SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
FINANSMINISTERIET
Understatssekreterare Tuomas Pöysti

Promemoria 9.11.2015
BAKGRUNDSMATERIAL SOM TAGITS FRAM SOM TJÄNSTEUPPDRAG

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

Antalet självstyrande områden och grunderna för områdesindelningen samt social- och hälsovårdsreformens stegmärken: motivering till regeringens lösningar och preliminär konsekvensbedömning

Regeringen drar upp riktlinjerna för frågor i anslutning till områdesindelningen och ordnandet av social- och hälsovården som är centrala med tanke på den fortsatta beredningen och som är speciellt viktiga för att målen för reformen ska nås. Dessutom styr regeringen den beredning som ligger till grund för regionförvaltningsreformen så att regeringen i januari 2016 kan besluta att den egentliga beredningen ska starta och hur den ska inriktas. För att regeringen i januari 2016 ska kunna fatta ett noggrannare beslut om regionförvaltningsreformen förutsätts att bakgrunden utreds tillräckligt och mångsidigt. Ministerierna får i uppdrag att utarbeta nödvändiga bakgrundsutredningar om uppgifter som eventuellt ska överföras till de självstyrande områdena.

Inom social- och hälsovården är målet att främja befolkningens hälsa, välbefinnande och sociala trygghet. Genom reformen tryggas jämlika social- och hälsovårdstjänster för alla. För att uppnå detta utvidgas befolkningsunderlaget för de organisationer som ansvarar för tjänsterna, samt reformeras verksamhetssätten och servicestrukturen. Samtidigt är avsikten att trygga närservicen och det beslutsfattande som sker nära människorna i områdena.

Syftet med riktlinjerna är att skapa förutsättningar för att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna med 3 miljarder euro, för att trygga de grundläggande sociala rättigheterna enligt 19 § i grundlagen och kvaliteten på och lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser dessa rättigheter samt för förnyelseförmåga hos systemet med social- och hälsovårdstjänster. Huruvida dessa mål uppnås är endast delvis beroende av de saker som behandlas i regeringens riktlinjer och i synnerhet endast delvis beroende av antalet området som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Tolkningen av målet att minska hållbarhetsunderskottet och de metoder som kan användas för detta granskas i en separat bakgrundspromemoria (social- och hälsovårdsreformens sparmekanismer). Ett syfte med riktlinjerna är också att utvidga individens valfrihet i fråga om social- och hälsovårdstjänster.

Den egentliga konsekvensbedömningen kommer att ingå i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om ordnande av social- och hälsovården och till lag om självstyrande områden. Enligt den målsatta tidtabellen kommer utkastet till regeringens proposition att vara klart i slutet av februari 2016. I detta skede går det att komma med endast mycket preliminära iakttagelser om reformens konsekvenser.

De omständigheter som presenteras i denna promemoria grundar sig särskilt på följande material som publicerats på SHM:s webbplats (http://www.stm.fi/sote-uudistus):

- Utredningen ”*Uusien itsehallintoalueiden muodostaminen: toiminnalliset perusteet ja aluerajojen määräytyminen*”, som utarbetats i beredningsgruppen för förutsättningarna att ordna social- och hälsovård och områdesindelningen, som lyder under projektgruppen för

social- och hälsovårdsreformen och inrättandet av självstyrande områden. Projektgruppen har godkänt utredningen på sitt möte den 19 oktober 2015 och förenar sig med den. Utredningen jämte bifogat material kommer att finnas tillgängliga på social- och hälsovårdsministeriets webbplats då regeringens riktlinjer är klara.

- promemorian ”*Sote -uudistuksen säästömekanismit*” som behandlades den 26 oktober 2015 i projektgruppen för social- och hälsovårdsreformen och inrättandet av självstyrande områden
- understatssekreterare Tuomas Pöystis korta översikt av den vetenskapliga litteraturen om de möjligheter som konkurrens innebär och vilka effekter den har för kontrollen över social- och hälsovårdens kvalitet och kostnader

När regeringen träffat sina avgöranden har man avvägt olika omständigheter som i stor utsträckning gäller även osäkra händelser i framtiden. Till denna del är avvägningarna delvis annorlunda än i tjänstemännens preliminära expertanalyser, som finns i bakgrunden. Det går inte att framföra entydiga slutsatser om den framtida osäkerheten och avvägningarna mellan olika principer och mål, eftersom principerna och målen skiljer sig från varandra och inte nödvändigtvis leder till slutsatser som går i samma riktning. Riktlinjerna baserar sig på en övergripande prövning som utgår ifrån olika omständigheter.

2. De viktigaste förslagen och målen i riktlinjerna

2.1. Utgångspunkter

Utgångspunkten för ett system enligt regeringens riktlinjer är att staten i enlighet med 22 § i grundlagen och internationella avtal om de mänskliga rättigheterna bär ansvaret för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses på ett effektivt och jämlikt sätt. Statens uppgift är att på denna grund styra ordnandet av social- och hälsovården så att de social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser de sociala rättigheterna enligt 19 § i grundlagen är av tillräckligt enhetlig kvalitet och tillgängliga på lika villkor. I första hand är det också staten som är finansiär, så med tanke på makt- och ansvarsbalansen är det viktigt att staten har en tydlig styrroll.

Statsstyrningens uppgift är vid sidan av att tillgodose de grundläggande rättigheterna på lika villkor att säkerställa att sparmålet på 3 miljarder euro uppnås samt att den strukturförändring som förutsätts för att nå målet genomförs. Detta sker genom det beslut om att ordna hälso- och sjukvård som fattas i statsrådet och inom vars ram de självstyrande områdena ansvarar för att integrerade social- och hälsovårdstjänster ordnas för invånarna i området. Beslutet fokuserar endast på de saker som är viktigast med tanke på den strategiska styrningen, så det finns utrymme för de självstyrande områdenas egen prövning då det gäller det praktiska genomförandet. När statsstyrningen ordnas på detta sätt kan man preliminärt bedöma att den motsvarar de utgångspunkter för självstyrelse som följer av 121 § 4 mom. i grundlagen, men den egentliga författningsrättsliga bedömningen kan göras först i ljuset av detaljerade förslag till bestämmelser. De självstyrande områdena har i uppgift att ordna social- och hälsovård och att producera vården, och en viktig uppgift är också att utveckla användarinriktade tjänster, att förverkliga valfriheten samt att säkerställa invånarnas språkliga rättigheter och rättigheter att delta. De självstyrande området utarbetar också för egen del ett förslag till statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård – de 3 självstyrande områden som bestäms genom lag gör dock detta tillsammans med ett annat självstyrande område. Varje självstyrande område deltar också i det förhandlingsförfarande som gäller statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet.

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

Statens roll är koncentrerad till statsrådet, som åtnjuter riksdagens förtroende. På så sätt är statsstyrningen direkt knuten även till ett demokratiskt ansvarigt statsorgan. Jämfört med dagens splittrade system och styrning bidrar statsrådets växande roll till att stärka demokratin. Riksdagens grundlagsutskott konstaterade i sitt utlåtande GrUU 67/2014 rd att statens roll är möjlig även med tanke på demokratin. Grundlagsutskottet ansåg då att det är möjligt att lagstifta om att överföra hela ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster på staten. På denna grund kan också statsstyrning som syftar till att trygga de grundläggande rättigheterna och som riktar sig mot självstyrande områden anses passa inom grundlagens ram. Syftet med statsstyrningen är att trygga att de i grundlagen föreskrivna grundläggande rättigheterna tillgodoses på lika villkor, vilket är en ur grundrättssystemets synvinkel godtagbar grund för statsstyrning. Sålunda finns det godtagbara grunder för statsstyrning med avseende på grundrättssystemet och statsstyrningen är nödvändig för att uppfylla de förpliktelser som åläggs det allmänna i 6, 19 och 22 § i grundlagen.

Det kommer att ingå exakta och noga avgränsade bestämmelser om statens styrbefogenheter i lag. Dessutom utformas styrbefogenheterna så att när de utövas får de självstyrande områdena genuin beslutanderätt. Statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård ska vara ett överklagbart beslut, dvs. de självstyrande områdena kan överklaga det i den ordning som föreskrivs i förvaltningsprocesslagen. Som modell för beslutsinnehållet har delvis använts de bestämmelser om beslutet om att ordna social- och hälsovård i RP 324/2014 rd som inte ansågs problematiska med avseende på 121 § i grundlagen i grundlagsutskottets utlåtande GrUU 67/2014 rd. Nu ska beslutets innehåll vara ännu allmännare och de självstyrande områdenas förpliktelser ska klart basera sig på lag.

I beredningen av statsrådets beslut deltar som sakkunnig de självstyrande områdenas enhet för gemensam upphandling i sin lagstadgade sakkunniguppgift att utvärdera produktionsstrukturerna. Enheten för gemensam upphandling ska vid sidan av gemensamma anskaffningar ha som uppgift att för social- och hälsovårdsministeriet och de självstyrande områdena utarbeta bedömningar av lönsamheten och kostnadseffektiviteten hos de självstyrande områdenas egen produktion samt dess kvalitet och slagkraft i förhållande till andra produktionssätt. När beredningen fortsätter kan man utarbeta modeller där även Institutet för hälsa och välfärd och andra expertorgan deltar i beredningen av statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård, vilket utökar det objektiva kunskapsunderlaget för statsrådets beslut och sålunda bidrar till att statsrådets beslut fokuserar på saker som är väsentliga för att trygga lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster samt klienternas valfrihet och tillgodoseendet av språkliga rättigheter och rättigheter att delta. Detta bidrar till att motivera beslutsförfarandet och till dess godtagbarhet.

I modellen ges de självstyrande områdena dessutom mycket stor egen beslutanderätt då det gäller att ordna och producera social- och hälsovårdstjänster. Lösningen är således i harmoni med kraven på självstyrelse på större förvaltningsområden än kommuner i 121 § 4 mom. i grundlagen. I samband med Paras-ramlagen har riksdagens grundlagsutskott dessutom ansett att grundlagen tillåter att kommunerna åläggs att samarbeta kring ordnandet av social- och hälsovårdstjänster (GRUU 37/2006 rd) och att statsrådet anvisas befogenheter att styra kommunerna därvid. Grundlagens 121 § 4 mom. ger lagstiftaren större prövningsrätt då det gäller statliga myndigheters styrbefogenheter än skyddet för kommuninvånarnas självstyrelse.

Systemet med social- och hälsovårdstjänster enligt regeringens riktlinjer baserar sig på en modell där de självstyrande områdena producerar tjänsterna själva, avtalar med ett annat självstyrande område om att producera dem tillsammans eller skaffar med stöd av ett upphandlingsbeslut en tjänst eller vissa enskilda prestationer som ingår i tjänsten från tjänsteproducenter inom privata eller tredje sektorn. För utnyttja konkurrens och flera producenter utarbetar de självstyrande områdenas enhet

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

för gemensam upphandling också jämförelser av produktionsmöjligheterna för det självstyrande områdets egna tjänstemäns och egna organs föredragning och beslutsfattande. De självstyrande områdena ska äga enheten för gemensam upphandling tillsammans. Den sköter gemensamma anskaffningar och erbjuder expertanalyser för varje självstyrande områdes beslutsfattande.

Det självstyrande områdets egen produktion jämförs enligt regeringens riktlinjer systematiskt med andra självstyrande områdens samt privata och tredje sektorns produktion. Det är väsentligt att jämförelsen mellan olika produktionssätt och producenter är systematisk och objektiv. Jämförelse och konkurrenskraft utnyttjas på nivån för servicehelheter som omfattar en vård/serviceepisod eller vid upphandling av enskilda prestationer (t.ex. någon undersökning, operation osv.) som ingår i helheterna.

Med tanke på konkurrenskraften och jämförbarheten är det också väsentligt att kvalitets- och kostnadsuppgifter om offentliga och offentligt finansierade privata social- och hälsovårdstjänster är offentliga för att möjliggöra öppen jämförelse. Detta möjliggöra genuin konkurrens, där den privata sektorn sporrar den offentliga serviceproduktionen i fråga om ordnandet av verksamheten och innovationer och den offentliga sektorn på motsvarande sätt sporrar den privata och tredje sektorn. Konstellationen kan också utifrån internationella erfarenheter antas förbättra kvaliteten och underlätta kostnadskontrollen.

I systemet ingår 12 enheter med omfattande heldygnsjour inom socialvården och hälso- och sjukvården. Med detta antal kan man uppnå potentiell patientsäkerhet, slagkraft, ekonomi och tillgång på tjänster i enlighet med den utredning som utarbetats i beredningsgruppen för förutsättningarna att ordna social- och hälsovårdsreformen och områdesindelningen. Övriga nuvarande centralsjukhus fortsätter som enheter med heldygnsjour med ett snävare serviceutbud (satellitjour) och erbjuder specialiserade tjänster i enlighet med arbetsfördelningen. I enligt med målet om fullständig tjänsteintegration ska det också tillhandahållas krävande socialtjänster i anslutning till dessa enheter.

Mål

1. Styrsystemet för social- och hälsovården och den arbetsfördelning som ingår i områdesindelningen tryggar jämlika och tillräckliga tjänster i enlighet med grundlagen. Med deras hjälp åstadkoms ett effektivt service- och förvaltningssystem som en del av en modern, öppen och kostnadseffektiv offentlig sektor.
2. Målet med ett system enligt riktlinjerna är att ge möjligheter till högklassig forskning, undervisning, innovationer och klientinriktad utveckling inom ett integrerat tjänstesystem för social- och hälsovården. Detta förutsätter direkt kontakt med forskning och undervisning på universitetsnivå, gemensamma forsknings- och utvecklingsstrukturer med högskolor och expertinstitutioner i branschen samt direkt kontakt med mångsidiga innovationsekosystem som företag och andra aktörer bildar kring universitet och högskolor.
3. Allmänna ekonomiska lagbundenheter och marknadens dynamik stämmer med vissa undantag in även på social- och hälsovården. Enligt undersökningar förbättrar marknadskonkurrens eller en konkurrensinriktad jämförelsekonstellation kostnadskontrollen och tjänsternas kvalitet samt främjar ibruktagandet av nya innovationer. Undantag utgörs i första hand av tjänster på synnerligen krävande nivå med tilltagande skalavkastning som kräver omfattande och ingående specialkompetens.
4. Större valfrihet genom att valfrihetspraxis som i nuläget visat sig fungera utnyttjas som grund för fortsatt beredning.

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

Enligt regeringens riktlinjer genomförs omfattande valfrihet. Om den genomförs på ett bra sätt kan den stöda snabb tillgång till vård samt högklassiga och kostnadseffektiva tjänster. Som ett led i reformen lagstiftas det sålunda om valfrihet som gör det möjligt för användaren att själv välja tjänsteproducent inom offentliga, privata eller tredje sektorn. Fungerande valfrihet förutsätter att individerna kan stöda sig på tillförlitlig jämförelsedata som grund för valet, vilken har tagits fram med enhetliga kvalitetskriterier. Internationella forskningsrön och erfarenheter visar att när enhetlig jämförelsedata är tämligen lättillgänglig väljer individerna i huvudsak tjänsteproducenter som fungerar bra med avseende på kvalitet och slagkraft. Då bidrar valfriheten till att stöda kvalitets- och slagkraftsutvecklingen och kostnadskontrollen. De sätt på vilka valfriheten genomförs är dock beroende av marknadsförhållandena och de varierar också från område till område. Då är det nödvändigt att genom statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård styra och säkerställa att även valfriheten förverkligas.

Utvidgad valfrihet stöder också översynen av genomförandet av EU:s patientdirektiv i Finland. Omfattande valfrihet tillgodoser också individens självbestämmanderätt, som hör till värderingarna i grundlagen.

2.2. Motiveringar

Regeringens riktlinjer utgår ifrån en så fullständig horisontell och vertikal tjänsteintegration som möjligt. Med fullständig integration avses i ett tänkesätt som bygger på de grundläggande rättigheterna en klientinriktad servicehelhet, dvs. att ***den service som människan får är en helhet och försöker genom att kombinera olika kompetenser och metoder och åtgärder enligt dem (t.ex. allmänläkarens och den specialiserade sjukvårdens åtgärder, rehabilitering, sociala tjänster) svara på klientens totala behov på ett så kostnadseffektivt, högklassigt och slagkraftigt sätt som möjligt***. Den som anordnar tjänsterna ansvarar för servicehelheten till patienten och samordnandet av eventuella olika enskilda servicehändelser till en integrerad, klientinriktad tjänst. Producenten svarar för tjänsteintegrationen och förutsättningarna för den i fråga om den servicehelhet eller enskilda tjänst som producenten producerar, men detta undanröjer inte anordnarens övergripande ansvar för tjänsteintegrationen. **Kort betyder integration klientinriktad service i rätt tid som kombinerar kompetensen på olika områden enligt klientens behov**.

Till ett självstyrande områdes viktigaste uppgifter hör att planera och leda det praktiska genomförandet av integrationen.

För att målet som gäller en minskning av hållbarhetsunderskottet i finanserna ska nås krävs det oberoende av hur många självstyrande områden som inrättas en strategisk upphandlingsfunktion med tillräcklig kompetens samt att de självstyrande områdenas hela marknadskraft utnyttjas effektivt vid upphandling. Här finns det också stora möjligheter att förbättra produktiviteten och lönsamheten genom samarbete mellan de självstyrande områdena (se promemorian om social- och hälsovårdsreformens sparmöjligheter).

I samband med upphandlingsfunktionen är det också nödvändigt att uppgifterna att ordna social- och hälsovård och produktionsuppgifterna särskiljs tillräckligt för att säkerställa att man verkligen jämför den egna produktionen med andra självstyrande områdens samt privata och tredje sektorns produktion när man funderar på lösningar som gäller produktionen av social- och hälsovårdstjänster inom de självstyrande områdena. Enligt de preliminära konsekvensbedömningar som gjorts under beredningen samt internationell och inhemsk ekonomisk vetenskapliga litteratur är detta viktigt med

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

tanke på kostnadskontrollen och kvaliteten samt innovativ utveckling av tjänsterna och sätten att producera dem. Med tanke på innovativ utveckling är det också viktigt med försök som förnyar verksamhetsmodellerna och anskaffningar som stöder dem där man försöker hitta nya innovativa verksamhetssätt.

Riktlinjerna utgår från iakttagelser som gjorts inom den ekonomiska forskningen, enligt vilka konkurrens och en konkurrensinriktad jämförelsekonstellation på kvasimarknaden mellan monopolproducenter inverkar positivt på uppkomsten och ibruktagandet av innovationer, deras kvalitet och ledarskapskvaliteten samt härigenom på kostnadskontrollen (se separat bakgrundspromemoria om nyttan av konkurrens och en konkurrensinriktad jämförelsekonstellation). I enlighet med detta skapar lösningarna förutsättningar för inte bara flera olika produktionssätt och de självstyrande områdenas egen produktion utan också för utnyttjande av privata och tredje sektorns tjänster och tjänsteinnovationer.

Lösningen baserar sig på regeringsprogrammet för statsminister Juha Sipilas regering. Enligt regeringsprogrammet har de självstyrande områdena uppdrag och ansvar som regional anordnare av social- och hälsovårdstjänster, dessutom i enlighet med den riksomfattande arbetsfördelningen uppgifter som anvisats dem särskilt med stöd av lagstiftning i fråga om vissa krävande tjänster. I dessa specialuppgifter som angetts särskilt med stöd av lagstiftning betjänar ett självstyrande område antingen hela landet eller ett område som är större än det egna området.

De självstyrande områdena fungerar också som tjänsteproducenter, sköter uppgifter som inbegriper offentlig makt och andra myndighetsuppgifter (såsom beredskapsuppgifter och andra säkerhetsuppgifter), och dessutom kan de på ett konkurrensneutralt sätt anlita tjänsteproducenter inom privata och tredje sektorn för verksamhet som inte inbegriper offentlig mark. De självstyrande områdena är skyldiga att producera myndighetsuppgifter och åtminstone att producera alla tjänster där det inte går eller inte är ändamålsenligt på grund av tjänsternas art, slagkraft och ekonomi att anlita andra tjänsteproducenter. Det självstyrande områdets egen produktion kan vara mer omfattande än så. Det väsentliga är ändå förpliktelsen att systematiskt jämföra den egna produktionen med andra produktionsmöjligheter.

I det självstyrande områdets beslutsfattande svarar i sista hand fullmäktige som utsetts genom val och de förtroendemannaorgan som fullmäktige tillsatt (nämnder) för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster i enlighet med lag och det självstyrande områdets egna förvaltningsstadgor. Det självstyrande områdets egen serviceproduktion ska ha en separat ledning som består av professionella chefer, vars resultat bedöms av ledningen med ansvar för ordnandet av social- och hälsovård, i sista hand av fullmäktige.

Enligt ekonomisk forskning är det viktigt att göra skillnad mellan rollerna som beställare och producent för kostnadskontrollen och kvalitetsutvecklingen. Enligt forskningsrön har det också positiv inverkan på ledarskapskvaliteten. Det är dock motiverat att göra skillnad mellan beställare och producent på ett sätt som inte hindrar att de självstyrande områdena fungerar som producenter eller som skapar stela administrativa strukturer. En del av social- och hälsovårdstjänsterna är sådana att de har ett inbyggt naturligt monopol. Därför måste de självstyrande områdena ha egen produktion särskilt av nyttigheter som har ett inbyggt naturligt monopol.

Kompetens och beredskap för tillräckligt professionell beredning (strategisk upphandlingskompetens och produktionsstyrningskompetens) är väsentligt när tjänsterna ordnas. Detta säkerställs genom att det inrättas en enhet för gemensam upphandling som de självstyrande områdena äger tillsammans. Dessutom ska enheten bereda expertanalyser för de självstyrande

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

områdena till stöd för produktionsbesluten. Enheten för gemensam upphandling försöker möjliggöra effektiv verksamhet även med ett större antal självstyrande områden. Enheten för gemensam upphandling är en riksomfattande lösning som ger mera effektivitetsfördelar än t.ex. att gemensamma anskaffningar sprids ut på fem regionala enheter, förutsatt för det första att enheten fås att fungera professionellt. Effektivitetsfördelar förutsätter å andra sidan att enheten för gemensam upphandling utifrån den strategiska upphandlingsfunktionens analyser ser till att marknaden inte blir för koncentrerad eller att det uppstår för stora leverantörsberoenden. Enligt en uppskattning av beredningsgruppen för förutsättningarna att ordna social- och hälsovård kunde anordnarens upphandlings- och produktionsstyrningskompetens bli för svag i alla områdesindelningsmodeller med flera än fem anordnare, något som kunde inverka mycket negativt på uppnåendet av minimimålet för hållbarhetsunderskottet. Enheten för gemensam upphandling förutsätts besitta betydande sakkunskap. Att säkerställa denna är en central uppgift för de självstyrande områdenas ägarstyrning. Det skulle också vara motiverat att statsrådet har möjlighet att bedöma detta och delta i styrningen.

Med hjälp av riktlinjerna försöker man skapa förutsättningar för en sund marknad för social- och hälsovårdstjänster i Finland. Då är det väsentligt att avsevärt utöka mängden jämförbar information om serviceproduktionens och prestationernas kvalitet, slagkraft, kostnader och effektivitet samt att förbättra tillgången till och kvaliteten på informationen. Särskilt borde man försöka undvika monopolsituationer eller oligopolmarknader baserade på två privata företags dominerande ställning, eftersom priserna då har en tendens att stiga utan att kvalitetsnivån förbättras.

De självstyrande områdenas kontakter med universitetens innovationsekosystem och företags och andra aktörers innovationsekosystem som uppstår kring universiteten bidrar till att upprätthålla social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet, främjar utvecklingen av slagkraftiga tjänster och stöder också kostnadskontrollmålen. För detta behövs samarbetsarrangemang i alla områdesindelningslösningar med flera än 5 självstyrande områden. Dessa samarbetsarrangemang kunde också ersätta specialupptagningsområdena enligt den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen, vilkas mekanismer för samordning av tjänster och samarbete har visat sig fungera ganska dåligt i praktiken.

Upprätthållandet av universitetssjukhus och andra riksomfattande kompetenscentrum är i det nya systemet en uppgift som anvisas ett visst självstyrande område som ansvarar för upprätthållandet. I statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård intas som uppgifter som ska skötas enligt lag de uppgifter som för närvarande ska samordnas i lagstadgat samarbete inom ett specialupptagningsområde, varvid samordnandet kan stärkas och antalet olika förvaltningsnivåer minskas. Detta skapar en klarare och starkare grund för ett resultatrikt samarbete än de nuvarande samarbetsförfarandena inom specialupptagningsområdet.

Det är också motiverat att skapa en ram för samordning av och samarbete kring forskningsverksamhet mellan de självstyrande områdena. Det vore viktigt för att få med innovationer i utvecklingen av den offentliga och offentligt finansierade social- och hälsovården. I de självstyrande områdena är gemensam samordning av forskningen kring social- och hälsovårdstjänster nödvändig även för närvarande för att forsknings- och affärsverksamhetspotential som finns i register, biobanker och olika kompetenscentrum ska kunna utnyttjas på ett sätt som stöder social- och hälsovårdstjänsternas utveckling och ekonomiska tillväxt. Exempelvis enligt SHM:s Nationella genomstrategi (Bättre hälsa genom genominformation. Nationell genomstrategi. SHM:s rapporter och promemorior 2015:24) ger finländsk genominformation utnyttjad tillsammans med biobankslagstiftningen och i Finland tillgänglig IKT-kompetens helt nya möjligheter att utveckla välfärdstjänster och produkter i anslutning till dem även inom den privata sektorn. I

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINESTO

samband med social- och hälsovårdsreformen är det nödvändigt att skapa nationella och regionala strukturer som stöder utnyttjandet av dessa möjligheter.

För att trygga effektivitet och kompetens är det nödvändigt att utveckla den nationella arbetsfördelningen och skapa förutsättningar även för internationella spetskompetenscentrum och internationellt samarbete. Arbetsfördelningen går bäst att styra genom ett beslut på nationell nivå om att ordna social- och hälsovård. Till det kan man knyta universitetssjukhus, kompetenscentrum på det sociala området och utvecklingsenheter för primärvården på olika håll i Finland. I enlighet med målet om fullständig integration ska dessa uppgifter och arbetsfördelningar ordnas gemensamt inom social- och hälsovården. Mellan självständiga organisationer och organisationer som finansieras på olika sätt behövs tillräckligt enhetliga samarbetsförpliktelser och avtalspraxis i hela landet.

För att nå effektivitetsmålen skapas för de nya självstyrande områdena gemensamma riksomfattande stödtjänstenheter för lokaltjänster, ekonomi-, personal- och informationsförvaltnings- och IKT-tjänster, forskningssamordningstjänster samt eventuellt gemensamma apparaturinfrastrukturtjänster som de självstyrande områdena äger tillsammans och som lyder under dem. Grunden utgörs av erfarenheter från sjukvårdsdistrikten och kommunernas samarbete samt erfarenheter från bland annat universitetsreformen då det gäller specialiseringsfördelar och volymfördelar med gemensamma tjänster som produceras av självstyrande enheter. En enhetlig IKT-plattform och fullständig informationsintegration är nödvändiga förutsättningar med tanke på den eftersträvande fullständiga horisontella och vertikala tjänsteintegrationen. När de genomförs är det nödvändigt att beakta dataskyddslagstiftningen och vid behov utveckla den sektorspecifika regleringen.

Grunderna för områdesindelningen

Enligt den författningsrättsliga analys som gjorts i samband med beredningen av social- och hälsovårdsreformen och inrättandet av självstyrande områden uppfyller flera olika områdesindelningar de krav på områdesindelning som följer av grundlagen. Lagstiftaren har omfattande prövningsrätt vid områdesindelningen. När regeringen utarbetar riktlinjerna för områdesindelningen och riksdagen i egenskap av lagstiftare beslutar om saken är det nödvändigt att avväga sinsemellan olika synpunkter och formulera sin ståndpunkt utifrån avvägningarna och en på dem baserad helhetsbedömning. Områdesindelningen måste dock tillsammans med lagstiftningen om finansiering och produktion av social- och hälsovårdstjänster trygga lika tillgång till tjänster som tillgodoser de i grundlagen föreskrivna grundläggande rättigheterna samt de i grundlagen föreskrivna språkliga rättigheterna och rättigheterna att delta.

I beredningsgruppen för förutsättningarna att ordna social- och hälsovård och områdesindelningen, som lyder under projektgruppen för social- och hälsovårdsreformen och inrättandet av självstyrande områden, har man bedömt olika områdesindelningsalternativ särskilt med avseende på social- och hälsovårdens integration och författningsrättsliga synpunkter. Enligt beslutet om tillsättande av beredningsgruppen har dess uppgift varit att bestämma grunder i enlighet med vilka självstyrande områden som är större än en kommun kan utformas.

Ett diskussionstillfälle ordnades i ärendet den 29 september 2015. Där deltog aktörer och experter inom social- och hälsovården från kommunerna och samkommunerna, representanter för kommunerna och landskapsförbunden, representanter för tillsynsmyndigheterna, tjänstemannarepresentanter för övriga ministerier (inrikesministeriet, justitieministeriet, arbets- och näringsministeriet, kommunikationsministeriet), representanter för högskolorna och

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

forskningsanstalterna (VATT, Etla) samt representanter för klient- och patientorganisationerna. Vid hörandet framlades alternativen 4-5, 6-9, 10-12 och 13-19. Dessutom har man separat hört justitieministeriets representant i frågor med anknytning till valsystemet, miljöministeriets representant i frågor som gäller byggnadstillsynen samt konstitutionsexperter. I diskussionerna har aktörerna inom social- och hälsovården i regel ansett att de bästa alternativen gällande antalet områden är 4-5 och 10-12, ministerierna har föredragit antalet 10-12 och de kommunala aktörerna antalet 13-19.

De viktigaste bedömningskriterierna i beredningsgruppens analys, som projektgruppen för social- och hälsovårdsreformen anslöt sig till den 19 oktober 2015, är
1) att trygga tillräckliga och likvärdiga social- och hälsovårdstjänster enligt 19 § i grundlagen,
2) att förverkliga ett ekonomiskt effektiv och kostnadseffektivt servicesystem så att man med dess hjälp kan svara även på hållbarhetsunderskottet samt
3) en hållbar lösning på det regionala självstyret, som kan ges även andra uppgifter som kommunerna skött i samarbete samt den statliga regionförvaltningens uppgifter så att de nuvarande sektororganisationerna och förvaltningsnivåerna minskar. I detta kriterium är det också viktigt hur indelningen i självstyrande områden möjliggör områdenas egen utveckling och möjlighet att sammanföra regionala uppgifter.

När man kommer till de noggrannare kriterierna är det nödvändigt att som en utgångspunkt för områdesindelningen ha hur väl olika områdesindelningar stöder utformningen av klientinriktade tjänster och servicekedjor samt klientinriktat utvecklande av tjänsterna och utvecklingsförutsättningarna. Man måste också beakta hur bra ramar områdesindelningen erbjuder för att stärka slagkraftiga, integrerade social- och hälsovårdstjänster.

I praktiken krävs att de nya tjänsterna på basnivå, som delvis är definierade på ett sätt som avviker från den nuvarande lagstiftningen, stärks, men det är nödvändigt att revidera basservicens innehåll i överensstämmelse med modernt integrationstänkande. Enligt modernt tänkande kan allmännivån och specialiseringsnivån inte ses som separata verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialvården utan som en fullständigt integrerad del av den service som ges klienten. Tjänster som behövs ofta borde samlas till bastjänster som klienterna har tillgång till på praktisk nivå i sin vardag.

I expertberedningen har det ansetts viktigt att det självstyrande områdets servicekedjor har smidig förbindelse till tjänster inom social- och hälsovårdens omfattande heldygnsjour.

Beredningsgruppen för områdesindelningen och förutsättningarna för att ordna social- och hälsovård har granskat behovet av och antalet sjukhusenheter med omfattande heldygnsjour samt områdesindelningen med avseende på optimal tillgänglighet, ekonomi, patientsäkerhet och servicens slagkraft liksom tillgången på personal. Tillgången på kompetent personal i framtiden är en viktig fråga. Patientsäkerheten och tillgången på kompetent personal är också ekonomiska frågor, eftersom konkurrens om personal höjer kostnaderna och alltför små sjukhus med full service leder till att dyr apparatinfrastruktur underutnyttjas och möjliggör inte en tillräckligt stor patientström med tanke på kompetensutvecklingen och patientsäkerheten.

Med tanke på tillgängligheten och patientsäkerheten behövs det minst 10 sjukhus med omfattande jour. Med tanke på tillgängligheten och tillgången på yrkesutbildad personal som verksamheten förutsätter vore den optimala lösningen ett system med 12 enheter med omfattande jour (sjukhus som också erbjuder krävande socialjour).

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

För att servicen ska fungera och även kostnadsbesparingsmålen fungera är det nödvändigt att de självstyrande områdena ordnar tjänster på basnivå under kvällar och veckoslut, så att klienterna inte söker sig till dyra jourtjänster. **Denna serviceplanering är en viktig uppgift för det självstyrande området och dess beslutsfattande, liksom att planera hur man inom servicehelheterna stöder sig på universitetssjukhusen och andra sjukhus med omfattande jour samt på motsvarande specialiserade tjänster på det sociala området**.

På de grunder som anges närmare i den utredning som gjorts av beredningsgruppen för områdesindelningen och förutsättningarna för att ordna social- och hälsovård vore det motiverat att ha som riktlinje att antalet sjukhus med omfattande jour ska vara 12.

I framtiden kan sjukhusen med omfattande jour och anlitandet av dem samt grunderna för produktionsstrukturen för de självstyrande områdenas tjänster styras genom statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård, som grundar sig på lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Genom beslutet kan man också ombesörja integrerade social- och hälsovårdstjänstehelheter som stöder sig på omfattande jour inom helheter som är större än de självstyrande områdena.

På ovannämnda grunder kunde också 12 vara ett fungerande antal självstyrande områden, vilket samtidigt utan tvivel också skulle uppfylla kraven på demokrati. Då skulle de självstyrande områdena ha en relativt enhetlig servicestruktur. Detta var också slutsatsen av den jämförelse som gjordes i beredningsgruppen för förutsättningarna att ordna social- och hälsovård. Modellen skulle också göra det möjligt att tydligt samla alla centrala servicehelheter under en ledning, en viktig omständighet med tanke på kostnadskontrollen.

Det skulle emellertid fortfarande finnas betydande skillnader i de självstyrande områdenas storlek och förhållanden och en del av dem skulle ha universitetssjukhus och andra kompetenscentrum. Det är också nödvändigt att utveckla arbetsfördelningen mellan sjukhusen för att säkerställa tjänsternas slagkraft och kvalitet samt patientsäkerheten.

Av dessa orsaker och för att beakta regionala skillnader **behöver områdesindelningen inte nödvändigtvis knytas till modellen med 12 områden som baserar sig på omfattande jour, bara man i alla områden tryggar fullständig integration** med tjänster som tillhandahålls av en enhet med heldygnsjour och **befolkningen oberoende av boningsort har lika rättigheter och möjligheter att få service**.

I praktiken betyder detta mer omfattande samarbete över de självstyrande områdenas gränser och **starkare nationell styrning** i områdesindelningsmodeller med flera än 12 självstyrande områden. Om antalet självstyrande områden är flera än 12, är det för att nå målen för reformen nödvändigt att genom statsstyrning försäkra sig om att en tillräcklig servicenivå och servicebehovet bedöms och tillgodoses, att man stöder sig på sjukhus med omfattande heldygnsjour samt att servicehelheter som överskrider de självstyrande områdenas gränser ordnas och fungerar samt att andra åtgärder vidtas som är nödvändiga för att trygga lika tillgång till tjänster i det självstyrande området.

Genom statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård kan man också styra grunderna för det självstyrande områdets produktionsstruktur för att möjliggöra en högklassig, kostnadseffektiv och mångsidig produktionsstruktur och utnyttjandet av konkurrens. Utan denna styrning blir det svårt i ett system med över 12 självstyrande områden att genomföra lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster på det sätt som grundlagens jämlikhetsprincip förutsätter. Samtidigt undanröjer denna styrmöjlighet de grundlagsproblem som hänför sig till ett större antal självstyrande områden

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

när lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster ska tryggas. Man kan alltså anse att det finns godtagbara grunder för styrbefogenheterna med avseende på grundrättssystemet.

En stark nationell styrning behövs också i områdesindelningsmodeller med färre självstyrande områden än 12, eftersom det är nödvändigt att styra beslutsfattandet i områdena för att uppnå en ändamålsenlig servicestruktur även i dessa fall.

Ser man till social- och hälsovårdsstrukturerna visar den jämförelse som gjorts i beredningsgruppen att det finns goda funktionella grunder för en områdesindelning med 5 eller 12 områden med avseende på social- och hälsovårdstjänstehelheterna. Om antalet självstyrande områden är flera än 12 måste integrationen med tjänster som tillhandahålls av ett sjukhus med omfattande heldygnsjour tryggas i servicehelheterna för patienten/klienten.

Då det gäller inverkan på hållbarhetsunderskottet är det viktigt att främja välfärd och hälsa på lång sikt. Områdesindelningen borde också kunna skapa en bra funktionell ram för detta och de nuvarande samarbets- och utvecklingsstrukturerna borde kunna utnyttjas. När områdesindelningarna utvecklas är det ändamålsenligt att **betona utveckling som utgår från områdenas och deras aktörers egna utgångspunkter,** där till exempel sammanslagning av landskap grundar sig på gemensam överenskommelse i stället för lagstadgat tvång. Utveckling på eget initiativ ger ofta hållbarare resultat på lång sikt.

För att främja välfärd och hälsa samt multiprofessionellt samarbete är det väsentligt att behålla en god kontakt med kommunerna. Till denna del har regeringen bedömt att landskapsindelningen och utvecklingsstrukturerna på landskapsnivå i princip ger de bästa utgångspunkterna för ett gott kommunsamarbete.

En del av landskapen har dock liten folkmängd och deras social- och hälsovårdsinfrastruktur erbjuder i princip inte förutsättningar för att ordna tjänster i enlighet med fullständig klientinriktad integration. Genom lag föreskrivs därför vilka självstyrande områden som ska åläggas att ordna social- och hälsovårdstjänster tillsammans med ett annat självstyrande område. De självstyrande områdena ska då avtala om att ordna tjänster tillsammans och stödja sig på servicenätet i ett annat självstyrande område särskilt i fråga om mera krävande tjänster. Avtalet ska grunda sig på lagbestämmelser ungefär på samma sätt som kommunernas nuvarande lagstadgade samarbetsförpliktelser. När beredningen fortsätter föreskrivs det noggrannare om formerna för gemensamt ordnad social- och hälsovård, vilka också ska garantera påverkansmöjligheter för alla självstyrande områden som deltar i samarbetet. Denna lagbaserade arbetsfördelning preciseras i statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård.

Ett centralt mål för social- och hälsovårdsreformen är att stärka särskilt hälso- och sjukvårds- och socialtjänster som tillhandahålls i främsta linjen nära människorna för att dämpa kostnaderna och förbättra tillgången till tjänster samt minska hälso- och välfärdsskillnaderna bland befolkningen. Det finns behov av att utveckla särskilt tjänsterna på basnivå. I 7 procent av kommunerna förmår man inte hålla tidsfristerna för behandlingen av utkomststöd och i 8 procent av kommunerna förmår man inte hålla tidsfristerna för utredningar om behov av barnskydd. Tillgången till icke-brådskande vård ligger till stor del på otillfredsställande nivå och där fungerar inte valfriheten enligt nuvarande lagstiftning på avsett sätt så att den skulle underlätta tillgången till vård. Många hälsocentraler har svårigheter med att tillsätta sina läkartjänster samtidigt som antalet läkare inom kommunernas sjukhustjänster, den specialiserade sjukvården samt den privata hälsovården och företagshälsovården har ökat. I den moderna integrationsmodellen är det emellertid inte motiverat att särskilja primärvård och specialiserad sjukvård samt socialtjänster på basnivå och mera krävande

VIRKATYÖNÄ. TEHTY TAUSTA-AINEISTO

nivå, när man på ett klientinriktat sätt sammanför service som utgår från klientens behov genom att kombinera olika former av kompetens och tjänster.

Ur produktionsekonomisk synvinkel förbättras effektiviteten om man redan vid den första kontakten med servicekedjan får bra kontroll över klientens situation. På hälso- och sjukvårdssidan förutsätter detta god service som tillhandahålls av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, närkonsultationer med en specialist samt på den sociala sidan kompetent bedömning av situationen och fungerande tjänster med låg tröskel. I enlighet med detta borde främsta linjens tjänster, som i allmänhet är av basnivå, stärkas inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Fungerande tjänster i främsta linjen sparar kostnader, eftersom onödig användning av tjänster på specialiseringsnivå och särskilt jour minskar.

Alla social- och hälsovårdstjänster bör ha sådant innehåll och sådan kvalitet som social- och hälsovårdslagstiftningen samt behovet hos kommuninvånarna i området förutsätter. Tjänsterna måste tillhandahållas nära användarna med hänsyn till befolkningens behov. Endast om tillgången till tjänster och tryggandet av tjänsternas kvalitet förutsätter specialkompetens eller dyra investeringar eller om ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt ordnande av tjänsterna förutsätter centralisering, kan de centraliseras. Även tjänster på specialiseringsnivå kan i stor utsträckning produceras som närservice i klientens hem. Detta talar för att beslutsfattandet om serviceplaneringen bör finnas nära människorna. **Användarinriktad serviceplanering och beslutsfattande om servicehelheter och det praktiska genomförandet av dem hör till de viktigaste uppgifterna för det självstyrande områdets demokratiska beslutsfattande.**

Här kunde 18 självstyrande områden och social- och hälsovårdstjänster som ordnas inom ramen för 15 områden fungera med avseende på kommunkontakten och närheten. Detta förutsätter emellertid nödvändigtvis att små självstyrande områden kompenseras med gemensamma stödtjänster och att servicekedjan över det självstyrande områdets gränser till specialiserad sjukvård och sociala tjänster på specialiseringsnivå fungerar smidigt.

Avbrott mellan tjänster på basnivå och specialiseringsnivå är enligt erfarenheter från hemlandet och bl.a. Norge en klart kostnadsökande faktor. I praktiken kunde det föreskrivas i hälso- och sjukvårdslagen som en specialuppgift för de i lagen angivna självstyrande områdena att upprätthålla en sjukhusenhet med omfattande heldygnsjour och socialjour med specialkompetens i anslutning därtill. I lagen skulle det också föreskrivas om grunder för hur de självstyrande områdena ska stöda sig på dessa enheter, som inbegriper 5 universitetssjukhus, vid ordnandet av social- och hälsovårdstjänster.

Genom statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård kan man mera detaljerat styra denna lagstadgade arbetsfördelning och hur de självstyrande områdena ska stöda sig på den inklusive hur områdena ska stöda sig på 5 universitetssjukhusenheter och 7 andra sjukhusenheter med omfattande heldygnsjour. Då kan också den nuvarande hälso- och sjukvårdslagens särskilda bestämmelser om specialupptagningsområden ersättas med dessa bestämmelser om arbetsfördelning och stöd. Lösningsmodellen undanröjer sålunda behovet av en särskilt specialupptagningsnivå jämte särskilda planerings- och avtalsförpliktelser i anslutning till den.

I regeringens övergripande bedömning betonas att en fungerande kontakt bör behållas med kommunerna, som fortfarande svarar för främjandet av välfärd och hälsa samt för att det finns förnyade tjänster på basnivå, dvs. i främsta linjen, nära människorna. Här finns betydande produktivitetspotentialer. Svagheten är att när man stöder sig på ett sjukhus med omfattande

VIRKATYÖNTEHTY TAUSTA-AINEISTO

heldygnsjour förutsätts servicehelheter som överskrider det självstyrande områdets gränser. I ett system med social- och hälsovårdstjänster som baserar sig på flera producenters verksamhet uppstår det å andra sidan i vart fall dylika servicehelheter över organisationsgränserna.

En ytterligare motivering till regeringens riktlinjer är att andra regionala uppgifter kunde anvisas de självstyrande områdena genom att befintliga samarbetsstrukturer på landskapsnivå eller som baserar sig på landskapsindelningen utnyttjas. Även i de flesta sociala tjänster är närhet till invånarna i ett snävare område och särskilt kontakt med kommunerna viktig och även av betydelse med tanke på slagkraften och därigenom kostnadseffektiviteten.

Genom samarbete mellan de självstyrande områdena säkerställs åter att till exempel uppgifter som NTM-centralerna skött på ett område som är större än ett landskap fortfarande sköts inom en helhet som är ändamålsenlig med tanke på effektiviteten. Avsikten är inte att i det nya systemet på nytt splittra dessa uppgifter som sammanförts till större områden.

Ett system enligt regeringens riktlinjer innebär att ansvaret för att ordna social- och hälsovård sammanförs och centraliseras avsevärt jämfört med nuläget. För närvarande ansvarar cirka 150 kommuner och samkommuner för att social- och hälsovård ordnas, och dessutom har samkommuner som omfattar 20 sjukvårdsdistrikt och 15 specialomsorgsdistrikt samt Kårkulla samkommun, som verkar i hela landet, uppgifter som hänför sig till ordnandet och produktionsuppgifter.

Lösningen strävar sålunda efter att kombinera behov av tjänster i främsta linjen tillräckligt nära människorna och utveckling i områdena så nära människorna som möjligt med möjlighet att styra och utveckla verksamheten i tillräckligt omfattande helheter. Samtidigt erbjuder lösningen möjligheter och en tydlig grund för att utveckla regionalt självstyre samt för att samla regionförvaltningens uppgifter till tydliga självstyrande områden med tydliga uppgifter.

Regeringens riktlinjer är en helhet där alla delar är väsentliga för att målen ska nås. Som helhet kan riktlinjerna antas ge en tämligen tillräcklig grund för att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna med 3 miljarder euro samt trygga lika tillgång till social- och hälsovårdstjänster i anslutning till de grundläggande rättigheterna. Statsstyrningen och statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård är av central betydelse för dessa mål. Riktlinjerna ger också en god grund för regionförvaltningens och invånarnas delaktighet och utvecklande av en regionförvaltning som baserar sig på egen prövningsrätt.

Med tanke på målet att minska hållbarhetsunderskottet är en central sak i regeringens riktlinjer också att bedöma det självstyrande områdets ekonomiska bärkraft och annan förmåga att ordna social- och hälsovårdstjänster samt krisförfarande som gäller ett självstyrande område. Ett självstyrande område kan för det första på eget initiativ ansöka om möjlighet att ordna social- och hälsovårdstjänster genom att avtala om det med ett annat självstyrande område, om det självstyrande området bedömer att dess bärkraft inte räcker till för att ordna social- och hälsovårdstjänster. För det andra kan statsrådet inleda detta förfarande eller krisförfarande som gäller ett självstyrande område om de kriterier som anges i lag uppfylls. Det självstyrande området och statsrådet ska bedöma det självstyrande områdets ekonomiska och övriga bärkraft åtminstone i samband med statsrådets beslut om att ordna social- och hälsovård. Krisförfarandet ska motsvara det nuvarande kriskommunsförfarandet och kan således leda till att det självstyrande området ansluts till ett annat självstyrande område. Detta förfarande, som kunde föreskrivas i lagen om självstyrande områden, utgör en del av de finanspolitiska regler

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

(budgetbegränsning) som styr de självstyrande områdenas ekonomi och tryggar för egen del uppnåendet av målet att minska hållbarhetsunderskottet i de offentliga finanserna.

Krav som följer av grundlagen

Med tanke på ordnandet av social- och hälsovården har grundlagsperspektiven framför allt att göra med huruvida de framtida självstyrande områden som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster har ekonomiska förutsättningar att ombesörja tillräckliga social- och hälsovårdstjänster (19 § i grundlagen) på ett likvärdigt sätt (6 § i grundlagen). Det allmännas skyldighet enligt 22 § i grundlagen att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses betyder i fråga om sociala rättigheter i stor utsträckning just att förutsättningarna att ordna tjänster tryggas så att invånarna i olika områden har lika och faktiska möjligheter att få social- och hälsovårdstjänster. Områdesindelningen är således också en fråga med koppling till grundlagen. Till denna del är också finansieringsmodellen och statsstyrningens former samt på vilket sätt staten, som den i sista hand ansvariga aktören för tryggandet av de grundläggande rättigheterna, ombesörjer förutsättningarna för att ordna social- och hälsovård och styrningen avgörande för bedömningen av grundlagsenligheten.

I andra områdesindelningar än i modellen med fem självstyrande områden är det svårt eller omöjligt att ge områdena egen beskattningsrätt utan merkostnader och utjämningssystem som gör systemet mer invecklat. Om antalet självstyrande områden är flera än 5, kan egen beskattningsrätt för områdena inte utgöra någon särskilt betydande finansieringskälla. När staten är huvudsaklig finansiär kan staten också se till att de självstyrande områdena har förutsättningar att ombesörja att de grundläggande rättigheterna tillgodoses.

Utvärderingen av områdesindelningen påverkas också av den demokratiprincip som fastställs i 2 § i grundlagen. Principen inkluderar individens rätt att ta del i och påverka samhällets och livsmiljöns utveckling. Demokratiprincipen omfattar invånarnas möjlighet att välja en representant till de organ som utses genom val samt individens rätt att ta del i och påverka samhällets och livsmiljöns utveckling. I grundlagsdiskussionen har det även föreslagits att områdena borde ha en gemensam identitet, som skulle ha anknytning till invånarnas behov att delta och påverka. Det finns dock inte något tydligt krav på en identitetsaspekt i grundlagen.

Enligt en författningsrättslig bedömning skulle de självstyrande områdena vara vidsträckta i en modell med 5 självstyrande områden. För att trygga deltagande och att områdets olika delar blir representerade vore det nödvändigt att inrätta valkretsar inom områdena. En intern indelning i valkretsar kunde minska områdets tydlighet. Denna risk har också konstaterats när områdesindelningen granskats i beredningsgruppen.

Deltaganderättigheterna tillgodoses bäst i modeller med 12 eller flera självstyrande områden: 13 självstyrande områden skulle sammanfalla med den nuvarande valkretsindelningen och 12–18 självstyrande områden motsvarar grundlagens bestämmelse om valkretsindelningen (se grundlagsutskottets betänkande GrUB 4/2015 rd och grunderna för valkretsindelningen och utvecklandet av den).

Vid inrättandet av självstyrande områden ska man även beakta strävan efter sinsemellan förenliga områden som fastställs i 122 § 1 mom. i grundlagen. Grundlagsutskottet har fäst vikt vid att det exempelvis i de nuvarande valdistrikten för riksdagsvalet finns flera olika indelningar i förvaltningsområden, som avviker från indelningen i valdistrikt, och anser att det är befogat att

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

utvärdera hur väl indelningen i valdistrikt passar ihop med den övriga områdesindelningen (GrUB 1/2013 rd, s. 2/I).

Ser man till förenliga områdesindelningar skulle landskapsindelningen som grund för bildandet av självstyrande områden innebära att man tillämpar den grund som för närvarande används i störst utsträckning i lagstiftningen.

Grundlagens 122 § förutsätter också att de språkliga rättigheterna beaktas när det föreskrivs om områdesindelningen av förvaltningen. Enligt 122 § ska man när förvaltningen organiseras eftersträva en indelning i sinsemellan förenliga områden så att den finsk- och svenskspråkiga befolkningens möjligheter att erhålla tjänster på det egna språket tillgodoses enligt lika grunder.

Syftet med 122 § i grundlagen är inte i första hand att trygga inrättandet av enspråkiga enheter eller områden med en svenskspråkig majoritet, utan framför allt att trygga service på både finska och svenska. Grundlagen kan således inte direkt tolkas som att man på språkliga grunder bör genomföra en viss områdesindelning. För att säkerställa service på svenska och rättigheter för svenskspråkiga att delta och reella möjligheter att tillgodose dessa rättigheter förutsätts funktionella och beslutsarrangemang inom de självstyrande områdena i nästan alla områdesindelningsmodeller.

Då social- och hälsovårdstjänster ordnas inom ramen för 15 områden går det att lösa de grundlagsproblem som eventuellt hänför sig till självstyrande områden som blir för små eller som har svagare bärkraft då det gäller lagstiftarens skyldigheter i anslutning till ordnandet av social- och hälsovårdstjänster som tillgodoser de grundläggande rättigheterna. Så är fallet särskilt om de självstyrande områden som har minst folkmängd och som bedöms ha sämst resurser att ordna social- och hälsovårdstjänster genom lag åläggs att ordna social- och hälsovård tillsammans med ett annat område. Denna lösning försämrar dock förvaltningens tydlighet, vilket kan vara problematiskt med tanke på en ändamålsenligt ordnad förvaltning. För att trygga lika tillgång till tjänster vore det motiverat att förslagen till beslut om att ordna social- och hälsovård läggs fram för social- och hälsovårdsministeriet inom ramen för 15 områden.

Lagbaserad skyldighet för 3 självstyrande områden att ordna social- och hälsovård tillsammans med ett annat område väcker frågan om invånarna i dessa självstyrande områden har lika rättigheter att delta. När beredningen fortsätter måste det tryggas genom lag att man på likvärdiga grunder kommit överens om rättigheter att delta för invånarna i de självstyrande områden som är ålagda att samarbeta vid ordnandet av social- och hälsovård. Detta kan skötas genom att man i tillämpliga delar använder de modeller som för närvarande ska utnyttjas i samarbetet mellan kommunerna. I regeringens riktlinjer förutsätts att man avtalar om att ordna social- och hälsovård tillsammans och att bägge de självstyrande områdena har godkänt avtalet. Genom lagen om självstyrande områden kan också föreskrivas om möjlighet att inrätta gemensamma samarbetsorgan, där de olika självstyrande områdena har representanter så att rösträtten är i balans i förhållande till folkmängden och att också proportionell politisk representation förverkligas. De självstyrande områdena ska också besluta tillsammans om föreslaget till beslut om att ordna social- och hälsovård, men oenighet ska inte hindra statsrådet från att fatta beslut om att ordna social- och hälsovård. Det är nödvändigt att formulera bestämmelserna om finansiering så att även de garanterar rätt att delta för invånarna i alla självstyrande områden som åläggs att samarbete så att det självstyrande områdets demokratiskt valda högsta beslutande organ, fullmäktige, har genuina befogenheter att besluta om förvaltningen och ekonomin.

Sektorsövergripande självstyrande områden

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO

Det vore motiverat att genast från början inrätta de självstyrande områdena så att de är sektorsövergripande. Det vore ändamålsenligt att eftersträva en arbetsfördelning där kommunen, det självstyrande området och staten har ekonomiskt motiverade och juridiskt klart definierade uppgifter. Det vore motiverat att kommunen är en övergripande aktör för lokal demokrati och livskraftsuppgifter. För det självstyrande området lämpar sig **uppgifter i anslutning till regional utveckling och främjande av livskraft samt andra uppgifter som innefattar självständig prövningsrätt och således hör till området för demokratisk styrning och beslutsfattande**, och som det ur ekonomisk synvinkel är förnuftigt att sköta i ett område som är större än en kommun. **För det självstyrande området lämpar sig dessutom uppgifter som lagen även för närvarande stipulerar att ska skötas i områden som är större än en kommun i lagstadgat samarbete mellan kommuner.** Att samla dessa uppgifter till de självstyrande områdena under ett beslutsorgan som väljs genom direkta val skulle stärka demokratin och rättigheterna att delta enligt 14 § i grundlagen samt göra förvaltningen tydligare och genomskådligare. Samtidigt öppnar sig möjligheter att upplösa samkommuner och olika överlappande strukturer, vilket också skulle medföra betydande besparingar. Tillsammans med riktlinjerna om att överföra ansvaret för att ordna social- och hälsovård ger regionförvaltningslösningen möjlighet att lösa upp flera tiotals samkommuner och andra lagstadgade samarbetsstrukturer (landskapsförbund, sjukvårdsdistrikt, räddningsområden, eventuellt miljö- och hälsoskyddets samarbetsstrukturer) och samla ansvaret för att ordna social- och hälsovård från de nuvarande knappt 150 anordnarna till 15 områdeshelheter för vilka 18 självstyrande områden ansvarar.

Då det gäller regionförvaltningens uppgifter finns det klart mindre vägande grunder som följer av grundrättssystemet än i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna, som tillgodoser rättigheter enligt 19 § i grundlagen, att förplikta de självstyrande områdena genom statsstyrning, så **det vore ändamålsenligt att ge de självstyrande områdena uppgifter som inbegriper omfattande egen prövningsrätt**. Likaså borde lagstiftning som anvisar de självstyrande områdena regionförvaltningsuppgifter **med avseende på grundlagens principer ge de självstyrande område så omfattande beslutanderätt som möjligt och egen prövningsrätt**, som ingår i områdets invånares demokratiska beslutanderätt enligt 121 § 4 mom. i grundlagen.

VIRKATYÖNÄ TEHTY TAUSTA-AINEISTO