listade kunder i nya företag är om kunderna följer till exempel den läkare som de har varit patient hos sedan ti digare. Erfarenheten i Sverige är att privata producenter är mer marknadsorienterade vilket också kan påverka hur kunderna listar sig i början av reformen. (Konkurrens- och konsumentverkets rapporter 6/2015)

En viktig faktor för nya företag och små företa g är även hur bra man lyckas informera om reformen så att kunderna bl.a. har tillräckligt med tid på sig att jämföra innan de gör sitt val. En viktig punkt i detta sammanhang är hur användarvänlig den lista som landskapet tar fram är. Företagen, som har större kapacitet att satsa på publikationssystem och marknadsföring, kan gynnas av en situation där det material som ett landskap hänvisar till inte känns lika lättläst och attraktivt som företagens marknadsföringsmaterial. Landskapen ska informera invånarna i sina områden minst 2 månader före de ger ifrån sig produktionsansvaret.

En avgörande faktor för att ny företagsverksamhet ska uppstå, i synnerhet SMF -verksamhet, är i vilken mån kunderna väljer att köpa direktvalstjänster med betalsedel, använder möjli gheten i 9 § att välja yrkesutbildad person, vad landskapet bestämmer om kundsedeltjänster, i vilken mån serviceproducenterna använder sig av entreprenad och i vilken mån systemet med personlig budget används. I lagberedningsskedet går det emellertid inte att göra någon precisare bedömning av hur dessa faktorer kommer att påverka företagsstrukturen i sektorn. Det man kan konstatera är att de gör det möjligt också för sådana företag som inte har för avsikt att tillhandahålla social - och hälsovårdscentralstjänster eller mun - och tandvårdstjänster på miniminivå att dra nytta av marknaden när den öppnas.

Producenter kan säga upp sitt avtal på valfri grund med sex månaders varsel. Detta sänker tröskeln för tillträde till sektorn genom att konsekvenserna av ett eventuellt utträde inte är orimliga.

Lagen ger dessutom kunden möjlighet att använda en betalsedel utfärdad av sin egen social - och hälsocentral eller enhet för mun - och tandvård men välja tjänster som produceras av ett annat företag. Detta bidrar en anin g till att lindra risken för att endast stora koncentrerade aktörer har möjligheter på direktvalsmarknaden när den öppnas. I detta fall kan det handla om tjänster som tillhandahålls av specialiserad personal (t.ex. talterapeuter, näringsterapeuter, fotvård are och psykologer). I detta skede går det inte att förutse i vilken mån kunderna kommer att utnyttja denna möjlighet. Social - och hälsovårdscentralerna och enheterna för mun - och tandvård har ålagts att informera sina kunder om andra serviceproducenter.

Skyldigheten att som producent av direktvalstjänster bevilja betalsedlar men sedan vara ansvarig för en tjänst som produceras av en annan mot en sådan betalsedel kan emellertid vara en orimlig börda för den social - och hälsovårdscentral eller den enhet för mun- och tandvård hos vilken kunden är listad. Företaget kan inte påverka var kunderna anlitar tjänster men har ändå det slutliga ansvaret för tjänsternas kvalitet. Detta kan också påverka hur social - och hälsovårdscentraler och mun - och tandvårdsenheter definierar kundens tjänstebehov.

När reformen har börjat bör landskapen anvisa en social - och hälsovårdsenhet och en mun - och tandvårdsenhet åt de kunder som inte har valt någon enhet själva, baserat på bästa tillgänglighet. Detta gynnar sannolikt enheter belägna i närheten av bebyggelsecentra. Det är svårt att förutspå hur stor andel av kunderna som låter bli att välja. Det kan till exempel vara fråga om personer som inte har något behov av tjänsterna under den tid man kan lista sig.

Enligt konkurrens - och konsumentverkets rapport (6/2015) har mängden och typerna av producenter av hälsotjänster i Sverige ökat med 55 procent efter valfrihetsreformen. 74 procent av aktörerna har endast en hälsovårdscentral och de flesta nya aktörerna finns på tätt bebodda orter där efterfrågan på tjänsterna är stor.

I vilken mån ny företagsverksamhet startas beror också på hurudana villkor landskapen ställer för producenter av direktvalstjänster. Villkoren kan gälla tjänsternas kvalitet, resursernas storlek, tjänsternas tillgänglighet samt samordningen av servicekedjor och tjänster. Kraven avseende tjänsternas kvalitet och tillgänglighet kan gälla bl.a. användning av kvalitetsindikatorer och tillgodoseende av en miniminivå definierad enligt dessa, dimensioneringen av servicepersonalen och mottagningstiderna. Hur omfattande villkor som ställs är avgörande för hur attraktivt det är att starta ny företagsverksamhet och hur länge det tar förrän den egentliga verksamheten kan börja. Detta kan ha konsekvenser för jämlikheten mellan aktörerna. Jämlikheten kan bli lidande om olika landskap ställer mycket olika krav.

Eftersom det är landskapen som kommer att bestämma om villkoren går det för närvarande inte att bedöma hur dessa villkor kommer att påverka marknaden. Villkoren kommer att påverka förutsättningarna för ny företagsverksamhet men i det aktuella läget går det inte att bedöma om de möjligtvis gör det orimligt svårt att starta mindre social - och hälsovårdscentraler eller enheter för mun- och tandvård. Som allmän regel går det dock att konstatera att större enheter har lättare att uppfylla t.ex. villkoren om personaldimensionering och mottagningstider. Mindre företag kan uppfylla villkoren med hjälp av olika avtalslösningar och nätverk.

Kvalitetsindikatorerna för tjänster och vård, ifall de fastställs, har åtminstone två slags följder. De gör att också mindre aktörer kan marknadsföra kvaliteten på sina tjänster effektivt. Att följa verksamheten med hjälp av indikatorer kan dock öka de administrativa kostnaderna. Företagen måste eventuellt anpassa sin verksamhet så att den kan följas med indikatorer. Detta kan innebära processer som gör verksamheten mindre effektiv, investeringar i rapporteringsutrustning och administrativt arbete i form av följning och rapportering av den egna verksamheten. Företagen måste eventuellt också sätta tid på eventuella auditeringar utförda av externa parter. De kan dessutom vara tvungna att köpa avgiftsbelagda certifikat vilket ökar på de direkta kostnaderna. Små företag vinner på att de får ett tydligt sätt att göra reklam för sin kvalitet, men relativt sett kan hanteringen av indikatorerna ändå bli dyrare. Små företag har dessutom sämre förutsättningar att investera i system som underlättar rapporteringen.

Indirekt kan det uppstå ny innovationsbase rad näringsverksamhet om företagen som producerar valfrihetsbaserade tjänster hamnar utanför tillämpningsområdet för upphandlingslagen och därmed kan ägna sig åt B2B -partnerskap som är mer affärsorienterade. Entreprenadkedjor kan uppstå exempelvis inom lab oratorietjänster, bilddiagnostik och terapi samt inom arbetskraftsuthyrning. Enligt Brommels rapport har små serviceproducenter lättare att få fotfäste på en marknad där det inte finns något krav på att delta i anbudstävlingar enligt upphandlingslagen [3]. Företagsverksamheten blir också mer fortlöpande och förutsebar när den inte är bunden till upphandlingscykler av denna typ.

Enligt konkurrens- och konsumentverkets rapport är det typiska i servicesektorn att innovationer uppstår i samverkan med kunden (Konkurrens- och konsumentverkets rapporter 6/2016). I reformen finns ett potential för processinnovationer genom att den nya marknaden och de bredare möjligheterna för privata aktörer att medverka i primärvården fungerar som incitament till nya serviceformer, till exempel för identifiering av symtom eller inom kundservice. Sparmålen i reformen kan däremot utgöra ett hot för produktinnovationer inom hälsosektorn, till exempel i form av läkemedelsutveckling eller apparatur, eftersom dessa kräver avsevärda satsningar.

Lösningar för konkurrens

Genom reformen skapas en prisreglerad marknad där servicearrangörerna fastställer klientavgifterna och den ersättningsnivå som serviceproducenterna får. Då det inte går att konkurrera med priset blir kvaliteten på tjän sterna, urvalet av tjänster, öppettiderna och läget desto viktigare. I Sverige är det i första hand ett gott renommé och närheten till verksamhetsstället som avgör valet av ny hälsovårdscentral (Konkurrens- och konsumentverkets rapporter 6/2015) . Enligt en allmän enkät genomförd hösten 2014 i Finland ansåg de flesta att valet påverkas mest av vårdens kvalitet och trygghet, av kötiderna och av hur enkelt det går att boka tid. Egna erfarenheter och vårdställets eller vårdpersonalens renommé sågs som ytterst v iktiga eller ganska viktiga faktorer. Information från webbsidor eller press tillskrevs däremot det minsta värdet av alla 15 alternativ (Kaikkonen & al. 2016).

Kostnader för företagen

Reformen medför kostnader för företag. Kostnaderna kan delas upp i eng ångskostnader och fortlöpande kostnader. Investeringsbehoven i startskedet påverkar i vilken mån det uppstår ny företagsverksamhet och de fortlöpande kostnaderna påverkar därtill lönsamheten på längre sikt.

Förenklat består startkostnaderna av personalrekrytering, lokaler och behövlig utrustning. De nödvändiga IT -systemen föranleder också investeringskostnader. Några särskilda krav avseende lokalerna finns inte och man behöver inte nödvändigtvis mycket utrustning eftersom bl.a. laboratorier och bilddiagnostik kan läggas ut på entreprenad.

För små företag kan IT-systemet bli en tröskel ifall kostnaderna för införande och användning av ett sådant system blir orimliga i förhållande till omsättningen. Kostnaden består av licensavgifter, auditeringar och personalutbildning. Serviceproducenter måste ansluta sig till riksomfattande informationssystemstjänster (tjänsterna i Kanta) enligt lagen om elektronisk behandling av

[3] Valfrihet och förenkling av finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården, utredargruppens mellanrapport 15.3.2016 (på finska)

klientuppgifter inom social- och hälsovården. Som exempel kostar det ca 20 000 euro att ansluta sig som användare av e-recept och användarkostnaden för systemet är ca 2 000 euro per månad.

Serviceproducenter använder informationshanteringstjänsten för att sända information till landskapet samt till aktörer som beviljar kundsedlar, personliga budgetar och betalsedlar om vilka tjänster som kunderna har fått. Särskilt i små företag är anslutningen till informationshanteringstjänsten såväl en kompetens- som en kostnadsfråga.

För ett företag uppkommer kostnader också beroende på hur mycket tid som företaget måste lägga ner på att tillgodose de administrativa kraven. I startskedet, dvs. då ett företag grundas, ska företaget ha en affärsplan. Då offentlig verksamhet bolagiseras med målet att producera social- och hälsotjänster blir bolagsformen automatiskt ett aktiebolag. Då man grundar ett aktiebolag måste man göra upp ett avtal om bolagsbildning och en bolagsordning samt utse en styrelse med 1–5 ledamöter. Aktiekapitalet ska vara minst 2 500 euro.

En del av de administrativa engångskostnaderna består av den tid som företaget använder på rapporterings- och anmälningsuppgifter. Producenter av direktvalstjänster måste sätta tid bl.a. på att registrera sig i producentregistret och på att ansluta sig till den riksomfattande tjänsten Kanta.

En ytterligare administrativ börda för dem är det eventuella behovet av ackreditering, rapporteringen till landskapet om hur dess villkor har tillgodosetts, att de måste anmäla sig som producenter av direktvalstjänster och att de måste ingå producentavtal för direktvalstjänsterna. Landskapen kan kräva ackreditering och kostnaden för ackreditering kan vara hög.

Allmänt taget och eventuell ackreditering utesluten kan man uppskatta att de lagstadgade anmälningsförfarandena för nya producenter av direktvalstjänster tar under 14 arbetsdagar. Räknat i lönekostnader för administrativ personal innebär detta en administrativ börda på under 3000 euro. Den administrativa bördan för producenter av kundsedeltjänster och tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget blir avsevärt mindre.

De fortlöpande administrativa kostnaderna för producenter av direktvalstjänster består av skyldigheten att tillhandahålla information för uppföljningsändamål (45 och 46 §). Detta omfattar bl.a. att sända information om kunderna i landskapet och om vilka tjänster de fått till Kanta. Den administrativa bördan av att regelbundet samla och skicka information om verksamheten blir inte nödvändigtvis så stor om det är en naturlig del av serviceprocessen gentemot kunden. Den administrativa bördan omfattar inte enbart den tid som går åt till rapportering utan även det eventuella behovet att anpassa verksamheten så att företaget kan ta fram den information som landskapet behöver. Att anpassa verksamheten kan vara proportionellt dyrare för en enskild liten aktör. Som princip kan man utgå ifrån att processerna för sändning av uppföljningsinformation kommer att anpassas till processerna hos företagen inom social- och hälsovårdssektorn, eftersom det handlar om uppgifter som är nödvändiga för att kunna ge kunderna vård. Med beaktande av detta är den administrativa bördan inte så stor. Kravet innebär inte annars heller att företagen ska anpassa sina tillvägagångssätt på ett icke-ändamålsenligt sätt.

Det är svårt att göra en närmare uppskattning av hur mycket tid det tar att sända uppföljningsinformation om verksamheten eftersom detta sker i flera olika situationer. Det beror till exempel på hur man tar uppgifter av kunden i början och vad som händer i servicesituationen. Den

administrativa bördan i des sa situationer avser de åtgärder som utförs endast för att informationen ska kunna sändas till landskapet.

En annan viktig administrativ rapporteringsskyldighet är skyldigheten att publicera boksluts - och beskattningsuppgifter på det offentliga datanätet enligt 45 §. De största administrativa kostnaderna härrör från skyldigheten att lämna en utredning om lednings - och förvaltningssystem, om den interna kontrollen och riskhanteringen samt om tjänsteproducentens verksamhetsprinciper för samhällsansvaret och hur de tillämpas. Producenter ska dessutom publicera en sammanfattande utredning om sitt deltagande i forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet samt om sina verksamhetsprinciper i dessa avseenden, och en utredning om hur kundernas behov har beaktats i verksamheten.

De ovannämnda skyldigheterna är i regel av sådan typ att den största administrativa kostnaden uppstår när uppgifterna ska tas fram för första gången. Därefter handlar det om att uppdatera befintlig information.

Den administrativa bördan för företagen omfattar dessutom tillsyn och eventuella auditeringsbesök samt skyldigheten i 17 § 3 mom., som enbart gäller producenter av direktvalstjänster, att informera sina kunder om vilka producenter av betalsedeltjänster som finns.

4.7 Konsekvenser för personalen, sysselsättningen och arbetslivet

Allmänt

Enligt den statistik som Institutet för hälsa och välfärd för sysselsatte kommunernas hälso - och socialtjänster (med undantag av dagvård och kommunernas köpta tjänster) sammanlagt 203 673 personer 2014. Hälsotjänsterna sysselsatte 132 387 och socialtjänsterna 71 286 personer. Relaterade gemensamma förvaltningstjänster sysselsatte dessutom 6 143 personer. Enligt Kommunförbundets statistik hade sjukvårdsdistrikten 78 690 anställda i s lutet av 2015. Social - och hälsovården är således en betydande arbetsgivare på riksnivå och lokal nivå. Enligt förslaget övergår social - och hälsovårdspersonalen i landskapens tjänst.

Kommunernas stödtjänster sysselsätter uppskattningsvis cirka 15 000 –18 000 personer. Till landskapen övergår enligt riktlinjerna personer vars arbetsinsats till åtminstone 50 procent utgörs av social- och hälsotjänster. Till dessa hör bland annat personer som arbetar inom kommunernas gemensamma stödtjänster samt förvaltningsp ersonal, till exempel social - och hälsovårdens allmänna ledning.

Dessa anställda kommer när valfrihetssystemet införs att övergå i tjänst hos landskapen eller hos landskapsgrundade bolag som producerar direktvalstjänster. Den slutliga arbetsgivaren för dessa anställda beror alltså på om de arbetar med tjänster som tillhandahålls av landskapets affärsverk eller med direktvalstjänster.

Social- och hälsovårdsreformen har konsekvenser för personalens ställning, lön och andra anställningsvillkor samt arbetsförhållanden. Den har också konsekvenser för visstidsanställningar och anställda som återvänder till arbetet efter famil jeledighet. Social - och hälsotjänsterna är den mest kvinnodominerade branschen på den finländska arbetsmarknaden. Med de privata tjänsterna inberäknade är 88 procent av de anställda kvinnor. Eftersom social - och hälsovårdsbranschen är

kvinnodominerad är det huvudsakligen kvinnorna som känner av personalkonsekvenserna av reformen. Reformens könskonsekvenser behandlas i avsnitt 4.6.

Konsekvenser för sysselsättningen

Enligt den senaste kompetens- och arbetskraftsförfrågan som KT Kommunarbetsgivarna gjort finns det ett behov i kommunerna av att anställa yrkesutbildade personer i synnerhet inom hälsovården, socialsektorn och undervisningen. Yrkesutbildade personer inom hälsovården utgör den största gruppen som kommer att anställas (5 900 personer). Inom socialsektorn kommer 2 200 yrkesutbildade personer att anställas. [4] [5] Sysselsättningsläget inom social- och hälsovårdsbranschen är alltså bra särskilt med anledning av att de stora åldersklasserna går i pension och att servicebehovet har ökat.

Valfrihetsmodellens konsekvenser för sysselsättningen beror i huvudsak på i vems tjänst framtidens social- och hälsovårdspersonal arbetar och hur landskapet med sina åtgärder lyckas påverka rationaliseringen av tjänster och förnyandet av verksamheten. Om verksamhetssättet och sättet att ordna tjänster inte förnyas är risken att personalbehovet ökar ännu snabbare eftersom behovet av tjänster ökar i och med att befolkningen blir äldre.

Efter inledningsfasen har landskapet beslutanderätt i frågor som gäller personalens ställning. Utifrån 112 § i utkastet till landskapslag leder reformen dock alltid till bolagisering åtminstone av direktvalstjänster som hör till valfriheten och som produceras av landskapet. Reformen kan också leda till bolagisering av en del tjänster som ordnats med hjälp av kundsedlar.

Målet med hela social- och hälsovårdsreformen med valfriheten inberäknad är att bromsa upp kostnadsökningen med 3 miljarder euro på lång sikt. Enligt en grov bedömning utgör personalkostnaderna cirka två tredjedelar av kostnaderna för social- och hälsotjänster. Beräkningsmässigt skulle detta betyda att två miljarder av målet att stävja kostnadsökningen borde uppnås genom personalkostnader, dvs. i praktiken så att ökningen av antalet anställda kunde tyglas.

Konsekvenser för arbetsmarknadens funktion eller strukturella faktorer

Enligt förslaget utvidgas tillämpningsområdet för den kommunala lagstiftningen om anställningsförhållanden till att även gälla personal som arbetar i landskapet, landskapets affärsverk och bolag som ägs av landskapet. Personalens ställning skulle till denna del vara oförändrad. Om den privata tjänsteproduktionen ökar, minskar antalet anställda som omfattas av det kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet, eller åtminstone deras andel, vilket kan inverka på arbetsavtalsförhandlingarna.

I samband med social- och hälsovårdsreformen ändras arbetsmarknadsmodellen i offentliga sektorn till följd av den nya lagen om anordnande av intressebevakning för arbetsgivare i kommuner och landskap, vilket i och för sig inte är beroende av valfriheten. Beslutsfattandet omorganiseras. Det högsta organet är styrelsen. Därutöver har KT en sektion för varje grupp av medlemssamfund (en kommunsektion, en landskapssektion och en företagssektion). Sektionerna godkänner tjänste- och

[4] http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet/2016/Sivut/osaamis-ja-tyovoimatarve-tiedustelu.aspx
[5] http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/muutostuki/vaikutukset-henkilostoon/Sivut/default.aspx

arbetskollektivavtalen som binder deras medlemssamfund. Tjänste - och arbetskollektivavtalen ändrar också i samband med reformen.

Som ägare till de funktioner det har bolagiserat kan landskapet välja om det ansluter sig som medlemsbolag i den framtida offentligrättsliga arbetsgivarorganisationen (Kommun - och landskapsarbetsgivarna KT) eller om det ansluter sig till motsvarande organisation i privata sektorn. Konkurrens mellan offentligt ägda och privatägda företag kan påverka valet. Om bolaget väljer en arbetsgivarorganisation i privata sektorn som sin intressebevakare följer bolaget också avtalen i privata sektorn. Om arbetskollektivavtalet ändras påverkas anställningsvillkoren. Ändringarnas omfattning beror på nivån på arbetskollektivavtalet som tillämpas.

Bolagen som ägs av landskapen kan också välja om de blir medlemsbolag i Keva. Då arbetsgivarna även i fortsättningen omfattas av det kommunala pensionssystemet är pensionsskyddet oförändrat för personalen som övergår i landskapens tjänst. Om ett bolag inte blir medlemsbolag i Keva förpliktar lagen bolaget att trygga personalens tilläggspensionsskydd med en privat pensionsförsäkring.

Konsekvenser för personalens ställning och för arbetslivet

Valfrihetsmodellen förutsätter att landskapets tjänster som omfattas av valfrihet bolagiseras och till denna del att landskapets anställda övergår till företagen som grundas. Enligt övergångsbestämmelserna är anställningsvillkoren (eller tjänste - och arbetskollektivavtalet) oförändrade till en början, men de torde ändras till följd av de nya tjänste - och arbetskollektivavtalen.

Enligt lagförslaget till lagen om införande av landskapslagen och lagen om ordnande av social - och hälsovård övergår de anställda i tjänst hos landskapen enligt principerna om överlåtelse av rörelse, dvs. de anställdas rättigheter och skyldigheter som gäller vid tidpunkten för övergången förblir gällande och arbetstagarna fortsätter som så kallade gamla arbetstagare i den nya arbetsgivarens tjänst. Enligt övergångsbestämmelserna häinför sig den fortsatta överlåtelsen av anställda till landskapets bolag fortfarande till samma överlåtelse av rörelse. Anställda som arbetar med tjänster som omfattas av valfrihet övergår således genom en andra överlåtelse av rörelse från landskapen till bolagen. Överlåtelse av rörelse är ingen uppsägningsgrund och utgör i sig inte en grund för att ändra anställningsvillkoren. På anställningens varaktighet inverkar dock väsentligen kravet att även landskapsägda bolags verksamhet ska vara företagsekonomiskt lönsam.

För att reformen ska lyckas krävs målinriktad och kunnig ledning och en engagerad personal i landskapet, landskapets affärsverk och företag. Det kommer att ske ändringar i de anställdas arbetsuppgifter och den egentliga lönen kan sjunka om den ny a uppgiften eller tjänsten har en lägre kravnivå enligt tjänste - arbetskollektivavtalet. För att valfriheten ska förverkligas förutsätts en ny verksamhetskultur (Junnila et al. 2014) och nätverksbaserade arbetssätt för att genomföra vård - och tjänstekedjorna. Reformen kan innebära en ändring i de anställdas uppgifter och arbetsbeskrivning och även platsen där arbetet utförs kan ändra.

I valfrihetssystemet enligt regeringens proposition inverkar kundernas val på hur bra bolag som tillhandahåller direktvalstjänster klarar sig på marknaden. Utformningen av marknaden betyder också en omformning av arbetsmarknaden, särskilt när personal rekryteras till de nya enheterna för direktvalstjänster. Om en stor del av dem som nu utnyttjar social - och hälsotjänster blir kunder i

andra företag än sådana som ägs av landskapen, innebär detta ett ökat behov av uppsägningar i landskapens produktionsbolag. Detta skapar en ny osäkerhetsfaktor i den nuvarande personalens anställningsförhållanden. Verksamheten i bolagsform som förverkligar valfriheten i landskapet präglas åtminstone i början också av osäkerhet beträffande verksamhetens företagsekonomiska lönsamhet. Olönsam verksamhet måste anpassas eft ersom landskapet på grund av EU:s regler om statligt stöd inte kan subventionera sina bolag. Av denna anledning finns det risk för att en anställning upphör efter den utsatta tiden.

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial

5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats