

FÖRVALTNINGSUTSKOTTETS UTLÅTANDE 35/2014 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den

Till social- och hälsovårdsutskottet

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 9 december 2014 regeringens proposition med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den (RP 324/2014 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning och bestämde samtidigt att förvaltningsutskottet ska lämna utlåtande i ärendet till social- och hälsovårdsutskottet.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- regeringsråd Pekka Järvinen, social- och hälsovårdsministeriet
- lagstiftningsråd Auli Valli-Lintu och konsultativ tjänsteman Ville Salonen, finansministeriet
- avdelningsdirektör Markku Pekurinen, Institutet för hälsa och välfärd
- verkställande direktör Pentti Itkonen, Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote)
- verkställande direktör Aki Lindén, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
- samkommunsdirektör Maire Ahopelto, Landskapet Kajanaland samkommun för social- och hälsovård
- överläkare Tapio Kekki, Lapplands sjukvårdsdistrikt

- direktör Hannu Leskinen, Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt
- direktör Tarja Myllärinen, Finlands Kommunförbund
- stadsjurist Sami Sarvilinna, Helsingfors stad
- förvaltningsdirektör Pentti Tarvainen, Enare kommun
- förvaltningsdirektör, stadsjurist Tuija Aarnio, Kajana stad
- stadsdirektör Jukka Puoskari, Kalajoki stad
- ekonomidirektör Patrik Nygrén, Pargas stad
- kommundirektör Tuula Luukkonen, Rääkkylä kommun
- koncerndirektör Juha Yli-Rajala, Tammerfors stad
- stadsdirektör Kari Nenonen, Vanda stad
- kommundirektör Juhani Laasanen, Vindala kommun
- direktör Anne Knaapi, SOSTE Finlands social och hälsa rf
- direktör Jukka Maarianvaara, Tehy rf
- professor Arto Haveri
- professor Eija Mäkinen.

Dessutom har skriftliga yttranden lämnats av

- sametinget
- Tavastehus stad
- Jyväskylä stad
- Kimitoöns kommun
- Uleåborgs stad

- Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf
- Finlands Läkarförbund
- Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer
- Svenska Finlands folkting.

Dessutom har Kangasala, Lempäälä, Birkala och Vesilahti kommun samt Nokia, Orivesi och Ylöjärvi stad lämnat ett yttrande på eget initiativ. Också Kouvola stad har lämnat ett yttrande på eget initiativ.

PROPOSITIONEN

Regeringen föreslår att det ska stiftas en lag om ordnandet av social- och hälsovården och en lag om dess införande samt vissa lagar som hänförs till dessa. Genom lagarna revideras bestämmelserna om ordnandet, produktionen, förvaltningen, planeringen och finansieringen av samt tillsynen över kommunal social- och hälsovård. Genom revideringen sammanförs det övergripande ansvaret för ordnandet av tjänster som för närvarande hör till flera olika kommunala organisationer till fem social- och hälsovårdsområden.

Enligt propositionen ska det bildas fem samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden. Samkommunerna ansvarar för ordnandet av offentliga social- och hälso- och sjukvårdstjänster i Finland. Varje kommun hör till ett social- och hälsovårdsområde. Områdena producerar inte själva tjänster, utan för produktionen av social- och hälso- och sjukvårdstjänster ansvarar de samkommuner som har fastställts i social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård. Produktionsansvar kan ges till en samkommun som har verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar att svara för alla tjänster inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården. Kommuner kan komma överens om att produktionsansvaret i stället för att ges till en samkommun ska fullgöras genom modellen med en ansvarig kommun.

För uppfyllandet av sitt organiseringsansvar för social- och hälsovården utarbetar social- och hälsovårdsområdet ett beslut om att ordna social- och hälsovård. I det fastställs de centrala åtgärder och ansvarsposter som behövs för att tillhandahålla social- och hälso- och sjukvårdstjänster i området. Beslutet om att ordna social- och hälsovård är

bindande för samkommunerna med produktionsansvar. Samkommunerna med produktionsansvar tillhandahåller tjänsterna som egen verksamhet. Den egna tjänsteproduktionen kan kompletteras med tjänster som anskaffas från privata tjänsteproducenter enligt de principer som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Enligt propositionen överlämnar statsrådet till riksdagen vart fjärde år en redogörelse för de långsiktiga strategiska målen inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet styr verksamheten i enlighet med lagstiftningen och de långsiktiga strategiska målen. Dessutom förhandlar ministeriet varje år med respektive social- och hälsovårdsområde om skötseln av de uppgifter som hör till dess organiseringsansvar.

Kommunerna ansvarar även i fortsättningen för finansieringen av social- och hälso- och sjukvårdstjänsterna. Finansieringen bygger på invånarantalet i kommunen samt på åldersstrukturen och sjukfrekvensen. Kommunernas finansieringsandel samlas in till social- och hälsovårdsområdena, som i enlighet med de kriterier som fastställs i lagen och de närmare grunder som fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård fördelar den vidare på samkommunerna med produktionsansvar.

På grund av reformen upphävs folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården. På grund av lagen om ordnandet av social- och hälsovården föreslås det dessutom ändringar i flera lagar som gäller social- och hälsovård.

Bestämmelser om införandet av lagen om ordnandet av social- och hälsovården stiftas genom

en separat lag om införande av lagen. Lagarna avses träda i kraft så snart som möjligt. De social- och hälsovårdsområden som avses i lagarna ska bildas så att de inleder sin verksamhet senast vid ingången av 2016 och att organiseringsansvaret för social- och hälsovården övergår till

dem vid ingången av 2017. Folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården avses bli upphävda vid ingången av 2017.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Motivering

Allmänt

Förvaltningsutskottet anser det vara nödvändigt att omstrukturera social- och hälsovården. Den nuvarande strukturen har visat sig vara mycket sårbar när servicebehoven växer och befolkningen åldras, men också på grund av bristande bärkraft hos flera kommuner. Den offentliga ekonomin är svag och kostnaderna för servicen har ökat. Klienterna har inte tillgång till social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster på lika villkor i landets kommuner och inte heller nödvändigtvis inom de enskilda kommunerna. Det nuvarande systemet kan därmed inte anses tillfredsställande.

Utskottet ställer sig därför bakom målet för reformen, alltså att ordna och producera tjänster på ett klientorienterat, likvärdigt och högkvalitativt sätt. Genom reformen vill man förbättra befolkningens jämlika möjlighet att få behovsbaserade tjänster i rätt tid, förbättra tjänste- och vårdkedjornas funktion, minska onödiga överlappningar, möjliggöra nya tillvägagångssätt och innovationer samt avlägsna barriärer mellan förvaltningsområdena. Samtidigt ska kommuninvånarnas rätt till närtjänster tryggas. Ett ytterligare syfte är att möjliggöra en verkningsfull och kostnadseffektiv användning av de befintliga resurserna. De skalfördelar som planering och genomförande av tjänsterna för ett större område ger gör det möjligt att beakta både glesbygden och tätorterna inklusive deras perifera områden bättre än i nuläget. Också det är ett mål som om man lyckas uppfylla det stöder tillgången på rätt riktade resurser och alltså är kostnadseffektivt.

Regeringen föreslår i sin proposition att det stiftas en lag om ordnandet av social- och hälsovården (lagförslag 1, nedan lagen om ordnandet), en lag om införande av lagen om ordnandet av social- och hälsovården (lagförslag 2, nedan införandelagen) och vissa andra lagar som hänför sig till dessa. Social- och hälsovårdens lagstadgade offentliga uppgifter ska enligt förslaget ordnas i form av samarbete över kommungränserna. I dagens läge är det i huvudsak enskilda kommuner och delvis lagstadgade samkommuner som ansvarar för uppgifterna. Även serviceproduktionen kommer att ske över kommungränserna. Det faller på kommunernas ansvar att främja välfärd och hälsa. Reformens direkta konsekvenser hänför sig till kommuners och samkommuners förvaltning och deras administrativa strukturer. Utskottet koncentrerar sig i sitt utlåtande på reformen ur i synnerhet kommunernas perspektiv.

Kommunerna och deras invånare

Social- och hälsovård ska enligt förslaget även i fortsättningen vara kommunbaserad. För ordnandet av servicen svarar enligt förslaget fem samkommuner som var och en utgör ett social- och hälsovårdsområde och som fastställs i lagen. Social- och hälsovårdsområdet ska se till att personalresurserna och de ekonomiska resurserna inom dess område riktas så jämnt som möjligt med hänsyn till de servicebehov som hela områdets befolkning har. Ett social- och hälsovårdsområde ska också ansvara för tillgängligheten till tjänster. Varje kommun ska höra till ett social- och hälsovårdsområde. De samkommuner som har fastställts i social- och hälsovårdsområdets beslut svarar för produktionen av

tjänsterna. Kommuner kan också komma överens om att produktionsansvaret i stället för att ges till en samkommun ska fullgöras genom modellen med en ansvarig kommun. Reformförslaget innehåller inga ändringar i bestämmelserna om produktionen av tjänsterna. En samkommun med produktionsansvar kan därmed fortfarande producera tjänsterna själv, genomföra dem i samarbete med andra samkommuner, delta i samkommuner eller köpa tjänster av privata eller tredje sektorns tjänsteproducenter.

Reformen innebär att ordnandet av social- och hälsovården och administrationen i anknytning till den inte längre kommer att ske genom självständigt beslutsfattande i enskilda kommuner och de nuvarande samkommunerna inom social- och hälsovården. Det högsta beslutande organet i ett social- och hälsovårdsområde är samkommunsfullmäktige. Enligt förslaget ska varje medlemskommun ha minst en representant i samkommunsfullmäktige. Det här är ägnat att trygga de små kommunernas möjligheter att påverka. Från en enskild kommuns synpunkt är det värt att notera att samkommuner som utgör social- och hälsovårdsområden blir stora och kommer att omfatta 60 kommuner i genomsnitt. Eftersom kommunrepresentanternas röstetal i samkommunens samkommunsfullmäktige fastställs enligt antalet invånare, ligger den enskilda kommunens andel av röstetalet i flera fall under en procent. Möjligheterna för kommunerna och deras invånare att påverka blir i praktiken förhållandevis små.

Förslaget avviker från regleringen i kommunallagen bland annat i det avseendet att samkommunsfullmäktiges sammansättning måste beakta de politiska maktförhållandena i kommunerna. Enligt kommunallagen är utgångspunkten att det högsta beslutande organet är antingen samkommunsfullmäktige eller samkommunsstämman, och de politiska maktförhållandena i medlemskommunerna behöver inte beaktas i sammansättningen. När det gäller samkommunsstyrelsens sammansättning baserar sig den politiska representationen direkt på kommunallagen. Den föreslagna lagen skiljer sig från kommunallagen också i det avseendet att lagen föreskriver

om det representantmöte som kommunerna ska tillsätta och som i sig är nödvändigt för att den politiska representation som måste beaktas vid valet till samkommunsfullmäktige och kraven i jämställdhetslagen ska kunna sammanjämkas.

Genom de föreslagna bestämmelserna har man försökt beakta den politiska representationen. Förvaltningsmodellen framstår emellertid som invecklad och ställer därför höga krav på bland annat beslutsberedningen. Från de enskilda medlemskommunernas synpunkt innebär modellen att kommunernas egna organ inte kommer att ha någon som helst innehållsmässig beslutanderätt när det gäller ordnandet av social- och hälsovård. Inte heller kommer någon kommunal ägarstyrning att utövas. I detta avseende skulle ett alternativ till högsta organ i en samkommun för social- och hälsovård vara en samkommunsstämma som varje kommun väljer in sina representanter till och där representanterna arbetar enligt de instruktioner kommunerna ger. I en sådan modell uppfylls däremot inte nödvändigtvis den regionalpolitiska representationen på samma sätt som i den föreslagna fullmäktigemodellen. Den kommunala beslutanderätten framhävs i sin tur av en lösning där medlemskommunerna i samkommunen för social- och hälsovård själva beslutar om det högsta beslutande organet i samkommunen ska vara samkommunsfullmäktige eller samkommunsstämman. Den här modellen föreslås i fråga om samkommuner med produktionsansvar.

Det krav på kvalificerad majoritet i fråga om ett beslut om ordnandet av service och om godkännande av budgeten i social och hälsovårdsområdet som föreslås i lagen om ordnandet skyddar den enskilda kommunens ställning i beslutsprocessen. Lagförslaget innehåller också bestämmelser om att begränsa röstetalet i samkommuner med produktionsansvar. Den största kommunen i en samkommun med produktionsansvar, som har enkel röstmajoritet, har på så vis inte ensidig bestämmanderätt, men alla de andra kommunerna tillsammans kan emellertid inte heller fatta ett beslut som går emot denna största kommuns vilja. Utskottet vill påpeka den detaljen att det utifrån 23 § 4 mom. i lagen om ord-

nandet inte är helt klart om bestämmelsen om majoritetbestämmelsen gäller samtliga beslut eller enbart budgetbeslut.

Demokratin i samkommunen uppfylls via kommunernas representanter, vilket gör att den befinner sig längre från kommuninvånarna än i kommunens basorganisation. Det kommer därför att bli en utmaning för kommuninvånarna att göra sina röster hörda hos beslutsfattarna och påverka den service de får. De bestämmelser om invånarnas deltagande och möjligheter att påverka social- och hälsovårdstjänsterna som föreslås i lagen om ordnandet är viktiga enligt utskottet. Hörande av kommuninvånarnas och serviceanvändarnas och specialgruppers erfarenheter och åsikter samt deras deltagande i utvecklingen av tjänsterna gör tjänsterna mer kundinriktade och användbara samtidigt som det främjar utvecklingen av tjänsterna enligt befolkningens behov. Utskottet vill understryka förpliktelsen enligt lagen att invånarnas synpunkter ska beaktas vid utarbetandet av social- och hälsovårdsområdets beslut om att ordna social- och hälsovård och i verksamhetsplanerna för social- och hälsovårdsområdet och samkommunerna med produktionsansvar samt vid utvecklandet av tjänsterna.

Finansieringsmodellen

Kommunerna deltar i finansieringen av kostnaderna för social- och hälsovårdsområdet med en avgift som fastställs årligen i social- och hälsovårdsområdets budget. Kommunens betalningsandel baserar sig på kommunens invånarantal som har viktats i enlighet med de grundpriser angivna enligt åldersklass och den sjukfrekvenskoefficient som används vid fastställandet av de kalkylerade kostnader som ligger till grund för statsandelen för kommunal basservice. Vid beräkningen av betalningsandelen bestäms 20 procent enligt invånarantalet och 80 procent enligt åldersstrukturen och sjukfrekvensen. Kommunerna finansierar dessutom kostnaderna för investeringar i enlighet med investeringsplanen för social- och hälso-tjänster på det sätt som bestäms i beslutet om att ordna social- och hälsovård.

Av propositionsmotiven framgår det att social- och hälsovårdsområdena är mycket olika både till invånarantal och social- och hälsovårdsbudget. Social- och hälsovårdsväsendets nettoutgifter i förhållande till antalet invånare varierar mellan 2 900 och 3 300 euro per invånare. Kalkylerat enligt kommun är skillnaderna ännu större. Enligt bedömningen i propositionen stiger finansieringsandelen jämfört med nuvarande utgifter i hälften av kommunerna och sjunker i andra hälften. I majoriteten av kommunerna är förändringen under 200 euro per invånare. Det finns dock 11 kommuner vars finansieringsandel stiger med mer än 400 euro per invånare och 36 kommuner i vilka den sjunker med mer än 400 euro per invånare. En granskning enligt kommunstorleksgrupper visar att kommunens finansieringsandel i genomsnitt sjunker i de minsta kommunerna och i städer med över 100 000 invånare. Skillnaderna mellan kommunerna är också i det här fallet stora. Bedömningarna av de ekonomiska konsekvenserna för de enskilda kommunerna är förknippad med många osäkerhetsfaktorer, men det framgår med all önskvärd tydlighet att finansieringen av social- och hälsovårdsområdena kommer att innebära betydande merkostnader för en del av kommunerna. Avsikten är att de ändrade betalningsandelarna ska jämnas ut genom övergångsarrangemang åren 2017–2020 på det sätt som bestäms i införelagelagen. Om förändringen i kommunens betalningsandel är större än 400 euro per invånare, utjämnas den överskjutande delen även efter 2020.

Utskottet anser att konsekvenserna av reformen måste granskas tillsammans med den statsandelsreform (676/2014) som trädde i kraft vid ingången av 2015 och de separat bestämda nedskärningarna av statsandelar. Det reviderade statsandelssystemet har inte några konsekvenser för förhållandet mellan stat och kommun, men de nya grunderna för hur statsandelarna fastställs ger i vissa kommuner upphov till betydande ändringar. Det beror framför allt på att det tidigare systemets centrala beräkningsgrunder i hög grad var föråldrade och överlappade varandra innehållsmässigt. De tog inte heller tillräckligt stor hänsyn till skillnaderna i kommunernas

servicebehov. För att övergången ska löpa så friktionsfritt som möjligt börjar lagstiftningen tillämpas vid olika tidpunkter. Minskningarna och ökningarna i statsandelarna till enstaka kommuner införs gradvis under en femårsperiod med hjälp av övergångsutjämnings. Nedsänkningarna i statsandelar försvagar ändå överlag kommunernas finansiella ställning. Eftersom nedsänkningarna genomförts genom en ändring i statsandelsprocenten, är deras effekt mätt i euro per invånare lika stor i alla kommuner. Skillnaderna i kommunernas ekonomiska ställning är trots det stora. Utifrån finansministeriets bedömning av de kommunalekonomiska konsekvenserna av propositionen går det att dra slutsatsen att reformen i de flesta kommuner skapar ett tryck på att höja inkomstskatteprocenten eller vidta andra anpassningsåtgärder.

En av finansieringsmodellens fördelar är däremot att de enskilda kommunerna i fortsättningen inte kommer att råka ut för några överraskande kostnadsökningar för exempelvis specialiserad sjukvård, vilket hittills har kunnat inträffa. Enligt en utredning har kommunernas ansökningar om höjning av statsandelen enligt prövning ofta motiverats just med ökade kostnader för specialiserad sjukvård som inte har kunnat förutses när budgeten gjordes upp. I detta avseende minskar kommunernas ekonomiska risker avsevärt.

Också vissa mer principiella frågor sammanhänger med finansieringsmodellen. Överföringen av social- och hälsovårdsuppgifter till de nya social- och hälsovårdsområdenas samkommuner innebär att nästan hälften av kommunernas utgifter överförs till samkommunerna. Social- och hälsovårdsområdets budgetbeslut binder kommunerna i området. Social- och hälsovårdsområdet ska vart fjärde år utarbeta ett beslut om att ordna social- och hälsovård, där det framgår hur social- och hälso-tjänsterna ska tillhandahållas. Kommunerna finansierar alltså systemet, men kan inte styra det direkt. Också den bestämmelse som gäller finansiering av investeringar ger social- och hälsovårdsområdet en omfattande prövningsrätt när det gäller hur kostnadsansvaret för investeringarna ska fördelas.

Ett annat problem med finansieringsmodellen är att den just inte innehåller några sporrande element. Kommunernas betalningsandel bestäms på kalkylmässiga grunder som kommunen själv inte nämnvärt kan påverka, och förändringar i serviceanvändningen påverkar i praktiken inte betalningsandelen. Det som kan göra modellen ännu mindre sporrande är att man i fortsättningen kanske inte får tillgång till tillräckliga uppgifter om användningen av social- och hälso-tjänster i de enskilda kommunerna och om vad tjänsterna kostar.

De kostnader som produktionsansvaret ger upphov till täcks av en ersättning som betalas av social- och hälsovårdsområdet. Principen är alltså att kommunerna inte är skyldiga att betala någon extra ersättning till samkommunerna med produktionsansvar, utan samkommunernas budget utgörs av ersättningen från det egna social- och hälsovårdsområdet och av egna inkomster av avgifter. Grunderna för ersättningen fastställs i beslutet om att ordna social- och hälsovård på så sätt att man i finansieringen beaktar invånarantalet och behovet av tjänster i medlemskommunerna i samkommunen med produktionsansvar i enlighet med kalkylerade behovsfaktorer. Denna andel av finansieringen ska vara minst 80 procent. Dessutom beaktas bakgrundsfaktorer och andra faktorer som inverkar på kostnaderna samt kraven på verkningsfullhet och effektivitet. Deras andel av ersättningen får vara högst 20 procent.

Utskottet konstaterar att vilket behov av finansiering samkommunerna med produktionsansvar har i stor utsträckning beror på vilken servicenivå social- och hälsovårdsområdet har fastställt och på andelen centraliserade tjänster. Det är därför viktigt att se till att det finns tillräcklig sakkunskap i social- och hälsovårdsområdena både om social- och hälso-tjänster och om ekonomiska konsekvenser. Det här bör man lägga extra vikt vid under de första åren av reformen, exempelvis som ett led i förändringsstödet.

Täckningen av underskott

I den föreslagna lagen om ordnandet ingår en bestämmelse om skyldigheten att täcka underskott

i balansräkningen för ett social- och hälsovårdsområde eller en samkommun med produktionsansvar (35 §). Enligt detaljmotiven till bestämmelsen är syftet med bestämmelsen att följa riktlinjerna enligt den totalreform av kommunallagen som då var under beredning. Skyldigheten att täcka underskott utvidgas alltså till att gälla också samkommuner. Enligt utskottet bör frågan inte regleras särskilt i den aktuella lagen, utan den bör innehålla en hänvisning direkt till bestämmelsen i kommunallagen. Annars uppstår det oklarheter om bland annat huruvida till exempel det nya utvärderingsförfarandet ska tillämpas på de samkommuner som avses i lagen om ordnandet.

Skyldigheten att täcka underskott innebär att kommunerna blir skyldiga att täcka ett underskott i balansräkningen dels i social- och hälsovårdsområdet, dels i en samkommun med produktionsansvar. Man håller som bäst på att reda ut de frågor som sammanhänger med bland annat hur omfattande ansvaret ska vara i sådana situationer. En ytterligare fråga som bör utredas är om det vore möjligt att vidta åtgärder för att täcka underskottet i ett tidigare skede med beaktande av social- och hälsovårdsväsendets andel av kommunalekonomin. Frågan om att täcka det stora underskott som uppstår vid genomförandet av social- och hälsovårdsreformen gäller dessutom underskotten i de befintliga sjukvårdsdistrikten. Om produktionsområdena bildas mer eller mindre utifrån de nuvarande sjukvårdsdistrikten, som delvis har stora underskott, kan skyldigheten att täcka underskotten leda till betydande anpassning av verksamheten för både kommunerna och samkommunerna under de närmaste åren.

Arrangemang i fråga om fastigheter och annan egendom

Den reform som nu är under behandling innebär stora förändringar när det gäller egendom som utnyttjas i social- och hälsovården i de nuvarande kommunerna och samkommunerna. Utgångspunkten enligt propositionen är den att kommunerna avtalar om arrangemangen för egendomen. I grundavtalen för samkommuner inom so-

cial- och hälsovården ska det enligt kommunallagen finnas bestämmelser om hur egendomen och ansvaret arrangeras då samkommunen upplöses. Bland annat sjukvårdsdistrikten äger i många fall omfattande egendom som det kan vara mycket svårt att fördela mellan kommunerna eller ingå andra avtal om. I 12 § 2 mom. i genomförandelagen föreslås det att om kommunerna inte har avtalat om reglering av egendomsförhållandena, är medlemskommunerna i samkommunen skyldiga att ändra samkommunens grundavtal så att samkommunens uppgifter från ingången av 2017 begränsas till ägandet, administrationen och uthyrningen av samkommunens fastigheter och byggnader samt de anordningar, maskiner och inventarier som hör till samkommunerna med produktionsansvar. Dessutom kan man i grundavtalet avtala om att egendomen används även på andra sätt. Därmed kan en samkommun till exempel hyra ut fastigheterna och den övriga egendomen till samkommunen med produktionsansvar. Kommunerna kan även upplösa nuvarande samkommuner, varmed deras egendom fördelas så som det bestäms i samkommunens grundavtal.

Den egendom i anslutning till social- och hälsovården som är i kommunernas ägo kvarstår i deras ägo om kommunerna inte avtalar om något annat när områdena bildas. Kommunerna kan hyra ut sin egendom till samkommunen med produktionsansvar.

Utskottet anser bestämmelserna vara relevanta. Behovet av att effektivisera användningen av fastigheter och lokaler varierar emellertid i de olika social- och hälsovårdsområdena och i de områden som ingår i samkommunerna med produktionsansvar, och en lösning passar inte nödvändigtvis alla. Utifrån en utredning kan man också dra den slutsatsen att en del av de lokaler som nu är i bruk inte längre kommer att behövas. Utskottet vill fästa uppmärksamhet vid att man i propositionen inte desto närmare har granskat de kostnader egendomsarrangemangen kommer att förorsaka kommunerna. Innan reformen genomförs är det är skäl att reda ut de frågor i samband med egendom och åtaganden som fortfarande är öppna liksom vilka de ekonomis-

ka och andra konsekvenserna av olika egendomsarrangemang kommer att bli. Också ägarförhållanden och förvaltning av fastigheter som ägs i bolagsform måste omfattas av granskningen.

Stödtjänster

Reformen bedöms göra det lättare att utnyttja storleksfördelar också i bland annat utrustnings- och serviceanskaffningarna samt vid anordnandet av medicinska och andra stödtjänster. Exempelvis koncentreringsen av laboratorie- och bildiagnostiktjänster beräknas ge betydande kostnadsbesparingar. Inom socialvården kan till exempel koncentreringsen av juridiska stödtjänster och experthjälp till regionalt jämlik service möjliggöra såväl besparingar som kvalitetsmässiga förbättringar. Enligt social- och hälsovårdsministeriets strategi för elektronisk dataförvaltning ligger den största besparingspotentialen inom social- och hälsovården i de förändrade verksamhetsprocesserna och i synnerhet införandet av e-tjänster. Även det att överlappande kostnader för administrationen och upprätthållandet av informationsteknologin minskar leder till kostnadsfördelar.

Utskottet konstaterar att det finns ett mycket stort antal sådana uppgifter inom den nuvarande kommunorganisationen som med avseende på social- och hälsovården kan anses vara stödtjänster. Sådana uppgifter återfinns bland annat inom ekonomi- och personaladministration, övriga administrativa stödtjänster, tekniska tjänster, fastighetsförvaltning och fastighetsunderhåll och kosthåll. Olika kommuner har dessutom stannat för mycket olika lösningar när det gäller omfattningen av dessa tjänster och hur de är ordnade. Propositionen tar inte ställning till konsekvenserna av reformen i detta avseende. Det är också värt att notera att kommunen behöver dessa funktioner också inom den egna organisationen. Vid genomförandet av reformen måste man se till att förvaltning och kostnader inte samtidigt fördubblas.

Personalens ställning

Enligt en utredning gäller reformen över 200 000 arbetstagare och tjänstemän inom social- och hälsovården anställda av cirka 300 kommunala arbetsgivare (Kommunarbetsgivarna, 2013). Arbetskraftskostnaderna uppgår enligt utredningen till cirka 10 miljarder euro om året. Största delen av social- och hälsovårdspersonalen övergår till anställning hos samkommunen med produktionsansvar. Över hälften av dem är utbildad vårdpersonal.

Det är enligt utskottet väsentligt att de personer som nu arbetar inom uppgifter och i organisationen för den kommunala social- och hälsovården på basis av den föreslagna införeladelagen flyttas över som gamla anställda till den nya samkommunen med produktionsansvar. Det konstateras också i propositionsmotiven att överföringsen inte kommer att ha någon inverkan på personalens pensionsförmåner. Personalen omfattas även i fortsättningen av det kommunala pensionssystemet.

Propositionen föreslår inte något sådant uppsägningskydd som i kommunstrukturlagen (478/2013) för sammanslagna kommuners tjänsteinnehavare och anställda i fråga om den personal som flyttas till samkommuner med produktionsansvar. Enligt motiven har det ansetts att uppsägningskyddet inte behövs i samband med reformen, i synnerhet då det på många ställen råder brist på yrkespersonal inom social- och hälsovårdstjänster. Dessutom innebär uppsägningskyddet att personal som flyttas till samkommuner med produktionsansvar har en bättre ställning än sådan personal som arbetar i administrativa uppdrag i enskilda kommuner och på vars arbete reformen också kan inverka.

Utskottet konstaterar att reformen leder till situationer där arbetsgivaren byts och till att löner och andra anställningsvillkor inom kommunsektorn kommer att behöva harmoniseras under en övergångsperiod som tar många år i anspråk. Arbetskraftskostnaderna utgör över hälften av arbetsgivarens omkostnader. Det är emellertid svårt att i det här skedet uppskatta kostnaderna för harmoniseringen. Man känner ännu inte till hur verksamheten i de samkommuner som har

produktionsansvar ska organiseras och hur personalen ska placeras inom de olika uppgifterna. Inte heller vet man i det här skedet vilken löne- och personalpolitik, vilket system för bedömning av uppgifternas kravnivå eller vilka uppgiftsbeskrivningarna kommer att vara. Det är också svårt att uppskatta övergångsperiodens längd. Enligt en utredning torde kravnivån för de flesta av de anställda inte förändras vid omorganiseringen. Däremot kommer sammanjämkningen av lönesystemen att öka arbetskraftskostnader avsevärt. Samkommunerna bör anvisas tillräckliga resurser för detta ändamål.

Utskottet påpekar också att det vid bedömningen av reformens konsekvenser för personalen inte till alla delar har tagits hänsyn till den personal som sköter så kallade stödtjänster under det skede när social- och hälsojourer organiseras. Beroende på kommunalsektor är de personalkategorier som deltar i organisationen av social- och hälsojourer mycket fler än de som har lyfts fram i propositionsmotiven. Inte heller gäller den överlåtelseprincip som ingår i genomförandelagen alla de yrkesgrupper som arbetar inom stödtjänsterna eller basservicen.

Utskottet anser att den reglering som gäller personalens ställning behöver preciseras och att det uttryckligen bör anges vad de som tillhandahåller stödtjänster inom social- och hälsovården har för ställning, vad som händer i de situationer där personal delvis sköter stöduppgifter och delvis andra uppgifter, vem som har befogenhet att fatta beslut i dessa frågor, hur en likvärdig behandling av kommunerna och personalen ska uppfyllas och hur de eventuella motsättningar ska lösas som uppstår i övergångsskedet mellan anställningsskyddet efter kommunsammanslagningarna och de personalarrangemang som lagen om ordnandet medför.

Genomförandet av reformen kräver ett starkt förändringsledarskap och hög kompetens i kommuner och samkommuner. Det finns ett stort behov av information om förändringen. För att reformen ska lyckas och personalen engagera sig krävs det att personalens ställning och möjligheter att påverka beaktas. Reformen ger persona-

len nya möjligheter att upprätthålla och utveckla sina yrkeskunskaper, till arbetsrotation samt till olika arrangemang som gör att de anställda orkar bättre i arbetet. I en stor organisation är det dessutom lättare att ordna ersättare också i oväntade situationer än i små kommuner och samarbetsområden. I många fall gör större organisationer det också möjligt för personalen att i hög grad arbeta med uppgifter som uttryckligen motsvarar den egna yrkeskompetensen.

Tidtabellen för reformen

Social- och hälsovårdsreformen är en osedvanligt omfattande och betydelsefull samhällsreform, och genomförandet av den måste förberedas och planeras noggrant, men också få tillräckliga resurser. Genomförandet måste dessutom få ta tid.

Förvaltningsutskottet anser att tidtabellen enligt genomförandelagen är oroväckande stram. Enligt den ska beslut om godkännande av grundavtal för social- och hälsovårdsområdena fattas senast den 31 oktober 2015 och de nya områdena ska inleda sin verksamhet senast vid ingången av 2016. Beslut om grundande av samkommuner med produktionsansvar ska fattas senast den 31 oktober 2016 och de ska inleda sin verksamhet senast vid ingången av 2017. Den föreslagna tidtabellen är problematisk bland annat med tanke på de samarbetsförfaranden som kommer att krävas, om beslutet fördröjs fram till hösten 2016 när det gäller exempelvis samkommuner med produktionsansvar. Det skulle kunna innebära en viss lättnad om tidtabellen samordnades med kommunallagsreformen, så att samkommunerna med produktionsansvar ska inleda sin verksamhet först i juni 2017.

Också finansieringsfrågorna kräver fortsatt beredning. En mindre stram tidtabell ger dessutom mera tid för dessa frågor och möjlighet att beakta slutresultaten av de pågående utredningarna om finansieringen.

Det är enligt utskottet nödvändigt att höra kommunsektorn i samband med den fortsatta beredningen.

Uppföljning och utvärdering av reformen

En reform i den här storleksordningen kräver ytterst noggrann uppföljning och utvärdering. Det är naturligtvis inte möjligt att förutspå alla de konsekvenser för ekonomi, förvaltning, personal, service och klienter en reform att den här storleksordningen kommer att ha. Trots det saknas det också sådana konsekvensbedömningar i propositionsmotiven som enligt utskottets mening hade varit nödvändiga vid behandlingen av reformförslaget. Den omständigheten ökar kraven på att följa upp och utvärdera reformen och på att ha beredskap att vidta åtgärder om sådana behövs.

För kommunerna innebär social- och hälsovårdsreformen en enorm förändring. Det står re-

dan i det här skedet klart att deras roll kommer att förändras. Utskottet anser det vara nödvändigt att vid utvärderingen också granska reformens inverkan på kommunernas ekonomi, förvaltning, personal och övriga serviceproduktion, och att bedöma konsekvenserna av reformen på beslutsprocessen och möjligheterna att påverka.

Ställningstagande

Förvaltningsutskottet föreslår

att social- och hälsovårdsutskottet beaktar det som sägs ovan.

Helsingfors den 20 februari 2015

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Pirkko Mattila /saf
vordf. Mika Kari /sd
medl. Maarit Feldt-Ranta /sd
Satu Haapanen /gröna
Rakel Hiltunen /sd
Anne Holmlund /saml
Reijo Hongisto /saf
Risto Kalliorinne /vänst

Elsi Katainen /cent
Timo V. Korhonen /cent
Antti Lindtman /sd
Markus Lohi /cent
Tapani Mäkinen /saml
Mika Raatikainen /saf
Kari Tolvanen /saml
Ulla-Maj Wideroos /sv.

Sekreterare var

utskottsråd Minna-Liisa Rinne.