

INNEHÅLL

MOTIVERING	4
2 NULÄGE OCH BEDÖMNING AV NULÄGET	4
2.1 Grundläggande fri- och rättigheter	4
2.1.1 Allmänt.....	4
2.1.2 Social- och hälsovårdstjänster.....	5
2.1.3 Räddningsväsendets tjänster	7
2.1.4 Språkliga rättigheter	7
2.2 Kommunal och regional självstyrelse.....	9
2.2.1 Internationella överenskommelser	9
2.2.2 Kommunal självstyrelse	9
2.2.3 Självstyrelse på större områden än kommuner	10
2.2.4 Övriga självstyrelsesystem.....	10
2.3 Valsystemet samt medborgarnas möjligheter att delta och påverka	12
2.3.1 Val och vallagen.....	12
2.3.2 Möjligheter att delta och påverka.....	13
2.4 Social- och hälsovård.....	15
2.4.1 Främjande av välfärd, hälsa och säkerhet	15
2.4.2 Ansvaret för att ordna socialvård samt servicesystemet	19
2.4.2.1 Det allmänna ansvaret för att ordna socialvård	19
2.4.2.2 Ansvaret för att ordna specialomsorger om personer med utvecklingsstörning ..	22
2.4.3 Ansvaret för att ordna hälso- och sjukvård samt servicesystemet.....	24
2.4.3.1 Primärvård.....	24
2.4.3.2 Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten	25
2.4.3.3 Specialupptagningsområden	27
2.4.3.4 Centralisering av hälso- och sjukvården	28
2.4.4 Social- och hälsovården på Åland.....	30
2.4.5 Produktionen av social- och hälsovårdstjänster samt köpta tjänster	31
2.4.6 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer	32
2.4.7 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet.....	34
2.4.8 Beredskap och förberedelser	34
2.4.9 Samordning av tjänster.....	35
2.4.9.1 Integration av ordnandet och kundorienterad integration	36
2.4.9.2 Tjänster för barn, unga och familjer.....	37
2.4.9.3 Tjänster för äldre	39
2.4.9.4 Mentalvårdsarbete och missbrukarvård	40
2.4.9.5 Prehospital akutsjukvård	41
2.4.10 Social- och hälsovårdsutgifter	41
2.5 Räddningsväsendet	42
2.5.1 Ansvaret för organiseringen av räddningsväsendet.....	42
2.5.2 Utbildning och forskningsverksamhet	43

2.5.3 Beredskap och förberedelser	43
2.5.4 Utgifterna för räddningsväsendet	44
2.6 Förvaltningsstruktur och områdesindelning	44
2.6.1 Kommunstrukturen	44
2.6.2 Övriga områdesindelningar	46
2.7 Ordnanande av kommunernas förvaltning och ekonomi	48
2.7.1 Kommunernas förvaltning	48
2.7.2 Kommunernas samarbetsformer	53
2.7.3 Kommunens ekonomi	58
2.7.4 Granskning av förvaltning och ekonomi	60
2.8 Finansiering av kommunal verksamhet	62
2.8.1 Allmänt om finansieringen av kommunal verksamhet	62
2.8.2 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna.....	69
2.9 Skattesystemet	71
2.9.1 Kommunernas beskattningsrätt	72
2.9.2 Kommunernas andel av intäkterna från samfundsskatten	72
2.9.3 Beskattningen av förvärvsinkomster	74
2.9.4 Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen	78
2.9.5 Fördelning av beskattningskostnaderna	79
2.9.6 Överlåtelsebeskattning	80
2.9.7 Mervärdesbeskattning	80
2.9.8 Skattesystemet på Åland	83
2.10 Tillsyn	83
2.10.1 Regionförvaltningsverken	83
2.10.2 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården	84
2.10.3 Valviras och regionförvaltningsverkens arbetsfördelning och befogenheter vid styrning och tillsyn	85
2.10.4 Metoder och påföljder inom tillsynen	85
2.11 Styrning	86
2.11.1 Nationell styrning av social- och hälsovården	86
2.11.2 Nationell och regional styrning av räddningsväsendet	87
2.11.3 Övergripande styrning av de offentliga finanserna	87
2.11.4 Statens och kommunernas samrådsförfarande	88
2.12 Informationsförvaltning och IKT-verksamhet	89
2.12.1 Produktionsstrukturerna inom informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna.....	89
2.12.2 Kostnaderna för IKT-verksamheten.....	90
2.12.3 Beredskapen inom IKT-verksamheten inför störningar och exceptionella situationer	91
2.13 Egendom	91
2.13.1 Kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården.....	91
2.13.2 Kommunsektorns lånebestånd	94
2.13.3 Kommunsektorns avtal.....	95
2.13.4 Samkommuner för social- och hälsovård.....	96
2.13.5 Kommunsektorns egendom i anslutning till räddningsväsendet	98
2.14 Personal.....	99

2.14.1	Antal anställda och personalstruktur.....	99
2.14.2	Lagstiftning som tillämpas på personalen.....	101
2.14.3	Pensioner.....	101
2.14.4	Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar.....	102
2.14.5	Överlåtelse av rörelse.....	103
2.14.6	Tjänste- och arbetskollektivavtal som tillämpas på personalen.....	103
2.14.7	Intressebevakning för arbetsgivare.....	104
2.15	Allmänna bestämmelser om förvaltningen.....	105
2.16	Bedömning av nuläget.....	106
2.16.1	Regional självstyrelse.....	106
2.16.2	Social- och hälsovårdssystemet.....	106
2.16.2.1	Främjande av välfärd, hälsa och säkerhet.....	107
2.16.2.2	Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet.....	109
2.16.2.3	Tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet.....	111
2.16.2.4	Samordning av tjänster.....	112
2.16.2.5	Tjänster för olika befolkningsgrupper.....	115
2.16.3	Situationen för befolkningens välfärd, hälsa och säkerhet.....	119
2.16.4	Ojämlighet i fråga om välfärd, hälsa och säkerhet.....	120
2.16.5	Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer.....	122
2.16.6	Undervisnings- och forskningsverksamhet.....	123
2.16.7	Beredskap och förberedelse.....	124
2.16.8	Köpta tjänster inom social- och hälsovården.....	124
2.16.9	Utgiftsutvecklingen inom basservicen.....	127
2.16.10	Skattesystemet.....	128
2.16.11	Kommunernas skatteinkomster.....	128
2.16.12	Mervärdesbeskattning.....	129
2.16.13	Statsandelssystemet för kommunal basservice.....	129
2.16.14	Informationsförvaltning och IKT-tjänster.....	132
2.16.15	Kunskapsbaserad ledning.....	133
2.16.16	Egendom.....	134
2.16.17	Upphandling.....	135
2.16.18	Organisering av stödtjänster.....	136
2.16.19	Personal.....	136
2.16.20	Intressebevakning för arbetsgivare.....	138
2.16.21	Tillsyn.....	138
2.16.22	Styrning.....	140
2.16.22.1	Genomförande av styrning av social- och hälsovården.....	140
2.16.22.2	Genomförande av styrning av främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet.....	140
2.16.22.3	Genomförande av styrning av räddningsväsendet.....	140
2.16.22.4	Genomförande av styrning av de offentliga finanserna.....	141

MOTIVERING

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Grundläggande fri- och rättigheter

2.1.1 Allmänt

Enligt 1 § 2 mom. i grundlagen ska konstitutionen trygga människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främja rättvisa i samhället. Bestämmelsen kan anses utgöra utgångspunkten för bedömningen av det allmännas skyldigheter att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna.

Bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna ingår i 2 kap. i grundlagen. Tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna påverkas av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden, vilka förändrar och omformar tolkningen och tillämpningen av bestämmelserna i det kapitlet.

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

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

Förbudet mot diskriminering gäller också åtgärder som indirekt leder till ett diskriminerande resultat. Förekomsten av diskriminering bedöms till denna del mot de faktiska konsekvenserna av ett förfarande. För att faktisk jämlikhet ska kunna genomföras kan det dock förutsättas att man avviker från den formella jämlikheten inom gränserna för godtagbara syften och proportionalitetsprincipen.

Kravet på likabehandling är inte ett hinder för s.k. positiv särbehandling. Att behandla olika människogrupper olika sinsemellan ska dock ha en samhällspolitiskt godtagbar orsak. Enligt 6 § 2 mom. i grundlagen är det förbjudet att gynna eller ge företräde åt någon person eller grupp, om det samtidigt innebär att någon annan diskrimineras (RP 309/1993 rd, s. 47–48).

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

2.1.2 Social- och hälsovårdstjänster

Allmänt

I 19 § 1 mom. i grundlagen tryggas rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Den omsorg som avses i bestämmelsen gäller social- och hälsovårdstjänster. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen kompletteras av bestämmelser i allmän lagstiftning och speciallagstiftning om social- och hälsovård, såsom de bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna tjänster inom social- och hälsovården som finns i socialvårdslagen (1301/2014), lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), nedan handikappservice lagen, hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016), barnskyddslagen (417/2007) och flera andra speciallagar.

När det bedöms om tjänsterna är tillräckliga är utgångspunkten en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. Med tillräckliga tjänster avses inte enbart skydd i sista hand. Socialvårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet måste bedömas också med tanke på hela systemet för de grundläggande fri- och rättigheterna, t.ex. ur jämlikhetsperspektiv och med tanke på förbudet mot diskriminering (RP 309/1993 rd).

Den skyldighet som i 19 § 3 mom. i grundlagen ålagts det allmänna att främja befolkningens hälsa förutsätter av det allmänna dels förebyggande verksamhet i fråga om social- och hälsovården, dels utvecklande av samhällsförhållandena inom olika sektorer i en riktning som allmänt främjar befolkningens hälsa.

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

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

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016) trädde i kraft internationellt 2008. Finlands riksdag godkände konventionen och dess fakultativa protokoll i mars 2015. Finland ratificerade konventionen och dess fakultativa protokoll den 11

maj 2016, och de trädde i kraft i Finland den 10 juni 2016. I enlighet med artikel 33 i konventionen har det därefter för frågor som gäller det nationella genomförandet av konventionen samt övervakning av det i Finland inrättats kontaktpunkter (utrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet), en statlig samordningsmekanism (delegationen för rättigheter för personer med funktionsnedsättning) och en oberoende mekanism (riksdagens justitieombudsman, Människorättscentret och människorättsdelegationen). Finland rapporterade första gången 2018 om genomförandet av konventionen till kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som övervakar genomförandet. Även EU har anslutit sig till konventionen.

Syftet med konventionen är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning. För att förverkliga detta har konventionsstaterna bl.a. åtagit sig att vidta alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa och andra åtgärder för att uppfylla de rättigheter som erkänns i konventionen och att vidta alla ändamålsenliga åtgärder, inklusive lagstiftning, för att ändra eller avskaffa gällande lagar, bestämmelser, sedvänjor och bruk som är diskriminerande mot personer med funktionsnedsättning.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har 50 artiklar och dess fakultativa protokoll 18 artiklar. I artiklarna 1–9 finns bestämmelser om konventionens syfte, allmänna principer och åtaganden, jämlikhet och icke-diskriminering, kvinnor och barn med funktionsnedsättning, bättre kunskaper om situationen för personer med funktionsnedsättning och tillgänglighet samt definitioner av begrepp i konventionen. Dessa artiklar ska beaktas genomgående vid tillämpningen av alla övriga artiklar. De övriga artiklarna innehåller närmare bestämmelser om nationella åtgärder som konventionen förutsätter samt bestämmelser om internationellt samarbete, ett nationellt övervakningssystem och ett internationellt system för övervakning av konventionen samt konventionsstatskonferensen.

Syftet med konventionen är att i så stor utsträckning som möjligt täcka begreppet funktionsnedsättning och att beakta eventuella förändringar i samhället. Avsikten är inte att utesluta någon form av funktionsnedsättning från konventionens tillämpningsområde. Utgångspunkten för hur en funktionsnedsättning beskrivs ska vara personens förhållande till det omgivande samhället och inte en definition som baserar sig på en medicinsk diagnos. I artikel 1 andra stycket i konventionen anges det att personer med funktionsnedsättning bl.a. innefattar personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Ledande principer i konventionen är delaktighet, förbud mot diskriminering och tillgänglighet. Artikel 4 betonar att personer med funktionsnedsättning och de organisationer som företräder dem ska involveras och kunna delta i allt beslutsfattande som gäller dem själva. Artikel 5 gäller icke-diskriminering och är viktig för genomförandet av bestämmelserna i konventionen, särskilt när det gäller skälig anpassning och andra positiva särskilda åtgärder. Särskilda åtgärder som är nödvändiga för att uppnå faktisk jämlikhet för personer med funktionsnedsättning ska inte betraktas som diskriminering eller diskriminerande.

Artikel 19 i konventionen (rätt att leva självständigt och att delta i samhället) betonar självbestämmanderätt, valfrihet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning samt betydelsen av tillräcklig service, i synnerhet personlig assistans, för att rättigheterna ska kunna tillgodoses. Andra artiklar som gäller socialvård och service med anledning av funktionshinder är bl.a. artikel 12 (likhet inför lagen), artikel 20 (personlig rörlighet), artikel 24 (utbildning), artikel 26 (habilitering och rehabilitering), artikel 27 (arbete och sysselsättning) och artikel 28 (tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet).

Genomförandet av konventionen övervakas internationellt. Övervakningen via rapportering kompletteras genom ett fakultativt protokoll genom vilket enskilda personer eller grupper av personer kan anföra klagomål till kommittén för personer med funktionsnedsättning om de anser att deras rättigheter enligt konventionen har kränkts.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anger de utgångspunkter för handikappolitiken som är godkända inom det internationella samfundet och erbjuder olika aktörer en gemensam värdegrund och begreppsapparat. Samtidigt slår den också fast de kriterier mot vilka de finländska tjänsterna för personer med funktionsnedsättning bedöms nationellt och internationellt. Konventionen anger vid sidan av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna utgångspunkter särskilt för reformen av den lagstiftning som gäller funktionshinderservice.

2.1.3 Räddningsväsendets tjänster

Med tanke på den skyldighet att trygga de grundläggande fri- och rättigheterna som ingår i 22 § i grundlagen är räddningsväsendets tjänster av stor betydelse. Med de befogenheter som ges räddningsmyndigheterna i synnerhet i räddningslagen (379/2011) strävar man efter att direkt trygga tillgodoseendet av vissa grundläggande fri- och rättigheter, men i vidare bemärkelse också att indirekt skapa förutsättningar för tillgodoseendet även av andra grundläggande fri- och rättigheter. Det som särskilt framhävs är tryggheten av de skyddsintressen som regleras i 7, 15 och 20 § i grundlagen, dvs. rätten till liv, egendomsskyddet och rätten till en sund miljö.

Genom att säkerställa de tillräckliga resurser som behövs för räddningsväsendets tjänster kan man garantera att tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheter som anges i grundlagen kan tryggas på ett sådant sätt att en grundläggande fri- eller rättighet inte förlorar sin betydelse till följd av att skyldigheten enligt 22 § i grundlagen försummas.

2.1.4 Språkliga rättigheter

De språkliga rättigheterna grundar sig på sådana bestämmelser i lag eller förordning som gäller rätten att använda ett visst språk eller vissa språk. De språkliga rättigheterna är individuella rättigheter. Myndigheterna, såsom kommunerna och andra aktörer som sköter offentliga uppgifter, har en skyldighet att betjäna klienterna och patienterna på deras språk på det sätt som föreskrivs i lag. Enligt 17 § i grundlagen är finska och svenska nationalspråken i vårt land. Dessutom ingår det i grundlagen bestämmelser om de språkliga rättigheterna för samerna, romerna och de teckenspråkiga samt personer som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- eller översättningshjälp. Enligt 17 § 2 mom. i grundlagen ska det allmänna tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. I 6 § i den lagen föreskrivs det att alla är lika inför lagen. Enligt paragrafens 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av bl.a. språk. Båda bestämmelserna ger uttryck för lagstiftarens strävan efter att säkerställa faktisk jämlikhet mellan nationalspråken.

De språkliga rättigheterna hänför sig också till säkerställandet av god förvaltning. Enligt 21 § i grundlagen har var och en rätt till god förvaltning, om vilken det ska föreskrivas närmare genom lag. Enligt språklagen (423/2003) förutsätts det av statliga myndigheter och av myndigheterna i tvåspråkiga kommuner att förvaltningen fungerar och service tillhandahålls såväl på finska som på svenska. I fråga om dessa myndigheter kan grundlagen anses kräva att förvaltningen ska vara av lika god kvalitet och i praktiken lika tillgänglig för den finskspråkiga och den svenskspråkiga befolkningen på lika grunder.

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

Språklagen innehåller detaljerade bestämmelser om rätten att använda finska och svenska. Den tillämpas inom statliga och kommunala myndigheter och inom självständiga offentlighetsrättsliga inrättningar. Lagen gäller också statliga affärsverk, statliga och kommunala bolag samt enskilda personer när de sköter offentliga förvaltningsuppgifter. I anslutning till detta innehåller även lagen om de språkkunskaper som krävs av offentligt anställda (424/2003) bestämmelser om de språkkunskaper som krävs av de anställda vid myndigheter och om hur språkkunskaperna ska visas.

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

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

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

Enligt 17 § 3 mom. i grundlagen ska rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av funktionsnedsättning behöver tolknings- och översättningshjälp tryggas genom lag. Närmare bestämmelser om denna rätt ingår i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010). Dessutom medför teckenspråklagen (359/2015) en allmän skyldighet för myndigheterna att i sin verksamhet främja möjligheterna för dem som använder teckenspråk att använda och få information på sitt eget språk.

Enligt Statistikcentralen bodde det 4 835 778 finskspråkiga och 288 400 svenskspråkiga i Finland i slutet av 2018. Antalet samiskspråkiga som är bosatta i Finland (samiska har angetts som barnets modersmål) var 1 995 i slutet av 2018. Finländskt teckenspråk, dvs. finskt och finlands-svenskt teckenspråk, används enligt en uppskattning av Finlands Dövas Förbund av 4 000–5 000 döva eller hörselskadade och 6 000–9 000 hörande.

Både i den socialvårdslag som stiftades 1982 (710/1982) och i hälso- och sjukvårdslagen ingår bestämmelser om en kommuns eller samkommuns skyldighet att dessutom se till att nordiska

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

Andra språk, som ryska och estniska, omfattas av bestämmelserna i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan patientlagen, och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), nedan klientlagen, enligt vilka patientens och klientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han eller hon företräder i den mån det är möjligt ska beaktas i vården och bemötandet.

2.2 Kommunal och regional självstyrelse

2.2.1 Internationella överenskommelser

Finland har ratificerat Europarådets stadga om lokal självstyrelse (FördrS 66/1991), som anger de centrala särdragen i den lokala självstyrelsen. Enligt stadgan avses med lokal självstyrelse de lokala myndigheternas rätt och möjlighet att inom lagens gränser reglera och sköta en väsentlig del av de offentliga angelägenheterna på eget ansvar och i den lokala befolkningens intresse. Stadgan innehåller, förutom en definition av begreppet lokal självstyrelse, bestämmelser om den lokala självstyrelsens omfattning, skyddet av den lokala självstyrelseindelningen, villkor under vilka uppgifter utövas på lokal nivå, administrativ tillsyn över de lokala myndigheternas verksamhet, de lokala myndigheternas ekonomiska resurser och rätt att bilda sammanlutningar samt rättsskydd för den lokala självstyrelsen.

Stadgans principer för den lokala självstyrelsen gäller alla kategorier av lokala myndigheter inom partens territorium. Stadgan gör det möjligt för parterna att välja att stanna utanför vissa av bestämmelserna. Syftet med detta är att trygga en balans mellan principerna för självstyrelse och parternas nationella lagstiftning.

Stadgan trädde i kraft internationellt den 1 september 1988. Finland ratificerade stadgan 1991 och tilläggsprotokollet till den 2012. Stadgan trädde för Finlands del i kraft den 1 oktober 1991. Finland har inte gjort någon klar avgränsning om tillämpning av stadgan endast i fråga om kommunal självstyrelse som avses i 121 § i grundlagen.

2.2.2 Kommunal självstyrelse

Bestämmelser om grunderna för kommunal självstyrelse ingår i 121 § i grundlagen. Enligt paragrafen är de viktigaste elementen inom självstyrelsen för kommunens invånare följande:

- kommunens förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare
- bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning utfärdas genom lag
- bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag, och kommunerna kan inte åläggas uppgifter genom bestämmelser på lägre nivå än lag
- kommunerna har beskattningsrätt.

Enligt grundlagsutskottets etablerade tolkningspraxis hör till de viktigaste särdragen hos den kommunala självstyrelsen också kommunens rätt att utifrån sitt eget beslut åta sig även andra än enbart lagstadgade uppgifter och kravet på att det när kommunerna åläggs lagstadgade uppgifter samtidigt ska säkerställas en tillräcklig finansiering (finansieringsprincipen).

2.2.3 Självstyrelse på större områden än kommuner

Bestämmelser om självstyrelse på större områden än kommuner finns i 121 § 4 mom. i grundlagen. Enligt momentet föreskrivs om sådan självstyrelse genom lag. Bestämmelsen är allmänt utformad och motiveringen till den knapphändig. I motiveringen nämns att det enligt bestämmelsen är "möjligt att i enlighet med självstyrelseprinciperna inrätta större förvaltningsområden än kommunerna, t.ex. landskap" (RP 1/1998, s. 176). Grundlagen förutsätter att bestämmelser om sådana förvaltningsområden utfärdas genom lag, och regional självstyrelse kan således inte grunda sig på avtal mellan kommuner. Garantierna för regional självstyrelse är därför inte lika starka som för kommunal självstyrelse. I Finland finns inte en enda sådan självstyrande enhet på ett större förvaltningsområde än en kommun.

Grundlagsutskottet drog under förra valperioden i sina utlåtanden (GrUU 26/2017 rd och GrUU 65/2018 rd) upp riktlinjer för den självstyrelse på större områden än kommuner som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen. Utskottet ansåg att det av bestämmelsen eller dess förarbeten inte kan utläsas likadana krav som för kommunal självstyrelse. Enligt utskottet är demokrati ett viktigt grundelement för självstyrelsen, dvs. att beslutsfattandet grundar sig på den centrala ställningen för de högsta organ som har tillsatts genom val. Dessutom ska bestämmelser om landskapets uppgifter utfärdas genom lag, och med tanke på tryggheten av de grundläggande fri- och rättigheterna ska landskapen anvisas tillräcklig finansiering för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Det förutsattes inga bestämmelser om allmän kompetens eller beskattningsrätt för landskapen, även om utskottet ansåg att dessa stärker landskapens självstyrelse.

2.2.4 Övriga självstyrelsesystem

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

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

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

att lagen innehåller en detaljerad förteckning över de ärenden i vilka landskapet har behörighet. Dessutom innehåller lagen detaljerade bestämmelser om de ärenden i vilka riket har lagstiftningsbehörighet. Finlands regering företräds i landskapet av landshövdingen.

Enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har samerna inom sitt hembygdsområde språklig och kulturell autonomi enligt vad som bestäms i lag. Enligt sametingslagen (974/1995) ska samerna såsom ett urfolk, enligt vad som föreskrivs närmare i lag, tillförsäkras kulturell autonomi inom sitt hembygdsområde i ärenden som angår deras språk och kultur. För skötseln av ärenden som hör till den kulturella autonomin ska samerna genom val som förrättas bland dem välja ett sameting. Sametinget har 21 ledamöter och fyra ersättare som utses genom val till sameting för fyra kalenderår i sänder. Enligt lagen är sametingets uppgift att sköta ärenden som angår samernas språk och kultur samt deras ställning som urfolk. I ärenden som hör till sametinget kan det hos myndigheter väcka initiativ och göra framställningar samt avge utlåtanden. Sametinget ska i de ärenden som hör till det företräda samerna i nationella och internationella sammanhang. Dessutom innehåller lagen bestämmelser om sametingets organ och verksamhet.

Enligt 123 § 1 mom. i grundlagen har universiteten självstyre enligt vad som närmare bestäms genom lag. Enligt universitetslagen (558/2009) har universiteten självstyrelse genom vilken forskningens, konstens och den högsta undervisningens frihet tryggas. Självstyrelsen ska innefatta rätten att fatta beslut i ärenden som gäller den interna förvaltningen. Enligt lagen har universiteten till uppgift att främja den fria forskningen och den vetenskapliga och konstnärliga bildningen, att ge på forskning grundad högsta undervisning och att fostra de studerande till att tjäna fosterlandet och mänskligheten. Till universitetssamfundet hör universitetets undervisnings- och forskningspersonal, övriga personal och studerande. Universiteten är antingen offentlighetsrättsliga universitet, vilka är tolv till antalet, eller stiftelseuniversitet, vilka är två till antalet. De offentlighetsrättsliga universiteten är självständiga juridiska personer. På stiftelseuniversitetet tillämpas utöver universitetslagen även stiftelselagen (487/2015).

Enligt lagen om ett förvaltningsförsök i Kajanaland (343/2003) fungerar landskapet Kajanaland i uppgifter som avses i den lagen som ett offentlighetsrättsligt samfund baserat på invånarnas självstyrelse. Lagen är i kraft till utgången av 2016. Landskapet Kajanaland är en s.k. tvångssamkommun, på vilken bestämmelserna om samkommuner i kommunallagen (410/2015) tillämpas. Landskapet sköter landskapets planering, regionutvecklingen, hälso- och sjukvården, socialvården och utbildningen samt finansieringen av dessa uppgifter i den mån de hör till landskapets ansvarsområde enligt lagen. Landskapet sköter också landskapets allmänna näringspolitik, främjar samarbete med de för landskapets utveckling viktigaste offentlig- och privaträttsliga sammanslutningarna och stiftelserna och bevakar landskapets intressen. Landskapet kan även avge utlåtanden och lägga fram förslag för myndigheterna. Dessutom innehåller lagen vissa specialbestämmelser som preciserar landskapets uppgifter i anslutning till fonder, utbildningsuppgifter och uppgifter inom social- och hälsovården. Landskapets beslutanderätt utövas av landskapsfullmäktige som invånarna i landskapet väljer för fyra kalenderår i sänder genom landskapsval. På valen tillämpas bestämmelserna om kommunalval i kommunallagen och vallagen (714/1998). Dessutom innehåller lagen bestämmelser om annan förvaltning i landskapet.

Förvaltningsförsöket i Kajanaland avslutades i praktiken vid utgången av 2012 eftersom kommunerna i området inte kunde enas om en fortsättning på försöket. Största delen av social- och hälsovårdstjänsterna i kommunerna i Kajanaland ordnas för närvarande av en samkommun för social- och hälsovården i Kajanaland på ett sätt som integrerar tjänsterna på basnivå och specialiserad nivå.

2.3 Valsystemet samt medborgarnas möjligheter att delta och påverka

2.3.1 Val och vallagen

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

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

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

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

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

manräknade antalet invånare inom försöksområdet, och försöksområdet utgjorde en enda valkrets i landskapsvalet. I ett sådant valsysteem kunde det hända att en eller flera kommuner inom försöksområdet blev utan representant i landskapsfullmäktige. Denna risk minskade något i och med att antalet ledamöter i enlighet med den föreslagna bestämmelsen ökade från 39 till 59. Men risken kvarstod trots allt. Distansen till landskapsförvaltningen blir enligt utskottet än mer betänkelig, om ingen kandidat väljs in i landskapsfullmäktige från en kommun eller om invånarna i en viss kommun kan få en avgjort bättre position än invånarna i de övriga kommunerna tack vare valsystemet. Till följd av ändringen i valsystemet kunde landskapsförvaltningen i Kajaland tydligare än förr anses bygga på självstyrelse för landskapsinvånarna, inte för kommuninvånarna inom försöksområdet.

2.3.2 Möjligheter att delta och påverka

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

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

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

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

Rätten för kommuninvånarna och de som utnyttjar kommunens tjänster att delta och påverka kommunens verksamhet betonas i 22 § i kommunallagen. Paragrafen innehåller en förteckning

med exempel på sådana mångsidiga, effektiva och användarorienterade sätt att delta som kommunen och fullmäktige kan utnyttja för att sörja för möjligheterna att delta.

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

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

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

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

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

Under åren 1990–2019 har kommunerna ordnat sammanlagt 63 folkomröstningar, varav 56 har gällt kommunsammanslagningar. I många fall har valdeltagandet varit högre än i kommunalval. Brevröstning har varit det populäraste röstningssättet.

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

I 29 § i kommunallagen finns det bestämmelser om kommunikation. Kommunen ska informera kommuninvånarna, de som utnyttjar kommunens tjänster, organisationer och andra sammanlutningar om kommunens verksamhet. Kommunens skyldighet att informera gäller kommunens hela verksamhet, dvs. inte bara kommunens och kommunkoncernens verksamhet utan även samarbetet mellan kommunerna och ordnandet av tjänster som köpta tjänster. Information ska ges bl.a. om de tjänster som kommunen ordnar och om ärenden som bereds i kommunen. I fråga om beredningen av ärenden som behandlas av organen ska kommunen dessutom se till att de uppgifter som behövs med tanke på den allmänna tillgången till information läggs ut på det allmänna datanätet när föredragningslistan är färdig.

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

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

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

2.4 Social- och hälsovård

2.4.1 Främjande av välfärd, hälsa och säkerhet

Bestämmelser om tryggnad av befolkningens välfärd ingår i 19 § i grundlagen. Enligt den paragrafen ska det allmänna 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.

De uppgifter som ingår i främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet har definierats på olika sätt. Generellt kan de beskrivas på följande sätt: Främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet är verksamhet som är inriktad på individen, familjerna, samhällsgrupperna, befolkningen, levnadsförhållandena och livsmiljön samt ordnandet av service och med vars hjälp befolkningens hälsa, välfärd och säkerhet förbättras och skillnaderna mellan befolkningsgrupperna minskas. Sjukdomar, olyckor, marginalisering och andra sociala och hälsomässiga problem förebyggs, arbets-

studie- och funktionsförmågan förbättras och sammanhållningen, delaktigheten och säkerheten stärks.

I kommunerna utförs arbete som främjar välfärd, hälsa och säkerhet inom olika kommunala verksamheter och i samarbete med andra organisationer som är verksamma i området. Främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet kräver planmässig kanalisering av resurser till arbete som främjar hälsa och välfärd och som minskar skillnaderna i hälsa och välfärd mellan olika befolkningsgrupper.

Skyldigheten enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att främja befolkningens hälsa syftar dels på social- och hälsovårdens förebyggande verksamhet, dels på det allmännas skyldighet att utveckla förhållandena i samhället på ett sätt som främjar befolkningens hälsa. Främjandet av välfärden omfattar alla kommunala sektorer och förutsätter att kommunerna har fungerande strukturer och praxis samt bedriver tväradministrativt samarbete.

Enligt 1 § i kommunallagen ska kommunen främja sina invånares välfärd och sitt områdes livskraft samt ordna tjänsterna på ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbart sätt. Uppgiften att främja hälsa och välfärd ska också beaktas vid utarbetandet av den kommunstrategi som avses i lagens 37 §.

Hälso- och sjukvårdslagen ålägger kommuner och samkommuner att i samband med beslutsfattande och beredning av avgöranden på förhand bedöma konsekvenserna för befolkningens hälsa och välfärd. Enligt lagens 12 § ska kommunerna bevaka kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och i detta syfte utarbeta en välfärdsberättelse och bestämma indikatorer för bevakningen. Det ska också slås fast vem som ansvarar för hälsa, välfärd och säkerhet i kommunen. En samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska erbjuda sakkunskap och stöd för främjande av hälsan, funktionsförmågan och den sociala tryggheten på det regionala planet (36 §). Kommunerna inom ett sjukvårdsdistrikt ska i en plan för ordnande av hälso- och sjukvård som de tillsammans gör upp komma överens om genomförandet av hälsofrämjande verksamhet.

Förebyggande och andra insatser inom social- och hälsovårdssektorn är också centrala för den långsiktiga bekämpningen av säkerhetsrisker. Socialvården och hälso- och sjukvården är viktiga säkerhetsaktörer när det gäller att förebygga våld och olycksfall, identifiera problem på ett tidigt stadium och förebygga återfall samt när det gäller att erbjuda psykosocialt stöd och psykosocial rehabilitering. Familjevåld och våld mot kvinnor samt våldsbejakande radikaliserings och människohandel hör till de former av våld där det är viktigt med tidiga multiprofessionella insatser. Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet (FördrS 52–53/2015) trädde i kraft i Finland i augusti 2015.

Till den verksamhet inom socialvården som främjar välfärd och säkerhet hör samordning av stödåtgärder som olika aktörer tillhandahåller, rådgivning, handledning och andra tjänster med låg tröskel, strukturellt socialt arbete och skapande av förutsättningar för verksamhet som främjar den sociala välfärden och tryggheten. Dessutom ska socialväsendet bidra till att välfärdskonsekvenserna beaktas och delta i främjandet av kommuninvånarnas möjligheter att påverka. Utöver en främjande och stödjande verksamhet avses med främjande av välfärden även förebyggande och bekämpning av faktorer och fenomen som inverkar negativt på välfärden. Särskild vikt ska fästas vid bekämpning av fattigdom och marginalisering.

Kommunerna ska i enlighet med 7 § i socialvårdslagen genom strukturellt socialt arbete se till att information om social välfärd och sociala problem förmedlas och sakkunskapen inom socialvården utnyttjas för att främja välfärd och hälsa. Strukturellt socialt arbete omfattar

- 1) produktion av information som bygger på klientarbetet inom socialvården och som gäller klienternas behov och behovens samhälleliga kopplingar samt verkningarna av den socialservice och den övriga socialvård som möter behoven,
- 2) målinriktade åtgärder och åtgärdsförslag för att förebygga och rätta till sociala problem samt för att utveckla kommuninvånarnas boende- och närmiljöer,
- 3) införlivande av sakkunskapen inom socialvården i de andra kommunala sektorernas planering samt samarbete med privata serviceproducenter och organisationer genom utveckling av det lokala sociala arbetet samt det övriga utbudet av service och stöd.

Enligt 8 § 1 mom. och 9 § 1 mom. i socialvårdslagen ska de kommunala myndigheterna i samarbete ge akt på och främja välfärden hos personer som behöver särskilt stöd samt barns och unga personers välfärd och uppväxtförhållanden samt avhjälpa missförhållanden och förebygga uppkomsten av dem.

Speciallagarna innehåller mer detaljerade bestämmelser om främjandet av välfärden hos olika befolknings- och klientgrupper. Enligt 12 § i barnskyddslagen ska kommunen eller flera kommuner tillsammans göra upp en plan över kommunens eller kommunernas verksamhet för att främja barns och unga personers välfärd samt ordna och utveckla barnskyddet. Planen ska godkännas i respektive kommuns kommunfullmäktige och ses över minst vart fjärde år. Planen ska beaktas när en budget och ekonomiplan enligt kommunallagen görs upp. Enligt 6 § i handikappservice lagen ska socialnämnden och kommunens övriga myndigheter främja och följa levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning samt genom sin verksamhet sträva efter att förebygga uppkomsten av missförhållanden och undanröja de olägenheter som begränsar dessa personers möjligheter till verksamhet och engagemang. Enligt 5 § i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), nedan äldreomsorgslagen, ska varje kommun utarbeta en plan över sina åtgärder för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att ordna och utveckla den service och närstående vård som äldre personer behöver. Vid planeringen ska åtgärder som främjar boende i hemmet och rehabilitering prioriteras. Planen ska utarbetas som ett led i kommunens strategiska planering. Planen godkännas av kommunfullmäktige, och den ska ses över varje fullmäktigeperiod. Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) ska befolkningens levnadsförhållanden utvecklas så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

I lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009) anges minimikrav för ordnandet av miljö- och hälsoskydd i kommunerna. För ordnandet av miljö- och hälsoskyddet har kommuner bildat samarbetsområden för miljö- och hälsoskydd, vilka har till uppgift att verkställa livsmedelslagen (23/2006), hälsoskyddslagen (763/1994), kemikalielagen (599/2013), tobakslagen (549/2016) och konsument säkerhetslagen (920/2011) samt tillsynen enligt veterinärvårdslagen (765/2009) över olägenheter för miljö och hälsa.

Annan lagstiftning där främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet betonas är t.ex. ungdomslagen (1285/2016), alkohollagen (1102/2017), tobakslagen, lagen om organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet (523/2015), statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011), lagen om företagshälsovård (1383/2001) och lagen om ordnande av utredningar av sexual- och misshandelsbrott mot barn (1009/2008). Förundersökningslagen (805/2011) innehåller bl.a. bestämmelser om bemötande av barn vid förundersökning och förordnande av intressebevakare

för barn. Det allmänna – staten, kommunerna och andra aktörer inom den offentliga förvaltningen – har en aktiv skyldighet att respektera, trygga och främja de grundläggande och mänskliga rättigheterna samt internationella avtal som är bindande för Finland, såsom konventionen om barnets rättigheter, Lanzarotekonventionen (skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp) och Istanbulkonventionen (förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet).

Kommunernas uppgifter i fråga om främjande av välfärd, hälsa och säkerhet samordnas i kommunstrategin, och deras genomförande och finansiering bestäms i verksamhets- och ekonomiplanen. Kommunernas och samkommunernas långsiktiga arbete för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet förutsätter att de har permanenta förvaltningsövergripande strukturer för samarbete och genomförande. Det primära ansvaret för främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet ligger hos kommunledningen. För den operativa ledningen över förvaltningsgränserna samt för beredningen och genomförande av ärenden har det rekommenderats att kommunerna utser en välfärdsarbetsgrupp som består av ledande personer från olika ansvarsområden och vars ordförande är medlem av kommunens ledningsgrupp. För beredning och genomförande av substansfrågor finns substansarbetsgrupper som lyder under välfärdsarbetsgruppen eller så bereds ärendena inom det ansvarsområde som i huvudsak ansvarar för dessa ärenden. En elektronisk välfärdsberättelse och välfärdsplan har utarbetats som kommunledningens verktyg för planering, ledning och uppföljning av samt rapportering om verksamheten och ekonomin. Berättelsen och planen utgör redskap för ledning och styrning i kommunen, och senare även för nationell styrning. Institutet för hälsa och välfärd har för kommunerna och regionerna slagit fast vilka uppgifter välfärdsberättelsen och välfärdsplanen åtminstone ska innehålla.

Den nationella styrningen av arbetet för att främja välfärd, hälsa och säkerhet har utöver lagstiftning fokuserat på informationsstyrning, till vilken utöver programstyrning också räknas det utvecklande av praxis, verksamhetsmodeller och förfaranden, den utbildning och den spridning av forskningsrön genom kommunikation som utförs i samarbete med kommunerna. Under de senaste åren har det funnits rikligt med nationella sektorsövergripande samarbetsprogram för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet som social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för, t.ex. folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (2001–2015), utvecklingsprojektet för det sociala området (2003–2007), programmet Välfärd 2015, politikprogrammet för hälsofrämjande (2008–2011), nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (2008–2011), nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (2008–2011, 2012–2015), spetsprojektet Hälsa och välfärd ska främjas och ojämlikheten bli mindre samt programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (2016–2019). Ett av de genomgående målen för programmen är att främja välfärd, hälsa och säkerhet. Nationella styrinstrument utöver dessa har varit kvalitetsrekommendationer, principbeslut av statsrådet, handböcker samt tematiska program, t.ex. kvalitetsrekommendationer för hälsofrämjande, principbeslut och rekommendationer om kost, motion och upphandling av matservice (bl.a. rekommendationer för vissa åldersgrupper och en anvisning om kost som ett politiskt beslut), Programmet för prevention och bättre vård av diabetes, Alkoholprogrammet, Främjande av rökfrihet bland barn och unga, Planen för mentalvårds- och missbruksarbete, Målprogrammet för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden och Nationella programmet för minskande av våld (Lägesutvärdering av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:4), Plan för genomförande av Istanbulkonventionen 2018–2021 (SHM 2017:16), Utredning om processer för ingripande i och förebyggande av våld i nära relationer – God praxis för arbetet mot våld i nära relationer etableras i strukturen (SHM:s rapporter och promemorior 2019:55), En barndom utan våld – åtgärdsplan för förebyggande av våld mot barn 2020–2025 (SHM 2019:27) och den nationella strategin för psykisk hälsa. Programstyrningen har kritiserats på grund av det stora antalet program och för att programmen förblivit okända i kommunerna. Programmets mål har dock ingått tämligen väl i de planer som utarbetats av kommunerna.

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

2.4.2 Ansvaret för att ordna socialvård samt servicesystemet

2.4.2.1 Det allmänna ansvaret för att ordna socialvård

Ansvaret för att ordna socialvård regleras i 1982 års socialvårdslag. Genom den nya socialvårdslag som i huvudsak trädde i kraft den 1 april 2015 upphävdes största delen av socialvårdslagen från 1982. De bestämmelser i 2 kap. i socialvårdslagen från 1982 som gäller förvaltningen och ordnandet av socialvården förblev dock vid sidan av några andra bestämmelser i kraft parallellt med den nya socialvårdslagen.

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

Genom lagen om en kommun- och servicestrukturreform (169/2007), nedan ramlagen, ålades kommunerna att ordna primärvården och nära anslutna tjänster inom socialvården genom att antingen inrätta ett samarbetsområde eller ordna tjänsterna i en kommun med ett befolkningsunderlag på åtminstone ungefär 20 000 invånare. Kommunerna har kunnat uppfylla samarbetsförpliktelsen genom att antingen bilda en samkommun eller ordna tjänsterna med stöd av modellen med en s.k. ansvarig kommun. Senare har denna förpliktelse utvidgats till att gälla alla uppgifter inom socialvården. I samband med det gavs statsrådet behörighet att förplikta en kommun att ansluta sig till ett samarbetsområde inom social- och hälsovården i syfte att uppfylla det krav i fråga om befolkningsunderlag som avses i ramlagen. Genom lagen om tillämpning av vissa förpliktelser enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreform (490/2014) förlängdes giltighetstiden för de med stöd av ramlagen påförda samarbetsförpliktelserna inom primärvården och socialvården till utgången av 2023, till den del kommunerna med stöd av den sistnämnda lagen hade meddelat att de uppfyller förpliktelserna enligt den lagen genom samarbetsarrangemang.

Enligt de uppgifter som Finlands Kommunförbund samlat in ordnade 74 kommuner primärvården och socialservicen själva 2019. Det fanns sammanlagt 59 samarbetsområden och i dem ingick 221 kommuner. Av befolkningen bodde cirka 53 procent inom samarbetsområden. För primärvården och socialservicen ansvarade 33 samkommuner, som omfattade sammanlagt 160 medlemskommuner. De samarbetsområden som tillämpade en modell med ansvarig kommun uppgick till 26, och de omfattade 61 kommuner. Det fanns 74 kommuner som ordnade sina

social- och hälsovårdstjänster självständigt. Av dessa hade 23 kommuner fler än 20 000 invånare, och 51 kommuner uppfyllde inte det krav i fråga om befolkningsunderlag som anges i ramlagen.

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

Socialvårdslagen innehåller bestämmelser om främjande av välfärd, om socialservice, om tillhandahållande av socialvård, om att säkerställa kvaliteten på tjänsterna och om ändringssökande i socialvårdsbeslut. Syftet med lagen är att flytta tyngdpunkten från specialtjänster till allmänna tjänster samt stärka klienternas jämlikhet och intensiviera myndigheternas samarbete. För att stärka klientorienteringen anges i lagen de stödbehov utifrån vilka socialservice och annan socialvård ska ordnas. Dessa stödbehov visar de kommunala beslutsfattarna vilka behov kommunen behöver förbereda sig på. Samtidigt visar de andra aktörer i vilka situationer man kan kontakta socialväsendet.

Enligt 11 § i socialvårdslagen ska socialservice ordnas

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

I socialvårdslagen anges det vilken service som ska ordnas som kommunal socialservice för att klienternas stödbehov ska kunna tillgodoses. Stödbehoven kan tillgodoses genom den service som anges i socialvårdslagen och genom socialservice som föreskrivs i speciallagar som gäller socialvård. Varje behov kan mötas med flera olika tjänster, och man kan inte låta bli att tillgoda ett behov på den grunden att klienten inte lämpar sig för en viss tjänst som tillhandahålls i kommunen eller att tjänsten inte finns tillgänglig. Klienterna kan inte heller utan en lagstadgad grund helt och hållet uteslutas från en viss tjänst, om de behöver stöd.

Allmän socialservice som ska ordnas i kommunen är enligt 14 § 1 mom. i socialvårdslagen

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

Enligt 14 § 2 mom. i socialvårdslagen ska det som kommunal socialservice även sörjas för specialomsorger om utvecklingsstörda, service och stöd på grund av funktionsnedsättning, tillhandahållande av utkomststöd till en person som vistas i kommunen, beviljande av social kredit till kommuninvånare, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, service i anslutning till missbrukarvård, ordnande av stöd för närståendevård, ordnande av familjevård, vårdnad om barn och unga personer, barnskydd, adoptionsrådgivning, medling i familjefrågor, uppgifter i samband med att beslut om vårdnad av barn och umgängesrätt fastställs och avgörs och i samband med verkställighet av besluten, ordnande av de sakkunnigtjänster som hör till medling i domstol i ett ärende som gäller vårdnad om barn och umgängesrätt, uppgifter i samband med utredande och fastställande av faderskap och ordnande av elevvård, enligt vad som dessutom föreskrivs särskilt om dessa serviceformer. Kommunen ska dessutom sörja för ordnandet av sådan verksamhet i sysselsättningsyfte för personer med funktionsnedsättning som avses i 27 d § i 1982 års socialvårdslag och av sådan arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning som avses i 27 e § i den lagen.

För ordnandet av nödvändiga och brådskande socialtjänster och övriga stödfunktioner dygnet runt i olika sociala nöd- och krissituationer ska det finnas en socialjour. Socialjour ska ordnas för alla åldrar och alla klientgrupper. Enligt en kartläggning som social- och hälsovårdsministeriet gjorde 2019 (37:2019) har heltäckande socialjour ordnats i hela landet, men sättet att ordna

den på varierar avsevärt från region till region. År 2018 fanns det 41 regionala socialjourer i Finland, och så gott som alla ordnade jour utanför tjänstetid i samarbete med andra kommuner.

Utifrån sitt ansvar att ordna socialvård kan kommunen organisera och ordna sina socialvårdstjänster på olika sätt. Människor i olika faser av livsrytmen behöver och använder socialvårdstjänster på olika sätt. Oavsett hur socialvården organiseras ska den stödja människorna i deras egna vardagsmiljöer och garantera det stöd som behövs i olika faser av livsrytmen. Socialservice som är viktig med tanke på stödet till barn, unga och barnfamiljer är t.ex. rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, familjearbete eller hemservice. Tjänster som används av personer i arbetsför ålder kan vara t.ex. socialt arbete och social handledning, utkomststöd eller arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte. Tjänster till stöd för äldre kan vara t.ex. hemvård, boendeservice och service som stöder rörlighet. Om socialservicen enligt den allmänna lagen (socialvårdslagen) inte är tillräcklig eller ändamålsenlig med tanke på personens stödbehov, kan behövligt stöd också ges i form av tjänster enligt speciallagstiftningen, såsom barnskydd.

Enligt 33 a § i socialvårdslagen får socialvårdstjänster sammanslås regionalt och nationellt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa den kvalitativa nivån, effekterna och klientsäkerheten i fråga om de tjänster som tillhandahålls klienterna. I paragrafen sägs det att sammanslagning av tjänster behövs om socialtjänsten på grund av att den är krävande och sällan behövs ska möjliggöra upprepning och kräver specialkompetens inom flera områden för att uppnå och upprätthålla tillräckliga kunskaper och tillräcklig kompetens. Vid tillhandahållandet av tjänsterna ska klientens intressen beaktas enligt det som föreskrivs i 4 och 5 §. När dessa villkor uppfylls kan enskilda tjänster inom tjänsterna för mental- och missbrukarvård, tjänsterna för personer med funktionsnedsättning, tjänsterna inom barnskyddet och tjänsterna för offer för misshandel och sexualbrott sammanslås. Även andra tjänster kan sammanslås om tjänsterna kan tillhandahållas med beaktande av klientens intressen. Bestämmelsen innehåller även ett bemyndigande enligt vilket det genom förordning av statsrådet vid behov föreskrivs om de åtgärder som ingår i de tjänster som ska centraliseras nationellt och regionalt. Dessutom får det genom förordning av statsrådet utses nationella aktörer för den sammanslagning som avses ovan. Inga förordningar har utfärdats med stöd av bestämmelsen.

De uppgifter som hänför sig till verkställigheten av socialvården sköts enligt 6 § i 1982 års socialvårdslag av ett eller flera organ som utses av kommunen. Organet ska även företräda kommunen, bevaka dess rätt och föra talan i ärenden som angår individuell verkställighet av socialvården samt i dessa ärenden på kommunens vägnar ingå avtal och företa andra rättshandlingar. Organets lagstaddade beslutanderätt och rätt att föra talan kan i en instruktion delegeras till tjänsteinnehavare som är underställda organet, fränsett beslut om vård oberoende av egen vilja (12 § i 1982 års socialvårdslag).

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

2.4.2.2 Ansvaret för att ordna specialomsorger om personer med utvecklingsstörning

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

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

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

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

Specialomsorgslagen gör det också möjligt för ett specialomsorgsdistrikt och ett sjukvårdsdistrikt att gå samman. En samkommun för ett specialomsorgsdistrikt kan med en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt vars verksamhetsområde omfattar hela specialomsorgsdistriktets område komma överens om att den förstnämnda samkommunens tillgångar och skulder ska överföras på den sistnämnda. För närvarande har nio specialomsorgsdistrikt (Södra Karelen, Kajanalands, Mellersta Österbottens, Mellersta Finlands, Kymmenedalens, Birkalands, Norra Karelen, Norra Österbottens och Satakunta) gått samman med sjukvårdsdistriktet.

Även om kommunerna enligt lagen hör till samkommuner för specialomsorgsdistrikt kan en kommun enligt 14 § i specialomsorgslagen även själv ordna specialomsorger helt eller delvis. Därför finns det i praktiken i viss mån skillnader mellan samkommunerna när det gäller fördelningen av ordnandet och produktionen av specialomsorgstjänster mellan kommunen och specialomsorgsdistriktet. En del av specialomsorgsdistrikten är utpräglade producenter av enbart specialomsorgstjänster, så att tjänster endast tillhandahålls på basis av en kommuns betalningsförbindelse eller så att tjänsterna anlitas via kommunens socialarbetare. En del specialomsorgsdistrikt verkar utöver ansvaret för produktionen av tjänster i viss mån också ha ansvar för ordnandet av tjänsterna. Ett specialomsorgsdistrikt kan ansvara för skötseln av kommunens alla specialomsorgstjänster, varvid specialomsorgsdistriktet också bedömer klientens behov av omsorg och svarar för det individuella beslutsfattandet. I sådana fall ansvarar kommunen närmast för finansieringen av tjänsterna. En del specialomsorgsdistrikt ansvarar också för ordnandet av sakkunnigtjänster inom specialomsorgen och av brådskande vård.

Kommunal specialomsorgsmyndighet är socialnämnden, med vilken samkommunen för specialomsorgsdistriktet ska samarbeta även när det är samkommunen som ska ordna lokala specialomsorger.

Ansvar för ordnandet av särskilda socialvårdstjänster som med stöd av handikappservicelagen ordnas för personer med funktionsnedsättning innehas, precis som i fråga om andra socialtjänster, av kommunerna. Någon modell med tvångssamkommuner, som i fråga om specialomsorgsdistrikten, förekommer inte i fråga om annan finsk- eller svenskspråkig service för personer med funktionsnedsättning, utan kommunerna ordnar själva tjänsterna för sina klienter.

2.4.3 Ansvar för att ordna hälso- och sjukvård samt servicesystemet

Bestämmelser om kommunernas ansvar för att ordna hälso- och sjukvård och om servicesystemet finns i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Ansvar för ordnandet av hälso- och sjukvården ligger på kommunerna. I hälso- och sjukvårdslagen och i andra speciallagar ingår bestämmelser om innehållet i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattar hälso- och sjukvård hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Av dessa behandlas hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet i avsnitt 2.4.1. Den personkrets som omfattas av kommunens ansvar att ordna hälso- och sjukvård är invånarna i området. Dessutom har andra personer rätt att få hälso- och sjukvårdstjänster i kommunen på det sätt som föreskrivs i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och hälso- och sjukvårdslagen. Strukturen för ordnandet av hälso- och sjukvård omfattas dessutom av ramlagen, som beskrivs ovan i samband med det allmänna ansvaret för att ordna socialvård (se s.).

2.4.3.1 Primärvård

Enligt folkhälsolagen ska kommunen sörja för folkhälsoarbetet, och verkställigheten av det sköts av ett eller flera kollegiala organ som utses av kommunen. Folkhälsoarbete har definierats som hälsovård som är inriktad på individen och individens miljö, sjukvård till individen samt anknyttande verksamhet som syftar till att upprätthålla och främja befolkningens hälsotillstånd. Folkhälsoarbete kan också benämnas primärvård.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen avses med primärvård uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, hälsofrämjande verksamhet inklusive hälsorådgivning och hälsoundersökningar, mun- och tandvård, medicinsk rehabilitering, företagshälsovård och miljö- och hälsoskydd som kommunen ordnar samt jourverksamhet, öppen sjukvård, hemsjukvård, hemsjukhusvård och sjukhusvård, mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som kommunen ordnar, till den del de inte ordnas inom socialvården eller den specialiserade sjukvården. I lagen sägs det att primärvård också kan benämnas folkhälsoarbete.

Kommunerna kan ordna primärvården tillsammans genom att bilda en samkommun. Om folkhälsoarbetet sköts av en samkommun, ska den gemensamt för medlemskommunerna tillsätta ett kollegialt organ som svarar för genomförandet av primärvården. En kommun kan också avtala med en annan kommun (ansvarig kommun) om att den kommunen helt eller delvis sköter primärvården för den förstnämnda kommunens del. Dessutom förutsätter ramlagen, som beskrivs ovan i samband med det allmänna ansvaret för att ordna socialvård, att kommuner med färre än 20 000 invånare samarbetar inom ordnandet av primärvården (se s.).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den kommunala primärvården ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalas. En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att servicen för de invånare som den ansvarar för ordnas och är tillgänglig på lika villkor inom hela kommunen eller samkommunen. Hälso- och sjukvården ska ordnas enligt befolkningens behov och nära invånarna, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna.

För hälso- och sjukvårdstjänsterna ska en kommun ha en hälsovårdscentral. Centralens funktioner kan vid behov förläggas till mottagningsfilialer eller ordnas med hjälp av rörliga verksamhetsenheter. En kommun kan ge en hälsovårdscentral i uppgift att sköta också andra uppgifter som hör till folkhälsoarbetet. Enligt 57 § i hälso- och sjukvårdslagen ska det vid varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården finnas en ansvarig läkare, som ska leda och övervaka hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten. Beslut om inledande och avslutande av en patients sjukvård och om förflyttning av en patient till en annan verksamhetsenhet fattas av den ansvariga läkaren eller enligt dennes anvisningar av någon annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Enligt uppgifter som Finlands Kommunförbund samlat in fanns det 2019 sammanlagt 133 hälsovårdscentraler i Finland.

Enligt 17 § i hälso- och sjukvårdslagen kan studerandehälsovården för högskolestuderande med kommunens samtycke också ordnas på något annat sätt som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har godkänt. Med stöd av bestämmelsen svarar Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) för studerandehälsovården för universitetsstuderande. Från ingången av 2021 ska Folkpensionsanstalten svara för ordnandet av studerandehälsovård för alla högskolestuderande och Studenternas hälsovårdsstiftelse för produktionen av tjänsterna (6 och 8 § i lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019)).

Vid sidan av den kommunala primärvården tillhandahålls tjänster på basnivå också av den lagstadgade företagshälsovården och av privata serviceproducenter, även om kommunerna har en viktig ställning när det gäller att ordna och producera tjänster. Inom ramen för det nationella sjukförsäkringssystemet finansieras läkemedel för öppenvårdspatienter, resekostnader i anslutning till hälso- och sjukvård samt sjuk- och moderskapsdagpenningar. I praktiken stöder systemet också den lagstadgade företagshälsovården, som omfattar två femtedelar av befolkningen. Ungefär hälften av arbetsgivarnas hälso- och sjukvårdskostnader täcks med den nationella sjukförsäkringen. Med den ersätts också en del av de tjänster som produceras av den privata sektorn, huvudsakligen inom öppenvården. Cirka 21 procent av befolkningen har en kompletterande och/eller extra privat sjukförsäkring (OECD State of Health in EU: landrapport för Finland 2019).

2.4.3.2 Den specialiserade sjukvården och sjukvårdsdistrikten

Det hör till kommunernas ansvar att se till att invånarna får den specialiserade sjukvård som de behöver. Enligt 3 § 3 punkten i hälso- och sjukvårdslagen avses med specialiserad sjukvård 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. Den specialiserade sjukvården är en uppgift som hör till kommunerna, men för att fullgöra den måste en kommun höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. För ordnandet av den specialiserade sjukvården är landet indelat i 20 sjukvårdsdistrikt. En kommun kan med samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt avtala om till vilket sjukvårdsdistrikt den hör, men ändringarna i sjukvårdsdistriktens medlemskommuner har varit relativt små.

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

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

När sjukvårdsdistrikten ansvarar för ordnandet av den specialiserade sjukvården ska tjänsterna ordnas utifrån samma principer för invånarna i sjukvårdsdistriktets samtliga medlemskommuner. Vid fullgörandet av de grundläggande fri- och rättigheterna anses regional jämlikhet vara särskilt viktigt. Bestämmelsen om jämlikhet i 6 § i grundlagen begränsar skillnaderna i kommunernas tjänsteutbud och i sätten att ordna tjänsterna på. Likställighetsprincipen förutsätter att den aktör som ansvarar för verksamheten ordnar den så att alla människor som omfattas av aktörens ansvarsområde har möjlighet att få service på lika grunder.

Varje sjukvårdsdistrikt har ett centralsjukhus. Av dessa är fem universitetssjukhus som ger högspecialiserad sjukvård (Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Uleåborg och Kuopio).

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

Kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård utifrån uppföljningsuppgifter om invånarnas hälsa och invånarnas servicebehov. Kommunerna ska förhandla om planen med samkommunen. I planen ska det överenskommas om samarbetet mellan kommunerna, om målen för verksamheten för främjande av hälsa, välbefinnande och säkerhet och vem som svarar för verksamheten, om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster, om tjänster som gäller jour, bilddiagnostik och medicinsk rehabilitering och om det samarbete som behövs mellan aktörerna inom primärvården, den specialiserade sjukvården, socialvården, barndagvården, läkemedelsförsörjningen och andra områden. Närmare bestämmelser om frågor som det ska överenskommas om i planen för ordnande av hälso- och sjukvård får utfärdas genom förordning av statsrådet. Med stöd av bemyndigandet att utfärda förordning har statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011) utfärdats.

Enligt 39 § i hälso- och sjukvårdslagen ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt organisera den prehospitaled akutsjukvården inom sitt område. En samkommun kan organisera den prehospitaled akutsjukvården inom hela sitt område eller en del av det genom att sköta verksamheten själv, genom att ordna vården i samarbete med räddningstjänsten i området eller med en annan samkommun för ett sjukvårdsdistrikt eller genom att anskaffa servicen från någon annan serviceproducent. I det beslut om servicenivån för den prehospitaled akutsjukvården som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt utarbetar fastställs det hur den prehospitaled akutsjukvården ska organiseras, serviceinnehållet, vilken utbildning de personer som medverkar i den prehospitaled akutsjukvården ska ha, de mål som satts upp av specialupptagningsområdets central för prehospitaled akutsjukvård i fråga om den tid inom vilken befolkningen ska få vård samt andra omständigheter som är behövliga med tanke på vårdens organisering inom samkommunen.

Enligt 40 § i hälso- och sjukvårdslagen omfattar den prehospitala akutsjukvården sådan bedömning av vårdbehov samt sådan brådskande vård i fråga om patienter som insjuknat eller skadats plötsligt som primärt sker utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning, med undantag för de uppdrag som avses i sjöräddningslagen (1145/2001), och vid behov transport av patienter till den enligt medicinsk bedömning lämpligaste vårdenheten. Den prehospitala akutsjukvården omfattar också förflyttningar i samband med plötsligt insjuknade eller skadade patienters fortsatta vård när patienten behöver krävande och kontinuerlig vård eller övervakning under förflyttningen. Den prehospitala akutsjukvården omfattar vidare upprätthållande av beredskap för prehospital akutsjukvård, vid behov ordnande av kontakt till psykosocial stödverksamhet för en patient, hans eller hennes närstående och andra som har del i händelsen, medverkan i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter och aktörer, och handräckning till polisen, räddningsmyndigheterna, gränsbevakningsmyndigheterna och sjöräddningsmyndigheterna för fullgörande av uppgifter som dessa ansvarar för.

Närmare bestämmelser om prehospital akutsjukvård och om uppgifterna för centralerna för prehospital akutsjukvård finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017). Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård komma överens om hur uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård ska ordnas (46 § i hälso- och sjukvårdslagen). Centralen för prehospital akutsjukvård ska sätta upp de mål som gäller den tid inom vilken befolkningen inom det egna specialupptagningsområdet ska få vård och som ska ingå i beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården, med beaktande av befolkningens uppskattade servicebehov, jourstrukturen inom social- och hälsovårdsväsendet samt specialupptagningsområdets resurser för prehospital akutsjukvård. Varje sjukvårdsdistrikt beslutar självständigt om sitt beslut om servicenivån.

Centralen för prehospital akutsjukvård ska dessutom inom det egna området ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare, samordna de patientförflyttningar som hör till den prehospitala akutsjukvården, planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet, samordna hälsovårdsväsendets larmanvisningar till Nödcentralverket, tillsammans med andra specialupptagningsområden bereda och samordna de medicinska vårdanvisningar som gäller verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården samt övriga nationella anvisningar i fråga om den prehospitala akutsjukvården, ansvara för huvudadministratörsfunktionerna i de nationella kommunikations- och informationssystemen för hög beredskap inom social- och hälsovårdsväsendet samt för en del av underhållet av systemen och medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt kan i beslutet om servicenivån bestämma att den prehospitala akutsjukvården ska inbegripa första insatsen. Med första insatsen avses att någon annan enhet som nödcentralen kan larma än en ambulans larmas i syfte att förkorta insatstiden i fråga om en akut insjuknad eller skadad patient, och att personalen i enheten ger livräddande första hjälpen i enlighet med beslutet om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården. I alla sjukvårdsdistrikt ingår första insatsen i den prehospitala akutsjukvården.

2.4.3.3 Specialupptagningsområden

För ordnandet av högspecialiserad sjukvård är landet indelat i fem specialupptagningsområden. Till varje specialupptagningsområde ska det höra ett sjukvårdsdistrikt med ett universitet som

ger läkarutbildning. I statsrådets förordning om specialupptagningsområden inom den högspecialiserade sjukvården (156/2017) anges specialupptagningsområdena och de sjukvårdsdistrikt som omfattas av dem. Enligt gällande lagstiftning är ett specialupptagningsområde inte en juridisk person, utan dess förvaltning stöder sig på förvaltningen av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus.

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

Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver när det gäller att tillhandahålla specialiserad sjukvård och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen och att organisera den vetenskapliga forskningen och utvecklingen. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska även planera och samordna tjänsteproduktionen, informationssystemlösningarna, den medicinska rehabiliteringen och anskaffningarna inom den specialiserade sjukvården inom sitt område. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten tillsammans med utbildningsmyndigheterna och arbetsförvaltningen samordna hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande utbildning, fortsatta utbildning och fortbildning samt tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet. I praktiken sker detta genom ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som ingår av sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde. Dessutom ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde komma överens om hur uppgifterna vid centraler för prehospital akutsjukvård ska ordnas.

Bestämmelser om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård finns i 43 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt paragrafen ska samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde för att samordna den specialiserade sjukvården ingå avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. Ett avtal ska upprättas för varje fullmäktigeperiod. Kommunerna och sjukvårdsdistrikten ska tillsammans årligen bedöma hur avtalet har fullgjorts, och vid behov ska ändringar göras i avtalet. I avtalet ska det överenskommas om arbetsfördelningen och samordningen av verksamheten mellan samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdet och om principerna för införande av nya metoder. Arbetsfördelningen ska främja hälso- och sjukvårdens kvalitet, patientsäkerheten och hälso- och sjukvårdens genomslag, produktivitet och effektivitet. I arbetsfördelningen ska det också säkerställas att det vid den verksamhetsenhet som ger vård enligt avtalet finns tillräckliga ekonomiska och personella resurser och tillräcklig kompetens.

Enligt paragrafen får närmare bestämmelser om frågor som det ska avtalas om i avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård utfärdas genom förordning av statsrådet. Om samkommunerna inte kan enas om hur den specialiserade sjukvården ska ordnas eller om avtalet inte uppfyller de ovannämnda villkoren, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet. Med stöd av bemyndigandet att utfärda förordning har statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård utfärdats. Förordningen innehåller bestämmelser om närmare krav på innehållet i sådana avtal.

2.4.3.4 Centralisering av hälso- och sjukvården

I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården. En del av de undersökningar, åtgärder och behandlingar som är sällan förekommande eller krävande och därför ska kunna upprepas, eller som kräver specialkompetens inom flera områden för att förvärva och upprätthålla den kunskap

och kompetens som krävs eller betydande investeringar i fråga om anordningar och utrustning för att säkerställa kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården ska enligt bestämmelsen sammanslås till de större enheterna.

Enligt 45 § i hälso- och sjukvårdslagen ska den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt samlas till färre än fem universitetssjukhus. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om den nationella arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, vilka ska uppfyllas vid centraliseringen. Dessutom får det genom förordning av statsrådet utfärdas bestämmelser om vilka av de uppgifter i fråga om planeringen och samordningen av den nationella helheten som ska förordnas en eller flera nationella aktörer. De samkommuner inom sjukvårdsdistrikten som har ett universitetssjukhus ska som komplement till bestämmelserna i lagen komma överens om vilka enheter som ska ge den specialiserade sjukvård som centraliseras nationellt. Om de inte kan komma överens om till vilka sjukhus eller enheter verksamheten ska sammanslås eller om avtalet inte uppfyller förutsättningarna för säkerställandet av kvaliteten, patientsäkerheten, genomslaget, produktiviteten och effektiviteten, kan statsrådet bestämma innehållet i avtalet.

Enligt bestämmelsen ska den specialiserade sjukvård som centraliseras regionalt (inom respektive specialupptagningsområde) sammanslås till fem universitetssjukhus eller av särskilda skäl till ett sjukhus på motsvarande nivå. Dessutom sammanslås, för en ändamålsenlig arbetsfördelning mellan sjukhusen, den specialiserade sjukvården till de enheter med omfattande jour dygnet runt som avses i 50 § 3 mom. Vidare ska sådan operativ verksamhet som kräver operationssal och anestesi i sin helhet sammanslås till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det som ett komplement till det ovan sagda om den regionala arbetsfördelningen i fråga om sjukhusen och om centraliseringen av undersökningar, åtgärder och vård samt vid behov om vårdgivande enheter och om kvantitativa villkor och andra villkor för de undersökningar, åtgärder och behandlingar som ska centraliseras, vilka ska uppfyllas vid centraliseringen. Dessutom får det genom förordning av statsrådet utses och bemyndigas regionala aktörer för att samordna verksamheten. En överenskommelse om den vård som ska centraliseras regionalt och om samordnandet av verksamheten träffas som ett komplement till lagen i ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård.

Med stöd av bemyndigandena i lagen har statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017) utfärdats. I praktiken handlar förordningen om att samla behandlingen av sjukdomstillstånd som är relativt sällsynta eller har en särskilt krävande behandling till större helheter. Genom förordningen påförs vissa sjukvårdsdistrikt ett särskilt ansvar för planering och samordning av den nationella och regionala helheten, för specialiserad sjukvård som ska centraliseras på riksnivå, för specialiserad sjukvård som regionalt ska centraliseras till fem universitetssjukhus eller motsvarande enheter och för annan specialiserad sjukvård som ska centraliseras.

Utöver det ovan beskrivna innehåller 50 § i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om centralisering av brådskande vård. Enligt bestämmelsen ska Helsingfors och Nylands samt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, Satakunta sjukvårdsdistrikt, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt, Södra och Norra Karelen sjukvårdsdistrikt, Norra Savolax sjukvårdsdistrikt, Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt, Vasa sjukvårdsdistrikt samt Syd-Österbottens, Norra Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt i anslutning till det egna centralsjukhuset ordna en enhet för omfattande jour dygnet runt. Med en enhet med omfattande jour dygnet runt

avses samjour för primärvården och den specialiserade sjukvården, som kan tillhandahålla omfattande tjänster inom flera medicinska specialområden omedelbart och dygnet runt och som har resurser för att upprätthålla den beredskap som behövs inom hälso- och sjukvården och för att sköta exceptionella situationer. De sjukvårdsdistrikt i vilka det finns ett universitetssjukhus kan emellertid i anslutning till sina sjukhus bilda flera än en enhet med samjour dygnet runt, om befolkningens servicebehov förutsätter det.

Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska andra sjukvårdsdistrikt än de som upprätthåller en enhet för omfattande jour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården upprätthålla sådan samjour dygnet runt i anknytning till centralsjukhuset som har beredskap att sköta sedvanliga brådskande hälsoproblem hos befolkningen. Sjukvårdsdistriktets specialupptagningsområde har emellertid alltid rätt att utifrån avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård överenskomma att det i den enhet för samjour dygnet runt som är verksam i dess område i anknytning till centralsjukhuset kan bildas en så bred och funktionellt mångsidig jourenhet som tjänsternas tillgänglighet, avstånden mellan jourmottagningarna och tillgodoseendet av befolkningens språkliga rättigheter i sjukvårdsdistriktet förutsätter.

Enligt bestämmelsen får det genom förordning av statsrådet utfärdas närmare bestämmelser om villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden. Genom förordning av statsrådet föreskrivs det om villkoren för omfattningen när det gäller ordnandet av förlossningsverksamhet. Social- och hälsovårdsministeriet kan bevilja tillstånd att avvika från dessa villkor, om det behövs för tillgängligheten till tjänsten eller för patientsäkerheten. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård, om uppgifterna och kvalitetskraven inom brådskande mottagningsverksamhet, vid enheter för omfattande jour dygnet runt, vid samjouren för jour dygnet runt och vid enheter för jour dygnet runt inom primärvården och akutmedicinen, om närmare villkor för beviljandet av undantagstillstånd samt om jourenheternas regionala samarbete får utfärdas genom förordning av statsrådet. Statsrådet har med stöd av bestämmelsen utfärdat statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017), där det föreskrivs om de ovannämnda frågorna.

Bestämmelserna i 45 och 50 § i hälso- och sjukvårdslagen har tolkats så att om inte något annat föreskrivs i lag, svarar ett sjukvårdsdistrikt som enligt lag eller förordning har fått till uppgift att tillhandahålla en viss hälso- och sjukvårdstjänst för lika tillgång till tjänsten och beslutar om fastställande av behov, kvantitet och kvalitet i fråga om tjänster, sättet att producera en tjänst, tillsynen över produktionen och utövandet av myndigheternas behörighet i fråga om dessa tjänster. Övriga sjukvårdsdistrikt har inte rätt att besluta om dessa tjänster, och de får inte producera tjänsterna eller skaffa dem någon annanstans.

2.4.4 Social- och hälsovården på Åland

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

Ålands hälso- och sjukvård sköter centraliserat inom landskapet tjänsterna inom hälso- och sjukvården, och för socialvården svarar landskapets 16 kommuner. Ålands hälso- och sjukvård skaffar en del av den specialiserade sjukvården och hela den högspecialiserade sjukvården av sjukvårdsdistrikt i Fastlandsfinland eller som köpta tjänster från Sverige. Landskapet finansierar hälso- och sjukvården ur sin egen budget, och kommunerna finansierar socialvården ur sina budgetar.

2.4.5 Produktionen av social- och hälsovårdstjänster samt köpta tjänster

Enligt 8 § i kommunallagen kan kommunen själv organisera de uppgifter som åligger den enligt lag eller avtala om att organiseringsansvaret överförs på en annan kommun eller en samkommun. Vid lagstadgat samarbete ansvarar den andra kommunen eller samkommunen för organisationen av uppgifterna som s.k. delat organiseringsansvar. Den kommun eller samkommun som ansvarar för organisationen av uppgifterna ska i fråga om de tjänster och andra åtgärder som ska organiseras svara för lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna, fastställandet av behovet, mängden och kvaliteten i fråga om dem, det sätt som de produceras på, tillsynen över produktionen och utövandet av myndigheternas befogenheter. Kommunen svarar för finansieringen av uppgifterna, även om organiseringsansvaret har överförts på en annan kommun eller samkommun.

Enligt 9 § i kommunallagen kan kommunen eller samkommunen antingen själv producera de tjänster som omfattas av dess organiseringsansvar eller enligt avtal skaffa dem av andra tjänsteproducenter. Särskilda bestämmelser om användningen av servicesedlar finns i lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009), nedan lagen om servicesedlar. Kommunen kan dock anförtro offentliga förvaltningsuppgifter åt andra än myndigheter endast om det föreskrivs särskilt om det genom lag. När kommunen eller samkommunen skaffar lagstadgade tjänster av någon annan tjänsteproducent kvarstår det organiseringsansvar som avses i 8 § 2 mom. i kommunallagen hos kommunen eller samkommunen. Tjänsteproducentens ansvar för tjänsterna bestäms dessutom i enlighet med vad som föreskrivs i den lagen eller annanstans samt enligt vad som kommunen eller samkommunen och tjänsteproducenten avtalat om.

Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) kan en kommun eller samkommun ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården bl.a. genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent. Dessutom kan serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen eller samkommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens eller samkommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat tjänsteproducent som kommunen eller samkommunen godkänt.

Anskaffning av tjänster från privata tjänsteproducenter begränsas genom 124 § i grundlagen. Enligt den paragrafen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, 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 ges endast myndigheter.

Enligt statistiska uppgifter över kommunekonomin 2018 uppgick andelen köpta social- och hälsovårdstjänster grovt taget till ca 17 procent 2018. Särskilt mycket köptes följande socialvårdstjänster: institutions- och familjevård inom barnskyddet (ca 66 %), öppenvårdstjänster inom barnskyddet (ca 31 %), tjänster inom heldygnsomsorg för äldre (ca 37 %), tjänster inom heldygnsomsorg för personer med funktionsnedsättning (ca 51 %) och andra tjänster för personer med funktionsnedsättning (ca 23 %). Inom öppenvårdstjänsterna inom primärvården utgjorde köpta tjänster ca 8 procent, inom mun- och tandvården inom primärvården ca 7 procent och inom den specialiserade sjukvården ca 6 procent.

I Fastlandsfinland fanns det 2017 sammanlagt 150 kommuner eller samarbetsområden med organiseringsansvar, av vilka 27 (18 %) antingen helt eller delvis hade lagt ut hälsostationsverksamheten på entreprenad. Av tjänsteordnarna hade 13 lagt ut tjänsterna helt och 14 delvis. Vid den tidpunkt som uppgifterna gäller hade 9,2 procent av Finlands alla hälsostationer lagts

ut. De utlagda tjänsterna omfattade 6,8 procent av befolkningen och de totala utläggningarna 2 procent av befolkningen. I början av 2017 omfattades ca 54 procent av befolkningen i Päijänne-Tavastland av hälsostationstjänster som hade lagts ut. Följande landskap i ordningen när det gäller den andel av befolkningen som omfattades av utlagda hälsostationer var Kymmenedalen (ca 23 %), Södra Österbotten (ca 14 %) och Mellersta Finland (ca 13 %). Av uppgifterna för 2017 framgår det att utläggningen av hälsostationer gällde en betydande andel av befolkningsendast i några få landskap. (Parhiala, K. & Hetemaa, T. 2017).

Enligt de uppgifter som Kommunförbundet sammanställde våren 2019 hade 13 kommuner gjort en total utläggning av social- och hälsovården. För tre av dem har entreprenadavtalet överförs till en samkommun som kommunen har blivit medlem av med tanke på ordnandet/produktionen av social- och hälsovårdstjänster. I Havslapland har man dessutom lagt ut primärvården i fyra kommuner och den specialiserade sjukvård som ordnas av Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt på ett samägt företag mellan kommunerna och en privat tjänsteproducent. För närvarande bereds också omfattande totala utläggningar i bl.a. Päijänne-Tavastland.

Enligt statistiska uppgifter över kommunekonomin köptes i förhållande till kundmängderna 2018 olika tjänster enligt följande:

- Öppenvård inom barnskyddet (0–20-åringar): sammanlagt 54 883 klienter, av vilka grovt taget ca 17 000 (31 %) omfattas av tjänster som produceras av privata tjänsteproducenter
- Placering utom hemmet i alla former av placering (0–20-åringar): sammanlagt 18 544 klienter, av vilka grovt taget ca 12 250 (66 %) omfattas av tjänster som tillhandahålls av privata tjänsteproducenter. Av uppgifterna framgår det inte vad som exakt avses med tjänster som produceras av privata aktörer inom institutions- och familjevården. Därför är uppskattningen grov.
- Total utläggning av hälsostationer: sammanlagt ca 171 300 kunder som omfattas av tjänster som produceras av privata aktörer
- Andra än heldygnstjänster för personer med utvecklingsstörning (s.k. assisterat boende): sammanlagt 8 664 klienter, av vilka ca 4 400 (51 %) omfattas av tjänster som produceras av privata tjänsteproducenter
- Tjänster inom heldygnsvård för äldre: ca 44 000 klienter, av vilka ca 16 300 (37 %) omfattas av tjänster som produceras av privata tjänsteproducenter
- Inom ramen för tjänsterna inom den specialiserade sjukvården fick 7 484 personer boendeservice inom psykiatrin. Av alla klienter bodde cirka 6 800, dvs. 91 procent, på privata tjänsteproducenters boendeserviceenheter (öppet boende och/eller institutionsboende).

2.4.6 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Kommunens ansvar för utvecklingsverksamheten

Enligt 13 § i socialvårdslagen från 1982 ska kommunen som uppgifter som hör till socialvården sörja för att utbildnings-, forsknings-, försöks- och utvecklingsverksamhet som rör socialvård och annan social trygghet ordnas.

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

anvisa tillräckliga resurser för detta. Hälsovårdscentralen ska samarbeta med primärvårdsenheten inom samkommunen för sjukvårdsdistriktet och med andra hälsovårdscentraler. Hälsovårdscentralen ska tillsammans med primärvårdsenheten delta i det riksomfattande utvecklandet av primärvården.

Kompetenscentrumen inom det sociala området

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

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

Till stöd för kompetenscentrumverksamheten betalas statsunderstöd. De allmänna grunderna för bestämmandet av statsunderstödet är invånarantalet och arealen för varje kompetenscentrums verksamhetsområde. Kompetenscentrumen finansierar dessutom sin verksamhet med betalningarna för de specialisttjänster som de säljer.

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

Utvecklingsenheterna för primärvården

Enligt 35 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ha en primärvårdsenhet som har multidisciplinär kompetens på hälsoområdet och som stöder arbetet med att ta fram en plan för ordnande av hälso- och sjukvård i området. En viktig uppgift för enheten är att i samarbete med olika aktörer samordna den vetenskapliga forskningen, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och den regionala fortbildningen inom primärvården. Enheterna tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården, primärvården och, i tillämpliga delar, socialväsendet. Avsikten är också att enheten

ska samarbeta och skapa permanenta samarbetsförfaranden med det kompetenscentrum inom det sociala området som finns i den egna regionen.

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

2.4.7 Undervisnings-, utbildnings- och forskningsverksamhet

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

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

Bestämmelser om fortbildning för yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården ingår i 5 § i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt paragrafen ska en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll. Dessutom finns bestämmelser om fortbildning inom hälso- och sjukvården i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). Social- och hälsovårdsministeriet har vidare utfärdat rekommendationer om fortbildning (SHM:s handböcker 2004:3).

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

2.4.8 Beredskap och förberedelser

Beredskapslagen (1552/2011) innehåller bestämmelser om myndigheternas förberedelser inför och befogenheter under undantagsförhållanden. I lagens 12 § föreskrivs det om en allmän skyldighet att vidta förberedelser. Enligt paragrafen ska statsrådet, statliga förvaltningsmyndigheter, statens självständiga offentlighetsrättsliga inrättningar, övriga statsmyndigheter och statliga affärsverk samt kommunerna, samkommunerna och kommunernas övriga sammanslutningar genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden samt genom andra åtgärder säkerställa att deras uppgifter kan skötas så väl som möjligt också under undantagsförhållanden. Lagen innehåller bestämmelser om konstaterande av att undantagsförhållanden råder, varefter det är möjligt att börja tillämpa de befogenheter som myndigheterna har enligt beredskapslagen. Tröskeln för att tillämpa lagen är hög och lagen har tillämpats i praktiken en enda gång, med början den 16 mars 2020 på grund av Covid-19-pandemin.

Enligt 38 § i hälso- och sjukvårdslagen ska en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt i samråd med kommunerna inom sitt område besluta om den regionala hälso- och sjukvårdsberedskapen för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården. Samkommunen ska dessutom i samråd med kommunerna inom sitt område utarbeta en regional beredskapsplan för hälso- och sjukvård.

I 46 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om ett specialupptagningsområdes central för prehospitat akutsjukvård och om centralens uppgifter. Centralernas uppgifter bestämdes från ingången av 2017 så att verksamheten inom ett specialupptagningsområde ska planeras på ett enhetligt sätt och centralerna ska medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner.

Socialvårdslagen föreskriver ingen särskild skyldighet att vidta förberedelser och inte heller någon liknande skyldighet på det regionala planet. Till lagen fogades det vid ingången av 2017 en ny 29 a § enligt vilken socialjouren i ett område är skyldig att i samarbete med centralen för prehospitat akutsjukvård medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer inom hälso- och sjukvården, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och specialupptagningsområden så att planerna bildar en nationell helhet.

Regionförvaltningsverken har för närvarande uppgifter som hänför sig till beredskap och vidtagande av förberedelser inom social- och hälsovården. Enligt 4 § i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) ska regionförvaltningsverken bl.a. samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen. Dessutom ska regionförvaltningsverken stödja behöriga myndigheter då myndigheterna leder säkerhetssituationer i regionen och vid behov samordna deras verksamhet. Regionförvaltningsverken har vid störningar av olika slag anlitats för att sammanställa en lägesbild för social- och hälsovården och förmedla den till samarbetsparterna och bl.a. till ministeriet.

Utöver lagstiftningen styr säkerhetsstrategin för samhället beredskapen. Enligt denna strategi genomförs beredskapen enligt principen om övergripande säkerhet, där myndigheterna, näringslivet, organisationer och medborgare tillsammans sörjer för samhällets vitala funktioner. I den nationella riskbedömningen anges nationellt betydande risker av större nationell betydelse. Dessutom görs det riskbedömningar på regional nivå som fokuserar på regionalt betydande risker. Också i avtalen kan det ingå förpliktelser för organisationerna när det gäller tjänsternas funktionssäkerhet och beredskap. Dessa risker ska beaktas som utgångspunkt för beredskapen inom alla branscher.

En organisation ska planera sin beredskap ur två synvinklar. För det första ska den säkerställa kontinuiteten i sina egna tjänster och uppgifter i alla situationer så väl som möjligt (kontinuitetshandling). För det andra ska den bereda sig på gemensamt identifierade hotmodeller av olika slag och exceptionella händelser och störningar som kräver mer omfattande och intensivare samarbete och kommunikation mellan myndigheter och andra aktörer än normalt (t.ex. en storolycka eller pandemi).

2.4.9 Samordning av tjänster

För att de olika social- och hälsovårdstjänsterna ska bilda en fungerande helhet ur klientens eller patientens perspektiv måste de samordnas. Utöver en nära samordning av social- och hälsovården förutsätter många tjänster och kundorienterad verksamhet samarbete med tjänster som produceras av kommunens övriga förvaltningsområden, staten eller andra aktörer. För begreppet integration av ordnandet har det använts benämningar som strukturell integration, administrativ

integration och integration på befolkningsnivå. Med det avses en sådan struktur för social- och hälsovårdstjänsterna att alla social- och hälsovårdstjänster har samlats inom en och samma förvaltningsstruktur. Då ansvarar en enda aktör för ordnandet av såväl social- som hälsovårdstjänster. Inom den administrativa integrationen sker ledningen och finansieringen via samma kanal. För kundorienterad serviceintegration har även benämningen funktionell integration använts. Utgångspunkten för den funktionella integrationen är att få social- och hälsovårdstjänsterna att fungera smidigare.

Många social- och hälsovårdstjänster befinner sig emellertid ofta i gränsområdet mellan olika förvaltningsområden och produceras som både social- och hälsovårdstjänster eller som tjänster på både basnivå och specialiserad nivå. Detta gäller t.ex. många tjänster för barn, unga och familjer, tjänster för äldre, mentalvårds- och missbrukartjänster, rehabiliteringstjänster och tjänster för personer med funktionsnedsättning.

2.4.9.1 Integration av ordnandet och kundorienterad integration

Den gällande social- och hälsovårdslagstiftningen saknar bestämmelser om integration av ordnandet av social- och hälsovården. Det finns ändå vissa bestämmelser som främjar en integration av ordnandet eller åtminstone planering av tjänsterna inom ett större område än en enskild kommun.

Genom ramlagen stärktes kommunstrukturen genom att kommuner slogs samman och genom att delar av kommuner anslöts till andra kommuner. Servicestrukturerna stärktes genom att den service som förutsätter ett större befolkningsunderlag än en kommun sammanfördes och genom att samarbetet mellan kommunerna utökades. Verksamhetens produktivitet förbättrades genom att kommunernas verksamhet effektiviserades vid ordnandet och produktionen av service samt genom att verksamhetsförutsättningarna för huvudstadsregionen och andra stadsregioner med problematisk samhällsstruktur stärktes. Enligt 5 § i ramlagen ska det i en kommun eller inom ett samarbetsområde som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som har ett nära samband med primärvården finnas åtminstone ungefär 20 000 invånare. Lagen gäller till utgången av 2020.

Inom den specialiserade sjukvården sker den administrativa integrationen genom de planer för ordnande av hälso- och sjukvård som kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt gör upp och genom de avtal om ordnande av specialiserad sjukvård som sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ingår. Planerna och avtalen beskrivs ovan (se s.).

Den gällande substanslagstiftningen om social- och hälsovården innehåller bestämmelser som på individnivå främjar samordningen av de tjänster som tillhandahålls en person.

I 42 § i socialvårdslagen föreskrivs det att en egen kontaktperson ska utses för socialvårdsklienten för den tid klientrelationen pågår. Den egna kontaktpersonen ska stödja klienten när det gäller att nå de egna målen och de mål som uppställts i klientplanen och som påverkar stödbehovet samt när det gäller att stärka och utnyttja klientens egna resurser. På motsvarande sätt föreskrivs det i 13 b § i barnskyddslagen att det för ett barn som är klient inom barnskyddet ska utses en socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter. Den egna kontaktpersonen eller den ansvariga arbetstagaren har en viktig roll i samordningen av klientens tjänster och i samarbetet med olika aktörer.

I den gällande lagstiftningen finns det också flera bestämmelser om samarbetskyldighet för social- och hälsovårdsmyndigheterna. I 41 § i socialvårdslagen föreskrivs det om sektorsövergripande samarbete vid bedömning av servicebehovet och tillhandahållande av socialvård. I 32

§ i hälso- och hälso- och sjukvårdslagen finns det en bestämmelse om samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården. Dessutom föreskrivs det bl.a. i 14 § i barnskyddslagen om tryggnad av multiprofessionell sakkunskap, i 12 § i lagen om företagshälsovård om samarbete inom företagshälsovården, i 4 § i äldreomsorgslagen om samarbete för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och i 12 § i handikappservice lagen om samarbete för att förbättra förhållandena för personer med funktionsnedsättning.

Den gällande lagstiftningen innehåller åtminstone följande bestämmelser om olika planer som ska utarbetas för patienter och klienter inom social- och hälsovården och som också har betydelse för samordningen av de tjänster en person får:

- en plan enligt 4 a § i patientlagen för undersökning, vård eller medicinsk rehabilitering
- en service- och vårdplan enligt 7 § i klientlagen
- en klientplan enligt 39 § i socialvårdslagen
- en serviceplan enligt 16 § i äldreomsorgslagen
- en serviceplan enligt 3 a § 2 mom. i handikappservice lagen
- en klientplan enligt 30 § i barnskyddslagen och vid behov som komplettering en plan för vård och fostran enligt 30 a § i den lagen
- en handlingsplan enligt 10 § 2 mom. i lagen om utkomststöd (1412/1997) för att hjälpa klienten att klara sig på egen hand
- en rehabiliteringsplan som görs upp med stöd av lagen om missbrukarvård (41/1986)
- en vård- och serviceplan enligt 7 § i lagen om stöd för närståendevård (937/2005).

Klient-, service-, vård- och rehabiliteringsplaner och andra motsvarande planer för klienter ska utarbetas i samförstånd med klienten utifrån en bedömning av klientens service- eller vårdbehov. Utarbetandet av en plan stöder en målinriktad och systematisk social- och hälsovård. I planen kan man i samförstånd med klienten komma överens om vad målet för åtgärderna ska vara och hur man ska göra för att uppnå det. En plan innehåller en bedömning av klientens behov av vård eller service, den planerade vården eller servicen samt tidtabellen och målen för genomförandet av vården eller servicen. Planen kan under verksamhetens gång flexibelt ändras om klientens behov eller omständigheterna i övrigt förändras. En plan är inte ett överklagbart beslut. Planer har numera också utarbetats i samarbete mellan olika social- och hälsovårdsaktörer och andra aktörer, med klientens samtycke.

2.4.9.2 Tjänster för barn, unga och familjer

Alla barn och unga använder de allmänna tjänster inom primärvården och undervisningsväsendet som kommunen tillhandahåller. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en kommun ordna rådgivningsbyråtjänster för barn under läropliktsålder och deras familjer, skolhälsovårdstjänster för eleverna vid de läroanstalter i kommunen som ger grundläggande utbildning och studerandehälsovårdstjänster för de studerande vid gymnasier, läroanstalter som ger grundläggande yrkesutbildning och högskolor och universitet i kommunen, oberoende av de studerandes hemvist.

Vid utgången av 2018 fanns det i Finland 385 188 barn under skolåldern. Av dem omfattades 99,5 procent av rådgivningsbyråtjänsterna inom primärvården. I småbarnspedagogisk verksamhet deltog ca 74 procent av barnen i åldern 1–6 år. När det gäller andelen barn som deltog i småbarnspedagogisk verksamhet fanns det stora skillnader beroende på åldersgrupp: av barnen under ett år deltog 1 procent, av tvååringarna 66 procent och av femåringarna närmare 89 procent. Den grundläggande utbildningen, och därmed även skolhälsovården och elevhälsan, omfattade 543 329 barn och unga i åldern 7–15 år. Sammanlagt omfattades närmare 930 000 barn och unga under 16 år av kommunernas allmänna undervisnings- och primärvårdstjänster vid utgången av 2018.

År 2018 fanns det 103 400 studerande inom gymnasieutbildningen och 196 400 studerande inom yrkesutbildningen. År 2019 deltog i yrkeshögskoleutbildning 140 415 studerande och i universitetsutbildning 134 409 studerande som avlägger lägre eller högre högskoleexamen. Sammanlagt uppgick antalet studerande på andra stadiet och högre nivå till ca 575 000.

Med elevhälsa avses enligt lagen om elev- och studerandevård (1287/2013) främjande och upprätthållande av skolelevers och studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välbefinnande och understödjande verksamheter inom läroanstalten. Bestämmelser om elevhälsa finns också i lagen om grundläggande utbildning (628/1998), gymnasielagen (714/2018) och lagen om yrkesutbildning (531/2017). Bestämmelser om den skol- och studerandehälsovård som ingår i elevhälsan finns dessutom i hälso- och sjukvårdslagen och i statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga, som utfärdats med stöd av den lagen. Elevhälsans kuratorsverksamhet utgör sådan kommunal socialservice som avses i 14 § i socialvårdslagen.

Elevhälsotjänsterna omfattar skol- och studerandehälsovård samt elevhälsans kurators- och psykologtjänster. Syftet med elevhälsan är att främja skolelevers och studerandes inläring, hälsa och välbefinnande samt delaktighet och att förebygga problem, att främja välbefinnandet i läroanstalten och i studiemiljön, en sund, trygg och tillgänglig läroanstalt och studiemiljö, gemensam verksamhet samt samarbetet mellan hemmet och läroanstalten och att säkerställa tidigt stöd för dem som behöver det. Elevhälsoarbetet omfattar såväl generellt som individuellt arbete, och personalen inom elevhälsan utför båda typerna av arbete.

Den kommun där läroanstalten finns är skyldig att ordna elevhälsotjänster för elever och studerande som deltar i förskoleundervisning och grundläggande utbildning och i gymnasie- och yrkesutbildning inom kommunens område. Skol- och studerandehälsovård tillhandahålls i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen alltid som hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt lagen om elev- och studerandevård kan kommunen besluta under vilken av dess olika förvaltningar kurators- och psykologtjänsterna ordnas. Dessutom kan en privat eller statlig utbildningsanordnare ordna kurators- och psykologtjänster helt eller delvis i egen regi och på egen bekostnad. Kommunen kan även ge utbildningsanordnaren stöd för att ordna dessa tjänster. Av de psykologer som svarade på de utredningar som Institutet för hälsa och välfärd gjorde bland elevvårdens psykologer inom den grundläggande utbildningen och på andra stadiet 2018 och 2019 arbetade 64–66 procent under det kommunala undervisningsväsendet och 22–24 procent inom hälsovårdsväsendet. Av de kuratorer som svarade på institutets motsvarande utredningar om kuratorsarbetet 2018 och 2019 hade 70–86 procent det kommunala undervisningsväsendet och 18–20 procent socialväsendet som arbetsgivare. Bland de svarande fanns det också personer som arbetade för privata utbildningsanordnare, utbildningssamkommuner och staten samt som självständiga yrkesutövare. (THL: Tutkimuksesta tiiviisti 4/2019, 5/2019, 54/2019 och 55/2019)

Bestämmelser om samarbetskyldighet för undervisningsväsendet och hälso- och sjukvården i en kommun finns i socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen och barnskyddslagen samt i

lagar om undervisningsväsendet. Enligt 15 § i hälso- och sjukvårdslagen ska den kommunala primärvården när den ordnar rådgivningsbyråttjänster samarbeta med instanser som svarar för småbarnspedagogik. I 7 § i lagen om småbarnspedagogik (540/2018) föreskrivs det på motsvarande sätt om skyldigheten att inom småbarnspedagogiken samarbeta med de instanser som ansvarar för rådgivningsverksamhet och övrig hälso- och sjukvård och för barnskydd och annan socialvård. Den myndighet som svarar för primärvården i kommunen ska enligt 16 och 17 § i hälso- och sjukvårdslagen delta i utarbetandet av läroplanen enligt 15 § i lagen om grundläggande utbildning och 12 § i gymnasielagen och av sätten att ordna den i 99 § i lagen om yrkesutbildning avsedda studerandevården som utbildningsanordnaren beslutar om, till den del dessa gäller elevhälsan och samarbetet mellan läroanstalten och hemmet. När kommunen ordnar skol- och studerandehälsovård ska den samarbeta med föräldrar och vårdnadshavare, med annan elevhälso- och undervisningspersonal och med andra relevanta instanser.

Barnskyddets syfte är att trygga barnets rätt till en trygg uppväxtmiljö, till en harmonisk och mångsidig utveckling samt till särskilt skydd. Kommunen ska enligt barnskyddslagen se till att förebyggande barnskydd samt barn- och familjeinriktat barnskydd till sin innebörd och omfattning ordnas så som behovet i kommunen förutsätter.

Förebyggande barnskydd innebär enligt barnskyddslagen planmässig och målinriktad verksamhet för att främja och trygga barns och ungas uppväxt, utveckling och välfärd samt ge stöd i föräldraskapet. Det förebyggande barnskyddet ges även inom den kommunala basservicen, såsom vid rådgivningsbyråerna för mödravård och barnavård, samt inom den övriga hälso- och sjukvården och inom dagvård, undervisning och ungdomsarbete. Exempelvis var sammanlagt 54 883 barn och unga klienter inom barnskyddets öppenvård 2018. Detta utgör 4,2 procent av befolkningens alla 0–20-åringar.

Klienterna hänvisas till det barn- och familjeinriktade barnskyddet när de förebyggande barnskyddsmetoderna inte räcker till för att trygga barnets säkerhet och sunda utveckling. Det barn- och familjeinriktade barnskyddet omfattar utarbetande av en utredning över behovet av barnskydd och en klientplan, ordnande av stödåtgärder inom öppenvården, brådskande placering och omhändertagande av barn samt den anknutna vården utom hemmet och eftervården. Omhändertagande enligt barnskyddslagen är alltid en åtgärd som vidtas i sista hand. Barnet eller den unga ska i första hand få de allmänna social- och hälsovårdstjänster som han eller hon behöver och vid behov hälsovård oberoende av sin vilja. Åldersgränsen för eftervård höjdes från 21 till 25 år den 1 januari 2020.

2.4.9.3 Tjänster för äldre

Äldreomsorgslagen trädde i kraft den 1 juli 2013. Den kompletterar den allmänna lagstiftningen och speciallagstiftningen om social- och hälsovården. Syftet med lagen är att stödja den äldre befolkningens välbefinnande och förbättra dess möjligheter att i kommunen delta i beredningen av beslut som påverkar denna befolknings levnadsförhållanden och i utvecklandet av den service som den behöver. Ett syfte med lagen är också att förbättra möjligheterna för äldre personer att få högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster och att påverka innehållet i de tjänster som ordnas för dem samt att påverka det sätt som tjänsterna utförs på.

Äldreomsorgslagen innehåller inga bestämmelser om tjänster som ska ordnas för äldre, med undantag för i 12 § avsedda tjänster som främjar välbefinnande och förebyggande tjänster. Social- och hälsovårdstjänsterna för äldre ordnas i första hand och huvudsakligen med stöd av de allmänna lagarna, dvs. socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Äldreomsorgslagen är som namnet på lagen antyder integrerad lagstiftning och anger lagstiftningsramar för tillhandahållandet av tjänster för äldre inom såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Den innehåller också bestämmelser (4 §) om det samarbete som ska bedrivas mellan de olika kommunala verksamheterna för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och om samarbete med andra aktörer som är verksamma i kommunen.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds uppföljning av situationen inom äldreomsorgen fanns det sammanlagt 98 900 klienter inom äldreomsorgen under uppföljningsveckan i maj 2018. Av dem fick 56 procent sin service inom hemvården och 44 procent inom heldygnsvården. Antalet klienter ökade kraftigt inom hemvården. På fyra år ökade antalet klienter inom hemvården med 7 500. Under uppföljningsveckan fick 43 100 klienter heldygnsvård. Antalet klienter hade minskat med 3 100 på fyra år. Till följd av servicestrukturomvandlingen har vård på äldreboende ersatts av serviceboende med heldygnsomsorg, och långtidsvården vid hälsocentralssjukhusen har minskat.

Heldygnsvård är vård i livets slutskede. Vården riktas i synnerhet till personer med en framskriden minnessjukdom. Av klienterna har 95 procent en minnessjukdom eller minnessymtom. Avsikten är att vården allt oftare ska genomföras så att klienten också kan få palliativ vård och vård i livets slutskede vid sin egen vårdenhets.

2.4.9.4 Mentalvårdsarbete och missbrukarvård

Ordnanandet av missbrukarvården som en del av socialvården grundar sig på 24 § i socialvårdslagen. Alkohol- och drogarbete enligt socialvårdslagen omfattar handledning och rådgivning, den särskilda service inom missbrukarvården som riktar sig till missbrukare av berusningsmedel, deras anhöriga och andra närstående samt övrig socialservice enligt 14 § i den lagen som stöder alkohol- och drogfrihet eller som behövs på grund av missbruk av berusningsmedel. Bestämmelser om alkohol- och drogarbete finns även i lagen om missbrukarvård. I den föreskrivs det att kommunerna ska ordna vården av missbrukare enligt behovet i kommunen såväl genom den allmänna servicen inom social- och hälsovården som genom särskild service för missbrukarvården. Bedömningen grundar sig på behovet av hjälp, stöd och vård. På motsvarande sätt omfattar mentalvårdsarbete enligt socialvårdslagen handledning och rådgivning inom socialservicen i fråga om de faktorer som skyddar och äventyrar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen, samordning av det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer samt socialvårdens mentalvårdstjänster, med vilket avses socialservice enligt 14 § som stöder individens psykiska hälsa.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller också bestämmelser om mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete som en del av primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt den lagen omfattar mentalvårdsarbete handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen, verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer samt mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar. Alkohol- och drogarbetet omfattar handledning och rådgivning som ingår i hälso- och sjukvårdstjänsterna och som gäller de faktorer som främjar eller utgör hinder för ett nyktert eller drogfritt liv och de faktorer i samband med användningen av berusningsmedel som äventyrar hälsan och säkerheten samt undersökning, vård och rehabilitering i samband med alkohol- och drogrelaterade sjukdomar. Bestämmelser om mentalvårdsarbete finns också i mentalvårdslagen. Enligt den omfattar mentalvårdsarbetet dels mentalvårdstjänster, dels åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden. Mentalvårdstjänsterna omfattar social- och hälsovårdstjänster för personer

som på medicinska grunder har konstaterats lida av mentalsjukdomar eller andra mentala störningar.

2.4.9.5 Prehospital akutsjukvård

Den prehospitala akutsjukvården ska i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour planeras och genomföras så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet.

Bestämmelser om samarbetet mellan centralen för prehospital akutsjukvård och socialjouren finns i 29 a § i socialvårdslagen. I 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs det om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har en skyldighet att i samband med den bedömning som krävs för brådskande vård, i enlighet med 35 § i socialvårdslagen bedöma om patientens behov av socialvård är uppenbart. I brådskande situationer ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren, som enligt 29 § i socialvårdslagen ska ordnas dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för alla åldrar.

Statens revisionsverk gav i juni 2019 ut ställningstagandet ”Styrningens inverkan på hur den prehospitala akutsjukvården fungerar”. Där konstateras det bl.a. att hemvården och den prehospitala akutsjukvården bör samarbeta mer systematiskt än tidigare. Resurserna för den prehospitala akutsjukvården skulle kunna utnyttjas mer effektivt, om informationen förmedlades och samarbetet var mer intensivt mellan prehospital akutsjukvård, jour, socialjour, hemvård och hemsjukvård. Social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt en styrgrupp för samarbetet mellan den prehospitala akutsjukvården och social- och hälsovårdsjouren, med mandat 1.6.2019–31.12.2023.

2.4.10 Social- och hälsovårdsutgifter

Kommunernas och samkommunernas nettodriftskostnader för social- och hälsovården uppgick 2018 till ca 18,3 miljarder euro. Ökningen jämfört med 2017 var ca 2,9 procent. Kostnaderna för den specialiserade sjukvården (6,9 miljarder euro) och primärvården (3,3 miljarder euro) utgjorde ca 56 procent av kostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna ordnar. Bland socialvårdstjänsterna uppgick kostnaderna för institutionsvård, serviceboende och övriga tjänster för äldre till ca 2,5 miljarder euro, för hemvård till ca 1,0 miljarder euro, för institutionsvård, boendeservice och övriga tjänster för personer med funktionsnedsättning till ca 1,9 miljarder euro och för tjänster för barn och familjer till ca 1,3 miljarder euro. Den relativt sett största ökningen 2018 skedde inom tjänsterna för barn och familjer, äldreomsorgen och den specialiserade sjukvården.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna i fråga om kostnaderna för social- och hälsovården. De återspeglar delvis servicebehovet, men i bakgrunden finns också andra faktorer, såsom lokala förhållanden, verksamhetssätt, anlitaandet av privat vård och företagshälsovård samt frågor som har samband med det lokala beslutsfattandet. En närmare bedömning av skillnaderna på landskapsnivå ingår i avsnitt 2.10.

Med beaktande av de privata social- och hälsovårdstjänsterna och läkemedelsutgifterna inom öppenvården var driftsutgifterna för hälso- och sjukvården ca 20,6 miljarder euro 2017. Jämfört med året innan ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna reellt med 2,4 procent. Utgifterna per invånare uppgick till 3 742 euro. År 2017 var utgifterna för hälso- och sjukvård i förhållande till

bruttonationalprodukten 9,2 procent. Detta var 0,2 procentenheter mindre än året innan. Utgifterna för läkemedel och andra medicinska konsumtionsvaror (2,5 miljarder euro) ökade reellt med 2,0 procent.

Statsandelarna till kommunerna varierar från kommun till kommun. Av kostnaderna för den kommunala social- och hälsovården täcks ca 7 procent med klientavgifter. År 2017 var den offentliga finansieringens andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården 73,9 procent och den privata finansieringens andel 26,1 procent. Den offentliga finansieringen ökade med 0,2 procentenheter från 2016. En närmare beskrivning av finansieringen av social- och hälsovården ingår i avsnitt 2.10.

2.5 Räddningsväsendet

2.5.1 Ansvaret för organiseringen av räddningsväsendet

Kommunerna ansvarar i enlighet med 24 § i räddningslagen för räddningsväsendets uppgifter i lagstadgat samarbete (det lokala räddningsväsendet). Statsrådet beslutar om indelningen av landet i räddningsområden och om ändring av den fastställda områdesindelningen. Räddningsområdets kommuner ska ha ett avtal om ordnande av räddningsväsendet.

Uppgifterna för det lokala räddningsväsendet har enligt överenskommelse mellan kommunerna inom räddningsområdet tilldelats en enskild kommun eller en samkommun. En del av kommunerna och samkommunerna sköter uppgifterna för det lokala räddningsväsendet i form av ett kommunalt affärsverk. Inom två räddningsområden sköter landskapsförbundet räddningsväsendets uppgifter. Det lokala räddningsväsendet i Finland omfattar 22 räddningsområden.

Enligt 27 § i räddningslagen ansvarar det lokala räddningsväsendet för räddningsväsendets servicenivå, för att räddningsverkets verksamhet ordnas på behörigt sätt och för andra uppgifter som åläggs det i den lagen. Det lokala räddningsväsendet sörjer för tillsynen över och fördelningen av resurser för räddningsverkets verksamhet i enlighet med vad som förutsätts i beslutet om servicenivån.

Enligt 25 § i räddningslagen ska det lokala räddningsväsendet ha ett räddningsverk för skötseln av uppgifterna inom räddningsväsendet. Räddningsverket utför de praktiska uppgifterna inom räddningsväsendet. En del av uppgifterna har dock uttryckligen angetts för sådana företrädare för räddningsmyndigheterna som är i det lokala räddningsväsendets tjänst. Dessa uppgifter är i regel förenade med avsevärd utövning av offentlig makt.

Enligt 25 § i räddningslagen kan det lokala räddningsväsendet i räddningsverksamheten anlita en frivillig brandkår, anstaltsbrandkår, industribrandkår, militärbrandkår (avtalsbrandkårer) eller någon annan sammanslutning som är verksam i räddningsbranschen enligt överenskommelse med dem. Avtalsbrandkårer och andra sammanslutningar som avses i räddningslagen får dock inte tilldelas uppgifter som innebär avsevärd utövning av offentlig makt. Sådana uppgifter är t.ex. utövande av myndighetsbefogenheter eller uppgifter som hör till inspektions- eller tillsynsverksamhet. Enligt uppgifter från 2018 fanns det 709 avtalsbrandkårer i Finland. Med avtalsbrandkårer avses sådana frivilliga brandkårer som bildats som föreningar och brandkårer som inrättats för ett företags eller en anläggnings eget behov och med vilka det lokala räddningsväsendet har slutit ett avtal om utförande av vissa av det lokala räddningsväsendets uppgifter.

Räddningsverken och avtalsbrandkårer utförde sammanlagt 114 934 räddnings- och biståndsoppdrag 2018. Räddningsverken sköter också social- och hälsovårdsväsendets prehospitala akutsjukvård (räddningsverkens ambulanser) med undantag för Kajanaland, Södra Österbotten,

Södra Karelen och Lappland. Räddningsverken utför årligen uppskattningsvis ca 540 000 uppdrag i anslutning till den prehospitla akutsjukvården. Om en enhet för prehospital akutsjukvård inte finns tillgänglig eller det skulle räcka länge innan den kommer, ersätts den av en räddningsenhet vars manskap har fått utbildning i första insatsen. Räddningsverken och avtalsbrandkårerna sköter dessutom nästan alla de uppgifter inom första insatsen som social- och hälsovården har ansvaret för att ordna. De uppgick 2018 till sammanlagt 25 267.

2.5.2 Utbildning och forskningsverksamhet

Staten sköter yrkesutbildningen inom räddningsväsendet och övrig utbildning som hör samman med räddningsväsendet. Inrikesministeriet kan också godkänna någon annan läroanstalt med ett offentligt samfund som huvudman än Räddningsinstitutet att ge yrkesinriktad grundutbildning inom räddningsbranschen.

Räddningsinstitutet ska ordna yrkesinriktad grundutbildning inom räddningsväsendet och nödcentralsverksamheten, utbildning som leder till yrkeshögskoleexamen för räddningsväsendets befäl, utbildning som ger beredskap för störningar under normala förhållanden och för undantagsförhållanden samt för sin del svara för forsknings- och utvecklingsverksamheten inom räddningsväsendet, samordningen av forskningsverksamheten samt vid behov även för andra uppgifter som lämpar sig för institutets verksamhetsområde.

Räddningsinstitutet ska dessutom under inrikesministeriets styrning sköta rekrytering samt materiell och logistisk beredskap i anknytning till lämnande av bistånd vid sådan internationell räddningsverksamhet som avses i 38 § i räddningslagen samt sköta den riksomfattande utbildningen och övningar i anknytning till internationell räddningsverksamhet. Räddningsinstitutet sköter i enlighet med vad inrikesministeriet bestämmer de praktiska arrangemangen i anknytning till lämnande av bistånd vid internationell räddningsverksamhet och är på det sätt som avses i 5 § i lagen om civilpersoners deltagande i krishantering (1287/2004) arbetsgivare för personer som deltar i internationell räddningsverksamhet.

2.5.3 Beredskap och förberedelser

Enligt beredskapslagen ska statsrådet, statliga förvaltningsmyndigheter, statens självständiga offentlighetsrättsliga inrättningar, övriga statsmyndigheter och statliga affärsverk samt kommunerna, samkommunerna och kommunernas övriga sammanslutningar genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden samt genom andra åtgärder säkerställa att deras uppgifter kan skötas så väl som möjligt också under undantagsförhållanden.

Räddningsväsendet ska enligt räddningslagen planeras och ordnas så att det är möjligt även under undantagsförhållanden enligt beredskapslagen. Bestämmelser om särskilda befogenheter för räddningsväsendet under sådana förhållanden finns i den lagen.

Räddningsväsendets myndigheter ska enligt räddningslagen förbereda sig på att sköta befolkningsskyddsuppgifter som hör till deras verksamhetsområde med tillräckliga planer och förberedelser genom att

- 1) sörja för den bedömning av krigstida hot och konsekvenserna av dem som befolkningsskyddsuppgifterna förutsätter,
- 2) utbilda och anslå personal samt lednings- och specialpersonal inom befolkningsskyddet samt annan personal för befolkningsskyddsuppgifter,

- 3) se till att lednings-, bevaknings- och larmsystem för befolkningskyddet inrättas och upprätthålls,
- 4) skapa beredskap för sådan förflyttning av befolkning som avses i 121 § i beredskapslagen, och
- 5) vidta även andra motsvarande åtgärder.

2.5.4 Utgifterna för räddningsväsendet

Enligt bokslutet för 2018 uppgick räddningsväsendets omkostnader inom det lokala räddningsväsendet till sammanlagt 415 miljoner euro, dvs. i genomsnitt 81 euro per invånare. Omkostnaderna per invånare varierade mellan 106 euro för Ådalarna och 58 euro för Mellersta Nyland (skillnaden mellan ytterligheterna 48 euro/invånare). Dessa variationer kan förklaras med områdesspecifika arrangemang för serviceproduktionen inom det lokala räddningsväsendet och med skillnader i servicebehovet inom olika områden. I omkostnaderna ingår inte avskrivningar, vars sammanlagda andel vid de lokala räddningsverken uppgick till 16 miljoner euro 2018.

Utgångsläget för räddningsväsendets del är att den regionala servicestrukturen och kostnadsnivån kan förklaras med följande faktorer. Staten har styrt servicenivån, inte strukturerna eller vad som är ändamålsenligt. Kommunerna har genomfört det lokala räddningsväsendet och före det sin egen serviceproduktion genom egna beslut och på egen bekostnad. Det lokala räddningsväsendet beslutar i enlighet med räddningslagen om sin servicenivå, och statens tillsyn (regionförvaltningsverken) har inriktats dels på besluten om servicenivån, dels på den faktiska servicenivån.

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

System med ett lokalt räddningsväsende har lett till större enhetlighet, men under liknande förhållanden förekommer det fortfarande olika produktionslösningar, som bidrar till att förklara kostnadsskillnaderna.

2.6 Förvaltningsstruktur och områdesindelning

2.6.1 Kommunstrukturen

Enligt 121 § i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyrelse för kommunens invånare. Enligt lagens 122 § utfärdas bestämmelser om grunderna för kommunindelning genom lag. Bestämmelser om grunderna för och förfarandena vid ändringar i kommunindelningen finns i kommunstrukturlagen.

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

grundade förutsättningar att svara för ordnandet och finansieringen av servicen för kommuninvånarna och för en tillräcklig egen serviceproduktion.

År 2020 finns det sammanlagt 310 kommuner i Finland, av vilka 16 finns på Åland och 294 i Fastlandsfinland. Antalet kommuner har minskat med närmare en tredjedel på 2000-talet. Trots att de sammanslagningar som har genomförts på 2000-talet har gjort att i synnerhet de allra minsta kommunerna har blivit färre, domineras kommunstrukturen fortfarande av små kommuner: endast ca 100 kommuner i Finland har fler än 10 000 invånare. Antalet kommuner med färre än 2 000 invånare har nästan halverats, men 2019 fanns det fortfarande sammanlagt 34 sådana kommuner (Fastlandsfinland).

Tabell 1 Kommunerna i Fastlandsfinland

Kommunerna i Fastlandsfin- land (exklusive Åland)	2008*		2019 **	
	antal	invånare	antal	invånare
Kommuner med färre än 2 000 invånare	63	88 481	34	48 871
Kommuner med 2 000–10 000 invånare	237	1 305 437	163	838 867
Kommuner med 10 000–20 000 invånare	46	662 382	41	596 663
Kommuner med fler än 20 000 invånare	53	3 305 512	55	4 203 729
Kommuner sammanlagt	399		294	

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

Statsrådet kan dock besluta om sammanslagning av kommuner trots fullmäktiges motstånd i två situationer. Statsrådet kan på framställning av kommunindelningsutredaren besluta om en ändring i kommunindelningen om ändringen är nödvändig för att trygga den lagstadgade servicen för invånarna i en kommun som befinner sig i en speciellt svår ekonomisk ställning. Enligt

kommunstrukturlagen kan dessutom en sammanslagning av kommuner genomföras trots fullmäktiges motstånd, om kommunindelningsutredarens förslag om en sammanslagning av kommunerna har fått majoritetens understöd i en folkomröstning som ordnats i en kommun som motsätter sig sammanslagningen.

2.6.2 Övriga områdesindelningar

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

Landskapsindelningen

Bestämmelser om landskapsindelningen finns i lagen om landskapsindelning (1159/1997), enligt vilken landet indelas i landskap för utvecklandet av regionerna och för planeringen av områdenas disposition. Ett landskap är ett område som består av kommuner vilka bildar en ändamålsenlig helhet i funktionellt och ekonomiskt hänseende samt med tanke på planeringen av området. Statsrådet beslutar om landskapens antal, områden och namn efter att ha hört de berörda förbunden på landskapsnivå och kommunerna, samt beslutar om de ändringar som gäller detta.

Bestämmelser om området för landskapet Åland finns i 2 § i självstyrelselagen för Åland.

I Finland finns det enligt statsrådets beslut om landskap (978/2019) 18 landskap, dvs. landskapen Nyland, Egentliga Finland, Satakunta, Egentliga Tavastland, Birkaland, Päijänne-Tavastland, Kymmenedalen, Södra Karelen, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen, Mellersta Finland, Södra Österbotten, Österbotten, Mellersta Österbotten, Norra Österbotten, Kajana-land och Lappland. I beslutet anges också vilka kommuner som hör till landskapens områden. Statsrådets beslut är ett överklagbart förvaltningsbeslut.

Enligt lagen om landskapsindelning ska, om inte något annat följer av särskilda skäl, verksamhetsområdena för statens regionförvaltningsmyndigheter grunda sig på landskapsindelningen så att verksamhetsområdet utgörs av ett eller flera landskap.

Landskapsförbunden

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

Regionförvaltningsverken

Regionförvaltningsverken är sådana statliga regionförvaltningsmyndigheter med flera olika verksamhetsområden som främjar regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Enligt 5 § i lagen om regionförvaltningsverken föreskrivs i fråga om antalet regionförvaltningsverk och deras verksamhetsområden, namn och verksamhetsställen genom förordning av statsrådet. Enligt 6 §

i lagen sköter varje regionförvaltningsverk inom sitt verksamhetsområde de uppgifter som föreskrivits för det och utövar den behörighet som tillkommer det, enligt vad som föreskrivs i lag. Ett regionförvaltningsverk kan dock sköta uppgifter också inom verksamhetsområdet för fler än ett regionförvaltningsverk, om de villkor som närmare anges i paragrafen är uppfyllda. Bestämmelser om utvidgning av verkens verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet, med undantag för uppgifter som gäller arbetarskyddet och miljötillståndsärenden, i fråga om vilka bestämmelser om en utvidgning av verksamhetsområdet utfärdas genom förordning av det behöriga ministeriet. Bestämmelser om regionförvaltningsverkens områdesindelning finns i statsrådets förordning om regionförvaltningsverken (906/2009). Områdesindelningen baserar sig på landskapsindelningen. Enligt förordningen finns det sex regionförvaltningsverk, dvs. regionförvaltningsverken i Södra Finland, Sydvästra Finland, Östra Finland, Västra och Inre Finland, Norra Finland och Lappland. I landskapet Åland finns dessutom Statens ämbetsverk på Åland, som delvis sköter samma uppgifter inom statens regionförvaltning som regionförvaltningsverken.

Närings-, trafik- och miljöcentralerna

Även närings-, trafik- och miljöcentralerna är sådana statliga regionförvaltningsmyndigheter med flera olika verksamhetsområden som främjar den regionala utvecklingen genom att i regionerna sköta statsförvaltningens verkställighets- och utvecklingsuppgifter. Enligt 4 § i lagen om närings-, trafik- och miljöcentralerna (897/2009) föreskrivs det i fråga om antalet närings-, trafik- och miljöcentraler och deras verksamhetsområden, namn och verksamhetsställen och om utvecklings- och förvaltningscentrets verksamhetsställe genom förordning av statsrådet. Enligt 5 § i lagen sköter en närings-, trafik- och miljöcentral inom sitt verksamhetsområde de uppgifter som föreskrivits för den och utövar den behörighet som tillkommer den, enligt vad som föreskrivs i lag. En närings-, trafik- och miljöcentral kan dock sköta uppgifter också inom verksamhetsområdet för fler än en central, om de villkor som närmare anges i paragrafen är uppfyllda. Bestämmelser om utvidgning av centralernas verksamhetsområden utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om närings-, trafik- och miljöcentralernas områdesindelning finns i statsrådets förordning om närings-, trafik och miljöcentralerna (1392/2014). Områdesindelningen baserar sig på landskapsindelningen. Enligt förordningen finns det 15 närings-, trafik- och miljöcentraler, dvs. närings-, trafik- och miljöcentralerna i Nyland, Egentliga Finland, Satakunta, Tavastland, Birkaland, Sydöstra Finland, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen, Mellersta Finland, Södra Österbotten, Österbotten, Norra Österbotten, Kajanaland och Lappland.

Samarbetsområdena för miljö- och hälsoskyddet

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

För närvarande finns det 62 tillsynsenheter inom miljö- och hälsoskyddet i Fastlandsfinland. Dessa är organiserade enbart för verkställigheten av uppgifterna inom miljö- och hälsoskyddet i en enskild kommun eller inom ett samarbetsområde som bildas av två eller flera kommuner eller så att de finns i anslutning till något annat verksamhetsområde i kommunen. Då lyder,

utöver miljö- och hälsoskyddet, oftast miljövärden, byggnadstillsynen eller social- och hälsovårdstjänsterna under samma organ. På detta sätt är 90 procent av samarbetsområdena organiserade. Ungefär 10 procent av tillsynsenheterna är organiserade så att de ansvarar enbart för verkställigheten av miljö- och hälsoskyddet.

Indelningen i valkretsar

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

2.7 Ordnande av kommunernas förvaltning och ekonomi

2.7.1 Kommunernas förvaltning

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

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

Kommunens allmänna kompetens

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

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

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

Den allmänna kompetensen har ansetts begränsa både kommunens egen verksamhet och möjligheten att sköta verksamheten i form av en stiftelse, en sammanslutning eller ett bolag. Kommunens allmänna kompetens utgör dock inget hinder för bestämmelser om hur kommunerna kan sköta uppgifterna. Exempelvis EU:s konkurrensrätt begränsar kommunens rätt att bedriva ekonomisk verksamhet inom den kommunala organisationen. EU:s konkurrensrätt begränsar dock inte kommunens möjligheter att bilda eller äga bolag.

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

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

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

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

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

Även om rättspraxis ger intryck av att principerna för begränsning av den allmänna kompetensen är tydliga, har kommunernas verksamhet i praktiken utvidgats på ett sätt som enligt tidigare rättspraxis inte ansågs tillåtet. Personalmatsalstjänster och bevakningstjänster som tillhandahålls utanför kommunens verksamhet är exempel på renodlat kommersiell verksamhet. Skötseln av dessa uppgifter har dock inte ifrågasatts utifrån principerna för begränsning av den allmänna kompetensen. Inte heller den lokala förankringen betonas på samma sätt som tidigare särskilt för varje kommun, utan den bedöms i ett vidare perspektiv med betoning på invånarnas livsmiljö och erhållna nytta. Principerna för den allmänna kompetensen lever således i tiden, betonas på

olika sätt och kan i olika uppgifter variera till följd av utvecklingen inom verksamhetsområdet. För att det inte ska uppstå tolkningsproblem har det i fråga om vissa uppgifter, bl.a. i elmarknadslagen (588/2013), föreskrivits att kommunen allmänt kan bedriva sådan affärsverksamhet.

Kommunens organ och ledning

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

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

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

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

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

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

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

Som ledningsmodell kan en kommun välja antingen en kommundirektör som tjänsteinnehavare eller en förtroendevald borgmästare. Kommundirektören, som är underställd kommunstyrelsen,

leder kommunens förvaltning, skötseln av kommunens ekonomi samt kommunens övriga verksamhet. Fullmäktige kan besluta att kommunen i stället för av en kommundirektör leds av en borgmästare, som alltid också är ordförande för kommunstyrelsen.

Kommunens förtroendevalda

Förtroendevalda i kommunen är ledamöterna och ersättarna i fullmäktige, personer som har valts till ledamöter i kommunens organ, personer som kommunen har valt till ledamöter i en samkommuns organ samt andra personer som har valts att sköta kommunala förtroendeuppdrag. En kommunal tjänsteinnehavare eller arbetstagare som på grundval av sin uppgift har valts till ledamot i ett kommunalt organ är dock inte kommunal förtroendevald.

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

I kommunallagen föreskrivs om förtroendevaldas rätt till upplysningar. Förtroendevalda har en mer omfattande rätt än andra att få upplysningar om sådana myndighetshandlingar som kommunen innehar och som den förtroendevalda anser behövliga i sitt uppdrag, dock inte sekretessbelagda uppgifter. Förtroendevalda har också rätt att av kommunens koncernledning få upplysningar som gäller verksamheten i kommunens dottersammanslutningar och som kommunen innehar, med de begränsningar som följer av sekretessbestämmelserna.

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

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

I kommunallagen är begränsningarna i valbarheten till fullmäktige mindre omfattande än till andra organ. De ärenden som behandlas av fullmäktige är allmänna till sin natur och berör ofta så gott som varje kommuninvånare. Samtidigt har det ansetts viktigt att valbarheten till fullmäktige inte begränsas alltför mycket, så att kommuninvånarna kan välja de personer som de vill ha som sina representanter.

Kommunstyrelsen är med tanke på kommunens verksamhet i praktiken det viktigaste organet, och dess uppgifter gör att det finns ett behov av begränsningar även i fråga om de personer som deltar i beslutsfattandet. Den som är valbar till kommunstyrelsen måste också vara valbar till fullmäktige. Vissa personer som är anställda hos kommunen eller kommunkoncernen är inte

valbara till kommunstyrelsen. Valbara är inte heller ledande personer i en affärsdrivande sammanslutning eller stiftelse, om det är fråga om en sådan sammanslutning eller stiftelse som kan ha väsentlig nytta eller lida väsentlig skada av hur de ärenden avgörs som normalt behandlas i kommunstyrelsen. Inte heller personer som ansvarar för bevakningen av personalens intressen är valbara till kommunstyrelsen. Majoriteten av ledamöterna i kommunstyrelsen ska vara personer som inte är anställda hos kommunen eller hos en sammanslutning där kommunen har bestämmande inflytande.

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

I 84 § i kommunallagen föreskrivs det om skyldigheten att redogöra för bindningar och om vem som har denna skyldighet. Dessa bestämmelser kompletterar bestämmelserna om valbarhet och jäv. Syftet med bestämmelserna är att göra beslutfattandet mer öppet och transparent.

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

Sökande av ändring

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

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

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

Kommunallagens bestämmelser om sökande av ändring är subsidiära i förhållande till bestämmelserna i speciallagar och viker för bestämmelser om omprövningsförfarande och förvalt-

ningsbesvär i en speciallag. Bestämmelserna om omprövningsförfarande i 7 a kap. i förvaltningslagen tillämpas däremot som komplement vid omprövningsbegäran enligt kommunallagen.

2.7.2 Kommunernas samarbetsformer

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

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

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

Ansvarig kommun

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

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

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

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

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

Modellen med en ansvarig kommun, tidigare känd som modellen med värdkommun, började användas i större omfattning i samband med kommun- och servicestrukturreformen. I ramlagen förutsattes det att värdkommunen inrättar ett gemensamt organ som avses i kommunallagen. Modellen väckte inte då någon större diskussion om andra kommuners än värdkommunens möjligheter att påverka, eftersom kommunerna kunde välja mellan en samkommun eller en ansvarig kommun som samarbetsmodell för social- och hälsovården. I praktiken har kommunerna i det samarbete som idkas i enlighet med ramlagen tagit modellen i bruk i förhållandet 40/60 (samkommun/ansvarig kommun).

Samkommun

I den speciallagstiftning som gäller lagstadgat samarbete förutsätts det att förvaltningen av såväl den specialiserade sjukvården som av omsorgen om personer med utvecklingsstörning ordnas enligt samkommunsmodellen. I kommunallagen finns betydligt mer ingående bestämmelser om samkommuner än om ansvariga kommuner och gemensamma organ. I lagen ingår bestämmelser om minimiinnehållet i grundavtalet, organ, valbarhet, finansiering, utträde och upplösning samt om tillämpningen på samkommuner av kommunallagens bestämmelser om kommuner. Dessutom föreskrivs det om formerna för offentligt samarbete mellan samkommunerna. Dessa är en gemensam tjänst, ett avtal om skötsel av en myndighetsuppgift och en affärsverksam kommun.

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

- 1) samkommunens namn, hemort och medlemskommuner,
- 2) samkommunens uppgifter samt vid behov om överföringen av ansvaret för organiseringen av kommunens uppgifter,
- 3) antalet representanter vid samkommunsstämman eller antalet ledamöter i samkommunsfullmäktige eller något annat organ som utövar den högsta beslutanderätten samt om grunderna för rösträtten,
- 4) samkommunens övriga organ samt om organens uppgifter och beslutanderätt och sammankallandet av dem,
- 5) vilket av samkommunens organ som bevakar samkommunens intressen, representerar samkommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna samkommunens namn,

- 6) medlemskommunernas andelar i samkommunens tillgångar och deras ansvar för samkommunens skulder samt om annat som gäller samkommunens ekonomi,
- 7) granskningen av samkommunens förvaltning och ekonomi,
- 8) ställningen för en medlemskommun som utträder ur samkommunen och för de medlemskommuner som fortsätter verksamheten,
- 9) förfarandet vid upplösning och likvidation av samkommunen.
- 10) det förfarande genom vilket samkommunens underskott täcks i en situation där medlemskommunerna inte har godkänt avtalet om balansering av samkommunens ekonomi,
- 11) ett system för att följa ekonomin och verksamheten och om rapporteringen till medlemskommunerna.

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

I lagen ingår också bestämmelser om det understöd som en ändring av ett grundavtal förutsätter. Om inte något annat bestäms i grundavtalet kan grundavtalet ändras, om minst två tredjedelar av medlemskommunerna understöder en ändring och deras invånarantal är minst hälften av det sammanräknade invånarantalet i samtliga medlemskommuner. Om kommunen enligt lag ska vara medlem i en samkommun inom något verksamhetsområde eller på ett visst område, kan en medlemskommun dock inte utan sitt samtycke åläggas att delta i skötseln av nya frivilliga uppgifter och i kostnaderna för dem.

Samkommunens högsta beslutanderätt utövas av samkommunsfullmäktige, som är ett organ som väljs av medlemskommunerna, eller samkommunsstämman. Samkommunsstämma ska hållas minst två gånger om året. Representanterna vid samkommunsstämman utses av medlemskommunernas kommunstyrelse eller av något annat kommunalt organ enligt beslut av medlemskommunernas fullmäktige. Medlemskommunerna utser sina representanter särskilt till varje stämma. I grundavtalet bestäms det om samkommunens övriga organ. Exempelvis ett sjukvårdsdistrikt har också en styrelse, och enligt 18 § i lagen om specialiserad sjukvård ska det i ett sjukvårdsdistrikt som omfattar kommuner med olika språk och tvåspråkiga kommuner finnas en nämnd med uppgift att utveckla och samordna den specialiserade sjukvården för den språkliga minoriteten i distriktet och den utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal som ges på minoritetens språk. Till medlemmar i nämnden ska det väljas personer som representerar sjukvårdsdistriktets kommuner med minoritetens språk och befolkningen med minoritetens språk i tvåspråkiga kommuner.

När det är fråga om annat samarbete än lagstadgat samarbete kan kommunerna besluta att samkommunen har endast ett organ. Då fördelar sig beslutanderätten mellan medlemskommunerna och samkommunens organ på det sätt som bestäms i grundavtalet.

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

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

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

Kommunernas samarbete och upphandlingar

Reviderad lagstiftning om upphandlingsförfarandet trädde i kraft vid ingången av 2017. Bestämmelser om skyldigheten för statliga och kommunala myndigheter samt övriga upphandlande enheter att konkurrensutsätta sin upphandling finns i lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016), nedan upphandlingslagen. Genom lagen har Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG, nedan det nya upphandlingsdirektivet (2014/24/EU, 28.3.2014 L 94), genomförts. Med stöd av direktiven har sådan offentlig upphandling inom EU som överskrider ett visst tröskelvärde öppnats för konkurrens. Det nya upphandlingsdirektivet omfattar en förteckning över tjänster i fråga om vilka man nationellt kan föreskriva om lättare upphandlingsförfaranden och vid konkurransutsättningen tillämpa ett högre EU-tröskelvärde (750 000 euro). Dessa bestämmelser kan också tillämpas på upphandling av social- och hälsovårdstjänster.

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

Det nya upphandlingsdirektivet ingriper inte i de upphandlande enheternas rätt att som egen verksamhet producera de tjänster som de ansvarar för. Upphandlingen behöver inte heller konkurransutsättas när den upphandlande myndigheten har organiserat sin tjänsteenhet till en separat underordnad juridisk person som i huvudsak erbjuder endast sina ägare tjänster. Även sådana strukturella samarbetsmodeller där tjänsteproduktionen bygger på en ensamrätt som myndigheten innehar enligt lagar eller andra offentliggjorda författningar är enligt artikel 11 i det nya

upphandlingsdirektivet befriade från konkurrensutsättningskyldigheten. I dessa fall har den upphandlande enheten ingen verklig möjlighet att välja tjänsteproducent.

Artikel 12 i det nya upphandlingsdirektivet innehåller bestämmelser om sådana olika modeller för samarbete mellan enheter som inte ska omfattas av direktivets tillämpningsområde. Artikel 12.1 innehåller bestämmelser om upphandlingarna hos anknutna enheter, dvs. så kallade in house-upphandlingar. Bestämmelserna i direktivet utvidgar möjligheterna till in house-upphandlingar. I praktiken faller dessa upphandlingar utanför tillämpningsområdet för upphandlingslagen. I in house-modellen gör den upphandlande myndigheten upphandlingen hos en formellt fristående och med tanke på beslutsfattandet oberoende enhet, men utövar likadant bestämmande inflytande hos den berörda juridiska personen som i sina egna enheter. Dessutom ska produktionsenheten producera tjänster i det närmaste endast för den upphandlande myndigheten. I 15 § i upphandlingslagen begränsas försäljningen av tjänster till andra än ägare så att sådan försäljning får uppgå till högst fem procent och högst 500 000 euro av affärsverksamheten.

Upphandlingar som uppfyller vissa villkor och som de upphandlande enheterna genomför tillsammans faller också, i enlighet med artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet, utanför skyldigheten att konkurrensutsetta även om de i sig är upphandlingar. I dessa gemensamma upphandlingar avtalas i enlighet med gemensamma mål som hänger samman med allmänintresset om samarbete i utförandet av de myndighetsuppgifter som myndigheterna ansvarar för. De uppgifter som de myndigheter som deltar i samarbetsarrangemanget har behöver inte vara identiska, utan de kan också stödja eller komplettera varandra. På så sätt kan man säkerställa att de uppgifter som myndigheterna ansvarar för blir skötta och de gemensamma målen nås. Genomförandet av samarbetet bygger uteslutande på överväganden som hänger samman med allmänintresset. Bakgrunden till artikel 12.3 i det nya upphandlingsdirektivet är EU-domstolens beslutspraxis. Finlands samkommunsmodell är, när den genomförs i enlighet med denna artikel, ett arrangemang som faller utanför skyldigheten att konkurrensutsetta. I enlighet med senaste nationella rättspraxis kan även modellen med en ansvarig kommun enligt kommunallagen uppfylla de villkor som anges i artikel 12 i direktivet, när serviceproduktionen under ett gemensamt organs bestämmande inflytande och enligt villkor som noggrant anges i grundavtalet genomförs i syfte att sköta alla medlemskommuners gemensamma uppgift.

Myndighetsverksamhet som har avgränsats med stöd av lagstiftning kan inte anses vara ett sådant upphandlingskontrakt som avses i upphandlingslagstiftningen. Situationerna uppfyller även de krav på och förutsättningar för horisontellt samarbete som ingår i EU-domstolens beslutspraxis och i det nya upphandlingsdirektivet. Det är inte fråga om en konkurrenssituation med privata producenter, och ingen privat tjänsteproducent har heller en fördelaktigare ställning än sina konkurrenter.

Kommuner och samkommuner som koncerner

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

Begreppet kommunalt affärsverk är ett allmänbegrepp som kan avse tre olika typer av affärsverk: en kommuns affärsverk, en samkommuns affärsverk eller en affärsverkssamkommun.

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

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

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

2.7.3 Kommunens ekonomi

Bestämmelser om kommunens ekonomi samt utvärderingsförfarandet

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

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

I 110 § i kommunallagen ingår bestämmelser om balansen i kommunens ekonomi och skyldigheten att täcka ett underskott. Ekonomiplanen ska vara i balans eller visa överskott. Skyldigheten att täcka underskott har kopplats samman med ett underskott som bokslutet visar, och

detta ska täckas senast inom fyra år från ingången av det år som följer efter det då bokslutet fastställdes. Skyldigheten att täcka underskott kan inte skjutas upp, utan i ekonomiplanen ska det beslutas om specificerade åtgärder genom vilka underskottet täcks under den nämnda tidsperioden. Skyldigheten att täcka underskott gäller också samkommuner. Enligt 117 § i kommunallagen ansvarar en samkommuns medlemskommuner i sista hand för finansieringen av samkommunen. Medlemskommunerna ska i grundavtalet avtala om ansvarsfördelningen mellan kommunerna när det gäller finansieringen av sådana utgifter i samkommunen som inte kan täckas på något annat sätt.

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

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

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

I 118 § i kommunallagen föreskrivs det om utvärderingsförfarandet i fråga om kommuner som har en speciellt svår ekonomisk ställning. Kommunen och staten ska tillsammans utreda kommunens möjligheter att garantera sina invånare de tjänster som lagstiftningen kräver och vidta åtgärder för att trygga förutsättningarna för tjänsterna, om de i paragrafen avsedda förutsättningarna för utvärderingsförfarande i en kommun som har en speciellt svår ekonomisk ställning är uppfyllda. En kommun kan bli föremål för ett utvärderingsförfarande antingen utifrån underskottet per invånare i balansräkningen eller utifrån gränsvärdena för de nyckeltal som gäller för kommunkoncernens ekonomi. Dessutom kan ett utvärderingsförfarande inledas om kommunen inte har täckt underskottet inom den tid som anges i kommunallagen. Inledandet av ett utvärderingsförfarande är beroende av finansministeriets prövning.

För kommunens utvärderingsförfarande tillsätts det en utvärderingsgrupp där en av medlemmarna utses av finansministeriet och en av kommunen. Efter att ha hört kommunen utser finansministeriet till ordförande för gruppen en person som är oavhängig av kommunen och ministeriet. Gruppen lägger fram ett förslag till åtgärder som behövs för att trygga servicen till invånarna. Vid behov avgör finansministeriet utgående från gruppens åtgärdsförslag och besluten

av fullmäktige i den kommun som är föremål för utvärderingsförfarandet om det i syfte att ändra kommunindelningen behövs en sådan särskild utredning som avses i kommunstrukturlagen.

I 119 § i kommunallagen föreskrivs det om ett sådant förfarande i en samkommun som motsvarar utvärderingsförfarandet i fråga om kommuner som har en speciellt svår ekonomisk ställning. I samkommuner avviker utvärderingsförfarandet från utvärderingsförfarandet i kommuner när det gäller förutsättningarna för att inleda ett förfarande och genomförandet av förfarandet. Bedömningen av om ett utvärderingsförfarande ska inledas i en samkommun görs enbart utifrån om ett underskott i balansräkningen inte har täckts. I förfarandet utses en utredare som har till uppgift att utarbeta ett förslag till avtal mellan samkommunen och dess medlemskommuner om balanseringen av samkommunens ekonomi. Beroende på orsakerna till samkommunens underskott kan det i det åtgärds paket som utredaren föreslår ingå både åtgärder som gäller samkommunen och åtgärder som gäller medlemskommunerna.

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

2.7.4 Granskning av förvaltning och ekonomi

Granskning av kommuners och samkommuners förvaltning och ekonomi

I 14 kap. i kommunallagen föreskrivs det om granskning av kommuners förvaltning och ekonomi. Bestämmelserna tillämpas också på samkommuner.

Fullmäktige tillsätter en revisionsnämnd som ska bereda de ärenden som gäller granskningen av förvaltningen och ekonomin och som fullmäktige ska fatta beslut om. Revisionsnämnden bedömer om de mål för verksamheten och ekonomin som fullmäktige satt upp har nåtts och om verksamheten är ordnad på ett resultatrikt och ändamålsenligt sätt. Om kommunens balansräkning visar underskott som saknar täckning, ska revisionsnämnden bedöma hur balanseringen av ekonomin utfallit under räkenskapsperioden och om de planerade åtgärderna för att täcka underskottet är tillräckliga. Resultaten av utvärderingen ska finnas i den utvärderingsberättelse för räkenskapsperioden som lämnas till fullmäktige i samband med bokslutet.

Revisionsnämnden ska även lägga fram förslag för fullmäktige om godkännande av bokslutet och beviljande av ansvarsfrihet för de redovisningsskyldiga med beaktande av revisorns utlåtanden i revisionsberättelsen. I de uppgifter som gäller ordnandet av granskningen ingår också att samordna granskningen av kommunkoncernen.

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

Revisorerna ska före utgången av maj månad med iakttagande av god revisionssed inom den offentliga förvaltningen granska räkenskapsperiodens förvaltning, bokföring och bokslut. Granskningsansvaret omfattar framför allt granskning av att kommunens förvaltning har skötts enligt lag samt att bokslutet är riktigt och ger tillräckliga uppgifter. Revisorerna ska även

granska om uppgifterna om grunderna för statsandelarna är riktiga och om kommunens interna kontroll och riskhantering samt koncernövervakningen har ordnats på behörigt sätt.

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

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

Fullmäktige ska enligt 14 § i kommunallagen fatta beslut om grunderna för den interna kontrollen och riskhanteringen samt enligt 90 § ta in behövliga bestämmelser om detta i förvaltningsstadgan. Enligt 39 § ska kommunstyrelsen sörja för kommunens interna kontroll och ordnandet av riskhanteringen. Kommunallagen innehåller inga särskilda bestämmelser om funktionen för intern revision, som ska betraktas som en del av kommunens interna kontroll och ledningssystem. Enligt lagens 48 § svarar kommunens koncernledning, dvs. kommunstyrelsen och andra särskilda myndigheter, för ordnandet av koncernövervakningen, om inte något annat bestäms i förvaltningsstadgan.

Statens revisionsverk som granskare av förvaltningen och ekonomin

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

I lagen om statens revisionsverk (676/2000) ingår närmare bestämmelser om verkets ställning, uppgifter och befogenheter samt om tillgodoseendet och omfattningen av rätten att få uppgifter.

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

Enligt lagen om statens revisionsverk utfärdar revisionsverket närmare bestämmelser om sin granskningsverksamhet och planeringen av den samt om god revisionssed som ska iakttas vid granskningarna. Granskning utförs utgående från en granskningsplan som fastställs av revisionsverket. I praktiken fullgör revisionsverket sin granskningsuppgift i enlighet med de revisionsanvisningar som grundar sig på de internationella Issai-revisionsstandarder som fastställs av Internationella organisationen för högre revisionsorgan Intosai, genom att verket utför redo-

visningsrevision, laglighetsgranskning och effektivitetsrevision samt granskning av finanspolitiken och andra granskningar som kombinerar olika revisionsmetoder. Dessutom övervakar revisionsverket finanspolitiken. De allmänna principerna för inriktningen av granskningsverksamheten är inom verkets praxis sakens direkta och indirekta statsfinansiella betydelse på kort och lång sikt, sakens betydelse för riksdagen i utövandet av den finansiella makten och för statsrådet i styrningen och övervakningen av statsfinanserna och förvaltningen samt sakens betydelse för genomförandet av principerna för god förvaltning och resultat och för medborgarnas och intressentgruppernas förtroende för statens ekonomi.

2.8 Finansiering av kommunal verksamhet

2.8.1 Allmänt om finansieringen av kommunal verksamhet

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

Av kommunernas skatteinkomster inflyter i genomsnitt 84 procent av kommunalskatten, ca 8 procent av samfundsskatten och ca 8 procent av fastighetsskatten. Skatternas andel av kommunernas inkomster utgör i genomsnitt ca 58 procent. Av de största kommunernas inkomster består nästan 64 procent av skatteinkomster. Som lägst är skatteinkomsternas andel av inkomsterna 23 procent. Den genomsnittliga vägda inkomstskattesatsen har stigit med 1,29 procentenheter 2009–2019. Den kommunala skattesatsen har under denna tidsperiod stigit i ungefär 300 kommuner. Utöver höjningen av den genomsnittliga inkomstskattesatsen har också skillnaden i skattesatsen mellan kommunerna med den högsta och den lägsta skattesatsen ökat så gott som årligen. År 2019 var den lägsta inkomstskattesatsen 17,00 procent och den högsta 22,50 procent.

Verksamhetsinkomsternas andel av inkomsterna varierar kraftigt mellan enskilda kommuner, och variationen är betydande också från år till år. Verksamhetsinkomsterna påverkas tydligt också av sättet att organisera tjänsterna. I kommuner med över 100 000 invånare var år 2018 avgifts- och försäljningsinkomsternas andel av verksamhetsinkomsterna något mer än hälften. När det gäller social- och hälsovårdstjänster har klientavgifternas andel av finansieringen av tjänsterna minskat i någon mån de senaste åren. Inom den kommunala sektorn var klientavgifternas andel av finansieringen av social- och hälsovårdens omkostnader ca 1,5 miljarder euro, dvs. 7 procent, 2018.

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

Tabell 2: Kommunernas skatteinkomster, statsandelar och verksamhetsinkomster 2018, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Verksa mhe	Skatteinkomster	Statsandelar	Verksamhetsinkomster, skatteinkomster och statsandelar sammanlagt	Verksamhetsinkomsternas andel	Skattein-	Statsan-

		tsin-					koms-	lar-	
	€/inv.	€/in	€/inv.	€/in		€/inv.	andel	nas	
		v.		v.			%	andel	
Fast- landsfi nland	5 488 1 30	1 423	4 067	1 541		7 032	20,2	57,9	21,9
under 2 000	48 871	1 664	3 362	3 536		8 561	19,4	39,3	41,3
2 000 – 6 000	383 071	1 167	3 324	3 207		7 698	15,2	43,2	41,7
6 001 – 10 00 0	455 79 6	1 12 4	3 641	2 571		7 435	16,5	49,0	34,5
10 00 1– 20 00 0	596 663	1 299	3 638	2 077		7 013	18,5	51,9	29,6
20 00 1– 40 00 0	819 892	1 240	4 016	1 531		6 788	18,3	59,2	22,6
40 00 1– 100 0 00	1 013 940	1 467	3 948	1 571		6 986	21,0	56,5	22,5
över 100 0 00	2 169 897	1 589	4 497	828		6 913	23,0	65,0	12,0

Kommunernas verksamhetskostnader per invånare är störst i kommuner med mindre än 2 000 invånare. Skillnaderna mellan olika kommungrupper är stora. I de största kommunerna med

över 100 000 invånare var utgiftsnivån år 2018 nästan 2 000 euro lägre per invånare än i den ovannämnda minsta kommungruppen. I medelstora kommuner är utgiftsnivån 1 000–1 200 euro lägre per invånare.

Tabell 3: Kommunernas verksamhetskostnader 2018, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Verksamhetskostnader	Verksamhetskostnader
		1 000 €	€/inv.
Fastlandsfinland	5 488 130	36 914 948	6 726
under 2 000	48 871	410 548	8 401
2 000–6 000	383 071	2 856 323	7 456
6 001–10 000	455 796	3 288 668	7 215
10 001–20 000	596 663	4 052 019	6 791
20 001–40 000	819 892	5 395 178	6 580
40 001 - 100 000	1 013 940	6 948 044	6 853
över 100 000	2 169 897	13 964 168	6 435

Under 2000-talet har kommunernas och samkommunernas investeringar (brutto) ökat i rätt jämn takt, i genomsnitt nästan 5 procent per år. Värdet av bruttoinvesteringarna var 4,8 miljarder euro 2018.

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

Kommunernas och samkommunernas interna finansiering har de senaste åren inte räckt för att finansiera investeringar. Detta har lett till en snabb ökning av lånebeståndet, som har stigit under hela 2000-talet och var i slutet av 2018 redan ca 8 procent i förhållande till bruttonationalprodukten.

Tabell 4: Kommunernas lånebestånd 2018, enligt kommunstorlek

	Invånarantal	Proportionell skuldsättningsgrad	Soliditet	Lånebestånd	Lånebestånd
		%	%	1 000 €	€/inv.
Fastlandsfinland	5 488 130	58,6	59,6	16 729 981	3 048

under 2 000	48 871	46,7	58,8	145 108	2 969
2 000 - 6 000	383 071	45,9	55,1	1 073 644	2 803
6 001 - 10 000	455 796	53,4	51,7	1 368 758	3 003
10 001 - 20 000	596 663	57,9	48,4	1 854 095	3 107
20 001 - 40 000	819 892	58,3	50,2	2 353 099	2 870
40 001 - 100 000	1 013 940	64,6	49,5	3 507 042	3 459
över 100 000	2 169 897	60,6	68,0	6 428 235	2 962

Kommunernas koncernlånebestånd

Tabell 5: Kommunernas koncernlånebestånd 2018, enligt kommunstorlek

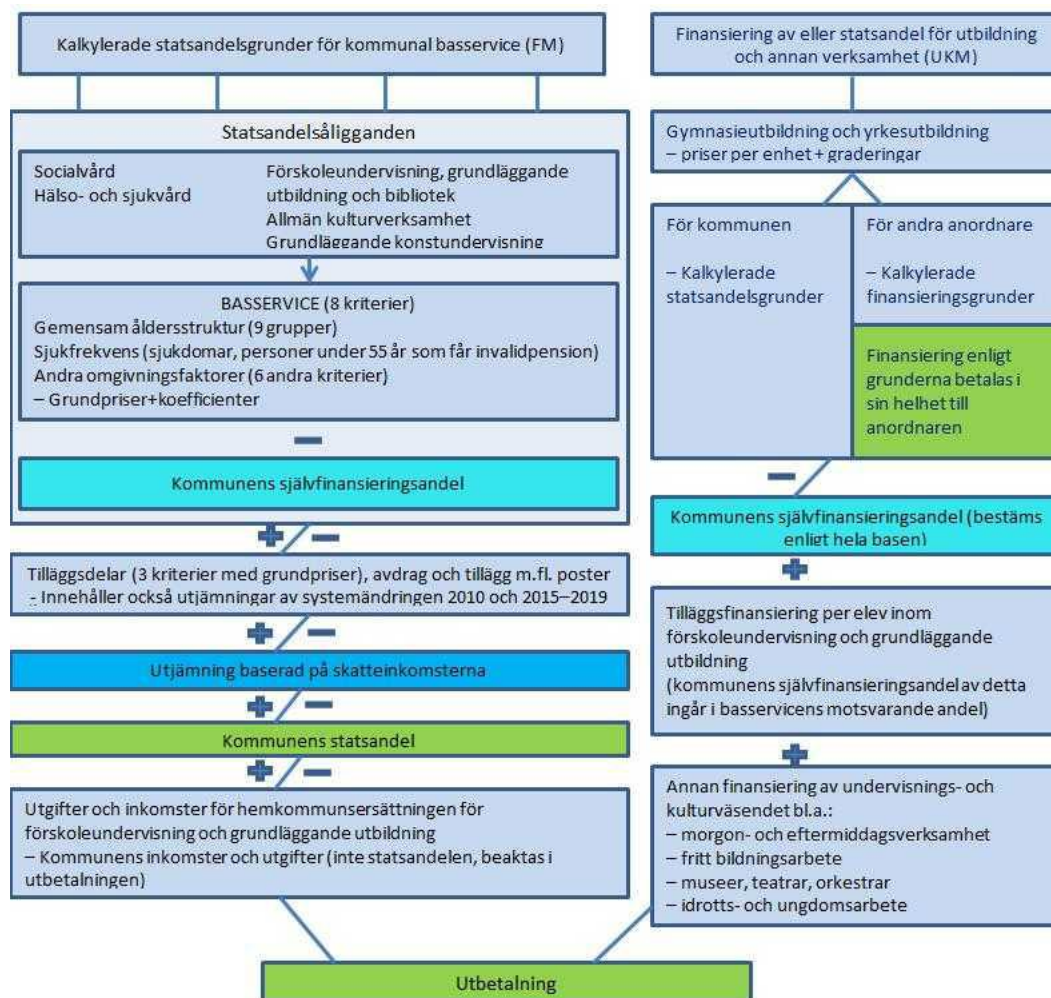
	Invånarantal	Lånebestånd 1 000 €	Lånebestånd €/inv.
Fastlandsfinland	5 458 325	32 689 492	6 540
under 2 000	44 863	192 687	4 295
2 000 - 6 000	416 629	1 914 827	4 596
6 001 - 10 000	460 767	2 245 318	4 873
10 001 - 20 000	663 257	3 283 785	4 951
20 001 - 40 000	781 650	4 322 5225	5 530
40 001 - 100 000	1 015 590	6 847 108	6 742
över 100 000	2 075 569	16 911 736	8 148

Statsandelssystemet

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

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

Figur 1: Kommunernas nuvarande statsandelssystem (inkl. finansieringen av undervisnings- och kulturverksamhet)



Statsandelssystemet för kommunal basservice

Strukturellt sett består statsandelssystemet för kommunal basservice av två delar: en utjämning av skillnader i kostnader och behov och en utjämning av inkomstbasen. I 1 § i lagen om statsandel för kommunal basservice föreskrivs om s.k. statsandelsåligganden. I den paragrafen anges de lagar i vilka det föreskrivs om uppgifter för vars driftskostnader det med stöd av lagen beviljas statsandel.

Som grunder för beräkning av statsandelen för kommunal basservice (statsandelsgrunder) används de kalkylerade kostnaderna för statsandelsåliggandena samt grunderna för bestämmande

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

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

De kalkylerade kostnaderna för statsandelen för basservice grundar sig huvudsakligen på kostnaderna för varje åldersgrupp och sjukfrekvensen, vilka har en vikt på sammanlagt 94 procent. Sjukfrekvenskoefficientens delfaktorer är hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård. Som övriga kalkylerade statsandelsgrunder används en arbetslöshetskoefficient, en främmandespråkskoefficient, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, en befolkningstäthetskoefficient och en utbildningsbakgrundskoefficient. Som grunder för bestämmande av tilläggsdelar används fjärrort, självförsörjningsgraden i fråga om arbetsplatser och kommun inom samernas hembygdsområde.

Genom utjämning av statsandelen på basis av kommunens kalkylerade skatteinkomster utjämnas skillnader i kommunernas inkomstskattebas. Syftet är att ge alla kommuner ekonomiska förutsättningar att ordna likvärdig basservice för kommuninvånarna med skälig kommunalskattebelastning och avgiftsnivå. I 29 § i lagen föreskrivs om utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna. Kommunen beviljas en på skatteinkomsterna baserad ökning av statsandelen (utjämningsstillägg), om kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare är mindre än det belopp som fås genom att alla kommuners sammanräknade kalkylerade skatteinkomster divideras med kommunernas sammanräknade invånarantal (utjämningsgräns). Kommunen får i utjämningsstillägg 80 procent av skillnaden mellan utjämningsgränsen och kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare. Om kommunens kalkylerade skatteinkomst per invånare överskrider utjämningsgränsen, görs ett utjämningsavdrag från kommunens statsandel. Utjämningsavdraget är 30 procent av det belopp per invånare som överskrider utjämningsgränsen adderat med den överskjutande delens naturliga logaritm. Den naturliga logaritmen omvandlas till procentenheter.

I lagens 30 § föreskrivs det om höjning av statsandelen enligt prövning. En kommuns statsandel kan på ansökan höjas efter prövning inom ramen för statsbudgeten, om kommunen i första hand på grund av exceptionella eller tillfälliga kommunalekonomiska svårigheter är i behov av ökat ekonomiskt stöd. I statsbudgeten för 2020 ingår ett anslag på 10 miljoner euro för höjning av kommunernas statsandel enligt prövning. Höjningen enligt prövning finansieras med motsvarande belopp av statsandelen för basservice.

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

I lagens 36 a § föreskrivs det om beaktandet av ändringar av beskattningsgrunderna i statsandelen. På grund av olika slags avdrag i beskattningen motsvarar kommunernas inkomstkattesatser (det nominella skatteuttaget) inte det faktiska skatteuttaget i kommunerna. År 2019 utgjorde ca en fjärdedel av statsandelen för basservice kompensation för förlorade skatteinkomster till följd av ändringar i beskattningsgrunderna. I budgetpropositionen för 2020 ingår en ändring där kompensationerna överförs från statsandelen för basservice till ett eget moment. På 2020 års nivå uppgår de ersättningar för skatteförluster som föranleds av ändringarna i beskattningsgrunderna till nästan 2,3 miljarder euro.

I lagens 36 § föreskrivs det om olika tidsbegränsade minskningar och ökningar av statsandelen till kommunerna. Som sådana tidsbegränsade minskningar kan nämnas bl.a. finansieringen av avdraget i samband med pensionsstödsreformen, finansieringen av incitamentssystemet för digitalisering och finansieringen av sjukvårdshelikopter- och läkarhelikopter verksamhet.

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

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

Finansieringen av undervisnings- och kulturväsendet

I lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet föreskrivs det om statsandelar och statsunderstöd som beviljas kommuner, samkommuner, registrerade sammanslutningar, stiftelser och statliga affärsverk för driftskostnader samt om annan finansiering av sådan verksamhet som förtecknas i lagens 1 §. I förteckningen ingår gymnasielagen, lagen om yrkesutbildning, ungdomslagen, idrottslagen (390/2015), museilagen (314/2019) samt teater- och orkesterlagen (730/1992). I lagen föreskrivs det också om statsunderstöd för anläggningsprojekt enligt idrottslagen, museilagen samt teater- och orkesterlagen. För sådana uppgifter som gäller grundläggande utbildning, grundläggande konstundervisning, bibliotek och kommunernas kulturverksamhet och som är frivilliga för kommunerna och som alla kommuner inte ordnar, eller som endast omfattar en del av eleverna eller invånarna, betalas finansieringen på basis av lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet.

Statsandelarna enligt lagen om finansiering av undervisnings- och kulturverksamhet baserar sig dels på kalkylmässiga priser per enhet, enligt vilka finansiering utbetalas till huvudmannen för verksamheten, dels på kommunens finansieringsandel per invånare, som dras av vid utbetalningen av kommunens statsandel. Den i euro räknat största delen av finansieringen enligt lagen är den finansiering enligt det kalkylerade priset per enhet som beviljas utbildningens huvudman för gymnasieutbildning, yrkesutbildning och yrkeshögskolor. För kommunerna är finansieringen av undervisnings- och kulturverksamheten i genomsnitt negativ, eftersom endast huvudmännen får finansieringen i fråga, men alla kommuner deltar i finansieringen av utbildningen på andra stadiet i enlighet med invånarantalet. Den allmänna nivån på priserna per enhet justeras enligt förändringen i kostnadsnivån och de faktiska kostnaderna. Finansieringen är icke öronmärkt, dvs. inte bunden till bestämda ändamål.

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

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

2.8.2 Finansieringen av social- och hälsovården och kostnadsfördelningen mellan kommunerna

Driftskostnader

Kostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna ansvarar för att ordna uppgick 2018 till sammanlagt 21,6 miljarder euro i Fastlandsfinland. Detta var 45,4 procent av den kommunala sektorns driftskostnader på ca 47,6 miljarder euro 2018. Av driftskostnaderna för social- och hälsovården stod den specialiserade sjukvården för en tredjedel och primärvården för en femtedel. De övriga uppgiftskategorierna stod alltså för mindre än hälften. Skillnaderna mellan kommunerna är stora när det gäller såväl social- och hälsovårdens utgiftsandelar som utgifterna per invånare.

Kommunerna erhåller statsandel för driftskostnaderna för social- och hälsovården i enlighet med lagen om statsandel för kommunal basservice på det sätt som förklaras i föregående avsnitt. De statsandelar som betalas för ordnande av kommunal basservice utgör med vissa undantag icke öronmärkt finansiering till kommunerna för ordnande av statsandelsåligganden. År 2018 betalades det 8,6 miljarder euro i statsandelar för basservice.

Förutom statsandelen för basservice riktar staten finansiering till kommunsektorns social- och hälsovård och därtill anknuten verksamhet även via flera andra moment i statsbudgeten. Sådana poster är bl.a. statsandelen för kostnaderna för grundläggande utkomststöd, den statliga ersättningen till kommunala hälso- och sjukvårdsenheter för kostnaderna för läkar- och tandläkarutbildningen, den statliga finansieringen av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå samt den statliga ersättningen till kommunerna för ordnandet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.

Investeringar

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

Enligt lagen om temporär begränsning av vissa av kommunernas och samkommunernas rättshandlingar inom social- och hälsovården (548/2016), den s.k. begränsningslagen, som trädde i

kraft 2016, har kommunerna eller samkommunerna varit tvungna att av social- och hälsovårdsministeriet ansöka om dispens för investeringar för vilka de totala kostnaderna exklusive mervärdesskatt överskrider fem miljoner euro. I oktober 2019 hade kommuner och samkommuner beviljats sammanlagt 82 dispenser för investeringar i byggnader under lagens giltighetstid. Det totala värdet på de beviljade dispensererna uppgick till ca 3,66 miljarder euro, varav andelen för samkommunerna för ett sjukvårdsdistrikt uppgick till ca 2,99 miljarder euro och kommunernas andel till ca 0,67 miljarder euro.

Specialstatsandelar och specialstatsunderstöd

Undervisningsverksamhet

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

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

I hälso- och sjukvårdslagen ingår också bestämmelser om hur ersättning för kostnader som orsakats av utbildning både i fråga om grundutbildning och i fråga om specialiseringsutbildning betalas till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården än universitetssjukhus. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller dessutom bestämmelser om ersättning till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården för kostnader för viss tilläggsutbildning och fortbildning för läkare och tandläkare samt för kostnader för utbildning som krävs för begränsad förskrivningsrätt för sjukskötare, barnmorskor och hälsovårdare.

I 60 a § i socialvårdslagen föreskrivs det om ersättning för undervisningsverksamhet inom socialvården. Enligt bestämmelsen kan de universitet som anordnar specialiseringsutbildning inom socialt arbete betalas ersättning av statsmedel för kostnader som orsakas av utbildningen. Ersättningen baserar sig på antalet yrkesutbildade personer inom socialvården som genomgått utbildningen.

Forskningsverksamhet

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

Samkommuner för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område inrätta en forskningskommitté för hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå. Kommittén ska bestå av representanter för de olika vetenskapsområdena från verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården i specialupptagningsområdet. Forskningskommittén beslutar på ansökan om beviljande av forskningsfinansiering. En kommun som är huvudman för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården, en samkommun, ett statligt sinnessjukhus eller en tjänsteproducent som bestäms genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan ansöka om finansiering för hälsovetenskaplig forskning.

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

Forskningen inom socialvården omfattas för närvarande inte av statens system för forskningsersättning, men regeringen lämnade den 6 februari 2020 en proposition om detta (regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av socialvårdslagen, RP 5/2020 rd). Enligt propositionen kan social- och hälsovårdsministeriet årligen på ansökan bevilja statlig finansiering för sådana forskningsprojekt inom socialt arbete på universitetsnivå som är förenliga med insatsområdena och målen för forskningen inom socialt arbete och som har genomgått kollegial bedömning. Social- och hälsovårdsministeriet ska tillsätta en av sakkunniga bestående nationell utvärderingsgrupp för forskning i socialt arbete. Utvärderingsgruppen har till uppgift att årligen för ministeriet lägga fram förslag till insatsområden och mål för forskningsverksamheten för följande år samt att följa och utvärdera genomförandet av de projekt som fått finansiering. Ministeriet ska utifrån den kollegiala bedömningen besluta vilka projekt som får finansiering efter att ha hört utvärderingsgruppen. Behandlingen av regeringens proposition pågår i riksdagen.

2.9 Skattesystemet

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

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

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

Utgångspunkten för skattesystemet ska vara att systemet är effektivt och enkelt administrativt sett och att beskattningen är förutsägbar. Systemets effektivitet sjunker ju mera undantag och

avdrag det innefattar. Dessa gör samtidigt skattebasen smalare. Ett invecklat system försvårar också bedömningen av beskattningens konsekvenser och kräver mera resurser.

2.9.1 Kommunernas beskattningsrätt

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

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

Kommunernas beskattningsrätt har av hävd ansetts vara ett av de viktigaste elementen i den kommunala självstyrelsen. Substansen i den kommunala beskattningsrätt som tryggas i grundlagen är enligt grundlagsutskottets praxis att beskattningsrätten ska spela en reell roll för kommunernas möjligheter att självständigt bestämma över sin ekonomi. På denna grund är rätten för kommunerna att besluta om sin skattesats i princip ett av de viktigaste elementen i den kommunala beskattningsrätten. Kommunerna har alltså i princip full frihet att bestämma sina kommunala skattesatser. I praktiken är möjligheterna dock mer begränsade. Exempelvis är utgångspunkten i kommunallagen att den kommunala ekonomin ska vara i balans. Intäkterna av den kommunalskatt som tas ut enligt skattesats kan t.ex. inte överskrida den nivå som krävs för att uppnå balans i budgeten när även kommunens övriga inkomster beaktas. Kommunerna är också ovilliga att höja sina skattesatser till en högre nivå än nödvändigt för att täcka utgifterna, eftersom en hög skattesats inte lockar skattebetalande invånare till kommunen.

2.9.2 Kommunernas andel av intäkterna från samfundsskatten

Företagen betalar samfundsskatt i enlighet med 124 § i inkomstskattelagen (1535/1992) enligt en skattesats på 20 procent. Inkomsterna av samfundsskatten fördelas mellan staten och kommunerna i enlighet med den utdelning som föreskrivs i lagen om skatteredovisning. De enskilda kommunernas utdelning av samfundsskatten bestäms i enlighet med 13 § i lagen om skatteredovisning. Kommunens utdelning under skatteåret är medelvärdet av den utdelning som beräknats på basis av uppgifterna i de två senast verkställda beskattningarna. Kommunens utdelning beräknas som en relativ andel av summan av företagsverksamhetsposten och skogsposten i förhållande till summan av motsvarande tal för alla kommuner.

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

Enligt 12 § i lagen om skatteredovisning fördelas samfundsskatten så att kommunernas utdelning är 31,30 procent. I 12 f § i lagen om skatteredovisning föreskrivs dock särskilt om utdelningen av samfundsskatten för åren 2020–2027. Som en del av åtgärds paketet för att stödja kommunerna i samband med coronavirusepidemin höjdes kommunernas utdelning av samfundsskatten med 10 procentenheter från 32,13 procent till 42,13 procent för skatteåret 2020 (x/2020). Intäkterna av samfundsskatten samt kommunernas utdelning av dem har de senaste åren varit följande:

Intäkter av samfundsskatten, miljoner euro

År	Debiterad skatt	Förändring i % från föregående år	Kommunernas utdelning av samfundsskatt, %	Kommunernas andel av den debiterade skatten
2015	4 477		36,87	1 651
2016	5 544	23,83	30,92	1 714
2017	5 655	2,00	30,34	1 716
2018	5 911	4,53	31,35	1 853
2019*	6 053	2,40	31,30	1 895
2020*	5 238	-13,46	32,13	1 683
2021*	5 282	0,84	32,24	1 703

Intäktskalkylerna för 2019–2021 baserar sig på en uppskattning av den allmänna ekonomiska utvecklingen samt företagens ekonomiska utveckling vid tidpunkten för överlämnandet av positionen. De kommer senare att justeras i enlighet med de förändrade prognoserna. I kommunernas utdelning av samfundsskatten för 2020 ingår inte den höjning av kommunernas utdelning som hänför sig till coronavirusepidemin.

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

från skogsposten. I dessa kommuner kan samfundsskatten utgöra mer än en femtedel av kommunens skatteinkomster.

För närvarande utgör samfundsskatten i genomsnitt ca 8 procent av kommunernas skatteinkomster. Samfundsskattens andel av kommunernas skatteinkomster varierar mycket mellan enskilda kommuner, från 0,5 procent som minst till 30 procent som mest. Också på riksnivå varierar samfundsskatteintäkterna årligen bl.a. beroende på konjunkturerna.

2.9.3 Beskattningen av förvärvsinkomster

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

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

Nettoförvärvsinkomsten beräknas genom att från förvärvsinkomsten göra de naturliga avdragen. Skatteårets förvärvsinkomst vid statsbeskattningen fastställs genom att från nettoförvärv- sinkomsten görs de avdrag som ska göras vid statsbeskattningen, och skatteårets inkomst vid kommunalbeskattningen genom att från nettoförvärvsinkomsten görs de avdrag som ska göras vid kommunalbeskattningen. Den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid statsbeskattningen och den beskattningsbara inkomsten vid kommunalbeskattningen bestäms genom att från skat- teårets förvärvsinkomst vid statsbeskattningen och från skatteårets inkomst vid kommunalbe- skattningen dras av sådana under tidigare år fastställda förluster som hänför sig till förvärvsin- komstslaget. Vid statsbeskattningen och kommunalbeskattningen beviljas skilda avdrag, varvid skattebaserna blir olika.

Inkomstskatt till staten

Fysiska personer och dödsbon ska betala inkomstskatt till staten på basis av den beskattnings- bara förvärvsinkomsten vid statsbeskattningen. Skattebeloppet bestäms enligt statens progres- siva inkomstskatteskala. Dessutom ska 5,85 procent betalas i tilläggsskatt för pensionsinkomst till den del pensionsinkomsten efter pensionsinkomstavdraget överskrider 47 000 euro. I fråga om den skatteskala som ska tillämpas vid beskattningen av förvärvsinkomst för varje enskilt skatteår föreskrivs årligen särskilt.

Vid beskattningen för 2020 betalas till staten inkomstskatt på förvärvsinkomst enligt följande skala:

Tabell 7. Inkomstskatteskala för 2020

Beskattningsbar för- värvsinkomst,	Skatt vid nedre grän- sen,	Skatt på den del av in- komsten som
---------------------------------------	-------------------------------	--

euro	euro	överskrider den nedre gränsen, %
18 100–27 200	8,00	6,00
27 200–44 800	554,00	17,25
44 800–78 500	3 590,00	21,25
78 500–	10 751,25	31,25

Kommunalskatt, kyrkoskatt och sjukförsäkringspremie

Fysiska personer och dödsbon ska för sin i kommunalbeskattningen beskattningsbara inkomst betala inkomstskatt till kommunen enligt den kommunala skattesatsen. Varje kommun bestämmer årligen sin egen skattesats i enlighet med 111 § i kommunallagen. Om den skattskyldiges beskattningsbara inkomst understiger 10 euro, påförs inte kommunalskatt. År 2020 varierar den kommunala skattesatsen mellan 17,0 och 23,5 procent. Den genomsnittliga skattesatsen är 19,97. Även om förvärvsinkomster beskattas enligt en proportionell skattesats vid kommunalbeskattningen gör avdragen i beskattningen även kommunalbeskattningen progressiv. Till följd av dessa avdrag skiljer sig de effektiva och nominella skattesatserna i kommunalbeskattningen från varandra.

Kyrkoskatt betalas av medlemmar i de evangelisk-lutherska och ortodoxa församlingarna på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen. Varje församling bestämmer årligen sin egen kyrkoskattesats. År 2020 varierar kyrkoskattesatsen mellan 1,00 och 2,00 procent.

En sjukförsäkringspremie betalas till Folkpensionsanstalten. Premien består av sjukförsäkringens sjukvårdspremie och sjukförsäkringens dagpenningsskatt. År 2020 är sjukvårdspremien 0,68 procent av arbetsinkomsten och 1,65 procent av övriga förvärvsinkomster, t.ex. pensions- och förmånsinkomster. Kommunalskatteavdrag görs på betalningsgrunden för sjukvårdspremien. År 2020 är dagpenningsskatten 1,18 procent av den skattepliktiga arbetsinkomsten, om det sammanlagda beloppet av den årliga löne- och arbetsinkomsten är minst 14 574 euro. Om det sammanlagda beloppet av löne- och arbetsinkomst är mindre än 14 574 euro, är dagpenningsskatten 0,00 procent. Av företagare som har en företagarpensionsförsäkring, dvs. en FöPL-försäkring, tas premien ut på arbetsinkomsten. På företagares arbetsinkomst tas ut en förhöjd premie. Höjningen är 0,15 procentenheter, dvs. premien är 1,33 procent. LFöPL-försäkringspremie för en person som är försäkrad enligt lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) (1280/2006) beräknas på den försäkrades personliga LFöPL-arbetsinkomst som gäller i början av året. Premieprocenten är beroende av ålder och LFöPL-arbetsinkomstens belopp. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för lagstiftningen om försäkringspremier.

Avdrag

Finlands skattesystem baserar sig på beskattning av nettointkomster. Detta innebär att den skattskyldige har rätt att från sin beskattningsbara inkomst dra av utgifterna för inkomstens förvärvande och bibehållande på det sätt som anges i inkomstskattelagen. Utöver dessa s.k. naturliga avdrag innehåller skattesystemet andra avdrag som syftar till att genom beskattningen stödja en viss verksamhet eller så beviljas avdraget på sociala grunder. Till sådana avdrag hör t.ex. hushållsavdraget, rätten att delvis dra av räntor på bostadsskulder, invalidavdraget samt underhålls-

skyldighetsavdraget. Vårt skattesystem innehåller också vissa avdrag som syftar till att bestämma beskattningsnivån på olika förvärvsinkomster. På arbetsinkomster görs t.ex. ett arbetsinkomstavdrag och ett förvärvsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen. Dessa avdrag, som endast görs på arbetsinkomster, syftar till att främja sysselsättningen och utbudet på arbete genom att förbättra incitamenten att arbeta. På pensionsinkomst görs ett pensionsinkomstavdrag vid statsbeskattningen och ett pensionsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen. Syftet med dessa är att reglera skattebelastningen på pensionsinkomster bl.a. så att det inte enbart är personer med folkpension eller garantipension som betalar inkomstskatt. Grundavdraget i kommunalbeskattningen beviljas efter det att övriga avdrag gjorts från den skattepliktiga inkomsten i kommunalbeskattningen. Grundavdraget görs från alla förvärvsinkomster, dvs. förutom från arbets- och pensionsinkomster även från dagpenningssinkomster. Tyngdpunkten för ovanstående avdrag ligger på låg- och medelinkomsttagare, vilket i kombination med statens progressiva inkomstskatteskala har lett till en stark skatteprogression och höga marginalsattesatser i förvärvsinkomstbeskattningen i Finland.

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

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

Arbetsinkomstavdrag

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

År 2020 utgör arbetsinkomstavdraget 12,5 procent av det belopp med vilket de inkomster som nämns ovan överstiger 2 500 euro. Avdraget är dock högst 1 770 euro. När den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger 33 000 euro, minskar avdraget med 1,84 procent av det belopp med vilket nettoförvärvsinkomsten överstiger 33 000 euro. Avdraget görs före andra avdrag från inkomstskatten.

Förvärvsinkomstavdraget vid kommunalbeskattningen

Enligt 105 a § i inkomstskattelagen görs vid kommunalbeskattningen ett förvärvsinkomstavdrag vid kommunalbeskattningen från den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst. Avdraget räknas på den skattskyldiges skattepliktiga löneinkomst, förvärvsinkomst av annat arbete, uppdrag eller

tjänst som utförts för en annans räkning, bruksavgifter som anses utgöra förvärvsinkomst, dividender som ska beskattas som förvärvsinkomst, förvärvsinkomstandel av företagsinkomst som ska fördelas samt förvärvsinkomstandel av näringsverksamhet eller jordbruk för delägare i en sammanslutning.

År 2020 utgör avdraget 51 procent av det belopp med vilket de inkomster som nämns ovan överstiger 2 500 euro upp till ett inkomstbelopp av 7 230 euro och 28 procent av det belopp som överstiger detta. Avdraget är dock högst 3 570 euro. När den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger 14 000 euro, minskar avdraget med 4,5 procent av det belopp som nettoförvärvsinkomsten överstiger 14 000 euro med.

Pensionsinkomstavdrag

Enligt 100 § i inkomstskattelagen görs vid statsbeskattningen ett pensionsinkomstavdrag från den skattskyldiges förvärvsinkomst. Fullt pensionsinkomstavdrag räknas ut så att det från full folkpension som har multiplicerats med talet 3,726 dras av den minsta beskattningsbara inkomsten enligt den progressiva inkomstskatteskalan, varefter återstoden avrundas uppåt till följande hela tio euro. Pensionsinkomstavdraget får dock inte överstiga pensionsinkomstens belopp. Om den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst är större än fullt pensionsinkomstavdrag, minskar avdraget med 38 procent av det belopp med vilket nettoförvärvsinkomsten överstiger det fulla pensionsinkomstavdraget. Då fullt pensionsinkomstavdrag vid statsbeskattningen räknas ut anses som full folkpension det belopp som under skatteåret har betalats till en ensamstående såsom full folkpension.

Enligt 101 § i inkomstskattelagen ska det vid kommunalbeskattningen göras ett pensionsinkomstavdrag från en skattskyldig pensionstagares nettoförvärvsinkomst. Fullt pensionsinkomstavdrag räknas ut så att det från full folkpension som har multiplicerats med talet 1,346 dras av 1 480 euro, varefter återstoden avrundas uppåt till följande hela tio euro. Pensionsinkomstavdraget får dock inte överstiga pensionsinkomstens belopp. Om den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst är större än fullt pensionsinkomstavdrag, minskar avdraget med 51 procent av det överskjutande beloppet.

Grundavdrag vid kommunalbeskattningen

Bestämmelser om grundavdraget vid kommunalbeskattningen finns i 106 § i inkomstskattelagen. Om en skattskyldig fysisk person har en nettoförvärvsinkomst som efter de andra avdragen från nettoförvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen inte överstiger 3 540 euro, ska detta belopp dras av från nettoförvärvsinkomsten. Om nettoförvärvsinkomstens belopp efter de ovan nämnda avdragen överstiger fullt grundavdrag, ska avdraget minskas med 18 procent av den överskjutande inkomsten.

Studiepenningsavdrag vid kommunalbeskattningen

Om en skattskyldig har fått studiepenning enligt lagen om studiestöd (65/1994), ska från hans eller hennes nettoförvärvsinkomst göras studiepenningsavdrag vid kommunalbeskattningen. Avdragets fulla belopp är 2 600 euro, dock högst beloppet av studiepenningen. Avdraget minskas med 50 procent av det belopp som beloppet av den skattskyldiges nettoförvärvsinkomst överstiger studiepenningsavdragets fulla belopp med.

Invalidavdrag

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

2.9.4 Offentliga samfunds ställning vid inkomstbeskattningen

De samfund som avses i inkomstskattelagen är särskilda skattskyldiga vid inkomstbeskattningen. Enligt 3 § i den lagen avses med samfund bl.a. staten och dess inrättningar, kommuner och samkommuner, församlingar och andra religionssamfund, aktiebolag, ideella och ekonomiska föreningar, stiftelser och anstalter. Enligt 1 § 3 mom. inkomstskattelagen ska för samfunds inkomster betalas skatt till staten 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 som separata inkomstkällor i enlighet med bestämmelserna i inkomstskattelagen, lagen om beskattning av inkomst av näringsverksamhet (360/1968) eller inkomstskattelagen för gårdsbruk (543/1967). En och samma skattskyldig kan ha inkomster från flera inkomstkällor.

Skyldigheten för delvis skattefria samfund som avses i 21 § i inkomstskattelagen att betala inkomstskatt har dock begränsats så att deras inkomster antingen är helt och hållet befriade från skatt eller så att de betalar skatt endast till kommunen enligt den sänkta inkomstskattesatsen på 6,26 procentenheter som avses i 124 § 3 mom. i lagen. År 2020–2027 fastställs inkomstskattesatsen för delvis skattefria samfund i enlighet med 124 b § i inkomstskattelagen. Under skatteåret 2020 är den 6,43 procentenheter. Den sänkta inkomstskattesatsen motsvarar kommunernas andel av samfundsskatten.

Den andel av samfundsskatteintäkterna som församlingarna inom den evangelisk-lutherska kyrkan och den ortodoxa kyrkan får slopades vid ingången av 2016 (Lag om ändring av lagen om skatteredovisning (655/2015)). Samtidigt ändrades 21 och 124 § i inkomstskattelagen så att delvis skattefria samfund betalar skatt endast till kommunen (Lag om ändring av inkomstskattelagen (654/2015)). Den evangelisk-lutherska kyrkans andel av samfundsskatteintäkterna ersätts i fortsättningen med en lagstadgad finansiering för kyrkans samhällsuppgifter (Lag om statlig finansiering till evangelisk-lutherska kyrkan för skötseln av vissa samhällsuppgifter (430/2015)).

Delvis skattefria samfund är enligt 21 § i inkomstskattelagen

- staten och dess inrättningar,
- kommuner, samkommuner och landskap samt pensionsanstalter, pensionsstiftelser eller pensionskassor som har grundats för deras anställda, eller motsvarande pensionsanstalter, pensionsstiftelser eller pensionskassor som får understöd av allmänna medel,
- den evangelisk-lutherska kyrkan, ortodoxa kyrkosamfundet och andra religionssamfund samt deras församlingar liksom även pensionsanstalter, pensionsstiftelser och pensionskassor som har grundats för deras anställda.

Enligt 21 § 3 mom. i inkomstskattelagen ska staten och dess inrättningar betala skatt endast för inkomst av gårdsbruksenheter och andra därmed jämförbara fastigheter, för inkomst av andra sådana fastigheter som inte används för allmänna ändamål samt för inkomst av industriell och

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

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

2.9.5 Fördelning av beskattningskostnaderna

Bestämmelser om beskattningskostnaderna finns i lagen om Skatteförvaltningen (503/2010). Enligt lagen betalas kostnaderna för beskattningen av staten. Dessa kostnader utgörs av de omkostnader för Skatteförvaltningen som anges i den ordinarie statsbudgeten och justeras på grundval av bokslutet för det föregående året. Vid beräkningen av kostnaderna beaktas även de mervärdesskatteutgifter som ansluter sig till Skatteförvaltningens ovannämnda utgifter. Av beskattningskostnaderna tar staten ut sammanlagt 29,1 procent av kommunerna, 3,2 procent av den evangelisk-lutherska kyrkans församlingar och 5,6 procent av Folkpensionsanstalten. Statens andel av beskattningskostnaderna är 62,1 procent.

Grunderna för fördelningen av beskattningskostnaderna har utretts bl.a. i en kommission som finansministeriet tillsatte 1974. Kommissionen konstaterade emellertid att den inte lyckats utreda hur de ursprungliga andelarna bildades från början. Även om den exakta grunden för fördelningen av beskattningskostnaderna inte har kunnat klarläggas, fördelas de nuvarande kostnadsandelarna mellan skattetagarna så, att respektive andel proportionellt motsvarar ungefär det totala inflödet av skatter och antalet skatteslag.

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

När det gäller de skatter som tas ut av Skatteförvaltningen har fördelningen av beskattningskostnaderna i allmänhet ändrats alltid när det skett förändringar i skattetagarnas ställning i anslutning till de totala skatteintäkterna eller antalet skatteslag. Den senaste ändringen i kostnaderna trädde i kraft vid ingången av 2018, då kommunernas andel av beskattningskostnaderna höjdes för att kommunerna finansierar den reform av värderingssystemet för byggnader inom fastighetsbeskattningen som ska inledas. Före det ändrades kostnadsandelarna vid ingången av 2017, då punkt- och bilbeskattningen som föreskrivits som Tullens uppdrag överfördes på Skatteförvaltningen. Skattetagaren för punkt- och bilskatter är staten, och därmed steg statens kostnadsandel och de övriga skattetagarnas andel minskade. Gången före det ändrades kostnadsandelarna när de evangelisk-lutherska och ortodoxa församlingarnas andel av intäkterna av samfundsskatten vid ingången av 2015 kompensades med ett direkt statsunderstöd och församlingarnas kostnadsandel minskades.

2.9.6 Överlåtelsebeskattning

Enligt lagen om överlåtelseskatt (931/1996) ska förvärvaren betala överlåtelseskatt på överlåtelse av äganderätt till fastigheter och värdepapper. Vid överlåtelse av fastigheter är skattesatsen 4 procent av köpeskillingen eller värdet av annat vederlag. Om överlåtelsen gäller aktier i ett aktiebolag som äger eller förvaltar fastigheter, är skattesatsen 2 procent och vid övrig överlåtelse av värdepapper 1,6 procent. Om överlåtelsen sker i situationer där ingen köpeskillning betalas, beräknas skatten utifrån den överlåtna egendomens verkliga värde vid överlåtelsestidpunkten.

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

Lagens 43 b § infördes i samband med ramlagen. I paragrafen föreskrivs det om temporär skattefrihet vid kommuners strukturarrangemang. Enligt bestämmelsen har en kommun, en samkommun eller ett av dem ägt fastighetsaktiebolag under vissa förutsättningar åren 2007–2012 för fullgörande av de skyldigheter som avses i ramlagen skattefritt kunnat överlåta aktier i en fastighet eller i ett fastighetsaktiebolag som de äger som apport till ett fastighetsaktiebolag som ägs av en eller flera kommuner eller samkommuner. Ramlagen var i kraft fram till utgången av 2012, men giltighetstiden för de samarbetsförpliktelser inom social- och hälsovården som ingick i den förlängdes till utgången av 2014. I anslutning till detta förlängdes också tillämpningstiden för den temporära skattefriheten för överlåtelser som sker vid kommuners strukturarrangemang så att skattefriheten gäller för överlåtelser som sker fram till utgången av 2016 när fastigheten kommer att användas av social- eller hälsovården.

2.9.7 Mervärdesbeskattning

Finlands lagstiftning

Om offentliga samfunds ställning vid mervärdesbeskattningen föreskrivs i mervärdesskattelagen (1501/1993). I mervärdesskattelagen finns det bl.a. bestämmelser om statens, kommunens, samkommunens och landskapet Ålands skattskyldighet. På en samkommun och landskapet Åland tillämpas samma bestämmelser som på en kommun.

Offentliga samfund är i regel skattskyldiga som en enda enhet. Statens och kommunens inrättningar utgör därmed i mervärdesskattehänseende i regel en del av det offentliga samfundet.

Överlåtelse av varor och tjänster mellan statens och kommunens inrättningar betraktas således inte som en beskattningsbar transaktion vid mervärdesbeskattningen, utan som den skattskyldiges interna verksamhet. Statliga affärsverk och vissa med dem jämförbara inrättningar är separata skattskyldiga enligt mervärdesskattelagen. Däremot utgör kommunala affärsverk en del av kommunen vid mervärdesbeskattningen. En samkommun är en separat skattskyldig i förhållande till de kommuner som hör till den.

För att säkerställa neutraliteten i beskattningen ska de offentliga samfunden betala skatt enligt de allmänna principerna för mervärdesbeskattningen. Verksamhet som offentliga samfund bedriver i form av rörelse är alltså skattepliktig i samma utsträckning som andra aktörers verksamhet. Merparten av den verksamhet som offentliga samfund bedriver är dock skattefri. Myndighetsverksamhet som offentliga samfund bedriver står utanför mervärdesbeskattningen, och anses inte ske i form av rörelse. Även annan verksamhet som bedrivs av offentligt samfund än myndighetsverksamhet kan stå utanför mervärdesbeskattningen därför att den inte bedrivs i form av rörelse. En del av den verksamhet som bedrivs av offentliga samfund, såsom hälso- och sjukvård samt socialvård, omfattas av de uttryckliga bestämmelserna om skattefrihet i mervärdesskattelagen.

Eftersom kommunerna i enlighet med de allmänna bestämmelserna i mervärdesskattelagen är skattskyldiga för rörelsemässig försäljning av varor och tjänster, har de i likhet med andra skattskyldiga rätt att dra av den skatt som ingår i anskaffningar som gjorts för den skattepliktiga verksamheten.

Merparten av kommunernas verksamhet är annan verksamhet än skattepliktig rörelse. Myndighetsverksamhet som bedrivs av kommunen och vissa andra funktioner står utanför tillämpningsområdet för mervärdesskatten. Bland annat den social- och hälsovårdsverksamhet som kommunerna är ansvariga att ordna är skattefri.

Utan specialbestämmelser skulle det skattemässigt bli fördelaktigare för kommunerna att själva producera olika slags stödtjänster som används inom den skattefria verksamheten, som står utanför mervärdesbeskattningen, än att köpa dessa tjänster av utomstående i form av skattepliktiga tjänster. Sådana tjänster är bl.a. transport-, tvätter-, städ-, vakt-, avfallshanterings- och it-tjänster. För att förhindra uppkomsten av en ekonomiskt och verksamhetsmässigt sett betydande konkurrenssnedvridning mellan de tjänster som kommunen producerar själv och de tjänster som kommunen köper beviljades kommuner i samband med övergången till mervärdesskattesystemet rätt att i återbäring få den skatt som ingår i anskaffningar som gjorts för skattefri verksamhet som står utanför mervärdesbeskattningen. Till följd av detta inverkar mervärdesskatten inte på kommunens val av upphandlingskanal.

Inom det nuvarande systemet har kommuner även rätt att få återbäring av skatten på skattefria anskaffningar inom hälso- och sjukvård och socialvård. Det kan i praktiken vara fråga om upphandling från den privata sektorn av enskilda skattefria tjänster inom hälso- och sjukvård eller socialvård eller t.ex. upphandling av en mera omfattande skattefri tjänstehelhet inom hälso- och sjukvården. Återbäringen uppgår till 5 procent av varans eller tjänstens inköpspris eller ett annat motsvarande värde, vilket motsvarar den dolda mervärdesskattekostnad som i snitt ingår i priset på skattefria tjänster som köpts från den privata sektorn. Utan någon återbäringsrätt skulle priset på en skattefri tjänst som en privat aktör erbjuder kommunen vara högre än kostnaderna för motsvarande tjänst som kommunen själv producerat. Prisskillnaden skulle motsvara den skatt som ingår i aktörens egna anskaffningar och som inte kan dras av. På grund av systemet med återbäring ingår i kostnaderna för tjänster som kommunen själv producerat inte någon mervärdesskattekostnad i upphandlingssituationer.

Från och med ibruktagandet av det nuvarande återbäringsystemet har avsikten varit att ett belopp som motsvarar mervärdesskatteåterbärningarna blir överfört som kostnad för kommunsektorn. Trots att ersättandet av den mervärdesskatt som ingår i anskaffningarna tekniskt har genomförts inom ramen för mervärdesskattesystemet, innebär detta inte att en kommun skulle ha avdragsrätt enligt mervärdesskattesystemet. För närvarande har återkrav av återbäringar från kommunsektorn genomförts genom att en kostnad som motsvarar återbäringarna beaktas som en faktor som sänker kommunernas utdelning av samfundsskatten samt statsandelarna.

Även annan än rörelsemässig verksamhet och skattefri verksamhet som staten bedriver berörs av ett motsvarande problem när det gäller anskaffningsneutraliteten som verksamheten inom den kommunala sektorn. Mervärdesskattens neutralitet när det gäller statens anskaffningar förbättras inom ramen för statens budgetförfarande. Statens ämbetsverk får ersättning för den skatt som ingår i anskaffningarna av medel som reserverats för ändamålet under ett moment i statsbudgeten. Till följd av detta förfarande påverkar mervärdesskatten inte valet av upphandlingsform.

Europeiska unionens lagstiftning

En gemensam skattebas och skattesatsstruktur inom mervärdesskattesystemen för EU:s medlemsstater har fastställts genom rådets direktiv 2006/112/EG av den 28 november 2006 om ett gemensamt system för mervärdesskatt, nedan mervärdesskattedirektivet.

Enligt artikel 9 i mervärdesskattedirektivet anses den som självständigt bedriver en ekonomisk verksamhet, oberoende av dess syfte, vara en beskattningsbar person. Enligt direktivet ska överlåtelse av varor och tjänster i form av ekonomisk verksamhet vara skattepliktig, om det inte har föreskrivits något undantag från skattepliktigheten. Enligt mervärdesskattedirektivet ska offentligrättsliga organ anses som beskattningsbara personer när det gäller andra verksamheter än sådana som de bedriver i sin egenskap av offentliga myndigheter enligt samma principer som andra aktörer.

I artikel 13 i direktivet finns bestämmelser om den skattemässiga behandlingen av sådan verksamhet som ett offentligrättsligt organ bedriver i egenskap av myndighet. Enligt artikeln ska offentligrättsliga organ inte anses som beskattningsbara personer när det gäller verksamheter som de bedriver i sin egenskap av offentliga myndigheter, även om de i samband härmed uppbär avgifter, arvoden, bidrag eller betalningar. Offentligrättsliga organ ska dock ändå anses som beskattningsbara personer med avseende på dessa verksamheter om det skulle leda till en betydande snedvridning av konkurrensen ifall de behandlades som icke beskattningsbara personer. Offentligrättsliga organ ska i vart fall vara beskattningsbara personer när det gäller de verksamheter som anges i bilaga I till direktivet, såvida dessa inte bedrivs i försumbart liten skala.

I artiklarna 132–134 i kapitel 2 i mervärdesskattedirektivet föreskrivs det om undantag från skatteplikt för vissa verksamheter av hänsyn till allmänintresset. Undantagen gäller bl.a. hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, samt socialvård. Enligt direktivet ska medlemsstaterna i den nationella lagstiftningen närmare precisera tillämpningsområdet för undantagen.

Enligt mervärdesskattedirektivet ska offentligrättsliga organ när de bedriver ekonomisk verksamhet betala skatt för varor och tjänster som de använder för eget bruk enligt samma principer som övriga aktörer. Medlemsstaterna får enligt artikel 27 i direktivet på frivillig basis, för att hindra snedvridning av konkurrensen, med tillhandahållande av tjänster mot ersättning likställa en beskattningsbar persons utförande av tjänster för rörelsens behov, om full avdragsrätt för mervärdesskatten på tjänsterna inte skulle ha varit förelegat om de hade tillhandahållits av en annan beskattningsbar person.

2.9.8 Skattesystemet på Åland

Enligt 27 § 36 punkten i självstyrelselagen för Åland har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om skatter och avgifter. Skattskyldiga på Åland betalar således skatt till staten på samma grunder som de skattskyldiga i resten av landet. Medel överförs via statsbudgeten till landskapet för att finansiera självstyrelseuppgifter.

Enligt 18 § 5 punkten i självstyrelselagen har landskapet dock lagstiftningsbehörighet i fråga om landskapet tillkommande tilläggsskatt på inkomst och tillfällig extra inkomstskatt samt närings- och nöjesskatter, grunderna för avgifter till landskapet och kommunerna tillkommande skatter. Med stöd av kommunalskattelagen för landskapet Åland (ÅFS - Ålands författningssamling 119/2011) tillämpas rikets inkomstskattelag och inkomstskatteförordning (1551/1992) samt ändringar i dessa som sådana även i landskapet Åland, om inte något annat föreskrivs i kommunalskattelagen för landskapet Åland.

Åland har med stöd av sin behörighet föreskrivit genom kommunalskattelagen om vissa avdrag som beviljas endast i kommunalbeskattningen på Åland. Dessa är hyreskostnadsavdrag, avdrag för sjukdomskostnader, studieavdrag, studielåneavdrag samt arbets- och pensionsinkomstavdrag. Dessutom avviker avdragsrätten för kostnader för resor mellan bostaden och arbetsplatsen och för bostad på arbetsorten vid kommunalbeskattningen från det avdrag som används i Fastlandsfinland. Studielåneavdrag beviljas endast för lån som har lyfts för studier som inletts före den 1 augusti 2005.

När det gäller samfundsskatten innehåller kommunalskattelagen för landskapet Åland bestämmelser om den skattesats enligt vilken samfund och samfällda förmåner betalar skatt till åländska kommuner. Skattesatsen motsvarar kommunernas andel av samfundsskatten enligt lagen om skatteredovisning.

2.10 Tillsyn

2.10.1 Regionförvaltningsverken

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

Regionförvaltningsverken främjar enligt lagen om regionförvaltningsverken regional jämlikhet genom att i regionerna sköta verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter som har samband med lagstiftningen. Regionförvaltningsverken sköter de uppgifter som särskilt föreskrivs för dem inom social- och hälsovården, miljö- och hälsoskyddet, utbildnings-, dagvårds-, biblioteks-, idrotts- och ungdomsväsendet, främjandet och förverkligandet av rättsskyddet, tillståndsärenden och övriga ansökningsärenden som hör till området för miljöskydds- och vattenlagstiftningen, räddningsväsendet, tillsynen över och utvecklandet av arbetarskyddet, produkttillsynen över produkter som används i arbetet samt konsument- och konkurrensförvaltningen. Regionförvaltningsverken ska dessutom utvärdera den regionala tillgången till basservice, styra, över-

vaka och utveckla magistraterna, samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen samt stödja behöriga myndigheter då myndigheterna leder säkerhetssituationer i regionen och samordna deras verksamhet. Regionförvaltningsverken kan även ha andra uppgifter om vilka det föreskrivs särskilt.

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

I speciallagstiftningen om social- och hälsovården ingår cirka 130 bestämmelser om regionförvaltningsverkens uppgifter. Med stöd av det som sägs ovan hör styrningen av regionförvaltningsverkens verksamhet i anknytning till dessa uppgifter till social- och hälsovårdsministeriet. Dessutom har det föreskrivits att Valvira har till uppgift att styra regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och beslutspraxis vid styrningen av och tillsynen över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt social- och hälsovårdens verksamhetsenheter.

2.10.2 Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) är ett centralt ämbetsverk under social- och hälsovårdsministeriet. Enligt lagen om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (669/2008) har Valvira som ansvarsområde att genom styrning och tillsyn främja tillgodoseendet av rättsskyddet och tjänsternas kvalitet inom social- och hälsovården samt hanteringen av hälsorisker i livsmiljön och hos befolkningen.

Valvira sköter den tillståndsförvaltning, styrning och tillsyn som föreskrivs för verket i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, folkhälsolagen, lagen om företagshälsovård, lagen om specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslagen, mentalvårdslagen, lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990), lagen om smittsamma sjukdomar, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), nedan klientuppgiftslagen, lagen om elektroniska recept (61/2007), den nya socialvårdslagen och 1982 års socialvårdslag, lagen om privat socialservice (922/2011), specialomsorgslagen, hälsoskyddslagen, alkohollagen och tobakslagen. Dessutom ska Valvira sköta de uppgifter som det har enligt bestämmelser i lagstiftningen om abort, sterilisering, assisterad befruktning och adoption samt uppgifter som det har enligt någon annan lag eller förordning. Verket ska dessutom sköta de uppgifter som med stöd av den ovan avsedda lagstiftningen hör till dess ansvarsområde och som social- och hälsovårdsministeriet ålägger verket.

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

2.10.3 Valvira och regionförvaltningsverkens arbetsfördelning och befogenheter vid styrning och tillsyn

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

Tillsynen över socialvården och hälso- och sjukvården är till sin karaktär laglighetsövervakning och dess primära syfte är att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven i lagstiftningen. Tillsynen säkerställer och främjar också genomförandet av organisationernas egen tillsyn. Varje organisation leder själv sin egen verksamhet och har själv det primära ansvaret för att följa och övervaka den egna verksamheten. Tillsynen främjar även rättsskyddet för de yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som arbetar i organisationen i fråga.

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

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

2.10.4 Metoder och påföljder inom tillsynen

Valvira och regionförvaltningsverken kan vid behov göra inspektioner i lokaler hos producenter av socialservice och hos självständiga yrkesutövare och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser om inspektionerna finns i 55 § i 1982 års socialvårdslag, 75 § i specialomsorgslagen, 42 § i folkhälsolagen, 51 § i lagen om specialiserad sjukvård, 33 a § i mentalvårdslagen, 17 § i lagen om privat socialservice och i 17 § i lagen om privat hälso- och sjukvård. Enligt dessa bestämmelser kan verksamheten och de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av verksamheten inspekteras när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Valvira kan dessutom av grundad anledning ålägga regionförvaltningsverket att förrätta en inspektion.

Om brister eller andra missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av verksamheten eller om verksamheten strider mot lagstiftningen om den, kan Valvira eller regionförvaltningsverket meddela ett föreläggande om att bristerna ska avhjälpas eller missförhållandena undanröjas. Föreläggandet kan förenas med vite eller med hot om att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del av den eller av en anordning förbjuds. Om klient- eller patientsäkerheten så kräver, kan det även bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas, eller att användningen av en

verksamhetsenhet, en del av den eller av en anordning förbjudas omedelbart. Ett tillstånd som beviljats en privat socialservice- eller hälso- och sjukvårdsproducent kan även helt eller delvis återkallas vid väsentlig överträdelse av lag i verksamheten. Till följd av ett felaktigt förfarande eller en försummelse som Valvira eller regionförvaltningsverket konstaterat kan de i lindrigare fall ge en anmärkning till den organisation som ordnar eller genomför den berörda verksamheten eller till den person som ansvarar för verksamheten eller uppmärksamma den övervakade på att verksamheten ska ordnas på behörigt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas.

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

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

Antalet tillsynsärenden som Valvira och regionförvaltningsverken handlägger inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat. Vid Valvira inleddes 2015 totalt 1091 tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården och 230 tillsynsärenden inom socialvården. Dessutom har Valvira lämnat över anmälningar som gjorts till Valvira för behandling vid regionförvaltningsverken.

Regionförvaltningsverket ska utöva tillsyn över att det lokala räddningsväsendet håller en tillräcklig servicenivå. I detta syfte har regionförvaltningsverket oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att avgiftsfritt få behövliga uppgifter och utredningar av det lokala räddningsväsendet. Om servicenivån uppvisar avsevärda brister som inte avhjälpas inom en tid som regionförvaltningsverket bestämmer, kan regionförvaltningsverket vid vite förplikta det lokala räddningsväsendet att se till att servicenivån uppfyller bestämmelserna i räddningslagen.

2.11 Styrning

2.11.1 Nationell styrning av social- och hälsovården

Till social- och hälsovårdsministeriets uppgifter hör allmän planering och styrning av och tillsyn över social- och hälsovården med stöd av 1982 års socialvårdslag, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, mentalvårdslagen, specialomsorgslagen och lagen om smittsamma sjukdomar. I flera substanslagar inom social- och hälsovården ingår bestämmelser som preciserar innehållet i social- och hälsovårdsministeriets styrningsuppgift. Behörigheten rör i praktiken kommunernas social- och hälsovård och statens sinnessjukhus. Även den allmänna styrningen av och tillsynen över den privata hälso- och sjukvården och den privata socialservicen samt den allmänna styrningen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården hör till social- och hälsovårdsministeriet.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder lagstiftningen och reformerna inom social- och hälsovården och styr genomförandet och samordningen av dem, leder och styr utvecklingen och verksamhetspolitiken i fråga om den sociala tryggheten och social- och hälsovårdstjänsterna,

fastställer riktlinjerna för social- och hälsovårdspolitiken samt svarar för kontakterna med det politiska beslutsfattandet.

Utöver den författningsbaserade regelstyrningen styr social- och hälsovårdsministeriet genom information (t.ex. rekommendationer, anvisningar, handböcker och jämförelseuppgifter). Det finns ingen direkt resursstyrning, eftersom statsandelarna för basservicen inte riktas till ett visst ändamål. Genom nationella utvecklingsprogram, regeringens spetsprojekt och motsvarande har man med hjälp av programstyrning och finansiering i anslutning till den styrta utvecklingen av social- och hälsovården. Dialogen och interaktionen har fått större betydelse i styrningen under de senaste årtiondena. På 2010-talet har man börjat tala om hybridstyrning, där det i stället för ett styrinstrument bildas kompatibla styrhelheter som består av olika styrinstrument.

2.11.2 Nationell och regional styrning av räddningsväsendet

Inrikesministeriet leder, styr och övervakar räddningsväsendet samt tillgången till och nivån på dess tjänster, svarar för räddningsväsendets förberedelser och organisering i hela landet samt samordnar de olika ministeriernas och ansvarsområdenas verksamhet inom räddningsväsendet och dess utveckling. Regionförvaltningsverket stöder inrikesministeriet i ovannämnda uppgifter.

2.11.3 Övergripande styrning av de offentliga finanserna

Den övergripande styrningen av de offentliga finanserna har stärkts sedan 2010-talet. En anledning är den förstärkta finanspolitiska samordningen inom EU. Dessutom talar de nationella utgångspunkterna för en övergripande styrning av de offentliga finanserna, där det centrala instrumentet är planen för de offentliga finanserna. Planen för de offentliga finanserna innehåller samtidigt Finlands stabilitetsprogram och uppfyller EU:s krav på en budgetplan på medellång sikt.

Den legislativa grunden för det nya styrsystemet utgörs av lagen om sättande i kraft av de bestämmelser som hör till området för lagstiftningen i fördraget om stabilitet, samordning och styrning inom Ekonomiska och monetära unionen och om tillämpning av fördraget samt om kraven på de fleråriga ramarna för de offentliga finanserna (869/2012). Lagen trädde i kraft 2013. Den med stöd av lagen utfärdade statsrådsförordningen om en plan för de offentliga finanserna (120/2014) trädde i kraft den 14 februari 2014. I praktiken infördes den nya styrmodellen för de offentliga finanserna efter riksdagsvalet 2015, då statsminister Juha Sipiläs regering fattade beslut om den första planen för de offentliga finanserna. Enligt förordningen ställer statsrådet i planen för de offentliga finanserna upp ett mål för det strukturella saldot för de offentliga finanserna och dess undersektorer. I valperiodens första plan för de offentliga finanserna uppställs det medelfristiga målet för det strukturella saldot (MTO). Dessutom uppställs fleråriga mål för det nominella saldot för hela den offentliga ekonomin och för varje undersektor (statsfinanserna, den kommunala ekonomin, lagstadgade arbetspensionsanstalter och andra socialskyddsfonder). Målen för det strukturella saldot ska ställas upp så att de med beaktande av finansministeriets prognos åtminstone leder till att det mål som ställts upp för det strukturella saldot i de offentliga finanserna uppnås. I planen för de offentliga finanserna ska dessutom för varje undersektor presenteras specificerade åtgärder för uppnåendet av målet för det strukturella saldot. Åtgärderna kan bl.a. bestå av ändringar av nivån på och grunderna för anslag och skatter och av strukturella åtgärder.

I planen för de offentliga finanserna finns utöver rambeslutet för statsfinanserna även delar som gäller den kommunala ekonomin, lagstadgade arbetspensionsanstalter och andra socialskyddsfonder. I planen för de offentliga finanserna fastställer statsrådet dessutom en utgiftsbegränsning

för kommunalekonomin, som ska begränsa det tryck som statens åtgärder medför i utgifterna inom kommunalekonomin. Utgiftsbegränsningen är en gräns i euro för den ändring i omkostnaderna som statens åtgärder medför för den kommunala ekonomin. Avsikten är att utgiftsbegränsningen ska överensstämma med regeringens mål för det strukturella saldot i den kommunala ekonomin. Statsrådet fastställde en utgiftsbegränsning för kommunalekonomin för första gången i sin plan för de offentliga finanserna hösten 2016.

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

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

Programmet för kommunernas ekonomi bereds i likhet med det tidigare basserviceprogrammet genom statens och kommunernas samrådsförfarande. Vid beredningen av programmet för kommunernas ekonomi betonas å ena sidan samarbetet mellan ministerierna i kommunala ärenden och å andra sidan samarbetet mellan staten och kommunsektorn. Programmet för kommunernas ekonomi bereds av finansministeriet, och de övriga ministerierna deltar i beredningen. I praktiken är programmet för kommunernas ekonomi dock inte ett sådant instrument som gör det möjligt att styra beredningen av speciallagstiftning som gäller kommunernas uppgifter inom olika förvaltningsområden. Vid beredningen av programmet företräds kommunsektorn av Finlands Kommunförbund.

2.11.4 Statens och kommunernas samrådsförfarande

Enligt kommunallagen ska lagstiftning som gäller kommunerna alltid behandlas genom samrådsförfarande. Även ärenden som gäller samordningen av statens och kommunernas ekonomi behandlas genom samrådsförfarande. Andra ärenden som gäller kommunernas verksamhet, ekonomi och förvaltning behandlas genom samrådsförfarande om de är principiellt viktiga och vittsyftande. Det program för kommunernas ekonomi som nämns i avsnitt 2.11.3 behandlas vid samråd mellan staten och kommunerna.

I kommunallagen föreskrivs det om delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning, som har till uppgift att följa och bedöma den kommunala ekonomins utveckling samt se till att programmet för kommunernas ekonomi beaktas i beredningen av lagstiftning och beslut som gäller kommunerna. Bestämmelser om delegationens närmare uppgifter och om dess sammansättning och sektioner utfärdas genom förordning av statsrådet.

2.12 Informationsförvaltning och IKT-verksamhet

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

Kommunförbundets enkät IT i kommunerna genomfördes 2013 och 2018. Syftet med kartläggningen var att få en helhetsbild av nuläget inom informationsförvaltningen i kommunsektorn på fastlandet och Åland samt att uppdatera uppgifterna om kostnadsnivån och digitaliseringen av processerna och tjänsterna.

2.12.1 Produktionsstrukturerna inom informationsförvaltningen och IKT-tjänsterna

Användningen av den elektroniska patientjournalen inom den offentliga hälso- och sjukvården har varit 100 procent sedan 2007. De flesta organisationer har använt den i mer än 10 år och användningsgraden var mycket hög. Utöver de egentliga klient- och patientdatasystemen används ett betydande antal andra s.k. separata system. Inom socialvården har användningen av informationssystem inte varit lika vanlig, men omfattar dock den största delen av verksamhetens klientvolym.

För klient- och patientdatasystem finns det ett begränsat antal varumärken i användning, men användningen är splittrad på riksnivå. Det finns fortfarande ett stort antal datasystem som omfattar endast en organisation eller på sin höjd ett sjukvårdsdistrikt (s.k. instanser).

Därför finns det ett kraftigt tryck på att i synnerhet i de system som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras. Patientdatasystemen är delvis föråldrade och det finns ett missnöje med användbarheten. I Nyland håller man på att ta i bruk Apotti-systemet, som är gemensamt för sjukvårdsdistriktet och kommunerna. I flera andra områden bereds en konkurrensutsättning och upphandling av patientdatasystemen.

För närvarande har produktionen av laboratorie- och röntgentjänster i flera områden genomförts på ett enhetligt sätt på sjukvårdsdistriktsnivå eller specialupptagningsområdesnivå (t.ex. Huslab, Islab och HNS-Bilddiagnostik). I sådana fall finns det i allmänhet också ett motsvarande gemensamt informationssystem för området.

Sättet att ordna underhållet av kommunernas grundläggande informationsteknik och förvaltningen av social- och hälsovårdens informationssystem varierar avsevärt beroende på kommunens storlek. I de största kommunerna (över 100 000 invånare) ordnas detta oftast i form av köpta tjänster. Medelstora kommuner (6 000–40 000 invånare) utnyttjar i stor utsträckning regionala in house-bolag. I mindre kommuner gäller i högre grad organisering som egen verksamhet och samarbete mellan kommunerna.

Enligt Kommunförbundets kartläggning har samarbetet med IKT-bolag som ägs av samkommunerna ökat inom kommunsektorn sedan 2013. Förändringen syns också i IKT-bolagens personalantal och omsättning. År 2012 hade de IKT-bolag som ägs av de största kommunerna och samkommunerna en personal på ca 1 500 personer och en omsättning på 250 miljoner euro. År 2017 hade antalet anställda ökat till ca 1 600 personer och omsättningen till ca 340 miljoner euro. Enligt de senaste tillgängliga bokslutsuppgifterna för 2018 uppgick antalet anställda i de IKT-bolag som ägs av kommunerna till ca 2 250 och omsättningen till ca 350 miljoner euro. Utifrån omsättningen uppskattas det att ca 30 procent av kommunernas IKT-utgifter hänförs till tjänster som kommunägda företag producerar för sina kunder.

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

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

Klientuppgiftslagen och lagen om elektroniska recept trädde i kraft 2007. Dessa lagar har stor inverkan på de krav som ställs på informationssystemen inom social- och hälsovården. I författningarna definieras också de riksomfattande informationssystemtjänsterna (Kanta-tjänsterna), av vilka de viktigaste är det nationella patientdataarkivet och informationshanteringstjänsten, receptcentret, arkivet inom socialvården och användargränssnittet för medborgarna (Mina Kanta-sidor). Avsikten är att i den nya klientuppgiftslag som är under beredning föreskriva att också alla tjänstetillhandahållare inom socialvården ska ansluta sig till den riksomfattande arkiveringstjänsten för klientuppgifter senast den 1 januari 2026.

Räddningsväsendets sektorspecifika informationssystem, som anskaffats regionalt, omfattar bl.a. system som stöder brandsyn, passagekontroll, personaladministration, testning, reservlarm, varnande av befolkningen, befolkningsskydd och beredskap samt räddningsverkets beslutsfattande och förvaltning. Moderorganisationerna tillhandahåller räddningsverken bl.a. telekommunikations- och arbetsstationstjänster, mobiltjänster, telefontjänster, e-post, ärendehanterings- och beslutssystem samt ekonomiförvaltning. Räddningsväsendets nationella informationssystemtjänster har ordnats delvis av inrikesministeriet och delvis av Räddningsinstitutet. Till dessa hör t.ex. räddningsväsendets olycks- och resursinformationssystem PRONTO, lägesbildsystemet JOTKE, geografiska datatjänster och fältledningssystemet.

2.12.2 Kostnaderna för IKT-verksamheten

Informationsteknikutgifterna inom kommunsektorn uppgick enligt resultaten av Finlands Kommunförbunds kartläggning till ca 997 miljoner euro 2018, vilket är 2,3 procent av kommunernas och samkommunernas totala utgifter enligt resultaträkningen och finansieringsanalysen. Förändringen jämfört med siffran för fem år sedan är en ökning på ca 166 miljoner euro. Den allmänna digitala utvecklingen, kommunsammanslagningarna och de skyldigheter som följer av den nya regleringen har bidragit till kostnadsökningen.

De olika uppskattningarna av kommunernas och samkommunernas kostnader för informationsteknik inom social- och hälsovården varierar mellan 480 miljoner och 599 miljoner euro. Inom den specialiserade sjukvården varierade IKT:s andel av budgetarna mellan 0,78 och 5 procent, medianen var 2,8 procent. I fråga om primärvården är motsvarande median ca 2 procent. Under de senaste åren har det inte skett några betydande förändringar i andelarna.

2.12.3 Beredskapen inom IKT-verksamheten inför störningar och exceptionella situationer

Den digitala utvecklingen har lett till att basfunktionerna i allt högre grad är beroende av att datakommunikationen, kommunikationsförbindelserna och informationssystemen fungerar utan störningar. Beredskapen inom IKT-verksamheten grundar sig på bestämmelserna som gäller kommunernas uppgifter och enligt vilka kommunerna ska kunna sköta uppgifterna i alla situationer. Med tanke på kommunernas serviceverksamhet är det mycket viktigt att informationssystemen inom social- och hälsovården fungerar störningsfritt i alla situationer. Det är också viktigt att kommunernas telekommunikationsförbindelser fungerar, eftersom informationssystemen inte fungerar utan dem. Detta gäller såväl användningen av systemen inom kommunen som förbindelserna till nationella tjänster. Störningar i kommunikationsförbindelserna kan även avsevärt försvåra verksamheten inom kommunens ledningssystem.

Innehållet i och processerna för kommunernas kontinuitetsplanering och beredskap varierar beroende på kommunernas storlek, geografiska läge och lokala förhållanden. Även nivån på kommunernas IKT-beredskap varierar avsevärt mellan kommunerna. De anvisningar och förfaranden som gäller beredskapen i anslutning till informationssystemen och IKT har ofta tagits in i kommunernas informationssäkerhetsplaner. Från de senaste åren finns det många exempel på situationer där informationstekniska problem har lett till betydande svårigheter vid produktionen av tjänster. Problemen har orsakats såväl av attacker utifrån som av att utrustning gått sönder eller mänskliga fel begåtts. I dessa situationer har man varit tvungen att skjuta upp redan överenskomna åtgärder och det kan ha tagit upp till flera månader att återställa verksamheten.

2.13 Egendom

2.13.1 Kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården

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

En betydande del av kommunsektorns egendom i anslutning till social- och hälsovården finns i kommunernas och samkommunernas balansräkningar under balansposten placeringar. Till dessa hör aktier och andelar i olika sammanslutningar, såsom aktier i fastighetsaktiebolag och andra bolag som stöder tjänsterna inom social- och hälsovården. I denna post i kommunernas balansräkningar ingår också medlemskommunandelarna i samkommunerna. Även lånefordringar hos dottersammanslutningar syns i denna balanspost. Till rörliga aktiva i balansräkningarna hör bl.a. material och förnödenheter, t.ex. läkemedel och andra förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården.

Enligt värderings- och periodiseringsbestämmelserna i 5 kap. i bokföringslagen ska materiella och immateriella tillgångar antecknas i bokföringen till sin anskaffningsutgift. Till anskaff-

ningsutgiften räknas utgifterna för anskaffning och tillverkning av en tillgång. Utgiften för anskaffning av materiella tillgångar som hör till bestående aktiva aktiveras och kostnadsförs som avskrivningar under sin verkningstid, varvid bokföringsvärdet i balansräkningen (det s.k. balansvärdet) blir den oavskrivna anskaffningsutgiften som differens mellan anskaffningsutgiften och avskrivningen.

Byggnader

I detta avsnitt ges en överblick av de fastigheter inom social- och hälsovården som överförs till landskapen på basis av en utredning som Nordic Healthcare Group (NHG) publicerade i september 2016 (Selvitys kuntien kiinteistöriskistä sote-uudistuksessa) samt på basis av en lägesrapport av Maakuntien tilakeskus från slutet av 2019 över de lokaler som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Enligt NHG:s utredning uppgår ytan för fastigheter som används inom social- och hälsovården till sammanlagt ca 14 miljoner m². I siffran ingår alla fastigheter som används inom social- och hälsovården oavsett vem som äger dem, dvs. utöver kommunsektorns fastigheter även fastigheter som ägs av privata aktörer, företag och stiftelser samt staten. Utredningen bygger på uppgifterna i Befolkningsregistercentralens fastighetsdatabas. Ägandet av hela fastighetsbeståndet (ca 14 miljoner m²) fördelar sig enligt tillgängliga uppgifter som följer:

Tabell 9: Ägande av social- och hälsovårdsbyggnader

Samkommuner för sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt	2,166 mn m ²	15,5 %
Kommun	4,930 mn m ²	34,2 %
Annan samkommun	1,621 mn m ²	11,3 %
Företag som kontrolleras av en kommun eller någon annan samkommun	0,203 mn m ²	1,4 %
Fastighetsaktiebolag (kontrolleras inte av en kommun)	1,177 mn m ²	8,2 %
Stiftelse, förening eller annan sammanslutning	1,996 mn m ²	13,9 %
Annat privat företag	1,075 mn m ²	7,5 %
Staten	0,292 mn m ²	2,0 %
Övriga	0,904 mn m ²	6,3 %

Kommunsektorn, dvs. kommuner, samkommuner samt sammanslutningar som kontrolleras av en kommun eller samkommun, äger alltså ca 8,9 miljoner m², dvs. ca 60 % av det fastighetsbestånd som används inom social- och hälsovården. Av detta äger sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistrikten ca 2,166 miljoner m², dvs. ca 24 %. Kommuner och s.k. frivilliga samkommuner för social- och hälsovården samt företag som kontrolleras av dessa äger sammanlagt ca 6,8 miljoner m², dvs. ca 76 %.

Statistiken visar att byggnaderna i anslutning till social- och hälsovården sannolikt utgör ca 20 procent av hela byggnadsbeståndet inom kommunsektorn och att deras balansvärde uppgår till ca 6–6,5 miljarder euro. Av denna summa står samkommunerna för sjukvårdsdistrikten för ca

2,3 miljarder euro. I NHG:s ovan nämnda utredning uppskattades också värdet på det fastighetsbestånd inom social- och hälsovården som ägs av kommuner och andra samkommuner än sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt. Som värderingsmetod användes en s.k. avskrivna återanskaffningskostnad. Med denna metod uppskattades värdet på det byggnadsbestånd inom social- och hälsovården som ägs av kommuner och andra samkommuner till ca 4,2 miljarder euro. De avskrivningar och nedskrivningar som gäller byggnadsegendomen beskriver till viss del också den andel som byggnadsegendomen utgör av kommunernas och samkommunernas egendom. I fråga om social- och hälsovården utgör dessa ca 14,5 procent av alla avskrivningar inom kommunsektorn.

Enligt Maakunnan tilakeskus var år 2019 av det byggnadsbestånd som används inom social- och hälsovården 8,6 procent byggda för mindre än 10 år sedan, 6,8 procent för 10–20 år sedan, ca 52,0 procent för 20–50 år sedan och 32,6 procent för över 50 år sedan. Granskningen inbegrep inte samkommunernas lokaler.

I synnerhet samkommuner för sjukvårdsdistrikt äger även till våningsytan mycket stora byggnader som inte längre används aktivt eller fullt ut inom social- och hälsovården. I samband med beredningen har det inte funnits tillgång till systematiska uppgifter om mängden ur bruk tagna eller underutnyttjade byggnader, men bland dem finns bl.a. gamla stora sanatorier och sinnessjukhus.

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

Av de byggnader som används inom social- och hälsovården i kommuner och andra samkommuner än sjukvårdsdistrikt och specialomsorgsdistrikt är enligt NHG:s utredning ca 22 procent äldreboenden och ca 21 procent hälsocentraler. Ungefär lika många, dvs. ca 20 procent, används enligt statistiken som sjukhus. Den näst största andelen, dvs. ca 12 procent, används för boende, dvs. t.ex. servicehus. Resten fördelar sig mellan socialväsandets byggnader och olika specialinrättningar.

Markområden

Största delen av det byggnadsbestånd som ägs av kommunerna och som används inom social- och hälsovården finns på markområden som kommunen själv äger. Samkommunernas byggnader finns både på markområden som ägs av samkommunerna och på markområden som ägs av deras medlemskommuner. Dessutom äger många samkommuner även markområden som inte har någon direkt anknytning till den egentliga serviceverksamheten inom social- och hälsovården. Som exempel kan nämnas samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, som äger sammanlagt 206 hektar markområden, varav 98 hektar är rekreationsområden, samt samkommunen för Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt, som också äger rekreationsområden.

Aktier och andelar

En växande andel av den egendom som hänför sig till serviceproduktionen inom social- och hälsovården i kommuner och samkommuner är aktier och andelar. Statistikuppgifterna ger dock inte någon heltäckande information om vilken andel av aktierna och andelarna i kommunernas balansräkningar som hänför sig till produktionen av social- och hälsovårdstjänster. Exakta uppgifter fås endast genom att granska respektive kommuns balansuppgifter. När det gäller samkommuner är situationen en annan, eftersom samkommunens egendom i princip är avsedd för

verksamhet enligt grundavtalet för samkommunen oberoende av typ av egendom. Om en byggnad ägs av kommunens eller samkommunens dotter- eller intressesammanslutning fungerar den egentliga produktionen av social- och hälsovårdstjänster i de lokaler som bolagen äger på basis av hyresavtal.

Utöver fastighets- och bostadsaktiebolag äger kommunerna och samkommunerna antingen majoriteten eller andelar i olika bolag som stöder eller producerar social- och hälsovårdstjänster, såsom laboratorie- och bilddiagnostikbolag, bolag inom företagshälsovården, bolag som tillhandahåller kostservice, städtjänster och lokalservice samt bl.a. regionala IKT-bolag.

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

Maskiner, produkter och omsättningstillgångar

Kommunerna och samkommunerna äger en stor mängd maskiner och produkter som används för social- och hälsovårdstjänsterna samt lös egendom som kan betraktas som omsättningstillgångar, såsom läkemedel och anordningar som används i hälso- och sjukvården. I kommunernas balansräkningar varierar denna tillgångspost i synnerhet beroende på om kommunen själv ordnar primärvården eller om den har ordnats tillsammans med andra kommuner. Uppgifter om sådana tillgångar kan i regel hittas endast i respektive kommuns bokslutsuppgifter och genom att särskilt undersöka tillgångsposterna. I fråga om samkommunerna är situationen en annan, eftersom samkommunens maskiner, produkter och omsättningstillgångar i sin helhet kan anses hänföra sig till den verksamhet som avses i grundavtalet för samkommunen.

2.13.2 Kommunsektorns lånebestånd

Allmänt

Enligt bokslutsuppgifterna uppgick det sammanlagda lånebeståndet för den kommunala ekonomin, dvs. kommunerna och samkommunerna, i Fastlandsfinland vid utgången av 2018 till cirka 20,5 miljarder euro. Av det sammanlagda lånebeståndet utgjorde kommunernas andel ca 16,7 miljarder euro och samkommunernas andel 3,8 miljarder euro. Kommunsektorns lånebestånd behandlas närmare i avsnitt 2.11 i propositionen.

Kommunernas upplåning är inte så att säga öronmärkt. Detta innebär att fullmäktige i samband med beslutsfattandet inte specificerar vilken andel av tillägglånen som hänförs till investeringar i social- och hälsovården eller till något annat angivet behov av finansiering. Det är alltså inte i praktiken möjligt att särskilja skuldbelopp för byggnader eller andra tillgångsposter inom social- och hälsovården från kommunens övriga lånebestånd utan djupgående och grundlig analys av kommunens beslutshistorik, utvecklingen av lånebeståndet och genomförandet av investeringar.

Största delen av de lån som samkommunerna för social- och hälsovård upptar föranleds av finansieringen av investeringar. I vissa samkommuner med störst underskott föranleds en del av upplåningen av ett underskott i driftsekonomin. Saken behandlas mera ingående i avsnitt 2.15.4 i propositionen.

Kommunernas garanticentral

Enligt 1 § i lagen om Kommunernas garanticentral (487/1996) är Kommunernas garanticentral en offentligrettslig anstalt vars syfte är att trygga och utveckla en gemensam medelsanskaffning för kommunerna. För att detta syfte ska nås kan garanticentralen på det sätt som föreskrivs i 1 a § i den lagen bevilja garantier för sådan medelsanskaffning till kreditinstitut som direkt eller indirekt ägs av kommunerna eller lyder under kommunernas bestämmanderätt att medlen lånas ut till kommuner och samkommuner samt sammanslutningar som helt ägs av kommunerna eller helt lyder under deras bestämmanderätt. Garanticentralen kan bevilja garantier även för sådan medelsanskaffning till kreditinstitut som avses i lagens 1 § att medlen lånas ut till sammanslutningar som anges av statliga myndigheter och som hyr ut eller producerar och håller bostäder på sociala grunder, eller till sammanslutningar som lyder under sådana sammanslutningars bestämmanderätt.

För närvarande finns det ett sådant i lagen avsett kreditinstitut som direkt eller indirekt ägs av kommunerna eller lyder under kommunernas bestämmanderätt, nämligen Kommunfinans Abp. Det ägs av kommunerna, Keva och staten. Av de lån som samkommunerna för sjukvårdsdistrikten har är en betydande del för närvarande lån som beviljats av Kommunfinans Abp. Dessutom har sjukvårdsdistrikten leasingavtal som ingåtts med Kommunfinans Abp med tanke på olika slag av investeringar i lokaler och produkter samt ett stort antal derivatavtal. Saken behandlas mera ingående i avsnitt 4.2.1 i propositionen.

Medlemssamfund i garanticentralen är enligt 2 § i lagen om Kommunernas garanticentral de kommuner som var medlemssamfund i garanticentralen den 1 januari 2007. Andra kommuner kan ansluta sig till garanticentralen genom ett skriftlig meddelande till garanticentralens styrelse. En kommun som är medlem i garanticentralen kan inte utträda ur den och en kommun som blir medlem i garanticentralen är ansvarig för garanticentralens förbindelser på samma sätt som de kommuner som blev medlemmar i garanticentralen när den inrättades. Enligt 10 § i lagen svarar medlemssamfundet tillsammans för finansieringen av garanticentralens utgifter och förbindelser, om dessa inte annars kan täckas, i proportion till invånarantalet.

Bestämmelserna i 1 och 1 a § i lagen om Kommunernas garanticentral och som följd av dem Kommunfinans Abp:s lånevillkor medför att krediter som beviljas av Kommunfinans Abp inte utan lagstiftningsåtgärder kan överföras till sådana aktörer, i fråga om vilka Kommunernas garanticentral enligt nämnda bestämmelser inte kan bevilja garanti för sådan medelsanskaffning till kreditinstitut där medlen lånas ut till aktörerna i fråga.

2.13.3 Kommunsektorns avtal

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

Kommunerna och samkommunerna ska i sin verksamhet och i beslutsfattandet hålla sig till sitt verksamhetsområde och iaktta upphandlingslagen. I övrigt är även offentliga samfund i fråga om avtalen bundna av sedvanliga avtalsrättsliga principer. Kommunsektorn har tillgång till nästan alla avtalstyper och avtalsslag som den privata sektorn. Med tanke på kommunalekonomin gäller de viktigaste avtalen produktionen av tjänster och anskaffningen av material. År 2018

uppgick kommunernas och samkommunernas köpta tjänster till ca 23,5 miljarder euro och materialköpen till ca 3,7 miljarder euro.

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

2.13.4 Samkommuner för social- och hälsovård

Sjukvårdsdistrikten är de största samkommunerna för social- och hälsovård om man ser till driftsekonomin, antalet anställda och egendomen. Enligt bokslutsuppgifterna uppgick sjukvårdsdistriktens verksamhetsintäkter 2018 till sammanlagt ca 10,4 miljarder euro och verksamhetskostnaderna till sammanlagt 10,1 miljarder euro. Verksamhetskostnaderna för det största sjukvårdsdistriktet, dvs. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, uppgick till ca 2,186 miljarder euro och för det minsta sjukvårdsdistriktet, dvs. Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt, till ca 122 miljoner euro.

År 2018 uppgick lånebeståndet för samkommunerna i Fastlandsfinland enligt bokslutsuppgifterna till 3,77 miljarder euro, vilket innebär att samkommunernas lånebestånd var ca 687 euro/invånare. Av samkommunernas lånebestånd hade samkommunerna för sjukvårdsdistrikten en andel på ca 2,08 miljarder euro. Samkommunernas relativa skuldsättningsgrad vid utgången av 2018 var 41,4 procent och soliditeten 36,9 procent. Den relativa skuldsättningsgraden i samkommunerna för sjukvårdsdistrikt varierade mellan 15,0 och 109,3 procent och soliditeten mellan 8,7 och 48,6 procent. Samkommunerna i Fastlandsfinland hade i balansräkningen för 2018 byggnader till ett värde av 3,822 miljarder euro, varav 2,429 miljarder euro i samkommuner för sjukvårdsdistrikt. Av alla samkommuner för social- och hälsovården hade samkommunen för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt mest lån (320 miljoner euro) och samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt näst mest lån (307 miljoner euro) vid utgången av 2018.

En del av samkommunerna för social- och hälsovård uppvisar ett betydande underskott. De största underskotten i balansräkningarna för samkommunerna för social- och hälsovård på basis av de slutliga bokslutsuppgifterna för 2018 (1 000 €):

Tabell 11: De största underskotten för samkommunerna för social- och hälsovård i boksluten för 2018 (1 000 €)

Samkommun	Underskott (1 000 €)
Samkommunen för social- och hälsovården i Södra Karelen	-16 033
Samkommunen för Norra Savolax sjukvårdsdistrikt	-9 939
Samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Norra Karelen	-9 312
Samkommunen för Vasa sjukvårdsdistrikt	-6 206

Samkommunen för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt	-5 798
Samkommunen för Birkalands sjukvårdsdistrikt	-4 330
Samkommunen för Satakunta sjukvårdsdistrikt	-3 196
Samkommunen JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	-2 982
Samkommunen för Länsi-Pohja sjukvårdsdistrikt	-2 562
Samkommunen Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä	-1 047
Samkommunen Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (FSHKY)	-904
Eskoo samkommun för socialtjänster	-446
Kårkulla samkommun	-371

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

Upplösning av samkommuner för social- och hälsovård

När en samkommuns ansvar för ordnandet av tjänster överförs till en annan aktör som ordnar tjänster, ska samkommunen i regel upplösas eller dess grundavtal ändras i överensstämmelse med de nya uppgifter för samkommunen som eventuellt blivit kvar.

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

Medlemskommunens andel i en samkommun är den post som hör till medlemskommunens balansräkning. I medlemskommunernas balansräkningar (aktier och andelar i form av placeringar) framställs anskaffningsutgifterna för samkommunsandelarna. Anskaffningsutgiften i medlemskommunens balansräkning och medlemskommunens andel av samkommunens grundkapital motsvarar inte nödvändigtvis varandra. En eventuell skillnad realiserar i samband med att en samkommun upplöses och inverkar på resultatet i kommunens bokslut. Dessa skillnader borde dock inte vara av betydande storlek.

Senast när samkommunerna upplöses måste medlemskommunerna svara för sin andel av samkommunens underskott. Ansvarsförhållandena mellan medlemskommunerna vid täckandet av underskott grundar sig på villkoren i grundavtalen för samkommunerna. I regel svarar med-

lemskommunerna för samkommunens underskott i förhållande till sina medlemsandelar. Underskotten har sannolikt till stor del uppkommit genom att priserna på samkommunens tjänster och utgifterna för tjänsteproduktionen inte har motsvarat varandra. Vad gäller orsakerna till underskottet samt beräkningsprinciperna kan det också mellan samkommuner finnas skillnader som delvis uppkommit redan vid övergången till det nuvarande bokföringssystemet.

Bokföringsnämndens kommunsektion har i sitt utlåtande 113/2015 tagit ställning till behandlingen av en samkommuns underskott i medlemskommunernas bokföring. Enligt utlåtandet ska medlemskommunen bokföra sin andel av samkommunens underskott som avsättning, om underskottet sannolikt inte kan täckas inom en nära framtid genom t.ex. andra åtgärder som samkommunen beslutar om. Om inga åtgärder för att täcka samkommunens underskott har vidtagits eller planerats anser kommunsektionen att medlemskommunen ska ha särskilda grunder för att kunna motivera att förutsättningarna för en avsättning i kommunens bokslut inte uppfylls.

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

I 5 kap. 14 § i bokföringslagen finns bestämmelser om avsättningar. I samkommunerna för sjukvårdsdistrikten är i synnerhet ansvarsförsäkringarna för patientskador sådana avsättningar som avses i bestämmelsen. Den nya patientförsäkringslagen (948/2019) trädde i kraft i augusti 2019. Patientförsäkringssystemet fungerar så att alla sjukvårdsdistrikt utom ett har tecknat en i den gällande lagen avsedd försäkring hos Patientförsäkringscentralen. Försäkringspremierna är indelade i en kontantbetalning och en ansvarsskuld. De avsättningar för ersättning som ska betalas i framtiden kvarstår som skuld. Eftersom nya patientskador inträffar varje år och dessa till stor del dock inte genast realiserar till betalning, utan det görs avsättningar för dem, har skuldbeloppet ökat varje år. De årliga kontantbetalningarna har de senaste åren uppgått till 25–31 miljoner euro inom den offentliga sektorn. Ökningen av skulden har årligen varierat mellan 1 och 42 miljoner euro. Sjukvårdsdistrikten ansvarar för kostnaderna för patientförsäkringen i kommunerna och samkommunerna för hälso- och sjukvård inom sitt område. På 2018 års nivå uppgår sjukvårdsdistriktens ansvar för ansvarsförsäkringen för patientskador till sammanlagt ca 335 miljoner euro. Vid upplösningen av samkommuner har det iakttagits ett förfarande där avsättningarna i den samkommun som upplöses tas upp i medlemskommunens balansräkning, om de förpliktelser och ansvarsförbindelser som de grundar sig på gäller uppgifter som återförs till medlemskommunen.

2.13.5 Kommunsektorns egendom i anslutning till räddningsväsendet

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

Enligt bokslutsuppgifterna för 2018 uppgick kommunernas sammanlagda betalningsandel för de regionala räddningsverken till något mer än 400 miljoner euro. Kommunernas betalningsandelar för räddningsverken varierade mellan 59 och 97 euro per invånare. Summan inbegriper kommunernas betalningsandelar för omkostnader och investeringar. I betalningsandelarna ingår inte prehospital akutsjukvård. I bokslutsuppgifterna ingår inte sådana investeringar i räddningsväsendet som finansieras av staten och som har överlåtits till räddningsverken.

Fastigheter och lokaler som används av räddningsverken

Enligt en utredning som gjordes i december 2015 har räddningsverken sammanlagt 834 byggnader i användning. Av dessa äger kommunerna 603, avtalsbrandkårerna 170, privata aktörer 46 och andra aktörer 15 byggnader. De sammanlagda hyreskostnaderna på basis av de hyresavtal som ingåtts om lokalerna uppgick till 59,1 miljoner euro enligt bokslutsuppgifterna för 2018. Enligt utredningen har räddningsverken utöver byggnaderna även 26 övningsområden.

Materiel

Räddningsverkens ekonomiskt mest betydelsefulla materiel består av fordon och farkoster. Enligt uppgifterna för 2019 förfogar räddningsverken över cirka 4 100 fordon, där även bl.a. ambulanser och släckningsbilar ingår. En del av fordonen är leasingfordon. Räddningsverken har dessutom ca 800 farkoster. Som övrig materiel har räddningsverken olika släpvagnar och containrar, snöskotrar, hydrokoptrar, helikoptrar och fjärrstyrda luftfartyg.

Det sammanlagda balansvärdet för de fordon, det materiel och de fartyg som räddningsväsendet äger uppgick enligt bokslutet för 2018 till ca 75 miljoner euro. Räddningsväsendets nettoinvesteringar 2018 uppgick till 11 miljoner euro och avskrivningarna till 16 miljoner euro.

Räddningsverkens avtal

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

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

2.14 Personal

2.14.1 Antal anställda och personalstruktur

Var femte löntagare i Finland arbetar inom kommunsektorn. I oktober 2018 arbetade sammanlagt 421 000 anställda i kommuner och samkommuner. Därtill hade drygt 30 000 personer arbets- eller tjänstledighet utan lön. (Källa: Statistikcentralen, Lönerna inom kommunsektorn)

Inom kommunernas och samkommunernas social- och hälsovårdstjänster fanns det 2018 sammanlagt 203 700 anställda. Av dessa arbetade 90 300 (44 %) i kommuner och 113 500 (56 %) i samkommuner. Social- och hälsovårdstjänster omfattar bland annat primärvård, specialiserad sjukvård, tandvård, hemservice och annan äldreomsorg, tjänster för personer med funktionsnedsättning, tjänster inom barnskyddet och andra tjänster inom socialvården samt nödvändig förvaltning.

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

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

I oktober 2018 var 15 procent av social- och hälsovårdspersonalen anställda i tjänsteförhållande och 85 procent i arbetsavtalsförhållande. I regel är alla andra kommunala läkare förutom tandläkare vid en hälsovårdscentral anställda i tjänsteförhållande. Av socialarbetarna är 79 procent anställda i tjänsteförhållande.

Kvinnornas andel av hela kommunsektorns personal är 80 procent, och personalens medelålder är 45,7 år.

Av kommunernas och samkommunernas utgifter utgör ungefär hälften personalutgifter. År 2018 uppgick kommunernas och samkommunernas sammanlagda arbetskraftskostnader till 20,6 miljarder euro, varav lönekostnaderna var 16,4 miljarder euro och de pensions- och andra indirekta socialförsäkringsavgifter som arbetsgivaren betalar 4,2 miljarder euro.

Enligt 25 § i räddningslagen ska det lokala räddningsväsendet ha ett räddningsverk för skötseln av uppgifterna inom räddningsväsendet. Räddningsverket utför de praktiska uppgifterna inom räddningsväsendet. En del av uppgifterna har dock uttryckligen angetts för sådana företrädare för räddningsmyndigheterna som är i det lokala räddningsväsendets tjänst. Dessa uppgifter är i regel förenade med avsevärd utövning av offentlig makt. Största delen (70 %) av dem som deltar i räddningsverksamhet är anställda i tjänsteförhållande.

Den personal som står i tjänsteförhållande och arbetsavtalsförhållande till det lokala räddningsväsendet består av heltidsanställda och delvis också av arbetstagare med uppgiften som bisyssla. De personer som förordnats till räddningsmyndigheter står i tjänsteförhållande till en kommun eller samkommun. År 2018 fanns det sammanlagt 6 283 heltidsanställda, av vilka 565 arbetade inom förvaltning och stödtjänster, 3 829 inom räddningsverksamhet och 1 532 personer uteslutande inom prehospitalet akutsjukvård. Det fanns 357 personer som arbetade inom säkerhetstjänsterna med uppgiften som huvudsyssla, men största delen av räddningsverkens personal utförde arbete med förebyggande av olyckor vid sidan av sin egen tjänst. Dessutom producerade räddningsväsendets personal merparten av den brådskande prehospitala akutsjukvården. År 2018 uppgick personalen med uppgiften som bisyssla till totalt cirka 3 773 personer. De vanligaste yrkesbeteckningarna inom räddningsväsendet är brandman, förstavårdare, överbrandman och brandförman.

Enligt 25 § i räddningslagen kan det lokala räddningsväsendet i räddningsverksamheten anlita en frivillig brandkår, anstaltsbrandkår, industribrandkår, militärbrandkår (avtalsbrandkårer) eller någon annan sammanslutning som är verksam i räddningsbranschen enligt överenskommelse med dem. Avtalsbrandkårer och sammanslutningar som avses i räddningslagen får dock inte tilldelas uppgifter som innebär avsevärd utövning av offentlig makt. Till sådana uppgifter hör t.ex. utövande av myndighetsbefogenheter eller uppgifter som hör till inspektions- eller tillsynsverksamheten. Enligt uppgifter från 2018 fanns det 709 avtalsbrandkårer i Finland, och de har ungefär 15 000 larmdugliga medlemmar. Med avtalsbrandkårer avses frivilliga brandkårer som bildats som föreningar samt brandkårer som inrättats för ett företags eller en anläggnings eget behov och med vilka det lokala räddningsväsendet har slutit ett avtal om utförande av vissa av det lokala räddningsväsendets uppgifter.

2.14.2 Lagstiftning som tillämpas på personalen

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

De centrala bestämmelserna om kommunala arbetstagare, dvs. anställda i arbetsavtalsförhållande, finns i arbetsavtalslagen (55/2001). Den rättsliga ställningen för kommunala arbetstagare bestäms i huvudsak på samma sätt som inom den privata sektorn, men kommunalt anställda arbetstagare har ändå ett mera omfattande straffrättsligt ansvar än arbetstagare inom den privata sektorn. Också arbetsgivarens rätt att ingå kollektivavtal avviker från det som gäller för den privata sektorn.

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

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

2.14.3 Pensioner

Keva sköter pensionsärendena för kommunsektorns, statens, kyrkans och FPA:s personal. Keva är ett självständigt offentligrättsligt samfund, vars verksamhet grundar sig på lagen om Keva (66/2016). Keva har hand om arbetspensionstjänsterna för ca 1,3 miljoner anställda och pensionstagare inom den offentliga sektorn.

Vid utgången av 2019 hade Keva ca 1 100 medlemssamfund som arbetsgivarkunder. Till medlemssamfunden hör alla Finlands städer, kommuner och samkommuner samt en del av de kommunala föreningarna och aktiebolagen. Därtill har Keva ca 900 arbetsgivarkunder inom staten och kyrkan. Även Folkpensionsanstalten är arbetsgivarkund hos Keva.

Keva svarar för finansiering av pensionerna för kommunsektorns personal och för placeringen av pensionsmedlen. Pensionerna finansieras genom avgifter som tas ut hos kommunsektorns arbetsgivare och arbetstagare. Utgångspunkten för finansieringen av det kommunala pensionsystemet är hela kommunsektorns gemensamma ansvar. Pensionsanstaltens delegation beslutar om hur pensionsanstaltens utgifter fördelas på medlemssamfunden. Delegationen fastställer även storleken på den kommunala pensionsavgiften. År 2019 uppgick Kevas avgiftsinkomster till ca 5,1 miljarder euro.

Med hjälp av pensionsansvarsfonden förbereder man sig på framtida pensionsansvar. Fonden är till sin karaktär en buffertfond. Kevas delegation beslutar årligen om det belopp som ska överföras till pensionsansvarsfonden. När pensionsansvarsfondens medel placeras ska enligt lagen om Keva placeringarnas säkerhet, avkastning och likviditet tryggas samt placeringarna diversifieras. Placeringsstillgångarna uppgår till cirka 56,2 miljarder euro (31.12.2019).

Under de följande tio åren går över 170 000 personer inom kommunsektorn i pension, dvs. ungefär en tredjedel av alla arbetspensionsförsäkrade kommunalt anställda (ca 523 000 försäkrade i arbetsavtals- eller tjänsteförhållande 31.12.2018). Detta innebär att pensionskostnaderna inom kommunsektorn ökar avsevärt och att det ställs stora krav på rekryteringen. Den belastning som pensionskostnaderna medför kan delvis minskas genom fondering av pensionskyddet.

Vid utgången av 2018 var 535 493 personer försäkrade i det kommunala pensionssystemet, av dessa var ca 77 procent kvinnor. De försäkrades medelålder var 45,2 år, vilket är lägre än inom den offentliga sektorn i genomsnitt.

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

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

Den lönebaserade pensionsavgiften kompletteras av den pensionsutgiftsbaserade avgiften, genom vilken återstoden av de avgifter samlas in som pensionsavgiftsinkomsten på ArPL-nivå inte täcker. Storleken på den varierar årligen mellan 4 och 6 procent. Genom den pensionsutgiftsbaserade avgiften täcks det bättre pensionskydd som personalen tjänat in före pensionsreformerna samt den tilläggskostnad som följer av den kvinnodominerade strukturen i kommunsektorn, som t.ex. av en längre livslängd hos kvinnor. Sådana organisationer som har inrättats efter 2005 betalar inte någon pensionsutgiftsbaserad avgift, vilket innebär att tilläggsansvaret till största delen bärs av kommunerna och samkommunerna. Endast en del av kommunernas privaträttsliga organisationer, t.ex. kommunala bolag, betalar pensionsutgiftsbaserade avgifter.

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

2.14.4 Utövning av offentlig makt och tjänsteansvar

Kommunerna och samkommunerna har personal såväl i tjänsteförhållande som i arbetsavtalsförhållande. Enligt 87 § 2 mom. i kommunallagen ska uppgifter i vilka offentlig makt utövas skötas i tjänsteförhållande. I enlighet med 57 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen och samkommunen ha nödvändig personal för de uppgifter vid verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården där det ingår utövning av offentlig makt. En person vars uppgifter omfattar utövning av offentlig makt ska stå i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen. Enligt 49 a § i socialvårdslagen ska varje kommun till sitt förfogande ha tjänster vilka tillhandahålls av en tjänsteinnehavare som deltar i klientarbetet och har yrkesmässig behörighet som socialarbetare.

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

Bestämmelser om ansvar för ämbetsåtgärder finns i 118 § i grundlagen. I tjänsteansvaret ingår både skadeståndsrättsligt och straffrättsligt ansvar. Bestämmelser om straffrättsligt tjänsteansvar finns i 40 kap. i strafflagen. I 40 kap. 11 § definieras vem som ska betraktas som tjänsteman och vilka andra grupper av personer som omfattas av tillämpningsområdet för bestämmelserna om tjänstebrott. Enligt 12 § 1 mom. i kapitlet ska bestämmelserna om tjänstemän även tillämpas på personer som utövar offentlig makt. Enligt 2 mom. i samma paragraf ska bestämmelserna i 1–3, 5 och 14 § i kapitlet tillämpas på offentligt anställda arbetstagare, dock inte avsättningspåföljden. Med en offentligt anställd arbetstagare avses enligt 40 kap. 11 § 3 punkten i strafflagen den som står i arbetsavtalsförhållande till staten, till en kommun eller till en samkommun eller till något annat offentligt samfund eller en inrättning som nämns i den paragrafen. Om en arbetstagare vid ett offentligt samfund utövar offentlig makt i sina uppgifter, betraktas han eller hon som en person som utövar offentlig makt och bestämmelserna om personer som utövar offentlig makt ska tillämpas på honom eller henne. Det som i 3 kap. 2 § i skadeståndslagen föreskrivs om vållande av den som utövar offentlig makt tillämpas förutom på offentliga samfund också på andra samfund som på grund av lagar, förordningar eller bemyndiganden i lag har hand om offentliga uppgifter och i samband med dess uppgifter utövar offentlig makt. Enligt bestämmelsen är offentliga samfund skyldiga att ersätta skada som orsakats genom fel eller försummelse vid utövning av offentlig makt. Ersättningsskyldighet inträder dock bara om de krav blivit åsidosatta som med hänsyn till verksamhetens art och ändamål skäligen kan ställas på fullgörandet av åtgärden eller uppgiften.

2.14.5 Överlåtelse av rörelse

Enligt 1 kap. 10 § i arbetsavtalslagen ska de rättigheter och skyldigheter som följer av anställningsförhållandena vid en överlåtelse av rörelse övergå som sådana på rörelsens nya innehavare. I 25 § i lagen om kommunala tjänsteinnehavare föreskrivs det om överlåtelse av rörelse för tjänsteinnehavares del på motsvarande sätt. Avsikten är att bestämmelserna ska motsvara artikel 1 i överlåtelsedirektivet.

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

I samband med överlåtelse av en rörelse övergår de personer som är anställda inom den överlåtna affärsverksamheten till förvärvaren som s.k. gamla arbetstagare med oförändrade villkor.

2.14.6 Tjänste- och arbetskollektivavtal som tillämpas på personalen

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

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

I lagen om kommunala arbetsmarknadsverket (254/1993) föreskrivs det om det kommunala arbetsmarknadsverkets ställning och uppgifter.

För anställningsvillkoren för kommunernas och samkommunernas personal finns följande separata avtal:

det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA, gäller alla branscher som nedan nämnda avtal inte gäller, inklusive social- och hälsovårdspersonal och personal inom småbarnspedagogik),

- tjänste- och arbetskollektivavtalet för undervisningspersonal (UKTA),
- tjänstekollektivavtalet för läkare (LÄKTA),
- tjänste- och arbetskollektivavtalet för teknisk personal (TS), samt
- arbetskollektivavtalet för timavlönade (TIM-AKA).

Alla avtal, förutom UKTA, gäller den personal som överförs till landskapen. Endast några hundra timavlönade överförs till landskapen.

De nuvarande kommunala affärsverken (affärsverk i kommuner, affärsverk i samkommuner och affärsverkssamkommuner) utgör en del av en kommuns eller samkommuns egentliga organisation, och deras personal och intressebevakning jämföras med anställda inom kommunsektorn. På landskapsförbundens personal tillämpas det allmänna kommunala tjänste- och arbetskollektivavtalet (AKTA).

Föreningen AVAINTA Arbetsgivarna rf sköter arbetsgivarnas intressebevakning för aktiebolag eller stiftelser där kommuner eller samkommuner har bestämmande inflytande, andra sammanslutningar eller stiftelser samt privata tjänsteproducenter. Dess beslutsfattande är kopplat till den representation som Finlands Kommunförbund, kommunerna och de nämnda sammanslutningarna har. AVAINTA Arbetsgivarna rf:s avtalsverksamhet omfattar totalt ca 610 organisationer och 42 500 personer. Av dessa finns ca 7 800 personer inom social- och hälsovården (inrättningar för vård och omsorg, servicehus, företagshälsovårdsstationer, läkarstationer, hushållstjänster osv.).

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

Dessutom har en del av de kommunala bolagen, samkommunerna och stiftelserna samt föreningarna kommit överens om intressebevakningen med medlemsförbunden inom Finlands näringsliv EK, varvid avtalen inom dessa branscher tillämpas (knappt 3 000 anställda).

2.14.7 Intressebevakning för arbetsgivare

I lagen om kommunala arbetsmarknadsverket föreskrivs om det kommunala arbetsmarknadsverkets ställning och uppgifter. Enligt lagen bevakar kommunala arbetsmarknadsverket kommunernas och samkommunernas intressen i arbetsmarknadsfrågor och förhandlar och avtalar på deras vägnar om anställningsvillkoren för kommunala tjänsteinnehavare och arbetstagare. Kommunala arbetsmarknadsverket kan också ge rekommendationer om allmänna anställningsfrågor, om resultatriktningen i den kommunala serviceproduktionen och om arbetslivskvaliteten. I lagen ingår också bestämmelser om arbetsmarknadsverkets ekonomi och kommunernas

betalningsandelar. Utgifterna för arbetsmarknadsverket tas hos kommunerna ut i form av betalningsandelar som till hälften bestäms i förhållande till kommunalskattesatsen och till hälften i förhållande till invånarantalet.

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

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

Bestämmelser om det kommunala systemet med tjänste- och arbetskollektivavtal finns i lagen om kommunala tjänstekollektivavtal och i lagen om kommunala arbetskollektivavtal.

Kommunsektorns avtalssystem omfattar kommunerna och samkommunerna i Fastlandsfinland samt kommunala affärsverk och personal i anställning hos dem.

De kommunala arbets- och tjänstekollektivavtalen avtalas och förhandlas med de huvudavtalsorganisationer som representerar personalen. Förhandlings- och avtalsparterna har överenskommit i det kommunala huvudavtalet. Förhandlingssystemet har enligt behov reviderats så att det motsvarar fältet av arbetsmarknadsorganisationer. Kommunala arbetsmarknadsverket och de lokala arbetsgivarnas förhandlingsparter är numera Julkisen alan unioni JAU, Kommunsektorns utbildade vårdpersonal KoHo och Förhandlingsorganisationen för offentliga sektorns utbildade FOSU.

Intressebevakningen för kommunala affärsverk sker i samma ordning. Intressebevakningen för arbetsgivarna i bolag som ägs av kommunerna eller som kommunerna har bestämmande inflytande över åläggs inte kommunala arbetsmarknadsverket enligt lagen om arbetsmarknadsverket. En del av dessa bolag har organiserat sig i AVAINTA Arbetsgivarna rf, som inte hör till centralorganisationerna på arbetsmarknaden, en del i sin tur i arbetsgivarförbund som lyder under Finlands näringsliv EK.

2.15 Allmänna bestämmelser om förvaltningen

Den institutionella strukturen för den offentliga förvaltningen består av två förvaltningsnivåer, statsförvaltningen och kommunalförvaltningen. Bestämmelser om den offentliga förvaltningens verksamhet finns i de så kallade allmänna förvaltningslagarna, vilka tillämpas på behandling av förvaltningsärenden och annan myndighetsverksamhet alltid, om inte något annat särskilt föreskrivs, samt i flera andra lagar som delvis också tillämpas på privaträttslig verksamhet. Däremot förutsätter tillämpningen av bestämmelserna i många lagar att en myndighet fastställs i lag.

Ovan avsedda lagar är t.ex. lagar som reglerar de språkliga rättigheterna (dessa har beskrivits ovan i avsnitt 2.1.3), förvaltningslagen, lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999), nedan offentlighetslagen, lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019), nedan informationshanteringslagen, lagen om tillhandahållande av digitala tjänster (306/2019), nedan lagen om digitala tjänster, arkivlagen (831/1994), upphandlingslagen, lagen om rättegång i förvaltningsärenden (808/2019), diskrimineringslagen (1325/2014),

lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986), rättegångsbalken (4/1734), konkurslagen (120/2004), bokföringslagen och strafflagen.

2.16 Bedömning av nuläget

2.16.1 Regional självstyrelse

Trots reformerna under de senaste åren är kommunstrukturen i Finland fortfarande splittrad och det finns många små kommuner med svaga resurser. Kommun- och servicestrukturen har inte som helhet stärkts på alla områden så att den på lång sikt skulle trygga tillgången till och kvaliteten på i synnerhet social- och hälsovårdstjänster. Kommunernas samarbetsbehov och samarbetskyldigheter har hela tiden ökat och ordnandet och administreringen av tjänsterna har differentierats enligt sektor. Det ökade samarbetet har inneburit att en allt större del av kommunens budget binds genom samarbetsorganisationernas beslut. Kommunens beslutanderätt utövas till dessa delar inte av det fullmäktige som valts av invånarna i enlighet med demokratiprincipen i den kommunala självstyrelsen, utan demokratin bygger på mera indirekta former. Samarbetsorganisationerna är också administrativt sett tunga.

Hittills har den självstyrelse som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen inte genomförts inom större förvaltningsområden än kommunerna i Finland men en proposition om denna nya förvaltningsnivå överlämnades till riksdagen under den föregående valperioden. Propositionen förföll.

När det föreskrivs om de självstyrande områden som nu föreslås är det möjligt att som modell och jämförelseobjekt ta den landskapsmodell som lades fram under föregående valperiod, förvaltningsförsöket i Kajaland och i viss mån även andra former av självstyrelse som nämns i grundlagen, t.ex. bestämmelserna om kommunal självstyrelse och universitetens självstyrelse.

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

Områdesindelningen för de självstyrande områdena ska granskas utifrån de bestämmelser i grundlagen och annan lagstiftning som gäller ordnandet av förvaltningen och områdesindelningen och en lösning ska hittas på basis av dem. Utöver grundlagen ska man vid granskningen beakta åtminstone bestämmelserna i kommunstrukturlagen och det faktum att de självstyrande områdena kommer att bildas utifrån kommunindelningen. Däremot kommer lagen om landskapsindelning att upphävas i samband med reformen och ersättas med bestämmelser om områdesindelningen och ändringar i den i landskapslagen, införandelagen för reformen och den nya lagen om landskapsindelning.

2.16.2 Social- och hälsovårdssystemet

Vid ingången av 2020 finns det 294 kommuner i Fastlandsfinland som ansvarar för att ordna och finansiera den offentliga social- och hälsovården för sina invånare. Mediankommunen har 6 000 invånare. Den decentralisering som genomfördes i samband med reformen i början av 1990-talet, som å ena sidan anpassade servicesystemet till lokala förhållanden och till kommu-

nen som helhet och klargjorde det ekonomiska ansvaret, orsakar å andra sidan allvarliga problem med tanke på styrningen av systemet, en jämn kvalitet på social- och hälsovårdstjänsterna och möjligheterna att kontrollera kostnaderna.

Som en följd av den splittrade lagstiftning som kommit till genom delreformer och systemet med flerkanalsfinansiering är organiseringsansvaret delvis oklart, och en suboptimering som syftar till att föra över finansieringsansvaret från en del av systemet till en annan gör tjänsterna splittrade och helhetsansvaret diffusare. När det gäller t.ex. kostnader för arbetsförmåga så faller kostnaderna före och efter vård på en annan instans än kostnaderna för vården. I Finland finns det även geografiska områden som är större än kommuner och som har svårt att finansiera och ordna sina tjänster.

Situationen när det gäller den regionala strukturen för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna har under en lång tid varit oklar och i praktiken ser den ramlag som reglerar kommun- och servicestrukturen ut att ha gjort strukturen för ordnandet ännu mera oenhetlig, i synnerhet med tanke på socialvården. De enskilda kommunerna har av tradition haft ansvaret att ordna de centrala tjänsterna inom socialvården. Samarbetet mellan kommunerna vid ordnandet av tjänsterna har varit litet och samsamarbetsstrukturerna när det gäller ordnandet av t.ex. specialtjänster har varit snäva. Genom en ändring av ramlagen (RP 268/2010 rd) skapades klarhet i socialvårdens ställning i reformen genom att kommunerna ålades att ordna även socialservicen med strukturer som fyller kraven på befolkningsunderlag. Trots att samarbetet med kommunerna i ordnandet av socialvården ytterligare har stärkts och ökat även efter ramlagen, är den genomsnittliga storleken på de kommuner som har ansvar för att ordna socialvård fortfarande för liten för att trygga sådan service som förutsätts i den omfattande lagstiftningen om socialvården på ett jämlikt sätt för kommuninvånarna.

2.16.2.1 Främjande av välfärd, hälsa och säkerhet

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

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

Enligt den enkät till kommunens ledning som Institutet för hälsa och välfärd genomförde 2019 har främjandet av hälsa och välfärd utvecklats i en positiv riktning i kommunerna. Det har utsetts aktörer med ansvar för främjandet av hälsa och välfärd och förvaltningsövergripande arbetsgrupper i nästan alla kommuner. I de sektorsövergripande grupperna har social- och hälsovårdsväsendets representation minskat avsevärt efter 2015, vilket kan försämra verksamhetens verkningfullhet. En omfattande välfärdsberättelse som godkänts av fullmäktige har utarbetats

i nästan alla kommuner (94 %). Under året fick fullmäktige allmänna rapporter om kommuninvånarnas levnadsförhållanden, livsmiljöns sundhet, befolkningens hälsotillstånd och levnads-sätten. Rapporteringen om befolkningens livskompetens hade ökat mest. Sammankopplandet av målen för främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet med kommunens verksamhet förverkli-gas dock bara delvis. Endast ungefär hälften av kommunerna hade i sina verksamhets- och eko-nomiplaner fastställt indikatorer och nyckeltal, med hjälp av vilka uppnåendet av målen för främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet följs upp. En bedömning av den inverkan som besluten har på befolkningens välfärd, hälsa och säkerhet görs bara i ett fåtal kommuner. År 2019 hade endast 28 procent av kommunerna fattat beslut om att införa ett förfarande för förhandsbedömning av de beslut som inverkar på befolkningens välfärd och hälsa. Situationen har inte utvecklats i en positiv riktning under de senaste åren.

Sektorsövergripande samarbete för att främja den regionala välfärden, hälsan och säkerheten förutsätter strukturer som möjliggör och stöder gemensamt ansvarstagande och gemensam arbetsfördelning mellan olika aktörer för att uppnå välfärds målen. Som helhet betraktat har främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet förverkligats på olika sätt. Aktörer har bl.a. varit sjukvårdsdistrikten, kompetenscentrumen inom det sociala området, landskapsförbunden och regionförvaltningsverken. Exempelvis den roll som enheterna inom primärvården har i egenskap av aktörer för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet varierar på så sätt att en del av enheterna har ett brett samarbete med kommunerna, en del har avgränsat verksamheten till att gälla endast samarbete med primärvården och en del av enheterna inom primärvården har inte alls till uppgift att främja välfärd, hälsa och säkerhet. I planerna för ordnandet av social- och hälsovården synliggörs också främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet på olika sätt i olika områden. I bästa fall får prioriteringarna när det gäller främjande av välfärd, hälsa och säkerhet synlighet, och planen stöder arbetet med att främja välfärd, hälsa och säkerhet i kommunerna. Allmänt taget är det dock en utmaning följa upp planen och de mål som uppställs i den. Likaså kan det konstateras att den roll som kompetenscentrumen inom det sociala området och landskapsförbunden har i egenskap av aktörer för främjande av regional välfärd och hälsa varierar. Regionförvaltningsverken har utsett kontaktpersoner för främjande av hälsa, vilka genom nätverksbaserat arbete har arbetat för en enhetligare verksamhet.

Till stöd för planeringen och uppföljningen av främjandet av den regionala välfärden, hälsan och säkerheten har det utarbetats regionala välfärdsberättelser och välfärdsplaner. Arbetet har samordnats av t.ex. landskapsförbunden, sjukvårdsdistrikten, kompetenscentrumen inom det sociala området och regionförvaltningsverken. Den regionala välfärdsberättelsen och välfärdsplanen samlar de viktigaste temana på lokal nivå. Berättelsen upprepar inte i detalj alla frågor som kommunerna identifierat, utan informerar med regional sakkunskap allmänt om det viktigaste i nuläget i kommunerna. Regionala välfärdsberättelser har utarbetats i nästan alla regioner. Arbetet med regionala välfärdsberättelser befinner sig i ett utvecklingsskede. Det är bland annat viktigt att utveckla säkerställandet av ett sektorsövergripande perspektiv samt bättre utnyttjande av den samlade kunskapsbasen rent konkret vid uppställandet av mål, allokeringen av åtgärder och uppföljningen av dem. Det har funnits brister vid genomförandet av dessa. Dessutom har det inte ännu varit möjligt att på bästa möjliga sätt utnyttja möjligheterna med den regionala berättelsen för att identifiera skillnader i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna. Kommunförbundet har samarbetat med de regionala aktörerna i utvecklandet av ett verktyg för elektroniska välfärdsberättelser för att det ska motsvara de regionala behoven.

God praxis i fråga om främjande av befolkningens hälsa och förebyggande av sjukdomar har spridits och förankrats på många sätt i Finland, bland annat genom regeringens spetsprojekt Hälsa och välfärd ska främjas och ojämlikheten bli mindre som genomfördes 2017–2018 (Social- och hälsovårdstjänsterna 2018 – Expertutvärdering. Institutet för hälsa och välfärd 2020, på finska).

2.16.2.2 Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet

Det finns skillnader mellan olika regioner och olika befolkningsgrupper både i fråga om tillgången till social- och hälsovårdstjänster (om tjänsterna är tillgängliga på ett jämlikt sätt) och i dessa tjänsters tillgänglighet (faktiska möjligheter att utnyttja tjänsterna till följd av t.ex. långa avstånd, problem med tillgängligheten, ekonomiska hinder eller något annat motsvarande).

Minst var femte finländare använder sig av socialservice i något skede av sitt liv. En del av socialservicen består av tjänster för utsatta personer, och det är svårt att få deras fram deras erfarenheter med hjälp av befolkningsundersökningar. Det förekommer också dröjsmål när det gäller att träffa en yrkesutbildad person inom socialvården och i tillgången till tjänster. När det gäller socialvården har befolkningens förtroende för tillgången till tjänster enligt behov minskat under de senaste tio åren, trots att situationen i Finland fortfarande generellt sett är god. Det att förtroendet har minskat kan förklaras av nedskärningar i de universella tjänsterna, dvs. sådana tjänster som tillhör alla, och av regionala skillnader i utbudet av och tillgången till tjänster. Inom socialvården förekommer det allt oftare att servicebehovet förblir otillfredsställt.

Avsikten med den ändring av socialvårdslagen som gjordes 2015 var att överföra servicestrukturen och tyngdpunkten inom socialvården till tjänster i ett tidigt skede och bidra till att behovet av barnskyddstjänster minskar. I och med den ändring av socialvårdslagen som trädde i kraft 2015 får en del av de familjer som tidigare var klienter inom barnskyddets öppenvård nu service i form av allmänt stöd enligt socialvårdslagen och antalet barn, unga och familjer som får stöd inom ramen för den öppna vården inom barnskyddet har minskat de senaste åren. Det finns dock fortfarande betydande skillnader mellan kommunerna i fråga om den samtida tillämpningen av socialvårdslagen och barnskyddslagen.

Såväl tillgången till tjänster för barn och familjer med stöd av socialvårdslagen som tillgången till tjänster inom barnskyddet har varierat kraftigt mellan kommunerna och tillgången till tjänster realiserar inte alltid på ett jämlikt sätt. Skillnaderna mellan kommunerna och regionerna framgår t.ex. av antalet barn och unga som hänvisas till öppenvård eller vård utom hemmet och i användningen av platser för vård utom hemmet. Det varierande genomförandet av barnskyddet försätter barn, unga och familjer i en ojämlig ställning. Skillnaderna förklaras inte bara av varierande avgörandepraxis och förfaringssätt utan också bl.a. av att antalet barn och familjer som en enda socialarbetare inom barnskyddet ansvarar för varierar mellan regionerna och av att det i alla kommuner inte finns tillräckligt med kunniga och erfarna arbetstagare för att sköta de mest krävande fallen.

Undersökningar visar att de vanligaste orsakerna till att någon blir klient hos barnskyddet är orsaker som hänför sig till föräldrarna, såsom missbruksproblem eller mentala problem, orkeslöshet, familjekonflikter, hjälplöshet eller okunskap. Orsaker som hänför sig till barnet eller den unga är bl.a. uppvisande av symtom genom att begå brott samt missbruksproblem och mentala problem. Det finns inte tillräckligt med tjänster som beaktar de ungas behov. Behovet av barnskydd står i nära samband med hur andra tjänster inom social- och hälsovården fungerar och finns att tillgå. De barn och unga som är klienter hos barnskyddet är ofta också i behov av andra social- och hälsovårdstjänster och de flesta deltar i småbarnspedagogik, går i skola eller studerar på andra stadiet. Om de övriga tjänsterna är otillräckliga eller inte finns att tillgå kan det leda till behov av barnskydd. Barnskyddet ska svara för barn och unga som har behov stöd enligt barnskyddet. Barnskyddet kan inte heller vägra att agera, när andra tjänster inte ordnas. Enligt Institutet för hälsa och välfärds expertutvärdering (2/2020) har det att basservicen inte fungerar bidragit till ett ökat behov av specialtjänster och höjt kostnaderna för hela systemet.

I Finland är den andel medborgare som uppger att deras behov av medicinsk vård inte tillgodoses större än genomsnittet inom EU. Detta beror främst på problemen i tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i Finland, dvs. långa väntetider till icke-brådskande vård (OECD 2019). Av de besök inom den öppna sjukvården som registrerats som icke brådskande genomförs ungefär hälften inom sju dygn (men på grund av att kunskapsunderlaget är bristfälligt är uppskattningen endast riktgivande). Tillgången till icke-brådskande vård hos en läkare inom den öppna sjukvården varierar från region till region. I exempelvis mars 2019 fanns det relativt sett flest långa väntetider i Norra Finland (8 procent). Sett till antalet fanns det flest långa väntetider i Esbo och vid hälsovårdscentralerna som tillhör samkommunen för Södra Karelen social-och hälsovård (Eksote). (Institutet för hälsa och välfärd, Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa, på finska). I fråga om mentala problem är tillgången till vård och dessutom tillgången till den psykosociala vård som behövs otillräcklig. För de väntande patienterna är situationen oskälig, ökar risken för att problemen förvärras och detta återspeglas också i en överbelastning av samjourerna. I den landsrapport om Finland som publicerades av OECD 2019 konstateras det att en av Finlands mest centrala utmaningar är att förbättra tillgången till primärvård och att bättre än för närvarande främja samordningen mellan producenter inom primärvården och sjukhusen. Eftersom tjänsterna i vissa kommuner är bristfälliga och väntetiderna långa, kan producenterna inom primärvården inte alltid agera portvakter, utan patienterna söker sig ibland direkt till specialiserad sjukvård och jourpoliklinikerna, även om sådana besök ofta kan vara onödiga.

Nästan 4 procent av finländarna uppgav 2017 att deras behov av medicinsk vård inte tillgodosågs på grund av ekonomiska skäl, geografiska hinder eller väntetiderna. Även om tillgången till vård är god, finns det problem med tillgängligheten. Motsvarande siffra inom hela EU var i genomsnitt något över 3 procent. Den överlägset vanligaste orsaken till att behoven inte tillgodosågs som finländarna uppgav var de långa väntetiderna. Den andel låginkomsttagare som uppgav att behovet av medicinsk vård inte tillgodosågs var mer än två gånger större än andelen höginkomsttagare. Eurostats databas, grundar sig på EU-SILC-undersökningen (uppgifterna är från 2017).

De äldre får snabbt tillgång till en bedömning av servicebehovet i brådskande situationer, men många kommuner och samkommuner har skärpt kriterierna för beviljande av de egentliga tjänsterna. På basis av enkäterna finns det servicebehov som inte tillgodoses när det gäller tjänsterna för äldre. I Finland råder det en gemensam uppfattning om att tjänster i allt högre grad bör tillhandahållas i kundens hem. Det finns fortfarande regionala skillnader i tillgången till och innehållet i tjänsterna. När det gäller utvecklandet av nya typer av tjänster finns det dock goda exempel. Personer med utländsk bakgrund bosätter sig i synnerhet i befolkningskoncentrationerna och huvudstadsregionen, vilket påverkar ordnandet av tjänsterna inom dessa områden. Av personerna med utländsk bakgrund uppgav under hälften att de alltid har fått kontakt med hälso- och sjukvården och att de har fått tillträde till undersökningar på ett smidigt sätt.

Långa väntetider är ett bestående drag i det finska hälso- och sjukvårdssystemet. Socioekonomiska och regionala faktorer inverkar på tillgången till vård. Alla som är varaktigt bosatta i landet har rätt till sjukförsäkring, men tillgången till tjänster är bättre för sådana personer som omfattas av företagshälsovården än för pensionärer eller arbetslösa. Med hjälp av en privat sjukförsäkring kan en medborgare också om han eller hon så önskar snabbt få tillgång till vård (OECD State of Health in EU, Finland - Landprofil hälsa 2019, på finska).

I fråga om mentala problem är tillgången till vård och dessutom tillgången till den psykosociala vård som behövs otillräcklig. För de väntande patienterna är situationen oskälig, ökar risken för att problemen förvärras och detta återspeglas också i en överbelastning av samjourerna.

I den nationella strategin för psykisk hälsa (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7) som publicerades i början av 2020 har det bedömts att de regionala skillnaderna i fråga om mentalvårdstjänsterna har varit stora när det gäller tillgång till vård i rätt tid och mångsidiga öppenvårdstjänster. Vården av mentala problem inom den specialiserade sjukvården har ökat årligen under det senaste årtiondet. Förekomsten av mentala problem har åtminstone inte förändrats i betydande grad utan det är fråga om en minskning av underbehandlingen av sjukdomar. I strategin för psykisk hälsa har vårdens omfattning bedömts, och enligt bedömningen har 75 % av unga vuxna med depressionssjukdomar kontakt med vården (Kastenpohja et al. 2015) och av dem som haft suicidtankar söker högst hälften hjälp (Pentala-Nikulainen et al. 2018). På basis av bedömningarna ökar behovet av vård ytterligare, i första hand inom primärvården.

Enligt en finländsk bedömning har möjligtvis 35 procent av personerna med ett alkoholberoende fått vård (Heinäälä et al. 2001). Alkoholkonsumtionen i Finland ökade under 2000-talet tills den från och med 2008 minskade och ökade något igen under 2018 (<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/alkohol-droger-och-beroende/alkohol/konsumtion-av-alkohol-drycker>). Enligt registeruppgifter från 2017 har narkotikabruket i Finland ökat jämfört med tidigare (Rönkä et al. 2020). I Finland beräknades det finnas 18 400–30 200 missbrukare av amfetaminer och opioider 2012 (andel av befolkningen 0,6–0,9 %), medan beräkningen 2017 var 31 100–44 300 (andel av befolkningen 0,9–1,3 %). I undersökningen konstaterades det att missbruk bland 15–24-åringar var nästan lika vanligt som bland 35–44-åringar. I Finland verkar det finnas en klart större grupp unga än tidigare som missbrukar amfetaminer och opioider. På grundval av uppgifterna om alkoholkonsumtionen och uppgifterna om narkotikamissbrukare är behovet av missbrukartjänster på väg att öka.

Inom den specialiserade sjukvården genomförs vårdgarantin i regel väl och remisserna behandlas effektivt. Vid utgången av augusti 2019 väntade ca 130 000 patienter på att få vård vid sjukvårdsdistriktens sjukhus. Knappt 3 000 (2,2 %) av dem som väntade på vård hade väntat över ett halvt år på att få icke-brådsakande specialiserad sjukvård. Jämfört med våren samma år hade antalet personer som hade väntat mer än ett halvt år ökat, vilket var den högsta noteringen på tio år. Antalet personer som hade väntat mellan tre och sex månader var ca 27 000 (21 %). Antalet sådana patienter hade ökat jämfört med föregående år, vilket var den högsta noteringen på tio år. Patienterna hade väntat på att få vård vid sjukvårdsdistriktens sjukhus i genomsnitt i ca 1–2 månader. Medianen för de kortaste väntetiderna fanns inom Östra Savolax sjukvårdsdistrikt och för de längsta inom Vasa sjukvårdsdistrikt.

Den medicinska rehabiliteringen enligt hälso- och sjukvårdslagen och hjälpmedelstjänsterna i anslutning till rehabiliteringen har ordnats på mycket olika sätt inom sjukvårdsdistriktet och resurserna varierar mycket. På grund av detta fördröjs den medicinska rehabilitering som sker efter att en person har insjuknat eller fått en funktionsnedsättning i vissa regioner och vårdkedjan bryts. En del sjukvårdsdistrikt har under de senaste åren utarbetat anvisningar för genomförandet och allokeringen av medicinsk rehabilitering för att förenhetliga de regionala verksamhetssätten och främja jämlika rehabiliteringstjänster för klienterna.

2.16.2.3 Tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet

På basis av tillgängliga uppgifter är kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna i regel god och de kunder som fått tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster är nöjda med de tjänster de fått. Däremot måste den preventiva och den främjande verksamheten utvecklas. Enligt OECD:s landsbedömning (2019) är sådan dödlighet som det hade varit möjligt att förebygga genom preventiva folkhälsomässiga åtgärder något vanligare än genomsnittet i EU.

Kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna samt patient- och klientsäkerheten varierar från region till region. Variationen kan delvis förklaras av de knappa resurserna eller bristen på personal. Även OECD har fäst uppmärksamhet vid variationerna i tjänsternas kvalitet (OECD 2019). När det gäller t.ex. läkemedelsbehandling är det känt att praxis inom olika regioner varierar när det gäller såväl förskrivningen av läkemedel som användningen av sjukhusläkemedel och att jämlikheten mellan patienterna inte tillgodoses. Endast ungefär hälften av läkemedelsbehandlingarna genomförs som planerat. Enligt inhemska undersökningar är problemen i anslutning till läkemedelsbehandlingen orsaken till besöken vid akutmottagningarna i upp till 10–30 procent av fallen. Avvikelser i medicineringen utgör de allra vanligaste patient- och klientsäkerhetsproblemen.

Under 2018 fäste tillsynsmyndigheterna särskild vikt vid socialservicen, där det fanns uppenbara problem i fråga om ordnandet, produktionen och styrningen. Framför allt antalet anmälningar om missförhållanden och kontakter som gällde tjänster för äldre ökade och därigenom ökade också antalet klagomål och kontakter som gällde tjänster för personer med funktionsnedsättning.

Ett av målen med de lagändringar som gällde centraliseringen av den specialiserade sjukvården var att förbättra patientsäkerheten. Konsekvenserna av lagändringarna bedömdes 2019. Utredarna bedömde utvecklingsarbetet med den till många delar ändrade arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården särskilt i fråga om jouren och den operativa verksamheten. Den har samtidigt skapat grunden för en aktuell struktur för sjukhusnätverket. Jourerna inom primärvården och den specialiserade sjukvården har slagits samman i alla centralsjukhus. De jourtjänster som ordnas dygnet runt har koncentrerats till större enheter. Universitetscentralsjukhusen har i enlighet med förordningen kunnat avtala om arbetsfördelning och samordning inom riksomfattande helheter samt om centralisering av sällsynta krävande operationer, behandlingar och åtgärder. Vissa cancerkirurgiska operativa åtgärder och endoproteskirurgi har varit smärtpunkter. På många orter med jour har en jour med flera aktörer eftersträvats, där det sociala arbetet och missbrukarvården har en viktig roll. Utredarna rekommenderade att styrkraften för sjukvårdsdistrikten med universitetssjukhus stärks i fortsättningen. Utredarna ansåg att genom man med hjälp av specialistläkarutbildning bör säkerställa en hög kompetensnivå och patientsäkerhet vid alla jourenheter. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:3.)

Befolkningen har varit ganska nöjd med social- och hälsovården. Av befolkningen litar ungefär två av tre på socialservicens funktionsduglighet och personalens yrkesskicklighet och kompetens, och anser att socialservicen kan bidra till att öka jämlikheten och rättvisan i samhället. Förtroendet för tillgången till tjänster är svagare än tidigare och man litar minst på tillgången till äldreomsorg. De som behöver och använder en stor mängd tjänster förhåller sig mer kritiskt än övriga grupper till tillgången till tjänster (Institutet för hälsa och välfärd: Tutkimuksesta tiiviisti 2016:10, på finska). I internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdstjänster har både primärvården och sjukhustjänsterna trots ovan konstaterade problem klarat sig bra. I Institutet för hälsa och välfärds enkät om kundtillfredsställelse från 2018 uppgav de svarande att det var problematiskt att få tillgång till tjänster vid hälsovårdscentralen, men de var nöjda med tjänsterna när de väl hade fått dem.

2.16.2.4 Samordning av tjänster

Integration av ordnandet

Enligt uppgifter som Finlands Kommunförbund samlat in finns det år 2019 sju stycken sådana samkommuner för social- och hälsovård som omfattar ett landskap (eller nästan ett landskap). I dessa ingår det 65 kommuner och 897 651 invånare.

Enligt en utredning som Institutet för hälsa och välfärd gjorde 2014 (Institutet för hälsa och välfärd: Työpaperi 12/2014, på finska) varierar omfattningen, innehållet och viktningen i de planer för ordnande av hälso- och sjukvård som avses i hälso- och sjukvårdslagen avsevärt mellan sjukvårdsdistrikten. Styrkorna hos vissa av planerna låg i analysen av nuläget och i användningen av mångsidiga indikatorer, medan styrkorna hos andra planer låg i det planmässiga kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet eller i det omfattande utvecklingssamarbetet med vårdkedjorna. Under de senaste åren har det i vissa sjukvårdsdistrikt utarbetats en plan för ordnande som täcker hela social- och hälsovården och dess olika nivåer. Det finns sammanlagt 59 samsamarbetsområden och i dem ingår 221 kommuner. Av befolkningen bor ca 53 procent inom samsamarbetsområdena. För primärvården och socialservicen ansvarar 33 samkommuner, som omfattar sammanlagt 160 medlemskommuner. Det fanns 26 samsamarbetsområden enligt modellen med ansvarig kommun, och de omfattade 61 kommuner. Av kommunerna ordnar 74 stycken sina social- och hälsovårdstjänster självständigt. Av dessa har 23 kommuner fler än 20 000 invånare, och 51 kommuner uppfyller inte det krav på befolkningsunderlag som anges i ramlagen.

Social- och hälsovårdssystemet är oerhört splittrat, trots att antalet ordnare av basservice har minskat under de senaste åren. En betydande andel av befolkningen bor i de stora städerna, som ordnar och producerar en stor del av tjänsterna själva. Många kommuner har överfört organisationsansvaret till samkommunen. Även om servicessystemet är fragmenterat är det positivt att flera regioner har integrerat tjänsterna på bas- och specialnivå. (Social- och hälsovårdstjänsterna i Finland 2018 – Expertutvärdering Institutet för hälsa och välfärd 2020, på finska).

Kundorienterad serviceintegration

Administrativ integration är en bra början, men bara en kundorienterad serviceintegration (funktionell integration) garanterar smidiga servicekedjor och servicehelheter. Inom produktionen av tjänster, i synnerhet i fråga om tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning, accentueras den privata produktionen. Inom primärvården och mun- och tandvården har det skett utläggningar, men deras andel av serviceutbudet är relativt liten. Företagshälsovårdens roll som leverantör av primärvårdstjänster till befolkningen i arbetsför ålder är betydande. (Social- och hälsovårdstjänsterna i Finland 2018 – Expertutvärdering Institutet för hälsa och välfärd 2020, på finska).

Enligt en rapport som Institutet för hälsa och välfärd publicerade i oktober 2019 har kundorienterad serviceintegration (funktionell integration) genomförts länge, men på ett sporadiskt sätt i många regioner (Institutet för hälsa och välfärd: Työpaperi 27/2019, på finska). Även om verksamhetsmodeller för funktionell integration har använts har de inte varit tillräckligt heltäckande och utvecklingen av dem har inte varit systematisk. Den integration som har genomförts i sjukvårdsdistrikten gäller i synnerhet en intensifiering av integrationen av hälso- och sjukvården på bas- och specialnivå, men det finns också vissa tecken på ett stärkande av integrationen av social- och hälsovårdstjänster.

Den klassificering som beskriver den funktionella integrationen av sjukvårdsdistriktens områden hade utformats på grundval av den definition av integration, den identifiering av integrationssituationen och det uppskattade utvecklingsskedet för verksamhetsförutsättningarna och verksamhetsmodellerna som framgår av handlingarna. Enligt klassificeringen delas sjukvårdsdistrikten in i observatörer, analytiker av integrationssituationen, sådana som engagerar och sådana som skapar förutsättningar. Enligt handlingarna består observatörerna en sådan grupp av

sjukvårdsdistrikt där den funktionella integrationen fortfarande är i begynnelseskedet. Till observatörerna räknas Östra Savolax, Kymmenedalens, Lapplands och Satakunta sjukvårdsdistrikt. Analytikerna av integrationssituationen består av sådana sjukvårdsdistrikt, vars handlingar innehåller en begreppsdefinition och en analys av integrationssituationen samt dess utvecklingsbehov och utmaningar. Utifrån analysen har sjukvårdsdistrikten gått in för att föra den funktionella integrationen vidare till den praktiska verksamheten. Sjukvårdsdistriktens verksamhetsförutsättningar och verksamhetsmodeller är på inledande eller framåtskridande nivå. Till analytikerna av integrationssituationen hör Mellersta Finlands, Norra Österbottens och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. De som engagerar är sådana sjukvårdsdistrikt som har utfört utvecklingsarbete i synnerhet när det gäller ett behovsorienterat och inkluderande arbetssätt. Ett behovsorienterat och inkluderande arbetssätt är i dessa sjukvårdsdistrikt också kopplat till andra verksamhetsförutsättningar och verksamhetsmodeller som inleds eller utvecklas inom integrationen. Delaktigheten skiljer sig inom specialupptagningsområdena för Uleåborgs universitetssjukhus och Tammerfors universitetssjukhus eftersom Kajanalands, Mellersta Österbottens, Syd-Österbottens, Centrala Tavastlands och Norra Karelens sjukvårdsdistrikt hör till dem som engagerar. Den grupp som skapar förutsättningar är en splittrad grupp av sjukvårdsdistrikt, eftersom distrikten har framskridit på olika sätt i fråga om integrationen. I en del av sjukvårdsdistrikten har den funktionella integrationen genomförts och i en del har den inte genomförts. Till dem som skapar förutsättningar hör alltså de sjukvårdsdistrikt som först nu planerar och bereder en förankring av den funktionella integrationen och de sjukvårdsdistrikt där verksamhetsförutsättningarna och verksamhetsmodellerna har varit i bruk redan en längre tid. De sjukvårdsdistrikt som ingår i denna grupp förenas dock av att integrationen är definierad i sjukvårdsdistriktets handlingar och att integrationssituationen har identifierats på utvecklingsnivå. Till dem som skapar förutsättningar har ansetts höra Vasa, Södra Karelens, Södra Savolax, Helsingfors och Nylands, Birkalands, Norra Savolax och Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt. Enligt Institutet för hälsa och välfärd har beredningen av social- och hälsovårdsreformen varit ett steg mot en mer systematisk beredning och praktisk verksamhet när det gäller den funktionella integrationen. I och med regeringen Sipiläs spetsprojekt håller integrationen på att utvidgas inom tjänsterna för barn, unga, familjer och äldre. I fortsättningen bör integrationen stärkas i synnerhet när det gäller tjänstehelheterna för gemensamma kunder och mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Enligt Institutet för hälsa och välfärd är integrationen av social- och hälsovårdstjänsterna med andra offentliga och privata tjänster samt tjänster inom tredje sektorn dessutom inte tillräcklig.

Inom hälso- och sjukvården finns det fortfarande problem med samordningen, särskilt mellan privata och offentliga producenter, trots att man har strävat efter att förbättra integrationen av vården med olika medel och utvecklat vissa innovativa modeller på lokal nivå. Detta hänför sig delvis till suboptimering och till att ansvarsskyldigheterna för producenterna av primärvård, specialiserad sjukvård och långvård är åtskilda från varandra. Det finansieringssystem som baserar sig på flera finansieringskällor skapar inte tillräckliga incitament för att stärka samordningen mellan producenterna (Social- och hälsovårdstjänsterna i Finland 2018 – Expertutvärdering, Institutet för hälsa och välfärd 2020, på finska).

Enligt en utredning (Työpaperi 4/2020, på finska) av Institutet för hälsa och välfärd där identifiering av sektorsövergripande behov av tjänster och verksamhetsmodeller och verktyg för prognostisering granskades, är en identifiering av sådana personer som kan dra nytta av en samordning av sektorsövergripande tjänster en fråga som det i Finland först under det senaste åren i allt högre grad har fästs uppmärksamhet vid. Det finns särskilt lite forskningsdata om å ena sidan hur väl man har lyckats identifiera dem som eventuellt behöver sektorsövergripande tjänster med tanke på samordningen av social- och hälsovårdstjänsterna eller hur bedömningen av behovet av tjänster hos dem som behöver sektorsövergripande tjänster har genomförts, och å andra sidan hur uppbyggnaden av de individuella tjänstehelheterna har samordnats och styrts. I

Finland finns det enligt utredningen flera arbetsmodeller och metoder för att identifiera dem som behöver sektorsövergripande tjänster. En central utmaning är vad som sker i en kunds servicekedja efter identifieringen av en kund som behöver en samordning av de sektorsövergripande tjänsterna och hur effektivt den samordning av social- och hälsovårdstjänsterna som görs av experter och mellan olika tjänster lyckas.

2.16.2.5 Tjänster för olika befolkningsgrupper

Tjänster för barn, unga och familjer

För närvarande svarar kommunerna för all basservice för barn och unga, vilken bl.a. inkluderar rådgivningsbyråtjänster, skol- och studerandehälsovård samt småbarnspedagogik, grundläggande utbildning, gymnasieutbildning och yrkesutbildning på andra stadiet. I praktiken omfattas alla barn i grundskoleåldern och barn som är yngre än så av dessa tjänster. Dessutom studerar nästan alla unga som slutfört den grundläggande utbildningens lärokurs vid läroanstalter på andra stadiet. När det gäller tjänsterna för barn och unga förutsätts samverkan mellan aktörerna inom social- och hälsovårdstjänsterna samt småbarnspedagogiken och undervisningen.

Kommunerna har ordnat social- och hälsovårdstjänster och fostrings- och bildningstjänster för barn och unga inom sina egna områden på det sätt de önskar. Samarbetsstrukturerna och samarbetspraxis inom undervisningsväsendet och social- och hälsovårdsväsendet har tagit olika form i kommunerna. I praktiken sker samarbetet mellan verksamhetsområdena på alla nivåer, allt från utarbetandet av den strategiska välfärdsplan för barn och unga som görs upp för varje fullmäktigeperiod och som avses i barnskyddslagen ända till planeringen och genomförandet av tjänsterna för ett enskilt barn som behöver stöd. Bland annat rådgivningsbyråerna och småbarnspedagogiken har vant sig vid att samarbeta regelbundet för att stödja barns uppväxt och utveckling. Samarbetet är tätt i synnerhet i samband med de omfattande fyraårskontrollerna för barn och i situationer där barnet har särskilda behov. Bland annat tekniska problem i samband med dataöverföringen på grund av avsaknaden av lämpliga informationssystem har lett till utmaningar i det samarbete som sträcker sig över verksamhetsområdesgränserna. Samarbetet mellan verksamhetsområdena har varit stabilt, även om det har funnits skillnader i hur samarbetet fungerar i olika kommuner.

Samordningen av tjänster för barn och unga har tidvis ansetts vara en utmaning, i synnerhet när barnet eller den unga personen har särskilda behov och använder sig av flera former av service. För att bemöta denna utmaning har man utvecklat familjecenter under 2016–2019. Ett familjecenter är en helhet av närtjänster som innehåller tjänster i form av stöd och vård i ett tidigt skede för barn och familjer. Det bildar nätverk och samordnar social- och hälsovårdstjänsterna för barn, unga och familjer och den tredje sektorns verksamhet så att varje barn och familj får det stöd och den hjälp de behöver. Våren 2019 fanns det 138 familjecenter och 500 öppna mötesplatser med låg tröskel. I små kommuner finns det ett eget familjecenter eller ett familjecenter som är gemensamt med andra kommuner, i stora kommuner finns det flera familjecenter. I och med utvecklandet av familjecentren hade tjänsternas tillgänglighet förbättrats och hjälpen och stödet till familjerna enligt behov hade stärkts och fanns till hands i ett tidigare skede. (Institutet för hälsa och välfärd: Työpaperi 6/2020, på finska) Enligt en undersökning (Klavus et al. 2019) minskade den helhet av närtjänster som tillhandahålls vid de sektorsövergripande familjecentren på behovet av korrigerande tjänster för barnfamiljer. Undersökningen visade också att det genom att rikta ekonomiska resurser till förebyggande tjänster, klientorientering och tydliga serviceprocesser även med en liten insats går att uppnå genomslagskraft, som på längre sikt ger upphov till inbesparingar när det gäller social- och hälsovårdstjänsternas totala kostnader. (Institutet för hälsa och välfärd: Tutkimuksesta tiiviisti 17/2019, på finska)

Enligt en bedömning av Institutet för hälsa och välfärd fungerar rådgivningsbyråtjänsterna väl. Det finns dock problem med tillgången till tjänster för familjer som behöver särskilt stöd. Skillnaderna i servicesystemets struktur, innehåll, resurser och verksamhetsmodeller är uppenbara och tjänsterna är inte tillgängliga på lika villkor för barn, unga och familjer. Det att basservicen inte fungerar har ökat behovet av tjänster på specialnivå och höjt kostnaderna för hela systemet. (Institutet för hälsa och välfärd: Päätoksen tueksi 2/2020, på finska)

Mentalvårdstjänster för barn och unga

Mentala problem förekommer hos 10–15 procent av barnen och 20–25 procent av de unga. Även om det finns tecken på ökad ångest och psykisk belastning, särskilt bland dem som är i studerandeåldern, har det konstaterats att förekomsten av psykiska störningar inte har ökat väsentligt under de senaste årtiondena. Mentalvårdstjänsterna och de tjänster som stärker den mentala hälsan för barn och unga har ordnats på många olika sätt i landet. Rollerna och ansvaret för aktörerna inom servicesystemet är inte heller tydliga. Exempelvis tjänsterna för rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor är mycket olika på olika håll i Finland, och ofta finns dessa tjänster åtskilda från andra tjänster för barn, unga och familjer. Det finns gränser mellan olika de olika organisationerna som försvårar systemets funktion. Som en följd fungerar systemet ineffektivt, problemen blir långvariga och kroniska på grund av att inledandet av behandlingen drar ut på tiden och den specialiserade sjukvården överbelastas. För dem som är i skolåldern finns det inte tillräckligt med stöd och vård för mental hälsa i ett tidigt skede, och en vårdande aktör har inte fastställts. Det splittrade servicesystemet gör det inte bara svårare att söka sig till vård och förbinda sig till den utan det försvårar också uppföljningen av tillgången till tjänster och bedömningen av patientsäkerheten. Det finns en särskild oro t.ex. när det gäller de splittrade mentalvårdstjänsterna för studerande.

Tjänster inom barnskyddet

Antalet barnskyddsanmälningar har ökat. Ökningen kan delvis förklaras av de åtgärder som vidtagits i syfte att sänka tröskeln för att anmäla och utvidga antalet anmälningsskyldiga. År 2018 gjordes det sammanlagt 145 880 barnskyddsanmälningar, medan motsvarande siffra 2012 var 103 714. Barnskyddsanmälningarna 2018 gällde sammanlagt 78 875 barn och 2 365 unga, och anmälningarna gällde i synnerhet dem som fyllt 13 år. En barnskyddsanmälan kan också vara föregripande, dvs. innan ett barn har fötts. Det gjordes sammanlagt 2 008 föregripande barnskyddsanmälningar 2018.

Sammanlagt 54 883 barn och unga (4,2 % av befolkningens 0–20-åringar) var klienter inom barnskyddets öppenvård 2018. Under samma år placerades sammanlagt 18 554 barn och unga i åldern 0–20 år utom hemmet och av dessa barn var 10 861 omhändertagna. Sammanlagt 4 390 barn placerades brådskande, vilket var 6,9 % mer än 2017. Utifrån åldersgrupperna betraktat har ökningen koncentrerats särskilt till tonåringar. Fler pojkar än flickor har placerats utom hemmet. År 2018 var antalet pojkar som placerats utom hemmet sammanlagt 9 765 och antalet flickor som placerats utom hemmet var sammanlagt 8 779. Av alla placerade under 2018 utgjorde pojkarna 53 procent och flickorna 47 procent. Sett i relation till hela befolkningen i åldersgruppen 0–17-åringar var andelen barn som 2018 placerades brådskande 0,4 %. Sett till åldersklasser gäller de brådskande placeringarna främst 16-åringar (1 % av alla 16-åringar). Andelen omhändertagna av befolkningen i åldern 0–17 år var 1 %. Andelen omhändertagna i åldersgruppen 16–17-åringar var klart större (2,2 %) än i de yngre åldersgrupperna. Antalet barn och unga i eftervård var sammanlagt 7 595 år 2018. En majoritet av klienterna i eftervård (81,8 %) är unga som fyllt 18 år.

Sett till den plats där barnet senast varit placerat var 41,6 % (7 521) av alla barn och unga personer som placerats utanför hemmet i familjevård. När det gäller långvariga placeringar utgör placeringen i familjer dock mer än hälften av alla placeringsformer. Vid utgången av 2018 var 55 % av de omhändertagna barnen placerade i familjer och av dessa barn var drygt 13 % placerade i släktingars och närståendes familjer. Sett till den plats där barnet senast varit placerat var 38,7 % (7 173) av de barn som var placerade utom hemmet i anstaltsvård vid utgången av 2018. År 2018 ökade andelen barn och unga i anstaltsvård med 0,8 % jämfört med året innan. Varaktigheten av placeringarna varierade kraftigt.

Liksom antalet klienter inom barnskyddet har också de totala kostnaderna för placering utom hemmet ökat klart under 2000-talet. Exempelvis uppgick driftskostnaderna för institutions- och familjevården år 2010 till närmare 620 miljoner euro och redan år 2016 uppgick driftskostnaderna till 750 miljoner euro. År 2016 användes det 270 miljoner euro på riksnivå för kostnaderna för den öppna vården inom barnskyddet (1 miljon mindre än 2015). En rapport om kostnaderna för barnskyddet och priserna på barnskyddets tjänster (Institutet för hälsa och välfärd/projektet HuosTa 2014–2015; rapport från Institutet för hälsa och välfärd 2016:003, på finska) visade att de totala kostnaderna för barnskyddet per invånare varierade rätt mycket mellan de kommuner som deltog i undersökningen. Som lägst var kostnaderna 160 euro och som högst 234 euro. Kostnaderna per klient var som lägst 7 584 euro och som högst 10 276 euro. Det ser också ut att finnas stor variation i kommunerna när det gäller kostnadsstrukturen i den öppna vården inom barnskyddet och vården utom hemmet.

Ett smidigt samarbete mellan barnskyddet och andra tjänster är en central förutsättning för att kunna svara mot barns, ungas och familjers behov. Exempelvis en registerbaserad undersökning om dem som är födda 1997 visar att barnskyddet och psykiatrin har ett betydande antal gemensamma klienter. De barn som placerats utom hemmet och deras föräldrar har oftare psykiska störningar än andra. Exempelvis 53 % av de placerade 13–17-åringarna var klienter hos ungdomspsykiatrin. (Institutet för hälsa och välfärd 50/2018.) Av dem som placerats i statens skolklass hade 60 % en psykiatrisk diagnos, medan motsvarande siffra för de jämnåriga var 7 %. De barn som är födda 1997 och som placerats utom hemmet hade betydligt oftare än andra barn en förälder med en diagnostiserad psykiatrisk störning. (Ristikari et al. 2018) De socialarbetare som ansvarar för barnskyddsarbetet rapporterade att de ofta placerar barn i vård utom hemmet, eftersom det inte var möjligt för barnen att få den mentalvård som de behövde. (Finlands Kommunförbund 2018.) Nuläget är inte tillfredställande med tanke på högklassiga tjänster och tillgodoseendet av barnets rättigheter.

Den förbättring av barns och ungas välfärd och tjänster för barnfamiljer som sker inom ramen för det nuvarande regeringsprogrammet fortsätter utifrån det utvecklingsarbete som gjorts i samband med programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (2016–2019). Kvaliteten inom barnskyddet styrs genom den uppdaterade kvalitetsrekommendationen för barnskyddet som ges ut av social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund och som innehåller separata kvalitetskriterier för vård utom hemmet (Malja, Puustinen-Korhonen, Petrelius, Eriksson 2019).

Elevhälsa

Av elevhälsotjänsterna är skol- och studerandehälsovården enligt 16 och 17 § i hälso- och sjukvårdslagen hälsovårdstjänster, men kurators- och psykologtjänster har enligt 9 § i lagen om elev- och studerandevård kunnat ordnas inom utbildningsväsendet eller social- och hälsovårdsväsendet enligt kommunens beslut. I största delen av kommunerna har kurators- och psykologtjänsterna ordnats inom utbildningsväsendet, vilket har lett till att elevhälsotjänsterna i de flesta kom-

muner har fördelats på två olika sektorer. Fördelningen av elevhälsotjänsterna har försvårat hanteringen av tjänsterna som helhet och samarbetet mellan de aktörer inom elevhälsan som hör till olika yrkesgrupper. I värsta fall har eleverna skickats från en anställd till en annan och informationen har inte överförts mellan de anställda. Nackdelarna med de nuvarande elevhälsotjänsterna har enligt de unga varit t.ex. bristen på information om innehållet i de olika tjänsterna, att man skickas från en anställd till en annan och tjänsternas tillgänglighet.

I de större kommunerna har kurators- och psykologtjänsterna inom elevhälsan ordnats inom utbildningsväsendet eller social- och hälsovårdsväsendet vid egna enheter, som leds av yrkespersoner inom området. Detta har möjliggjort att de anställdas uppgiftsbeskrivningar och arbetsfördelningen är ändamålsenliga, anvisningarna som gäller arbetet är lämpliga och tillsynen är tillräcklig. I dessa större enheter har det också varit möjligt att säkerställa de anställdas yrkesskicklighet och stöd för de anställda. Över hälften av kommunerna i Finland är dock små kommuner med färre än 6 000 invånare. I mindre kommuner kan enskilda kuratorer och psykologer arbeta ensamma underställda undervisningsväsendet. Problem har då uppstått i anslutning till bristfällig kännedom om social- och hälsovårdslagstiftningen, oklara uppgiftsbeskrivningar, säkerställande av yrkesskickligheten hos de anställda och bristen på stöd. I små kommuner har ett problem också varit avsaknaden av informationssystem för elevhälsan samt tillgången till personal. I vissa kommuner saknas tjänsterna helt och hållet.

Det att elevhälsotjänsterna är utspridda under olika sektorer och tjänsteproducenter har försvårat styrningen av tjänsterna, splittrat servicesystemet och lett till betydande variationer i tjänsterna. Enligt utredningar av Institutet för hälsa och välfärd fanns det stora variationer i förutsättningarna för både psykologernas och kuratorernas arbete, såsom antalet elever, studerande och verksamhetsställen samt fortbildningen och ledningen av arbetet. Även arbetets innehåll och arbets-sätten var enligt utredningarna olika i olika kommuner. (Institutet för hälsa och välfärd: Tutkimuksesta tiiviisti 4/2019, 5/2019, 54/2019 och 55/2019, på finska) Enligt en utredning som undervisnings- och kulturministeriet lämnade till riksdagen den 18 juni 2018 var skillnaderna i elevhälsotjänsterna mellan regionerna och läroanstalterna stora. De stora skillnaderna i förutsättningarna för genomförande av kurators- och psykologtjänsterna inom elevhälsan har lett till att elever och studerande är i en ojämlig ställning när det gäller tillgången till elevhälsotjänster samt tjänsternas kvalitet och innehåll.

Enligt utredningar har studerandehälsovården genomförts på mycket olika sätt vid verksamhetsställen för studerandehälsovård på de orter där läroanstalterna finns. Det faktum att studerandehälsovården är splittrad och genomförs på olika ställen och av olika yrkesutbildade personer försvårar tillgången till och användningen av tjänsterna ur de studerandes synvinkel. Splittningen hindrar också de yrkesutbildade som är verksamma inom studerandehälsovården från att se och känna till den övergripande situationen för den studerande och försvårar samordningen, samtidigt som det gör det svårare att stödja den studerandes studieförmåga. (Social- och hälsovårdsministeriet 2014:10) Under 2019 var tillgången till vård inom studerandehälsovården föremål för specialövervakning av tillsynsmyndigheten. En särskild oro för Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården uppstod i fråga om de splittrade mentalvårdstjänsterna för studerande. Enligt Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården gör det splittrade servicesystemet det inte bara svårare att söka sig till vård och förbinda sig till den utan det försvårar också uppföljningen av tillgången till tjänster och bedömningen av patientsäkerheten. (Pressmeddelande av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården 2019)

Lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande (695/2019) som träder i kraft från ingången av 2021, förbättrar och förenhetligar tjänsterna för dem som studerar på högre nivå. I fortsättningen producerar Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS) studerandehälsovårdstjän-

terna för alla högskolestuderande. En följd av denna ändring är att tjänsterna för unga som studerar på olika utbildningsstadiet skiljer sig tydligare från varandra än tidigare, varvid behovet av en fungerande studerandehälsovård för dem som studerar på andra stadiet kommer att framträda tydligare och mer kraftfullt än tidigare.

Tjänster för äldre

År 2018 utgjorde de personer som hade fyllt 65 år 20 procent av befolkningen och redan 2030 kommer dessa personer att utgöra ca 26 procent av befolkningen, dvs. ca 1,5 miljoner. Även andelen av befolkningen för befolkningsgrupperna som består av personer som har fyllt 75 och 85 år växer och tillväxttakten varierar mellan olika landskap. År 2030 är minst en av fyra invånare i en stor del av kommunerna 75 år eller äldre.

Den snabba förändringen i åldersstrukturen och försörjningskvoten medför utöver problem med kostnadskontrollen även behov av en kraftig ökning av antalet tjänsteproducenter. I och med det ökade servicebehovet och pensioneringen av arbetstagarna behövs det en rejäl ökning av antalet studerande inom branschen. Flyttningen inom landet förstärker de regionala skillnaderna och kan t.o.m. orsaka plötsliga förändringar i försörjningskvoten och ordnandet av tjänster. Trots att antalet pensionärer ökar kraftigt i och med att befolkningen förväntas uppnå en högre ålder, håller sig befolkningen längre frisk och aktiv. Servicebehovet under de sista levnadsåren ser dock inte ut att minska på individuell nivå och därför växer servicebehovet som helhet kraftigt.

På grund av den kraftiga ökningen av servicebehovet har kommunerna i egenskap av den som ordnar tjänsterna haft problem med att sörja för de tjänster som klienterna behöver. Till stor del tillhandahålls tjänsterna inom vård och omsorg för äldre i enlighet med målen och andan i äldreomsorgslagen, den övriga social- och hälsovårdslagstiftningen samt kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre. På basis av tillsynen och klientresponserna finns det dock också missförhållanden i tjänsterna.

De konstaterade missförhållandena blev högaktuella i början av 2019. De brister och missförhållanden som tillsynsmyndigheterna upptäckte inom äldreomsorgen bedömdes äventyra de äldres rätt till god vård och människovärdigt bemötande. De uppdagade bristerna har gällt bl.a. personalbrist i förhållande till klienternas behov av tjänster, en snabb omsättning av ansvariga personer och övrig personal, adekvat läkemedelssäkerhet, bristfälliga planer för egenkontroll och genomförande av egenkontroll, uppdatering av klienternas vård- och serviceplaner, bedömning av klienternas funktionsförmåga, vård- och servicebehov, ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster och organiseringen av personalens uppgifter. Rent allmänt kan det konstateras att de brister i kvaliteten och innehållet i omsorgen och vården som i tillsynen uppdagats vid vården har haft en stark koppling till alltför få kompetenta anställda.

2.16.3 Situationen för befolkningens välfärd, hälsa och säkerhet

Över två tredjedelar av finländarna upplever att deras hälsa är god. Befolkningens förväntade livslängd har ökat med nästan fyra år sedan 2000 och skillnaden mellan könen har minskat något, eftersom männens förväntade livslängd har ökat mer än kvinnornas. Finländarna rapporterar dock oftare än andra européer om funktionshinder, och därför har finländare färre friska levnadsår än andra EU-medborgare. Under 2017 berättade tre av fem av dem som fyllt 65 år att de lider av minst en kronisk sjukdom, vilket är mer än genomsnittet i EU. De flesta klarar av att fortsätta leva ett självständigt liv även som äldre. Ungefär en av åtta berättade dock att de upplever begränsningar i de dagliga basfunktionerna, t.ex. när det gäller att klä på eller av sig och

att äta och att de behöver hjälp med dem. Betydande sjukdomsgrupper som försämrar befolkningens funktionsförmåga och orsakar förtida dödlighet är de kroniska folksjukdomarna, dvs. hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i andningsorganen, cancer, sjukdomar i rörelseorganen, diabetes, mentala problem och smittsamma sjukdomar.

Bedömningar visar att nästan 40 procent av alla dödsfall i Finland kan förklaras med beteendelaterade riskfaktorer, såsom risker relaterade till kosten, rökning, alkoholbruk och fysisk inaktivitet. De kostrelaterade riskerna kan förklara ca 20 procent (11 000) av alla dödsfall, vilket är något högre än genomsnittet i EU. Alkoholkonsumtionen har minskat, men mer än en tredjedel av de vuxna uppgav att de periodvis använder rikligt med alkohol. Denna siffra överskrider klart genomsnittet inom EU (20 %). Antalet överviktiga vuxna har ökat: andelen överviktiga är 20 procent, dvs. över genomsnittet inom EU (15 %). Dessutom röker 14 procent av de vuxna i Finland dagligen – andelen har sjunkit och underskrider det nuvarande genomsnittet inom EU på 19 procent. (Landsrapport, OECD, 2019).

Det finns regionala skillnader i vaccineringsstäckningen och den släpar efter i vissa regioner. Nästan alla barn (99 procent) har vaccinerats mot difteri, stelkramp och kikhosta och 96 procent av barnen har vaccinerats mot mässling. I vissa regioner är täckningsgraden dock mindre än 85 procent, vilket avsevärt ökar risken för epidemier. Antalet fall av mässling är fortfarande litet (färre än 20 under 2017–2018), men mässling förekommer igen i Finland. Endast under hälften av de finländare som är minst 65 år gamla har fått influensavaccin, vilket är rejält under WHO:s rekommendation på 75 procent.

Det finns ingen välfärd utan säkerhet. En stor majoritet av finländarna (87 %) upplever att deras egen säkerhet är god. Inom social- och hälsovården ökas säkerheten i vardagen genom att man ingriper i de underliggande orsakerna till problemen, förebygger och undanröjer risker samt att ökar individernas psykologiska flexibilitet, dvs. resiliens, varvid både individens och samhällets förmåga att klara eventuella motgångar förbättras. Till främjandet av säkerheten hör förutom förebyggande av olycksfall och våld också bl.a. ett tidigt ingripande i ungas uppvisande av symptom genom att begå brott. Förebyggande av våldsbejakande radikaliserings och att frigöra sig från den samt identifieringen av människohandel och hjälpanDET av offren är växande utmaningar.

Offer för våld i nära relationer är en särskilt sårbar grupp av offer. Av kvinnor i parförhållanden uppger 30 procent att de har utsatts för våld av en nuvarande eller tidigare partner. Det är tre gånger vanligare att en kvinna dödas av sin partner än att en man dödas av sin partner. De långtgående följderna av att bli utsatt för våld som barn kan vara mentala problem, självdestruktivt beteende samt missbruk av alkohol och droger. Det finns regionala brister i tillgången till sådana program för avbrytande som är riktade till dem som utövar våld i nära relationer.

Olycksfall och olyckor är den mest framträdande dödsorsaken som orsakar en förlust av friska levnadsår ända upp till den sena medelåldern, och sett till alla åldersgrupper är det den fjärde vanligaste dödsorsaken. År 2018 dog det 2 600 personer i Finland till följd av olycksfall, av dessa dog 2 250 (87 %) hemma och på fritiden.

2.16.4 Ojämlighet i fråga om välfärd, hälsa och säkerhet

Även om det bedöms att välfärden har förbättrats under de senaste åren har höjningarna varit varierande regionalt riktade eller stödet varit otillräckligt i förhållande till utmaningarna, eftersom den största oron finns för de unga och de barnfamiljer som behöver stöd och dem som upplevt många problem. Under de fem senaste åren har välmåendet hos dem som behöver många tjänster inte förbättrats nämnvärt (Sosiaalibarometri SOSTE 2019, på finska).

Nästan 9 procent av finländarna är fattiga. År 2018 fanns det 326 182 personer i arbetsför ålder bosatta i sådana hushåll som var beroende av utkomststöd. Fattigdomen i barnfamiljer överförs till nästa generation. Av barnen till föräldrar som varit klienter inom utkomststödet under lång tid är nästan hälften som unga vuxna också själva klienter inom utkomststödet. Den motsvarande siffran för barn till föräldrar som varit klienter inom utkomststödet under en kort tid är 35 procent. Fattigdomen hos äldre personer gäller i synnerhet kvinnor över 75 år. Kvinnornas i genomsnitt lägre pension och längre livslängd i kombination med hur allmänt det är att bo ensam innebär en ökad risk att bli låginkomsttagare.

I fråga om den förväntade livslängden finns det ojämlikheter i Finland som hänför sig både till kön och socioekonomisk ställning. Det finns hälsoskillnader mellan de socioekonomiska grupperna t.ex. i fråga om den upplevda hälsan, mentala hälsan, långtidssjukfrekvensen och munhälsan. Det finns också skillnader i levnadsvanorna, och därför är t.ex. övervikt vanligare i de lägre socioekonomiska grupperna. Den förväntade livslängden för de lägst utbildade 30-åriga männen var 2016 ca 5,5 år kortare än för de högst utbildade. Denna skillnad i den genomsnittliga livslängden som hänför sig till utbildningsnivå var mindre för kvinnor, dvs 3,5 år.

Ojämlikheten i fråga om välfärd, hälsa och säkerhet uppträder också mellan geografiska områden. Enligt en nationell expertutvärdering av Institutet för hälsa och välfärd har skillnaderna mellan regionerna i fråga om sjukfrekvens förblivit klara, trots att befolkningens hälsa har förbättrats i hela landet. (Social- och hälsovårdstjänsterna i Finland 2018 – Expertutvärdering Institutet för hälsa och välfärd 2020, på finska). Det finns fortfarande tydliga regionala skillnader i sjukfrekvensen. Antalet förlorade levnadsår till följd av förtida dödlighet har dock minskat inom alla sjukvårdsdistrikt. I Finland är den förväntade livslängden högre än genomsnittet inom EU, men man har inte blivit kvitt skillnaderna mellan könen i fråga om den förväntade livslängden. Styrkan i de riskfaktorer som påverkar sjukfrekvensen varierar mellan olika befolkningsgrupper, vilket upprätthåller skillnader också i den förväntade livslängden. För unga män och män i arbetsför ålder är dödligheten vid olycksfall flera gånger större än bland kvinnor. Skillnaderna är särskilt stora om man jämför antalet förlorade levnadsår för män i socioekonomiskt svag ställning med kvinnor i god ställning. Att dricka i berusningssyfte och utslagning är betydande faktorer bakom olycksfall.

Nationell statistik visar att ojämlikheten i den förväntade livslängden har ökat enligt inkomstnivå för både män och kvinnor sedan 1990-talet (Institutet för hälsa och välfärd, 2018a). Skillnader i den förväntade livslängden i Finland som beror på socioekonomiska orsaker beror åtminstone delvis på hur utsatta personer i dessa olika grupper är för olika riskfaktorer och levnadsvanor som är vanligare bland grupperna av lågutbildade män och kvinnor, dessa är bl.a. rökning, sämre matvanor och högre antal överviktiga. Den skillnad i den förväntade livslängden som hänför sig till utbildningen är också kopplad till skillnader i inkomst och levnadsstandard, som kan påverka hur utsatt någon är för andra riskfaktorer och tillgången till hälso- och sjukvård.

Servicesystemet kan ge upphov till skillnader i välfärd och hälsa om olika människors behov inte beaktas. Det finns problem i synnerhet när det gäller tjänster för personer som står utanför arbetslivet och lågutbildade personer. Exempelvis förebyggande tjänster minskar det mänskliga lidandet och behovet av social- och hälsovårdstjänster. Det finns dock stora sociala skillnader när det gäller användningen av tjänsterna. Arbetande och välutbildade personer använder mycket förebyggande tjänster, men de som har det sämst ställt skulle dra mest nytta av dem.

Den ojämna fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser stärker ojämlikheten i tillgången till vård. Det finns ett stort antal läkare i huvudstadsregionen och i andra stora städer, eftersom sjukhusen och enheterna inom den specialiserade sjukvården huvudsakligen finns i stadsområ-

dena, medan det i perifera och glesbefolkade områden relativt sett finns färre läkare. Företags- hälsovården och de privata sjukförsäkringarna, vars användare huvudsakligen tillhör de övre socioekonomiska grupperna, stärker också ojämlikheten i tillgången till vård, på grund av att de gör det möjligt att få vård snabbare eftersom det också finns andra tjänster än den offentliga sektorns tjänster att välja mellan. Däremot använder personer som hör till de lägre socioekonomiska grupperna och äldre personer i huvudsak offentliga tjänster och blir därför tvungna att vänta längre på att få tillgång till tjänsterna.

Sättet att ordna de regionala hjälpmedelstjänsterna varierar från region till region bl.a. när det gäller personal och underhåll av hjälpmedlen. Det finns fortfarande regionala skillnader i fråga om hurdana hjälpmedel som lämnas ut och till vem samt ordnandet av underhållet.

2.16.5 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsstrukturer

Det finns stora regionala skillnader i satsningen på utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården. Den är inte överallt tillräckligt integrerad i utvecklandet av serviceverksamheten. Olikheterna i författningsgrunden för utvecklandet av socialvården och hälso- och sjukvården och i utvecklingsarbetets kultur har lett till betydande skillnader mellan utvecklingsverksamheten inom hälso- och sjukvården och inom socialvården.

Kompetenscentrumen inom det sociala området har sedan 2001 skapat och upprätthållit en rikstäckande regional samarbetsstruktur i syfte att främja baskompetensen och specialkompetensen inom det sociala området samt regionalt samarbete inom det sociala området för att säkerställa specialservice och specialisttjänster. Kompetenscentrumen har agerat regionala samordnare för de åtskilliga nationella utvecklingsprogrammen för social- och hälsovården och samordnare av nätverken. Kompetenscentrumen har vid sidan av de regionala ledningsgrupperna för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården agerat regionala samordnare av utvecklingsprogrammet och samordnare av nätverken. Det nätverksbaserade och multiprofessionella arbetssättet har stött både forskningen och utvecklingen inom det sociala området och kontakten mellan forsknings- och utvecklingsverksamheten på det sociala området och andra områden. De förhållandevis små resurserna hos kompetenscentrumen inom det sociala området har dock begränsat deras möjligheter att på ett övergripande sätt i större utsträckning verka som aktörer som förenar forskning och praktiskt arbete. Kompetenscentrumen inom det sociala området har i varierande grad samarbetat med utvecklingsenheterna för primärvården.

Situationen för de primärvårdsenheter som avses i hälso- och sjukvårdslagen varierar betydligt från sjukvårdsdistrikt till sjukvårdsdistrikt. Eftersom primärvårdsenheterna inte har särskild finansiering har verksamheten inom flera sjukvårdsdistrikt begränsats eller lagts ned på grund av kommunernas ekonomiska situation. Vid utgången av 2019 hade de flesta sjukvårdsdistrikt utvecklingsverksamhet inom primärvården. I vissa sjukvårdsdistrikt utvecklingen av primärvården och socialvården sammanfogats till en organisation, och i andra sjukvårdsdistrikt har utvecklingen av hälsa och välfärd sammanfogats med utvecklingen av primärvården.

Enligt 42 § 2 mom. i hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans sörja för den styrning och rådgivning som de kommuner och sjukvårdsdistrikt som hör till samma specialupptagningsområde behöver vid organiseringen av utvecklandet av den specialiserade sjukvården. Det finns dock inte mer omfattande reglering om utvecklandet av den specialiserade sjukvården, och det har endast samlats in en liten mängd information om utvecklingsarbetet inom den specialiserade sjukvården.

2.16.6 Undervisnings- och forskningsverksamhet

Bestämmelserna om undervisnings- och forskningsverksamhet inom social- och hälsovården är olika och betoningen i dem avviker från varandra. Såsom det beskrivs i kapitel 2.10.20 ersätts universiteten och flera olika serviceproducenter med statliga medel för de kostnader som orsakas av flera olika utbildningar inom hälso- och sjukvården. När det gäller utbildning inom socialvårdsområdet är det möjligt att med statliga medel ersätta endast universiteten för de kostnader som orsakas av specialiseringsutbildningen inom socialt arbete. I motsats till den motsvarande hälsovetenskapliga forskningen finns det inte någon statlig finansiering riktad till forskningsverksamhet inom socialvården.

Utöver det faktum att det inte har funnits något sådant finansieringssystem för forskning inom socialt arbete och socialservice som liknar finansieringssystemet för hälsovetenskaplig forskning och som baserar sig på statlig ersättning, saknar socialvården också sådana verksamhetsenheter, som motsvarar universitetscentralsjukhusen, där den vetenskapliga forskningen inom socialt arbete, vetenskaplig yrkesutbildning och det praktiska arbetet förs samman. De universitet som erbjuder utbildning i socialt arbete har för sin del strävat efter att förbättra situationen genom att i anslutning till sig grunda undervisnings- och forskningscentrum, genom vilka man utöver utbildningen av socialarbetare på universitetsnivå har kunnat svara mot arbetslivets behov av forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet. Eftersom särskild finansiering saknas har de strukturer som förenar forskning och praktiskt arbete dock förblivit enskilda verksamhetsmodeller och det har inte uppstått riksomfattande verksamhetsstrukturer som stöder praxis inom socialt arbete.

Inom det sociala arbetet behövs det i synnerhet forskning om utveckling av praxis i samspel med arbetslivet. Inom det sociala arbetet saknas för närvarande t.ex. verksamhetsrekommendationer som utgår från forskningsrön ("god praxis inom socialt arbete") och en struktur som ansvarar för utvecklingen av dem. I flera utredningar som gjorts under den senaste tiden har man tagit fasta på hur svag informationsproduktionen och den forskningsbaserade kunskapen är i fråga om servicen för barn och familjer och socialt arbete för vuxna. Även de senaste iakttagelserna om missförhållanden i äldreomsorgen framhäver behovet av att stärka och utveckla kompetensen inom det sociala arbetet för äldre. Det behövs en stark kunskapsbas om de sociala problem som klienterna möter samt om effektiva arbetsmetoder och tjänster.

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering ska resurserna för forskningen och utvecklingen inom det sociala området tryggas på ett långsiktigt sätt, en struktur för forskningen och utvecklingen inom socialvården i Finland ska byggas upp och separat statlig finansiering för att stödja forskningen i socialt arbete och kompetensen på området ska avsättas (se s. 159 och 163 i regeringsprogrammet). I regeringsprogrammet har det reserverats 4 miljoner euro för ökad forskningsfinansiering (se s. 216 i regeringsprogrammet). I anslutning till detta är en regeringsproposition om statlig forskningsfinansiering inom socialvården under behandling i riksdagen (se kapitel 2.10.20).

När det gäller de statliga ersättningarna för utbildning och forskning inom social- och hälsovården är det motiverat att utvärdera hur de kan samordnas bättre än för närvarande och eventuella andra ändringsbehov. Fastställandet av en ändamålsenlig helhetsstruktur kräver omfattande beredningsarbete, som också förutsätter att de finansiella aspekterna beaktas och samordnas med undervisnings- och kulturministeriets förvaltningsområde för att bl.a. utreda behoven inom yrkeshögskoleutbildningen.

2.16.7 Beredskap och förberedelse

De hotbilder som gäller beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården är för närvarande i regel sådana att de överskrider gränserna för sjukvårdsdistrikten och landskapen. Kommuner, sjukvårdsdistrikt och andra samkommuner ansvarar för sin egen beredskapsplanering och sina egna förberedelser. Systemet är splittrat och det finns inga heltäckande bestämmelser om samordning av beredskap och förberedelse eller gemensam beredskapsplanering. I olika störningssituationer är det svårt att sammanställa en aktuell lägesbild på grund av att det finns flera anordnare. Regionförvaltningsverken spelar en viktig roll i olika störningssituationer när det gäller sammanställningen av en lägesbild utifrån uppgifter från kommunerna.

I samband med omfattande störningssituationer, såsom olyckor, räcker resurserna för ett sjukvårdsdistrikt eller en kommun ofta inte till för att hantera situationen och det behövs hjälp från andra regioner. Därför är enhetliga verksamhetsmodeller viktiga. Betydelsen av en riksomfattande helhet och enhetliga verksamhetsmodeller framhävs i myndighetssamarbetet. Exempelvis Nödcentralverket är verksam på riksnivå och de olika nödcentralerna kan också ta emot nödsamtal från andra regioner.

Inom social- och hälsovården finns det i störningssituationer och undantagsförhållanden utvidgade och nya uppgifter som ska skötas. Kritiska funktioner och tjänster inom hälso- och sjukvården är beroende på situation t.ex. prehospital akutsjukvård, jour, tjänster i anslutning till laboratorier och bilddiagnostik, vaccinationer, omhändertagande av avlidna och läkemedelsförsörjning. Inom hälso- och sjukvården har som riskfaktorer i olika störningssituationer identifierats bl.a. problem i anslutning till tillgången till för hälso- och sjukvården kritiska förbrukningsartiklar, läkemedel och läkemedelsråvaror. Problemen accentueras t.ex. i en pandemisituation, då det behövs snabb diagnostik dygnet runt, specialmediciner, riksomfattande enhetliga principer och resurser för att vårda stora mängder patienter.

Kritiska funktioner inom socialvården är t.ex. socialjour, barnskydd, utkomststöd, institutions- och boendeservice och service som tillhandahålls i hemmet samt bedömning av servicebehovet för exponerade personer som har varit inblandade i situationen. Socialvården ska med stöd av räddningslagen förbereda sig på att inrätta och sköta evakueringscentraler eller inkvartering, beklädnad, och matförsörjning i mindre skala. Socialvården saknar en lagstiftning som motsvarar lagstiftningen inom hälso- och sjukvården och som styr kommunerna till samarbete även när det gäller beredskap och förberedelse. På grund av de betydande skillnaderna i storlek, regionala förhållanden och sätt att organisera tjänster mellan de kommuner som ordnar socialvård är de som behöver hjälp inte i en jämlik ställning för närvarande. Även tillvägagångssätten och beredskapen i anslutning till kommunernas förberedelse varierar betydligt.

2.16.8 Köpta tjänster inom social- och hälsovården

Bestämmelserna i 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården har tolkats och tillämpats allmänt av kommunerna och tillsynsmyndigheterna så att paragrafen har möjliggjort omfattande anskaffningar av social- och hälsovårdstjänster i form av köpta tjänster och med servicesedlar med undantag för de uppgifter som innehåller utövande av offentlig makt. Med stöd av bestämmelsen har det ansetts vara möjligt att skaffa också en betydande mängd sådana tjänster som betraktas som faktisk förvaltningsverksamhet, såsom hemservice, hemvård, boende- och institutionservice, familjevård och institutionsvård inom barnskyddet, mottagningsbesök hos läkare, mun- och tandvårdstjänster, kirurgiska ingrepp osv., trots att dessa uppgifter inte har förtecknats i detalj i lagen eller trots att det i motiveringen till lagen inte har motiverats hur ändamålsenlig en överföring av en uppgift ska vara för varje uppgift som

överförs. Även servicesedlar har tagits i bruk på samma sätt som i fråga om de köpta tjänsterna inom de tjänster som betraktas som faktisk förvaltningsverksamhet och som beskrivs ovan.

Kommunerna har med stöd av den nämnda bestämmelsen i 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården på ovan beskrivna sätt genomfört totala utläggningar, där t.ex. en hel hälsostations verksamhet, hela kommunens social- och hälsovård eller till och med hela sjukvårdsdistriktets verksamhet har överlåtits till att skötas av en privat tjänsteproducent. I utläggningsfall har de uppgifter i kommunen som inbegriper utövning av offentlig makt skötts av tjänsteläkare och tjänsteinnehavare inom socialvården. I viss mån har gränsen mellan faktisk förvaltningsverksamhet och utövning av offentlig makt varit diffus eller svår att definiera. Privata producenter av köpta tjänster har i själva verket gjort bedömningar av vårdbehovet och uppgjort vårdplaner vid de hälsostationer som producenten i fråga driver, eftersom detta har ansetts ingå i sådan vård av en patient som betraktas som faktisk förvaltningsverksamhet. Hälso- och sjukvården skiljer sig från socialvården bl.a. i fråga om att en klient inom socialvården ska ges ett överklagbart förvaltningsbeslut när ett beslut om att tillhandahålla en tjänst fattas, medan de vårdbeslut som en läkare inom hälso- och sjukvården fattar i anslutning till vården inte är överklagbara förvaltningsbeslut. I praktiken är det sällan ändamålsenligt att särskilja bedömningen av vårdbehovet och vårdbeslutet från den egentliga vården, eftersom dessa sker vid samma mottagningsbesök (t.ex. ställande av en öroninflammationsdiagnos, givande av vårdanvisningar i anslutning till den och utfärdande av ett läkemedelsrecept).

Å ena sidan är den bedömning av behovet av socialservice som genomförs på individnivå också inom socialvården sålunda nära knuten till beslutsfattandet om beviljande av service och å andra sidan preciserar utarbetandet av en klientplan innehållet i de tjänster som tillhandahålls på grundval av beslutet så att de också kan anses ha drag av utövning av offentlig makt. I en utredning (47/2019) som social- och hälsovårdsministeriet beställt utreddes utövningen av offentlig makt inom det sociala arbetet och de rättsliga tolkningarna i anslutning till detta. Enligt utredningen råder det viss oklarhet om i synnerhet under vilka förutsättningar och till vilka delar sådana uppgifter som det föreskrivs om i socialvårdslagen kan överföras till aktörer utanför den offentliga förvaltningen. Enligt gällande rättspraxis är uppgifterna inom socialvården offentliga förvaltningsuppgifter, och en överföring av dem på privata tjänsteproducenters ansvar förutsätter uttryckliga bestämmelser. Frågor som togs upp i utredningen var klienternas rättsskydd vid ordnande av rådgivning och handledning i enlighet med socialvårdslagen samt socialvårdens övergripande arbetsprocess, där utövningen av offentlig makt och tjänsteverksamheten går in i varandra, vilket gör det oändamålsenligt att dela upp dessa på olika aktörer. Av utredningen framgick det att kommunernas uppfattning om det övergripande klientansvaret för de yrkesutbildade personer inom socialvården som är verksamma i en myndighetsroll inte alltid är klar. I vissa kommuner har tjänsteverksamheten inom socialvården lagts ut på entreprenad så att det närmast är det beslutsfattande som ingår i socialvården som har blivit kvar inom kommunens egna verksamhet. Enligt utredningen är situationen rättsligt problematisk, eftersom bedömningen av servicebehovet är verksamhet som är nära knuten till beslutsfattandet och som inbegriper utövning av offentlig makt, och den inte kan lösgöras från den övriga myndighetsverksamheten utan uttryckliga bestämmelser, något som utan tvekan inte ingår vår gällande lagstiftning. Arrangemanget är också problematiskt med tanke på det praktiska arbetet, eftersom sambandet mellan bedömningen av servicebehovet, beslutsfattandet och det planmässiga arbetet på detta sätt bryts.

För närvarande har det i synnerhet i samband med s.k. totala utläggningar förkommit sådana situationer där den kommun eller samkommun som har lagt ut tjänsterna på entreprenad inte längre de facto själv har kunnat anses ansvariga för beslutanderätten och styrningen i anslutning till organiseringsansvaret, såsom tillgången till tjänster på lika villkor eller fastställandet av be-

hovet av tjänster samt tjänsternas mängd och kvalitet. Detta kan ha påverkat både säkerställandet av tillgången till tjänster och kostnaderna för tjänsterna. I samband med de totala utläggningarna har det varit möjligt att organisera uppgifterna i anslutning till utövningen av offentlig makt genom olika skenarrangemang som inte tryggar genomförandet av principerna om tjänsteansvar och god förvaltning. Dessutom har privata aktörer i praktiken kunnat genomföra t.ex. bedömningar av servicebehovet också till den del det hör till den offentliga sektorn i egenskap av anordnare.

I den gällande lagstiftningen har det inte funnits bestämmelser om rätten för privata tjänsteproducenter att för produktion till tredje part (subdelegering) överföra lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som kommunen eller samkommunen anskaffar av en privat tjänsteproducent med stöd av 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. I praktiken har kommunerna skaffat hälso- och sjukvårdstjänster av privata läkarstationer som ofta är verksamma som s.k. ”skalorganisationer” så att läkarna och ofta även de övriga yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården står i uppdragsavtalsförhållande (dvs. är underleverantörer) till den privata tjänsteproducenten, av vilken kommunen köper tjänsterna. I kommunens tjänsteproduktion är det allmänt att också t.ex. inhyrd personal från privata tjänsteproducenter används (t.ex. hyrläkare).

Som upphandlingsförfarande har i regel använts öppna anbudsförfaranden men också förhandlingsförfaranden har utnyttjats. I en del avtal har närmare bestämmelser om villkoren för utläggningen fastställts och i dem beaktas olika risker som är förknippade med verksamheten, såsom eventuella avbrottsituationer, men i en del av avtalen är villkoren på en mycket allmän nivå och ger mer rum för tolkning åt tjänsteproducenterna.

I avtalen om utläggning har kommunerna nästan utan undantag ställt sina egna lokaler till tjänsteproducenternas förfogande, antingen genom hyresavtal eller genom koncession, och personalen har likaså övergått till anställning hos tjänsteproducenten enligt principen om överlåtelse av rörelse, i synnerhet när kommunen har lagt ut alla social- och hälsovårdstjänster eller en del av dem (t.ex. vissa hälsostationer). I dessa situationer har ibland också kommunens utrustning och redskap samt befintliga informationssystemlösningar ställts till förfogande för producenterna av köpta tjänster, antingen genom hyresavtal eller genom koncession. En del av kommunerna har också sålt byggnader som är avsedda för social- och hälsovård i samband med utläggning. I situationer där lokaler och utrustning har överförts till tjänsteproducenten kan kommunens möjligheter att ingripa i eventuella undantagstillstånd eller i situationer där avtal upphör (t.ex. i situationer där tjänsteproducenten går i konkurs eller avtalet sägs upp) vara svaga. Egendomen tillhör konkursboet eller någon annan än kommunen och kommunerna kan inte fortsätta tjänsteproduktionen utan att särskilt komma överens om saken. I praktiken har kommunens ställning i förhandlingssituationer varit svag, eftersom det åtminstone i de mindre kommunerna inte har funnits något annat alternativ.

I utläggningssituationer har tjänsteproducenten social- och hälsovårdspersonal i sin tjänst. I konkursituationer går det sannolikt att rekrytera tillbaka personalen till kommunens tjänst, eftersom arbetstagarna ofta har starka band till boningsorten och finländarnas vilja att flytta på grund av arbete är inte särskilt stor (personalens rörlighet har undersökts i utredningar som gjorts under de senaste åren, bl.a. Statistikcentralens kompletterande undersökning från 2016 i anslutning till arbetskraftsundersökningen och en enkätundersökning från 2018 som Nordea låtit göra). Kommunen har dock inte någon företrädesrätt att anställa personalen och personalen kan övergå till någon annan producent som köper verksamheten. Även i dessa situationer kan kommunens ställning vid förhandlingarna bli svag och således är utläggningssituationer till denna del förenade med risker.

Kommunerna följer tjänsternas kvalitet och tjänsteproducenternas verksamhet på olika sätt. En del kommuner har förutsatt att de godkänner alla underleverantörsavtal. En del kommuner följer regelbundet tjänsteproduktionen bl.a. med hjälp av olika kvalitetskriterier. En del kommuner har t.ex. inrättat styrgrupper, där både kommunen och tjänsteproducenten är representerade. En del av avtalen är dock ganska generella och ger inte kommunen verkliga möjligheter att följa eller styra tjänsteproduktionen. I de avtal som har gått igenom har man dessutom förberett sig dåligt på eventuella risker.

Utöver avtalens innehåll bör uppmärksamhet fästas vid planeringen, beredningen och den övriga förvaltningen av utläggningar samt övervakningen under avtalsperioden. Det finns ont om insamlade uppgifter om förvaltningen av de upphandlingar som genomförs i kommuner och samkommuner, men det finns tecken på att det finns rum för förbättring när det gäller upphandlingskompetens och upphandlingspraxis, även i stora kommuner (<https://aalto-doc.aalto.fi/handle/123456789/26623>, på engelska).

2.16.9 Utgiftsutvecklingen inom basservicen

De nuvarande välfärdstjänsterna och övriga funktioner inom den offentliga sektorn har byggts upp under en tid när den ekonomiska utvecklingen var snabb och befolkningsutvecklingen gynnsam. De framtida tillväxtutsikterna är dock svaga i historiskt perspektiv. Möjligheterna till ekonomisk tillväxt försämras till följd av den kraftiga förändringen i befolkningsstrukturen i och med att den arbetsföra befolkningen minskar och andelen personer över 65 år avsevärt ökar. Samtidigt har nativiteten under de senaste åren börjat sjunka kraftigt. Förändringen i befolkningsstrukturen gör det svårare att öka skatteinkomsterna, dvs. finansieringsbasen för de offentliga finanserna. Befolkningens stigande ålder leder samtidigt till ett betydande utgiftstryck, i synnerhet när det gäller tjänsterna för vård och omsorg.

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

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

Nettokostnaderna för kommunernas och samkommunernas social- och hälsovård uppgick 2018 till ungefär 18,3 miljarder euro. Kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna i hela landet beräknas öka reellt med ca 17 procent fram till 2030, men de regionala skillnaderna i ökningen är stora. Enligt en uppskattning på sjukvårdsdistriktsnivå av Institutet för hälsa och välfärd är utgiftsökningens variationsintervall 0,9–27 procent. I samtliga regioner förväntas kostnaderna för tjänster för äldre öka mest (50 procent i hela landet). Enligt prognosen för kostnadsökningar förväntas kostnaderna öka mest inom Helsingfors och Nyland.

Utgiftstrycket beror inte bara på att befolkningen åldras utan delvis också på att produktionskostnaderna har ökat och på att de även i framtiden förväntas öka snabbare än den allmänna

prisutvecklingen inom samhällsekonomin. Den förväntade utgiftsutvecklingen inom social- och hälsovårdstjänsterna under de kommande åren inverkar i hög grad på hållbarheten i den offentliga ekonomin. Förändringen i befolkningsstrukturen under de följande tjugo åren ökar servicebehovet inom socialservicen med ca 30 procent och inom hälso- och sjukvården med ca 20 procent jämfört med nuvarande nivå. En reform av social- och hälsovårdssystemet och bättre effektivitet är därför nödvändiga om man samtidigt vill både infria löftena om omsorg och trygga den offentliga ekonomins hållbarhet.

2.16.10 Skattesystemet

För närvarande finansieras social- och hälsovården i Finland i huvudsak genom följande sex olika finansieringskällor: statliga och kommunala skatteintäkter, obligatoriska och frivilliga försäkringspremier samt arbetsgivar- och kundavgifter. Social- och hälsovårdens andel av kommunernas budgetar är för närvarande i genomsnitt ungefär hälften. Kommunerna täcker ungefär hälften av sina utgifter med skatteintäkter och staten deltar i finansieringen av uppgifterna genom att betala statsandel. Kostnaderna för tjänsterna har ökat och förväntas öka ytterligare även under de kommande åren. Detta ökar för sin del trycket på att höja de kommunala skattesatserna. Eftersom i genomsnitt cirka 84 procent av kommunernas skatteinkomster kommer från kommunalskatt som fysiska personer och dödsbon betalar på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen, innebär den förväntade kostnadsökningen inom social- och hälsovården att det för närvarande finns ett stort tryck på att skärpa inkomstbeskattningen. Med tanke på den ekonomiska tillväxten anses inkomstbeskattningen vara ofördelaktigare än konsumtionsbeskattningen, och de senaste åren har strävan varit att flytta tyngdpunkten i beskattningen från beskattning av inkomster till beskattning av konsumtion.

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

2.16.11 Kommunernas skatteinkomster

Kommunernas skatteinkomster består i genomsnitt till 84 procent av kommunalskatt som fysiska personer och dödsbon betalar på basis av den beskattningsbara förvärvsinkomsten vid kommunalbeskattningen. Kommunerna finansierar delvis sin verksamhet också med intäkter av fastighetsskatten. I den ekonomiska litteraturen anses fastighetsskatten vara en särdeles bra skatt på lokal nivå, eftersom fastigheter och i synnerhet mark är bundna till en plats. Därmed är fastighetsskatten ett effektivt och stabilt sätt att finansiera lokala offentliga tjänster. Fastighetsskatterna utgör för närvarande ungefär 8 procent av kommunernas skatteinkomster.

Kommunerna får en andel av samfundsskatteintäkterna genom kommunernas utdelning. En del av samfundsskatten fördelas till kommunerna på basis av den s.k. skogsposten. Samfundsskatterna utgör ca 8 procent av kommunernas skatteinkomster, men samfundsskattens andel av inkomsterna i de enskilda kommunerna varierar dock avsevärt. I kommuner med mycket skog kan mer än 90 procent av samfundsskatteandelen komma från skogsposten, och samfundsskatten kan utgöra mer än en femtedel av kommunens skatteinkomster.

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

2.16.12 Mervärdesbeskattning

När organiseringsansvaret för de social- och hälsovårdsuppgifter och övriga uppgifter som ingår i reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet övergår till vårdlandskapet, kommer den mervärdeskattekostnad som ingår i anskaffningar för denna verksamhet att leda till ett motsvarande neutralitetsproblem som inom den kommunala och statliga tjänsteproduktionen, om det inte finns något specialförfarande. Det vore förmånligare för vårdlandskapet att själv producera de skattepliktiga tjänster som används i verksamheten än att skaffa dem av utomstående till det skattepliktiga priset.

I nuläget hör upphandlingar inom den offentliga sektorn allmänt till tillämpningsområdet för de förfaranden som förbättrar anskaffningsneutraliteten. Förfarandena tillämpas allmänt inom all sådan offentlig verksamhet, där det inte är fråga om att en skattefri tjänst inom den offentliga sektorn undantagsvis konkurrerar med en privat tjänst på marknaden. Enligt kommunallagen är en kommun när den sköter uppgifter i ett konkurrensläge på marknaden skyldig att bolagisera verksamheten i fråga. Kommunal verksamhet som bedrivs i bolagsform omfattas inte av systemet för återbäring av mervärdeskatt. Inte heller det budgetförfarande som tillämpas på statliga anskaffningar gäller verksamhet som bedrivs i bolagsform eller i form av andra privaträttsliga samfund.

Reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet medför inga förändringar beträffande tjänsteproduktionen i landskapet Åland. Tjänsterna ska på samma sätt som för närvarande höra dels till landskapet Åland, dels till de kommuner som hör till landskapet.

2.16.13 Statsandelssystemet för kommunal basservice

Vid ingången av 2015 gjordes stora ändringar i grunderna för statsandel för kommunal basservice. Bestämningsgrunderna minskades och överlappningar mellan dem undanröjdes. Som grunder för beräkning av statsandel (statsandelsgrunder) används efter reformen huvudsakligen de kalkylerade kostnader som grundar sig på kostnaderna för varje åldersgrupp och sjukfrekvensen. Sjukfrekvenskoefficientens delfaktorer är hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård. Övriga kalkylerade statsandelsgrunder är koefficienterna för arbetslöshet, inslaget av personer med främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, befolkningstäthet och utbildningsbakgrund. I lagen om statsandel för kommunal basservice föreskrivs därtill om grunderna för bestämmande av tilläggsdelar, vilka är fjärrort, självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser och kommun inom samernas hembygdsområde. I samband med reformen 2015 ändrades också utjämningen av statsandelen på basis av skatteinkomsterna genom att utjämningssgränsen höjdes och utjämningssavdraget sänktes för att göra systemet mera sporrande.

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

På 2020 års nivå beräknas de nettokostnader som överförs till landskapen uppgå till ca 19,5 miljarder euro. Nettokostnader innebär att verksamhetsintäkter, såsom kundavgifter för de uppgifter som överförs, har dragits av från driftkostnaderna enligt statistiken över kommunernas ekonomi. I de nettokostnader som överförs ingår också avskrivningar och nedskrivningar inom området samt rörelseöverskott för affärsverk inom social- och hälsovården.

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

Som grund för beredningen torde man dock kunna utgå från antagandet att kostnaderna för sjukfrekvensen överförs till fullt belopp till landskapen. Social- och hälsovårdens andel av åldersstrukturen är 64 procent, vilket bygger på de undersökningar som gjordes i samband med föregående statsandelsreform. Totalt överförs i genomsnitt 70 procent av de kalkylerade statsandelskostnaderna för basservicen till landskapen, vilket motsvarar sektorns andel av de kalkylerade kostnaderna för statsandelsåliggandena 2014, då bestämningsgrunderna för de enskilda uppgifterna var i kraft. Samma procenttal har man kommit fram till även med stöd av de faktiska kostnaderna i den senaste justeringen av kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna, som gjordes enligt nivån 2018. På ovan anförda grunder överförs totalt 4,9 miljarder euro av kommunernas kalkylerade statsandelar till landskapen när ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården överförs på landskapen.

Utöver de kalkylerade statsandelarna ska det avgöras vilken andel av de tilläggsdelar som ingår i statsandelssystemet för kommunal basservice (tilläggsdel för fjärrort, självförsörjningsgrad i fråga om arbetsplatser och kommun inom samernas hembygdsområde) och av de övriga statsandelarna i systemet som överförs till landskapens finansiering. I de kalkyler som gjorts har man för tydlighetens skull ansett att det även från tilläggsdelarna och compensationerna för skatteförluster ska överföras en genomsnittlig andel på 70 procent av social- och hälsovårdsväsendets kalkylerade statsandel för social- och hälsovården till landskapens finansiering, dvs. sammanlagt cirka 1,6 miljarder euro enligt nivån 2020. Den compensation för skatteförluster som fram till 2019 ingick statsandelen för kommunal basservice överfördes från och med 2020 till ett eget moment i budgetpropositionen (ersättning för minskning av skatteinkomsterna till följd av ändringar av beskattningsgrunderna). Avsikten är att samma relativa andel av ersättningen som av statsandelarna överförs från kommunerna till landskapen.

Totalt överförs sammanlagt 4,87 miljarder euro i statsandel för kommunal basservice i och med reformen till landskapen enligt nivån 2020. De statsandelar för social- och hälsovård som ska överföras till landskapens finansiering täcker därmed ungefär en fjärdedel av de nettokostnader för social- och hälsovården som överförs till landskapen. Av ersättningarna för minskning av skatteinkomsterna till följd av ändringar av beskattningsgrunderna överförs 1,59 miljarder euro. För att det totala skatteuttaget inte ska stiga när reformen träder i kraft, bör resten av kostnaderna, dvs. 13,1 miljarder euro, täckas genom att kommunernas skatteinkomster minskas med motsvarande belopp.

Kostnaderna för de uppgifter som blir kvar i kommunerna uppgår till cirka 14 miljarder euro enligt nivån 2020. Statsandelen för kommunal basservice täcker efter de ovan anförda ändringarna ungefär 2,2 miljarder euro av kostnaderna. En överföring av ansvaret för ordnandet av uppgifter till landskapen innebär förändringar i statsandelgrunderna i lagen om statsandel för kommunal basservice samt i de åldersklasser och koefficienter som används vid fastställandet av de kalkylerade kostnaderna. Målet är att de ska beskriva de uppgifter som blir kvar i kommunerna efter reformen och de anknytande skillnaderna i behov.

De statsandelsåligganden som blir kvar i kommunerna efter reformen består nästan i sin helhet av småbarnspedagogik och grundläggande utbildning. Detta innebär att åldersstrukturen för statsandelen för basservice är klart inriktad på åldersklassen 0–15-åringar. Detta ska beaktas i de åldersklasser som ligger till grund för de kalkylerade kostnaderna. Arbetslöshetskoefficienten är ett kriterium i det nuvarande statsandelssystemet för att kommunerna i och med den kompenseras för de kostnader som arbetslösheten orsakar i utkomststödet och den övriga socialvården. I samband med reformen föreslås det inte några ändringar i fråga om detta, utan de kalkylerade kostnaderna för den arbetslöshetskoefficient som avses i lagen ska fortfarande ingå i den kalkylerade kostnaden för statsandelen för basservice.

Kommunerna kommer också efter reformen att ha uppgifter för främjande av välfärd, hälsa och säkerhet, vilka också framgår av lagens tillämpningsområde. I anslutning till detta bör man i tilläggsdelarna i statsandelssystemet överväga en ny bestämningsfaktor med syftet att bidra till att kommunerna fortsätter att utveckla förebyggande tjänster som främjar invånarnas välfärd, hälsa och säkerhet, även om de inte längre ordnar social- och hälsovårdstjänster.

I synnerhet måste man utvärdera hur systemet för utjämning av statsandelen på basis av skatteinkomsterna fungerar i den nya situationen. De förändringar som ska göras i skattesystemet, dvs. att tyngdpunkten i beskattningen flyttas från kommunalbeskattningen till statsbeskattningen, har en avgörande inverkan på hur det fungerar. I praktiken innebär detta att det skatteinkomstbelopp som ska beaktas i utjämningssystemet sjunker betydligt jämfört med nuläget. Därför måste man också granska hur fastighetsskatten beaktas i utjämningen samt på vilket sätt det s.k. utjämningsavdraget beräknas och det s.k. självriskbeloppet i utjämningsstillägget. Samtidigt är det motiverat att också överväga att slopa den naturliga logaritm som nu används vid beräkningen och som för med sig en lindrig progression i utjämningsavdraget i de kommuner som har de hösta skatteinkomsterna. Detta skulle också förenkla beräkningsgrunderna för utjämningsystemet.

I samband med reformen måste man också ta ställning till hur utjämningarna i samband med tidigare ändringar av systemet beaktas i samband med den nya ändringen och hur de samordnas med eventuella nya utjämningsbehov.

Överföringen av ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården orsakar i enlighet med vad som beskrivits ovan sammantaget så stora principiella förändringar och förändringar i eurobelopp i lagen om statsandel för kommunal basservice samt i de statsandelar som med stöd av lagen beviljas och betalas till kommunerna att det gör det befogat att upphäva gällande lag och stifta en ny lag. Det skulle samtidigt vara möjligt att förtydliga och förenkla lagens uppbyggnad. Så fort landskapens verksamhet inletts och ansvaret för ordnandet av tjänster har överförts måste man i någorlunda snabb takt se över hur statsandelssystemet för den kommunala basservicen fungerar i den nya situationen.

2.16.14 Informationsförvaltning och IKT-tjänster

De nuvarande kommunernas färdigheter att utveckla informationsförvaltningen och IKT-lösningarna är mycket olika. I synnerhet i små kommuner är de ekonomiska resurserna och personalresurserna för informationsförvaltningen ofta mycket begränsade. Dessa kommuner har svårt att säkerställa kompetensen, processerna och informationssystemen utvecklas på ett ändamålsenligt sätt i en allt mer digitaliserad värld. Samtidigt är utvecklingsbehovet stort.

Som helhet kan kommunernas IKT-kostnader i nuläget anses vara måttfulla. Uppskattningen av kostnaderna inbegriper betydande osäkerhetsfaktorer på grund av bl.a. olika bokföringspraxis för kostnader i kommunerna. Exempelvis medicinteknisk utrustning och infrastruktur i anslutning till byggnaderna innehåller många funktioner och informationssystem som ska kopplas till ett datanät, vilket också gör det svårt att göra en entydig uppskattning av kommunernas IKT-kostnader. Det är också värt att beakta att modellerna för ordnande av tjänster varierar och har förändrats. Uppmärksamhet ska i stället för vid de kostnader som hänför sig till informationssystemen fästas vid olika servicemodeller – i vid bemärkelse frågor som gäller interoperabilitet.

Social- och hälsovård

Däremot hänför sig behovet av förnyelse till de nuvarande klient- och patientdatasystemen. Finland har varit en föregångare i fråga om ibrukttagandet av elektroniska klient- och patientdatasystem. Till följd av detta har de befintliga systemen blivit föråldrade på många ställen och för närvarande tar man i bruk eller förbereder sig på att upphandla en ny generation av klient- och patientdatasystem.

Apotti är det nya gemensamma klient- och patientdatasystemet för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Helsingfors, Vanda, Kyrkslätt, Tusby, Kervo och Grankulla. Systemet tas i bruk för närvarande och ersätter merparten av de befintliga datasystemen. Projektet Apotti täcker ca 25 procent av befolkningen. Motsvarande reformprojekt planeras också under ledning av Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt och inom UNA-konsortiet. Totalt sett omfattar effekterna av dessa projekt majoriteten av befolkningen.

Utifrån kostnaderna för projektet Apotti beräknas det nationella investeringsbehovet för att förnya klient- och patientdatasystemen ligga mellan 2 och 3 miljarder euro.

Däremot ställer målet att stävja kostnaderna och den allmänna digitala utvecklingen kommunerna inför en mer omfattande utvecklingsutmaning. De måste kunna utnyttja bl.a. verksamhetsmodeller för kunskapsbaserad ledning, elektroniska tjänster och beslutsfattande med hjälp av artificiell intelligens. En förutsättning är förmågan att kombinera sådan utveckling som utgår från verksamheten med den nyaste tillgängliga teknologin.

En modell för ordnande som består av aktörer med olika färdigheter och resurser ger inte de bästa utgångspunkterna för att möta denna utmaning. Enligt en utredning (på finska) från Kommunförbundet anser 52 procent av kommunerna att tillgången på kompetent personal är en utmaning i samband med digitaliseringen. En motsvarande brist på strategisk styrning identifierades av 61 procent av de tillfrågade. Dessa utmaningar accentueras i synnerhet när det gäller anordnare med mindre personal och resurser.

Vidare förutsätter ibrukttagandet i regionerna av nationellt utvecklade lösningar specialkompetens, som är utmanande att upprätthålla organisationsvis. En förutsättning för att effektivt sprida de nationella lösningarna är att en sådan kompetens uppstår.

Den nuvarande modellen för ordnande av social- och hälsovården har inte gett upphov till en bestående samarbetsmodell som stöder utvecklingen av informationsförvaltningen i olika regioner. Inom sektorn har det dock identifierats ett behov av mer omfattande regionalt samarbete bl.a. för att främja interoperabiliteten och lösningar för informationsförvaltning som utvecklas nationellt. En sådan roll har planerats för SoteDigi Oy, men i det nuvarande splittrade aktörsfältet har det konstaterats vara utmanande att skapa en hållbar samarbetsmodell.

Utöver tillhandahållandet av social- och hälsovårdstjänster varierar omfattningen och intensiteten av kommunernas samarbete mellan olika regioner också i fråga om den produktion av IKT-tjänster som stöder produktionen av social- och hälsovårdstjänster. I flera regioner är samarbetet organiserat utifrån en stark regional aktör, t.ex. i Norra Karelen och Södra Karelen, och de informationssystem som stöder verksamheten samt lösningarna inom IKT-infrastrukturen har i stor utsträckning förenhetligats. Som ett exempel på ett regionalt samarbete kan landskapet Kajanaland nämnas. Samkommunen för social- och hälsovården i Kajanaland producerar i huvudsak IKT-stödtjänsterna för kommunerna och samkommunerna inom landskapets område. I kommunernas informationsförvaltningssamarbete har inte bara det regionala samarbetet betonats, utan även den roll som olika nationella nätverk har. I en del av de nuvarande landskapsförbundens områden är utgångsläget däremot splittrat, i praktiken har alla aktörer egna informationssystemlösningar, och det finns inte heller någon IKT-tjänsteleverantör som betjänar området i omfattande utsträckning, såsom i Nyland och Norra Österbotten.

I en internationell jämförelse klarar sig Finland bra. Jämförelser har gjorts på nordisk nivå, EU-, OECD- och WHO-nivå. I alla jämförelser hör Finland till ett av toppländerna i fråga om e-hälsa. Digitaliseringsgraden för primärvården i EU utreddes 2007 och 2014. År 2007 konstaterades Danmark, Nederländerna, Finland och Sverige vara föregångare. I jämförelsen från 2014 ingick 31 länder. Finland var ett av de sex ledande länderna (Danmark, Spanien, Norge, Estland, Nederländerna och Finland).

Motsvarande enkäter om specialiserad sjukvård genomfördes på EU-nivå 2011 och 2014. År 2011 var Finlands resultat bättre än EU:s (27 länder) genomsnitt när det gäller 11 av 13 indikatorer. År 2014 var Finlands resultat bättre än EU:s genomsnitt i fråga om alla 13 indikatorer och Finland var ett av de länder som klarade sig bäst. Helhetsresultatet var följande: Danmark, Estland, Sverige och Finland på fjärde plats.

I fråga om räddningsväsendet stöder de oenhetliga informationssystemen och verksamhetsprocesserna samt bristerna i digitaliseringen av servicenätet inte i tillräcklig utsträckning utvecklingen av den riksomfattande styrningen, den kunskapsbaserade ledningen eller förnyandet och utvecklingen av metoderna för statistikföring och analys av information. Bristerna i den digitala verksamhetsmiljön motsvarar inte kraven på förberedelse och informationssäkerhet. De nuvarande lösningarna stöder inte reformen av räddningsväsendet eller inrättandet av de läges- och ledningscentraler som tillhandahåller tjänster för större områden.

2.16.15 Kunskapsbaserad ledning

I sjukvårdsdistrikten och i många kommuner används sådana för sekundär användning av data lämpade och på datareservoarer och datalager baserade lösningar för rapportering och analys som lämpar sig för hantering av strukturerad och ostrukturerad data. Färdigheterna, kompetensen och förmågan för kunskapsbaserad ledning varierar mellan tjänsteproducenterna och landskapen. I många organisationer håller en kultur av kunskapsbaserad ledning först nu på att formas. Den nuvarande informationsproduktionen bör utvecklas så att den motsvarar landskapens behov när det gäller ledning, bedömning och jämförelser samt när det gäller landskapens uppgift att stödja kommunerna i främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet. Bedömningen och statsrådets

styrning bör i framtiden grunda sig på kunskap. I det nuvarande servicesystemet är de administrativa uppgifterna om verksamheten, ekonomin, och t.ex. personalen utspridda i tjänsteproducenternas olika system och det finns brister i uppgifternas jämförbarhet (varierande praxis inom bokföring och kontering enligt verksamhetsenhet).

2.16.16 Egendom

Den egendom som används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet är för tillfället utspridd på flera olika ägare; kommuner, samkommuner och deras dottersamfund samt olika ägarparter också inom den privata sektorn. Egendomen förvaltas förutom på grundval av ägande också med stöd av olika slags avtal om hyres- eller annan nyttjanderätt. Ägandet av lokaler och lokalförvaltningen har hittills koncentrerats främst inom enskilda kommunorganisationer och samkommuner. Kommuner och samkommuner har grundat fastighetsbolag och andra bolag eller affärsverk för lokalförvaltningen, men ytterst få av dem har blivit regionala eller nationella bolag.

I kommunerna sker kontinuerligt små ändringar i användningen av lokalerna. Serviceställen läggs ned eller deras användningsändamål ändras och nya lokaler byggs t.ex. som en del av utvecklingen av stadsstrukturen eller när nya tjänster uppstår. Tills vidare har fastighetsbeståndet i regel likväl inte minskat utan det har oftast funnits en ny användare i kommunens egen organisation för lokaler som blir lediga. Situationen håller dock på att förändras. Allt oftare är de fastigheter som blir lediga i så dåligt skick att de inte mera kan tas i bruk eller renoveras. Allt fler kommuner och sjukvårdsdistrikt har också som mål att minska det fastighetsbestånd som är i användning och höja dess användningsgrad. Till exempel i lokaler som administreras av Eksote har fastighetsbeståndet redan minskat betydligt.

Behovet och användningen av den egendom som för närvarande används inom social- och hälsovården och räddningsväsendet kommer ofrånkomligen att förändras i framtiden. Faktorer som leder till förändringar är bl.a. befolkningens stigande medelålder, flyttningsrörelsen till tillväxtcentrumen för befolkningen i arbetsför ålder samt även förändringarna i vårdpraxis inom hälso- och sjukvården och förändringarna till följd av digitaliseringen. Vårddagarna inom den specialiserade sjukvården, bäddavdelningsvård och antalet ålderdomshem har ständigt minskat och under de kommande åren kommer antalet platser inom institutionsvården att minska ytterligare. Samtidigt har antalet boendetjänster ökat. Typiskt för boendetjänsterna är att de genomförs med olika slags köptjänster i kommunerna och då har kommunernas egna investeringar i tjänsterna varit mindre omfattande.

För närvarande har många kommuner många olika små serviceställen för social- och hälsovården, men i flera kommuner går det redan att skönja en målsättning om att koncentrera den öppna servicen till utvidgade hälsocentraler, s.k. centraler för hälsa och välbefinnande. Servicenätet håller också på att bli mångformigare och olika ambulerande tjänster blir vanligare vid sidan av elektroniska tjänster. Samtidigt minskar behovet av lokaler för kundbesök och användningsgraden förbättras.

Det är svårt att ge en uttömmande och detaljerad bedömning av vilka förändringar som kommer att ske i service- och lokalnätet i framtiden. Bedömningen av situationen påverkas också av frågor som gäller valfriheten för kunderna inom social- och hälsovården. I varje fall kan man ändå anta att en del av de lokaler som för tillfället är i bruk i framtiden kommer att tas ur bruk och att denna utveckling även kommer att ha kommunalekonomiska verkningar. Samtidigt kommer lokalerna dock att vara föremål för omfattande investerings- och renoveringsbehov, då åtgärder måste vidtas för att bygga om äldre lokaler så att de lämpar sig för ny vårdpraxis. Situationen märks redan nu bland annat i sjukvårdsdistriktens omfattande investeringsplaner.

Räddningsverken har både nya och gamla stationsbyggnader. En del av de brandstationer som räddningsverken använder är byggda redan på 1960-talet. Trots att en del av brandstationsbyggnaderna har förnyats för att motsvara de funktionella kraven, finns det ett stort behov av att investera i renoveringar eller ombyggnader. Räddningsväsendet använder sig också av brandstationsbyggnader som har ett betydande kulturhistoriskt värde.

De fastigheter som räddningsväsendet använder ägs huvudsakligen av kommunerna, avtalsbrandkår-föreningarna och andra. Räddningsväsendets tjänster skiljer sig från social- och hälsovårdsväsendets tjänster såtillvida att så gott som alla räddningsväsendets tjänster tillhandahålls där kunden är (räddningsverksamhet vid olyckor) eller produceras hos kunden (brandsyn, säkerhetskommunikation och utbildning). Detta förutsätter att det även i fortsättningen finns ett tillräckligt tätt brandstationsnät.

2.16.17 Upphandling

Upphandlingen inom sjukvårdsdistriktet är i allmänhet en uppgift som hör till sjukvårdsdistriktets upphandlingscentral. Inom specialupptagningsområdena har upphandlingen för hälso- och sjukvården av vård- och allmänna förbrukningsartiklar samt medicinteknisk utrustning och inventarier centraliserats till regionala upphandlingscentraler som också ordnar logistiktjänsterna antingen själva eller via avtalspartner. Centralerna betjänar universitetssjukhuset, medlemskommunerna och sjukvårdsdistriktet inom sitt område i flera upphandlingskategorier. Det finns fem regionala centraler: affärsverket HNS-Logistik (HUCS), Sansia Oy (KYS), PPSHP hankintapalvelut (OYS), Tuomi Logistiikka Oy (TAYS) och upphandlings- och logistiktjänsterna vid EFSVD (ÅUCS). Upphandlingen av läkemedel har i allmänhet centraliserats till universitetssjukhusets apotek. Sjukvårdsdistriktet samt områdets centralort och de närbelägna kommunerna har även gjort gemensamma upphandlingar i form av s.k. upphandlingsringar och samordnade upphandlingar.

Med stöd av den lagändring av lagen om Hansel Ab (1096/2008) som trädde i kraft 2019 har kommuner och samkommuner kunnat upphandla genom att använda sig av Hansel Ab:s tjänster. Verksamheten för KL-Kuntahankinnat Oy fusionerades med Hansel Ab i september 2019.

Sjukvårdsdistriktet och städerna har under de senaste åren i allt högre grad sammanslagit sina logistik- och lagringstjänster, och då sköter samma organisation lagringen och distributionen av hälso- och sjukvårdens varor för både områdets kommuner och sjukvårdsdistriktet.

När upphandlingsvolymerna sammanförts har tyngdpunkten legat på upphandlingssamarbete på samkommunsnivå och specialupptagningsområdesnivå. Upphandlingscentralerna inom specialupptagningsområdena är grupperade kring universitetssjukhusen och har fungerat som motorer för utvecklingen och bildat regionala upphandlingsringar. Det har inte funnits lika mycket upphandlingssamarbete mellan sjukvårdsdistriktet på nationell nivå och därför finns det betydande möjligheter till effektiviseringar och besparingar om upphandlingssamarbetet intensifieras och upphandlingarna centraliseras.

Den faktiska volymen av de upphandlingar som behövs för tjänsteproduktionen inom den offentliga social- och hälsovården var ca 4 miljarder euro 2018. Av detta riktades ca 1,5 miljarder euro till sjukvårdsdistriktets köp av tjänster och ca 1,2 miljarder euro till sjukvårdsdistriktets upphandlingar av förbrukningsartiklar. På grund av volymerna är det fortfarande möjligt att uppnå kostnadsnytta genom att utöka samarbetet.

Mängden utrustning och förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvården är stor, och att säkerställa tillgången på dem och att de är i användbart skick kräver stora resurser och specialsystem

av de organisationer som utför upphandlingar. Över 95 % av den utrustning och de förbrukningsartiklar som används inom hälso- och sjukvården tillverkas någon annanstans än i Finland. Andelen inhemska aktörer är störst i importkedjan för produkterna och i säkerställandet av tillgången.

För centraliserad upphandling i landskapen lämpar sig i synnerhet upphandlingar av förvaltnings- och stödfunktioner samt av undersöknings- och vårdutrustning, läkemedel och apoteksartiklar, hjälpmedel för rehabilitering samt rengöringsmedel och förbrukningsartiklar.

Räddningsverkens upphandlingar indelas i anskaffningar och investeringar som görs inom ramen för driftsbudgeten. Som investeringar betraktas i första hand anskaffningar av fordon. De upphandlingar som görs inom driftsekonomin omfattar i första hand redskap och skyddsutrustning som inte kräver avskrivningstider. Investeringsnivån varierar från räddningsverk till räddningsverk, men ligger kring 5 procent. Räddningsverkens upphandlingar genomförs centraliserat och fördelas till brandstationer på de villkor som servicenivån förutsätter. Upphandlingarna konkurreras ut inom ramen för lagstiftningen om konkurrensutsättning. Flera räddningsverk har bildat upphandlingsringar, där upphandlingar konkurreras ut i större partier för att få ned styckekostnaderna.

2.16.18 Organisering av stödtjänster

Under 2000-talet har det inom både offentliga och privata sektorn blivit allt vanligare att enhetliga administrativa stödfunktioner sköts vid servicecentraler. Vid servicecentraler sköts vanligen s.k. volymuppgifter, dvs. uppgifter där man hanterar eller förverkligar stora volymer av samma slags händelser, samt specialiserade uppgifter som likväl är enhetliga för flera verksamhetsenheter. Syftet med servicecentralverksamheten är att standardisera och utveckla tillvägagångssätten samt förbättra verksamhetens kvalitet och göra den mer kundorienterad.

Kommunerna och samkommunerna har förnyat och effektiviserat sin produktion av stödtjänster. Det finns flera riksomfattande servicebolag som ägs av kommuner och samkommuner och dessutom har en del av de stora kommunerna och sjukvårdsdistrikten centraliserat sin serviceproduktion till sina egna affärsverk. En del av kommunerna har lagt ut stödtjänsterna helt och hållet, men en stor del av stödtjänsterna utförs fortfarande som egen decentraliserad produktion.

Inom kommunsektorn produceras i synnerhet funktionerna i ekonomi- och personalförvaltningen och IKT vid servicecentraler som betjänar antingen en stor mängd kunder eller t.ex. ett enskilt sjukvårdsdistrikt. Centrala aktörer när det gäller tjänster inom ekonomi- och personalförvaltning är bl.a. HUS Asvia, Sarastia Oy och Monetra Oy. Lokal- och fastighetstjänster produceras i städernas och kommunernas lokalcentraler, som i huvudsak verkar i ämbetsverks- eller affärsverksform. Till HNS-koncernen hör HNS-Lokalcentral, som företräder ägaren, producerar lokaler för kärnverksamheten och affärsverken och beställer tjänster för skötseln av fastigheterna, samt HNS-Fastigheter Ab.

Utöver de stödtjänster som gäller administrativa lokaler och lokaler som används för uppgifter av teknisk natur har sjukvårdsdistrikten också fört ihop medicinska stödtjänster, såsom tjänster i anslutning till bildiagnostik och laboratorier, för att producera dem tillsammans.

2.16.19 Personal

Den åldrande befolkningen samt pensionsavgången bland de stora åldersklasserna i kombination med den ökande efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster försvårar kommunernas möjligheter att anställa kompetent personal i tillräcklig utsträckning. Också antalet utexaminerade

och den regionala placeringen påverkar tillgången på arbetskraft. Bristen på tillräckliga personalresurser påverkar tjänsternas kvalitet och tillgänglighet på lika villkor.

Trots att rätten att utöva ett yrke inom social- och hälsoområdet har beviljats för allt fler än tidigare lider i synnerhet den offentliga social- och hälsovården av kronisk personalbrist, vilket återspeglas som problem i tillgången till tjänsterna på basnivå. Tillgången på personal varierar beroende på område och yrkeskategori. De yrken som haft störst brist på arbetskraft på senaste år har i huvudsak varit yrken inom social- och hälsoområdet, som läkare, tandläkare och socialarbetare. Inom den specialiserade sjukvården råder det personalbrist inom vissa specialområden. I Finland är i synnerhet antalet sjukskötare internationellt sett stort, men t.ex. inom hemvården är det svårt att få yrkeskunnig personal. Det finns också brist på personer med specialkunskaper inom socialvården. Enligt finansministeriet behövs det ca 200 000 nya arbetstagare inom social- och hälsovården före mitten av 2030-talet.

Personalutgifterna när det kommer till social- och hälsovårdstjänsterna är i genomsnitt 55 procent av driftskostnaderna. Deras andel kommer i framtiden att stiga ytterligare när utgiftstrycket på arbetskraftsintensivare omsorgstjänster ökar.

Av personalen inom social- och hälsovården 2018 var 85 procent anställda i arbetsavtalsförhållande och 15 procent i tjänsteförhållande. Uppgifter i vilka offentlig makt utövas sköts i tjänsteförhållande. Behovet av en modell med två slags anställningsförhållanden härrör ur grundlagen och den har ansetts fungera väl.

Anställningsvillkoren fastställs numera enligt arbets- och tjänstekollektivavtalen inom kommunsektorn och den privata sektorn. Inom yrkesgrupperna finns i någon mån skillnader i avlöning som bygger på skillnader i bl.a. hur krävande arbetet är eller arbetserfarenhet. I kommuner och samkommuner tillämpas lönesystemet på olika sätt och överenskommelser om vissa anställningsfrågor har också kunnat ingås genom lokala avtal.

Räddningsväsendet är en personaldominerad bransch. År 2018 var personalkostnadernas andel av omkostnaderna 64 procent. Dessutom var de köpta tjänsternas andel av omkostnaderna 12,8 procent. Branschen är starkt mansdominerad. År 2018 ingick det 297 kvinnor i de 6 283 personer som arbetade inom räddningsväsendet på heltid, dvs. 4,7 procent av det totala antalet personer.

I avtalsbrandkårsverksamheten deltog sammanlagt 964 kvinnor, dvs. 6,8 procent av hela personalen vid avtalsbrandkårerna. Inom räddningsväsendet arbetar det flest personer i åldern 30–39 år, vilka utgjorde 33 procent av personalen 2018. Den näst största åldersgruppen är 40–49-åringarna.

I synnerhet avtalsbrandkårsverksamhetens framtid påverkas för närvarande av flera faktorer som finns i räddningsväsendets verksamhetsmiljö. Ur ett socialt perspektiv framhävs den regionala strukturomvandlingen, förändringen i åldersstrukturen och de splittrade värderingarna. Förändringarna i region- och åldersstrukturen samt de splittrade värderingarna inverkar på uppgiftsmängden och brandkårsverksamhetens resurser i framtiden. Denna helhet inverkar på tillgången till räddningsväsendets tjänster och en tillräckligt jämlik serviceförmåga i de områden där betydelsen av den frivilliga verksamheten är central.

De splittrade värderingarna och den allmänna bristen på engagemang i frivillig verksamhet påverkar i fortsättningen möjligheterna att få med nya frivilliga i brandkårsverksamheten. Trots att Finland traditionellt sett har varit ett aktivt land när det gäller frivillig verksamhet har deltagandet i frivilligt arbete minskat betydligt under de senaste åren, i synnerhet bland 10–14-

åringar och 15–24-åringar. Redan för närvarande är det i glesbygdsområden utmanande att få personal till räddningsverksamheten.

Inom räddningsväsendet råder det kontinuerlig personalbrist i varje personalgrupp. De som avlagt räddningsmannaxamen vill inte få tjänster i små eller medelstora kommuner. De som utexaminerats från Räddningsinstitutet söker sig i allmänhet till brandkårer i stadsliknande miljö på grund av det större antalet operativa uppgifter. Eftersom det är svårt att få tjänsteinnehavare till mindre brandstationer, blir man ofta tvungen att tillsätta tjänster för viss tid med personer som saknar behörighet. Avtalsbrandkåreerna har tidvis svårt att rekrytera nya medlemmar. Nya sätt att rekrytera utvecklas och ställvis samarbetar man med räddningsverken.

Ungefär hälften av medlemmarna i avtalsbrandkåreerna får ersättning för deltagande i räddningsverksamhet. Avtalsbrandkåren eller räddningsverket kan vara lönebetalare. Personalen kan stå i direkt arbetsavtalsförhållande till räddningsverket eller avtalsbrandkåren med uppgiften som bisyssla. De kostnader som avtalspersonalen för med sig utgör i genomsnitt ca 18 procent av räddningsverkens totala kostnader. I kostnaderna ingår ersättningar till föreningar.

Kompetenskraven för personalen grundar sig på räddningsverkens risk- och omvärldsanalyser. I fråga om avtalsbrandkåreerna fastställs kompetenskraven för personalen i brandkårsavtalen. För manskap, underbefäl och befäl i huvudsyssla som är anställda vid ett räddningsverk och deltar i räddningsverksamheten är behörighetsvillkoren för en tjänst eller en uppgift sådan examen inom räddningsbranschen som motsvarar tjänsten eller uppgiften. Av personer i bisyssla och de personer som hör till avtalsbrandkårer eller till andra sammanslutningar som ingått avtal krävs utbildning i enlighet med Räddningsinstitutets läroplan för deltagande i räddningsverksamheten.

I anställningsförhållandena iakttas beroende på uppgift arbetskollektivavtalet för kommunala tjänsteinnehavare eller det kommunala arbetskollektivavtalet för teknisk personal. Avlöningen för ordinarie tjänsteinnehavare består i allmänhet av en grundlön som är samma för alla, ett branschtillägg som grundar sig på erfarenhetsår och en individuell lönedel. Till personalen betalas dessutom utryckningspenning för deltagande i larm utanför tjänstetid och eventuella övertidsersättningar. Avtalspersonalen får dessutom timersättning för deltagande i övningar och larm.

2.16.20 Intressebevakning för arbetsgivare

I enlighet med lagen om kommunala arbetsmarknadsverket bevakar kommunala arbetsmarknadsverket kommunernas och samkommunernas intressen i arbetsmarknadsfrågor. Behovet av att ändra det nuvarande systemet är en följd av att social- och hälsovården reformeras och att nya landskap inrättas. Att skapa en ny administrativ arbetsgivarnivå kräver också bestämmelser om intressebevakning för arbetsgivare i landskapen.

2.16.21 Tillsyn

Nuläget och utvecklingsbehoven i anslutning till den nuvarande tillsynen och den därtill hörande styrningen av social- och hälsovården har 2014 utvärderats i en av social- och hälsovårdsministeriet tillsatt arbetsgrupp som utvecklat arbetsfördelningen och samarbetet mellan regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2014:24) och 2015 i en på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet utförd extern utvärdering om Valvira (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:30).

Inom social- och hälsovården är kraven på och tillsynen över den offentliga och den privata tjänsteproduktionen för närvarande oenhetlig. Privat produktion av hälso- och sjukvårdstjänster och socialservice dygnet runt förutsätter ett tillstånd av tillståndsmyndigheten, en inspektion av lokaler och anordningar samt en plan för egenkontroll. Inom den kommunala tjänsteproduktionen finns det inte några motsvarande förfaranden. Det är därför inte möjligt att på förhand utöva tillsyn över offentliga tjänster lika regelbundet och systematiskt som över privata tjänster. Detta kan även ha lett till situationer där det har ställts olika krav på privata och offentliga aktörer i fråga om lokaler och personal eller andra kvalitativa krav. För närvarande finns det inte heller samma möjligheter till riskbaserad tillsyn inom den offentliga och den privata social- och hälsovården, eftersom det inte finns något register över de offentliga verksamhetsenheterna och det inte går att ta fram riskprofiler för alla på lika grunder.

Rollen för egenkontrollen vid både ordnandet och produktionen av tjänster bör alltså förstärkas. I social- och hälsovårdsministeriets rapport 2014:12 föreslogs det att det i lag föreskrivas om en skyldighet för den som bär ansvaret för ordnandet av tjänsterna att utarbeta ett program för egenkontroll som gäller genomförandet av tjänsterna, deras kvalitet och jämlikhet. Egenkontrollen ska vara förenad med en bedömning av verksamhetens effekter och genomslag samt användningen av kundrespons. Vid produktionen av tjänster gäller för närvarande olika bestämmelser för egenkontrollen inom den privata och den offentliga tjänsteproduktionen. Bestämmelserna och praxisen i anslutning till verksamhetsenheternas egenkontroll bör förenhetligas och preciseras och bestämmelserna bör innehålla tydliga skyldigheter att utarbeta och följa upp en plan för egenkontroll så att de påföljder som tillsynsmyndigheterna kan påföra kan tillämpas på försummelser.

Även om man inom tillsynen över social- och hälsovården genom ändringar av bl.a. förvaltningslagen samt patientlagen och lagen om klienter inom socialvården har gjort det möjligt att flytta tyngdpunkten för tillsynsresurserna och tillsynsverksamheten från reaktiv tillsyn i enskilda fall mot proaktiv tillsyn och styrning på eget initiativ, finns det ett behov av att ytterligare stärka denna utvecklingstrend. Det är likaså skäl att omforma innehållet i tillsynen. Nivån på tjänsternas kvalitet övervakas för närvarande i regel utifrån olika kvantifierbara aspekter. Det finns behov av att allt mer övergå från nuvarande tillsyn över enskilda detaljer till tillsyn över kvalitets- och verksamhetssystemen inom social- och hälsovårdens verksamhetsenheter och en indikatorbaserad tillsyn över resultaten. Det bör också byggas upp sådana strukturer för samarbetet med de centrala tillsynsobjekten som fungerar bättre än för närvarande och som baserar sig på en äkta dialog. I social- och hälsovårdsministeriets rapport 2014:12 har det föreslagits att det i lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården ska tas in en bestämmelse om tillsynsmyndighetens styrnings- och utvärderingsbesök. Dessutom har arbetsgruppen föreslagit att den riskbaserade tillsynen ska stärkas och att tillsynsmyndigheternas prövningsrätt vid behandlingen av tillsynsärenden ska utökas. Arbetsgruppen påtalade också att social- och hälsovårdsministeriets strategiska styrningsgrepp vid inriktningen på prioriteringarna i tillsynen bör stärkas.

Informationsbehoven inom tillsynen blir för närvarande inte tillgodosedda i tillräcklig omfattning. En förutsättning för en välfungerande proaktiv tillsyn är att det finns tillgång till tillförlitlig och jämförbar information, vilket i synnerhet accentueras vid den riskbaserade tillsynen och vid uppföljningen av tillsynens genomslag. Institutet för hälsa och välfärd samlar i statistiksyfte in omfattande uppgifter, men uppgifterna kan inte utnyttjas i tillräcklig utsträckning vid tillsynen över kommunerna och verksamhetsenheterna.

2.16.22 Styrning

2.16.22.1 Genomförande av styrning av social- och hälsovården

Det splittrade organisationsfältet och det stora antalet aktörer som ansvarar för ordnandet av tjänsterna försvårar styrningen av social- och hälsovården. Den nationella styrningen, som i regel grundar sig på rambaserad regelstyrning och resursstyrning utan öronmärkning samt sådan enkelriktad informationsstyrning som kompletterar dessa, i kombination med ett splittrat och oenhetligt fält av aktörer med organiseringsansvar, tryggar inte tjänster på lika villkor i tillräcklig utsträckning. Det är inte möjligt uppnå växelverkan inom den stora och oenhetliga gruppen av anordnare, varvid den enkelriktade nationella styrningen har framhävts. Verksamhet och ekonomi har inte styrts som en helhet. Även de separata besluten om tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården försvårar helhetsstyrningen i synnerhet när det gäller tjänsterna för gemensamma kunder och kundgrupper. Styrning med inriktning på kundernas rättigheter förekommer i liten omfattning och i en del av tjänsterna är den mycket snäv.

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

2.16.22.2 Genomförande av styrning av främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet

I kommunernas och regionernas verksamhet har främjandet av välfärd, hälsa och säkerhet stärkts som ett strategiskt mål. Att hitta och etablera effektiva sätt att främja hälsa och att skapa bestående strukturer som främjar välfärd och hälsa kräver aktivt arbete. Den nuvarande splittrade servicestrukturen och de svaga möjligheterna att leda och styra den orsakar svagheter i tillgången till tjänster på lika villkor och enligt behov. Detta ökar ojämlikheten och skillnaderna i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupperna. Sektorsövergripande samarbete i kommunen för att främja välfärden och hälsan förutsätter strukturer som möjliggör och stöder gemensamt ansvarstagande och arbetsfördelning inom kommunens olika förvaltningsområden för att uppnå välfärdsmålen. När basservicen och specialtjänsterna fungerar smidigt ihop underlättas beslutsfattandet och samarbetet. När det gäller t.ex. välfärdstjänster för barn, unga och familjer, tjänster för äldre och tjänster inom alkohol- och drogarbete samt mentalvårdsarbete ingår det inom många områden tjänster som främjar hälsa, förebyggande tjänster samt vård- och rehabiliteringstjänster. Det främjande av befolkningens välfärd, hälsa och säkerhet som kommunerna ansvarar för får inte alltid tillräcklig tyngd i beslutsfattandet.

2.16.22.3 Genomförande av styrning av räddningsväsendet

Räddningsväsendets nuvarande organisationsmodell har inte understött en så effektiv resursanvändning som möjligt och inte heller nödvändig verksamhetsutveckling. De nuvarande styr- och ägarförbindelserna har lett till att det är svårt att skapa lösningar som resulterar i nationella eller enhetliga verksamhetsmodeller, gemensamma informationssystem eller ett enhetligt serviceutbud. Systemet för räddningsväsendet har blivit splittrat och det klarar inte tillräckligt bra av att genomföra stora nationella reformer. Systemet lämpar sig inte heller bra för att svara på de utmaningar som Europeiska unionens civilskyddsmekanism och internationell verksamhet

medför. Inom räddningsväsendet har man inte i tillräcklig utsträckning satsat på forskning och utveckling.

Det finns skäl att förtydliga ledningen och styrningen av räddningsväsendet. Räddningsväsendets tjänster ska med stöd av riskbedömning och servicebehov dimensioneras bättre än för närvarande. Detta innebär att metoder för kunskapsbaserad ledning införs och att nyttjande av information är utgångspunkten för planering av tjänster. När det gäller olycksfallsberedskap och ledning vid allvarliga olycksfall har räddningsväsendet en central roll, eftersom räddningsväsendet ansvarar för den allmänna ledningen i dessa situationer. Samhällets beredskap kräver bättre gemensam planering av samhällsberedskapen av myndigheterna och de andra aktörerna än för närvarande. Myndigheternas läges- och ledningscentralbehov ska utvärderas på nytt, så att man inom ramen för behoven kan utnyttja olika myndigheternas gemensamma lösningar.

2.16.22.4 Genomförande av styrning av de offentliga finanserna

Planen för de offentliga finanserna, som beskrivs i avsnitt 2.11.3, är ett centralt instrument i styrningen av de offentliga finanserna. Ramarna för statsfinanserna är en del av planen för de offentliga finanserna, som innehåller de finanspolitiska mål och regler som Europeiska unionens lagstiftning kräver samt skapar en central grund för den plan för de offentliga finanserna och det stabilitetsprogram på medellång sikt som EU-rätten kräver. Kraven i Europeiska unionens lagstiftning gäller således också realismen i och omfattningen av planen för de offentliga finanserna.

Beslutet om ramarna för statsfinanserna är ett centralt instrument i planeringen av statsfinanserna på längre sikt. De utgiftsramar som fastställts för utgifterna inom budgetekonomin är inte juridiskt bindande, men ramarnas faktiska bindande grad är hög när det gäller såväl statsrådets som riksdagens budgetbeslut. Utgångspunkten är att utgiftsramarna fastställs för varje regeringsperiod med beaktande av de kända utgifterna och oförutsedda utgiftsbehov.

I fråga om finansieringen för de kommuner som ansvarar för ordnade av social- och hälsovården och räddningsväsendet tillämpas finansieringsprincipen på det sätt som grundlagsutskottet avser. Vid bedömningen av de utgifter som föranleds kommunerna på grund av de nya uppgifterna och skyldigheterna beaktas en objektivt motiverad uppskattning av beloppet av utgifterna, som är den bästa möjliga utifrån de uppgifter som finns tillgängliga.

Det vedertagna tillvägagångssättet är att det i planen för de offentliga finanserna reserveras finansiering i enlighet med de lagstiftningsprojekt som har planerats för regeringsperioden. Under valperioden utarbetas sådana förslag till lagstiftning av regeringen som överensstämmer med denna ram, och för förslagen anvisas finansiering i statsbudgeten. Iakttagandet av detta tillvägagångssätt har bidragit till att garantera att utgifterna hålls inom utgiftsramarna och att ramssystemet är trovärdigt.

Den del i planen för de offentliga finanserna som gäller den kommunala ekonomin innehåller en utgiftsbegränsning för den kommunala ekonomin och regeringens andra riktlinjer för kommunernas ekonomi och uppgifter. Planen innehåller också en granskning av effekterna av statens åtgärder på den kommunala ekonomin samt utvecklingsutsikterna för den kommunala ekonomin på medellång sikt enligt de begrepp som används i kommunernas räkenskaper. Hur utgiftsbegränsningen omsätts i praktiken följs upp i samband med de årliga justeringarna av planen för de offentliga finanserna. Staten kan dock inte enbart genom egna åtgärder garantera en balansering av kommunernas ekonomi, eftersom t.ex. effekten av regeringens fastställda åtgärder för att stärka kommunalekonomin inom ramen för utgiftsbegränsningen också beror på hur kommunerna och samkommunerna genomför de planerade åtgärderna.

Utarbetandet av ett kommunekonomiprogram som en del av beredningen och granskningen av planen för de offentliga finanserna samt fastställandet av en utgiftsbegränsning för kommunal-ekonomin som fastställs separat har skapat förutsägbarhet i planeringen av både statens och kommunernas ekonomi. Dessa aspekter har också ökat rättssäkerheten när det gäller genomförandet av finansieringsprincipen för kommunernas verksamhet.