Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att det stiftas en ny lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården. Syftet med lagen är att för social- och hälsovårdens kunder främja möjligheterna att välja tjänsteproducent och att förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna. I lagen föreskrivs det om innehållet i kundens valfrihet, rådgivning och handledning om användningen av valfrihet, om bedömningen av servicebehovet och om samordning av tjänster, förfaranden vid godkännande av tjänsteproducenter samt avtalsförfaranden, tjänsteproduktion och producenternas skyldigheter, ersättningar till tjänsteproducenter, informationshantering och tillsyn samt hur valfrihetsmodellen ska genomföras.

Genom den föreslagna valfrihetsmodellen övergås till ett social- och hälsovårdssystem där kunden kan påverka valet av sin tjänsteproducent. Landskapet svarar för ordnandet av social- och hälsovården. Med kundens valfrihet avses kundens rätt att välja en tjänsteproducent och dess tjänsteenhet samt en yrkesutbildad person eller multiprofessionell grupp yrkesutbildade personer som tillhandahåller tjänster. Kundens valfrihet ska omfatta val av en social- och hälsocentral och en mun- och tandvårdsenhet som är antingen offentlig och finns vid ett landskaps affärsverk eller privat, val av affärsverk samt tjänster som fås mot kundsedel och enligt en personlig budget. Kunden får för sex månader i taget välja en social- och hälsocentral och mun- och tandvårdsvårdsenhet som tillhandahåller i lagen angivna direktvalstjänster utan landskapets bedömning av servicebehovet eller anvisning. Dessutom ska kunden ha rätt att välja ett affärsverk i landskapet och dess tjänsteenhet. Utifrån en bedömning av servicebehovet som landskapets affärsverk gör kan kunden för vissa tjänster beviljas en kundsedel eller en personlig budget som kunden kan använda när han eller hon väljer tjänsteproducent. Det föreslås att kundens rätt att välja ska gälla hela landet.

Enligt förslaget ska landskapet godkänna de privata social- och hälsocentraler, de privata mun- och tandvårdsenheter och de producenter av kundsedelstjänster som är verksamma inom landskapets område. 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 informationssystemtjänster som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Dessutom föreskrivs det i lagen om de allmänna skyldigheter och det ansvar som gäller tjänsteproducenter inom valfrihetssystemet. I fråga om producenter av direktvalstjänster föreskrivs i lagen om särskilda villkor. Vidare kan landskapet ställa villkor för producenter av direktvalstjänster samt för producenter av tjänster som tillhandahålls mot kundsedel och enligt personlig budget. Genom villkoren tryggas tillräckliga social- och hälsovårdstjänster samt främjas befolkningens hälsa och välfärd i landskapet.

Enligt vad som föreslås ska landskapet ingå avtal med producenterna av direktvalstjänster och besluta om de ersättningar som ska betalas till producenterna enligt de finansieringsprinciper som föreskrivs i lagen. Landskapet ska också föra en förteckning över producenter och övervaka dem. Landskapet ska också föra register över social- och hälsovårdens klient- och patientdata. Via riksomfattande informationshanteringstjänster har producenten tillgång till klient- och patientdata över kunden i den utsträckning som krävs för att tjänsten ska kunna utföras. Landskapet ansvarar också för att invånarna har tillräcklig information för att kunna välja bland social- och hälsovårdstjänsterna. Dessutom ska landskapet, landskapets affärsverk och producenterna av direktvalstjänster svara för samordningen av kundens tjänster.

För att möjliggöra kundens valfrihet ska det enligt vad som föreslås finnas riksomfattande informationshanteringstjänster för valfriheten som alla tjänsteproducenter som avses i lagen ska använda. I tjänsterna ska ingå uppgifter om tjänsteproducenter med hjälp av vilka kunden kan välja producent. Dessutom kan tjänsteproducenterna använda informationshanteringstjänsterna för att göra anmälningar enligt den föreslagna lagen samt ge föreskrivna uppgifter om de tjänster som kunden får och om sin verksamhet.

Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2020. Avsikten är dock att valfrihetssystemet ska träda i kraft stegvis. Den personliga budgeten tas enligt planerna i bruk den 1 januari 2020 och kundsedeln senast den 1 juli 2020. Social- och hälsocentralerna inleder sin verksamhet den 1 januari 2021 och mun- och tandvårdsenheterna inleder sin verksamhet den 1 januari 2022.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Sisällys

ALLMÄN MOTIVERING ... 4
INLEDNING ... 4
Allmänt ... 4
Sammanfattning av konsekvenserna av valfrihetsreformen ... 5
NULÄGE ... 9
Lagstiftning och praxis ... 9
2.1.1 Grundläggande fri- och rättigheter ... 9
2.1.2 Överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter ... 10
2.1.3 Utövning av offentlig makt inom social- och hälsovården ... 11
2.1.4 Att ordna och tillhandahålla social- och hälsovård ... 12
2.1.5 Verksamhetsförutsättningar för social- och hälsovård ... 15
2.1.6 Social- och hälsovårdssystemet ... 17
2.1.7 Integrerad service ... 21
2.1.8 Social- och hälsovårdens kunder ... 22
2.1.9 Patientens och socialvårdsklientens ställning och rättigheter ... 24
2.1.10 De språkliga rättigheterna vid tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och rättssäkerheten ... 25
2.1.11 Tillgång till tjänster ... 26
2.1.12 Valfrihet inom social- och hälsovården ... 28
2.1.13 Servicesedel inom social- och hälsovården ... 30
2.1.14 Personlig budget ... 31
2.1.15 Privat social- och hälsovård ... 32
2.1.16 Social- och hälsovårdens informationssystem och behandlingen av kunddata ... 33
2.1.17 Bestämmelser om yrkesutbildade personer inom socialvården och hälso- och sjukvården 34
2.1.18 Tillsyn över social- och hälsovården ... 35
2.1.19 Finansiering av social- och hälsovården ... 36
2.1.20 Produktifiering och fakturering ... 38
2.1.21 Lanskapens skattemässiga ställning vid inkomstbeskattningen ... 39
Den internationella utvecklingen och lagstiftningen i utlandet: Valfrihet när det gäller social- och hälsovård i de nordiska länderna och i vissa andra europeiska länder ... 39
2.2.1 Sverige ... 39
2.2.2 Norge ... 41
2.2.3 Danmark ... 41
2.2.4 England ... 42
2.2.5 Nederländerna ... 43
2.2.6 Tyskland ... 44
2.2.7 Sammandrag av valfrihetssystemen i olika länder ... 45
Bedömning av nuläget ... 45
2.3.1 Tjänstekvalitet och tillgång till tjänster ... 45
2.3.2 Valfrihet i praktiken ... 46
2.3.3 Social- och hälsovårdsreformen ... 48
2.3.4 Europeiska unionens regler om statligt stöd ... 51
2.3.5 Statens tillstånds- och tillsynsmyndighet ... 61
2.3.6 Landskapens skattemässiga ställning i valfrihetsmodellen ... 61
MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN ... 62
Målsättning ... 62
Alternativ för genomförandet ... 62
De viktigaste förslagen ... 65
3.3.1 Kundens valfrihet ... 66
3.3.2 Direktvalstjänster ... 66
3.3.3 Val av affärsverk ... 67
3.3.4 Kundsedel och personlig budget inom de tjänster som landskapets affärsverk har produktionsansvar för ... 68
3.3.5 Rådgivning och handledning av kunden och bedömning av kundens servicebehov samt samordning av tjänsterna ... 68

3.3.6 Godkännande av tjänsteproducenter samt avtalsförfaranden 69
3.3.7 Ersättningar till tjänsteproducenterna 70
3.3.8 Andra viktiga förslag 71
3.3.9 Valfrihetsmodellens karaktär med tanke på EU:s regler om statligt stöd 71
3.3.10 Införande av valfrihetsmodellen 75
3.3.11 Pilotförsök med direktvalstjänster och personlig budget 76
3.3.12 Landskapets skattskyldighet i fråga om inkomster av direktvalstjänster 76
SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER 77

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

ALLMÄN MOTIVERING

Inledning

Allmänt

Enligt regeringsprogrammet omfattar social- och hälsovårdsreformen en utvidgning av valfriheten och en förenkling av systemet med flera finansieringskanaler. Regeringen drog upp riktlinjerna för de allmänna principerna för valfrihet den 7 november 2015 och preciserade riktlinjerna den 5 april och 29 juni 2016. Enligt regeringens riktlinjer är kundens valfrihet i fortsättningen huvudregeln på basnivå och används i tillämpliga delar inom social- och hälsovårdstjänster på specialiserad nivå. Kunden 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 att få snabb vård och tillgång till tjänster.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en utredningsgrupp som skulle ge förslag till hur genomförandet av valfrihetsmodellen och flerkanalsfinansieringen ska kunna gå till. Gruppens ordförande var professor Mats Brommels. Gruppen överlämnade sin lägesrapport till familje- och omsorgsminister Juha Rehula den 15 mars 2016 och slutrapporten offentliggjordes den 31 maj 2016 (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:37).

I sin slutrapport föreslår utredningsgruppen att finansieringen av de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av kundernas valfrihet i fortsättningen ska genomföras i två etapper. Staten finansierar de landskap som har organiseringsansvar och landskapen betalar ersättningar till de tjänsteproducenter som har godkänts för systemet.

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

Enligt förslaget ska landskapen, i enlighet med principer som fastställs av staten, besluta om vilka fastställda delar av den specialiserade sjukvården och socialvårdens specialtjänster som ska omfattas av kundens val. Efter att ha fått en remiss eller servicehandledning från social- och hälsocentralen eller ett förmånsbeslut av en myndighet kan kunden välja tjänsteproducent.

Enligt utredningsgruppens förslag fattar staten beslut om kundavgifter, som är enhetliga för samma tjänster. Landskapet föreslås ingå avtal med producenten 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 kunder 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 att denna andel 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. Företagshälsovård, 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 beredning av lagstiftningen om valfrihet. Enligt regeringens riktlinjer vill man att människors olika servicebehov ska vara utgångspunkten för den finländska valfrihetsmodellen. Av riktlinjerna framgår att man överväger att inkludera fyra olika metoder i valfrihetsmodellen: en social- och hälsocentral som erbjuder ett stort antal tjänster på basnivå, ett egenteam eller en social- och hälsostation med snävare tjänsteurval, servicesedel och en personlig budget.

I samband med landskaps- och social- och hälsovårdsreformen överlämnade regeringen den 9 maj 2017 regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om kundens valfrihet inom social- och hälsovården samt ändring av 2 § i lagen om statens revisionsverk (RP 47/2017 rd). Riksdagens grundlagsutskott konstaterade i sitt utlåtande (GrUU 26/2017 rd) att förslaget till valfrihetslag kan godkännas

i vanlig lagstiftningsordning endast om utskottets konstitutionella anmärkningar om slopande av bolagiseringsskyldigheten, landskapens rätt att själva producera social- och hälsovårdstjänster, delegering av offentliga förvaltningsuppgifter till enskilda, ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna samt om kravet på att landskapens uppgifter ska bestämmas i lag beaktas på behörigt sätt.

Den 5 juli 2017 beslutade regeringen att en ny regeringsproposition ska beredas för att genomföra de ändringar som krävs enligt grundlagsutskottets utlåtande och att propositionen ska överlämnas till riksdagen i början av 2018. Den 14 juli 2017 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en tjänstemannaarbetsgrupp för perioden 17.7.2017–31.3.2018 med uppgift att bereda en ny regeringsproposition med förslag till lagstiftning om kundens valfrihet inom social- och hälsovården. Propositionen ska ersätta regeringens proposition 47/2017, som överlämnats till riksdagen och varit utgångspunkt för tjänstemannaberedningen av den nya propositionen. De ändringar som krävs i grundlagsutskottets utlåtande GrUU 26/2017 har gjorts i valfrihetsmodellen enligt propositionen 47/2017. Dessutom har man vid beredningen av den nya propositionen till behövliga delar tagit hänsyn till de nödvändiga ändringsbehov som eventuellt har kommit fram vid utskottsbehandlingar av propositionen 47/2017.

Sammanfattning av konsekvenserna av valfrihetsreformen

Den föreslagna propositionen om valfrihet är en del av den mer omfattande landskaps- samt social- och hälsovårdsreformen. Syftet med förslaget till lag om valfrihet är att främja social- och hälsovårdskundernas möjligheter att välja tjänsteproducent, förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna samt att förstärka incitamenten för en kostnadseffektiv verksamhet och kontinuerlig utveckling inom servicesystemet.

Genom den finländska modellen för valfrihet vill man övergå till ett nytt, enhetligare system för social- och hälsovården. I det nya systemet betonas landskapsinvånarnas likvärdiga rätt att göra olika val för att säkerställa högklassiga social- och hälsovårdstjänster i rätt tid i olika livssituationer. Dessutom strävar man i det nya systemet efter att producera kundens tjänster kostnadseffektivt genom att på ett ändamålsenligt sätt utnyttja en modell med flera producenter samt olika experters och organisationers kompetens. Då integreras tjänsterna även på ett nytt sätt. Målet är att skapa en dynamisk verksamhetsmiljö som uppmuntrar olika aktörer till att vara innovativa och kontinuerligt utveckla tjänsterna för att stödja landskapsinvånarnas hälsa och välmående. Att kundernas valfrihet utvidgas, ett mångsidigt nätverk av producenter och att de konkurrensbaserade elementen utnyttjas i social- och hälsovårdstjänsterna är centrala medel för att valfrihetsreformens huvudmål ska förverkligas.
Lagförslaget skapar förutsättningarna för att målen som ställts upp för valfrihetsreformen ska uppnås. Med tanke på reformens konsekvenser är det emellertid väsentligt på vilket sätt de olika landskapen i sitt beslutsfattande inom ramen för självstyrelsen genomför valfriheten med beaktande av särdragen i sin region. Den gemensamma lagstiftningen säkerställer många olika redskap med sikte på att bygga upp producentnätverk och genomföra valfriheten för landskapen. Dessutom tillhandahålls landskapen förändringsstöd för verkställandet av valfriheten.

Utöver kunderna som anlitar tjänsterna berör reformens omedelbara konsekvenser produktionen av social- och hälsovårdstjänster och företag samt statens och landskapens ekonomi. Även uppgiften som anordnare och de övriga uppgifter som hör till den, såsom styrningen av producentnätverket, medför organisatoriska och administrativa konsekvenser förutom för landskapen och deras affärsverk även för andra myndigheter. Eftersom ett valfrihetssystem som fullständigt motsvarar den finländska reformen inte som sådant har genomförts i något annat land har man i bedömningen utnyttjat forskningslitteratur som behandlar ämnet samt forskningsrön om funktionsdugligheten i enskilda valfrihetsinstrument i praktiken, också genom finländska försök som redan pågår.

Individens rätt att påverka sin egen service gäller med vissa begränsningar alla människor. Därför förbättras, såväl på regional som på individuell nivå, kundernas jämlikhet i förhållande till nuläget och olika befolkningsgruppers möjligheter att påverka tjänster som är viktiga för dem ökar. Eftersom landskapets affärsverk alltid i sista hand kan producera de lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som befolkningen behöver tryggar propositionen en likvärdig tillgång till tjänster i alla situationer. För att trygga kundens valfrihet är det viktigt att de lagstadgade rådgivnings- och handledningstjänsterna tillgodoses från första början av reformens inledningsfas och kunderna har information som möjliggör jämförelse som stöd för beslutsfattandet. Eftersom arbetet att utveckla behövliga informationssystem ännu pågår kan det i början vara svårt att få heltäckande jämförelseuppgifter om tjänsterna och deras kvalitet. Att reformen sker stegvis underlättar för landskapen att förbereda sig inför ändringen även ur informationssystemens perspektiv.

Tack vare valfriheten blir tillträdet till service på basnivå snabbare och delvis även på specialistnivå då serviceutbudet ökar. Dessutom ger den gemensamma kundplanen för social- och hälsovården samt modellerna för avtal med och ersättning till serviceproducenterna landskapen nya redskap för att förbättra

servicen också för människor i den svagaste ställningen och skapar därmed förutsättningar för att jämna ut skillnader i välmående och hälsa. I valfrihetssystemet riktas serviceproducenternas incitament till att förbättra kvaliteten och öka kostnadseffektiviteten, vilket sannolikt ökar antalet nya serviceinnovationer. Detta kan även de kunder dra nytta av som inte själva vill eller inte kan göra bruk av sin rätt att välja.

Enligt lagförslaget utvidgas kundens valfrihet etappvis från och med 2020. Lagförslaget utvidgar invånarnas valfrihet samt ökar jämlikheten mellan olika befolkningsgrupper och landskapets invånares möjligheter att påverka hälso- och sjukvårdstjänster som är viktiga för dem.

I och med lagförslaget ökar kundernas valfrihet när friheten att välja serviceproducent och i mån av möjlighet yrkesutbildad person som täcker hela landet utvidgas från nuläget. I förhållande till det nuvarande systemet utvidgas valfriheten speciellt till klienterna inom socialvården. Utöver social- och hälsocentralerna och enheterna för munvård ökas valfriheten av möjligheten att välja tjänster som förvärvas med landskapets affärsverks kundsedel samt personlig budget. Också landskapets affärsverk kan i fortsättningen väljas fritt. I och med reformen förändras tjänstesystemets karaktär och kundernas ställning. Kundernas valfrihet och självbestämmanderätt som serviceanvändare stärks, och samtidigt kan de öka ansvaret för sin egen hälsa och sitt välmående och påverka tjänster som är viktiga för dem. Individens rätt att påverka sin egen service gäller med vissa begränsningar alla människor. Därför förbättras, såväl på regional som på individuell nivå, kundernas jämlikhet i förhållande till nuläget och olika befolkningsgruppers möjligheter att påverka tjänster som är viktiga för dem utökas.

Enligt lagförslaget får landskapets affärsverk producera klientens lagstadgade social- och hälsovårdstjänster i alla situationer. Detta tryggar likvärdig tillgång till tjänster, tillräcklig tillgänglighet och att de språkliga rättigheterna tillgodoses i hela landet.

Landskapens förutsättningar att bilda det mångsidiga producentnätverk som valfrihetssystemet kräver varierar eftersom det speglar regionens folkmängd, åldersstruktur, bebyggelsetäthet samt tillgången på personal inom social- och hälsovården. De bästa förutsättningarna för att ett producentnätverk ska byggas upp på ett mångsidigt sätt finns i stora städer. Förslaget till valfrihetslag ger landskapen olika möjligheter att påverka utvecklingen av regionens producentnätverk och därigenom verkställandet av valfriheten på ett sätt som beaktar regionens särdrag. Eftersom landskapets affärsverk alltid i sista hand får producera de lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som befolkningen behöver tryggar förslaget tillgången till tjänster, tillräcklig tillgänglighet och att de språkliga rättigheterna tillgodoses i alla situationer. Landskapets affärsverks roll betonas speciellt i de fall där förutsättningarna att dra nytta av konkurrensbaserade element till exempel på grund av gles bebyggelse av naturen är svagare.

Lagförslaget har förutsättningar att stärka integreringen av tjänster genom att tillhandahålla nya redskap för att förverkliga den samt genom att fastställa olika aktörers skyldigheter för att säkerställa att integreringen verkställs.

Bestämmelserna i lagen om ordnandet av social- och hälsovården och i valfrihetslagen bildar en helhet genom vilken det skapas förutsättningar att säkerställa en ännu starkare integrering av kundens tjänster. I den finländska valfrihetsmodellen betonas modellen med flera producenter. Därför verkställs även integrationen av kundens tjänster på ett nytt sätt. Enligt lagförslaget har serviceproducenterna ett direkt incitament att stödja kundorienteringen i kundens olika livssituationer. Dessutom är en gemensam bedömning av servicebehovet och en gemensam kundplan inom social- och hälsovården centrala verktyg när kundens individuella livssituation beaktas och integrationen av tjänster säkerställs i praktiken via tydligt lagstadgat ansvar att förverkliga dem. Förslaget skapar ramar för att befästa kundens och expertens gemensamma beslutsfattande och vårdförhållandets kontinuitet samt ökar sätten att skapa ändamålsenliga tjänstehelheter för dem som använder många tjänster till exempel via personlig budgetering.

Tillgången till jämförelseuppgifter och säkerställandet av att de lagstadgade rådgivnings- och handledningstjänsterna verkställs är viktigt från början av reformens inledningsfas för att valfriheten ska förverkligas enligt lagförslaget.

För att kunna göra val som i verkligheten också formar om servicesystemet mot önskade resultat behöver kunden mångsidiga jämförelseuppgifter som är lätta att förstå som stöd för beslutsfattandet. Eftersom arbetet att utveckla nödvändiga informationssystem ännu pågår kan det i början vara svårt att få tillräcklig information om tjänster och deras kvalitet. Att reformen träder i kraft etappvis underlättar dock för landskapen att förbereda sig inför ändringen och den nya uppgiften som anordnare även ur perspektivet för jämförelseuppgifter som behövs. Speciellt vad gäller människor i svagare ställning måste det beaktas att alla inte kan eller vill använda sig av valfriheten. Enligt lagstiftningen är det alltid frivilligt för kunden att välja. Det är emellertid viktigt att säkerställa att kunden i alla valsituationer vid behov får stöd av yrkesutbildad

personal. Stödets betydelse accentueras speciellt ur de kunders synvinkel som är i den svagaste ställningen. Därför är det viktigt att de lagstadgade rådgivnings- och handledningstjänsterna genomförs från början av reformens inledningsfas.

I och med lagförslaget blir tillträdet till servicen snabbare när utbudet ökar på de tjänster människorna behöver. Lagförslaget har även förutsättningar att öka tjänsternas kvalitet och effektivitet.

Genom lagförslaget vill man speciellt förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna på basnivå. Lagförslaget förbättrar tillgången på tjänster genom att öka serviceutbudet på basnivå och specialistnivå som motsvarar behovet av tjänster med hjälp av direkt valda tjänster, tjänster som ersätts med kundsedel och personlig budget. Genom dem kan även individuella servicebehov hos grupper med särskilda behov beaktas bättre än tidigare. Att styrnings- och rådgivningsuppgiften hos socialvårdens tjänsteproduktion ingår i social- och hälsocentralernas tjänster samt mobila socialvårdsteam kan dessutom förbättra tillgången och tillgängligheten till tjänsterna. Lagförslaget har också förutsättningar att förbättra tjänsternas kvalitet och effektivitet. I valfrihetssystemet kan landskapet ställa upp olika villkor för serviceproducenterna som gäller serviceproduktionen eller beakta faktorer som gäller en tjänsts kvalitet och effektivitet i ersättningsgrunderna, till exempel genom att betala sporrande ersättningar till en producent med god prestationsförmåga. Förverkligandet av uppställda mål stöder via valfrihetssystemet också den ökande informationen som gör det möjligt att jämföra serviceproducenter och som bidrar till att upptäcka problem och uppmuntrar till att korrigera dem.

Lagförslaget ger landskapen många olika redskap att styra serviceproduktionens regionala utveckling i en ny verksamhetsmiljö på ett sätt som beaktar regionala särdrag.

Landskapens nya uppgift som anordnare och de övriga uppgifter som hör till den medför organisatoriska och administrativa konsekvenser förutom för landskapen och deras affärsverk även för andra myndigheter. Som följd av reformen är man tvungen att snabbt anpassa det offentliga systemet till en ny verksamhetsmiljö där styrning av mångproducentsystemet samt beaktandet av befolkningens behov och kundernas olika livssituationer betonas i stället för det traditionella fokuset på organisationen. Landskapets uppgift som anordnare kommer att vara utmanande och kräva ett nytt sätt att fungera samt kompetens och arbetsredskap som hör ihop med det. Förslaget erbjuder olika redskap för att förverkliga den nya uppgiften som anordnare såsom en gemensam kundplan för social- och hälsovården, villkor som ställs på serviceproducenter, förfaranden för godkännande samt modeller för avtal och ersättning.

Lagförslaget ökar olika möjligheter till företagsverksamhet för företag och organisationer av olika storlek när kundens valfrihet förverkligas på många olika sätt.

I och med förslaget erbjuds aktörer inom privata och tredje sektorn en möjlighet att producera en större del än tidigare av de offentligt ordnade social- och hälsovårdstjänsterna. Valfrihetssystemet skapar lika möjligheter för aktörer inom privata och tredje sektorn att ansluta sig till landskapets producentnätverk i fråga om tjänster som omfattas av valfriheten. Kunden fattar det slutgiltiga beslutet om serviceproducent. Dessutom öppnas nya möjligheter inom de privata serviceproducenternas nätverk genom köp av tjänster via underleverantörer. Utöver tjänsteutbudets omfattning och villkoren som ställs på producenterna har ersättningarna som betalas till serviceproducenterna en viktig betydelse för hur servicestrukturen bildas i ett landskap. Beroende på hur den genomförs kan valfrihetsmodellen antingen utöka det regionala tjänsteutbudet och därigenom höja sysselsättningen även i glesbygden, eller i vissa situationer sätta fart på centraliseringen. Om kriterierna för att bli tjänsteproducent är sådana att även små producenter kan uppfylla dem, bland annat genom att kraven i fråga om tjänsteutbudets omfattning är lämpliga, kan ny tjänsteproduktion uppstå också i glesbygden.

Lagförslaget stöder uppkomsten av serviceinnovationer och kontinuerlig utveckling vilket alla kunder har nytta av.

Ur forsknings- och utvecklingsperspektiv öppnar lagförslaget många nya möjligheter och via reformen uppkommer olika mekanismer som stöder uppkomsten av nya innovationer. Aktiv rörlighet hos landskapets invånare skapar grunden för konkurrens och därmed utvecklingen av tjänster. I valfrihetssystemet har riktlinjerna för serviceproducenternas incitament dragits upp för att kvaliteten ska förbättras och kostnadseffektiviteten öka. Det ökar sannolikt antalet nya serviceinnovationer. Även de kunder som av en eller annan orsak inte vill eller kan använda sin rätt att välja kan ha nytta av dem. Samma sak gäller även områden där det genom reformen inte uppstår några påtagliga mängder nya tjänster. Också invånarna på glest bebyggda områden kommer troligen att ha nytta av serviceinnovationer, att tjänsterna utvecklas och blir

mångsidigare genom reformen. Också ur denna synvinkel accentueras tillgången till jämförelseuppgifter samt landskapets förmåga att använda lagstadgade styrmedel.

Lagförslaget har konsekvenser även för personalen. Trots att det skapar osäkerhet på arbetsmarknaden inom social- och hälsosektorn stärker det även konkurrensen om kunnig arbetskraft.

Landskapsreformen och valfrihetssystemet medför ändringar på den offentliga sektorns arbetsmarknad, förhandlings- och avtalssystem och koncernstruktur och påverkar flera självständiga arbetsgivares verksamhet. De viktigaste konsekvenserna för personalen ur den föreslagna valfrihetslagens perspektiv bildas genom att producentnätverket blir mångsidigare. Trots att landskapen alltid också har egen offentlig produktion kommer det för personalens del att ske övergångar mellan olika organisationer inom social- och hälsovårdssektorn. Om ett landskap beslutar bolagisera en del av sin verksamhet kan personalen övergå från en arbetsgivare till en annan även den vägen. Som en följd av reformen kan personalens arbetsgivare, arbetsuppgifter eller arbetsplatsens läge ändras. Detta skapar ny osäkerhet på arbetsmarknaden inom social- och hälsovårdssektorn men också konkurrens om kunnig arbetskraft och för arbetstagarna nya möjligheter att utvidga sin kompetens. Oberoende av ändringarna fortsätter det goda sysselsättningsläget inom social- och hälsovårdssektorn sannolikt även i framtiden.

Att lagförslaget träder i kraft etappvis ger landskapen flexibilitet i förberedelserna och offentliga sektorn tid att anpassa den egna produktionen till en ny verksamhetsmiljö. Valfrihetslagens effektiverade förändringsstöd hjälper landskapen att förbereda sig för den nya uppgiften som anordnare.

Valfrihetslagens detaljerade konsekvenser beror till stor del på hur de olika landskapen inom ramen för självstyrelsen i beslutsfattandet organiserar tjänsterna och förverkligar utvidgandet av valfriheten på ett sätt som beaktar regionens särdrag. Att reformen träder i kraft etappvis till exempel vad gäller kundernas registrering ger landskapen tid att anpassa sig till den nya uppgiften som anordnare och till omorganisering av serviceproduktionen. Nya handlingsmodeller kräver en stark kultur av styrning och kompetens genom information samt kontroll av att gemensamma spelregler följs och snabba ingripanden i upptäckta missförhållanden. Detta kommer att påverka anordnarens kompetensbehov och de resurser som behövs, och att trygga dem i reformens inledningsfas kan vara en utmaning för en del av landskapen. Landskapen erbjuds dock många olika slag av förändringsstöd för verkställandet av lagen. Detta innehåller anvisningar om modeller för avtal med och ersättningar till serviceproducenterna, olika slag av utbildning och förberedelse såsom förändringsledningens akademi, simuleringsövningar för landskapets förhandlingsförfaranden, nationellt förberedelsearbete för det informationsunderlag reformen kräver samt regionala utvecklingsprojekt såsom utvidgade försök med servicesedlar och pilotprojekt för valfriheten.

Lagförslaget skapar förutsättningar för att kostnadsökningen ska dämpas på längre sikt men kräver investeringar för att bygga upp valfriheten i reformens inledningsfas.

Lagförslaget är en del av social- och hälsovårdsreformens helhet där ett av målen är att dämpa kostnadsökningen med tre miljarder euro före slutet av 2029 enligt det ursprungliga målet. Lagförslaget har konsekvenser som både ökar och dämpar utgiftsutvecklingen. I reformens inledningsfas behövs till exempel nödvändiga investeringar för informationssystem som möjliggör reformen. Till reformen hör även utgifter för inlärning på kort sikt i inledningsfasen vilket är nästan omöjligt att undvika helt. Ur perspektiven dämpad kostnadsökning och hantering av utgiftsutvecklingen är modellen med kundregistrering som ingår i förslaget viktig, för den ger landskapet tid att anpassa den egna produktionen till den nya verksamhetsmiljön. Även olika innovationer kan öka.

Valfrihetssystemet enligt lagförslaget kommer sannolikt att öka konkurrensen mellan serviceproducenterna. Landskapet ska säkerställa att incitamenten som ställts upp för serviceproducenterna ligger i linje med de uppställda målen, och landskapet använder de metoder för styrning och ingripande som det finns riktlinjer för i lagen för att säkerställa att målen förverkligas.

Valfrihetsmodellen som föreslås i propositionen kommer att öka konkurrensen mellan producenterna av social- och hälsovårdstjänster. Konkurrenssituationen kommer att variera mellan olika regioner, tjänster och enskilda producenter. För serviceproducenterna inom social- och hälsovårdssektorn är det lättare att bli serviceproducent för landskapet om tjänsterna som finansieras via landskapet kompletterar den nuvarande affärsverksamheten. För nya serviceproducenter och för dem som försöker skapa sig en huvudsaklig affärsverksamhet av den verksamhet som finansieras av landskapet är det mest kritiskt att uppnå tillräcklig volym i verksamheten för att få kostnaderna täckta. Landskapen ska med hjälp av de villkor de ställer upp, avtalsstyrning och tillsyn sträva efter att styra serviceproducenterna till att agera på det sätt de önskar och

främja att de gemensamma målen förverkligas. Landskapet ska vid verkställandet beakta producenternas eventuella negativa incitament såsom att välja kunder och att underbehandla. Lagförslaget ger landskapen olika medel att öka producenternas incitament bland annat för att förbättra kvaliteten och kostnadseffektiviteten och på så vis styra verksamheten i önskad riktning.

Det är svårt att skapa helt jämlika verksamhetsförutsättningar mellan landskapets affärsverk och aktörer i företagsform eftersom skyldigheterna med grund i lagstiftningen är olika för dem.

I valfrihetssystemet följer pengarna kundens val och därför uppmuntrar öppnandet av valfrihetssystemet alla aktörer att satsa på faktorer som gäller kvaliteten, men att samtidigt effektivisera sin verksamhet. De kostnadsfördelar som kan uppnås genom konkurrens kan i praktiken ta sig uttryck i lägre kostnader samt bättre tillgång till och kvalitet på tjänster. Uppnåendet av effektivitetsfördelar genom konkurrens inbegriper dock också osäkerhetsfaktorer. Trots att man i propositionen till stor del har försökt säkerställa jämlika verksamhetsmöjligheter för olika aktörer i förhållande till varandra är sådana förhållanden i praktiken mycket utmanande att uppnå till exempel på grund av olika lagstadgade skyldigheter som gäller aktörerna. I den offentligt finansierade social- och hälsovårdens verksamhetsmiljö har människorna enligt grundlagen rätt till likvärdig tillgång till lagstadgade tjänster, vilket påverkar speciellt smidigheten i serviceproduktionen i landskapets egna affärsverk. Landskapets affärsverk ska säkerställa verksamhetens försörjningsberedskap i alla situationer.

För att skapa det informationsunderlag som styrningen förutsätter enligt lagförslaget och det omfattande utvecklingsbehovet av informationssystemen krävs nationell koordinering av utvecklingsarbetet samt att interoperabiliteten säkerställs.

För att fungera effektivt kräver valfrihetssystemet informationssystem samt ett existerande behövligt informationsunderlag som stöder den operativa verksamheten och styrningen. Att dessa ska finnas till genast från början av reformens inledningsfas är en utmaning. Det nationella arbetet för att utveckla förutsättningarna har emellertid redan inletts och utvecklingsarbetet som hör till har fått resurser på betydande nivå. Nationella informationssystemtjänster samt nationellt definitionsarbete som utförts som stöd för styrningen lättar på landskapens behov att genomföra överlappande lösningar och minskar därmed delvis på leveranskostnaderna. Med tanke på tidtabellen för regeringens proposition är det viktigt att infrastrukturen som gäller överföringen av kund- och patientdata är heltäckande och fås i bruk innan reformen verkställs. På landskapsnivå kräver detta smidigt myndighetsarbete redan i förberedelsestadiet. Förutsättningarna att lyckas stöds av olika försöksprojektet med valfrihet där man får praktisk erfarenhet av samordningen av kommunernas och landskapens patientdatasystem och IKT-infrastruktur. Dessutom ökar det etappvisa ikraftträdandet flexibiliteten i förberedelserna inför reformen.

Nuläge

Lagstiftning och praxis

2.1.1 Grundläggande fri- och rättigheter

Finlands grundlag trädde i kraft den 1 mars 2000. Bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna reviderades i sin helhet genom en grundlagsreform (lag 969/1995) som trädde i kraft den 1 augusti 1995. 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 grundläggande fri- och rättigheter till de internationella förpliktelserna i fråga om mänskliga rättigheter.

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 innehållet 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 offentlig 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 trygghet 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 villkor 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. Enligt 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 allmänna, 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 tillämpa 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 samfundet 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).

2.1.2 Överföring av offentliga förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter

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 som 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 att ordna offentliga social- och hälsovårdstjänster ska 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 ska emellertid tillförsäkra tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster.

I större omfattning tillhandahålls socialservice utöver av myndigheter även av privata tjänsteproducenter. Tillhandahållande av socialservice ska anses som skötsel av en offentlig förvaltningsuppgift då tjänsten grundar sig på lagstadgade uppdrag som ålagts 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 inte 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 förslag 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. Dessutom 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 (434/2003). Enligt förarbetena till förvaltningslagen ska vid ordnandet av tjänster särskild vikt fästas vid att tjänsterna är tillräckliga och tillgängliga samt vid valfrihet för dem som sköter ärenden hos förvaltningen. Beaktandet av enskilda personers och samfunds behov som nämns i förarbetena till 124 § i grundlagen ska anses få större vikt i synnerhet när det gäller tjänster som har relevans för enskilda personers grundläggande 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 ska anses som ett mer ändamålsenligt alternativ än myndighetsorganisering. Även om man vid sådan ändamålsenlighetsprövning som avses i 124 § i grundlagen också ska fästa vikt vid ekonomiska konsekvenser, kan inte de ekonomiska 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 sätt ingripa i en enskild persons grundläggande fri- och rättigheter. Enligt bestämmelsen får sådana befogenheter inte ges till andra än myndigheter (RP 1/1998 rd).

2.1.3 Utövning av offentlig makt inom social- och hälsovården

Den offentliga social- och hälsovården omfattar huvudsakligen faktisk förvaltningsverksamhet, såsom omsorg och vård. Detta inbegriper även utövning av offentlig makt samt åtgärder som innebär betydande utövning av offentlig makt. Exempelvis då beslut fattas om vård eller omsorg oberoende av personens 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 lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977, nedan specialomsorgslagen), mentalvårdslagen (1116/1990), barnskyddslagen (417/2007), lagen om missbrukarvård (41/1986) och lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016).

I 2 kap. i mentalvårdslagen föreskrivs om psykiatrisk vård oberoende av personens vilja. I 4 a kap. i mentalvårdslagen föreskrivs 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 berusningsmedel 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 bekämpningen av smittsamma sjukdomar och om anknytande 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 dagvårdsplats eller läroanstalt, isolering av personer på en sjukvårdsanstalt samt oberoende av en persons vilja ge sådan vård som är nödvändig för att förhindra att en sjukdom sprids.

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 bedömning av servicebehov, utarbetande av kundplaner och 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.

2.1.4 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. Genom 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.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

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 liksom 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 och försörjning inte äventyras. I andra än brådskande fall har en person rätt att få tillräckliga socialvårdstjänster av sin hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/1994) eller av den samkommun dit hemkommunen hör, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag.

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 organ 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 egen 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 lagen är att flytta tyngdpunkten från specialtjänster till allmänna tjänster samt stärka kundernas jämlikhet och intensifiera myndigheternas samarbete. För att stärka kundorienteringen definieras i lagen de stödbehov utifrån vilka socialservicen och annan socialvård ska ordnas. Kunderna har rätt till de tjänster som tryggar nödvändig omsorg och utkomst samt barnets hälsa och utveckling. I lagen definieras också den kärnservice som redan finns i kommunerna, såsom boendeservice och institutionsvård. Utöver socialvårdslagen finns det för vissa former av socialservice och de grunder på vilka dessa beviljas speciallagar som gäller vissa befolknings- eller klientgrupper. Speciallagarna reglerar, betydligt mera omfattande och detaljerat än socialvårdslagen, socialvårdens innehåll inom respektive specialområde.

Med stöd av 11 § i barnskyddslagen 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 sådana fall då barnet och familjen är klient hos barnskyddet. Tjänsten ska ordnas i tillräcklig utsträckning vid de tider på dygnet det behövs. Utöver barnskyddet ska kommunen i syfte att främja barns och ungas välbefinnande ordna förebyggande barnskydd då barnet och familjen inte är klienter hos barnskyddet. 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, om planering och finansiering, om utvecklande av levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning, om samarbete och ändringssökande samt om service för personer med funktionsnedsättning. Syftet med handikappservicelagen är att främja förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att leva och vara verksamma som jämbördiga medlemmar av samhället samt att förebygga och undanröja olägenheter och hinder som funktionsnedsättningen medför. Det är kommunens skyldighet att se till att service och stöd för personer med funktionsnedsättning 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 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 ansvarar för socialvården vara specialomsorgsmyndighet.

En revidering av handkapplagstiftningen pågår för närvarande. Avsikten är att i samband med det slå samman handikappservicelagen och specialomsorgslagen. Avsikten är att den nya lagen ska träda i kraft samtidigt som lagen om ordnande av social- och hälsovård vid ingången av 2020.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012, äldreomsorgslagen) trädde i kraft 2013 och gäller tjänster för äldre.

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 deras möjligheter 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. Sedan 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 finns i folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och mentalvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen 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. I hälso- och sjukvården ingår främjande av hälsa och välfärd, primärvård samt 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 de tjänster som kommunerna ordnar främst vid hälsovårdscentralerna. Hälsovårdscentralerna kan ha flera olika verksamhetsställen, dvs. hälsostationer och 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. 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, som lyder under Ålands landskapsregering, för att det ordnas såväl primärvård som specialiserad sjukvård. Socialvården ordnas på Åland av kommunerna. 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 (RP 15/2017 rd) som gäller landskapsreformen och 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 ändringar som landskaps- och social- och hälsovårdsreformen förutsätter i den övriga lagstiftningen. Propositionen innehåller i enlighet med detta förslag till lag om landskapens finansiering, lag om landskapsindelning, lag om statsandel för kommunal basservice och förslag till ändring av 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.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Genom lagen om ordnande av social- och hälsovård 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 ska 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.

Genom landskapens organiseringsansvar och egna tjänsteproduktion säkerställs det att de grundläggande sociala rättigheterna tillgodoses likvärdigt i enlighet med 19 och 6 § i grundlagen och att de offentliga tjänster som tillgodoser de grundläggande sociala rättigheterna omfattas av den offentliga maktens ansvar och effektiva styrning på det sätt som förutsätts i 22 och 124 § i grundlagen. Landskapet har skyldighet att inom ramen för sitt organiserings- och produktionsansvar säkerställa tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster inom hela landskapet och att kundorienterade integrerade tjänstehelheter genomförs. Det föreslås att statens möjlighet att styra den social- och hälsovård som hör till landskapens ansvar samtidigt stärks. Statsrådet ska vart fjärde år fastställa strategiska mål för social- och hälsovården. Landskapen ska beakta målen i sin egen verksamhet och även vid beredningen av samarbetsavtalen. Statsrådet kan utfärda förvaltningsbeslut som är bindande för landskapen om servicestrukturen, vittsyftande och betydande investeringar samt genomförandet av informationsförvaltnings- och informationssystemtjänster. Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar dessutom årligen med landskapen om genomförandet av den social- och hälsovård som de ansvarar för att ordna.

Landskapens verksamhet finansieras huvudsakligen med statlig finansiering och delvis med kundavgifter som tas ut av dem som använder tjänsterna. 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 specialomsorgsdistrikt för utvecklingsstörda och landskapsförbund samt deras egendom, ansvar och skyldigheter överförs till landskapen. Från kommunerna överförs till landskapen dessutom lös egendom med anknytning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet.

2.1.5 Verksamhetsförutsättningar för social- och hälsovård

Gällande bestämmelser

Bestämmelser om den offentliga social- och hälsovårdens verksamhetsförutsättningar finns i 1982 års socialvårdslag och i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt socialvårdslagen från 1982 ska kommunen ha yrkesutbildad personal inom socialvården för uppgifter i samband 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. Bestämmelser om ledning av socialvården finns i 46 a § i den nya socialvårdslagen.

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 verksamhetsförutsättningarna 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.

Reform av lagstiftningen om produktion av social- och hälsovårdstjänster

Vid social- och hälsovårdsministeriet har man berett ett utkast till regeringsproposition med förslag till lag om produktion av social- och hälsotjänster, enligt vilket lagstiftningen om privat och offentlig produktion av social- och hälsovårdstjänster och om producenterna ska sammanföras i en och samma lag. Genom lagen förenhetligas verksamhetsförutsättningarna för, registreringen av och tillsynen över offentliga och privata producenter av social- och hälsovårdstjänster. I lagen föreskrivs de grundläggande kraven med stöd av vilka tjänsteproducenterna och tjänsteenheterna registreras i samma register. Genom lagen i fråga kan den gällande lagen om privat socialservice och lagen om privat hälso- och sjukvård upphävas. Ett utkast till regeringsproposition (RP 52/2017 rd) överlämnades till riksdagen den 12 maj 2017.

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

Det föreslås att regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården tillsammans för ett register över tjänsteproducenterna för registrerings-, tillsyns- och statistikföringsuppgifter. Alla producenter av social- och hälsovårdstjänster 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 juridiska form. De aktörer som producerar tjänster registreras först, vilket ger en allmän behörighet att fungera som privat tjänsteproducent. Tjänsteproducenterna ska meddela vissa grundläggande uppgifter, t.ex. namn och kontaktuppgifter. Övriga 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 hälsovårdstjänster. Det föreslås särskilda bestämmelser om att myndigheten, då tjänsteenhetens verksamhet med tanke på dess kvalitet eller omfattning så kräver, före registreringen av tjänsteenheten närmare kan utreda om verksamhetsförutsättningarna uppfylls, 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 nekande av 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 hälsovårdstjänster finnas den personal som tjänsteproducentens verksamhet förutsätter. Antalet 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 behörig utbildning som tjänsteproducentens verksamhet förutsätter.

2.1.6 Social- och hälsovårdssystemet

Olika utgångspunkter för socialvård respektive hälsovård

Socialvård respektive hälsovård utgår från olika system. Hälso- och sjukvården har utvecklats med utgångspunkt i vetenskaplig forskning och socialvården åter i hög grad utifrån lagstiftning och en utvidgning av individens rättigheter. Socialvården har en betydligt snävare kunskapsbas än hälso- och sjukvården, och i lösningar som gäller utveckling av verksamheten tvingas man i stor utsträckning stödja sig på empiriska uppgifter om verksamhetens allmänna natur. Det väsentliga inom socialvården är att stärka socialvårdens kunskapsbas genom metodisk uppföljning av tjänsteproducenterna och kontroll av socialservicens genomslagskraft.

Det finns en stark rättslig grund för många av åtgärderna inom socialvården, vilket ofta förutsätter myndighetsbeslut som kunden ska ha rätt att överklaga. Hälso- och sjukvården är ofta främst den så kallade faktiska verksamheten, om vilken det inte ska fattas förvaltningsbeslut. Det finns skillnader också i social- och hälsovårdens servicestruktur: det offentliga servicesystemet har en stark socialvård på basnivå, och det köps in en hel del specialtjänster av tredje och privata sektorn. Inom hälso- och sjukvården finns det däremot ett behov av att stärka tjänsterna på basnivå. Gemensamt för social- och hälsovården är strävan att främja kundorientering, kundens självbestämmanderätt och kundens egna förutsättningar. I bägge sektorerna är dessutom kontinuiteten i klient- eller patientrelationen en positiv faktor som stärker resultatet. En stabil yrkespersonal fördjupar kundrelationen och kan bidra till att kundernas särskilda behov beaktas och identifieras bättre.

Främjande av välfärd och hälsa

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

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 syftar 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). Främjande av välfärd och hälsa inbegriper hälsofrämjande arbete (promotion) och sjukdomsförebyggande arbete (prevention) (WHO 1998). Med hälsofrämjande arbete avses att stärka gynnsamma förhållanden, social samhörighet och livsmiljöer samt upprätthålla hälsa, arbets- och funktionsförmåga, trygghet och delaktighet. Fokus i det främjande arbetet ligger på att skapa jämlika möjligheter samt på universella tjänster. Att förebygga sjukdomar, olycksfall, marginalisering och andra problem innebär å sin sida att förebygga vissa risker så att risken inte realiseras. Förebyggande arbete är till exempel stöd till barn som växer upp i riskfyllda miljöer, vaccinationer, livsstilsrådgivning till riskgrupper och hälsokontroller för arbetslösa.

Kommunerna svarar för främjandet av kommuninvånarnas välfärd och hälsa. I kommunerna är det välfärds- och hälsofrämjande arbetet ett samarbete mellan olika verksamhetsområden och andra organisationer i kommunen och regionen som går in för att metodiskt inrikta resurserna på att främja välfärd och hälsa och minska välfärds- och hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper.

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. Till den verksamhet inom socialvården som främjar välfärden hör samordning av de stödåtgärder som olika aktörer tillhandahåller, rådgivning, handledning och andra tjänster med låg tröskel, strukturellt socialt arbete samt förutsättningar för verksamhet som främjar den sociala välfärden. Dessutom ska socialväsendet delta i beaktandet av välfärdskonsekvenserna och i främjandet av kommuninvånarnas möjligheter att påverka. Utöver främjande och stödjande verksamhet avses med

främjande av välfärden också förebyggande och bekämpning av faktorer och fenomen som inverkar negativt på välfärden. Särskild vikt ska fästas vid bekämpning av fattigdom och marginalisering.

Enligt 1 § i kommunallagen (410/2015) 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 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 i kommunen ska fastställas. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska erbjuda sakkunskap och stöd för regionalt främjande av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten (36 §). I fråga om hälsofrämjande ska det enas om en plan för ordnande av social- och hälsovård 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 sjukvård, skolväsende, markdisposition och byggande, bostadsfrågor, sysselsättning, kultur- och fritidsfunktioner samt ordnande av trafiktjänster och annan service. Enligt 7 § i socialvårdslagen ska kommunerna genom strukturellt socialt arbete se till att informationen 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 tjänsteproducenter 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), lagen om smittsamma sjukdomar, 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, lagen om elev- och studerandevård (1287/2013), lagen om service och stöd på grund av handikapp, lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, lagen om missbrukarvård och mentalvårdslagen.

Den nationella styrningen av arbetet för att främja välfärd och hälsa har förutom på 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 gäller den hälsofrämjande verksamheten. Dessutom följer och styr regionförvaltningsverket och på riksomfattande nivå Tillstånds- och tillsynsverket för social- och

hälsovården (Valvira) samt inom miljö- och hälsoskyddet också Livsmedelssäkerhetsverket och Säkerhets- och kemikalieverket kommunernas verksamhet för främjande av välfärd och hälsa.

Socialvård och socialservice

I socialvård ingår att främja social trygghet och välfärd samt de socialvårdsuppgifter och socialvårdstjänster som anges i lagstiftningen. Genom socialvårdsåtgärder påverkas i första hand befolkningens sociala välfärd och trygghet samt funktionsförmåga och delaktighet. Effekterna på hälsofrämjandet är vanligen indirekta. Till följd av sin karaktär spelar socialvården en särskild roll när det gäller att minska ojämlikhet och marginalisering. Ett av målen för socialvårdslagstiftningen är att trygga behövlig, tillräcklig och högklassig socialservice på lika grunder. Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga betraktas allmänt som utgångspunkt en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Det primära är dock att främja människors välfärd på ett förebyggande sätt genom åtgärder som riktar sig till hela befolkningen. Främjande av välfärd kan inrikta sig på såväl individer, familjer och samhällen som hela befolkningen. Verksamheten har karaktären av socialvård när yrkesutbildad socialvårdspersonal svarar för tillhandahållandet av servicen.

I 11 § i den nya socialvårdslagen definieras de stödbehov utifrån vilka socialservicen och den övriga socialvården ska ordnas. Socialvård ska ordnas exempelvis som stöd för det dagliga livet, för akuta eller svåra kris- och livssituationer eller för att tillgodose behovet av stöd för funktionsförmågan. Dessutom ska service ordnas för att stödja anhöriga och närstående till personer i behov av stöd. De stödbehov som anges i lagen visar beslutsfattarna vilka behov de behöver förbereda sig på i tjänsteproduktionen. Å andra sidan visar definitionen andra aktörer i vilka situationer man kan kontakta socialväsendet. Med tanke på tillämpningen av lagen är det viktiga att behovsdefinitionen leder till ett klientorienterat arbetssätt som ställer klienterna med alla deras behov i centrum, inte servicesystemet som klienten ska anpassa sig till.

Det stöd som motsvarar behovet ska grunda sig på identifiering av personens egen förmåga och resurser samt möjliggöra en så självständig verksamhet som möjligt på personens eget initiativ. Stödbehoven kan tillgodoses med den allmänna socialservice som definieras i socialvårdslagen och den socialservice som föreskrivs i speciallagarna om socialvård.

Bestämmelser om hur nödvändig och brådskande socialservice och andra stödåtgärder ska ordnas så att det blir möjligt att tillgodose en persons behov av omedelbar trygghet och omsorg i olika sociala nöd- och krissituationer oberoende av tid på dygnet finns i 12, 29 och 29 a § i socialvårdslagen. Skyldigheten att ordna socialjour dygnet runt ingår också i flera andra gällande bestämmelser.

Allmän socialservice

I 14 § i socialvårdslagen fastställs det som ska ordnas som kommunal socialservice för att klienternas stödbehov ska kunna tillgodoses. Allmän socialservice enligt socialvårdslagen är exempelvis socialarbete och social handledning, social rehabilitering, familjearbete, hemservice, boendeservice, service som stöder rörlighet, alkohol- och drogarbete, mentalvårdsarbete och rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor. Kommunen kan också ordna annan socialservice som är nödvändig för klientens välfärd och som tillgodoser klientens stödbehov. Största delen av socialservicen 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 service 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. Till exempel barnfamiljer har subjektiv rätt till nödvändig hemservice i form av allmän familjeservice, om det inte är möjligt att trygga barnets välfärd av orsaker som anges i lagen. Skyldigheten att ordna hemservice inkluderar barn i alla åldrar och deras familjer.

Socialservice enligt speciallagar

Man kan tillgodose stödbehoven genom den service som definieras i socialvårdslagen liksom genom socialservice som föreskrivs i andra lagar. Indelningen av socialservice enligt allmänna lagar och speciallagar har inte nödvändigtvis något att göra med servicens specifika karaktär eller kravgrad, utan med klientens rättigheter, lagstiftningens regleringsnivå eller definitionen av klientgruppen. Exempelvis 2014 var utkomststöd den socialservice som utnyttjades mest. Cirka 390 000 klienter, dvs. sju procent av befolkningen lyfte stödet.

Specialgruppers behov ska i första hand tillgodoses genom den allmänna socialservice som anges i socialvårdslagen. Om dessa visar sig vara otillräckliga, omöjliga eller oändamålsenliga ska servicen ordnas

med stöd av någon speciallag. När man överväger vilken lagbestämmelse som ska tillämpas, ska alltid den bestämmelse väljas som bäst tillvaratar klientens intressen. Principen tillämpas när en viss socialservice kan beviljas med stöd av två olika lagar eller om det finns olika bestämmelser om hur klienten ska bemötas. Denna lagstadgade princip gäller också om det är fråga om ett val mellan en social- eller en hälsovårdstjänst. Vid bedömningen ska då hänsyn tas till såväl behovet av vård som behovet av stöd.

Enligt 14 § 2 mom. i socialvårdslagen ska som kommunal socialservice sörjas för exempelvis specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av funktionsnedsättning, tillhandahållande av utkomststöd till en person som vistas i kommunen, beviljande av social kredit till kommuninvånare, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och barnskydd enligt vad som bestäms särskilt om dessa serviceformer samt för många andra uppgifter som anges i lag. En del av socialservicen ingår i lagar på andra förvaltningsområden. Till exempel om kuratorstjänster föreskrivs i lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) och om medling i familjefrågor i äktenskapslagen (234/1929).

En del av den service som anges i speciallagstiftningen gäller bara ett fåtal personer. Behovet av service är därför litet, men servicen ställer ändå särskilda och stora krav på multidisciplinär kompetens. Multidisciplinär kompetens behövs till exempel för det fåtal tjänster som är inriktade på att stödja barn och ungdomar med funktionsnedsättning eller långtidssjukdom och deras familjer när dessa är i behov av krävande och multidisciplinär vård och service. Sådana krävande tjänster som behövs sällan kan under vissa förutsättningar centraliseras, vilket gör det lättare att säkerställa en sektorsövergripande utvärdering och ett multidisciplinärt stöd för de klienter och deras familjer som är i behov av tjänster som förutsätter ytterst krävande kompetens och specialisering. I 33 a § i socialvårdslagen föreskrivs om möjligheten att på vissa villkor slå samman socialtjänster nationellt och regionalt med andra tjänster.

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 den offentliga vården bland annat genom att erbjuda dagkirurgi. Bestämmelser om de kommunala sjukhusens verksamhet ingår i hälso- och sjukvårdslagen, och om ordnande 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. Jour dygnet runt ordnas vid stora hälsovårdscentraler och sjukhus. Bestämmelser om brådskande vård och jour ingår i hälso- och sjukvårdslagen samt i social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (782/2014).

Företagshälsovård

Enligt lagen om företagshälsovård och internationella avtal som är bindande för Finland ska arbetsgivaren på egen bekostnad ordna företagshälsovård för att dels förebygga och bekämpa risker och olägenheter för

hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena, dels skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa. Utöver förebyggande företagshälsovård kan arbetsgivaren ordna sjukvård eller annan hälso- och sjukvård för sina arbetstagare.

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

För de kostnader som uppkommer för ordnande av företagshälsovård har arbetsgivaren rätt till en ersättning enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004). Ersättningen utgår från ett maximibelopp per arbetstagare och finansieras av sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring.

2.1.7 Integrerad service

Integrerad service innebär att den service kunden får bildar en sammanhängande och flexibel helhet och att social- och hälsovårdens olika metoder och kompetens kombineras friktionsfritt, samtidigt som kundens servicebehov uppfylls så kostnadseffektivt, högklassigt och effektivt som möjligt. Från individens synpunkt är servicen då rättidig och dess urval av metoder och kompetenser kombineras på rätt sätt till en effektiv helhet och den enskilde med sina problem bemöts som en individ på ett odelat sätt. Tack vare sådana fungerande helheter behöver eller upplever kunderna inte att de själva behöver ta ansvar för att få nödvändig vård, behandling eller service. Genom integrationen kan också en sammanhängande service, vård och behandling tryggas.

I förslaget lag om ordnande av social- och hälsovård (RP 15/2017) åläggs landskapen enligt 13 § att se till att sådana kunder som behöver många tjänster identifieras och att servicekedjorna och tjänstehelheterna beskrivs. Kunder som behöver många tjänster är ofta sådana som drar nytta av tjänster som samordnats på bred basis och i synnerhet av tjänster som kan förebygga eller bidra till en bättre samordning av användningen av dyra korrigerande tjänster. Uppskattningsvis 3–10 procent av de kunder som använder social- och hälsovårdstjänster är sådana som har ett stort behov av olika tjänster och som har stor nytta av tjänster som samordnats på bred basis. Dessutom kommer cirka 20–30 procent av kunderna att ha nytta av en integration av tjänsterna framför allt på grund av att man genom bättre integration kan förhindra att kunder går över till den grupp som är i behov av flest tjänster.

För närvarande kan en kund få primärvård, som ordnas av en kommun, en samkommun för folkhälsoarbetet eller ett samarbetsområde, socialvård som ordnas av en kommun eller ett samarbetsområde, tjänster inom den specialiserade sjukvården eller sådan service för personer med funktionsnedsättning som produceras av en samkommun, tjänster som betalas med servicesedel, tjänster inom företagshälsovården, hälsovårdstjänster som ersätts av FPA, tjänster som i sin helhet betalas av kunden själv och vård som kunden själv genomför (egenvård). Sjukvårdsdistrikten har utarbetat diagnosbaserade vårdkedjor på kundgruppsnivå. I någon mån har servicekedjor också utarbetats för socialvården. För enskilda kunder har det utarbetats vårdplaner inom hälso- och sjukvården och serviceplaner inom socialvården och därutöver ett stort antal olika planer i enlighet med speciallagstiftningen inom social- och hälsovården. Från den enskilda kundens synpunkt bildar tjänsterna inte tydliga helheter och de är inte integrerade. Särskilt de kunder som använder många olika slag av tjänster lider av situationen. I praktiken behöver vi nästan alla i något skede integrerade tjänster.

Vid integration av social- och hälsovård är det fråga om samordning av två olika angreppssätt och olika kompetenser. Målet är att få till stånd mer helgjutna hjälpprocesser i sådana fall då kunden behöver anlita såväl social- som hälsovård, antingen jämsides eller i följd. En samordning av åtgärderna inom social- och hälsovården förutsätter olika slag av samarbete när tjänsterna för olika befolkningsgrupper genomförs. I fråga om exempelvis tjänster för barn och familjer ska tjänsterna bilda en sammanhängande helhet över sektorsgränserna. Centrala samarbetsinstanser är rådgivningsbyråerna, barndagvården och skol- och ungdomsväsendet. När det gäller äldre personer är den naturligaste aktören vanligen hälso- och sjukvården, medan det för unga rehabiliteringsklienter inom missbrukar- och mentalvården behövs också åtgärder av undervisningsväsendet och arbets- och näringsförvaltningen. I komplicerade fall är det av största vikt att man snabbt inleder ett sektorsövergripande och flexibelt samarbete för att lösa problemen. Ett framgångsrikt samarbete har också en ekonomisk dimension.

I enlighet med kundorienteringsprincipen behöver integrationen av servicen granskas från såväl serviceanvändarnas som kund- och befolkningsgruppernas synvinkel. Med hjälp av integration samordnas social- och hälsovårdstjänsterna så att de bildar helheter som tillgodoser behoven i respektive grupp. Dessa tjänster som samordnats enligt kund- och befolkningsgrupp bildar tjänstehelheter och servicekedjor. Till exempel tjänsterna för klienter inom missbrukar- och mentalvården kan integreras till tjänstehelheter som inbegriper tjänster som är typiska för klientgruppen i fråga. Också de samordnade tjänsterna för barn och

barnfamiljer är exempel på tjänstehelheter. Tjänstehelheterna kan omfatta flera tjänster som kunderna kan anlita fortlöpande, samtidigt och rentav långvarigt. I en servicekedja bildar tjänsterna en helhet och i den fastställs när det är dags för kunden att övergå från en tjänst till en annan. Till exempel en höftoperation och den postoperativa vården och rehabiliteringen kan beskrivas som en servicekedja, dvs. efter den specialiserade sjukvården får patienten postoperativ rehabilitering, sedan socialvård hemma och därefter primärvård.

Ur serviceanvändarnas synvinkel avses med integration en samordning av den enskilde kundens tjänster till en helhet som tillgodoser kundens behov. Dessa samordnade tjänster kan i sin tur bestå av kund- eller befolkningsgruppsspecifika servicekedjor eller tjänstehelheter. Vid samordning av en enskild kunds tjänster granskas dock vilka delar av tjänsterna i servicekedjan eller tjänstehelheten som är lämpliga enligt servicebehovet och vilka andra tjänster kunden behöver utöver dem. En kundplan som är baserad på en bedömning av servicebehovet är ett redskap för integrationen av servicen för den enskilde kunden.

2.1.8 Social- och hälsovårdens kunder

Kunder inom primärvården

År 2014 utnyttjade cirka 3,7 miljoner kunder hälsovårdscentralernas olika tjänster. Hälsovårdscentralernas tjänster inom öppenvården (läkares och sjukskötares mottagningar) utnyttjades av 2 750 000 kunder. Barn utnyttjade mest rådgivningsbyråtjänster, den arbetsföra befolkningens besök hänför sig till öppenvården, företagshälsovården och mödrarådgivningsbyråtjänsterna och i de äldsta åldersgrupperna var hemsjukvården den mest betydande serviceformen.

I praktiken erbjöd hälsovårdscentralerna tjänster till alla 0–6-åringar i vårt land. Av 7–14-åringarna var det också bara en synnerligen liten del som inte alls hade utnyttjat hälsovårdscentralens tjänster under året. Utnyttjandet av läkartjänsterna var också som mest omfattande bland barn under ett år. Mer 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 utnyttjat läkartjänster. En femtedel av denna åldersklass hade använt den privata sektorn.

Cirka 40 procent av den arbetsföra befolkningen (25–64-åringar) utnyttjade hälsovårdscentralernas tjänster. Personer i åldern 25–64 år är ofta kunder någon annanstans än vid hälsovårdscentralerna. Arbetsgivarna erbjöd sjukvårdstjänster som en del av företagshälsovården för 1,7 miljoner 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 siffra för 75–84-åringarna var så hög som 44 procent.

Vård på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar fick sammanlagt cirka 143 300 patienter 2014. Patienternas genomsnittliga ålder var 77 år.

År 2014 fick 1 825 652 kunder mun- och tandvård som ordnats av hälsovårdscentralerna. Cirka två tredjedelar av dem var minderåriga. Av de som hade fyllt 85 år utnyttjade 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.

Enligt en kundenkät som Institutet för hälsa och välfärd utförde i oktober 2016 på hälsostationers mottagningar fick vanligen endast 50 procent av de långtidssjuka patienterna träffa samma läkare vid sin hälsovårdscentral och endast 40 procent samma sjukskötare. För andra patienter än de långtidssjuka var kontinuiteten ännu sämre.

Kunder inom den specialiserade sjukvården

År 2014 vårdades inom den specialiserade sjukvården 1,8 miljoner enskilda patienter (exklusive psykiatrisk vård). På vårdardelningarna vårdades 640 000 patienter. Öppenvårdstjänsterna inom den specialiserade sjukvården utnyttjades av 1,7 miljoner enskilda patienter. Alla åldersklasser utnyttjar den specialiserade sjukvården förhållandevis jämnt. I praktiken behöver alla människor specialiserad sjukvård någon gång under sitt liv och en knapp tredjedel av befolkningen utnyttjade den under året. Situationen har varit stabil under årens lopp. Cirka 40 procent av kunderna kommer till sjukhusens vårdavdelningar via jouren.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

I Finland fick 3 procent av invånarna vård inom specialiteten psykiatri under året. År 2014 fick 25 552 patienter psykiatrisk vård på vårdavdelning. Antalet patienter inom den psykiatriska öppenvården uppgick till 160 615 och antalet besök till 1,9 miljoner. Antalet vårdperioder inom vården på vårdavdelning var i genomsnitt 1,5 och antalet besök inom öppenvården 11,6 per patient. Största delen av patienterna inom den psykiatriska vården på vårdavdelning hörde till den arbetsföra befolkningen. Den arbetsföra befolkningen (15–64-åringar) uppgick till 78 procent 2014. De personer som hade fyllt 65 år utgjorde 15 procent och 0–14-åringarna 7 procent av alla patienter som fick vård på vårdavdelning.

Klienter som får tjänster för äldre

Tjänster för äldre fick 11 procent av de personer som hade fyllt 65 år, 22 procent av dem 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 ålderdomshem och långtidsvård på en hälsovårdscentrals vårdavdelning. 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. Siffran var 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.

Inom institutionsvård och boendetjänster var antalet klienter som hade fyllt 75 år cirka 57 000 år 2014. I denna åldersgrupp 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 den övriga socialvården

Klienter med utkomststöd är de vanligaste klienterna inom socialvården. År 2014 uppgick klienterna till cirka 390 000 personer, dvs. 7 procent av befolkningen. Omkring 250 000 hushåll fick utkomststöd. Grundläggande utkomststöd beviljades 233 639 hushåll och kompletterande utkomststöd 102 342 hushåll. Unga vuxna utgjorde den största andelen av dem som beviljades utkomststöd 2014. En stor del av dem som får utkomststöd omfattas samtidigt också av tjänster inom socialt arbete och social handledning.

År 2014 var 90 269 barn och ungdomar klienter inom barnskyddets öppenvård. År 2014 var 10 675 barn var omhändertagna. Totalt 17 958 barn och unga var placerade utanför hemmet. Det utfördes 3 773 brådskande placeringar av barn. En 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 ärenden) inom lagstadgade sju vardagar.

Klient hos rådgivningsbyrån för uppfostrings- och familjefrågor kan man i regel bli på eget initiativ utan remiss eller betalningsförbindelse. Uppfostrings- och familjerådgivningstjänster tillhandahålls i kommunerna antingen som social- eller hälsovårdstjänster eller som helt separata tjänster. År 2014 var antalet klienter 48 500. Av dessa var 41 procent 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.

År 2014 omfattades 0,85 procent av invånarna av missbrukarvårdens öppenvårdstjänster. A-klinikerna hade 41 133 klienter och ungdomsstationerna 5 423 klienter. Antalet klienter som utnyttjade tjänster för avgiftning inom den missbrukarvård som bekostas av kommunerna var 11 675. Antalet klienter som fick rehabiliterande missbrukarvård på institution uppgick till 5 015. Boendetjänsterna inom missbrukarvården utnyttjades av 4 008 klienter och skyddshärbärgena av 2 228 klienter. Antalet klienter hos lågtröskelrådgivningen för drogmissbrukare var 14 300 år 2014. Substitutionsbehandlingen för opioidberoende hade 2 400 klienter. Största delen av drogmissbrukarna inom missbrukarvården var män (67 procent) och merparten 20–39-åringar (79 procent). Totalt 9 procent av dem var bostadslösa.

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

I slutet av 2014 var antalet klienter i institutionsvård för personer med utvecklingsstörning ca 1 241. Antalet klienter inom assisterat boende för personer med utvecklingsstörning var ca 7 145 personer. Vid årets slut

fick 2 521 klienter 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 personer med svår funktionsnedsättning.

Boendeservice 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.

2.1.9 Patientens och socialvårdsklientens ställning och rättigheter

Viktiga bestämmelser, utöver bestämmelserna om den grundlagsfästa självbestämmanderätten och om individens ställning och bemötandet av individen, finns också i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, nedan klientlagen). Lagarna gäller både offentlig och privat verksamhet.

Klientlagen tillämpas på alla tjänster och klientkategorier inom socialvården. Enligt klientlagen har varje klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. I lagen finns 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 för klienten utreda hans eller hennes rättigheter och skyldigheter samt olika alternativ och verkningar liksom också andra omständigheter som är av betydelse för klientens sak. Utredningen ska ges så att klienten i tillräcklig grad förstår dess innehåll och betydelse.

Om en klient på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller någon annan motsvarande orsak inte kan delta i planeringen eller förstå föreslagna alternativa lösningar, ska klientens vilja utredas i samråd med klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. 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 minderårigas intresse beaktas.

När socialvård ordnas ska den 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 är 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 patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom eller henne ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

I patientlagen föreskrivs om patientens rätt till information. En patient 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 beslut fattas om hur patienten ska vårdas. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av en hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, ska så långt som 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 eller hennes bästa. Samtycke till vården ska således fås av patientens lagliga företrädare eller en anhörig eller någon annan närstående person. När denna person ger sitt samtycke ska han eller 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, ska 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 eller hennes bästa.

En minderårig patients åsikt om behandlingen ska utredas när det är möjligt med hänsyn till patientens ålder och utvecklingsnivå. 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 uttryck 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 att avvärja en fara som hotar patientens liv eller hälsa.

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

Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen. Enligt 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas till exempel på grund av språk. Enligt 17 § i grundlagen är Finlands nationalspråk finska och svenska. Dessutom ingår i grundlagen bestämmelser om de språkliga 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 egen 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, 8 § i äldreomsorgslagen och 40 § i socialvårdslagen 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 hörd och få expeditioner på finska eller svenska samt om hans eller hennes rätt till tolkning vid användningen av dessa språk hos myndigheterna. Även bestämmelserna i patientlagen och klientlagen preciserar skyldigheten att ordna social- och hälsovårdstjänster med beaktande av språkliga rättigheter och kulturell bakgrund.

I skyldigheten att ordna social- och hälsovårdstjänster ingår att samiskspråkiga personer tillförsäkras lika högklassiga social- och hälsovårdstjänster som majoritetsbefolkningen. I hälso- och sjukvårdslagen ingår dessutom en hänvisningsbestämmelse om rätten att i enlighet med samiska språklagen (1086/2003) använda samiska på samernas hembygdsområde (Enare, Enontekis, Sodankylä och Utsjoki). I samiska språklagen föreskrivs om rätten att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som ordnas av myndigheterna. Rättigheten gäller också tjänster som producerats på uppdrag av en myndighet, till exempel köpta tjänster. Lagen förpliktar dock inte de nuvarande kommunerna eller samkommunerna eller de föreslagna landskapen att ordna social- och hälsovårdstjänster 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 samkommun inte kan ordna social- och hälsovårdstjänster på det egna språket, till exempel 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). Sådana 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 hälsovårdstjänsterna 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 cirka 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 sedvänjor avviker från majoritetsbefolkningens praxis, t.ex. i fråga om renhetsbegrepp, och därför accentueras behovet av kulturell förståelse framför allt i social- och hälsovårdstjänster.

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 hälsovårdstjänster. Man ska då i den mån det är möjligt se till att nordiska medborgare får behövlig tolk- och översättningshjälp.

2.1.11 Tillgång till tjänster

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 utanför sin hemkommun, får personen för vård enligt vårdplanen också utnyttja primärvårdstjänster i någon annan kommun utan att byta vårdansvarig hälsovårdscentral. Vidare får en person enligt bestämmelserna i 48 § välja vilken hälsovårdscentral och hälsostation vid hälsovårdscentralen i kommunen 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 verksamhetsenheten tillåter, välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ska vårda och behandla honom eller henne.

I 50 § föreskrivs om brådskande vård. Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt 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 första 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 vid 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 odontologiska 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 inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet enligt 53 § i hälso- och sjukvårdslagen 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 anslutning till primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, 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 lika 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 principerna för tillgång till vård. I det inledande skedet är syftet att verkställa författningsändringarna så att tillgången till primärvård blir flexiblare och så att tillgången till vård blir möjlig också utifrån en bedömning av vårdbehovet och tidsbeställning som sker på elektronisk väg. Ett sammandrag har gjorts på grundval av en promemoria från den expertgrupp 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 primärvårdsuppgifter som institutet publicerade i slutet av 2015 väntade två procent av alla patienter inom den öppna sjukvården mer än tre månader på att få komma till en 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 en 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. Enligt de statistiska uppgifterna fick 58 procent av patienterna komma till en tandläkarmottagning inom primärvården inom tre veckor efter att de tagit kontakt. Enligt de sammantagna uppgifterna från de hälsovårdscentraler som hade överlämnat sina uppgifter om tandläkarbesök fick patienten i ungefär fem procent av fallen vänta över sex månader på att få komma till en tandläkarmottagning. I ungefär 50 procent av fallen fick patienten komma till en tandhygienist inom tre veckor efter att ha 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 sig 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 socialservice 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 av servicebehovet ska påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Bedömningen måste inledas senast den sjunde vardagen efter att klienten tog kontakt, om klienten är äldre än 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 sådan 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 bedömningen 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 också 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 dessutom ordnas på ett sådant sätt att den är tillgänglig på lika villkor för den äldre befolkningen i kommunen.

2.1.12 Valfrihet inom social- och hälsovården

Valfrihet inom socialvården

Med valfrihet avses rätten för en kund inom social- eller hälsovården 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 förvaltningslagen 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 närståendevård. Valfrihet 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 arbetsledningsrätten 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 annan kommun, men på grund av sin ålder eller sin funktionsnedsättning eller av någon annan orsak inte kan bo självständigt, kan anhålla om socialservice och vårdplats där på samma grunder som kommunens invånare. Kommunen ska behandla ansökan, bedöma sökandens 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 definieras som socialservice, närmast för hemservice och stödtjänster som ingår i den, om tjänsten tillhandahålls av en privat yrkesutövare eller ett företag. Tjänster som berättigar till skatteavdrag är enligt lagen om temporärt skattestöd för hushållsarbete (728/1997) bland annat normala hushålls-, omsorgs- eller vårdarbeten.

Valfrihet inom hälso- och sjukvården

Valfrihet inom hälso- och sjukvården är 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 sjukvårdslagen gäller val av vårdenhet för icke-brådskande vård. Patienten ska få brådskande vård oberoende av boningskommun.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Bland samtliga offentliga hälsostationer i Finland får patienten välja den hälsostation som ska svara för hans eller hennes primärvård. Patienten kan byta hälsostation högts vartannat år genom en skriftlig anmälan. Om en person vistas längre tider utanför sin hemkommun, t.ex. på 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. Patienten har då rätt att använda de tjänster inom den specialiserade sjukvården som erbjuds i den tillfälliga boningskommunen så att den specialiserade sjukvården enligt vårdplanen kan 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 elevvården så att skol- eller studerandehälsovården inte genom tillämpning av rätten att välja vårdenhet avskiljs från den helhet som utgörs av elevvården. En person som får långvarig sluten vård kan dock ansöka om 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, rätt att välja den legitimerade yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som ska vårda och behandla honom eller henne.

Den offentliga hälso- och sjukvården kompletteras av de ersättningar som enligt sjukförsäkringslagen betalas ut från sjukvårdförsäkringen för läkar- och tandläkararvoden och undersöknings- och vårdkostnader inom privat hälso- och sjukvård. Inom ramen för sjukvårdsförsäkringens ersättningssystem kan kunden 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 från 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 som avses i 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 alla 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 för 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 (patientrörlighetsdirektivet) 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 om patienten söker vård utanför hemlandet. För nödvändig medicinsk vård som tillhandahållits under en tillfällig vistelse i ett EU- eller EES-land eller i Schweiz betalas endast den kundavgift som tas ut i landet i fråga, om kunden visar upp ett europeiskt sjukförsäkringskort. I annat fall ska vården ersättas i efterhand, antingen i enlighet med mållandets lagstiftning eller på grundval av vad vården skulle ha kostat inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland. Om en person reser till en annan EU- eller EES-stat eller till Schweiz för att söka vård, kan han eller hon få ersättning för vårdkostnaderna i efterhand i enlighet med sjukförsäkringslagen.

Kunskapsbas 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 kunden ska kunna göra informerade val som tjänar hans eller hennes intressen på bästa

sätt ska kunden ha tillgång till grundläggande uppgifter om tjänsteproducenten, var servicen finns, tillgången till service, omdömen om servicens kvalitet och användarrespons i fråga om hur servicen fungerar.

Tjänsteenheterna och uppgifter om vilken service de erbjuder finns samlade i otaliga serviceregister. Dessa har uppstått bl.a. då informationssystem 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 jämföra 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 välfärd ska publicera mera ingående uppgifter om tillgången till vård och väntetiderna i sin tjänst Palveluvaaka.

2.1.13 Servicesedel inom social- och hälsovården

Bestämmelser om servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009), som tillämpas på de social- och hälsovårdstjänster som ordnas av kommunerna.

Servicesedlar är ett av sätten kommunen kan använda sig av för att ordna tjänster. Om tjänsterna ordnas 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 användning av servicesedlar, såsom för vilka tjänster servicesedlar får användas, servicesedlarnas värde, i vilken omfattning servicesedlar får användas och när servicesedlarna införs.

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

Bedömningen av att villkoren för att kunden ska få service är uppfyllda görs av kommunen i samråd med kunden, och kommunen fattar beslut om att ordna servicen. Ordnandet av tjänster grundar sig inom socialvården på ett förvaltningsbeslut och inom hälso- och sjukvården på ett vårdbeslut. Kunden kan beviljas servicesedel för sådana tjänster som omfattas av servicesedel. När kunden har fått en servicesedel har han eller hon rätt att välja tjänsteproducent bland de tjänsteproducenter kommunen har godkänt.

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

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

En kund som har beviljats en servicesedel ska ingå avtal med tjänsteproducenten 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 kommuner. Detta omfattar 76 procent av samtliga kommuner och 89 procent av befolkningen i Fastlandsfinland. Tre fjärdedelar av dem som besvarade enkäten använder servicesedlar.

Det vanligaste användningsområdet för servicesedlar inom socialvården var hemservicen, tjänster under närståendevårdares ledigheter, stödtjänster inom hemservicen och serviceboende med heldygnsomsorg 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 hjälpmedel och undersökningar. Inom mun- och tandvården användes servicesedlar inom mottagningsverksamhet, både tandläkar- och munhygienistmottagning. Inom den specialiserade sjukvården användes servicesedlar inom mottagningsverksamhet, för operationer och andra åtgärder, undersökningar, terapiservice och hjälpmedel. De som besvarade enkäten ansåg det vara viktigt att servicesedlar som ett alternativ till konkurrensupphandling ska tryggas också i fortsättningen och att denna välfungerande praxis inte ska frångås i den kommande social- och hälsovårdsreformen.

2.1.14 Personlig budget

Med en personlig budget avses att tjänsterna ordnas på ett sådant sätt att 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 betalningsförbindelse eller penningsumma som behövs för att de personliga tjänsterna ska kunna ordnas individuellt och i enlighet med användarens önskemål, behov och målsättningar.

Genom en personlig budget bestäms hur stor den ekonomiska resurs är som står till förfogande för att ordna servicen för en viss person. Inom ramen för de resurser som är tillgängliga kan man planera hur resurserna ska kunna användas på ett meningsfullt sätt för att servicen ska motsvara personens behov och tillgodose hans eller hennes frihet att välja samt 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 person 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 budget har genomförts av organisationer, kommuner och samkommuner (bl.a. Eksote) inom handikappservicen, stödet för närståendevård och hemvården. Av handikapporganisationerna har framför allt organisationerna inom omsorgsarbetet för personer med 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 möjligt tillvägagångssätt för kommunerna enligt den gällande lagstiftningen. En personlig budgets förhållande till beskattningen har inte heller avgjorts. Sjukvårdsdistrikt har dock beviljat ett antal respiratorpatienter en penningsumma som överförts till ett kundkonto. 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 olika 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 kundplaner, personlig assistans enligt handikappservicelagen 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 utifrån de egna behoven.

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

2.1.15 Privat social- och hälsovård

I registret över tillhandahållare av privata tjänster fanns det i slutet av 2015 sammanlagt 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 verksamhetsställen 12 331. Enligt registret uppgick antalet självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården till 15 810 och de stod för totalt 21 963 verksamhetsställen. Det ska noteras att siffrorna omfattar också sådana tjänsteproducenter och självständiga yrkesutövare och verksamhetsställen vilkas verksamhet av olika skäl har avbrutits eller upphört, även om tjänsteproducenterna inte har meddelat detta.

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

Den privata sektorns andel av de producerade social- och hälsovårdstjänsterna har ökat betydligt under de senaste åren. Under 2014 uppgick avkastningen av den privata verksamheten, alltså värdet av de tjänster som producerats under året, till 24,4 procent av den totala avkastningen inom hälso- och sjukvården. Motsvarande andel inom socialservicen var 66 procent. Tillväxten inom den privata hälso- och sjukvården sker främst inom företagsverksamhet. Även inom socialservicen passerade företagsverksamhetens omfattning organisationernas tjänsteproduktion 2014 (företagen 18 procent, organisationerna 16 procent).

Inom hälso- och sjukvården har största delen av den privata verksamheten redan tidigare producerats av företag. Tjänster producerade av organisationer har haft betydelse bara i fråga om rehabiliteringstjänster och annan institutionsvård. 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 marknadsandelen för de 13–14 största företagen 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 boendeservice.

Kommunerna köper en del av de social- och hälsovårdstjänster som de är skyldiga att ordna av privata tjänsteproducenter. Värdet av de privata klienttjänsterna inom socialservicen i kommuner och samkommuner 2015 var 2,3 miljarder euro, inklusive den dolda mervärdesskatten på 5 procent. Beloppet utgjorde cirka 24 procent av driftskostnaderna för kommunernas socialservice. I fråga om boendeservicen inom den slutna vården och vården dygnet runt motsvarade andelen 1 miljard euro och inom de övriga öppenvårdstjänsterna cirka 1,2 miljoner euro. Köpen av tjänster ger en bild av penningflödet till de privata tjänsteproducenterna när det gäller slutprodukterna inom socialservicen (klientservice), och de omfattar inte mellanliggande tjänster som anskaffats för kommunsamfundens egen tjänsteproduktion, 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 offentliga 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 kundservice inom hälso- och sjukvård från privata tjänsteproducenter till ett värde av 516 miljoner euro 2015 utan den dolda mervärdesskatten på fem procent. Beloppet utgjorde fem procent av driftskostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården. Driftskostnadsandelen var större inom primärvården än inom den specialiserade sjukvården. Köpen av kundservice omfattar inte köpen av mellanliggande hälso- och sjukvårdstjänster eller undersökningar för kommunernas egen tjänsteproduktion 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 2012. 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 anskaffningar 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. Utgifterna för servicesedlar för hemvård utgjorde 19,1 miljoner euro, för serviceboende 66,1

miljoner euro, för hälso- och sjukvård 10,8 miljoner euro och för 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 tjänsteproducenter. Alla uppgifter inom produktionen av social- och hälsotjänster kan inte läggas ut på privata aktörer. Sådana uppgifter är t.ex. de som omfattar utövning av offentlig makt.

Social- och hälsovårdstjänster 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 hälsovårdstjänster och 98 bådadera. Antalet organisationer som bolagiserat tjänsteproduktionen var sammanlagt 57, dvs. cirka 6 procent av samtliga organisationer som producerade tjänster. Cirka 45 organisationer hade bolagiserat socialservicen och 33 organisationer hade bolagiserat hälsovårdstjänsterna. 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 hälsovårdstjänsterna producerade organisationerna själva eller via bolag sammanlagt mest fysioterapitjänster, sjukskötares, hälsovårdares och/eller barnmorskas tjänster och andra tjänster i kategorin övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Kategorin omfattar bl.a. laboratorieprovtagning, psykologverksamhet och avvänjning samt substitutions- och underhållsbehandling för opioidberoende.

Enligt uppgifter 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 hälsovård som producerades direkt av organisationer. I organisationernas bolag arbetade cirka 4 600 personer med socialservice och cirka 3 600 personer med hälsovård. Om branschvisa överlappningar inte tas med sysselsatte organisationerna cirka 37 500 arbetstagare inom social- och hälsovård. 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 hälsovårdstjänster upphörde 20 med verksamheten. En av de organisationer som upphörde med produktionen producerade båda slagen av tjänster.

2.1.16 Social- och hälsovårdens informationssystem och behandlingen av kunddata

Vid hantering och behandling av kunddata inom social- och hälsovården tillämpas personuppgiftslagen (523/1999), lagen om patientens ställning och rättigheter, lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), lagen om klienthandlingar inom socialvården (254/2015), lagen om elektroniska recept (61/2007) och hälso- och sjukvårdslagen.

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården gäller elektronisk behandling av offentliga privata kunduppgifter 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 socialvårdsklienter att arkiveras i Kanta.

Med hjälp av tjänsten Mina Kanta-sidor kan medborgarna 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 yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I 24 c § i den lagen föreskrivs det om den offentliga informationstjänsten (JulkiTerhikki), genom vilken vissa uppgifter om yrkesutbildade personer är sökbara i ett 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.

Nationella informationssystemtjänster (Kanta-tjänster)

Nationella informationssystemtjänster inom social- och hälsovården har i stor omfattning tagits i bruk inom hälso- och sjukvården. Sammantaget 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 användargränssnittet 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, till både antal och omfattning. I den del av databasen som innehåller recept finns det cirka 350 miljoner dokument som gäller läkemedelsförskrivningar, expedition av läkemedel och annat som har att göra med läkemedelsförskrivning. I patientdataarkivet ingår cirka 500 miljoner dokument. Cirka 99 procent av befolkningen använder elektroniska recept och av de uppgifter som tillkommit efter att Kanta infördes har så mycket införts i arkivet att de omfattar 98 procent av befolkningen. Det informationsinnehåll som ska sparas är så väl strukturerat 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, servicesedlar, 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 tjänsterna börjar användas i februari 2018. På Mina Kanta-sidor kommer klienterna i fortsättningen att ha tillgång till de klienthandlingar inom socialservicen som gäller dem. När det gäller genomförandet av Kanta-tjänsterna inom socialvården beaktar man i så stor utsträckning som möjligt uppgifterna om de tjänster som kommer att omfattas av valfrihet inom socialvården och sådana funktioner som främjar tillgången till uppgifterna.

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

2.1.17 Bestämmelser om 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 och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (nedan lagen 559/1994 och förordningen 564/1994 om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården). 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 behörig myndighet. 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 främja 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, registrering 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) har också sådana hemvårdare och vårdare av utvecklingshämmade som avlagt en examen på skolnivå som föregått närvårdarexamen skyddade yrkesbeteckningar. 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.

2.1.18 Tillsyn 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 att 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 den privata hälso- och sjukvården hör till social- och hälsovårdsministeriets uppgifter. Valvira, som lyder under social- och hälsovårdsministeriet, styr i egenskap 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 styrningen av och tillsynen över den offentliga och den 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 hälsovård också i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) och i kommunallagen.

Även tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och inom socialvården ankommer på Valvira och regionförvaltningsverken. Bestämmelser om tillsynen 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 hälsovårdstjänster 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 tjänster från en privat tjänsteproducent ska kommunen eller samkommunen försäkra sig om att tjänsterna motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. Privata tjänsteproducenter har dessutom ansvar för kvaliteten på de tjänster de tillhandahåller.

Inom den faktiska tillsynen över social- och hälsovården då klienten eller patienten inte förfogar över något förvaltningsbeslut med möjlighet att söka ändring spelar 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.

2.1.19 Finansiering av social- och hälsovården

Hur social- och hälsovården finansieras

Aktörer som i betydande grad finansierar social- och hälsovårdstjänsterna 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, kundavgifter och kundernas självriskandelar.

Staten bidrar till finansieringen av tjänsterna genom att betala statsandel till kommunerna för ordnandet av tjänsterna. För social- och hälsovårdstjänsterna uppgick beloppet av statsandelen med allmän täckning för basservice till uppskattningsvis 5,4 miljarder euro 2015. Dessutom anvisar staten medel för finansiering av social- och hälsovård 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 sin andel av utgifterna för social- och hälsovård huvudsakligen 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 hälso- och sjukvården kompletteras av den offentliga sjukförsäkringen och i synnerhet den sjukvårdsförsäkring som ingår i den. Finansieringen av sjukförsäkringen delas upp i finansiering av sjukvårdsförsäkringen och finansiering av arbetsinkomstförsäkringen. Läkemedelsersättningar, reseersättningar och sjukvårdsersättningar för privat hälso- och sjukvård, 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 och sjukvårdsersättningar som hör till grundskyddet inom lantbruksföretagarnas olycksfallsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringen finansieras av de försäkrade med en andel på 55,1 procent och av staten med en andel på 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 av personer som är bosatta utomlands. Sjukvårdsförsäkringens förmåner och ersättningar finansieras genom sjukförsäkringens sjukvårdspremie, som tas ut vid kommunalbeskattningen hos alla försäkrade på basis av den beskattningsbara inkomsten. 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. Kostnaderna 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 totalkostnader. Kostnaderna ska minskas med avkastningen av sjukförsäkringsfondens egendom.

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

Kostnaderna för sjukvårdsersättningarna inom den privata hälso- och sjukvården uppgick till cirka 237 miljoner euro 2015. Kostnaderna för läkemedelsersättningar uppgick till cirka 1 378 miljoner euro och kostnaderna för reseersättningar till cirka 293 miljoner euro. De rehabiliteringsutgifter som finansierades av sjukvårdsförsäkringen uppgick till sammanlagt cirka 343 miljoner euro, varav utgifterna för yrkesinriktad rehabilitering utgjorde cirka 34 miljoner euro.

Hushållen finansierade social- och hälsovården direkt närmast genom kundavgifter och självriskandelar. Beloppet av kundavgifterna för de social- och hälsovårdstjänster som det ankommer på kommunen att ordna var 2015 cirka 1,5 miljarder euro. Beloppet av hushållens kundavgifter motsvarade cirka 7 procent av driftskostnaderna för kommunernas social- och hälsovård. Hushållens finansieringsandel av de privata hälso- och sjukvårdstjänster 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 försäkringsbolag finansierar social- och hälsovårdstjänster genom de försäkringspremier hushållen och arbetsgivarna betalar för frivilliga sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Social- och hälsovårdstjänsterna finansieras dessutom av lagstadgade olycksfalls-, trafik- och patientförsäkringar. Den lagstadgade försäkringen för olycksfall i arbetet och yrkessjukdom finansieras med de försäkringsavgifter som arbetsgivarna och företagarna betalar och den lagstadgade trafikförsäkringen finansieras med försäkringspremier.

Hur medlen för social- och hälsovård fördelas mellan tjänsteproducenterna

De finansiella medlen fördelas mellan tjänsteproducenterna på flera olika sätt. Kommunerna betalar för det mesta sina egna enheter för tjänsterna inom primär- och socialvården genom i budgetekonomin anvisade ersättningar. För primärvård 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 sjukvårdsenhet 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 tjänster 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 kunden 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 kundavgiften för de kommunala hälsovårdstjänster de använder och en viss andel av inkomsterna för långvarig institutionsvård. När avgiftstaket för den kommunala hälso- och sjukvården överskrids ska den del av utgifterna som motsvarar kundavgiften betalas av kommunen. Månadsavgifterna för service i hemmet är baserad 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 prestationsbaserat arvode för tjänster inom den privata sektorn.

Kundavgifter för social- och hälsovård

Kundavgifterna 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 tas ut enligt användarens betalningsförmåga.

Enligt 2 § får den avgift som tas ut för servicen vara högst lika stor som kostnaderna för tjänsteproduktionen. Genom förordning av statsrådet kan det föreskrivas om den högsta avgiften för service och att avgiften 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 öppenvården vid hälsovårdscentraler. Inkomstrelaterade avgifter tas ut för långvarig service, såsom för kontinuerlig och regelbunden institutionsvård, 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 kunden. 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 hälsovårdstjänster 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 hälsovårdstjänster.

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 har ansvar 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). Ett beslut av förvaltningsdomstolen får överklagas genom besvär endast om högsta förvaltningsdomstolen beviljar besvärstillstånd.

Om kunden underlåter att betala en kundavgift 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 §).

2.1.20 Produktifiering och fakturering

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

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

Vid kommunfaktureringen 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 inte 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, eftersom 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 åtminstone 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 sjukhusens 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 prioriteringssystem 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 produktifiering av t.ex. hemvård, serviceboende och stödtjänster inom äldreomsorgen. Det har gjorts ett mycket omfattande produktifieringsarbete, men det har skett på kommunnivå och varit splittrat, och någon enhetlig praxis finns egentligen inte. Faktureringen har ofta baserat sig på prestationer, besök, vårddygn eller åtgärder, och dessa är inte nödvändigtvis sådana som till innehållet är helt jämförbara sinsemellan.

I produktionsområdet för öppen service ingår också socialarbete och barnskydd, 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 livssituation. I många fall krävs det också samarbete mellan olika aktörer. Klientförhållandet inom socialvården är ofta också mycket långvarigt och omfattar flera slags åtgärder som det är svårt att bedöma i förväg.

2.1.21 Lanskapens skattemässiga ställning vid inkomstbeskattningen

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

I 21 § i inkomstskattelagen finns bestämmelser om delvis skattefria samfund. Skyldigheten för dessa samfund att betala inkomstskatt har begränsats så att deras inkomster antingen är helt och hållet befriade från skatt eller så att de betalar skatt endast till kommunen enligt den sänkta inkomstskattesats på 6,07 procentenheter som avses i 124 § 3 mom. i den lagen. Delvis skattefria samfund är bl.a. staten, kommuner och samkommuner.

I regeringens proposition 15/2017 rd föreslås det att de landskap som avses i landskapslagen ska betraktas som delvis skattefria samfund och att de ska vara skattskyldiga endast för inkomst av näringsverksamhet och inkomst av fastigheter eller delar av fastigheter som har använts för annat än allmänt eller allmännyttigt ändamål, enligt den skattesats som avses i 124 § 3 mom. Skattskyldigheten för landskap motsvarar därmed skattskyldigheten för samkommuner.

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

2.2.1 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 landstingen. Socialtjänster 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 gjorde det möjligt att utvidga antalet tjänsteproducenter i landstingen och kommunerna inom ramen för olika valfrihetssystem. Syftet med reformen var att erbjuda invånarna rätt att välja tjänsteproducent och utvidga urvalet till att omfatta också privata tjänsteproducenter. 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 godkänns, 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 att tillämpa valfrihetslagstiftningen inom den specialiserade sjukvården. Kommunerna kan besluta om hur valfriheten ska tillämpas inom den äldreomsorg som den är ansvarig för och inom vissa andra socialtjänster.

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. Det ligger alltså i den ansvariga instansens intresse att följa upp och styra verksamheten för att uppnå kostnadsnyttoeffekt. Svagheten i systemet kan anses vara den bristande integrationen mellan servicen inom socialväsendet, den hälso- och sjukvård som ankommer på kommunerna och den hälso- och sjukvård som ordnas av landstingen.

Kundernas rättigheter

Den som behöver service kan välja den utförare (tjänsteproducent) 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 denna 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 landstingen 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 skrivs och behandling 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 närvarande finns det i Sverige över hundra register för uppföljning av vården av olika patientgrupper.

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

Landstingens på förhand fastställda ersättningar är desamma för alla som utför samma slags tjänster. Utförarna omfattas dessutom av de förhandskriterier kommuner och landsting har ställt upp. Kommuner och landsting ska i en elektronisk databas meddela de öppna valfrihetssystemen. De utförare som vill ge service inom ramen för ett valfrihetssystem kan anmäla sig till anordnaren. 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, privata som tredje sektorns utförare – enligt neutrala förfaranden.

Både de ersättningar som betalas till utförarna och ersättningsgrunderna varierar beroende på landsting. Med tiden har landstingen utvecklat och ändrat sina ersättningsgrunder för att skapa incitament. Den kapitationsbaserade ersättningen täcker 45–86 procent av de totala kostnaderna 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.

2.2.2 Norge

Systembeskrivning

Paragraferna i Norges patient- och klientlag tryggar kundens rätt till valfrihet. Inom primärvården ökades kundens 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.

Kundernas rättigheter

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

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

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 tillägg. 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.

2.2.3 Danmark

Systembeskrivning

I Danmark överfördes det huvudsakliga ansvaret för ordnandet av tjänster från landskapen till fem statligt finansierade självstyrelseområden i och med den regionförvaltningsreform 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.

Kundernas rättigheter

I Danmark gäller valfrihet inom såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Systemet är försäkringsbaserat. Enligt den danska hälsovårdsförsäkringslagstiftningen kan befolkningen välja mellan två olika försäkringsklasser. Över 98 procent av befolkningen har valt den första klassen. Kunderna betalar då ingen kundavgift alls för primärvård. De listar sig hos en läkare inom primärvården, som agerar portvakt för den specialiserade sjukvården. Den andra klassen har valts av mindre än två procent av befolkningen. De betalar kundavgifter 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. Kunden kan fritt välja behandlande läkare, om denne har plats på sin lista. Det finns inte några begränsningar när det gäller att byta till en annan läkare. Inom den specialiserade sjukvården får kunden 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 de utländska sjukhus som självstyreområdena har ingått avtal med.

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

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

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

2.2.4 England

Systembeskrivning

I England innebär valfriheten att medborgarna kan skaffa service hos offentliga och privata tjänsteproducenter, men också hos tjänsteproducenter inom tredje sektorn. Inom hälso- och sjukvården tillämpas en enhetlig praxis och tjänsteproducenterna 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 kundavgifter 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.

Kundernas rättigheter

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

När det gäller sjukhusvård väljer kunden 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 kunderna i deras vårdval.

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

Inom primärvården kan en kund som har fått remiss välja vilken som helst av de tjänsteproducenter som godkänts i området under förutsättning att producenten uppfyller NHS-kriterierna. En tjänsteproducent 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 tjänsteproducenter. Tjänsteproducenterna kan inte ta ut de extra kostnaderna hos kunden, och på så sätt tryggas den principiella möjligheten för samtliga invånare att dra nytta av de rättigheter valfriheten 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 personlig 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 nationella villkor för vad som berättigar till beviljande av personlig 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 direkt till klientens konto, så att denne själv kan köpa de behövliga tjänsterna.

2.2.5 Nederländerna

Systembeskrivning

I Nederländerna används ett system som bygger på sjukförsäkring. I det ingår två sorters försäkringar. Serviceanvändaren kan välja såväl försäkringsgivare 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 tjänsteproducenter som listats av försäkringsgivaren och som ersätts till fullt belopp. Enligt det andra alternativet kan kunden fritt välja tjänsteproducent, men försäkringen täcker de utgifter som vården ger upphov till endast till ett maximibelopp. Kunden svarar själv för de överstigande utgifterna.

Kundernas rättigheter

Klienterna väljer sitt alternativ till försäkringsprogram utifrån sina egna behov. Om kunden betalar större självrisk för kostnaderna för tjänsten, har han eller hon möjlighet att välja bland flera tjänsteproducenter. Det är också möjligt att välja ett försäkringsprogram där det inte ingår någon självrisk, men då är urvalet av tjänsteproducenter 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 kund i princip är bunden till en tjänsteproducent som listats av försäkringsgivaren, kan han eller hon ändå välja en utomstående producent. Försäkringsgivaren bestämmer maximibeloppet för de ersättningar som betalas ut. Vid långtidsvård kan kunden välja tjänster som produceras av en av försäkringsgivaren listad tjänsteproducent och då få dem gratis. Alternativt kan en personlig budget också tillämpas på långtidsvård.

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

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 kunden och en konsultationsavgift. Den nederländska hälsovårdsmyndigheten (Nederlandse Zorgautoriteit) fastställer årligen ersättningens storlek. Ersättningen täcker 75 procent av kostnaderna för primärvård.

I Nederländerna används 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 brådskande 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 marknadsövervakningen. 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 för 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 personlig 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 köpa den vård och det stöd klienten behöver. Budgeten räknas ut på grundval av en prislista som den nederländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten fastställt.

2.2.6 Tyskland

Systembeskrivning

Den tyska hälso- och sjukvården baserar sig på socialförsäkringen. Varje medborgare 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 erhållande av en sådan försäkring.

De offentliga försäkringsfonderna samlar in medel baserade på försäkringspremier hos sina medlemmar. Fonderna betalar producenterna av hälsovårdstjänster, och de största utgiftsposterna står sjukhusen och tillhandhållarna av tjänster på basnivå för. Kunden behöver 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.

Kundernas rättigheter

De försäkrade kan välja till vilken offentlig försäkringsfond de vill höra. Kunderna har också rätt att välja tjänsteproducent. Inom det offentliga systemet gäller detta läkare som är ackrediterade i systemet och avtalssjukhus. Rätten att välja allmänläkare ingår i kundens valfrihet, men han eller hon får också välja psykoterapeut, tandläkare, farmaceut och akutvårdsenhet. Kunden 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 remiss för sjukhusvård. Därför söker sig många kunder direkt till en specialistmottagning.

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

Skyldigheter för tjänsteproducenterna

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. Kunden har rätt att välja den tjänsteproducent 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 tjänsteproducenter som är relevanta 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 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.

2.2.7 Sammandrag av valfrihetssystemen i olika länder

Valfrihetsmodellerna i olika länder påverkas av de utmärkande dragen för social- och hälsovården i respektive land och för hur social- och hälsovården ordnas. Valfrihetssystemen i Sverige, Norge och England grundar sig på det offentliga social- och hälsovårdssystemet och i Danmark, Nederländerna och Tyskland åter på ett försäkringsbaserat system. Ländernas modeller skiljer sig från varandra också i fråga om vilka tjänster som omfattas av valfrihet, vilka rättigheter kunderna har, hur tjänsteproducenterna kommer ut på marknaden och hur de som ordnar tjänsterna styr producenterna. Dessutom skiljer sig systemen från varandra när det gäller i vilken utsträckning socialvårdstjänster omfattas av valfrihet och hur social- och hälsovårdstjänsterna har integrerats. I många länder har valfriheten först införts inom hälso- och sjukvården och för socialvårdstjänsternas del har valfriheten införts successivt till exempel via försök. I flera undersökta system genomförs valfriheten i fråga om socialservice huvudsakligen genom en personlig budget, som beviljas av myndigheten efter en bedömning av servicebehovet.

Bedömning av nuläget

2.3.1 Tjänstekvalitet och tillgång till tjänster

Social- och hälsovården är av hög kvalitet i vårt land, men det förekommer problem när det gäller tillgången till tjänster i synnerhet på basnivå och den begränsade möjligheten välja tjänster.

Enligt flera olika kvalitetsindikatorer hör kvaliteten på hälso- och sjukvården i Finland till den bästa bland OECD-länderna. 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 OECD-länderna i genomsnitt (OECD: Health at a Glance 2015). En kvalitetsindikator är kundernas tillfredsställelse 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 kundtillfredsställelse 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 när det gällde möjligheten att få telefonkontakt till hälsostationen. Enligt THL:s landsomfattande responsenkät från 2014, som kartlade tillfredsställelsen hos kunder på mödra- och barnrådgivningsbyråerna, ansåg finländska familjer att de tjänster de fått på rådgivningsbyråerna var av mycket hög kvalitet. Enligt de senaste enkäterna om kundtillfredsställelse har kunder inom primärvården blivit nöjdare med tjänsterna vid hälsovårdscentralerna. (Rapporten Läget med 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 den behöver eller är tvungen att vänta orimligt länge på dem. Bara 15 procent av de barn som placerats utanför hemmet har fått tillräckligt med sådana öppenvårdstjänster de behövt före placeringen. Endast 35 procent av de placerade 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 skillnader 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 med 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 hälsovårdscentraltjänster i förhållande till behovet. År 2015 bedömde 28,8 procent av dem som svarade på enkäten att de inte hade fått tillräckligt med läkarvård vid hälsovårdscentralen 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 hälsovårdscentralernas mun- och tandvårdstjänster, vilket innebar 4,9 miljoner besök och 1,8 miljoner kunder. Utöver besöken vid hälsovårdcentralerna uppsökte cirka 2,8 miljoner människor privat tandvård, för vilken de fick ersättning av FPA, år 2014.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Tillgången till vård bedöms genom utnyttjandet av hälsovårdcentraltjänster och tillgången till brådskande vård inom primärvården och mun- och tandvården enligt kriterierna i hälso- och sjukvårdslagen. I mars 2015 var det enligt hälsovårdscentralernas ledande läkare möjligt vid 72 procent av hälsovårdscentralerna att få omedelbar kontakt. I oktober 2015 genomfördes 48 procent av läkarbesöken för icke-brådskande vård inom den öppna sjukvården inom en vecka efter att personen kontaktat hälsovårdscentralen. Två procent av läkarbesöken inom den öppna sjukvården vid hälsovårdscentraler 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 sköterskemottagning 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 tagandet av kontakt. De genomsnittliga väntetiderna för ett besök hos tandläkare 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 får man vänta på icke-brådskande vård i genomsnitt 1–2 månader (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 hälsovårdcentralerna 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 dem som svarade som hörde till den lägsta inkomstklassen (kvintilen) varit hos en hälsovårdscentralläkare 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 hälsovårdscentralernas tjänster, medan de högre socioekonomiska grupperna i högre grad utnyttjar företagshälsovården, är problematiskt ur ett jämlikhetsperspektiv. När det 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 bara i Italien, Estland, Polen, Grekland och Lettland (OECD: Health at a Glance 2015).

I gällande lagstiftning om kundavgifter finns bestämmelser som endast gäller kundavgifter inom den offentliga social- och hälsovården. Privata tillhandahållare av tjänster har kunnat prissätta sina tjänster utifrån egna utgångspunkter. Kundavgifterna har en stor 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 kundavgifterna inte får vara så höga att servicen blir helt ouppnåelig för dem som behöver den. I synnerhet indelningen av hälsovårdstjänsterna 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 när det gäller tillgången till läkartjänster bara i Estland och USA större än i Finland (OECD. Finland fit for the future. February 2013).

2.3.2 Valfrihet i praktiken

Med kundens valfrihet avses individens rätt att välja serviceställe och den yrkesutbildade person inom social- och hälsovården som tillhandahåller servicen. Valfriheten regleras i speciallagstiftningen om social- och hälsovård. Valfriheten inom socialvården respektive hälso- och sjukvården regleras på olika sätt och den genomförs på olika sätt.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Inom hälso- och sjukvården varierar valfrihetens innehåll beroende på om det är fråga om offentlig hälso- och sjukvård, privat hälso- och sjukvård som finansieras av sjukvårdsförsäkringen eller gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Socialvården och hälso- och sjukvården har olika utgångspunkter när det gäller valfrihet. Gemensamt för båda är kundorienteringen, kundens självbestämmanderätt och stärkandet av kundens egna förutsättningar. Skillnaderna mellan socialvården och hälso- och sjukvården har att göra med hur valfriheten inriktas och genomförs.

Socialvårdslagen innehåller inga bestämmelser om klientens rätt att välja vårdgivare. Klienten har dock rätt att delta i och påverka planeringen och genomförandet av servicen. Socialvårdslagens bärande princip är att klientens intresse ska beaktas i första hand när beslut och avgöranden som gäller socialvård fattas och sådan vård tillhandahålls. För att trygga enskilda tjänster, såsom boendeservice, köps det inom socialvården redan nu i stor utsträckning tjänster av privata företag och organisationer, vilket innebär att det för närvarande finns olika alternativ och ett serviceutbud i en stor del av landet.

Valfrihet är utgångspunkt också när det ordnas personlig assistans enligt handikappservicelagen, särskilt i fråga om arbetsgivarmodellen. I arbetsgivarmodellen är klienten arbetsgivare och avlönar en personlig assistent efter eget val och använder arbetsledningsrätten i fråga om den assistens han eller hon får. Dessutom möjliggör bestämmelserna om hushållsavdrag en viss valfrihet. Klienten kan få skatteavdrag för vissa av de tjänster som i socialvårdslagen definieras 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) bland annat normala hushålls-, omsorgs- eller vårdarbeten.

Systemet med servicesedlar och köp av tjänster utvidgar inom den kommunala social- och hälsovården valfriheten och möjligheterna att skaffa nödvändiga tjänster från privata tjänsteproducenter. Servicesedeln är ett av de medel som kommunerna använder för att ordna tjänster. Därför är det kommunen som beslutar om i vilken omfattning servicesedlar får användas och om beviljandet av sedlar. Kommunen godkänner de privata tjänsteproducenter vars tjänster får betalas med en servicesedel som kommunen har beviljat. Det uppstår dock inte något avtalsförhållande mellan kommunen och tjänsteproducenten, utan mellan kunden och tjänsteproducenten. Kommunen ska bestämma servicesedelns värde så att det är skäligt med tanke på kunden. Servicesedelns värde kan täcka den köpta tjänsten i sin helhet eller en del av den, eftersom kunden betalar en självriskandel till tjänsteproducenten. Kunden har inte rätt att kräva en servicesedel. Kunden har dock rätt att vägra ta emot en beviljad servicesedel. Då ska kommunen hänvisa kunden till kommunala tjänster som ordnas på något annat sätt.

Servicesedeln lämpar sig inte för social- och hälsovårdstjänster för vilka kunden inte har möjlighet att själv välja tjänsteproducent, såsom vid brådskande vård eller vid vård oberoende av personens vilja. 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 samlad vård. Ett exempel på en sådan är en starroperation med liten risk för komplikationer.

Inom handikappservicen används servicesedlar för närvarade som ett lagstadgat sätt att ordna personlig assistans. 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 förutsättningar stöder i stor utsträckning möjligheten till valfrihet även inom tjänsterna för personer med funktionsnedsättning. Man bör dock samtidigt se till 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.

OECD har upprepade gånger föreslagit att valfriheten inom hälso- och sjukvården ska ökas. Detta har även föreslagits i den internationella förhandsbedömning av social- och hälsovårdsreformen som beställts av SHM (SHM 2016). I samband med en mätning av kundtillfredsställheten efterfrågades kundernas synpunkter beträffande 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 informationen 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).

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

I Institutet för hälsa och välfärds och tankesmedjan Demos Helsinkis gemensamma projekt *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi* (VALVA) har man undersökt valfriheten inom social- och hälsovården. Enligt projektets slutrapport (Junnila, Maija-Liisa, Hietapakka, Laura, Whellams, Anne, Jonsson, Pia Maria, Korhonen, Satu, Seppälä, Timo T. *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi – Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 11/2016) är kundernas valfrihet i Finland ännu inte så utbredd, även om nuvarande lagstiftning erbjuder omfattande valmöjligheter. Den största orsaken till att valfriheten genomförs dåligt är enligt rapporten varierande tolkning av nuvarande lagstiftning och i viss mån bristfälligt genomförande, vilket har att göra med dels ett splittrat organisatörsfält i kommunerna, dels kommunernas självstyrelse. Även styrningen och stödet från statligt håll för genomförandet av valfriheten på det sätt som nuvarande lagstiftning medger har varit svagt.

Enligt rapporten har de diffusa och motstridiga målen för valfrihet varit en av orsakerna till att valfriheten hittills fått stå i bakgrunden när social- och hälsovårdstjänsterna har utvecklats såväl nationellt som inom serviceverksamheten. En svag nationell styrning av valfrihetens genomförande har avspeglats också i en långsam utveckling av verksamheten och en differentiering av praxisen i olika delar av Finland. På grund av bristfälliga jämförelseuppgifter är det dessutom svårt för kunderna att träffa välgrundade val. Den i sig breda valfriheten inom hälso- och sjukvården har för serviceanvändarnas del än så länge varit svår att genomföra, eftersom det har byggts upp eller i praktiken skapats hinder och störningar av många olika slag. De kommunvisa villkoren för användningen av servicesedlar för olika tjänster och ofta höga självrisker försvårar användningen.

I rapporten ges också rekommendationer som bör beaktas i lagstiftningen. Det är till exempel fråga om definitionen av den service och de tjänstehelheter som valfriheten gäller, grunderna för de ersättningar som ska betalas till producenterna samt ersättningspraxis. Dessutom bör man lösa frågor relaterade till den nationella styrningen samt utveckla uppgifterna om uppföljning av valfriheten och de jämförelseuppgifter som beskriver tjänsteproducenternas verksamhet.

2.3.3 Social- och hälsovårdsreformen

Regeringen har den 2 mars 2017 lämnat en proposition till riksdagen med förslag till landskapsreform och reform av ordnandet av social- och hälsovården (RP 15/2017 rd). Syftet med den propositionen är att inrätta 18 nya landskap och att föreskriva om deras förvaltning och ekonomi. Syftet är dessutom att den 1 januari 2020 överföra ansvaret för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna från kommunerna till landskapen samt att föreskriva om landskapens finansiering, beskattningsgrunderna för att få in medel för finansieringen, ett nytt statsandelssystem för kommunal basservice, införandet av reformen, personalens ställning och egendomsarrangemang. I lagförslagen om landskapsreformen och reformen av ordnandet av social- och hälsovården, som är under behandling i riksdagen, kommer riksdagens utskott utifrån ministeriernas svar att göra de ändringar som grundlagsutskottets utlåtande från den 29 juni 2017 förutsätter.

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 regionförvaltningen, landskapen och kommunerna. Reformen av social- och hälsovården syftar till att minska hälso- och välfärdsskillnaderna mellan människor och förbättra tjänsternas jämlikhet, tillgången till tjänster och tjänsternas verkningsfullhet samt stävja kostnadsökningen. Ett centralt mål med reformen är också att stärka basservicen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Ordnande av social- och hälsovårdstjänster

Enligt regeringens proposition med förslag till lag om ordnande av social- och hälsovård ska landskapen ansvara för att ordna social- och hälsovård. Landskapet planerar och leder helheten av social- och hälsovårdstjänster inom sitt område. Landskapet ansvarar också för finansieringen av sina uppgifter även om organiseringsansvaret har överförts till ett annat landskap eller när ett annat landskap på grundval av lag sköter om uppgiften. Landskapet ansvarar dessutom 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 propositionen föreskrivs det om hur landskapet ska ordna lagstadgad social- och hälsovård för invånarna. Social- och hälsovårdstjänsterna 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

kunderna. Produktionen av tjänsterna får samlas till större helheter som omfattar ett eller flera landskap om tillgången till tjänster och säkerställandet av deras kvalitet kräver specialkunskaper eller dyra investeringar. Detta är tillåtet också när ett ändamålsenligt, kostnadsnyttoeffektivt och effektivt tillhandahållande av tjänsterna kräver det.

Det landskap som ansvarar för ordnandet ska sköta styrningen av tjänsteproduktionen. Enligt landskapslagen ska det landskap som ansvarar för organiseringen av tjänsterna svara för att invånarens lagstadgade rättigheter tillgodoses och för samordningen av tjänstehelheterna samt i fråga om de tjänster som organiseras och andra åtgärder svara för 1) lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna, 2) fastställandet av behovet, mängden och kvaliteten i fråga om dem, 3) det sätt som de produceras på, 4) styrningen och tillsynen av produktionen, 5) utövandet av myndigheternas befogenheter, med undantag för landskapets affärsverks lagstadgade befogenheter eller befogenheter som överförts genom en förvaltningsstadga.

Produktion av social- och hälsovårdstjänster

Landskapen ska i sin egen verksamhet skilja åt ordnandet av social- och hälsovård och produktionen av tjänster. I landskapslagen finns allmänna bestämmelser om landskapets produktion av tjänster. Landskapen får producera tjänsterna själva eller i samarbete med andra landskap eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Till dem som kan agera som tjänsteproducenter hör landskapens affärsverk, aktiebolag, sammanslutningar, föreningar, andelslag, stiftelser och självständiga yrkesutövare. I lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om principerna för produktion av social- och hälsovårdstjänster. Enligt förslaget om ordnande av social- och hälsovård svarar landskapets affärsverk för landskapets egen tjänsteproduktion och för det samarbete med andra producenter av tjänster som omfattas av landskapets organiseringsansvar som behövs för att samordna tjänsterna. Affärsverkets samordningsuppgift innebär samordning av servicekedjor för enskilda kunder och ligger således på en mer konkret nivå än den allmänna samordning och planering av tjänster som hör till landskapets organiseringsuppgift. Utöver i landskapslagen och lagen om ordnande av social- och hälsovård kommer det också att föreskrivas om produktionen av tjänster i en separat lag om produktion av social- och hälsotjänster.

Landskapets affärsverk är en separat och offentligrättslig inrättning som leds av en direktör och en styrelse. Vid affärsverket tjänstgör även tjänsteinnehavare som kan fatta myndighetsbeslut. Affärsverket producerar offentliga social- och hälsovårdstjänster för invånarna också när det inte är möjligt att få tillgång till dem på annat sätt. En tjänsteproducent har många skyldigheter. Producenten ska exempelvis säkerställa att de helheter som tjänsterna bildar genomförs och att servicekedjorna fungerar på ett överenskommet sätt. Landskapet är skyldigt att ingå ett avtal med alla tjänsteproducenter. Landskapet beslutar i sin servicestrategi också om målen för den minimimängd tjänster som ska upphandlas av privata tjänsteproducenter inom social- och hälsovården. Dessutom ska det i servicestrategin fastställas vilken del av upphandlingarna som konkurrensutsätts i syfte att utveckla nya lösningar som förbättrar den innovativa verksamheten och tjänsternas kostnadsnyttoeffekt. I servicestrategin för social- och hälsovården ska man dessutom beakta samordningen av de tjänster som omfattas av kundens valfrihet och de övriga social- och hälsovårdstjänsterna så att de tjänster som kunderna är i behov av bildar en helhet som tillgodoser behoven.

I lagen om produktion av social- och hälsotjänster ska det föreskrivas om rätten att producera de social- och hälsotjänster som ingår i landskapets organiseringsansvar samt privata social- och hälsotjänster. Avsikten med lagen är att säkerställa 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 tjänsteproducentens verksamhetsform. I stället för den ska man övergå till en registrering som gäller alla tjänsteproducenter på lika villkor och till en fungerande egenkontroll som utgår från ett ömsesidigt förtroende mellan tjänsteproducenten och myndigheterna.

Tjänsteproducenten ska registrera sig i ett register över tjänsteproducenter inom social- och hälsovården. I registret ingår också en öppen och offentlig informationstjänst om tjänsteproducenterna. Register- och tillsynsmyndigheter är Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverken. Tjänsteproducenterna ska uppfylla de registreringskriterier som fastställs i lagen. Tillsynsmyndigheten beslutar om godkännande eller nekande av registrering av en producent. Enligt förslaget ska tjänsteproducenten säkerställa tjänsternas kvalitet, klientorientering, säkerhet och ändamålsenlighet samt övervaka att dessa genomförs. Tjänsteproducenten ska ha en omfattande plan för egenkontroll.

Det finns skillnader mellan landskapen i fråga om hur de för närvarande lyckas med att erbjuda sina invånare tjänster på basnivå. Detta syns som variationer i hur länge man måste vänta för att få vård eller tjänster. I samtliga landskap finns det privat tjänsteproduktion inom social- och hälsovården, inklusive privata läkartjänster, men tjänsteutbudet varierar avsevärt mellan landskapen. Det finns även skillnader mellan

landskapen när det gäller hur stor andel av befolkningen som bor i inre stadsområden och hur stor andel som bor i glesbygd (tabell 1 och 2). Tillsammans ger dessa faktorer en helhetsbild av landskapens olika förutsättningar i utgångsläget vid genomförandet av valfriheten. Detta behandlas närmare i avsnitt 4.1.2 i konsekvensbedömningen.

Tabell 1

Regional jämförelse av landskapen: Befolkning och andel av befolkningen i stadsområden/landsbygdsområden samt antalet verksamhetsställen för företag inom social- och hälsobranschen i förhållande till befolkningen 2015						
2015	**Befolkning**	**Andel av befolkningen i inre stadsområden**	**Andel av befolkningen i glesbygd**	**Antal verksamhetsställen för företag inom social- och hälsobranschen i förhållande till befolkningen**	**Ersättningar för privatläkares arvoden (antal)**	**Väntetid till vård (över 90 dagar)**
FASTLANDET	5 458 325	32,21	5,34	0,38	1 597 594	
Landskapet Nyland	1 620 261	58,19	0,03	0,42	548 065	109
Landskapet Egentliga Finland	474 323	30,47	0,55	0,42	159 991	120
Landskapet Satakunta	222 957	21,67	3,68	0,36	79 034	49
Landskapet Egentliga Tavastland	174 710	23,48	0,20	0,35	50 753	56
Landskapet Birkaland	506 114	29,29	1,42	0,39	155 485	**29**
Landskapet Päijänne-Tavastland	201 615	32,27	1,31	0,31	57 479	**16**
Landskapet Kymmenedalen	178 688	15,60	0,91	0,33	57 917	36
Landskapen Södra Karelen	131 155	12,42	3,02	0,32	31 701	39
Landskapet Södra Savolax	150 305	14,54	23,16	0,36	35 538	23
Landskapet Norra Savolax	248 129	21,44	11,53	0,37	62 839	21
Landskapet Norra Karelen	164 755	11,28	16,06	0,36	41 100	**0**
Landskapet Mellersta Finland	275 780	19,04	16,81	0,35	64 905	**11**
Landskapet Södra Österbotten	192 586	8,46	3,64	0,31	49 382	95
Landskapet Österbotten	181 679	20,21	2,27	0,26	41 892	43
Landskapet Mellersta Österbotten	69 032	16,11	11,01	0,29	13 113	**0**
Landskapet Norra Österbotten	410 054	18,10	9,14	0,41	89 323	75
Landskapet Kajanaland	75 324	18,55	30,35	0,32	17 139	**
Landskapet Lappland	180 858	13,98	27,20	0,30	41 938	38
Källa: Statistikcentralen, Institutet för hälsa och välfärd samt FPA-statistik, sjukförsäkring						

Tabell 2

Regional jämförelse av landskapen: Personal inom offentlig social- och hälsovård 2014		
	Personal inom kommunal social- och hälsovård/10 000 invånare: Hälso- och sjukvård 2014*	Personal inom kommunal social- och hälsovård/10 000 invånare: Socialservice 2014*
FASTLANDET	242	231
Landskapet Nyland	220	188
Landskapet Egentliga Finland	264	243
Landskapet Satakunta	245	258

Landskapet Egentliga Tavastland	197	241
Landskapet Birkaland	222	213
Landskapet Päijänne-Tavastland	213	222
Landskapet Kymmenedalen	175	249
Landskapen Södra Karelen	187	233
Landskapet Södra Savolax	259	273
Landskapet Norra Savolax	320	240
Landskapet Norra Karelen	265	246
Landskapet Mellersta Finland	236	276
Landskapet Södra Österbotten	283	289
Landskapet Österbotten		
Landskapet Mellersta Österbotten	274	272
Landskapet Norra Österbotten	284	221
Landskapet Kajanaland	285	255
Landskapet Lappland	290,00	269
Källa: Kommunernas hälso- och socialvårdspersonal 2014, Institutet för hälsa och välfärd *= uppgift enligt sjukvårdsdistrikt		

2.3.4 Europeiska unionens regler om statligt stöd

EU:s regler om statligt stöd är en del av unionens konkurrensrätt, som syftar till att garantera jämlika konkurrensförhållanden i hela unionen. EU:s regler om statligt stöd är bindande och direkt tillämplig rätt i medlemsstaterna. Enligt den så kallade företrädesprincipen, som tillämpas inom EU-rätten, ska EU-rätten ges företräde framför nationell lagstiftning och verksamhet om de strider mot varandra (mål C-6/64, Costa v. Enel).

Bestämmelser om statligt stöd finns i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF, artiklarna 107–109). Regleringen av statligt stöd är en viktig del av verksamheten på Europas inre marknad, och syftet med den är att se till att medlemsstaternas myndigheter inte beviljar stöd som snedvrider konkurrensen och som därmed är oförenliga med den inre marknaden. EU:s regler om statligt stöd hör till kommissionens behörighet. Kommissionen har exklusiv behörighet att besluta om ett stöd är förenligt med den inre marknaden.

Enligt artikel 107.1 i FEUF är stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna. Innehållet i artikeln har utvecklats utifrån EU-domstolens avgöranden. I reglerna och i tolkningen av dem används etablerade begrepp som inte nödvändigtvis direkt motsvarar de etablerade begreppen och uttrycken i Finland. I EU-domstolens avgörandepraxis används begreppen ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet. EU:s regler om statligt stöd gäller endast så kallad ekonomisk verksamhet. Reglerna gäller inte icke-ekonomisk verksamhet.

Enligt rättspraxis utgör all verksamhet som går ut på att erbjuda varor och tjänster på marknaden ekonomisk verksamhet (t.ex. mål 118/85, kommissionen v. Italien, mål C-35/96, kommissionen v. Italien, och de förenade målen C-180/98–C-184/98, Pavlov m.fl.). Huruvida det finns en marknad för en viss tjänst kan bero på hur tjänsten i fråga har ordnats i medlemsstaten (t.ex. de förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet och Pistre). Till följd av politiska val och ekonomisk utveckling kan klassificeringen av viss verksamhet förändras med tiden.

Begreppet ekonomisk verksamhet hänger samman med en av de grundläggande friheterna i EU, dvs. friheten att tillhandahålla tjänster, och med dess tillämpningsområde, och begreppet ekonomisk verksamhet kan därför inte tolkas restriktivt (mål 53/81, Levin, och de förenade målen C-51/96 och C-191/97, Deliege). I princip anses allt tillhandahållande av tjänster mot betalning eller ersättning vara ekonomisk verksamhet. Kännetecknande för en ersättning är att den gäller just den tjänst som utförs och att avtal om ersättningen i allmänhet sluts mellan tjänsteproducenten och tjänstemottagaren (mål 263/86, Humbel). Enligt EU-domstolspraxis behöver ersättningen inte nödvändigtvis betalas av den som använder tjänsten, utan det räcker att ersättning för tjänsten de facto fås på något sätt (mål 352/85, Bond van Adverteerders m.fl.).

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Aktörer som bedriver ekonomisk verksamhet kallas företag. Begreppet företag är omfattande, eftersom det avser varje enhet som utövar ekonomisk verksamhet, oavsett enhetens rättsliga form eller finansieringssätt eller huruvida den eftersträvar ekonomisk vinst (t.ex. mål C-41/90, Höfner och Elser). När det gäller reglerna för statligt stöd har det ingen betydelse om det är fråga om ett privat eller ett offentligt ägt företag. Det har heller ingen avgörande betydelse om aktören inte eftersträvar ekonomisk vinst (t.ex. en allmännyttig förening). Om en verksamhet de facto ska anses vara ekonomisk, kan också myndigheter som bedriver sådan verksamhet anses uppfylla definitionen av begreppet företag.

Vid bedömningen av innehållet i begreppet företag inom EU-rättspraxis har man beaktat om verksamhet inom området i fråga kan bedrivas endast av myndigheter eller om också privata aktörer skulle kunna bedriva verksamhet inom området (t.ex. mål C-41/90, Elser och Höfner, de förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet och Pistre, och mål C-475/99, Ambulanz Glöckner). Denna tolkning leder dock lätt till att i princip så gott som all verksamhet kan anses vara ekonomisk, eftersom privata aktörer i stor utsträckning kan sköta olika uppgifter i samhället, med undantag för uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt. Dessutom innebär det faktum att privata företag verkar inom ett område inte i sig att myndigheters verksamhet inom området skulle vara av ekonomisk karaktär.

Kommissionen har utfärdat ett särskilt tillkännagivande om begreppet statligt stöd (kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, 2016/C 262/01). I tillkännagivandet har kommissionen samlat EU-domstolens avgöranden samt kommissionens beslutspraxis baserat på artikel 107. I punkt 14 i tillkännagivandet konstateras följande: ”En offentlig myndighets beslut att inte tillåta tredje man att tillhandahålla en viss tjänst (till exempel därför att den vill tillhandahålla tjänsten internt) utesluter inte förekomsten av en ekonomisk verksamhet. Trots en sådan avskärmning av marknaden kan det vara fråga om en ekonomisk verksamhet om andra aktörer skulle ha vilja och kapacitet att tillhandahålla tjänsten på den berörda marknaden. Mer allmänt har det faktum att en viss tjänst tillhandahålls internt ingen betydelse för verksamhetens ekonomiska art” (som exempel på detta kan nämnas kommissionens beslut 2011/501/EU som gällde det statliga stödet C-58/06 i fråga om Tysklands järnvägar, aktörer som staten definierat som interna företag och den offentliga finansiering de fått inom en sektor som öppnats för konkurrens. Kommissionen konstaterade i sitt beslut (punkt 208) följande: ”Att företagen kan vara att kategorisera som interna företag förhindrar inte en eventuell påverkan på konkurrensen eftersom dessa företag är verksamma på en och samma marknad som andra offentliga och privata företag”).

I EU-domstolens avgörandepraxis har man granskat när det är fråga om verksamhet på marknaden. Vid tolkningen har det varit av betydelse om verksamheten bedrivs under marknadsförhållanden. Kännetecknande för marknadsförhållanden är bl.a. att man agerar i kapitaliseringssyfte, dvs. exempelvis att man strävar efter bästa förväntade avkastning och att nivån på förmånerna beror på det ekonomiska resultatet.

Myndigheternas skattefrihet och konkursskydd utgör ett problem i fall där det är fråga om verksamhet under marknadsförhållanden och ekonomisk verksamhet. EU-domstolen bekräftade genom ett avgörande 2014 (mål C-559/12, Frankrike v. kommissionen La Poste) att en myndighets konkursskydd och skattefrihet innebär ett otillåtet statligt stöd när myndigheten bedriver ekonomisk verksamhet. Kommissionen har i fråga om Finland i ett beslut från 2007 (kommissionens beslut (2008/765/EG) om statligt stöd C 7/06 (ex NN 83/05) som Finland har genomfört till förmån för Vägaffärsverket/Destia) konstaterat att organisationens skattefrihet och konkursskydd utgör ett otillåtet statligt stöd, om organisationen bedriver ekonomisk verksamhet. Tolkningen ledde till att verksamheten bolagiserades.

EU:s regler om statligt stöd gäller inte icke-ekonomisk verksamhet. Det finns i regel två grunder för icke-ekonomisk verksamhet. För det första anses utövning av offentlig makt (t.ex. mål C-118/85, kommissionen v. Italien) och statliga myndigheter som agerar i egenskap av myndigheter (mål C-30/87, Bodson v. Pompes funèbres des régions libérées) innebära icke-ekonomisk verksamhet. Enligt kommissionens tillkännagivande är sådan verksamhet t.ex. armén, polisen, gränsbevakningen och organisation av fängelsedomar. Listan över exempel är inte uttömmande, utan tolkningen utvecklas allteftersom EU-domstolen fäller avgöranden. För det andra har det i de fall där verksamhetsområdet starkt domineras eller definieras av den så kallade solidaritetsprincipen ansetts vara fråga om icke-ekonomisk verksamhet. Solidaritetsprincipen har identifierats speciellt i systemen för social trygghet och i hälso- och sjukvårdssystemen.

Gränsdragningen mellan dessa två begreppsliga definitioner (ekonomisk/icke-ekonomisk) är viktig, eftersom definitionen av systemets karaktär – och endast den – avgör om EU:s regler för statligt stöd tillämpas eller inte. Tolkningen bör dock göras från fall till fall, baserat på prövning inom verksamhetsområdet i fråga, och den omfattar ofta noggrann övervägning av olika element inom det aktuella systemet. Man bör därför akta sig för generaliseringar; varje fall och varje område granskas alltid som en separat helhet så att dess särdrag beaktas.

Systemens karaktär beror i praktiken på vilka politiska val man i medlemsstaterna gör och har gjort när det gäller systemen. Medlemsstaterna kan rätt självständigt fatta beslut om sina folkhälsosystem, vilket beskrivs närmare nedan. I kommissionens tillkännagivande (punkt 15) konstateras följande: ”Eftersom distinktionen mellan ekonomiska och icke-ekonomiska verksamheter i viss utsträckning beror på politiska val eller på den ekonomiska utvecklingen i en viss medlemsstat, är det inte möjligt att upprätta en uttömmande förteckning över verksamheter som utan föregående bedömning aldrig skulle kunna anses vara ekonomiska.” Dessutom kan systemen förändras över tid. Vidare konstateras i tillkännagivandet (punkt 12) följande: ”På grund av politiska val eller den ekonomiska utvecklingen kan klassificeringen av en viss verksamhet dessutom komma att ändras över tiden. Det som inte är en ekonomisk verksamhet i dag kan bli det i framtiden, och tvärtom.” Definitionerna av ekonomisk och icke-ekonomisk verksamhet lever således, och de kan förändras till följd av marknadsutvecklingen och politiska val.

Medlemsstaternas rätt att självständigt definiera sina social- och hälsovårdssystem

Social- och hälsovården har en särskild position och ställning i unionen. För det första omfattar målen för unionen i sig en social dimension och skydd av folkhälsan. I EU:s rättspraxis har det bestyrkts att skyddet för människors liv och hälsa är det främsta bland de värden och intressen som skyddas genom fördragen och att det ankommer på medlemsstaterna att fastställa på vilken nivå de vill säkerställa detta skydd och på vilket sätt denna nivå ska uppnås (t.ex. mål C-322/01, Deutscher Apothekerverband, mål C-141/07, kommissionen v. Tyskland, och de förenade målen C-171/07 och 172/07, Apothekerkammer des Saarlandes m.fl.). Unionsrätten begränsar inte medlemsstaternas behörighet att själva utforma sina social- och hälsovårdssystem (t.ex. mål 238/82, Duphar m.fl., och mål C-70/95, Sodemare). Medlemsstaterna kan alltså självständigt besluta om sina egna social- och hälsovårdssystem.

Unionen har till viss del getts befogenheter inom dessa sektorer, men behörigheten gäller komplettering, stöd och samordning av medlemsstaternas egna åtgärder. Social- och hälsovårdstjänsternas särskilda ställning understryks dessutom av att rådet i vissa fall ska besluta med enhällighet, vilket gäller när det är fråga om avtal på områden som rör handel med sociala tjänster och tjänster som avser hälso- och sjukvård, om avtalen riskerar att allvarligt störa den nationella organisationen av sådana tjänster och negativt påverka medlemsstaternas ansvar för att tillhandahålla dessa.

Själva målen för Europeiska unionen omfattar i stor utsträckning en social dimension och skydd av folkhälsan. Enligt artikel 9 i FEUF ska unionen vid fastställandet och genomförandet av sin politik och verksamhet beakta de krav som är förknippade med bl.a. garantier för ett fullgott socialt skydd, kampen mot social utestängning samt en hög hälsoskyddsnivå för människor. Enligt artikel 151 i FEUF ska både unionens och medlemsstaternas mål, under beaktande av grundläggande sociala rättigheter, vara bl.a. att åstadkomma ett fullgott socialt skydd och att bekämpa social utslagning. Enligt artikel 168 i FEUF ska en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder.

Också Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna är av betydelse: EU har allmänt förbundit sig till vissa grundläggande rättigheter på unionsnivå. Stadgan om de grundläggande rättigheterna godkändes 2003 vid Europeiska rådets möte i Nice. Den blev juridiskt förpliktande i och med Lissabonfördraget 2009. Stadgan om de grundläggande rättigheterna är juridiskt sett ett av EU-fördragen. I stadgan samlas de rättigheter som tryggas i EU:s grundfördrag, i EU-domstolens rättspraxis, i medlemsstaternas författningstraditioner, i Europakonventionen och i den europeiska sociala stadgan samt i andra internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Stadgan om de grundläggande rättigheterna är förpliktande framför allt för EU-institutionerna, men även för medlemsstaterna när de tillämpar unionsrätten, t.ex. när de genomför direktiv. Stadgan tryggar individens fri- och rättigheter, och man kan hänvisa direkt till den bl.a. vid nationella rättegångar, till den del det är fråga om tillämpning av unionsrätt. Artikel 24 i stadgan gäller barnets rättigheter, artikel 25 äldres rättigheter, artikel 26 integrering av personer med funktionshinder, artikel 34 social trygghet och socialt stöd och artikel 35 hälsoskydd. Stadgan innehåller också andra slag av rättigheter, som kan delas in i sociala, ekonomiska och politiska rättigheter, och är alltså ett slags sammanställning av olika typer av rättigheter.

Unionen är alltså skyldig att främja den sociala dimensionen och skyddet av folkhälsan. Medlemsstaterna kan däremot självständigt bestämma hurdana social- och hälsovårdssystem de tar i bruk. Enligt artikel 153 i FEUF ska vissa bestämmelser som har antagits enligt det fördraget inte påverka medlemsstaternas erkända rätt att fastställa de grundläggande principerna för sina system för social trygghet och inte i väsentlig grad påverka den finansiella jämvikten i dessa, och de ska inte heller hindra någon medlemsstat från att bibehålla eller införa sådana mera långtgående skyddsåtgärder som är förenliga med fördragen. Enligt artikel 168 i FEUF ska unionen när den vidtar åtgärder respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Det konstateras uttryckligen att

medlemsstaternas ansvarsområden inbegriper hälso- och sjukvårdsförvaltning och fördelning av de resurser som tilldelas denna. Medlemsstaternas rätt att självständigt besluta om sina system har också bekräftats i EU-domstolens praxis genom konstaterandet att medlemsstaterna får bestämma på vilken nivå och på vilket sätt de ämnar skydda folkhälsan. Eftersom det ankommer på medlemsstaterna att definiera nivån på skyddet, kan nivån variera mellan medlemsstaterna (t.ex. mål C-158/96, Kohll, mål C-157/99, Smits och Peerbooms, och mål C 571/07, Blanco Pérez och Chao Gómez).

Unionen har dock även delad befogenhet med medlemsstaterna i fråga om vissa slag av social trygghet samt folkhälsan. Delad befogenhet i fråga om folkhälsan föreligger när det är fråga om unionens gemensamma säkerhetsfrågor i fråga om folkhälsan. Till unionens befogenhet hör att samordna medlemsstaternas socialpolitik och att stödja samarbetet mellan medlemsstaterna, i synnerhet när det gäller social trygghet. När det gäller skydd för människors hälsa har unionen befogenhet att stödja, samordna och komplettera medlemsstaternas egna åtgärder.

Beskrivande för medlemsstaternas självbestämmanderätt i praktiken är att de i motiverade fall kan inskränka friheten att tillhandahålla tjänster i sina social- och hälsovårdssystem. Som grund för inskränkande har godkänts åtminstone risk för att den ekonomiska balansen i systemen allvarligt rubbas samt riskerande av tillgången till tillräckligt mångsidig och allmänt tillgänglig sjukvård och sjukhusvård. Dessutom har det preciserats att det är möjligt at inskränka friheten att tillhandahålla sjukvård och sjukhusvård när det i en viss medlemsstat är nödvändigt att upprätthålla en viss vårdkapacitet eller medicinsk kompetens med hänsyn till folkhälsan eller rentav för den lokala befolkningens överlevnad. Medlemsstaterna och arbetsmarknadens parter kan exempelvis ha kommit överens om att inrätta branschspecifika nationella pensionsfonder och om att företagen inom branschen i fråga måste höra till dem (mål C-219/97, Drijvende Bokken, och de förenade målen C-115/97–C-117/97, Brentjens', som gällde Nederländernas pensionsfonder inom vissa branscher (hamnarbetare, byggnadsmaterialbranschen)). Domstolen ansåg att arbetsmarknadsorganisationerna i Nederländerna fick besluta att pensionsfonderna i fråga skulle inrättas och att det skulle vara obligatoriskt att vara medlem i dem. Vidare ansåg domstolen, på grund av beslutens beskaffenhet och syfte, att det inte skulle anses att besluten omfattas av artikel 85 i EG-fördraget (nuvarande artikel 105 i FEUF, kommissionens befogenhet att säkerställa tillämpningen av konkurrensreglerna i artiklarna 101 och 102).

Medlemsstaterna kan dock inte med hänvisning till självbestämmanderätten ta i bruk helt obefogade inskränkningar (t.ex. de förenade målen C-570/07och C-571/07, Blanco Pérez och Chao Gómez, mål C-531/06, kommissionen v. Italien, och de förenade målen C-171/07 och C-172/07, Apothekerkammer des Saarlandes). Varje inskränkning ska därmed vara nödvändig och ha en verklig motivering samt de facto bidra till att målen med systemet uppnås. Medlemsstaterna ska följa proportionalitetsprincipen. I rättspraxis har fallen granskats med utgångspunkt i om de nationella bestämmelserna kan anses vara berättigade av tvingande skäl, och om de kan det, får bestämmelserna inte överskrida det som objektivt sett är nödvändigt i saken, och målen ska inte ha kunnat uppnås genom andra bestämmelser som innebär mindre inskränkningar (t.ex. mål 205/84, kommissionen v. Tyskland, mål C-l80/89, kommissionen v. Italien, och mål C-106/91, Ramrath). Vidare har medlemsstaterna inte en helt obegränsad behörighet (mål C-103/06, Derouin). Mål C-158/96, Kohll, gällde rätten för en familj bosatt i Luxemburg att få ersättning för tandläkartjänster som skulle utföras i Tyskland. Ersättningen förutsatte förhandstillstånd av Luxemburg. Domstolen ansåg att det i målet inte hade lagts fram några sådana för skyddet för folkhälsan relevanta eller betydande grunder som skulle ha motiverat ett förhandstillstånd. Förhandstillståndet ansågs dock strida mot friheten att tillhandahålla tjänster.

På grund av medlemsstaternas självbestämmanderätt avviker folkhälsosystemen rätt mycket från varandra. I kommissionens tillkännagivande konstateras detta på följande sätt: "I unionen skiljer sig de olika hälso- och sjukvårdssystemen betydligt från varandra i de olika medlemsstaterna. Dessa nationella särdrag är avgörande för huruvida och i vilken utsträckning olika vårdgivare konkurrerar med varandra".

Social- och hälsovårdstjänsterna omfattas ändå, oberoende av eller trots självbestämmanderätten, av EU:s regler om statligt stöd. Principen att hälsovårdstjänster, också sådana som mottagaren får gratis, ska anses vara i enlighet med EU:s grundfördrag har bestyrkts i EU:s rättspraxis (t.ex. de förenade målen 286/82 och 26/83, Luisi och Carbone, mål C-159/90, Society for the Protection of Unborn Children Ireland, och mål C-157/99, Smits och Peerbooms). Således bedöms hälsovårdstjänster även med utgångspunkt i EU:s regler om statligt stöd, dvs. artikel 107. Likaså bedöms dessa tjänster bl.a. med avseende på den fria rörligheten och etableringsfriheten. Att EU:s regler kan tillämpas på dessa tjänster innebär i praktiken att medlemsstaternas självbestämmanderätt i viss mån begränsas, eftersom medlemsstaterna i och med detta i sin egen verksamhet ska beakta EU:s regler och avgörandepraxis om den inre marknaden och konkurrensrätten.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Social- och hälsovårdssystemen och EU:s regler om statligt stöd

Eftersom EU:s regler om statligt stöd även gäller social- och hälsovårdssystemen i medlemsstaterna, har det i EU uppstått rättspraxis också om dessa sektorer. I den samlade rättspraxisen har det till stor del handlat om att definiera medlemsstaternas system för social trygghet, men det finns även rättspraxis som gäller hälso- och sjukvården. I fråga om systemen för social trygghet har man i synnerhet behandlat försäkringsbaserade system, och då särskilt medborgarnas rätt till olika tjänster inom social- och hälsovården. Medlemsstaternas system har ansetts vara antingen icke-ekonomiska eller ekonomiska utifrån en detaljerad helhetsbedömning. Tolkningen har varierat beroende på hurdana drag i systemen som har varit dominerande. Finland har inget motsvarande omfattande försäkringsbaserat social- och hälsovårdssystem som i många andra medlemsstater, och eftersom en betydande del av EU-rättspraxis har gällt försäkringsbaserade system är det därför svårt att göra en jämförelse i detta hänseende.

Mycket sällan är medlemsstaternas system renlärigt helt icke-ekonomiska eller helt ekonomiska. I nästan alla rättsfall har systemen haft både icke-ekonomiska och ekonomiska drag, och systemen har definierats utifrån en omfattande helhetsbedömning. Klassificeringen av ett system beror på olika faktorer och på en bedömning av deras prioritetsordning. Ett exempel på ett avgörande där det gjordes en sådan detaljerad helhetsbedömning är mål C-350/07, Kattner Stahlbau, där systemets olika faktorer gicks igenom noggrant så att olika element vägdes mot varandra och där systemets karaktär bedömdes som helhet. Målet gällde Tysklands lagstadgade försäkringssystem mot olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar, i vilket Kattner Stahlbau, ett företag inom stålindustrin, anslöts till den tyska obligatoriska offentligrättsliga försäkringskassan, ur vilken företaget sedan ville utträda (bl.a. eftersom det annanstans i EU skulle ha gått att få motsvarande försäkring förmånligare privat). I målet gällde det att avgöra karaktären av de tyska försäkringskassorna i fråga, dvs. om de kunde anses vara företag. Domstolen konstaterade att försäkringskassorna var icke-ekonomiska operatörer, att systemet baserade sig på solidaritetsprincipen och att systemet var reglerat och stod under tillsyn. Systemet var icke-ekonomiskt.

Utifrån samlad rättspraxis är det möjligt att visa på vilka element som har haft betydelse vid tolkningen. I fråga om medlemsstaternas system för social trygghet har åtminstone följande faktorer ansetts vara kännetecknande för icke-ekonomisk verksamhet. Den första gemensamma nämnaren för icke-ekonomiska system har varit att målet med systemen har ansetts vara uteslutande socialt, eller med andra ord att förverkliga vissa uttalade sociala mål. Exempelvis gällde de förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet och Pistre, karaktären av Frankrikes system för social trygghet och av verksamheten vid sjukkassorna inom systemet. I avgörandet konstateras det att systemet eftersträvade ett socialt mål, eftersom det syftade till att tillförsäkra alla (egenföretagare) ett skydd mot riskerna vid sjukdom, ålderdom, dödsfall och invaliditet. Också i mål C-218/00, Cisal, som gällde Italiens system för försäkring mot olycksfall i arbetet, konstaterades det att systemet hade ett socialt syfte. Systemet ansågs uppfylla ett socialt syfte bl.a. eftersom systemet för olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar, som baserade sig på italiensk lag, var omfattande, eftersom det i systemet föreskrevs ett obligatoriskt socialt skydd för dem som bedriver riskfylld verksamhet, eftersom skyddet var oberoende av eventuell vårdslöshet, dvs. av om skadan var självförvållad, och slutligen eftersom förmånerna inte var beroende av om de obligatoriska premierna och avgifterna hade betalats.

Enbart det att systemet har ett socialt syfte har dock inte i sig räckt för att det inte ska anses vara fråga om ekonomisk verksamhet. Det har med andra ord inte räckt för att systemet ska anses vara icke-ekonomisk till sin natur (t.ex. de förenade målen C-180/98–C-184/98, Pavlov m.fl.). Man har snarare utgått från det sociala syftet och utöver det analyserat systemets övriga egenskaper för att komma fram till om systemet ska anses vara icke-ekonomiskt eller ekonomiskt.

Ett system ska utöver det sociala syftet uppfylla solidaritetsprincipen för att anses vara icke-ekonomsikt till sin natur. Solidaritetsprincipen har ansetts omfatta följande element: det är obligatoriskt att höra till systemet, systemet finansieras med avgifter som fastställs utifrån en persons inkomster och låginkomsttagare kan befrias från avgifter. Förmånerna är dock desamma för alla och beror inte på beloppet av de betalda avgifterna. Solidaritetsprincipen har ansetts innebära en omfördelning av inkomsterna mellan de mest välsituerade och de som annars skulle vara berövade det sociala skyddet, med hänsyn till deras tillgångar och hälsotillstånd (bl.a. sjuk- och pensionsförsäkringar, de förenade målen C-159/91 och C-160/91, Poucet och Pistre, och motsvarande faktorer har betonats i fråga om Italiens system för försäkring mot olycksfall i arbetet i mål C-218/00, Cisal). Vidare har det ansetts vara av betydelse om systemet drivs utan vinstsyfte och i vilken omfattning systemet är reglerat och föremål för tillsyn.

Icke-ekonomiska system baserar sig alltså i grunden på att de är obligatoriska, t.ex. i försäkringsbaserade system på obligatorisk anslutning till en pensionskassa eller en försäkringsanstalt. För att ett system ska räknas som obligatoriskt ska medlemmarna dessutom betala obligatoriska premier eller andra avgifter. Obligatoriska system är förenade med tanken att trygga den ekonomiska balansen i systemet. Om ett system

som är tänkt att vara heltäckande inte skulle vara obligatoriskt, skulle det falla samman i grunden, eftersom det inte nödvändigtvis skulle finnas tillräckligt med betalare för att upprätthålla systemet.

Det har dessutom ansetts vara av betydelse om staten eller en myndighet utövar tillsyn över systemet och hur reglerad branschen är. Vidare har det ansetts vara av betydelse vilket handlingsutrymme aktörerna har, t.ex. om de själva kan fastställa storleken på de premier och avgifter som tas ut hos kunderna eller om det finns bestämmelser om saken som är bindande för aktörerna (t.ex. sjuk- och pensionsförsäkringar, de förenade målen Poucet och Pistre). När det gäller hälsovården har EU-domstolen i de förenade målen C-264/01, C-306/01, C-354/01 och C-355/01, AOK Bundesverband, som gällde det lagstadgade sjukförsäkringssystemet och sjukförsäkringskassorna i Tyskland, ansett det vara av betydelse sjukförsäkringskassornas syfte var enbart socialt, baserade sig på solidaritetsprincipen och saknade vinstsyfte. Domstolen granskade sjukförsäkringskassornas handlingsutrymme och konstaterade att de inte hade möjlighet att påverka de förmåner som tillhandahölls och att de dessutom hade gått samman i en slags gemenskap som bl.a. utjämnade riskerna, vilket betydde att de i praktiken inte konkurrerade med varandra. Sjukförsäkringskassorna hade visserligen ett visst handlingsutrymme vid fastställandet av avgiftsnivåer för kategorier av läkemedel, med detta påverkade inte tolkningen, och sjukförsäkringskassorna ansågs vara icke-ekonomiska aktörer, inte företag.

Däremot tyder följande faktorer på ekonomisk verksamhet: att systemet kompletterar ett obligatoriskt system (såsom tilläggspensioner och tilläggsförsäkringar), att producenterna har möjlighet att eftersträva ekonomisk vinst, att aktörerna har handlingsutrymme vid fastställandet av förmåner och avgifter, att verksamheten bygger på kapitalisering (att förmånerna beror på aktörernas ekonomiska resultat) och att de förmåner som betalas ut beror på beloppet av de betalda avgifterna. Om dessa element eller åtminstone en tillräckligt stor del av dem föreligger, har varken systemets sociala syfte eller det faktum att systemet även uppvisar drag av solidaritetsprincipen utgjort något hinder för att systemet ska anses vara ekonomiskt. Exempelvis i mål C 244/94, Fédération française des sociétés d'assurance m.fl., som gällde Frankrikes system för ålderspension, ansågs det att aktören i fråga i praktiken bedrev ekonomisk verksamhet som konkurrerade med pensionsförsäkringsbolagen och att de berörda personerna hade möjlighet att själva välja den lösning som innebar den bästa penningplaceringen för dem. Aktören ansågs därmed vara ett företag som bedrev ekonomisk verksamhet. Mål C 67/96, Albany, gällde Nederländernas pensionssystem och i synnerhet verksamheten vid den pensionsfond som förvaltade de kompletterande pensionerna. Domstolen konstaterade att trots att systemet hade vissa drag som var förenliga med solidaritetsprincipen (bl.a. ett socialt syfte, de faktum att det kompletterande pensionssystemet i sig var obligatoriskt och att aktören inte eftersträvade vinst samt tillsynen över systemet), fastställde aktören i fråga (pensionsfonden) själv avgifternas och förmånernas storlek, och dessutom sköttes fonden enligt kapitaliseringsprincipen, vilket innebar att de förmåner som betalades ut var beroende av fondens ekonomiska resultat. Således bedrev pensionsfonden i praktiken ekonomisk verksamhet i konkurrens med försäkringsbolag, och det var alltså fråga om ekonomisk verksamhet.

De förenade målen C-180/98–C-184/98, Pavlov m.fl., gällde en nederländsk tjänstepensionsfond för specialistläkare. Pensionsfonden ansågs bedriva ekonomisk verksamhet och därmed vara ett företag. Tolkningen grundade sig bl.a. på att pensionsfonden själv bestämde storleken på avgifterna och förmånerna och att den sköttes enligt kapitaliseringsprincipen – storleken på förmånerna var alltså beroende av fondens ekonomiska resultat (av investeringar). Dessutom kunde specialistläkarna välja vilken anstalt de anlitade för försäkringarna, och under vissa villkor kunde pensionsfonden medge undantag från den obligatoriska anslutningen. Slutresultatet påverkades inte av att pensionsfonden i sig hade ett socialt syfte eller av att vissa aspekter förenade med solidaritetsprincipen tillämpades i verksamheten (bl.a. att alla intresserade fick ansluta sig och att anslutning var obligatoriskt för alla inom yrket, att särskilda skyddsåtgärder tillämpades vid arbetsoförmåga, att försäkringsavgiften var oberoende av den försäkrades ålder och att staten utövade tillsyn över verksamheten).

I de förenade målen C-115/97–C-117/97, Brentjens', konstaterades det att den aktör som svarade för pensionsfonden i Nederländerna (Bedrijfspensioenfonds) ansågs vara ett företag, eftersom aktören själv bestämde storleken på försäkringsavgifterna och ersättningarna och eftersom fonden sköttes enligt kapitaliseringsprincipen. De faktum att pensionsfonden inte eftersträvade vinst, att systemet annars uppvisade drag typiska för solidaritetsprincipen och att systemet hade ett socialt syfte ändrade inte på tolkningen.

Inom EU har det även fastslagits att hälsovårdstjänster som tillhandahålls av oberoende läkare och andra privata yrkesutövare på egen risk och mot ersättning anses vara ekonomisk verksamhet (de förenade målen C-180/98–C-184/98, Pavlov m.fl.). Samma principer gäller för apotek.

I fråga om hälso- och sjukvårdssystemen har det, på motsvarande sätt som i fråga om systemen för social trygghet, varit av betydelse om solidaritetsprincipen är dominerande i systemen. Vidare har det varit av betydelse vilken roll den offentliga sektorn har i systemen. Även systemens finansieringsgrund har spelat in.

De spanska offentliga sjukhusens ställning och roll har granskats i rättsfallet Fenin (mål T-319/99, Fenin v. kommissionen). Det gäller ett fall där de offentliga sjukhusen i Spanien hade köpt betydande mängder produkter och utrustning för hälso- och sjukvård av privata aktörer. Enligt de privata aktörerna var de offentliga sjukhusen i praktiken företag som bedrev ekonomisk verksamhet på marknaden när de köpte produkter av privata. Tvisten uppstod när de offentliga sjukhusen betalade köpta produkter och utrustning med betydande dröjsmål i jämförelse med vad som hade avtalats, och sökanden ansåg att förfarandet innebar missbruk av dominerande ställning och att sjukhusen var företag.

Domstolen bestyrkte riktlinjerna i sina tidigare avgöranden i fråga om ekonomisk verksamhet och begreppet företag: enligt fast rättspraxis omfattade begreppet företag, i gemenskapens konkurrensrätt, varje enhet som bedriver ekonomisk verksamhet, oavsett enhetens rättsliga form och oavsett hur den finansieras. Ekonomisk verksamhet är i det avseendet all verksamhet som består i att erbjuda varor och tjänster på en viss marknad. Det fanns vid bedömningen av verksamhetens art inte någon anledning att särskilja den verksamhet som avser inköp av en produkt från den senare användningen av den produkt som köparen förvärvat. Rätten ansåg det vara av betydelse vilket slutanvändningsändamål produkten har: det ska ”anses att det är frågan huruvida den senare användningen av den köpta produkten är av ekonomisk karaktär som oundvikligen avgör inköpsverksamhetens art. När en enhet köper in en produkt, om än i stora kvantiteter, inte för att erbjuda varor eller tjänster inom ramen för en ekonomisk verksamhet utan för att använda produkten i en annan verksamhet, exempelvis en verksamhet som helt och hållet är av social karaktär, är den följaktligen inte att anse som ett företag enbart på grund av att den utgör köpare på en marknad” (punkt 36–37 i domen).

Som det redan har konstaterats har kommissionen exklusiv befogenhet att avgöra om det är fråga om otillåtet statligt stöd eller inte. Om kommissionens beslut inte överklagas, står beslutet fast och blir som sådant direkt bindande för medlemsstaterna. Därför är också kommissionens beslut betydande källor vid bedömningen av statliga stöd. Kommissionen har antagit ett beslut om karaktären av sjukvårdssystemet i Slovakien (kommissionens beslut (EU) 2015/248 om åtgärderna SA.23008 (2013/C) (f.d. 2013/NN) som Republiken Slovakien har genomfört till förmån för Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) och Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)). Beslutet har överklagats till EU-domstolen, så kommissionens beslut har inte vunnit laga kraft.

Slovakien har gjort ändringar i sitt sjukförsäkringssystem. År 1994 övergick man från ett statsstyrt system till en modell där både offentliga och privata aktörer kan verka inom sjukförsäkringsbranschen. År 2005 reformerades lagstiftningen i Slovakien. Reformen medförde att alla aktörer skulle vara vinstdrivande aktiebolag. Syftet med reformen var att effektivisera användningen av resurser och förbättra kvaliteten på sjukvården.

År 2007 förbjöds utbetalning av vinster i form av utdelning, men förbudet konstaterades strida mot grundlagen, och sedan 2011 har det på nytt varit möjligt att betala vinstutdelning. En tillsynsmyndighet inrättades för att övervaka företagen. Tillsynsmyndigheten utfärdar verksamhetstillstånd och övervakar att företagen iakttar lagstiftningen. I Slovakien fungerar för tillfället tre sjukförsäkringsbolag, ett aktiebolag som i sin helhet ägs av staten (SZP/VZP) och två privatägda aktiebolag (Dovera och Union). SZP/VZP har den största marknadsandelen, ca 64 procent av marknaden 2013.

Tryggande av rätten till kostnadsfri sjukvård (på grundval av sjukförsäkring) är en författningsenlig skyldighet för Slovakien. Sjukförsäkringsbolagen anses fullgöra en författningsenlig skyldighet för statens räkning, nämligen tillhandahålla sjukförsäkring. Republiken Slovakien är enligt lag ansvarig för att finansiera systemet och täcka eventuella förluster. Enligt lagen om sjukförsäkring är det fråga om en verksamhet av allmänintresse som inbegriper förvaltning av offentliga medel.

Sjukförsäkringsbolagen ska enligt lag erbjuda alla personer som bor i Slovakien sjukförsäkring. Det är obligatoriskt för alla som bor i Slovakien att vara försäkrad. Den obligatoriska försäkringen täcker i praktiken nästan alla åtgärder inom sjukvården. I Slovakien gäller valfrihet; försäkringstagaren kan själv välja var han eller hon tecknar sin försäkring. Man får byta försäkringsbolag en gång om året. Sjukförsäkringsbolag i Slovakien har en rättslig skyldighet att ge alla som så begär tillträde till dess försäkringssystem, förutsatt att personen uppfyller de rättsliga kraven för den obligatoriska försäkringen. Bolagen kan alltså inte välja sina kunder eller vägra att försäkra en person. Försäkring ska erbjudas till ett i lag fastställt pris oberoende av personens ålder, hälsotillstånd eller sjukdomsrisk.

Försäkringsavgifterna fastställs i lag, och de står i proportion till den försäkrade personens inkomst (på motsvarande sätt som den slovakiska inkomstskatten). I avgifterna beaktas inte den försäkrades risk att insjukna (såsom ålder eller hälsotillstånd). Försäkringen ger alla försäkrade personer möjlighet att få samma tjänster, oberoende av beloppet av personernas försäkringsavgifter. De förmåner som ska erbjudas fastställs i lag, och de kan vid behov begränsas eller utökas. Försäkringsbolagen kan inte själva påverka vad som ingår i de tjänster som erbjuds eller hur omfattande de är eller de premier som tas ut. Försäkringsbolagen har dock handlingsfrihet att lägga ytterligare försäkringar till det obligatoriska sjukförsäkringspaketet.

I Slovakien används ett gemensamt riskutjämningssystem för försäkringsbolagen (RES). Det innebär att bolag som försäkrar personer som är förenade med högre risk får medel från bolag vars portfölj är förenad med lägre risk.

Försäkringsbolagen kan självständigt förhandla om vem som producerar tjänsterna, och de kan alltså t.ex. ingå underleverantörsavtal med läkare och sjukhus. Republiken Slovakien har dock ställt ett minimikrav på alla försäkringsbolag i fråga om nätet geografiskt sett, för att den geografiska tillgängligheten till tjänsterna ska kunna garanteras. Enligt slovakisk lag har alla försäkringsbolag samma rättigheter och skyldigheter. Bolagen får inte bedriva någon annan verksamhet. De övervakas av en statlig tillsynsmyndighet.

Kommissionen konstaterar i sitt beslut att flera element i systemet indikerar att det är fråga om annan än ekonomisk verksamhet, eftersom systemet bl.a. uppvisar sociala inslag och mål och eftersom systemet huvudsakligen baseras på solidaritetsprincipen. Kommissionen konstaterar att systemet täcker merparten av invånarna i Slovakien och att det är fråga om en lagstadgad skyldighet att delta i systemet. Sjukvård tillhandahålls oavsett vilka försäkringsavgifter som har betalats. Ett försäkringsbolag kan inte vägra att försäkra någon, och den försäkrade kan fritt välja bolag. Dessutom konstaterar kommissionen att storleken på försäkringsavgifterna baserar sig på lag och fastställs utifrån den försäkrades inkomster, inte utifrån sjukdomsrisken. Det finns dessutom ingen direkt koppling mellan storleken på de avgifter som betalas till systemet och de tjänster som erbjuds. Försäkringsbolagen har ingen möjlighet att påverka vare sig försäkringsavgifternas storlek eller det minsta skydd som de försäkrade har rätt till, eftersom allt detta fastställs i lag. Vidare fäster kommissionen uppmärksamhet vid att det obligatoriska systemet i princip innebär heltäckande och fullständig sjukvård. Riskutjämningssystemet stärker solidariteten ytterligare.

Kommissionen påpekar att det finns heltäckande reglering om systemet; samtliga sjukförsäkringsbolags ställning, rättigheter och skyldigheter fastställs i lagar som föreskriver detaljerade villkor, och deras verksamhet är föremål för noggrann statlig tillsyn. Mot ovanstående bakgrund slår kommissionen fast att systemet inte är av ekonomisk art och bl.a. att det statsägda aktiebolaget inte är ett företag i den mening som avses i artikel 107.

Kommissionen konstaterar att vissa element tyder på ekonomisk verksamhet, såsom de faktum att det förekommer flera såväl offentliga som privata försäkringsgivare inom sektorn, att det förekommer en viss konkurrens mellan dem, att de bedriver verksamhet i vinstsyfte och att den slovakiska författningsdomstolen har ansett att verksamheten är öppen för konkurrens. Enligt kommissionen innebär dock inte det faktum att det finns flera (privata och offentliga) aktörer i sig att verksamheten inom systemet är av ekonomisk art, eftersom sociala drag och mål dominerar inom systemet och eftersom verksamheten huvudsakligen baseras på solidaritetsprincipen och står under noggrann statlig tillsyn. Kommissionen noterar att en annan tolkning skulle innebära att orimligt stor vikt läggs vid de organisatoriska arrangemang som en medlemsstat har valt för att driva en del av sitt sociala trygghetssystem, i stället för vid det aktuella systemets huvudinnehåll. Kommissionen konstaterar också att det av en dom av EU-domstolen (de förenade målen C-264/01, C-306/01, C-354/01 och C-355/01, AOK, som gällde det offentliga sjukförsäkringssystemet i Tyskland) följer att det faktum att det finns utrymme för konkurrens i sjukförsäkringssystemet och konkurrens faktiskt förekommer inte nödvändigtvis innebär att verksamheten i fråga är av ekonomisk art. Det som avgör är konkurrensens karaktär och omfattning, omständigheterna samt förekomsten och vikten av övriga relevanta faktorer. Den typ av konkurrens som är intressantast för konsumenterna, dvs. priskonkurrensen, är utesluten i Slovakien. Utrymmet för konkurrens i kvalitetshänseende är dessutom begränsat, eftersom tjänsternas innehåll fastställs i lag och är lika för alla försäkrade personer. Försäkringsgivarna kan därmed inte konkurrera med varandra när det gäller att bevilja lagstadgade obligatoriska förmåner inom sjukvården. Tolkningen påverkas inte heller av att försäkringsbolagen fritt kan skaffa insatsvaror av andra aktörer.

Om systemet till sin art är icke-ekonomiskt, är inte heller anskaffningen av sådana insatsvaror som behövs för verksamheten av ekonomisk art. Till denna del hänvisar kommissionen till rättsfallet Fenin. Inte heller det att vinstinriktning är tillåten leder enligt kommissionen till en annan tolkning. Det faktum att försäkringsgivare får göra vinster och dela ut en del av vinsterna vederlägger inte i sig systemets övervägande sociala aspekter och syften, solidaritetsprincipens roll eller den noggranna statliga regleringen och tillsynen.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Kommissionen konstaterar att de skyldigheter som staten ålägger bolagen begränsar möjligheten att göra, använda och dela ut vinster samt att friheten att göra, använda och dela ut vinster därför är betydligt mer begränsad inom denna sektor än inom normala kommersiella sektorer och förutsätter uppnåendet av sociala mål och solidaritetsmål. Kommissionen anser att inslagen av konkurrens och vinstinriktning i det slovakiska systemet i stället bör anses bidra till det viktigaste målet – att uppmuntra bolagen att verka i enlighet med principerna om god förvaltning för att systemet ska fungera väl så att de sociala och solidaritetsrelaterade målen för systemet kan nås.

I sitt beslut om sjukhusen i Bryssel (kommissionens beslut (EU) 2016/2327 om det statliga stöd SA 19864 – 2014/C (f.d. 2009/NN54) som Belgien har genomfört till förmån för finansiering av de offentliga IRIS-sjukhusen i huvudstadsregionen Bryssel) konstaterade kommissionen dock att vissa offentliga sjukhus i Belgien (de så kallade IRIS-sjukhusen) var företag. Stöden till dem kunde ändå anses godtagbara med stöd av de så kallade SGEI-reglerna. [Kommissionen konstaterade i sitt beslut bl.a. följande:

”När hälso- och sjukvården tillhandahålls inom sjukhus och andra vårdgivare mot betalning, oavsett om den tillhandahålls direkt av patienten eller från andra källor, i allmänhet, ska dessa tjänster anses som en ekonomisk verksamhet. Finansieringen av IRIS-sjukhusen via olika bidrag från ... myndigheter ... tillsammans med direktbetalningar från patienterna ... [utgör] en ersättning för IRIS-sjukhusen för medicinska tjänster och kan således, i detta sammanhang, anses vara ekonomisk ersättning för sjukhusvård som tillhandahålls. I sådana system förekommer det ett visst mått av konkurrens mellan sjukhus när det gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Det faktum att ett sjukhus som tillhandahåller sådana tjänster mot ersättning är [ett offentligt sjukhus] avlägsnar på intet sätt denna verksamhets ekonomiska karaktär.” POIS?]

I det granskade fallet bestod IRIS-sjukhusens huvudsakliga verksamhet av sjukhusverksamhet, vilket omfattade tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Sådan sjukhusverksamhet bedrevs även genom andra typer av organisationer och enheter, särskilt vid privata kliniker, sjukhus och andra specialiserade enheter, inklusive klagandenas privata sjukhus. Den sjukhusverksamhet som IRIS-sjukhusen bedrev mot betalning på en marknad med konkurrerande aktörer ansågs därmed vara av ekonomisk karaktär. Det belgiska nationella hälso- och sjukvårdssystemet hade tydliga inslag av solidaritet, vilket ändå inte ansågs ge någon orsak att ifrågasätta sjukhusverksamhetens ekonomiska karaktär.

Kommissionen erinrade om att tribunalen hade förklarat att ministerier och andra organ, som förvaltar ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem som verkar i enlighet med solidaritetsprincipen genom att det finansieras med sociala avgifter och andra statliga medel och genom att systemet tillhandahåller gratis, universellt omfattande tjänster för dem som hör till systemet, inte agerar som företag vid förvaltningen av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. Kommissionen ansåg emellertid att det fanns anledning att skilja mellan förvaltningen av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet, som genomfördes av offentliga organ som för detta ändamål utövade myndighetsbefogenheter, och tillhandahållande av sjukhusvård mot betalning i en konkurrensutsatt miljö (som var omtvistad i målet i fråga, såsom anges i skälen 108 och 109). När det gällde tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster ansågs IRIS-sjukhusen därför vara företag i den mening som avses i artikel 107.1 i FEUF.

Systemet för social trygghet och hälso- och sjukvård i Finland samt systemets karaktär med tanke på EU:s regler om statligt stöd

Hittills har verken den offentliga hälso- och sjukvården eller socialvårdssystemet i Finland varit föremål för någon systematisk definition utifrån EU:s regler om statligt stöd. EU-domstolen har inte fällt några avgöranden där det skulle ha fastställts vilken karaktär Finlands system för social trygghet eller hälso- och sjukvårdssektor har med tanke på EU:s regler om statligt stöd. EU-domstolen har i sin dom av den 21 juni 2012 i mål C-84/11 avgjort Yliopiston apteekkis ställning och det förhållande som apotekets särskilda rättigheter har till den fria rörligheten, men avgörandet gällde inte direkt tillämpningen av artikel 107, dvs. EU:s regler om statligt stöd.

Kommissionen har exklusiv befogenhet att fatta för medlemsstaterna bindande beslut om huruvida det är fråga om otillåtna statliga stöd, och till denna del förutsätter bedömningen naturligtvis att det även bedöms om det är fråga om ekonomisk eller icke-ekonomisk verksamhet. EU:s regler om statligt stöd tillämpas endast på ekonomisk verksamhet. Kommissionen har en viktig roll och befogenhet, eftersom kommissionens beslut blir bestående och bindande för medlemsstaterna, om de inte överklagas till EU-domstolen. Dessutom innebär principen om att unionsrätten har företräde att besluten ska följas i medlemsstaterna och att den nationella lagstiftningen eller annan reglering eller praxis vid behov ska ändras.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Kommissionen har antagit ett beslut om verksamhet i affärsverksform inom sektorn för infrastruktur i Finland (kommissionens beslut (2008/765/EG) om statligt stöd C 7/06 (ex NN 83/05) som Finland har genomfört till förmån för Vägaffärsverket/Destia, nedan *Destia-beslutet*). Kommissionen har dessutom skrivit till Finland om affärsverket Palmia och mera allmänt om de finska affärsverkens ställning och regleringen av dem (kommissionens brev som gällde statligt stöd E 2/2010 till kommunala affärsverk, Bryssel 14/04/2010*D/6678).

I Destia-beslutet behandlades vägprojektering, vägbyggande och vägunderhåll inom den offentliga väghållningen i Finland. Det gällde den tidigare statliga myndigheten Vägverkets ställning i ett fall där finska staten stegvis öppnade sektorn för marknaden under 2000–2004 genom att reformera den nationella lagstiftningen om väghållning. Projektering, byggande och underhåll av det allmänna vägnätet var fullständigt konkurrensutsatt vid utgången av 2004. Det uttryckliga syftet med reformen var alltså att öppna sektorn för konkurrens. I samband med reformen delades Vägverket administrativt upp i Vägförvaltningen och Vägverket. Vägförvaltningen fortsatte som en del av statsförvaltningen, medan det nya Vägverket gav sig in på marknaden. Kommissionens granskning gällde i synnerhet det nya Vägverkets finansiering och tillgångar under övergångsperioden 2000–2004 (bl.a. olika lånearrangemang, personalåtgärder, konkursskydd och skattefrihet).

Kommissionen konstaterar i sitt beslut att Vägverket före reformen inte bedrev någon ekonomisk verksamhet, vilket bl.a. berodde på att det enligt lagstiftningen inte fick erbjuda tjänster mot betalning på marknaden, utan var uteslutande avsett att arbeta för förvaltningen. Situationen förändrades dock 2001 på grund av konkurrensutsättningen, då en del av det gamla Vägverket fick och också skulle erbjuda tjänster på den öppna marknaden. I sitt beslut konstaterar kommissionen vidare att konkurrensutsättningen av väghållningen både i Finland och mera allmänt i Europa har förändrat marknaden på två sätt: dels har tidigare statliga verk tagit sig in på marknaden, dels har den öppna marknadens sammanlagda storlek ökat kraftigt. Kommissionen kom fram till att vissa stödåtgärder till förmån för affärsverk, bl.a. skattefrihet och konkursskydd, innebär otillåtna statliga stöd som är oförenliga med den gemensamma marknaden. Det nya Vägverket bolagiserades och blev aktiebolaget Destia den 1 januari 2008.

I fallet i fråga bör åtminstone orsaken till den nationella reformen av lagstiftningen noteras. Syftet med reformen var uttryckligen att öppna sektorn för konkurrens och att kommersialisera funktionerna i fråga. En tidigare aktör inom statsförvaltningen blev i och med reformen en aktör som bedrev ekonomisk verksamhet och som uttryckligen skulle delta i konkurrensutsättningar och vara en aktiv marknadsaktör. Sektorn var till denna del ekonomisk till sin natur, och den nya aktören hade en kommersiell roll. Det är i sig inte av avgörande betydelse vilken bransch det är fråga om, utan EU granskar de statliga stöden utifrån artikel 107 och etablerade tolkningsprinciper som har bekräftats i EU-domstolens praxis.

Det ärende som gällde affärsverket Palmia och finländska affärsverk i allmänhet samt kommissionens brev i ärendet handlade om en organisation i form av att kommunalt affärsverk som bedrev catering- och lokaluthyrningsverksamhet. Palmias kunder var olika myndigheter och ämbetsverk, företag, privatpersoner och samfund. Kommissionen behandlade också allmänt det konkursskydd som den finska lagstiftningen gav affärsverk samt bestämmelserna om skattefrihet. Kommissionen ansåg att de nationella bestämmelserna var problematiska, eftersom man inte kunde vara säker på att de obegränsade statsgarantier som lagstiftningen garanterade affärsverk (konkursskydd och skattefrihet) säkert gavs endast till icke-ekonomiska aktörer och inom icke-konkurrensutsatta branscher. Vad gäller affärsverket Palmia konstaterade kommissionen att det förekom konkurrens mellan företagen inom både cateringen och lokaluthyrningen. En del av affärsverket Palmia bolagiserades, och Palmia Oy har verkat sedan 2015. Kommissionens uttalande om Palmia är relevant för den nya valfrihetsmodellen med tanke på att landskapen ska kunna bedriva verksamhet i form av affärsverk.

Under 2014–2017 gjorde EU-kommissionen en så kallad preliminär granskning av ett klagomål om prehospital akutsjukvård och patientförflyttningar. Patientförflyttningarna (73 § i hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010) ansågs till sin karaktär vara ekonomisk verksamhet. I Finlands åtagande till kommissionen förhindrades i praktiken myndigheterna från att inom myndighetsstrukturen erbjuda patientförflyttningar. När det gäller prehospital akutsjukvård (40 § i hälso- och sjukvårdslagen) har man däremot inte gjort motsvarande tolkning av verksamhetens ekonomiska karaktär. Finland har framfört att prehospital akutsjukvård handlar om myndighetsverksamhet och att sektorn dessutom följer solidaritetsprincipen. Kommissionen ansåg inte att detta stod i konflikt med EU:s regler om statligt stöd, eftersom kommissionen avslutade den preliminära granskningen genom sitt brev av den 4 juli 2017 om påstått statligt stöd SA.38980 till räddningsverk som erbjuder sjuktransporter i Finland.

Även företagshälsovården i Finland har behandlats med beaktande av EU:s regler om statligt stöd. Företagshälsovården kan delas in i frivillig och lagstadgad företagshälsovård. Den frivilliga

företagshälsovården anses till sin karaktär vara ekonomisk verksamhet och kan därför inte produceras inom myndighetsstrukturen. Finland har förbundit sig till att bolagisera de aktörer som nu verkar som myndigheter inom sektorn. När det gäller företagshälsovården bör man notera att solidaritetsprincipen tillämpas i väldigt liten utsträckning, om alls. Det är inte staten som ansvarar för företagshälsovården (såsom den ansvarar för den offentliga hälso- och sjukvården och den sociala tryggheten), utan företagshälsovården är på arbetsgivarnas ansvar. Företagshälsovården erbjuden inte tjänster till hela befolkningen, utan endast till en del av dem som arbetar. Företagshälsovården finansieras huvudsakligen med de avgifter och premier som arbetsgivare och arbetstagare betalar. Vilka tjänster som erbjuds beror på hur mycket arbetsgivaren i praktiken betalar för företagshälsovården. Vilka förmåner arbetstagaren får från företagshälsovården beror alltså på arbetsgivaren och är inte desamma för alla arbetstagare. Dessutom är företagshälsovården mycket långt konkurrensutsatt. Företagshälsovård produceras av ett stort antal privata företag som även har ett helt självständigt handlingsutrymme i fråga om bl.a. prissättning samt tjänsternas kvalitet och innehåll. Således avviker sektorn för företagshälsovård avsevärt från de principer som gäller det offentliga social- och hälsovårdssystemet.

Kommissionen har även gjort en preliminär granskning av verksamheten inom laboratorietjänsterna vid Institutet för hälsa och välfärd. Granskningen ledde inte till några vidare åtgärder.

Såsom framgår av det som anförts ovan, granskas EU:s regler om statligt stöd branschvis. Inga slutsatser om karaktären av en viss bransch kan dras utifrån tolkningen inom en annan bransch, utan varje bransch måste granskas med beaktande av dess särdrag och verksamhetsgrunder. De ovannämnda fallen och kommissionens preliminära granskningar som gäller Finland visat dock tydligt att EU:s regler om statligt stöd har betydelse och är viktiga vid bedömningen av sättet att producera social- och hälsovårdstjänster.

2.3.5 Statens tillstånds- och tillsynsmyndighet

En regeringsproposition om statens tillstånds- och tillsynsmyndighet har beretts vid finansministeriet. Enligt regeringens riktlinjer ska det av de sex nuvarande regionförvaltningsverken skapas en myndighet med nationell behörighet som verkar i regionala enheter. Syftet är att avlägsna överlappningar mellan regionförvaltningsverket och centralförvaltningens ämbetsverk. I samband med reformen centraliseras personalen dock inte till ett enda kontor. Avsikten är att sammanförandet av statens tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifter ska beredas så att uppgifterna sammanförs och statens tillstånds- och tillsynsmyndighet inrättas i samband med ikraftträdandet av social- och hälsovårds- och landskapsreformen den 1 januari 2020.

Målet är att bemöta de utmaningar som strukturförändringen inom förvaltningen medför och att med iakttagande av de principer som regeringen har utstakat samla statens tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifter som sköts inom regionförvaltningen och centralförvaltningen så att ämbetsverk på nationell nivå i fortsättningen ansvarar för uppgifterna. Genom att uppgifterna och befogenheterna samlas på nationell nivå eftersträvas en ämbetsverksstruktur som gör det möjligt att genomföra statens tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifter på ett mer verkningsfullt, kundorienterat, enhetligt och 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 myndighetsresurser och på så sätt tryggar tillräckliga resurser och tillräcklig sakkunskap vid skötseln av statens tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifter. Syftet är att trygga och genomföra statens tillsynsverksamhet och närvaro i hela landet på ett hållbart sätt med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna och den offentliga ekonomin. Målet med förslaget är också att göra det möjligt att säkerställa enhetliga verksamhetssätt och en lösningspraxis å ena sidan med stöd av en nationell syn på verksamheten, å andra sidan genom att granska sammanförandet och ordnandet av uppgifter framför allt med tanke på kunden.

2.3.6 Landskapens skattemässiga ställning i valfrihetsmodellen

I de bestämmelser i regeringens proposition 15/2017 rd som gäller landskapens skattemässiga ställning har man beaktat den modell för kundens valfrihet inom social- och hälsovården som föreslogs i regeringens proposition 47/2017 rd. Valfrihetsmodellen innefattade en skyldighet för landskapen att bolagisera produktionen av direktvalstjänster. Landskapens bolags skattemässiga ställning vid inkomstbeskattningen definieras enligt allmänna bestämmelser, vilket innebär att dessa bolag vid inkomstbeskattningen automatiskt är i samma ställning som andra producenter av direktvalstjänster.

Valfrihetsmodellen har ändrats utifrån grundlagsutskottets utlåtande (GrUU 26/2017 rd), bl.a. så att det nu föreslås att landskapen inte ska vara skyldiga att bolagisera produktionen av direktvalstjänster. I 16 § i lagen om kundens valfrihet inom social- och hälsovården föreslås det att ett landskap i ett affärsverk ska ha en eller flera social- och hälsocentraler för direktvalstjänster inom social- och hälsovården och en eller flera mun- och tandvårdsenheter för direktvalstjänster inom mun- och tandvården. Ett landskaps affärsverk utgör en del

av landskapet, och behandlingen av affärsverkets inkomster vid inkomstbeskattningen fastställs således i enlighet med de bestämmelser som gäller landskapet. Landskapets affärsverk är därmed vid inkomstbeskattningen i en annan ställning än sådana producenter av direktvalstjänster som bedriver verksamhet i bolagsform. För att landskapets affärsverk ska vara i samman ställning som andra producenter av direktvalstjänster vid inkomstbeskattningen, ska det utfärdas separata bestämmelser om den skattemässiga behandlingen av de direktvalstjänster som landskapet producerar.

Målsättning och de viktigaste förslagen

Målsättning

Syftet med propositionen är att främja möjligheterna för social- och hälsovårdens kunder att välja tjänsteproducent, att förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna samt att öka incitamenten för en kostnadsnyttoeffektiv verksamhet och kontinuerlig utveckling inom servicesystemet.

Syftet med social- och hälsovårdsreformen är enligt regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipiläs regering att minska hälsoskillnaderna och kontrollera kostnaderna samt skapa en smidig helhet av servicekedjor som är viktig för människors välbefinnande och hälsa. Enligt planen i regeringsprogrammet skulle reformen genomföras i tre etapper, för det första integration och strukturreform av social- och hälsovårdstjänster, för det andra enkanalsfinansiering med beaktande av företagshälsovårdens ställning och för det tredje genomförande av valfrihet och 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 för kundorienterade integrerade tjänster skapas genom en omfattande integration av patient- och kunduppgifterna. Människors valmöjligheter stöds med enhetliga kvalitetskriterier för tjänsterna och med offentlig information som stöder valet.

I juni 2016 fastställde regeringen målen för valfrihetssystemet. Målen för den valfrihetsmodell som ska genomföras är att tillgodose människors olika behov, ge valmöjligheter och förbättra tjänsternas kvalitet, tillgången till tjänster och samordningen av dem. Modellen ska även minska välfärds- och hälsoskillnaderna mellan människor och förbättra likabehandlingen i fråga om tjänster samt stödja självbestämmanderätten och hjälpa individen att ta ansvar för sin egen hälsa och välfärd.

Ett mål är också att stärka basservicen och att göra det möjligt att integrera social- och hälsovårdstjänsterna med stöd av informationsintegration. Därtill ska modellen skapa incitament för en kundorienterad verksamhet. Tjänsteproducenterna uppmuntras att konstant utveckla och förnya servicesystemet, att producera tjänsterna på ett effektivt och kostnadseffektivt sätt samt att bära välfärds- och hälsoriskerna.

Alternativ för genomförandet

I avsnitt 2.2 beskrivs valfrihetsmodellerna i vissa länder. Valfrihetsmodellerna hänger samman med särdragen för hur social- och hälsovården har ordnats i respektive land. Kundens valfrihet kan dock även inom ett land ökas på flera olika sätt.

En utredningsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet föreslog i sin mellanrapport fyra olika sätt att genomföra valfriheten: genom ett egenteam, genom en social- och hälsocentral med befolkningsansvar, genom en flerfunktionell social- och hälsocentral eller genom en integrerad social- och hälsocentral. Omfattningen av valfriheten varierar mellan utredningsgruppens alternativ så, att modellen med egenteam erbjuder den mest omfattande valfriheten, medan valfriheten är snävast i modellen med en integrerad social- och hälsocentral. I de modeller som utredningsgruppen föreslog är valfriheten alltså mer omfattande ju färre tjänster som hör till den valda basenhetens ansvar, eftersom de tjänster som inte finns bland de tjänster som produceras av basenheten ingår i den omfattande valfriheten så att kunden kan välja att få dem av vilken godkänd producent av social- och hälsovårdstjänster som helst.

Det egenteam som utredningsgruppen föreslog består av en egenläkare (allmänläkare), en hälsovårdare eller sjukskötare samt en socialarbetare och en socialhandledare. Dess verksamhet inbegriper social handledning samt självständig mottagning som ordnas av socialarbetare, allmänläkare, hälsovårdare och sjukskötare. Ett egenteam motsvarar den familjeläkarmodell som tillämpas i vissa andra europeiska länder, dock kompletterad med sakkunniga inom socialvård och socialarbete. Kunden anmäler sig till en tjänsteproducent på basnivå, som fungerar som portvakt och gör den första bedömningen av servicebehovet. Egenteamet både sköter rollen som portvakt i förhållande till andra social- och hälsovårdstjänster och styr kundens tjänster. Andra tjänster på basnivå än sådana som produceras av egenteamet ingår i en omfattande valfrihet.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

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

I sin slutrapport beslutade utredningsgruppen att föreslå social- och hälsocentraler med befolkningsansvar kompletterade med rådgivningsbyråer för mödravård och barnavård som grund för den finländska valfrihetsmodellen. Social- och hälsocentralerna kan sköta de uppgifter som föreskrivs för dem genom att utnyttja underleverantörer och genom att nätverka sinsemellan t.ex. inom specialkompetens.

I den modell som utredningsgruppen föreslog är det staten som fattar beslut om i fråga om vilka tjänster kunden fritt får välja producent av social- och hälsovårdstjänster inom en grupp av godkända producenter (så kallat auktoriseringsförfarande eller godkännande i producentregistret). För varje tjänst som omfattas av valfrihet ska staten fastställa vilka krav som ställs på producenterna. Dessutom ska staten fatta beslut om de kundavgifter som tas ut av kunden för användningen av tjänsten och om avgifternas storlek. Avgiften för en viss tjänst är lika stor oavsett vem som producerar tjänsten. Staten beslutar även om pristak och deras belopp.

Enligt den modell som tagits fram av utredningsgruppen anvisar staten finansiering till landskapen för ordnande av social- och hälsovård. Finansieringen grundar sig till största delen på behovsjusterad kapitation. Staten kan även tillämpa hälso- och välfärdspolitiska mål och incitament som stöder ekonomiska effektivitetskrav. Staten ska dessutom fastställa principerna för ersättningen till producenterna. Dessa principer anger ansvarsfördelningen mellan finansiären och anordnaren samt hur stor prövningsrätt staten tilldelar landskapen.

I utredningsgruppens modell är det landskapet i egenskap av anordnare som ansvarar för avtal som ingås med tjänsteproducenterna och för uppföljningen av dem (avtalsstyrning) samt fattar beslut om beloppet av de ersättningar som betalas till producenterna utifrån de ersättningsprinciper som fastställts av staten. De ersättningar för en viss tjänst som betalas till producenterna av offentliga medel är på landskapsnivå desamma för alla producenter inom den offentliga, privata och tredje sektorn. Ersättningarna, som fastställts i avtalen utifrån statens allmänna ersättningsprinciper, ska betalas till producenterna av landskapet. Vidare ska landskapen övervaka att avtalsvillkoren följs och vid behov se till att påföljderna i avtalet verkställs.

Enligt den föreslagna modellen väljer kunden primärt en social- och hälsocentral, vars uppgifter omfattar att producera fastställd basservice och att genomföra en professionell bedömning av behovet av andra tjänster (så kallad portväktarroll). Kunden registrerar sig hos en valfri social- och hälsocentral för minst ett halvt år. Under denna tid kan kunden inte använda tjänster som tillhandahålls av en annan social- och hälsocentral. Landskapet betalar till social- och hälsocentralen en avtalsenlig ersättning för de registrerade kunderna.

Till social- och hälsocentralens uppgifter hör att producera den fastställda basservicen. Övrig basservice som finansieras med offentliga medel och som omfattas av valfrihet produceras av andra tjänsteproducenter än social- och hälsocentralerna. Dessa tjänster kan erhållas utifrån remiss eller servicehandledning på grundval av ett behov som fastställts av en social- och hälsocentral. Valfriheten omfattar även social- och hälsovårdstjänster som kunden är berättigad till med stöd av myndighetsbeslut om förmåner eller om tjänster på specialnivå. Ersättning för dessa övriga valfria tjänster ska landskapet betala till nationellt godkända producenter enligt den ersättningsmodell som har fastställts för tjänsten i fråga.

Utredningsgruppens modell följer i huvudsak regeringens riktlinjer: valfrihet är huvudregeln på basnivån och används i tillämpliga delar på specialnivån inom social- och hälsovården, kunden kan välja en producent inom den offentliga, privata eller tredje sektorn, och modellen stärker tjänsterna på basnivån och tryggar snabbare tillgång till tjänster. Modellen var dock inte som sådan klar att tas i användning. Den lämnade frågan öppen beträffande serviceintegration, minskade välfärds- och hälsoskillnader, bindning av myndighetsuppgifter till tjänstehelheten samt små och medelstora företags möjligheter att bedriva verksamhet på marknaden för valfrihetstjänster. Dessutom krävde vissa frågor om socialvårdstjänster fortsatt utredning i synnerhet med tanke på myndighetsbeslut och integration. Utredningsgruppens modell specificerade inte heller producenternas ersättningsgrunder och gav därmed ingen lösning på frågan om den komplicerade helhet kring aktörernas ekonomiska incitament som har en central inverkan på hur systemet fungerar.

Utöver utredningsgruppens modell tog man i samband med tjänstemannaberedningen också upp sådana valfrihetsmodeller baserade på en social- och hälsocentral med befolkningsansvar eller på ett egenteam där

social- och hälsocentralen eller egenteamet är offentliga aktörer. I dessa modeller möjliggörs den omfattande valfrihet inom social- och hälsovårdstjänster som föreslogs av utredningsgruppen efter att en offentlig aktör har bedömt servicebehovet. Den offentliga aktören agerar då portvakt till de tjänster som tillhandahålls av andra aktörer och som väljs exempelvis med hjälp av en personlig budget eller servicesedellösningar. Fördelen med detta är att den offentliga aktören kan sköta serviceintegrationen och se till att servicekedjorna fungerar. Dessa modeller minskar också överlappande bedömningar av servicebehovet och stärker kundernas rättsskydd. De skulle dock inte i den första fasen möjliggöra en omfattande valfrihet mellan olika aktörer på det sätt som avses i regeringens riktlinjer, utan en förutsättning för valfrihet är att den offentliga aktören har bedömt servicebehovet.

Vid tjänstemannaberedningen behandlades dessutom en modell där valfriheten stegvis genom försök skulle utvidgas utifrån det nuvarande systemet. Förfaranden med servicesedlar, valfrihetsersättningar och personlig budget skulle utvecklas och systemet med valfrihet utvidgas gradvis så att den nuvarande valfriheten bevaras och utvidgas till att omfatta olika tjänster och producenter. Fördelen med modellen är att grunderna för ett social- och hälsovårdssystem baserat på den offentliga förvaltningen så småningom och genom försök kan ändras i riktning mot en modell som innebär valfrihet och flera producenter, vilket ger landskapen och servicesystemet tid att anpassa sig till förändringen, gör det möjligt att bygga lagstiftningen utifrån erfarenheter och minskar risken för eventuella oväntade konsekvenser som kan vara besvärliga att korrigera i efterhand. I modellen kan dock inte omfattande valfrihet i enlighet med regeringens riktlinjer när det gäller möjligheten att välja mellan olika tjänsteproducenter genomföras samtidigt som reformen av ordnande av social- och hälsovård träder i kraft.

Med utgångspunkt i utredningsgruppens förslag stakade regeringen i juni 2016 ut riktlinjerna för den fortsatta beredningen av valfrihetslagstiftningen, och den finländska valfrihetsmodellen bereddes utifrån dessa riktlinjer. Enligt regeringens riktlinjer är de huvudsakliga medlen för genomförande av valfriheten i den finländska valfrihetsmodellen en social- och hälsocentral som tillhandahåller omfattande tjänster på basnivå, ett egenteam eller en social- och hälsostation med ett snävare utbud av tjänster, servicesedlar och en personlig budget. Enligt riktlinjerna kommer kunderna på basnivån som regel att tillförsäkras likvärdiga möjligheter att välja producent från den offentliga, privata och tredje sektorn. Samtidigt bevaras den nuvarande rätten att välja mellan producenterna inom den offentliga sektorn. I enlighet med regeringens riktlinjer är målet att kunderna ska kunna välja integrerade tjänster som motsvarar deras servicebehov och att företag av olika storlek, inklusive små och medelstora företag, ska kunna erbjuda tjänsterna.

I enlighet med riktlinjerna överlämnade regeringen den 9 maj 2017 regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om kundens valfrihet inom social- och hälsovården samt ändring av 2 § i lagen om statens revisionsverk (RP 47/2017 rd). I propositionen föreslogs det att kunden ska ha rätt att välja en tjänsteproducent och dess verksamhetsställe samt yrkesutbildad person eller multiprofessionell grupp yrkesutbildade personer som tillhandahåller tjänster. Enligt förslaget skulle affärsverken inte själva få producera direktvalstjänster eller tjänster som tillhandahålls mot kundsedel. Landskapen skulle i fråga om dessa tjänster ha bolagiseringsskyldighet.

Grundlagsutskottet ansåg i sitt utlåtande (GrUU 26/2017 rd) att målen i propositionen om landskaps- och vårdreformen och i valfrihetspropositionen, dvs. stärkandet av basservicen inom social- och hälsovården, främjandet av kundernas valmöjligheter och förbättringen av tillgången till service och av servicekvalitet, är viktiga. Utskottet ansåg att främjandet av kundernas möjligheter att välja är ytterst betydelsefullt med avseende på människors självbestämmanderätt. Grundlagsutskottet upprepade dessutom sin uppfattning att det finns vägande skäl för en revidering av social- och hälsovårdstjänsterna; dessa skäl anknyter till de grundläggande fri- och rättigheterna och talar för att ansvaret för att ordna och producera social- och hälsovårdstjänster läggs över på aktörer som är större än de enskilda kommunerna (GrUU 75/2014 rd, s. 2/I). Grundlagsutskottet ansåg att det också med hänsyn till de grundläggande sociala rättigheterna finns ett akut behov av att effektivisera och integrera social- och hälsovårdstjänsterna och stärka anordnarnas ekonomiska bärkraft. Enligt grundlagsutskottet stod dock vissa grundläggande lösningar i förslaget till valfrihetslag i strid med grundlagen.

Grundlagsutskottet ansåg att de föreslagna bestämmelserna inte på ett sätt som är jämlikt på riksnivå säkerställer att rätten till adekvata social- och hälsovårdstjänster tillgodoses i enlighet med 6 § 1 och 2 mom., 19 § 3 mom. och 22 § i grundlagen, särskilt på grund av skyldigheten att bolagisera tjänsterna och tidsschemat för att genomföra valfriheten. Enligt grundlagsutskottet bör lagstiftningen ändras på så sätt att det allmänna under alla omständigheter kan garantera att social- och hälsovårdstjänsterna fullföljs på lika villkor i tillräcklig omfattning. Grundlagsutskottet ansåg att dels den bestämmelse i förslaget till valfrihetslag enligt vilken landskapet inte självt får producera direktvalstjänster eller tjänster som tillhandahålls mot kundsedel, dels bestämmelsen om skyldighet att bolagisera social- och hälsovårdstjänsterna måste strykas i lagförslaget. Grundlagsutskottet ansåg dessutom att reformen i den form som regeringen föreslagit inte

skulle gå att genomföra kontrollerat enligt den planerade tidsplanen på så sätt att rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen inte äventyras. Utskottet var av den åsikten att valfrihetsmodellen bör införas etappvis. Vidare ansåg utskottet att de föreslagna bestämmelser enligt vilka en avsevärd del av de offentliga förvaltningsuppgifterna överförs till privata tjänsteproducenter var problematiska med avseende på grundlagen.

Grundlagsutskottet anförde i sitt utlåtande att förslaget till valfrihetslag kan godkännas i vanlig lagstiftningsordning endast om utskottets konstitutionella anmärkningar om slopande av bolagiseringsskyldigheten, landskapens rätt att själva producera social- och hälsovårdstjänster, delegering av offentliga förvaltningsuppgifter till enskilda, ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna samt om kravet på att landskapens uppgifter ska bestämmas i lag beaktas på behörigt sätt.

Den 5 juli 2017 beslutade regeringen att en ny regeringsproposition skulle beredas för att genomföra de ändringar som krävs enligt grundlagsutskottets utlåtande och att propositionen ska överlämnas till riksdagen i början av 2018. Den 14 juli 2017 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en tjänstemannaarbetsgrupp för perioden 17.7.2017–31.3.2018 med uppgift att bereda en ny regeringsproposition med förslag till lagstiftning om kundens valfrihet inom social- och hälsovården. Propositionen ska ersätta regeringens proposition 47/2017 rd, som överlämnats till riksdagen. Tjänstemannaberedningen har utgått från regeringens proposition 47/2017 rd. De ändringar som krävs enligt grundlagsutskottets utlåtande GrUU 26/2017 rd har gjorts i den valfrihetsmodell som föreslogs i den propositionen.

De viktigaste förslagen

I denna proposition föreslås det att det stiftas en lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården. I den föreslagna lagen föreskrivs det om innehållet i kundens valfrihet, godkännande av tjänsteproducenterna samt avtalsförfaranden, tjänsteproduktion och producenternas skyldigheter, ersättningar till tjänsteproducenter samt informationshantering och tillsyn.

Förslaget till valfrihetslag har utarbetats utifrån den modell som fanns i regeringens proposition 47/2017 rd, så att man har gjort de ändringar som förutsattes i grundlagsutskottets utlåtande GrUU 26/2017 rd och som följde av det.

Landskapet ska enligt förslaget svara för ordnandet av social- och hälsovården. De social- och hälsovårdstjänster som landskapet ska ansvara för att ordna är till sin karaktär offentliga tjänster som tillgodoser människornas grundläggande rättigheter. Landskapets affärsverk får producera alla social- och hälsovårdstjänster, utom sådana tjänster som enligt lag ska centraliseras till ett eller flera landskap. Landskapet har ingen skyldighet att bolagisera de tjänster som det producerar.

I anslutning till landskapens affärsverk finns social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter. Alternativt kan landskapet ha ett eller flera separata affärsverk för direktvalstjänster (offentliga social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter). Landskapet kan också besluta att bolagisera en del av sin tjänsteproduktion och t.ex. inrätta en social- och hälsocentral i bolagsform utöver den offentliga social- och hälsocentralen.

För direktvalstjänster ska kunden kunna välja en social- och hälsocentral och en mun- och tandvårdsenhet som är offentlig eller har bolagsform eller som upprätthålls av en aktör inom den privata eller tredje sektorn, antingen i det landskap där kunden är invånare eller i något annat landskap. De offentliga och de privata social- och hälsocentralerna och mun- och tandvårdsenheterna har likadant tjänsteutbud och bedriver sin verksamhet på likadana, av landskapet fastställda villkor.

För att främja kundens valfrihet införs kundsedel och personlig budget i de tjänster som föreskrivs i lag och som landskapet beslutar om med stöd av lag. Kundsedlar används inte för de tjänster som produceras av social- och hälsocentralerna eller mun- och tandvårdsenheterna, och varken offentliga eller privata social- och hälsocentraler kan bevilja kundsedlar.

Både offentliga och privata producenter av social- och hälsovårdstjänster ska registreras i registret över tjänsteproducenter enligt lagen om produktion av social- och hälsotjänster. Landskapet godkänner de privata social- och hälsocentraler, de privata mun- och tandvårdsenheter och de producenter av kundsedelstjänster som är verksamma inom landskapets område. Utöver de villkor för godkännande som föreskrivs i lag kan landskapet ställa sådana villkor för godkännande av tjänsteproducenter genom vilka man tryggar tillräckliga tjänster som svarar mot det behov av service som invånarna i området har och främjar likabehandlingen mellan olika befolkningsgrupper och regionalt. Landskapens förfarande för godkännande av producenter tillämpas inte på offentliga social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som verkar i samband

med landskapens affärsverk, men det tillämpas på de eventuella social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter i bolagsform som landskapet inrättar.

Landskapen säkerställer genom administrativ styrning att det i fråga om verksamheten vid de offentliga social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som fungerar som en del av landskapens affärsverk och i fråga om de tjänster som produceras av dem tillämpas krav som innehållsmässigt motsvarar de villkor som ställs vid förfarandet för godkännande av producenter. Landskapet anvisar den offentliga social- och hälsocentralen och mun- och tandvårdsenheten vid sitt affärsverk finansiering i enlighet med samma principer som den tillämpar på ersättningarna till de producenter i bolagsform som producerar direktvalstjänster. Därmed säkerställs det att verksamhetsförutsättningarna för olika aktörer är så enhetliga som möjligt.

För att olika aktörer ska vara jämförbara ska landskapets affärsverk i sin bokföring synliggöra verksamhetskostnaderna för de social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som drivs av affärsverket och för de separata affärsverk som producerar direktvalstjänster.

3.3.1 Kundens valfrihet

Enligt förslaget avses med kundens valfrihet kundens rätt att välja en tjänsteproducent och dess tjänsteenhet samt yrkesutbildad person eller den multiprofessionell grupp yrkesutbildade personer som tillhandahåller tjänster. Kundens valfrihet omfattar så kallade direktvalstjänster, val av landskapets affärsverk samt tjänster som fås mot kundsedel och enligt personlig budget. Kundens rätt att välja tjänsteproducent gäller inte skolhälsovård, studerandehälsovård eller vård oberoende av egen vilja.

Landskapsinvånarna har möjlighet att för direktvalstjänster välja en social- och hälsocentral och en mun- och tandvårdsenhet som är offentlig eller har bolagsform eller som upprätthålls av en aktör inom den privata eller tredje sektorn, antingen i det landskap där de är invånare eller i något annat landskap, utan att ha blivit anvisade en sådan av landskapet och utan att affärsverket har gjort en bedömning av servicebehovet.

Dessutom främjas valfriheten genom att kunden erbjuds en möjlighet att välja tjänsteproducent på basis av landskapets affärsverks bedömning av servicebehovet, så att kunden får en kundsedel eller en personlig budget. Kundsedeln och den personliga budgeten kan användas till tjänster som fastställs i lag och till tjänster som landskapet separat beslutar om. En ytterligare förutsättning är att en yrkesutbildad person inom social- och hälsovården har gjort en bedömning av servicebehovet och konstaterat att kunden behöver en tjänst till vilken kundsedel eller personlig budget kan användas. Kunden kan alltid vägra att ta emot en kundsedel eller personlig budget som erbjuds. Då ska landskapet ordna kundens tjänster på något annat sätt, antingen som en del av sin egen verksamhet eller som köpta tjänster.

För tjänster som inte är direktvalstjänster och som inte kan fås mot kundsedel eller personlig budget har kunden möjlighet att välja ett verksamhetsställe vid affärsverket i det landskap där kunden bor eller i ett annat landskap. Dessutom ska kunden så långt möjligt kunna välja den yrkesutbildade person som tillhandahåller tjänsten.

Valfriheten ska inte påverka kundens rätt till brådskande social- och hälsovård oberoende av boningsorten. En kund ska också, vid tillfällig vistelse utanför den kommun där affärsverkets av kunden valda verksamhetsställe finns, ha rätt att få vård eller anlita tjänster vid en annan tjänsteenhet än vid det affärsverk som kunden har valt. På motsvarande sätt får kunden också använda tjänster som tillhandahålls av en annan social- och hälsocentral eller mun- och tandvårdsenhet än den producent av direktvalstjänster som kunden har valt, om kunden vistas i en kommun där den producent av direktvalstjänster som kunden har valt inte har något verksamhetsställe.

3.3.2 Direktvalstjänster

Till de direktvalstjänster som produceras av social- och hälsocentralerna hör enligt förslaget hälsorådgivning och hälsoundersökningar enligt hälso- och sjukvårdslagen, rådgivning och handledning inom hälso- och sjukvård och undersökning, konstaterande och behandling av kunders symtom, funktionsförmåga och sjukdomar som inom området allmänmedicin utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården vid öppen mottagning, hembesök eller distanskontakt samt rådgivning och handledning som gäller rehabilitering och utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov som hör samman med de nämnda tjänsterna. Även intyg, utlåtanden, laboratorietjänster och bilddiagnostik i samband med ovannämnda tjänster hör till direktvalstjänsterna. Av socialvårdstjänsterna hör rådgivning och handledning som tillhandahålls av en yrkesutbildad person inom socialvården till de direktvalstjänster som produceras av social- och hälsocentralerna. Direktvalstjänster som produceras vid mun- och

tandvårdsenheterna är hälsorådgivning och hälsoundersökningar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt förebyggande av mun- och tandsjukdomar, rådgivning och andra tjänster i samband därmed samt regelbundna munhälsokontroller. Till direktvalstjänsterna ska också höra sådan undersökning av mun och tänder, bedömning av vårdbehovet och vårdplanering som inte hör till kategorin odontologiska specialiteter, konstaterande och symtomatisk behandling av mun- och tandsjukdomar, tandprotetiska åtgärder, behandling av tandköttssjukdomar och tandinfektioner samt korrigerande och kirurgisk mun- och tandvård. Även tandläkarintyg, tandläkarutlåtanden, bilddiagnostik och mottagningsverksamhet i samband med ovannämnda tjänster hör till direktvalstjänsterna. Direktvalstjänsterna omfattar inte mun- och tandvårdstjänster till sådana personer under 18 år som omfattas av rådgivningsbyråtjänster, skolhälsovård eller studerandehälsovård.

Enligt förslaget ska landskapet dessutom till direktvalstjänsterna överföra sådana konsultationer och tjänster i samband med öppen mottagning i anslutning till direktvalstjänster som tillhandahålls av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än sådana som är yrkesutbildade inom området allmänmedicin. Konsultationer och mottagningstjänster ska överföras åtminstone från specialiteterna inre medicin, pediatrik, geriatrik och ögonsjukdomar. Omfattningen av de olika specialiteter som överförs till social- och hälsocentralerna ska motsvara landskapsinvånarnas servicebehov. När landskapet beslutar vilka tjänster som överförs ska det beakta kundernas servicebehov, tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, tjänstehelheternas funktion, lokala förhållanden samt möjligheterna att organisera tjänsterna på ett kostnadsnyttoeffektivt sätt. Landskapet kan således i takt med att tjänsterna och behandlingsmetoderna utvecklas utvidga direktvalstjänsterna vid social- och hälsocentralerna till helheter som motsvarar kundens behov på ett ändamålsenligt sätt. Landskapet ska följa med tjänsteutbudet inom sitt område, och överföringen får inte äventyra klient- och patientsäkerheten. Till direktvalstjänsterna får landskapet inte överföra tjänster som innebär utövning av offentlig makt, tjänster som ska centraliseras, tjänster som tillhandahålls vid enheter för omfattande jourtjänster dygnet runt eller mun- och tandvårdstjänster som kräver sjukhusförhållanden. Enligt förslaget ska kunden välja producent av direktvalstjänster, dvs. social- och hälsocentral och mun- och tandvårdsenhet, genom att lämna ett meddelande om sitt val till landskapet eller till den tjänsteproducent som kunden har valt. En kund får byta tjänsteproducent tidigast sex månader från det föregående valet. Det är dock möjligt att byta tjänsteproducent tidigare, om kunden byter bostadsort eller det finns någon annan grundad anledning till bytet. Om kunden inte väljer en producent, ska landskapet anvisa kunden den producent som är bäst tillgänglig.

Direktvalstjänster ska produceras av landskapets affärsverks social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter och av bolag och sammanslutningar som landskapet har godkänt som producenter. En producent av direktvalstjänster ska antingen producera tjänsterna själv, avtala om produktionen med en annan tjänsteproducent eller skaffa tjänsterna från en annan tjänsteproducent. Bedömningar av servicebehovet och upprättande av kundplaner får dock inte skaffas av andra tjänsteproducenter. Producenter av direktvalstjänster ansvarar för underleverantörernas tjänster och bär alltid totalansvaret för direktvalstjänster som en kund erhåller.

3.3.3 Val av affärsverk

Landskapets affärsverk ska producera sådana social- och hälsovårdstjänster som inte hör till direktvalstjänsterna. Ett affärsverks tjänster tillhandahålls vid affärsverkets tjänsteenheter. Vid tjänsteenheterna kan det också produceras direktvalstjänster, förutsatt att direktvalstjänsterna i bokföringen åtskiljs från landskapets övriga verksamhet och ekonomi.

Utgångspunkten är att en kund ska få de tjänster som inte är direktvalstjänster av ett affärsverk i det landskap där kunden är bosatt. Sådana andra tjänster är socialvårdstjänster och största delen av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården samt vissa andra hälso- och sjukvårdstjänster. En kund som behöver en tjänst får välja tjänsteenhet, om samma tjänst produceras vid flera tjänsteenheter. Dessutom får kunden också välja ett affärsverk i ett annat landskap än i det landskap där kunden är bosatt. Kunden kan byta affärsverk med sex månaders mellanrum genom att meddela det landskap där kunden är bosatt om bytet. Kunden kan dock byta affärsverk tidigare om han eller hon byter bostadsort eller om landskapet på ansökan av kunden ger kunden rätt att av någon annan grundad anledning byta affärsverk.

Landskapets affärsverk kan även tillhandahålla andra tjänster än direktvalstjänster i samband med social- och hälsocentralerna med hjälp av personal som arbetar i samband med social- och hälsocentralen eller ambulerar inom landskapet eller i form av elektroniska tjänster. För att säkerställa integrationen av social- och hälsovården och garantera tillräcklig sakkunskap inom socialvården kan landskapet ha en eller flera grupper bestående av socialarbetare, andra yrkesutbildade personer inom socialvården och vid behov yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som inom landskapet arbetar i anslutning till social- och hälsocentralerna. På detta sätt kan landskapets personal tillhandahålla socialvårdstjänster vid social- och hälsocentralerna och göra bedömningar av servicebehovet utan att kunden alltid behöver besöka ett

verksamhetsställe som hör till landskapets affärsverk. En social- och hälsocentral ska på det sätt som avtalas med landskapet ställa de lokaler till affärsverkets personals förfogande som denna personal behöver när den tillhandahåller dessa tjänster. Landskapet ska behandla alla social- och hälsocentraler inom sitt område likvärdigt när det gäller att trygga tillgången till tjänsterna.

3.3.4 Kundsedel och personlig budget inom de tjänster som landskapets affärsverk har produktionsansvar för

Kundens valfrihet i fråga om de tjänster som landskapets affärsverk ansvarar för att producera ska ökas med hjälp av kundsedel och personlig budget. Kunden kan på basis av den bedömning av servicebehovet som landskapets affärsverk har gjort beviljas en kundsedel eller personlig budget, som kunden kan använda för att skaffa tjänster hos en valfri tjänsteproducent. Landskapet ska vara skyldigt att erbjuda en kundsedel för de tjänster och en personlig budget till de kundkategorier som föreskrivs i lag. Dessutom ska landskapet kunna besluta att utvidga användningen av kundsedel och personlig budget till att omfatta också andra tjänster och kundkategorier, med undantag för direktvalstjänster, tjänster som ska centraliseras och tjänster som innebär utövning av offentlig makt. Kunden kan alltid vägra att ta emot en kundsedel eller personlig budget som erbjuds. Då ska landskapets affärsverk ordna kundens tjänster på något annat sätt. Om kunden uppfyller villkoren för att få en tjänst såväl mot kundsedel som med stöd av en personlig budget, har kunden rätt att välja om tjänsten ska tillhandahållas mot kundsedel eller enligt en personlig budget. På basis av en kundsedel får en kund välja en tjänsteproducent som ett landskap har godkänt som producent för kundsedelstjänster. Den valda tjänsteproducenten är skyldig att producera den tjänst som kundsedeln avser, och landskapets affärsverk betalar till producenten en ersättning för tjänsten till det belopp som anges i kundsedeln. Kunden betalar en kundavgift till landskapet.

Landskapet ska erbjuda kunden en kundsedel för följande tjänster: hemservice, hemvård, boendeservice, social rehabilitering och hemsjukvård med vissa begränsningar, enskilda mottagningsbesök hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i anslutning till medicinsk rehabilitering, kirurgiska åtgärder som utförs på poliklinik, icke-brådskande kirurgi som inte förutsätter tjänster på krävande specialnivå samt behövliga tandprotetiska behandlingar inom mun- och tandvården. Landskapen kan ta i bruk kundsedeln också i fråga om andra tjänster. Avsikten är att landskapet ska fastställa en tillräcklig mängd tjänster som kan betalas med kundsedel, så att man kan säkerställa en tillräcklig tillgång och tillgänglighet till tjänster samt fungerande tjänstehelheter. Samtidigt säkerställs det att kunden har möjlighet att välja producent av också andra tjänster än direktvalstjänster.

Landskapet ska erbjuda en personlig budget till personer som får tjänster enligt äldreomsorgslagen, handikappservicelagen eller specialomsorgslagen. Landskapet kan ta i bruk en personlig budget också i fråga om tjänster för andra kunder. Med hjälp av den personliga budgeten väljer kunden tjänsternas innehåll och tjänsteproducenter eller de personer som tillhandahåller tjänsterna. Landskapet fastställer storleken på den personliga budgeten så att den kan täcka alla de tjänster som den är avsedd att täcka. Den personliga budgeten är ett sätt att främja kundens rätt att välja tjänsteproducent och att täcka kostnaderna för tjänsterna. Kundens rätt att få tjänster grundar sig inte på den personliga budgeten eller på bestämmelserna om den. På kundens situation tillämpas i stället substanslagstiftning och, när det gäller socialvårdstjänster, beslutet om att bevilja kunden tjänster. Den personliga budgeten kan inte begränsa kundens subjektiva rättigheter. Den påverkar inte heller kundens möjlighet att få sådana tjänster som kunden har rätt till men som inte är avsedda att betalas med den personliga budgeten, såsom direktvalstjänster som tillhandahålls av social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter.

3.3.5 Rådgivning och handledning av kunden och bedömning av kundens servicebehov samt samordning av tjänsterna

Enligt förslaget ska landskapet svara för att kunderna får de tjänster som omfattas av valfriheten samt handledning, stöd och rådgivning för utnyttjande av valfriheten. Även producenter av direktvalstjänster ska ge kunden handledning, rådgivning och stöd. I samband med handledningen, rådgivningen och stödet ska det fästas avseende särskilt vid kunder som i stor utsträckning behöver samordnade tjänster, som behöver en stor mängd tjänster eller som är i behov av särskilt stöd.

Ett viktigt redskap vid samordningen av tjänster på kundnivå är kundplanen, som baserar sig på kundens servicebehov. Kunden ska ha en enda kundplan, som upprättas vid behov. Kundplanen innehåller en plan över alla kundens social- och hälsovårdstjänster oavsett producent. En aktör (landskapets affärsverk eller en producent av direktvalstjänster) svarar för att upprätta planen i samarbete med andra producenter enligt kundens behov, och landskapet svarar för att kundplanen bildar en ändamålsenlig helhet. Alla tjänsteproducenter kan se kundplanen via Kanta-tjänsten. De olika tjänsteproducenterna kan komplettera och uppdatera delar av kundplanen.

En producent av direktvalstjänster ska bedöma kundens servicebehov i fråga om direktvalstjänster. Producenten av direktvalstjänster ska upprätta en kundplan över de direktvalstjänster som ska tillhandahållas kunden. Om producenten av direktvalstjänster bedömer att kunden behöver andra tjänster som omfattas av affärsverkets produktionsansvar än direktvalstjänster, ska producenten hänvisa kunden till det affärsverk som svarar för bedömningen av servicebehovet. I praktiken ska kunden hänvisas till affärsverket alltid när kunden behöver socialvård eller när han eller hon behöver många olika tjänster som kräver omfattande samordning. Om producenten av direktvalstjänster bedömer att kunden behöver sådana tjänster inom den specialiserade sjukvården som omfattas av landskapets affärsverks produktionsansvar, ska producenten av direktvalstjänster utfärda en remiss, utifrån vilken affärsverket bedömer kundens servicebehov och beslutar vilka tjänster som ska tillhandahållas kunden.

Producenten av direktvalstjänster svarar för samordningen av kundens direktvalstjänster, om kunden endast får direktvalstjänster. När det är ett affärsverk som svarar för samordningen av tjänsterna, ska producenten av direktvalstjänster samarbeta med affärsverket.

I fråga om andra tjänster som omfattas av affärsverkets produktionsansvar än direktvalstjänster får kunden vända sig till den tjänsteenhet vid affärsverket som svarar för bedömningen av servicebehovet, också utan någon hänvisning från en social- och hälsocentral eller en mun- och tandvårdsenhet. En förutsättning för att en kund ska tas in på sjukhus för icke-brådskande sjukvård är emellertid en på läkar- eller tandläkarundersökning grundad remiss.

Landskapets affärsverk ska svara för bedömningen av kundens servicebehov och för upprättandet av kundplan i fråga om de tjänster som det har produktionsansvar för. Affärsverket har dessutom det övergripande ansvaret för bedömningen av kundens servicebehov och för upprättandet av en kundplan, när kunden utöver direktvalstjänsterna får också andra tjänster för vilka affärsverket har produktionsansvar. Producenten av direktvalstjänster ska dock då bedöma kundens servicebehov i fråga om direktvalstjänster och upprätta den del av kundplanen som gäller de tjänster som den själv har tillhandahållit. På detta sätt kan man säkerställa samordningen av en enskild kunds alla tjänster.

Affärsverket ska vid bedömningen av servicebehovet och i samband med upprättandet av en kundplan vid behov samarbeta med producenten av direktvalstjänster och med andra tjänsteproducenter som tillhandahåller tjänster för kunden.

Om affärsverket gör bedömningen att en kund är i behov av en tjänst för vilken en producent av direktvalstjänster har produktionsansvar, ska affärsverket hänvisa kunden till den social- och hälsocentral eller mun- och tandvårdsenhet som kunden har valt. Affärsverket kan göra en bedömning av kundens servicebehov och upprätta en kundplan också i fråga om direktvalstjänster, om detta är motiverat med tanke på kundens servicebehov. Affärsverkets bedömning av servicebehovet och kundplan är bindande för social- och hälsocentralen och mun- och tandvårdsenheten i egenskap av producenter av direktvalstjänster. Dessa ska tillhandahålla kunden tjänsterna i enlighet den bedömning av servicebehovet och den kundplan som affärsverket har gjort.

Affärsverket svarar för samordningen av en kunds tjänster också i fråga om direktvalstjänster, när kunden får sådana andra tjänster än direktvalstjänster för vilka affärsverket är produktionsansvarigt. Detta gäller i synnerhet de kunder som behöver många olika tjänster. Affärsverket ska samarbeta med tjänsteproducenterna för att säkerställa samordningen. Dessutom ska affärsverket sörja för att kunderna får rådgivning och handledning i anslutning till samordningen av tjänster. Vid samordningen av tjänster och vid rådgivningen och handledningen i samband med den ska det fästas avseende särskilt vid kunder som i stor utsträckning behöver samordnade tjänster eller en stor mängd tjänster eller som är i särskilt behov av stöd.

3.3.6 Godkännande av tjänsteproducenter samt avtalsförfaranden

De social- och hälsocentraler och de mun- och tandvårdsenheter i valfrihetssystemet som är offentliga eller har bolagsform ska vara införda i det register som avses i lagen om produktion av social- och hälsotjänster, och de ska vara registrerade som användare av de riksomfattande informationssystemtjänster som avses i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Dessutom tillämpas ett förfarande för godkännande på andra än de offentliga social- och hälsocentraler som fungerar som en del av landskapens affärsverk och på producenter av kundsedelstjänster. Utöver de villkor för godkännande som föreskrivs i lag kan landskapet genom ett förvaltningsbeslut ställa sådana villkor för godkännande av producenter av direktvalstjänster och producenter av kundsedelstjänster genom vilka man främjar lika tillgång till tjänster för olika befolkningsgrupper och regionalt. Villkoren kan gälla t.ex. kvaliteten, resurserna och tillgängligheten i fråga om tjänsterna. Landskapet godkänner på basis av anmälningar alla de

producenter av direktvalstjänster och producenter av kundsedelstjänster som uppfyller de villkor för godkännande som fastställs i lag och de villkor som landskapet har fastställt.

Landskapen ska genom administrativ styrning säkerställa att det i fråga om verksamheten vid de offentliga social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som fungerar som en del av landskapens affärsverk och i fråga om de tjänster som produceras av dem tillämpas krav som i tillämpliga delar innehållsmässigt motsvarar de villkor som ställs vid förfarandet för godkännande av producenter.

I den föreslagna lagen föreskrivs det om de skyldigheter som gäller producenter av direktvalstjänster, producenter av kundsedelstjänster och producenter som tillhandahåller tjänster enligt en personlig budget. Tjänsteproducenterna ska till informationshanteringstjänsten lämna de uppgifter som anges i lagen. Dessutom ska tjänsteproducenterna lämna boksluts- och beskattningsuppgifter samt uppgifter om tjänsteverksamheten.

I den föreslagna lagen ställs särskilda krav på producenter av direktvalstjänster i fråga om tjänsteproducentens verksamhetsförmåga, ekonomiska bärkraft och personal samt i fråga om vilket språk som används i tjänsteproducentens tjänster. Producenter av direktvalstjänster ska ha verksamhetsförutsättningar som tryggar en ändamålsenlig produktion av tjänsterna. En producent av direktvalstjänster ska ha en i förhållande till verksamhetens karaktär tillräcklig ekonomisk bärkraft, och verksamheten ska vara stabil så att kontinuiteten i produktionen av direktvalstjänster kan tryggas. Dessutom ska en producent av direktvalstjänster producera en tillräcklig mängd tjänster själv. Handledningen och rådgivningen inom socialvården ska ges av personal som står i anställningsförhållande till producenten av direktvalstjänster. Producenter av direktvalstjänster ska i enspråkiga kommuner tillhandahålla tjänsterna på kommunens språk och i tvåspråkiga kommuner på båda språken. Landskapet ska även se till att tjänster som tillhandahålls mot kundsedel och enligt en personlig budget finns tillgängliga på landskapets språk.

Landskapet ska i ett anmälningsförfarande godkänna privata producenter av direktvalstjänster och deras tjänsteenheter, producenter av kundsedelstjänster samt samtidigt deras underleverantörer, och dessutom ska landskapet ingå avtal med tjänsteproducenterna om produktion av direktvalstjänster. Landskapet ska för kunderna föra en förteckning över producenterna av direktvalstjänster och producenterna av kundsedelstjänster. Producenter av kundsedelstjänster och producenter som tillhandahåller tjänster enligt en personlig budget ska, efter att ha tagit emot en kund som beviljats en kundsedel eller personlig budget, meddela det affärsverk som har beviljat kunden en kundsedel eller personlig budget att de förbinder sig att iaktta villkoren för tjänsteproduktionen och att producera tjänsten i enlighet med kundplanen.

3.3.7 Ersättningar till tjänsteproducenterna

Landskapet ska besluta om ersättningar till producenter av direktvalstjänster i enlighet med de i lag fastställda riksomfattande allmänna finansieringsprinciperna.

Offentliga och privata social- och hälsocentraler och mun- och tandvårdsenheter som producerar direktvalstjänster ska för varje registrerad kund få en av landskapet bestämd fast ersättning för den tid som producenten ansvarar för produktionen av tjänster till kunden. Den fasta ersättningen är en kundspecifik ersättning för direktvalstjänster som är baserad på behovsfaktorer och bunden till ansvarstiden. Nationella behovsfaktorer ska beaktas när storleken på ersättningarna bestäms. I fråga om mun- och tandvården ska den fasta ersättningens andel vara minst hälften av det anslag som landskapet har anvisat för direktvalstjänster inom mun- och tandvården och i fråga om andra direktvalstjänster minst 2/3. Ersättningen kan kompletteras med incitamentsbaserade ersättningar och prestationsbaserade ersättningar. Dessutom kan landskapet och en tjänsteproducent utöver den fasta ersättningen avtala om andra ersättningar, med hjälp av vilka landskapet kan beakta särdrag inom sitt område.

Landskapets affärsverk ska bestämma värdet på den kundsedel som beviljas kunden och den incitamentsbaserade andel som kundsedeln eventuellt omfattar. Affärsverket ersätter, upp till ett värde som landskapet har bestämt, tjänsteproducenten för kostnaderna för sådana tjänster som kunden har fått mot en kundsedel. Ersättningen betalas efter att producenten av kundsedelstjänster har sänt uppgifterna om de tjänster som har tillhandahållits kunden och om kostnaderna för produktionen av tjänsterna till affärsverket. En producent av kundsedelstjänster får inte hos kunden ta ut avgifter för tjänster som har tillhandahållits mot en kundsedel.

Upp till ett värde som landskapet har bestämt på förhand ersätter landskapet tjänsteproducenten också för kostnaderna för sådana tjänster som ingår i kundplanen och som har tillhandahållits enligt en personlig budget. Även denna ersättning betalas efter det att tjänsteproducenten har sänt uppgifterna om de tjänster

som har tillhandahållits kunden och om kostnaderna för produktionen av tjänsterna till affärsverket. Kunden svarar själv för kostnaderna för de tjänster som inte omfattas av den personliga budgeten och kundplanen.

I den föreslagna lagen föreskrivs det om ersättningar till tjänsteproducenter som verkar i ett annat landskap. Det landskap som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovård för en viss kund ansvarar också för att ersätta kostnaderna. Om det landskap som ansvarar för ordnandet av tjänsterna för kunden dock inte har ingått avtal med producenten av direktvalstjänster, ska ersättningen betalas av den kommun där tjänstproducenten finns, och det landskap som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovård för kunden är skyldigt att ersätta kostnaderna i efterhand till det landskap som har betalat ersättningen.

Folkpensionsanstalten ska ansvara för förvaltningen och det tekniska genomförandet av den riksomfattande betalningsrörelsen i anslutning till ersättningar inom valfrihetssystemet och ska i fråga om dessa uppgifter stå under social- och hälsovårdsministeriets styrning.

3.3.8 Andra viktiga förslag

På personer som är anställda hos en privat social- och hälsocentral eller mun- och tandvårdsenhet som producerar direktvalstjänster eller hos en underleverantör till en privat producent av direktvalstjänster tillämpas enligt förslaget bestämmelserna om straffrättsligt tjänsteansvar.

Landskapet är registeransvarig när det gäller klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården. Tjänsteproducenterna har rätt att behandla sådana behövliga klient- och patientuppgifter som ingår i registret. Producenter av direktvalstjänster, kundsedelstjänster och tjänster enligt en personlig budget ska anlita riksomfattande informationssystemtjänster och med hjälp av dem registrera klient- och patientuppgifterna i landskapets klient- och patientregister. För genomförandet av valfriheten ska det dessutom skapas riksomfattande informationshanteringstjänster, som alla producenter av tjänster som omfattas av valfriheten ska använda. Informationshanteringstjänsterna omfattar en tjänst för kundval, en informationstjänst för valfrihet, en hanteringstjänst för producenter, en uppföljningstjänst för tjänsteproduktionen och en informationstjänst för tjänsteproducenternas samhällsansvar. Informationshanteringstjänsterna produceras av Folkpensionsanstalten och Befolkningsregistercentralen.

Landskapet ska övervaka sådana inom sitt område verksamma producenter av social- och hälsovårdstjänster som tillhandahåller direktvalstjänster, kundsedelstjänster och tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget samt dessa tjänsteproducenters underleverantörer. För tillsynen har landskapet rätt att få nödvändiga uppgifter om de tjänster som producenterna har tillhandahållit samt rätt att inspektera tjänsteproducenternas verksamhet och lokaler. Dessutom ska kunden ha möjlighet att föra eventuella upplevda missförhållanden i en tjänsteproducents verksamhet till landskapet för behandling. När landskapet får kännedom om missförhållanden är det skyldigt att kräva att tjänsteproducenten i fråga korrigerar sin verksamhet. Om tjänsteproducenten inte avhjälper missförhållandena inom den tidsfrist som landskapet har satt ut, ska landskapet återkalla godkännandet eller säga upp avtalet.

3.3.9 Valfrihetsmodellens karaktär med tanke på EU:s regler om statligt stöd

I avsnitt 2.3.4 redogörs det för EU:s regler om statligt stöd. I detta avsnitt bedöms det föreslagna valfrihetssystemets karaktär med tanke på EU:s regler om statligt stöd, och antagandet är att Finlands offentliga social- och hälsovårdssystem är av icke- ekonomisk karaktär. Tolkningen av vilken karaktär den föreslagna valfrihetsmodellen har med tanke på EU:s regler om statligt stöd stöder sig på rättsläget i fråga om bestämmelserna i EU:s grundfördrag, EU-domstolens avgörandepraxis och kommissionens beslut. Avgörandepraxis är mycket känslig och förutsätter alltid en omfattande helhetsbedömning. Det är omöjligt att ge ett helt säkert svar på vilken karaktär det föreslagna valfrihetssystemet har med tanke på EU:s regler om statligt stöd. Dessutom bör man beakta att verksamhetsprinciperna för direktvalstjänsterna, kundsedelstjänsterna och den personliga budgeten skiljer sig från varandra.

Syftet med systemet

Syftet med valfrihetslagen är att för social- och hälsovårdens kunder främja möjligheterna att välja tjänsteproducent, att förbättra tillgången till och kvaliteten på tjänsterna samt att öka incitamenten för en kostnadsnyttoeffektiv verksamhet och kontinuerlig utveckling inom servicesystemet. Syftet med lagen är också att främja jämlikheten i fråga om tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna. Målet med social- och hälsovårdsreformen, som valfrihetslagen är en del av, är att minska hälso- och välfärdsskillnaderna mellan människorna, att förbättra tjänsternas jämlikhet, tillgången till tjänsterna och tjänsternas verkningsfullhet samt att stävja kostnadsökningen. Att stävja kostnadsökningen är dessutom ett väldigt viktigt mål, eftersom man genom reformen eftersträvar en inbesparing på tre miljarder euro i

framtiden. Syftet med att stävja kostnadsökningen är att trygga tillgången till tjänster också i framtiden. Om kostnadsökningen inte kan stävjas, äventyras statens möjligheter att erbjuda befolkningen dessa tjänster. Valfrihetssystemet är alltså en del av social- och hälsovårdsreformen. Man kan därmed utgå från att social- och hälsovårdsreformen, och valfrihetssystemet som en del av reformen, har ett socialt syfte. Syftet gäller alla tjänster i valfrihetslagen: direktvalstjänsterna, kundsedelssystemet och systemet med personlig budget samt landskapens egna tjänster. Det sociala syftet med systemet indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Systemets omfattning

Tillgången till hälso- och sjukvård är i Finland en grundlagsenlig rättighet, och det allmänna, dvs. staten och landskapen, är i enlighet med grundlagen skyldigt att ordna och se till att det finns tillräcklig social- och hälsovård för befolkningen. Systemet omfattar i praktiken hela Finlands befolkning. De tjänster som ska tillhandahållas inom valfrihetssystemet omfattar nästan alla social- och hälsovårdstjänster. Systemets omfattning indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Obligatoriskt att höra till systemet

Enligt förslaget ska varje kund registreras som kund hos en social- och hälsocentral och hos en mun- och tandvårdsenhet (vad som nedan i detta avsnitt sägs om social- och hälsocentraler gäller också mun- och tandvårdsenheter). Om en kund inte registrerar sig, förblir han eller hon kund hos landskapets affärsverk under en kort övergångsperiod, varefter kunden anvisas den central som är bäst tillgänglig. Kunden behöver dock inte förbli kund hos samma producent, utan kan om han eller hon så vill byta tjänsteproducent. Kunden ska ändå alltid vara kund hos någon social- och hälsocentral. I fråga om kundsedelstjänster och personlig budget är det inte obligatoriskt att registrera sig på motsvarande sätt. Det faktum att det är obligatoriskt att registrera sig i fråga om direktvalstjänster (dvs. registrera sig hos en social- och hälsocentral) indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Finansiering av verksamheten med skattemedel

Systemet finansieras med skattemedel, i praktiken alltså med obligatoriska avgifter. Skattskyldigheten omfattar i regel alla personer som vistas i Finland annat än tillfälligt. I Finland är det obligatoriskt att betala skatt, och nivån på skatten fastställs progressivt utifrån inkomsterna. Det faktum att det är obligatoriskt att delta i finansieringen av systemet (genom beskattningen) och att nivån på skatten beror på en persons inkomster och inte på personens hälsotillstånd eller ålder indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Förmånernas förhållande till avgifterna, dvs. skatterna

Direktvalstjänsterna, kundsedelstjänsterna och de tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget är oberoende av beloppet av de avgifter, dvs. skatter, som betalas. En person som har betalat mycket skatt och en person som eventuellt inte alls har betalat skatt (på grund av låga inkomster) har rätt till samma tjänster. Vilka och hur mycket tjänster en person får definieras av personens situation och behov, inte av de skatter som personen har betalat. Det faktum att avgifterna är obligatoriska och att det belopp som en person har betalat inte över huvud taget påverkar vilka förmåner personen får indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Kostar förmånerna eller är de gratis?

Förmånerna, dvs. de olika social- och hälsovårdstjänsterna, är med tanke på EU:s tolkningspraxis i regel gratis eller nästan gratis för kunderna. Liksom i nuläget ska det för användningen av tjänsterna av kunden tas ut kundavgifter som fastställs närmare i lag. Landskapet tar ut kundavgifterna, som blir en del av landskapets totala finansiering. Det faktum att systemet till viss del finansieras med avgifter som tas ut av kunderna påverkar inte tolkningen, om dessa kundavgifter endast uppgår till en liten del av de verkliga kostnaderna för tjänsten och om systemet annars i hög grad baserar sig på solidaritetsprincipen. Det faktum att tjänsterna är gratis eller nästan gratis indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Ersättningar till tjänsteproducenterna

Tjänsteproducenterna får ersättningar för sina tjänster. Nivån på ersättningarna fastställs av staten och landskapet i fråga om direktvalstjänster. När det gäller kundsedelstjänster och personlig budget ska tjänsteproducenten, upp till ett värde som landskapet har bestämt på förhand, ersättas för kostnaderna för sådana tjänster som en kund får mot en kundsedel eller enligt en personlig budget. Det faktum att

tjänsteproducenterna får ersättning för sina tjänster indikerar att det är fråga om ekonomisk verksamhet. Däremot gör det faktum att det inte går att förhandla om nivån på ersättningen eller om på vilka grunder ersättningen bestäms att den ekonomiska karaktären är mindre framträdande. Kundsedeln och den personliga budgeten fastställs av landskapet i enlighet med kundens servicebehov. Utifrån det grundar sig ersättningen till producenten på hur mycket det skulle kosta att producera tjänsten om landskapets affärsverk själv producerade den. Affärsverket ska, upp till ett värde som landskapet har bestämt på förhand, ersätta tjänsteproducenten för kostnaderna för tjänsterna.

Möjlighet att eftersträva vinst

Det är inte uteslutet att privata tjänsteproducenter kan eftersträva vinst, och det ska inte finnas några bestämmelser om vad vinsten ska användas till eller om vart den ska riktas. Det faktum att tjänsteproducenterna kan eftersträva vinst indikerar att det är fråga om ekonomisk verksamhet. Möjligheten att eftersträva vinst grundar sig inte på fri prissättning, utan på hur effektivt producenten lyckas bedriva sin verksamhet till det pris som erbjuds.

Priset på tjänsterna samt kundavgifter

Tjänsteproducenterna får inte sätta ett pris på sina tjänster i förhållande till landskapet och inte heller i förhållande till kunderna i fråga om direktvalstjänster eller kundsedelstjänster. Däremot ska det vara möjligt att prissätta de tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget, eftersom de tjänster som kunden behöver då består av delar som fastställs individuellt. I fråga om direktvalstjänster betalar landskapet till tjänsteproducenten en på förhand bestämd fast ersättning, en så kallad behovsvägd kapitationsersättning. Dessutom kan ersättningsmodellen även omfatta prestationsbaserade ersättningar eller sådana incitamentsbaserade ersättningar som snarast hänger samman med kvaliteten. I fråga om kundsedelstjänster används sådana på förhand bestämda fasta ersättningar som är bundna till prestationen i fråga.

Ersättningsgrunderna ska vara desamma för olika tjänster inom landskapet, och de beror inte på tjänsteproducenten.

Tjänsteproducenterna kan alltså inte fritt bestämma hur stora ersättningar de får för sina tjänster (direktvalstjänster och kundsedelstjänster). Det uppstår alltså ingen priskonkurrens. Detta avviker avsevärt från den normala verksamheten på marknaden, men också från t.ex. offentlig upphandling, där det ofta är fråga om att anbudsgivarna i sitt anbud kan prissätta sin tjänst för den upphandlande enheten. Det faktum att tjänsteproducenterna inte kan påverka nivån på den ersättning som betalas eller ta ut kundavgifter indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Tjänster som ska tillhandahållas

Tjänsteproducenternas direktvalstjänster fastställs i lagstiftningen. Landskapen fattar beslut om servicenivån inom sina områden och fastställer genom förvaltningsbeslut på vilken nivå de direktvalstjänster som tjänsteproducenterna tillhandahåller ska vara och vad dessa tjänster ska innehålla. Således fastställer myndigheterna vilka direktvalstjänster som ska tillhandahållas, på vilken nivå och i vilken mängd. Tjänsteproducenterna har därmed ingen självständig prövningsrätt i fråga om att fastställa vilka förmåner som tillhandahålls, på vilken nivå eller med vilket innehåll. Detta avviker från tillvägagångssättet på marknaden, där aktörerna i regel självständigt bestämmer vilka förmåner de tillhandahåller samt i vilken omfattning och på vilken nivå.

Innehållet i kundsedelstjänsterna baserar sig på en bedömning av kundens servicebehov. Innehållet i de tjänster som tillhandahålls enligt en personlig budget fastställs dels i lagstiftningen, dels i kundplanen och dels av kunden.

Tjänsteproducenterna kommer när det gäller alla typer av tjänster (direktvalstjänster, kundsedelstjänster och tjänster enligt personlig budget) att konkurrera med för det första hur effektivt och för det andra hur kundvänligt de producerar tjänster. Kundens valfrihet medför att kunden antagligen byter tjänsteproducent om kunden av en eller annan anledning inte är nöjd med den tjänst som han eller hon har fått.

Dessutom ger ersättningssystemet i någon mån landskapet möjlighet att fastställa ekonomiska incitament.

Tjänsteleverantörernas begränsade handlingsutrymme i fråga om de tjänster som tillhandahålls indikerar att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet. Också det faktum att de förmåner som tillhandahålls inte beror på tjänsteproducentens ekonomiska resultat är ett tecken på icke-ekonomisk verksamhet.

Utkast till regeringens proposition med förslag till lag om kundens valfrihet inom social- och hälsovården, allmän motivering, 3.11.2017

Tillhandahållande av extra tjänster

Det planeras inga begränsningar för tjänsteproducenterna i fråga om eventuella extra tjänster. I nuläget är det redan rätt så allmänt att privata social- och hälsovårdsbolag kombinerar olika tjänster med sina egna tjänster. Exempelvis kan kunder inom företagshälsovården erbjudas extra tjänster från ett partnerbolag till ett förmånligt paketpris, eller olika försäkringstjänster. Det är således möjligt och även troligt att åtminstone privata tjänsteproducenter kommer att utveckla olika servicepaket som kan erbjudas vid sidan av eller utöver de egentliga, offentligt finansierade tjänsterna. Det är frivilligt för kunden att köpa sådana tjänster, men de kan bli en betydande verklig konkurrens- och attraktionsfaktor för tjänsteproducenterna. Till denna del möjliggör valfrihetsmodellen att den normala verksamheten på marknaden fortsätter vid sidan av systemet. En sådan konkurrens om kunderna ger systemet tydliga ekonomiska drag.

Kunder som ska tas emot

Producenter av direktvalstjänster ska vara skyldiga att ta emot alla kunder som registrerar sig hos dem. De kan alltså inte själva välja sina kunder. Producenter av kundsedelstjänster och producenter av tjänster enligt en personlig budget kan däremot vägra att ta emot en kund. Således har tjänsteproducenterna ett begränsat handlingsutrymme i fråga om sin kundkrets.

I lagstiftningen föreslås inga begränsningar av tjänsteproducenternas marknadsföring. Tjänsteproducenterna kommer att marknadsföra sig, och troligen kommer de att rikta marknadsföringen till den kundkrets de vill ha. Redan befintliga kundförhållanden, t.ex. inom företagshälsovården, kan ha betydelse när kunden ska välja social- och hälsocentral. Tjänsteproducenterna har alltså en faktisk möjlighet att genom marknadsföring påverka sin kundkrets och bildandet av den. Marknadsföring är typiskt för ekonomisk verksamhet. Offentliga social- och hälsovårdstjänster har marknadsförts väldigt lite. Till exempel marknadsför offentliga hälsostationer i praktiken inte alls sin verksamhet eller sina tjänster. Marknadsföring i samband med försäljning av tjänster indikerar att det är fråga om ekonomisk verksamhet. Det faktum att en kund som registrerar sig måste tas emot minskar dock tjänsteproducentens möjligheter att påverka sin kundkrets och utgör snarast en indikator på icke-ekonomisk verksamhet.

Riskutjämning

Riskutjämningssystem har ansetts stärka solidaritetsprincipen och vara en del av icke-ekonomisk verksamhet. Att ett riskutjämningssystem saknas kan vara ett tecken på att det är fråga om ekonomisk verksamhet. Riskutjämningssystem har i allmänhet använts i försäkringsbaserade system, och ett sådant är inte aktuellt i Finland.

I det föreslagna valfrihetssystemet är avsikten att den risk som tjänsteproducenterna bär i fråga om direktvalstjänsterna ska utjämnas eller minskas genom att den fasta ersättning som betalas för kunderna viktas med hjälp av nationellt fastställda faktorer som beskriver kundens servicebehov. De nationella behovsfaktorerna hänger samman med kundernas personliga egenskaper såsom ålder och kön eller med de vanligast förekommande sjukdomarna. De olika behovsfaktorernas inverkan på de förväntade kostnaderna beaktas i kompensationen till producenterna, och på det sättet utjämnas den risk som producenterna bär. Producenter som på grund av kundkretsen bär en lägre kostnadsrisk än medeltalet får mindre ersättning än de som det på grund av ett större servicebehov är troligt att föranleder större kostnader. Detta kan anses indirekt överföra medel till de producenter som bär en större kostnadsrisk än medeltalet. Med hjälp av ett sådant riskutjämningssystem kan man utöver att beakta producenterna även främja t.ex. mål som gäller jämlikhet.

Detta riskutjämningssystem är dock – utifrån den information som finns att tillgå – avsevärt svagare än det riskutjämningsystem mellan företagen som används i Slovakien. Det system med viktning med hjälp av behovsfaktorer som ingår i den tilltänkta kapitationsersättningen eliminerar bara en liten del av den ekonomiska risk som tjänsteproducentens verksamhet är förenad med. Om en privat social- och hälsocentral råkar i ekonomiska svårigheter, kommer de övriga centralerna inte att trygga kontinuiteten i dess verksamhet, utan den får klara situationen på egen hand. Privata social- och hälsocentraler kan gå i konkurs. Också kundsedelssystemet och den personliga budgeten medför en ekonomisk risk. Det faktum att det finns en ekonomisk risk indikerar att det är fråga om ekonomisk verksamhet.

Reglering av och tillsyn över verksamhetsområdet

Verksamhetsområdet, dvs. valfriheten och de tjänster som omfattas av den, ska vara föremål för omfattande och noggrann reglering. Det förutsätts bl.a. att tjänsteproducenterna registreras, och särskilda förutsättningar för registreringen finns i lagstiftningen. I valfrihetslagen föreslås bestämmelser om producenternas skyldigheter. I lagstiftningen om ett visst område (såsom hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen)

ska det fortsättningsvis finnas tvingande bestämmelser om vad som ska beaktas i tjänsteproduktionen. Landskapet upprättar ett tvingande myndighetsbeslut i form av ett förvaltningsbeslut med rätt omfattande och heltäckande villkor för tjänsteproducenterna. Producenterna övervakas av flera olika myndigheter, såsom av den nya tillstånds- och tillsynsmyndighet som ska inrättas, av Konkurrens- och konsumentverket och av landskapet självt. Dessutom kommer den statliga styrningen av landskapen att vara starkare än nu. Således torde man kunna säga att det finns omfattande reglering av verksamhetsområdet och att det utövas aktiv tillsyn över aktörerna. Den noggranna och omfattande statliga regleringen och tillsynen tyder på att det är fråga om icke-ekonomisk verksamhet.

Andra omständigheter som inverkar på bedömningen

Det finns också andra faktorer som inverkar på bedömningen av Finlands valfrihetssystem med tanke på statliga stöd. När det gäller att avgöra av hur stor betydelse dessa faktorer är ger EU-rättspraxis åtminstone inte till alla delar direkt tolkningshjälp.

Exempelvis ska det i Finland, till skillnad från i Slovakien, inte vara en förutsättning att också offentligt ägda social- och hälsocentraler producerar tjänster uttryckligen i bolagsform. När det gällde systemet i Slovakien behövde man således inte ta ställning till hur betydande denna faktor var vid bedömningen av om det var fråga om ekonomisk verksamhet.

En annan faktor som troligen inverkar på bedömningen är antalet producenter. I Slovakien är det t.ex. endast tre bolag som tillhandahåller tjänster. Av dessa tre har den offentliga sektorns bolag en betydande marknadsandel, 64 procent, trots att det inte i sig har någon särställning i förhållande till de andra aktörerna. I den slovakiska modellen har det bolag som ägs av den offentliga sektorn ändå en mycket stark ställning på marknaden, och systemet tycks i stor utsträckning stödja sig på dess tjänster. I Finland kommer antalet aktörer antagligen att vara ett helt annat, eftersom det på den privata social- och hälsovårdsmarknaden redan nu finns ett flertal kommersiella företag, aktörer som ägs av organisationer och även mycket små företag, varav också de sistnämnda t.ex. genom att förena sina resurser kan upprätthålla social- och hälsocentraler. Producentstrukturen kan även ha betydelse vid bedömningen av de risker som är förenade med verksamheten, eftersom i synnerhet mindre företag inte har samma möjligheter att ta risker i konkurrensen om kunderna som större aktörer.

I den föreslagna valfrihetsmodellen är det uttryckligen fråga om vissa tjänster inom primärvården och socialvården, medan socialvårdstjänster som innebär utövning av offentlig makt eller som sköts av aktörer i egenskap av myndigheter inte ska ingå i dessa tjänster.

När det gäller Finland kan det dessutom ha betydelse hur stort utbudet av tjänster i praktiken är i olika delar av landet. I synnerhet i de större städerna finns det många företag inom hälsobranschen som tillhandahåller samma tjänster som den offentliga sektorn, men det bedöms att det också i framtiden kommer att krävas att offentliga aktörer har en stark roll i glesbygden för att tillgången till tjänster där ska tryggas. De ekonomiska riskerna med verksamhet i glesbygdsområden är troligen större än riskerna i stora befolkningskoncentrationer. Det kan även vara värt att notera att många kommuner redan nu har utlokaliserat hela sin produktion av social- och hälsovårdstjänster eller grundat samriskföretag för produktion av tjänsterna tillsammans med privata aktörer. I dessa områden har tjänster tillhandahållits enligt en produktionsmodell baserad på konkurrensutsättning och marksandsvillkor, och sådana producenter kommer troligen fortsättningsvis att spela en betydande roll som producenter av kundsedelstjänster inom det område där de nu är verksamma.

Vidare kan skillnader i innehållet i de olika landskapens förvaltningsbeslut om tjänsteproducenter ha betydelse vid bedömningen.

3.3.10 Införande av valfrihetsmodellen

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2020. De bestämmelser som behövs för att lagen ska kunna verkställas (bl.a. bestämmelserna om godkännande av producenter och om beslutsfattande i landskapet) avses dock träda i kraft redan den 1 januari 2019 så att landskapets förvaltning har en möjlighet att fatta beslut som gäller valfrihetstjänster och att godkänna producenter före lagens egentliga ikraftträdande. Genom lagen upphävs 47–49 § i hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården.

Valfrihetssystemet tas i bruk stegvis under 2020–2024. Landskapen ska ta i bruk kundsedeln vid ingången av 2022. Landskapen kan dock besluta att i fråga om vissa tjänster ta i bruk kundsedeln redan vid ingången av

2020, för att kunna upprätthålla ett förfarande som motsvarar förfarandet med servicesedlar efter det att lagen om servicesedlar har upphävts.

De privata social- och hälsocentraler som landskapen har godkänt och landskapets affärsverks social- och hälsocentraler ska i alla landskap inleda sin verksamhet den 1 januari 2021. De konsultationer och mottagningstjänster inom specialiteterna som ska överföras till social- och hälsocentralernas direktvalstjänster kan börja överföras till social- och hälsocentralerna den 1 januari 2022.

Kunderna kan börja anmäla sig som kunder hos en social- och hälsocentral senast den 1 oktober 2020. Om en kund inte väljer social- och hälsocentral, blir han eller hon kund hos affärsverkets social- och hälsocentral. Kunden får då ett meddelande om vilken social- och hälsocentral han eller hon blir kund hos på basis av sin bostadsort. Samtidigt meddelas kunden om att han eller hon har rätt att genast byta social- och hälsocentral om han eller hon så vill. Om kunden inte har valt social- och hälsocentral före ingången av 2023, ska landskapet anvisa kunden den social- och hälsocentral inom landskapet som är bäst tillgänglig för kunden.

Mun- och tandvårdsenheterna inleder sin verksamhet den 1 januari 2022 i samtliga landskap. Senast den 1 oktober 2021 kan kunderna börja anmäla sig som kund hos en mun- och tandvårdsenhet. Om en kund inte har valt en mun- och tandvårdsenhet, sparas hans eller hennes uppgifter i landskapets affärsverks uppgifter, men han eller hon blir inte kund där eller i någon mun- och tandvårdsenhet. Om en landskapsinvånare inte har valt mun- och tandvårdsenhet före den 1 januari 2024, får han eller hon från ingången av 2024 direktvalstjänster vid en mun- och tandvårdsenhet som hör till ett affärsverk i det landskap där invånaren är bosatt.

3.3.11 Pilotförsök med direktvalstjänster och personlig budget

Som stöd för verkställandet av valfrihetslagen genomförs pilotförsök som inleds under 2018 och 2019 redan innan lagen träder i kraft. Pilotförsöken gäller direktvalstjänster, kundsedelstjänster och personlig budget. Syftet är att få erfarenhet av direktvalstjänster och att i inledningsskedet stödja social- och hälsocentralernas och mun- och tandvårdsenheternas verksamhet.

Pilotförsöken genomförs av kommuner och samkommuner, och de understöds av staten. Försöken genomförs i enlighet med gällande lagstiftning.

Staten deltar i pilotförsöken genom att bevilja dem statsunderstöd och genom att utföra de rikstäckande informationssystemtjänster som är nödvändiga för försöken.

3.3.12 Landskapets skattskyldighet i fråga om inkomster av direktvalstjänster

Det föreslås att det till inkomstskattelagen fogas en ny 21 d § med bestämmelser om landskapets skattskyldighet i fråga om direktvalstjänster.

I 21 § i inkomstskattelagen föreskrivs det att offentliga samfund är delvis skattefria samfund. Det är därför motiverat att landskapens skattemässiga ställning vid inkomstbeskattningen i princip ska motsvara samkommunernas skattemässiga ställning på det sätt som föreslås i regeringens proposition 15/2017 rd.

För att landskapen ska ha samman ställning vid inkomstbeskattningen som andra producenter av direktvalstjänster, föreslås det att landskapen ändå ska vara skyldiga att betala skatt till staten och kommunen enligt normal samfundsskattesats i fråga om inkomster av sådana direktvalstjänster som avses i lagen om kundens valfrihet inom social- och hälsovården.

Landskapen ska därmed för inkomster av direktvalstjänster betala en skatt på 20 procent enligt samfundsskattesatsen. Enligt 56 § i lagen om kundens valfrihet inom social- och hälsovården ska i landskapets bokföring direktvalstjänsterna avskiljas från landskapets övriga verksamhet genom att verksamhetens inkomster och utgifter samt tillgångar och kapital hålls åtskilda från landskapets övriga verksamhet och ekonomi. Det är nödvändigt att avskilja inkomsterna och utgifterna samt tillgångarna och skulderna så att den beskattningsbara inkomsten för social- och hälsocentralernas och mun- och tandvårdsenheterna kan beräknas. Förluster av direktvalstjänsterna ska dras av endast från direktvalstjänsternas inkomster under de tio följande skatteåren, i den mån inkomster uppkommer. Bestämmelser om avdrag av förluster föreslås i den nya 120 a §.

Vid finansministeriet pågår ett projekt där man utifrån EU:s regler om statligt stöd och konkurrensneutralitet utvärderar den skattemässiga ställningen vid inkomstbeskattningen för sådana delvis skattefria samfund som avses i 21 § i inkomstskattelagen. Om man går in för att föreslå ändringar i delvis skattefria samfunds

ställning vid inkomstbeskattningen, måste det också föreskrivas om landskapens skattemässiga ställning på samma sätt som för andra offentliga samfund.

Samband med andra propositioner

Enligt regeringens proposition 15/2017 rd ersätts landskapen, för att trygga anskaffningsneutraliteten i landskapens verksamhet, för den mervärdesskattekostnad som ingår i anskaffningar som gjorts för den verksamhet som står utanför tillämpningsområdet för mervärdesbeskattningen och för den skattefria verksamhet på motsvarande sätt som kommunerna och staten. För att anskaffningsneutraliteten ska förbättras tas det i bruk ett nytt statligt budgetförfarande genom vilket skattens inverkan på valet av anskaffningsform elimineras.

Enligt propositionen ska direktvalstjänster och tjänster i vilka kundsedlar tas i bruk kunna produceras vid landskapets affärsverk. Landskapets affärsverk är inte en självständig juridisk person, och det utgör vid mervärdesbeskattningen en del av landskapet. I den föreslagna servicestrukturen inom social- och hälsovården förverkligas mervärdesskattens neutralitet, med beaktande av anskaffnings- och konkurrensneutraliteten, samt förfarandets administrativa effektivitet bäst om landskapets egen verksamhet i sin helhet omfattas av tillämpningsområdet för budgetförfarandet. Tjänsteproducenternas lika ställning tryggas med hjälp av en kalkylerad ersättning för mervärdesskatt.

Bestämmelser om förfarandet ska finnas i lagen om landskapens finansiering.