

RP 53/2013 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till komplettering av regeringens proposition med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av kommunindelningsslagen, upphävande av vissa bestämmelser i kommunindelningsslagen och ändring av språklagen (RP 31/2013 rd)

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås kompletteringar till den proposition med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av kommunindelningsslagen, upphävande av vissa bestämmelser i kommunindelningsslagen och ändring av språklagen (RP 31/2013 rd) som regeringen överlämnade till riksdagen den 4 april 2013.

Det föreslås att propositionen kompletteras med anledning av regeringens riktlinjer för ordnandet av social- och hälsovården, vilka beskrivs i motiveringen, och att konsekvensbedömningen kompletteras till denna del. Dessutom föreslås det att grundlagsanalysen kompletteras.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	2
MOTIVERING	3
1 Riktlinjerna för servicestrukturen inom social- och hälsovården.....	3
1.1 Servicestrukturen inom social- och hälsovården	3
Kommuner med färre än 20 000 invånare	3
Ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå.....	4
Omfattande bas- och specialnivå (social- och hälsovårdsområde).....	4
Specialupptagningsområde.....	5
Specialfrågor som gäller metropolområdet	5
1.2 Ansvaret för att ordna tjänster	5
1.3 Förvaltningen för ett område på basnivå och social- och hälsovårdsområdets förvaltning.....	6
1.4 Finansiering.....	7
1.5 Tidsplan och samråd med kommunerna.....	7
1.6 Sjukvårdsdistrikt och universitetssjukhus	8
2 Konsekvenser för kommunstrukturen	8
3 Beredningen av propositionen.....	9
4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	9

MOTIVERING

1 Riktlinjerna för servicestrukturen inom social- och hälsovården

Under rubriken ”Övriga projekt med anknytning till kommunreformen” (2.10) i regeringens proposition som gäller kommunindelningsslagen (RP 31/2013 rd) redogörs det för utvecklingslinjerna enligt lagen om ordnande, finansiering, utvecklande och övervakning av social- och hälsovården. Till denna del redogörs det i propositionen för utstakningarna enligt regeringsprogrammet för statsminister Jyrki Katainens regering som utgångspunkter för revideringarna. Dessutom redogörs det för de riktlinjer för reformen av servicestrukturen inom social- och hälsovården som regeringen drog upp i samband med godkännandet av ramarna för statsfinanserna den 21 mars 2013.

Justitiekanslern ansåg i sitt beslut av den 10 april 2013 (OKV/5/21/2013) att grundlösningarna i servicestrukturen inom social- och hälsovården tillräckligt preciserat borde vara riksdagen till känna när den behandlar regeringens proposition om revideringen av kommunindelningsslagen till den del det är fråga om ikraftträdandetidpunkten samt tidsfristerna för anmälan och utredningar, samt kommunerna till känna i det skedet när kommunernas skyldighet att på basis av den reviderade kommunstrukturlagen utreda en sammanslagning av kommuner träder i kraft.

För komplettering av regeringens riktlinjer för ordnandet av social- och hälsovården tillsatte statsminister Jyrki Katainen den 20 april 2013 en samordningsgrupp för kommunreformen och omstruktureringen av social- och hälsovården. Ordföranden för Samlingspartiets riksdagsgrupp Petteri Orpo har varit ordförande och Socialdemokratiska riksdagsgruppens ordförande Jouni Backman vice ordförande för samordningsgruppen. Medlemmar i gruppen har varit de ministrar som ansvarar för kommunreformen och social- och hälsovårdsreformen samt representanter för regeringspartiernas ministergrupper och riksdagsgrupper. Samordningsarbetsgruppen

överlämnade sitt förslag den 8 maj 2013. Längre fram redogörs det för regeringens riktlinjer för genomförandet av omstruktureringen av social- och hälsovården utgående från arbetsgruppens förslag.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 8 april 2013 en beredningsgrupp för lagen om ordnandet av social- och hälsovården. Beredningsgruppen har till uppgift att bereda ett förslag till en lag om ordnandet av social- och hälsovården. Förslaget ska ha formen av en regeringsproposition och lämnas senast den 31 december 2013.

1.1 Servicestrukturen inom social- och hälsovården

Servicestrukturen inom social- och hälsovården utformas och ansvaret för att ordna social- och hälsovård bestäms företrädesvis enligt kommunens invånarantal. Bestämningssgrunderna är enhetliga i hela landet. I enskilda fall kan man avvika från kraven på befolkningsunderlag, om det finns särskilda skäl till det, exempelvis för att säkerställa språkliga rättigheter. Kriterierna för avvikelser definieras närmare under den fortsatta beredningen.

Kommuner med färre än 20 000 invånare

Kommuner med färre än 20 000 invånare har inte rätt att ordna social- och hälsovårdstjänster. Om kommunen är belägen utanför ett sådant enhetligt område för samhällsstruktur och pendling som avses i 4 d § 3 mom. i kommunstrukturlagen, ska kommunen när det gäller att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå vända sig till centralkommunen i den närmaste pendlingsregionen enligt Statistikcentralens pendlingsområdesklassificering eller till centralkommunen i något annat område som bildar en funktionell helhet. Denna centralkommun ordnar tjänsterna inom hela området enligt principen om ansvarskommun (modellen med ansvarskommun). Om kommunen inte tillhör en pendlingsregion eller om det inte är

möjligt att bilda en funktionell helhet ska kommunen direkt tillhöra ett social- och hälsovårdsområde. Kommunen deltar i förvaltningen för den aktör som ansvarar för att ordna tjänsterna, det vill säga i förvaltningen av området på basnivå eller i social- och hälsovårdsområdets förvaltning. Kommunen har finansieringsansvar för social- och hälsovårdstjänsterna för sina invånare.

Ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå

Med social- och hälsovårdstjänster på basnivå avses främst tjänster som hälsovårdscentralerna och kommunernas socialväsande ordnar i enlighet med den nuvarande lagstiftningen.

Varje kommun med minst cirka 20 000—50 000 invånare har rätt att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå. I fråga om ordnandet på basnivå kan en sådan kommun dessutom vara ansvarskommun för en funktionell helhet, det vill säga bilda ett område på basnivå. På ett pendlingsområde finns det huvudsakligen bara en som ordnar basnivå eller omfattanden bas- och specialnivå. Avvikande från detta kan kranskommuner som nu har över 20 000 invånare få rätt att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå. Det förutsätts dock att i ett sådant utredningsområde som avses i 4 d § i kommunstrukturlagen görs en helhetsbedömning på basen av statens särskilda utredning om kommunindelningen. Rätten att ordna basnivå kan få bara sådana kommuner som nu har över 20 000 invånare eller nya kommuner som bildas av sådana kommuner. Även om dessa kommuner kan ha rätt att ordna tjänster på basnivå får ingen av dem vara ansvarskommun för området på basnivå i förhållande till de andra kommunerna.

Kommunerna kommer att höras om bildandet av områden på basnivå, och bestämmelser om områdena kommer att utfärdas genom förordning utifrån de kriterier för fastställande av områdena som anges i lag. När områdena bildas ska det säkerställas att det uppstår funktionella helheter och att områdets övergripande intresse beaktas. Det gäller att förhindra sådan splittring av områ-

dena som inverkar negativt på ordnandet av tjänster.

Utöver rätt att ordna social- och hälsovårdstjänster på basnivå kan social- och hälsovårdsministeriet med stöd av de kriterier för avvikelse som föreskrivs i lag också bevilja en kommun rätt att ordna vissa tjänster inom den specialiserade sjukvården på basnivå. Kriterierna möjliggör en fortsättning endast för sådana servicestrukturer som existerar när reformen träder i kraft och som stöder integrationen. Reformen får inte leda till slutsatsen, att existerande servicestrukturer, som stödjer reformens mål, splittras. För de kommuner som tillhör ett område som avses i 4 d § i kommunstrukturlagen och som också efter en särskild kommunindelningsutredning ansvarar för att ordna tjänster, gäller att kommunen och social- och hälsovårdsområdet ska komma överens om att tjänsterna ska integreras för att servicen ska kunna säkerställas.

Omfattande bas- och specialnivå (social- och hälsovårdsområde)

Med omfattande bas- och specialnivå avses alla lagstadgade social- och hälsovårdstjänster.

Landskapets huvudstad ordnar social- och hälsovårdstjänster på en omfattande basnivå och ska vara ansvarskommun för social- och hälsovårdsområdet. Dessutom kan en kommun med minst cirka 50 000 invånare ordna social- och hälsovårdstjänster på en omfattande basnivå, förutsatt att kommunen har en sådan tillräcklig bärkraft som definieras i lag. När det gäller tillräcklig bärkraft beaktas i lagstiftningen kompetens, infrastruktur och övriga förutsättningar att tillhandahålla tjänster. En sådan kommun kan dessutom inom sin pendlingsregion vara ansvarskommun för social- och hälsovårdsområdet. Om det finns flera kommuner med minst cirka 50 000 invånare i samma pendlingsregion, har endast det social- och hälsovårdsområde som landskapets huvudstad är ansvarskommun för rätt att ordna social- och hälsovårdstjänster på en omfattande nivå. Syftet med detta är att säkerställa en regionalt välfungerande specialiserad sjukvård.

För att kunna ansvara för ordnandet av tjänster på en omfattande basnivå ska den som är anordnare på basnivå höra till ett social- och hälsovårdsområde. Den kommun som är anordnare på basnivå deltar i social- och hälsovårdsområdets förvaltning. Om en kommun är en i det föregående avsedda ansvarskommun för en kommun med färre än 20 000 invånare när det gäller att ordna tjänster på basnivå, ska det gemensamma organet i ansvarskommunen, för alla kommuner som deltar i samarbetet utse en gemensam företrädare eller gemensamma företrädare för området till social- och hälsovårdsområdets förvaltning.

Kommunerna kommer att höras om bildandet av social- och hälsovårdsområden, och bestämmelser om social- och hälsovårdsområdena på en omfattande basnivå utfärdas genom förordning enligt de kriterier som anges i lag.

Specialupptagningsområde

Utgångspunkten för reformen är att varje social- och hälsovårdsområde ska tillhöra ett specialupptagningsområde och att det ska finnas fem specialupptagningsområden. Ett specialupptagningsområde är en samkommun. De social- och hälsovårdsområden som tillhör specialupptagningsområdena anges genom förordning. Förslaget innebär att varje specialupptagningsområde kommer att ha fyra till åtta social- och hälsovårdsområden som medlemmar.

De specialupptagningsområden som bildas i anslutning till social- och hälsovårdsreformen har annorlunda roller och uppgifter än de nuvarande specialupptagningsområdena. Till skillnad från nuläget kommer specialupptagningsområdena också att ansvara för ärenden som hör till uppgifterna inom socialvården. De grundläggande uppgifterna för de nya specialupptagningsområdena inom social- och hälsovården är att

1. trygga likvärdigheten särskilt inom tjänster som centraliseras och som kräver samarbete mellan social- och hälsovårdsområdena

2. undvika överlappande produktion och kapprustning samt styra resursanvändningen så att den är ändamålsenlig bland annat genom att inom specialupptagningsområdet

samordna sådan jourverksamhet dygnet runt som regleras genom den förordning om jourverksamhet som kommer att utfärdas 2013

3. samordna den regionala forskningen, utvecklingen och undervisningen, det vill säga säkerställa den grundläggande infrastrukturen och de övriga förutsättningarna för undervisning, forskning och utveckling, fördela forskningsfinansieringen på ett ändamålsenligt sätt, säkerställa multiprofessionell kompetens och förutse utbildningsbehoven.

En central uppgift för varje specialupptagningsområde är följaktligen samordning och styrning av verksamheten på de social- och hälsovårdsområden som tillhör specialupptagningsområdet och stödfunktioner i anslutning till detta. Specialupptagningsområdenas uppgifter kommer att preciseras under den fortsatta beredningen av modellen. I praktiken kunde specialupptagningsområdet verka i samband med det social- och hälsovårdsområde som driver ett universitetssjukhus på så sätt att samkommunen för specialupptagningsområdet utnyttjar universitetssjukhusets infrastruktur i sin verksamhet. Juridiskt är specialupptagningsområdet och universitetssjukhuset separata juridiska personer.

Specialfrågor som gäller metropolområdet

I metropolområdet är utgångspunkten i enlighet med den allmänna regeln att social- och hälsovårdsområden ordnas på så sätt att ansvarskommunen är en kommun med minst cirka 50 000 invånare. Utifrån den kommunstruktur som bildas definieras med stöd av förhandlingar som förs separat med kommunerna hur social- och hälsovårdsområdena bildas, så att de är ändamålsenliga helheter för både genomförandet av social- och hälsovården och för samhällsstrukturen. Det avgörs skilt hur social- och hälsovårdstjänster organiseras på metropolområdet. Vid bildandet av social- och hälsovårdsområdena beaktas även de medlemskommuner i nuvarande HNS som ligger utanför metropolområdet.

1.2 Ansvaret för att ordna tjänster

Ansvarskommunen för området på basnivå eller en ansvarskommun eller samkommun till den del det handlar om en omfattande

basnivå och specialnivå på ett hälso- och sjukvårdsområde åläggs i lagen skyldighet att ordna social- och hälsovårdstjänster. Detta innebär att det nuvarande förfarandet med så kallat delat ansvar för att ordna tjänster avskaffas. Det delade ansvaret för att ordna tjänster har inneburit att en kommun har haft rätt att besluta om tjänsterna även om den i fråga om samma tjänster ska höra till en samkommun eller bilda ett samarbetsområde för ordnandet av service. Avskaffandet av det delade ansvaret innebär att ingen annan än en i lag föreskriven aktör har rätt att besluta om social- och hälsovårdsservicen. Alla kommuner har dock ansvar för finansieringen av ordnandet av tjänster.

Ansvaret för att ordna tjänster innebär att den som har ansvaret för att ordna tjänster svarar för

- 1) att social- och hälsovårdstjänsterna är tillgängliga på lika villkor
- 2) att behovet, mängden och kvaliteten när det gäller social- och hälsovårdstjänsterna definieras
- 3) att det fattas beslut om hur social- och hälsovårdstjänsterna produceras
- 4) egenkontrollen
- 5) utvecklandet samt
- 6) utövandet av den behörighet som ankommer på kommunens myndighet.

Alla områden på basnivå har samma ansvar för att ordna tjänster på basnivå med undantag för de avvikelser som beskrivs ovan och som möjliggörs genom beslut av social- och hälsovårdsministeriet.

Alla social- och hälsovårdsområden har samma ansvar för att ordna tjänster oavsett om området har möjlighet att producera alla tjänster självt. Till den del ett område inte förmår producera tjänster självt ska det upphandla tjänster av andra social- och hälsovårdsområden.

Tjänsterna ska ordnas för alla invånare i de kommuner som tillhör social- och hälsovårdsområdet på så sätt att den jämlikhet som avses i grundlagen förverkligas. Det innebär även att tjänsternas regionala tillgänglighet ska tryggas. Sådan närservice som befolkningen behöver ska kunna fås överallt i social- och hälsovårdsområdet. Tillgången på den närservice som behövs i kommuninvånarnas vardag säkerställs i lagen om ordnandet av

social- och hälsovården. För att säkerställa när servicen ska områdena på basnivå och social- och hälsovårdsområdena utarbeta en plan för hur när servicen ska ordnas.

1.3 Förvaltningen för ett område på basnivå och social- och hälsovårdsområdets förvaltning

I lag föreskrivs det att förvaltningen av ett område på basnivå ska ordnas enligt modellen med ansvarskommun. Det föreskrivs liksom att förvaltningen av ett social- och hälsovårdsområde i regel ska ordnas enligt modellen med ansvarskommun. Kommunerna kan avtala om införandet av modellen med samkommun i stället för modellen med ansvarskommun, om invånarantalet i ansvarskommunen för social- och hälsovårdsområdet utgör under hälften av social- och hälsovårdsområdets befolkningsunderlag och ansvarskommunen inte har den bärkraft som behövs för att ansvara för en omfattande bas- och specialnivå.

I modellen med ansvarskommun finns det en ansvarig part som är lättare för invånarna att uppfatta än i modellen med samkommun. I modellen med ansvarskommun kan den förvaltning som samarbetet kräver stödja sig på ansvarskommunens förvaltning, vilket innebär att modellen med ansvarskommun inte kräver en så omfattande separat förvaltning. I modellen med ansvarskommun kan social- och hälsovårdstjänsterna integreras med den övriga kommunala servicen, i synnerhet med undervisnings-, motions- och idrottstjänsterna och kulturtjänsterna, där ansvarskommunens tjänster sedan tidigare haft en betydelse som överskrider kommungränserna. Modellen med ansvarskommun innebär att social- och hälsovården inte avskiljs till en separat förvaltning på samma sätt som i modellen med samkommun. I synnerhet i de fall då ansvarskommunen har majoriteten av rösterna i en samkommun skulle modellen med samkommun innebära att det inrättas överlappande förvaltning. Alla de faktorer som nämns i det föregående har inverkan på förvaltningskostnaderna inom social- och hälsovården.

Regleringen av modellen med ansvarskommun utformas så att de specialvillkor

som följer av grundlagen beaktas. Bestämmelser om användning av modellen med ansvarskommun i förvaltningen inom social- och hälsovården utfärdas genom lagen om ordnandet av social- och hälsovården. I lagstiftningen beaktas de specialvillkor som följer av grundlagen genom att

- varje medlemskommun ska vara representerad i det gemensamma organet, dock så att separata basnivåer representeras bara av en gemensam företrädare för området på en omfattande nivå

- rösträtten fastställs utifrån kommunens invånarantal

- medlemskommunernas politiska proportionalitet beaktas i representationen i det gemensamma organet

- det gemensamma organet har ett omfattande självständigt ansvar för beslut som gäller social- och hälsovårdstjänster

- det gemensamma organet har begränsad rätt att besluta om sin egen budget

- i bestämmelserna om ekonomiförvaltningen beaktas ekonomiförvaltningens transparens

- kommunerna har möjlighet att fatta andra beslut om de omständigheter som nämns i de föregående punkterna.

Det gemensamma organet ska ha beslutanderätt i frågor som omfattas av ansvaret för att ordna tjänster, det vill säga organet ska besluta om och ansvara för de uppgifter inom social- och hälsovården som anges under 1.2 i det föregående och som omfattas av ansvaret för att ordna tjänster. Kommunstyrelsen och kommunfullmäktige i ansvarskommunen ska inte ha behörighet i frågor som omfattas av ansvaret att ordna tjänster.

Det gemensamma organet ska dessutom ha beslutanderätt i fråga om bland annat budgetarna och ekonomiplanerna för social- och hälsovården, inom de gränser som fullmäktige anger beslutanderätt i fråga om investeringar som rör social- och hälsovård, och när det gäller social- och hälsovård beslutanderätt om utövande av talan. Dessutom ska det gemensamma organet för ett område på basnivå utse områdets företrädare till social- och hälsovårdsområdets förvaltning.

När det gäller budgeten ska det gemensamma organet inte ha exklusiv beslutanderätt, utan det ska göra framställningar till

medlemskommunerna om social- och hälsovårdsbudgeten. I fullmäktiges budgetbeslut ska det uppställas mål för verksamheten och ekonomin inom social- och hälsovården. Efter det ska det gemensamma organet besluta om budgeten. Möjligheten att besluta om investeringar begränsas så att beslut om godkännande kan föreläggas fullmäktige i de kommuner som hör till området.

Eftersom det måste vara möjligt att övervaka användningen av medlemsavgifterna (finansieringsmodell) ska det upprättas ett separat bokslut över det gemensamma organets utgifter och inkomster. Om bokslutet uppvisar ett underskott, ska underskottet kunna täckas genom höjda medlemsavgifter.

Grundlagsenligheten för modellen med ansvarskommun bedöms längre fram under rubriken ”Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning”.

1.4 Finansiering

De kommuner som tillhör basnivån eller ett social- och hälsovårdsområde finansierar de kostnader som ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna medför. I finansieringen beaktas de kostnader som den infrastruktur som behövs för att tillhandahålla tjänsterna medför, beredskap (som inbegriper bland annat ansvar för jourverksamhet, prehospital akutsjukvård och insatsberedskap för undantagsituationer) samt användningen av tjänsterna. Avsikten är att med finansieringslösningarna undvika deloptimering och att stödja genomförandet av fungerande servicekedjor och en klar ansvarsfördelning. Detaljerna i finansieringsmodellen definieras under den fortsatta beredningen. I finansieringsmodellen beaktas utöver invånarantalet även åldersstrukturen och användningen av tjänsterna.

1.5 Tidsplan och samråd med kommunerna

Basnivåerna och social- och hälsovårdsområdena ska bildas på ett sådant sätt att de inleder sin verksamhet senast den 1 januari 2017.

Att bilda en basnivå och social- och hälsovårdsområden innebär att de samarbetsområ-

den som avses i lagen om en kommun- och servicestrukturreform (166/2007, paras-lagen) ska upplösas. Ett undantag skulle kunna utgöras av sådana samarbetsområden enligt paras-lagen som uppfyller kriterierna i den nya lagen om ordnandet av social- och hälsovården och även kommunerna i social- och hälsovårdsområdet är med.

Kommunerna kommer att höras om kriterierna för bildande av områden på basnivå och social- och hälsovårdsområden i samband med den anmälan som avses i kommunstruktur-lagen och som ska ges in i november 2013. Kommunerna har då möjlighet att framföra sina synpunkter på de områden på basnivå och social- och hälsovårdsområden som eventuellt bildas utifrån kriterierna.

Områdena på basnivå och social- och hälsovårdsområdena fastställs med stöd av kriterierna och befullmäktigandet i lagen genom förordning av statsrådet. Förordningen utfärdas under 2015. Under beredningen av förordningen kommer man att höra kommunerna hösten 2014. Samråd med kommunerna ordnas omedelbart efter att lagen har blivit stadfäst på så sätt att kommunernas förslag till områden på basnivå och social- och hälsovårdsområden är tillgängliga för statsrådet senast den 31 december 2014.

1.6 Sjukvårdsdistrikt och universitetssjukhus

Utgångspunkten för reformen är att social- och hälsovårdsområdena i fortsättningen ska ansvara för de uppgifter som i dagens läge ankommer på sjukvårdsdistrikten. I enlighet med beslutet om ramen för statsfinanserna kan de nuvarande sjukvårdsdistrikten fortsätta sin verksamhet som administrativa enheter till utgången av 2016. Detta innebär att sjukvårdsdistriktens nuvarande ansvar för att ordna tjänster upphör vid utgången av 2016 och övergår till de social- och hälsovårdsområden som ska bildas och som har ansvaret för att ordna tjänster på en omfattande basnivå.

Samkommunerna för sjukvårdsdistrikten ska upplösas på det sätt som överenskommits i grundavtalen. Kommunerna beslutar i samband med upplösandet av samkommunen om

överföring och fördelning av egendom och skulder.

För att sköta social- och hälsovårdsområdenas uppgifter överförs sjukvårdsdistriktens personal i regel till social- och hälsovårdsområdets ansvarskommun. Om ett social- och hälsovårdsområde med avvikelse från huvudregeln administreras som en samkommun, överförs sjukvårdsdistriktens uppgifter, personal, egendom och ansvar till samkommunen för social- och hälsovården. De juridiska frågorna i anslutning till detta utreds vid den fortsatta beredningen av reformen.

Med universitetssjukhus avses centralsjukhus i sjukvårdsdistrikt som är verksamma i områden med universitet som ger läkarutbildning. Det finns fem sådana sjukhus. Universitetssjukhusen verkar även i fortsättningen på sina områden som sjukhus som tillhandahåller invånarna tjänster inom specialiserad sjukvård. Dessutom har de i stor omfattning svarat för produktionen av sådana tjänster på omfattande basnivå på specialupptagningsområdena som det inte har varit motiverat att producera på alla centralsjukhus.

I samband med reformen organiseras ägandet och administrationen av universitetssjukhusen på samma sätt som ägandet av de övriga sjukhusen i sjukvårdsdistrikten. Kommunerna avtalar om hur ägandet och administrationen av universitetssjukhuset ska organiseras. Arrangemangen i anslutning till överförandet av ägandet och förvaltningen av universitetssjukhusen utreds mera ingående i samband med den fortsatta beredningen av reformen.

Universitetssjukhuset utgör en del av den infrastruktur som svarar för social- och hälsovårdsområdets tjänster och funktioner, och det är social- och hälsovårdsområdet som beslutar om dess operativa styrning. Dessutom har universitetssjukhuset en koppling till universitetets verksamhet. Universitetet deltar även i fortsättningen i universitetssjukhusets förvaltning och verksamhet.

2 Konsekvenser för kommunstrukturen

Vid sidan om undervisningsväsendet är social- och hälsovårdstjänsterna en av de viktigaste formerna av basservice som kommu-

nera ansvarar för att ordna. Kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna utgör i genomsnitt 46 procent av kommunernas utgifter, vilket innebär att lösningar som gäller social- och hälsovården är av central betydelse för kommunernas lösningar i fråga om kommunstrukturen. Utifrån de riktlinjer för social- och hälsovården som beskrivs i det föregående kan kommunerna regionalt överväga hur kommunsammanslagningar påverkar en ny kommuns möjligheter att ordna social- och hälsovårdstjänster. De kompletterade riktlinjerna innebär att också kommunerna vet hurdan ansvar för att ordna tjänster man kan organisera på var och en av nivåerna och vilket finansiellt ansvar kommunen har och vilka möjligheter den har att delta i social- och hälsovårdsförvaltningen.

I små pendlings- och stadsregioner och områden utanför pendlingsregionerna där centralkommunen inte uppfyller kravet på ett befolkningsunderlag på minst cirka 20 000 invånare innebär riktlinjerna att kommunerna i området kan överväga en kommunsammanslagning eller alternativt en överföring av skötseln av tjänsterna på landskapets centralkommun. För flera av pendlingsregionerna där det finns en centralkommun med minst cirka 20 000 invånare är alternativen antingen en kommunsammanslagning för att bilda en kommun med minst cirka 50 000 invånare eller bildande av ett område på basnivå. För ansvaret att ordna tjänster på en omfattande basnivå förutsätts det dock att den nya kommun som bildas har bärkraft att ansvara för den omfattande basnivån. De nya kommuner med minst cirka 50 000 invånare som bildas kommer att få rätt att ordna social- och hälsovård på en omfattande basnivå endast när de är de enda kommunerna av detta slag inom pendlingsregionen, eftersom det kan finnas endast ett social- och hälsovårdsområde i en pendlingsregion. Eftersom bestämmelser om bildandet av områden på basnivå och omfattande basnivå kommer att utfärdas genom förordning, innebär detta att de kommunsammanslagningsslösningar som kommunerna genomför 2014–2017 också påverkar utformningen av servicestrukturen inom social- och hälsovården.

Inom stadsregionerna för Åbo, Tammerfors, Lahtis och Kuopio har de nuvarande

åtta kommunerna med över 20 000 invånare möjlighet att besluta om de utifrån en särskild kommunindelingsutredning vill genomföra en kommunsammanslagning i området eller ordna basnivån själva eller säkerställa en omfattande integration av social- och hälsovårdstjänsterna genom modellen med ansvarskommun med stark förankring i landskapets huvudstad.

Kommunens lösningar i fråga om servicestrukturen påverkar också kommunens medverkan i förvaltningen inom social- och hälsovården. Om en kommun med färre än 20 000 invånare ordnar tjänsterna på basnivå enligt samarbetsmodellen, företräds kommunen i förvaltningen för den omfattande basnivån av den gemensamma företrädare eller de gemensamma företrädare för hela området på basnivå som det gemensamma organet utsett.

3 Beredningen av propositionen

Propositionen har beretts som tjänsteuppdrag utgående från förslaget från samordningsgruppen för kommunreformen och omstruktureringen av social- och hälsovården.

4 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Reform av servicestrukturen inom social- och hälsovården som bereds särskilt är av väsentlig betydelse för kommunernas avgöranden i fråga om kommunstrukturen, så som anförts i konsekvensbedömningen i det föregående. Riktlinjerna för servicestrukturen analyseras därför i det följande med tanke på den kommunala självstyrelsen, i synnerhet när det gäller det lagstadgade samarbetet samt modellen med ansvarskommun.

Grundlagsutskottet har på basis av tolkningspraxis som gäller den lagstadgade samarbetskyldigheten i sina bedömningar fäst uppmärksamhet vid uppgifternas överkommunala karaktär, en rationell förvaltning av uppgifterna och det faktum att beslutsmekanismen inte ger någon enskild kommun möjlighet att få ensidig beslutanderätt (beaktande av demokratiprincipen). En annan sak som tillmätts betydelse är om arrangemanget vä-

sentligt inskränkt medlemskommunernas allmänna verksamhetsområde.

När det gäller specialiserad sjukvård och specialomsorg om utvecklingsstörda har grundlagsutskottet ansett att det ur grundlagssynvinkel är möjligt att förplikta kommunerna till samarbete. Till denna del bör det dock beaktas att förpliktelse till ansvar för att ordna tjänster har gällt medlemskap i den samkommun som sköter uppgifterna medan kommunerna utifrån principen om delat ansvar för ordnandet också har kunnat ordna tjänsterna själva. De största kommunerna har själva ordnat tjänster inom specialiserad sjukvård. Riktlinjerna för social- och servicestrukturen innebär att i den lagstiftning som bereds kommer man att avskaffa det delade ansvaret och ålägga ansvarskommunerna ansvaret för att ordna tjänster på basnivå samt en omfattande basnivå. Kommunerna ska dock ha ett finansiellt ansvar.

Grundlagsutskottet ansåg i sitt utlåtande om lagen om en kommun- och servicestrukturreform (GrUU 37/2006 rd) det vara möjligt att förplikta till samarbete inom primärvården och socialvården. Grundlagsutskottets tolkning av ramlagens riktlinjer bör dock tolkas med beaktande av att ramlagen gällde närmast kommuner med färre än 20 000 invånare.

När det gäller demokratiprincipen har utskottet fäst avseende vid i synnerhet en enda kommuns bestämmande inflytande och ansett att detta står i strid med den grundlagsenliga kommunala självstyrelsen. Denna tolkningspraxis bör dock tolkas med beaktande av att den utgår från den tidigare kommunstrukturen där skillnaderna i storlek mellan kommunerna var små, bortsett från Helsingfors. Storleksskillnaderna mellan kommunerna har ökat betydligt efter det att tolkningen presenterades, och grundlagsutskottet har inte tagit ställning till fördelningen av rösträtt i den förändrade situationen. I fördelningen av rösträtten bör hänsyn tas till den förändrade kommunstrukturen, differentieringen av kommunstorleken, samarbetsbehoven, samarbetsförfarandet och kommunernas ekonomiska ansvar. Av riktlinjerna följer att på många områden kommer invånarna i ansvarskommunen att utgöra över hälften av det totala invånarantalet, vilket innebär att

ansvarskommunen också bär största delen av det ekonomiska ansvaret för samarbetet. Till följd av sin storlek skulle ansvarskommunerna ha möjlighet att ordna merparten av tjänsterna själva, och de har inte likadana samsarbetsbehov som mindre kommuner. I synnerhet områden på basnivå kommer uppenbarligen att bildas så att samarbetet berör två kommuner av vilka ansvarskommunen har ett betydligt större invånarantal än den andra kommunen. Behovet att begränsa ansvarskommunens rösträtt bör också betraktas med hänsyn till majoritetsbefolkningens rättigheter. Dessutom bör det beaktas att iakttagandet av den politiska proportionaliteten i praktiken försvagar det bestämmande inflytandet för en kommun. Kommunerna har också i sitt frivilliga samarbete i hög grad avstått från principer som begränsar rösträtten.

Enligt 121 § i grundlagen ska bestämmelser om de allmänna grunderna för kommunernas förvaltning utfärdas genom lag. Utgångspunkten för grundlagens bestämmelser om kommunernas förvaltning är att det genom lag inte ska utfärdas mer bestämmelser än vad som är nödvändigt för att målet ska nås. Kommunerna bör ha möjlighet att beakta lokala omständigheter när de utformar sin förvaltning. Utgångspunkten för servicestrukturreformen är att tjänsterna på basnivå ska ordnas enligt modellen med ansvarskommun och företrädesvis också när det gäller social- och hälsovårdsområden. På ett social- och hälsovårdsområde ska kommunerna kunna avtala om att införa modellen med samkommun i stället för modellen med ansvarskommun, om invånarantalet i ansvarskommunen för området utgör under hälften av områdets befolkningsunderlag och om ansvarskommunen inte har den bärkraft som behövs för att ansvara för en omfattande bas- och specialnivå.

Enligt riktlinjerna för förvaltningsmodellen på basnivå gäller att när en kommun med färre än 20 000 invånare bildar ett område på basnivå med en kommun med över 20 000 invånare, har kommunen med färre än 20 000 invånare inte rätt att ha en egen företrädare i social- och hälsovårdsområdet, utan företrädaren eller företrädarna för hela området på basnivå utses av det gemensamma organet för basnivån. Till denna del har det i

representationen beaktats att en kommun med färre än 20 000 invånare inte har ansvar för att ordna tjänster, utan ansvarskommunen har beslutanderätt även i fråga om basnivån.

I riktlinjerna för modellen med samkommun har det beaktats att i de fall där ansvarskommunen har en majoritet av rösterna i samkommunen skulle modellen med samkommun innebära att det inrättas överlappande förvaltning. Modellen med ansvarskommun får dessutom stöd av att social- och hälsovårdstjänsterna kan integreras med den

övriga kommunala servicen, i synnerhet med undervisnings-, motions- och idrottstjänsterna och kulturtjänsterna, där ansvarskommunens tjänster sedan tidigare haft en betydelse som överskrider kommungränserna.

Utifrån det självständiga beslutsfattandet i fråga om social- och hälsovårdstjänster avviker modellen med ansvarskommun enligt riktlinjerna nästan inte alls från modellen med samkommun. Demokratiprincipen beaktas i den reglering som gäller ansvarskommuner.

Helsingfors den 23 maj 2013

Statsminister

JYRKI KATAINEN

Förvaltnings- och kommunminister *Henna Virkkunen*