



ÖSTERBOTTENS VÄLFÄRDSOMRÅDE

- FÖRVERKLIGANDE AV SERVICEN I DELAR AV VÄLFÄRDSOMRÅDET OCH
HUR DET PÅVERKAR VERKSAMHETEN

Slutrapport 17.6.2021

Bakgrund till projektet Vad innebär social- och hälsovårdsreformen?

Om förslaget till den social- och hälsovårdsreform som statsminister Marins regering överlämnat till riksdagen godkänns blir det den största systematiska reformen som genomförs inom den offentliga förvaltningen sedan Finland blev självständigt. Ansvaret för att anordna och producera socialvårds- och hälso- och sjukvårdstjänster samt räddningsväsendets tjänster överförs från kommunerna till 21 välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. I enlighet med reformen överförs finansieringen av systemet från kommunerna till staten. Kommunalskatten sänks enligt 2020 års uppskattning med över 13 procentenheter. Beslut om skattesänkningen fattas år 2022. Av kommunernas nuvarande intäkter från samfundsskatten överförs ungefär en tredjedel till välfärdsområdena via staten.

Målen med regeringen Marins social- och hälsovårdsreform

Den huvudsakliga målsättningen i lagförslaget till regeringen Marins social- och hälsovårdsreform är att minska på skillnaderna i hälsa och välfärd, trygga jämställd och högklassig social- och hälso- och sjukvård för alla finländare, förbättra tillgången och tillgängligheten till servicen, trygga tillgången till professionell arbetskraft, svara på utmaningarna som de samhälleliga förändringarna medför och dämpa kostnadsökningen.

Anordnande av social- och hälso- och sjukvård samt räddningsväsende

I social- och hälsovårdsreformen koncentreras anordnandet av social- och hälso- och sjukvårdstjänster från och med 1.1.2023 till självstyrande välfärdsområden som sträcker sig över kommungränserna. Räddningsväsendet överförs också till välfärdsområdena. Det finns 21 välfärdsområden och utöver dem Helsingfors. Dessutom bildar Nylands välfärdsområden och Helsingfors HUS-sammanslutningen. Välfärdsområdenas verksamhet, ekonomi och förvaltning stiftas i en separat lag.

De ledamöter som valts via direkt val ansvarar för beslutsfattandet i områdena. Invånarnas delaktighet och användardemokrati stärks. Välfärdsområdesval förrättas sex månader efter att lagarna godkänts. Om lagarna godkänns före 30.6.2021 förrättas välfärdsområdenas fullmäktigeval 23.1.2022.

Den privata och tredje sektorns roll

Servicen som produceras av välfärdsområdena är huvudsakligen offentlig. Den privata och den tredje sektorn fungerar som kompletterande serviceproducenter. Föreningarnas roll i främjandet av välfärden och hälsan stärks och föreningarnas möjlighet att producera sin service tryggs.

Finansiering av servicen

Finansieringen av välfärdsområdena grundar sig i statlig finansiering samt kund- och användaravgifter. Grunden till finansieringen utgörs av servicebehovet för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården i välfärdsområdet samt invånarantalet, omgivningsfaktorerna befolkningstäthet, andelen invånare med främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård och samiskspråkighet, samt främjandet av hälsa och välfärd. Finansieringen av räddningsväsendet grundar sig i invånarantalet, riskkoefficienten och befolkningstätheten. Regeringen har inlett parlamentarisk beredning för införande av landskapsskatt. Regeringen beslutar om landskapsskatten år 2022. Landskapsskatten och skatteutjämningsystemet är tänkt att implementeras år 2026. I enlighet med regeringsprogrammet genomförs reformen så att ändringarna i skattestrukturen inte får medföra åtstramningar i beskattningen då de träder i kraft.

Från och med början av år 2023 beaktas den nuvarande kostnadsnivån på kommunernas serviceproduktion i finansieringen av välfärdsområdena. Om det enligt den nya modellen kalkylerade finansieringsbehovet för välfärdsområdet skiljer sig från den nuvarande kostnadsnivån, jämnas skillnaden ut genom övergångsutjämning. Det första året jämnar övergångsutjämningen ut hela skillnaden mellan de nuvarande kostnaderna och det kalkylerade finansieringsbehovet. Övergångsutjämningen för välfärdsområdet är under sju år som mest -100/+200 euro/invånare. Övergångsfinansieringen upphör senast år 2029, varefter nivån i fråga blir bestående.

Ökat servicebehov ersätts till välfärdsområdena åren 2023 och 2024 fullt ut och från och med år 2025 med 80 procent.

Den kommunala ekonomin

Enligt 2020 års uppskattning sänks kommunalskatten med över 13 procentenheter från och med början av år 2023. Statsandelarna för kommunernas social- och hälsovård överförs till välfärdsområdena och ungefär en tredjedel av intäkterna från samfundsskatten överförs till välfärdsområdena via staten. Kommunernas skulder kvarstår hos kommunerna. I och med att social- och hälso- och sjukvården och räddningsväsendet överförs till välfärdsområdet, överförs också motsvarande kostnader. Överföringen av finansieringen och kostnaderna påverkar kommunerna olika beroende på deras utgångsläge och hur stor andel kostnaderna som överförs utgör av hela kommunens ekonomi.

Parlamentarisk beredning av de sektorsövergripande välfärdsområdena

Välfärdsområdena gör det möjligt att stegvis övergå till sektorsövergripande landskap. Detta bereds parlamentariskt och i utredningen klargörs vilka av kommunernas, samkommunernas och statens uppgifter som överförs till välfärdsområdena. I enlighet med den parlamentariska beredningen överförs miljö- och hälsoskyddet till välfärdsområdena 1.1.2026.

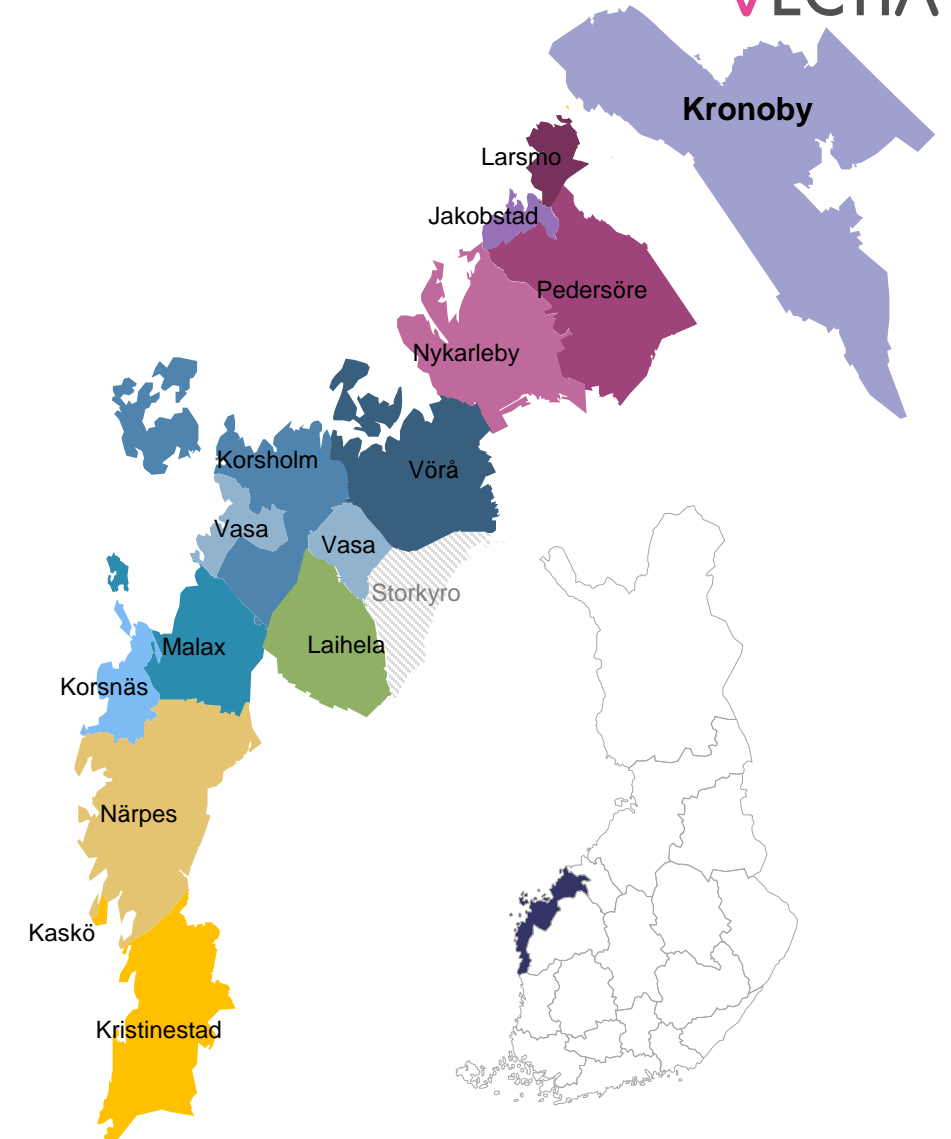
Social- och hälsovårdsreformen fortskrider

Regeringen presenterade ett lagförslag till en strukturreform av social- och hälsovården till riksdagen den 8 december 2020. Välfärdsområdena som ska anordna och producera servicen i förslaget skulle bildas direkt efter att lagarna godkänts och stadfästs. Enligt tidtabellen äger detta rum 1.7.2021. Lagarna skulle träda i kraft stegvis, de första den 1 juli 2021 och de sista den 1 januari 2023. Välfärdsområdena skulle inleda sin verksamhet från början av år 2023. Välfärdsområdets temporära förvaltning skulle börja den 1 juli 2021 och fortsätta tills den 1 mars 2022, då välfärdsområdenas fullmäktige inleder sin verksamhet.

Projektets mål och centrala resultat

PROJEKTETS MÅL

- Reda ut och skapa en bild av hur anordnandet av Kronobys service påverkar anordnandet, produktionen och finansieringen av servicen i Österbottens välfärdsområde och eventuellt i det välfärdsområde som skapas i och med den nationella social- och hälsovårdsreformen.
 - Vad regeringens förslag till social- och hälsovårdslagar i verkligheten innebär för arrangemanget och vilka de övergripande konsekvenserna blir.
 - Vad ett eventuellt samarbete innebär ur finansieringsperspektiv för dels Österbottens välfärdsområde, dels Mellersta Österbottens välfärdsområde.
 - Vad ett eventuellt avtal innebär för den interna dynamiken och verksamheten i Österbottens välfärdsområde.
 - Hur lösningen kunde se ut
 - Möjligheter och fördelar
 - Nackdelar och risker
- Utgående från ovan nämnda faktorer görs ett sammandrag och en överblick över olika alternativ, som sedan kan användas som utgångspunkt i den fortsatta beredningen.



Nyckelbegrepp i rapporten

- Nyckelbegrepp för finansieringen av välfärdsområdet

Välfärdsområde = Ett välfärdsområde är ett offentligrättsligt samfund med självstyre i sitt område. Välfärdsområdena ansvarar för anordnandet av social- och hälso- och sjukvård samt räddningsväsendets service i sina egna områden. De nya välfärdsområdena motsvaras av de nuvarande landskapen. Nylands landskap avviker från den nuvarande landskapsindelningen på så sätt, att det där bildas fyra välfärdsområden och Helsingfors stad bildar ett eget. Det högsta beslutsfattande organet i välfärdsområdet är fullmäktige, som väljs via val.

Finansieringens bestämningsfaktorer = Hur stor finansieringen blir påverkas av servicebehovet i välfärdsområdet och bestämningsfaktorerna, som beskriver kostnaderna. Bestämningsfaktorerna är invånarunderlaget (andelen finansiering av den sammanlagda finansieringen av social- och hälso- och sjukvården samt räddningsväsendet i välfärdsområdena är 14,6 %). Social- och hälso- och sjukvårdens behovsfaktorer (se Behovsfaktorer) (79,6%), Främjande av hälsa och välfärd (0,98 %), Befolkningstäthet (1,6 %), andelen invånare med främmande språk som modersmål (2,0 %), tvåspråkighet (0,5 %), karaktär av skärgård (0,1 %), samiskspråkighet (0,01 %) och räddningsväsendets riskfaktorer (0,7 %).

Finansieringens behovsfaktorer = Social- och hälsovårdens behovsfaktorer används för att beskriva servicebehovet i välfärdsområdet. Behovsfaktorernas inverkan på finansieringsbeloppet välfärdsområdet får är ungefär 80 %. Det finns tre behovsfaktorer: hälso- och sjukvård (andel av den totala finansieringen: 47,1 %), äldreomsorg (15,7 %) och socialvård (16,8 %).

Finansieringens omgivningsfaktorer = Förutom behovsfaktorerna påverkas finansieringsbeloppet välfärdsområdet får även av omgivningsfaktorer. Med hjälp av omgivningsfaktorerna beskrivs särskilda drag hos välfärdsområdets befolkning eller geografi. Omgivningsfaktorerna är: främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, befolkningstäthet, karaktär av skärgård och samiskspråkighet.

Behovsstandardisering = 80 % av kostnaderna för välfärdsområdets social- och hälso- och sjukvård räknas utgående från sjukfrekvensen och omgivningsfaktorerna. Institutet för hälsa och välfärd har år 2020 utvecklat och publicerat en kalkylmodell för behovsstandardiseringen, där kostnaderna som förorsakas av sjukfrekvensen bedöms enligt sammanlagt 53 sjukdomsklasser och med hjälp av beräkningskoefficienter fastställda för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården..

Finansiering av servicebehovet = Finansiering som grundar sig i servicebehovet för social- och hälso- och sjukvården (se behovsstandardisering).

Kalkylerad finansiering = Målfinansieringen för välfärdsområdet, grundar sig i kalkylmodellen.

Grundpris = Pengabeloppet som fastställts per invånare för en servicehelhet inom välfärdsområdet. Då grundpriset multipliceras med bestämningsfaktorerna (tjänstens) koefficient och invånarantalet, fås finansieringsbeloppet som hänför sig till bestämningsfaktorn (tjänsten). Grundpriset som är kopplat till invånarantalet multipliceras direkt med invånarantalet. Invånarantalets grundpris är i 2020 års pengar totalt 529 euro/invånare (social- och hälso- och sjukvård 475 euro/invånare och räddningsväsendet 54 euro/invånare). Hälso- och sjukvårdens grundpris är 1 704 euro/invånare, äldreomsorgens 570 euro/invånare och socialvårdens 607 euro/invånare. Befolkningstäthetens grundpris är totalt 57 euro/invånare (social- och hälso- och sjukvård 53 euro/invånare och räddningsväsendet 4 euro/invånare). Främmande språk som modersmål 71 euro/invånare, tvåspråkighet 18 euro/invånare, karaktär av skärgård 4 euro/invånare och räddningsväsendets riskfaktorer 25 euro/invånare.

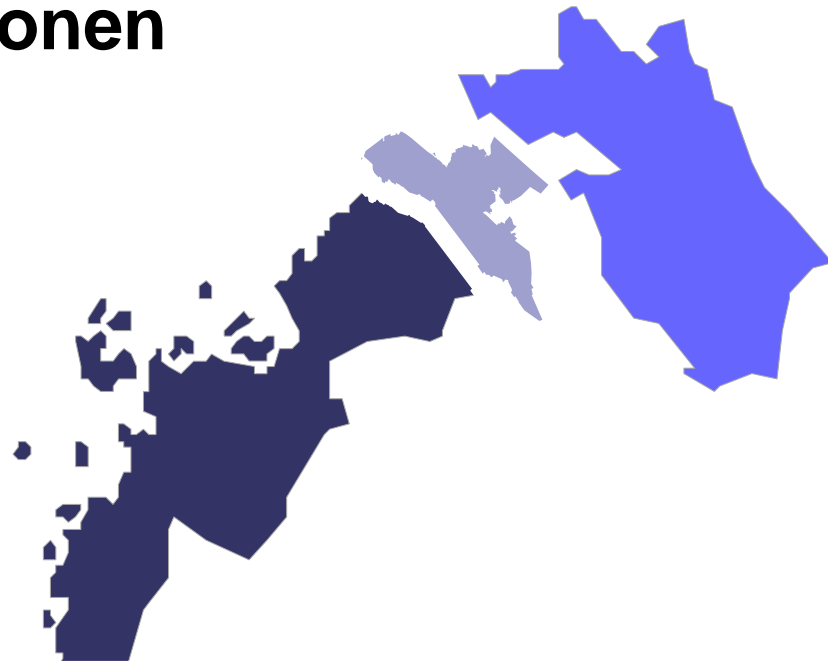
Nettokostnader = Nettokostnaderna för välfärdsområdets kommuners sammanräknade driftsekonomi för social- och hälso- och sjukvården samt räddningsverket motsvarar välfärdsområdets finansieringsbehov, vilket benämns kostnader som överförs. Nettokostnaderna beräknas på följande sätt: Nettokostnader = (Verksamhetsintäkter (inkl. interna poster) + Avskrivningar och nedskrivningar + Överföringskostnader) - (Verksamhetsintäkter (inkl. interna poster) + Överföringsintäkter + Tillverkning för eget bruk samt förändring av produktlager).

Kostnader som överförs = Kostnader som förorsakas av service som överförs från kommunerna och som i och med servicen överförs till välfärdsområdena. Kostnaderna som överförs utgör finansieringen av välfärdsområdet det första året.

Övergångsutjämnning = Om social- och hälsovårdsreformen träder i kraft ökar/sjunkar inte välfärdsområdets finansiering till den kalkylerade nivån direkt. Som övergångsperiod räknas åren 2023–2029. Under dessa år är övergångsutjämnningen –100/+200 per invånare. Via övergångsutjämnningen övergår man stegvis till den årliga finansieringen (pengabelopp per invånare ändras årligen).

ÖSTERBOTTEN, KRONOBY OCH MELLERSTA ÖSTERBOTTEN

- Hur den kalkylerade social- och hälsovårdsfinansieringen bildas i regionen



| (km) | VASA | KRONOBY | KARLEBY |
|----------|------|---------|---------|
| VASA | | 107 | |
| KARLEBY | | | 15 |
| KRONOBY | | | |
| ÅBO | 332 | 422 | |
| ULEÅBORG | | 214 | 199 |

| | ÖSTERBOTTEN | KRONOBY | MELLERSTA ÖSTERBOTTEN |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Invånarantal år 2018 (Båda landskapen utan Kronoby) | 169 684 inv. | 6 509 inv. | 68 437 inv. |
| Kronobys andel | 3,8 % | | 9,4 % |
| Hälsovårdens servicebehov | 0,937 1 596 eur/inv. | 0,947 1 614 eur/inv. | 1,049 1 787 eur/inv. |
| Äldreomsorgens servicebehov | 1,000 569 eur/inv. | 1,241 707 eur/inv. | 1,104 629 eur/inv. |
| Socialvårdens servicebehov | 0,837 508 eur/inv. | 0,870 528 eur/inv. | 1,080 655 eur/inv. |
| Behovsbaserad social- och hälsovårdsfinansiering per invånare på 2020 års nivå | 2 673 eur/inv. | 2 849 eur/inv. | 3 071 eur/inv. |
| Kalkylerad finansiering | 3 507 eur/inv | 3 658 eur/inv. (i) | 3 715 eur/inv. |
| Kalkylerad finansiering totalt (båda landskapen utan Kronoby) | 595 meur | 24 meur | 254 meur |

Tabellerna visar hur den kalkylerade finansieringen ser ut för respektive område enligt den nya finansieringsmodellen i social- och hälsovårdsreformen. Syftet är att beskriva skillnaden i finansieringen mellan Österbotten och Mellersta Österbotten, samt kalkylera hur stor finansieringsandel per invånare Kronoby medför. Vid övervägandet av lösningar och finansieringsgrunder bör man beakta skillnaderna i den kalkylerade finansieringen samt vilken finansiering Kronoby medför i serviceproduktionen.

i) medeltal av främmande språk i Österbotten och Mellersta Österbotten, tvåspråkighet enligt Österbotten, medeltal av befolkningstäthet, karaktär av skärgård noll.

NULÄGET, LAGFÖRSLAGET TILL SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSREFORM OCH SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS (SHM) SYN



- Modeller för att organisera och producera social- och hälsovårdsservice

NULÄGE

Karleby stad har sedan år 2009 producerat Kronobys hälsotjänster enligt värdkommunsmodellen.

Kronoby var med och grundade Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite. Soite inledde sin verksamhet år 2017. Soite producerar social- och hälsotjänster för Kronobyborna i Nedervetil, Terjärv och Kronoby samt specialiserad sjukvård i Karleby.

Nettokostnaderna för Kronobys social- och hälsovård var 24 miljoner euro år 2019. Nettokostnaden för den specialiserade sjukvården var ungefär 7,6 miljoner euro.

FÖRSLAG TILL SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSLAGE (utgående från social- och hälsovårdsutskottets betänkande kan numreringen av lagparagraferna variera i förhållande till lagpropositionen 8.12.2020).

Enligt regeringen Marins social- och hälsovårdslagproposition 8.12.2020 är det Österbottens välfärdsområde som från och med 1.1.2023 ordnar och producerar social- och hälso- och sjukvården i Österbottens landskap. Samtidigt upphör kommunernas ansvar för organiseringen och finansieringen av social- och hälsovårdstjänsterna överförs från kommunerna till staten.

Välfärdsområdets invånare gör sin röst hörd via välfärdsområdesfullmäktige, som väljs i landskapsvalet.

Välfärdsområdet har organiseringsansvaret för tjänsterna i det egna området – Lagen om välfärdsområden 7 §, 1 mom.

Välfärdsområdet ska ha anställda i tjänsteförhållande för uppgifter i vilka offentlig makt utövas – Lagen om välfärdsområden 7 §, 5 mom.

Välfärdsområdena kan genom avtal samarbeta för att producera en specifik tjänst – Lagen om välfärdsområden – 52 §. Möjliga samarbetsformer är att inrätta ett gemensamt organ (54 §) och en välfärdssammanslutning (58 §). Organiseringsansvaret enligt lagens 7 § kan emellertid inte överföras till välfärdssammanslutningen. Servicen måste produceras till självkostnadspris – Lagen om ordnande av social- och hälsovård 57 §.

Valfriheten tillåter kunden att välja verksamhetspunkt för primärvården och den specialiserade sjukvården, men inte för äldreomsorgen eller socialvården. Lagen om ordnandet av social- och hälsovården – 8 §.

Tvåspråkiga välfärdsområden åläggs samarbeta för att trygga kvaliteten på servicen, för att trygga de språkliga rättigheterna och i de fall där uppgifterna är krävande eller sällan aktualiseras. Lagen om ordnandet av social- och hälsovården 39 §.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS SYN, april 2021

Mellersta Österbotten kan inte producera alla social- och hälsovårdstjänster för Kronoby om inga ändringar görs i förslaget till social- och hälsovårdslag (enligt social- och hälsovårdsutskottets betänkande 15.6.2021 kan ett avtalsenligt samarbete mellan välfärdsområdena förverkligas enligt vissa specialvillkor).

Valfriheten gäller primärvården och den specialiserade sjukvården, inte socialvården. En risk är att tjänsterna blir splittrade, vilket social- och hälsovårdsreformen uttryckligen strävar efter att förhindra.

Noteras bör, att välfärdsområdet inte känner till kommungränserna, därför krävs det att man noga överväger hur servicen i randområdena kan produceras.

Ett fungerande alternativ är att Österbottens landskap ordnar och producerar tjänsterna själv, men att några tjänster produceras i samarbete med Mellersta Österbotten.

Det tar ungefär 2–3 år att byta till ett annat välfärdsområde (landskap). Visserligen har det tagit lika länge för alla landskapsbyten som ägt rum inom ramen för den nuvarande lagstiftningen – Jorois, Heinävesi, Storkyro och Itis.

Social- och hälsovårdsutskottets betänkande 15.6.2021



- Betänkandet till den del det är relevant gällande ordnandet av regional service

Organiseringen av välfärdsområdenas förvaltning

Välfärdsområdesfullmäktige ansvarar för välfärdsområdets verksamhet och ekonomi samt utövar beslutanderätten i välfärdsområdet. Till välfärdsområdesfullmäktige hör det övergripande ansvaret för välfärdsområdets verksamhet och ekonomi oberoende av hur skötseln av verksamheten organiseras i välfärdsområdet. Fullmäktige får självt besluta om delegering av sin beslutanderätt till underställda myndigheter. Speciellt i de centrala frågor som avses i 22 § 2 mom. i lagen om välfärdsområden ska välfärdsområdets beslutanderätt emellertid alltid bibehållas hos välfärdsområdesfullmäktige. Fullmäktige ställer upp de centrala målen för välfärdsområdet och dess verksamhet i välfärdsområdesstrategin. I strategin ska andra planeringsdokument på strategisk nivå som gäller välfärdsområdets uppgiftsområden beaktas. Hit hör till exempel den servicestrategi som avses i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I servicestrategin ska det ställas upp mål för hur social- och hälsovårdstjänsterna ska tillhandahållas med beaktande av behoven hos invånarna i välfärdsområdet och de lokala förhållandena. Det primära målet för servicestrategin är att fastställa hur social- och hälsovårdstjänster tillhandahålls inom det område som välfärdsområdet omfattar. Servicestrategin ska också innefatta principerna för tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet samt främjandet av hälsa och välfärd. Syftet med servicestrategin är i enlighet med detta bland annat att ta ställning till förverkligandet av servicenät, tillgången till närservice och sättet att tillhandahålla den samt tjänsternas tillgänglighet överlag. När tjänsterna sammanförs i större helheter kan välfärdsområdet i servicestrategin ta ställning till hur tillgängligheten till dessa tjänster tryggas för invånare som bor i olika delar inom området. I servicestrategin kan man beakta hur strategin stöder lokal livskraft och produktion som baserar sig på tjänster från flera producenter samt stöder utvecklingen av innovationer inom branschen.

Det finns anledning att sörja för en tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster också i de fall där en enskild kommun före reformen har hört till ett landskap och ett samarbetsområde inom social- och hälsovården i ett annat landskap och vars tjänster efter reformen ordnas genom ett avtal mellan välfärdsområdena, säger grundlagsutskottet i sitt utlåtande (stycke 74). Social- och hälsovårdsutskottet understryker att det på vissa specialvillkor går att avtala om samarbete mellan välfärdsområdena för att ordna social- och hälsovård och räddningstjänst. Välfärdsområdena kan med stöd av 9 § i lagen om välfärdsområden samarbeta kring tjänsteproduktionen genom att skaffa tjänster från ett annat välfärdsområde. Välfärdsområdena kan också samverka genom att avtala om samarbete enligt 8 kap. i lagen om välfärdsområden (gemensamt bolag för välfärdsområdena, upphandling av tjänster från ett annat välfärdsområde, gemensamt organ, gemensam tjänst, avtal om skötsel av myndighetsuppgifter och välfärdssammanslutning som producerar stödtjänster). I 53 § i lagen om välfärdsområden föreskrivs det om hur samarbetet förhåller till lagen om offentlig upphandling och koncession.

Kostnadsersättningar mellan välfärdsområden. Om ett välfärdsområde enligt lag eller ett sådant samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § tillhandahåller en invånare i ett annat välfärdsområde social- eller hälsovårdstjänster, ska det välfärdsområde där personen är invånare utan oskäligt dröjsmål betala ersättning för de kostnader som tjänsterna medfört, om inte något annat föreskrivs om ersättning för kostnaderna någon annanstans eller välfärdsområdena inte kommer överens om något annat. Med kostnader avses de faktiska kostnader som orsakats av att personen tillhandahållits tjänsten, med avdrag för de verksamhetsintäkter som tjänsten medfört.

Enligt social- och hälsovårdsutskottets betänkande bör man dra riktlinjer för lösningarna för serviceproduktionen i välfärdsområdets servicestrategi, som är en del av välfärdsområdesstrategin. Servicestrategins linjedragningar bör beaktas och godkännas i samarbetsområdenas samarbetsavtal samt i tvåspråkiga områdens samarbetsavtal. Dessutom godkänns linjedragningarna för serviceproduktionen i styrningsförhandlingarna med ministeriet och eventuellt i förhandlingar med en tillsynsmyndighet.

Social- och hälsovårdsutskottets betänkande 15.6.2021

- Preliminär precisering av specialvillkoren för samarbete genom avtal mellan välfärdsområden

På sidan 45 i social- och hälsovårdsutskottets betänkande 15.6 (ShUB 16/2021 rd) konstateras följande: ” Det finns anledning att sörja för en tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster också i de fall där en enskild kommun före reformen har hört till ett landskap och ett samarbetsområde inom social- och hälsovården i ett annat landskap och vars tjänster efter reformen ordnas genom ett avtal mellan välfärdsområdena, säger grundlagsutskottet i sitt utlåtande (stycke 74). Social- och hälsovårdsutskottet understryker att det på vissa specialvillkor går att avtala om samarbete mellan välfärdsområdena för att ordna social- och hälsovård och räddningstjänst.”

I betänkandet omnämns ”vissa specialvillkor” på ett allmänt plan. Åtminstone följande hör sannolikt till specialvillkoren: 1) Grundlagen 6 § – jämlikhet för medborgarna, 19 § – rätt till tillräckliga social- och hälso- och sjukvårdstjänster, 22 § – tillgodoseende av de grundläggande fri- och rättigheterna, 121 § – tillgodoseende av kommunal självstyrelse, 124 § – överföring av förvaltningsuppgifter på andra än myndigheter. 2) Överensstämmelse med nuvarande speciallagstiftning (åtminstone sociallagstiftningen och hälso- och sjukvårdslagen) och beaktande av den nya social- och hälsovårdslagstiftningen. 3) Tillgodoseende av demokratikravet för alla områdets invånare. 4) Överensstämmelse mellan båda välfärdsområdenas välfärdsområdes- och servicestrategier. 5) Överensstämmelse med välfärdsområdenas samarbetsavtal, tvåspråkiga välfärdsområdenas samarbetsavtal och samarbetsområdenas avtal.

Servicestrategierna och samarbetsavtalen godkänns av välfärdsområdenas styrelse och välfärdsområdesfullmäktige, samarbetsområdenas samarbetsavtal godkänns av välfärdsområdesfullmäktige, ministeriet och i samarbetsområdets beslutsfattande. Social- och hälsovårdsministeriet och statsrådet styr hela helheten ur ett helhetsperspektiv.

FYRA FRAMSKRIDNINGSSALTERNATIV

| | ALTERNATIV 1: Österbotten ordnar och producerar | | ALTERNATIV 2: Österbotten ordnar och producerar primärvårds- och socialvårdstjänsterna. Mellersta Österbotten producerar specialsjukvårdstjänsterna | | ALTERNATIV 3: Österbotten ordnar, Mellersta Österbotten producerar | | ALTERNATIV 4: Mellersta Österbotten ordnar och producerar | |
|----------------------------------|--|-------------|--|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|
| | Ordnar | Producerar | Ordnar | Producerar | Ordnar | Producerar | Ordnar | Producerar |
| Primärhälsovård | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten |
| Socialvård | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten |
| Specialiserad sjukvård | Österbotten | Österbotten | Österbotten | Mellersta Österbotten | Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten | Mellersta Österbotten |
| Motiveringar | Det här alternativet är i enlighet med det som fastställs i förslaget till social- och hälsovårdslagstiftning. Organiserings- och produktionsansvaret, finansieringen och den regionala demokratin bildar en helhet. | | Eventuella besök till den specialiserade sjukvården ligger på ett kortare avstånd. Valfriheten möjliggör detta redan i nuläget, och detta kommer heller inte att förändras | | Tjänsteproduktionen bildar en intakt helhet betraktat från kundens perspektiv. Betraktat från anordnarens perspektiv är det här en beställar-producentmodell | | En tydlig helhet för Mellersta Österbotten. Organiserings- och produktionsansvaret, finansieringen och den regionala demokratin bildar en helhet. | |
| Centrala förändringsbehov | Inga förändringsbehov | | Kräver en ändring av § 1 i lagen om ordnande av social- och hälsovård | | Ett eventuellt alternativ med iakttagande av de randvillkor som fastställs i social- och hälsovårdsutskottets betänkande. | | Kräver en landskapsförändring | |

Utöver dessa fyra alternativ har man också utvärderat olika kombinationer av dessa alternativ: I förslaget till social- och hälsovårdslag ska välfärdsområdena ordna och producera tjänster i områden av landskapsstorlek. En enskild kommun kan inte höra till ett landskap och till ett annat välfärdsområde.

ORGANISERING OCH PRODUKTION AV SERVICEN SAMT KUNDHANDLEDNING

| | ALTERNATIV 1: Österbotten ordnar och producerar | ALTERNATIV 2: Österbotten ordnar och producerar primärvårds- och socialvårdstjänsterna. Mellersta Österbotten producerar specialistsjukvårdstjänsterna. | ALTERNATIV 3: Österbotten ordnar, Mellersta Österbotten producerar | ALTERNATIV 4: Mellersta Österbotten ordnar och producerar |
|------------------------|--|--|--|---|
| Service nät | Österbottens välfärdsområde utvecklar social- och hälsovårdsservicenätet som helhet, även för Kronoby. En tydlig tyngdpunkt är att utveckla produktionen av närservice. Den specialiserade sjukvården i Vasa och ÅUCS specialupptagningsområde. | Österbottens välfärdsområde utvecklar social- och hälsovårdsservicenätet som helhet, även för Kronoby. En tydlig tyngdpunkt är att utveckla produktionen av närservice. Den specialiserade sjukvården i Karleby med tanke på avståndet. | Mellersta Österbottens primära uppgift är att utveckla servicenätet i det egna landskapet. Servicehelheten för Kronoby måste avtalas separat. Lagpropositionen stöder i dess nuvarande form inte denna modell. Kundhandledningen baseras på Österbottens verksamhetsmodeller och serviceproduktionen baseras på Mellersta Österbottens verksamhetsmodeller. | Mellersta Österbottens välfärdsområde utvecklar social- och hälsovårdsservicenätet som helhet, även för Kronoby. Den specialiserade sjukvården i Karleby och Uleåborgs universitetssjukhus specialupptagningsområde. |
| Styrkor | Naturligt verksamhets sätt för att trygga den tvåspråkiga servicen. Gemensam modell för ordnandet och serviceproduktionen. | Avståndet till den specialiserade sjukvården är kort för invånarna och kunderna i Kronoby. Praxisen för den specialiserade sjukvården förblir den samma som i nuläget. | Kort avstånd till den specialiserade sjukvården. Praxisen för den specialiserade sjukvården förblir den samma som i nuläget. Gemensam modell för serviceproduktion. | Kort avstånd till den specialiserade sjukvården. Den verksamhetsmodell som blivit etablerad ändras till ett permanent arrangemang. Gemensam modell för ordnandet och serviceproduktionen. |
| Utmaningar | Tillgången till arbetskraft, varaktig arbetskraft. Ganska lång väg till den specialiserade sjukvården och ännu längre väg till universitetssjukhuset. | Vårdkedjorna mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt mellan socialvården och den specialiserade sjukvården bryts. Vård på universitetssjukhus ordnas i ett annat samarbetsområde. | Demokratin tillgodoses i beslutsfattandet som gäller servicen. Fakturering enligt finansieringsmodellen för social- och hälsovården. | Utmaningar gällande byte av landskap – tidsåtgången och slutresultatet osäkert. |
| Kundhandledning | Sammanhängande kundhandledning i hela Österbottens välfärdsområde. | Kundhandledningen för den specialiserade sjukvården styr kunderna i Kronoby till en annan producents verksamhetsmodell, integreringen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården lider. | Kundhandledningen styr kunderna i Kronoby till en annan producents verksamhetsmodell. | Sammanhängande kundhandledning i hela Mellersta Österbotten och Kronoby. |

INVESTERINGAR, LÅNETAK OCH UTVÄRDERINGSFÖRFARANDE



| | ALTERNATIV 1: Österbotten ordnar och producerar | ALTERNATIV 2: Österbotten ordnar och producerar primärvårds- och socialvårdstjänsterna. Mellersta Österbotten producerar specialsjukvårdstjänsterna. | ALTERNATIV 3: Österbotten ordnar, Mellersta Österbotten producerar | ALTERNATIV 4: Mellersta Österbotten ordnar och producerar |
|---------------------------------------|---|---|--|--|
| Uppgörande av investeringsplan | Kronobys plan för investeringar i social- och hälsovården görs upp som en del av planen för Österbottens välfärdsområde och ÅUCS samarbetsområde. | Kronobys investeringsplan görs upp som en del av Österbottens välfärdsområdes plan. Mellersta Österbotten dimensionerar investeringarna för den specialiserade sjukvården i sin egen plan så att de också motsvarar Kronobys behov. | | Kronobys plan för investeringar i social- och hälsovården görs upp som en del av planen för Mellersta Österbottens välfärdsområde och Uleåborgs universitetssjukhus samarbetsområde. |
| Lånetak | Investeringarna i Kronoby granskas och man kommer överens om dem som en del av lånetakskalkylen för Österbottens välfärdsområde. | Investeringar gällande Kronobys specialiserade sjukvård behandlas som en extra servicehelhet genom avtal. | | Investeringarna i Kronoby granskas och man kommer överens om dem som en del av lånetakskalkylen för Mellersta Österbottens välfärdsområde. |
| Utvärderingsförfarande | Kronoby representeras genom Österbottens välfärdsområdesfullmäktige i utvärderingsförfaranden som eventuellt ordnas mellan SHM och välfärdsområdet. | Kronoby representeras genom Österbottens välfärdsområdesfullmäktige i utvärderingsförfaranden som eventuellt ordnas mellan SHM och välfärdsområdet. | | Kronoby representeras genom Mellersta Österbottens välfärdsområdesfullmäktige i utvärderingsförfaranden som eventuellt ordnas mellan SHM och välfärdsområdet. |

Lånefullmakt för välfärdsområdet som grundas och hur långt den täcker de planerade investeringarna

Österbotten (keur)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Maximalt lånebelopp baserat på låneskötselbidraget (10 x föregående års årsbidrag) | 28 655 | 83 961 | 100 188 | 90 904 | 110 520 |
| Prognostiserat lånebelopp för räkenskapsperiodens början | 85 485 | 95 126 | 148 945 | 148 945 | 148 945 |
| Lånefullmakt | -56 830 | -11 165 | -48 758 | -58 041 | -38 425 |
| Räkenskapsperiodens realiserade/planerade investeringar totalt (försäljningsintäkterna av anläggningstillgångar dragits av) | 32 415 | 50 564 | 90 013 | 44 781 | 33 148 |
| Mängden tilläggsinvestering som möjliggörs av lånetaket | -89 245 | -61 729 | -138 771 | -102 822 | -71 573 |
| Resultaträkningens årsbidrag (föregående år: bokslutsuppgifterna/ekonomiplanen) | 2 866 | 8 396 | 10 019 | 9 090 | 11 052 |
| Räntekostnader (föregående år: bokslutsuppgifter/ekonomiplan) | 363 | 403 | 478 | 478 | 478 |
| A) Resultaträkningens årsbidrag och räntekostnader totalt | 3 228 | 8 799 | 10 497 | 9 568 | 11 530 |
| Räntekostnader (föregående år: bokslutsuppgifter/ekonomiplan) | 363 | 403 | 478 | 478 | 478 |
| Kalkylerad amortering (begynnande balansräkningens lånebelopp/10) | 8 549 | 9 513 | 14 895 | 14 895 | 14 895 |
| B) Räntekostnader och den kalkylerade amorteringen totalt | 8 911 | 9 916 | 15 372 | 15 372 | 15 372 |
| Låneskötselbidrag | 0,4 | 0,9 | 0,7 | 0,6 | 0,8 |

*I enlighet med Finansministeriets anvisningar och för säkerhets skull har maximibeloppet för låneskötselbidraget här kalkylerats endast utgående från resultaträkningens årsbidrag, utan att ta räntekostnader i beaktande.
Källa: VSVD:s bokslut åren 2017–2020 samt budgetarna 2013; lagen om välfärdsområden § 15.

Lånefullmakten som implementeras år 2023 bestäms som skillnaden mellan det maximibelopp som baserar sig på välfärdsområdets kalkylmässiga låneskötselbidrag och det förväntade lånebeloppet (sammanlagda summan av lång- och kortfristiga lån) vid räkenskapsperiodens början. Räkneformeln för maximibeloppet för lånet som baserar sig på låneskötselbidraget förenklat: 10 x föregående års årsbidrag.*

Lånefullmakten för år 2023 kommer enligt 57 § i införelagelagen fastställas så att den kalkyleras utgående från uppgifterna i boksluten år 2021 och budgetarna för år 2022, vilka har uppgjorts av sjukvårdsdistriktet och specialomsorgsdistriktets samkommuner och som överförs till välfärdsområdet. Den ekonomiska utvecklingen och utvecklingen av lånestocken baseras på uppgifter från boksluten 2018–2020, budgeten 2021 samt ekonomiplanerna 2022–2023. De kursiverade talen har inte funnits i materialet och således ersatts med föregående års siffror.

Utgående från Österbottens ekonomiska situation och ekonomiplan kommer det kommande välfärdsområdets lånefullmakt år 2023 att vara negativ: -38 M€. Välfärdsområdet skulle inte kunna genomföra betydande investeringar år 2023.

I den här kalkylen har endast sjukvårdsdistriktet i Österbotten beaktats. Det här beror på att de övriga aktörerna är kommuner eller frivilliga samkommuner. Således överförs inte deras lån, investeringar eller lokaler till välfärdsområdet då det inleder sin verksamhet. Övriga aktörer påverkar välfärdsområdets lånefullmakt genom kostnaderna som överförs och hyror för verksamhetsutrymmen (effekten syns i välfärdsområdets årsbidrag).

För de övriga områdena i Österbotten är det därför viktigt att uppskatta investeringarna före år 2023. Den centrala frågan är om tilläggsinvesteringar ska göras före övergången till välfärdsområdet. Efter år 2023 kan aktörerna inte längre fatta beslut om investeringar inom social- och hälso- och sjukvården och räddningsväsendet. Beslutanderätten överförs till välfärdsområdet.

I kalkylen ska också beaktas, att då lånefullmakten samt eventuella tilläggsinvesteringar fastställs för år 2023, kommer dessa också att beaktas i det framtida välfärdsområdets andel av samarbetsområdets lånebelopp och investeringar. I kalkylen har inte heller investeringar i koppling till räddningsväsendet tagits i beaktande.

Dessutom är det bra att notera, att investeringsplanerna som presenteras i VSVD:s ekonomiplaner inte innefattar eventuella ny- eller reparationsinvesteringar för fastigheter som möjligen överförs från kommunerna, vilka också bör täckas inom ramen för lånefullmakten. Underhålls-, apparatur- samt diagnostikinvesteringar ska istället täckas inom driftsekonomin med hjälp av finansiering i form av allmänna medel.

Slutligen är det också bra att notera att det i den här kalkylens lånebeloppsprognos för år 2023 inte har beaktats finansiella leasingavtal som ingåtts, vilka enligt regeringens förslag ska bli jämställda med lån i lånefullmaktskalkylen (Regeringens proposition, sida 266).

Lånefullmakt för välfärdsområdet som grundas och hur långt den täcker de planerade investeringarna

Mellersta Österbotten (keur)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Maximalt lånebelopp baserat på låneskötselbidraget (10 x föregående års årsbidrag) | | -23 577 | 83 462 | 69 964 | 82 146 |
| Prognostiserat lånebelopp för räkenskapsperiodens början | 6 812 | 24 249 | 31 684 | 39 519 | 39 519 |
| Lånefullmakt | -30 389 | 59 213 | 38 280 | 42 627 | 45 423 |
| Räkenskapsperiodens realiserade/planerade investeringar totalt (försäljningsintäkterna av anläggningstillgångar dragits av) | | 7 633 | 13 823 | 14 739 | 12 290 |
| | -38 | | | | |
| Mängden tilläggsinvestering som möjliggörs av lånetaket | 022 | 45 390 | 23 541 | 30 337 | 33 373 |
| Resultaträkningens årsbidrag (föregående år: bokslutsuppgifter/ekonomiplanen) | -2 398 | 8 225 | 6 838 | 8 017 | 8 178 |
| Räntekostnader (föregående år: bokslutsuppgifter/ekonomiplan) | 40 | 121 | 158 | 198 | 316 |
| A) Resultaträkningens årsbidrag och räntekostnader totalt | -2 358 | 8 346 | 6 996 | 8 215 | 8 494 |
| Räntekostnader (föregående år: bokslutsuppgifter/ekonomiplan) | 40 | 121 | 158 | 198 | 316 |
| Kalkylerad amortering (begynnande balansräkningens lånebelopp/10) | 681 | 2 425 | 3 168 | 3 952 | 3 952 |
| B) Räntekostnader och den kalkylerade amorteringen totalt | 721 | 2 546 | 3 327 | 4 149 | 4 268 |
| C) Kalkylmässigt låneskötselbidrag = A / B | -3,27 | 3,28 | 2,10 | 1,98 | 1,99 |

*I enlighet med Finansministeriets anvisningar och för säkerhets skull har maximibeloppet för låneskötselbidraget här kalkylerats endast utgående från resultaträkningens årsbidrag, utan att ta räntekostnader i beaktande.

Källa: VSVD:s bokslut åren 2017–2020 samt budgetarna 2013; lagen om välfärdsområden § 15.

Lånefullmakten som implementeras år 2023 bestäms som skillnaden mellan det maximibelopp som baserar sig på välfärdsområdets kalkylmässiga låneskötselbidrag och det förväntade lånebeloppet (sammanlagda summan av lång- och kortfristiga lån) vid räkenskapsperiodens början. Räkneformeln för maximibeloppet för lånet som baserar sig på låneskötselbidraget förenklat: 10 x föregående års årsbidrag.*

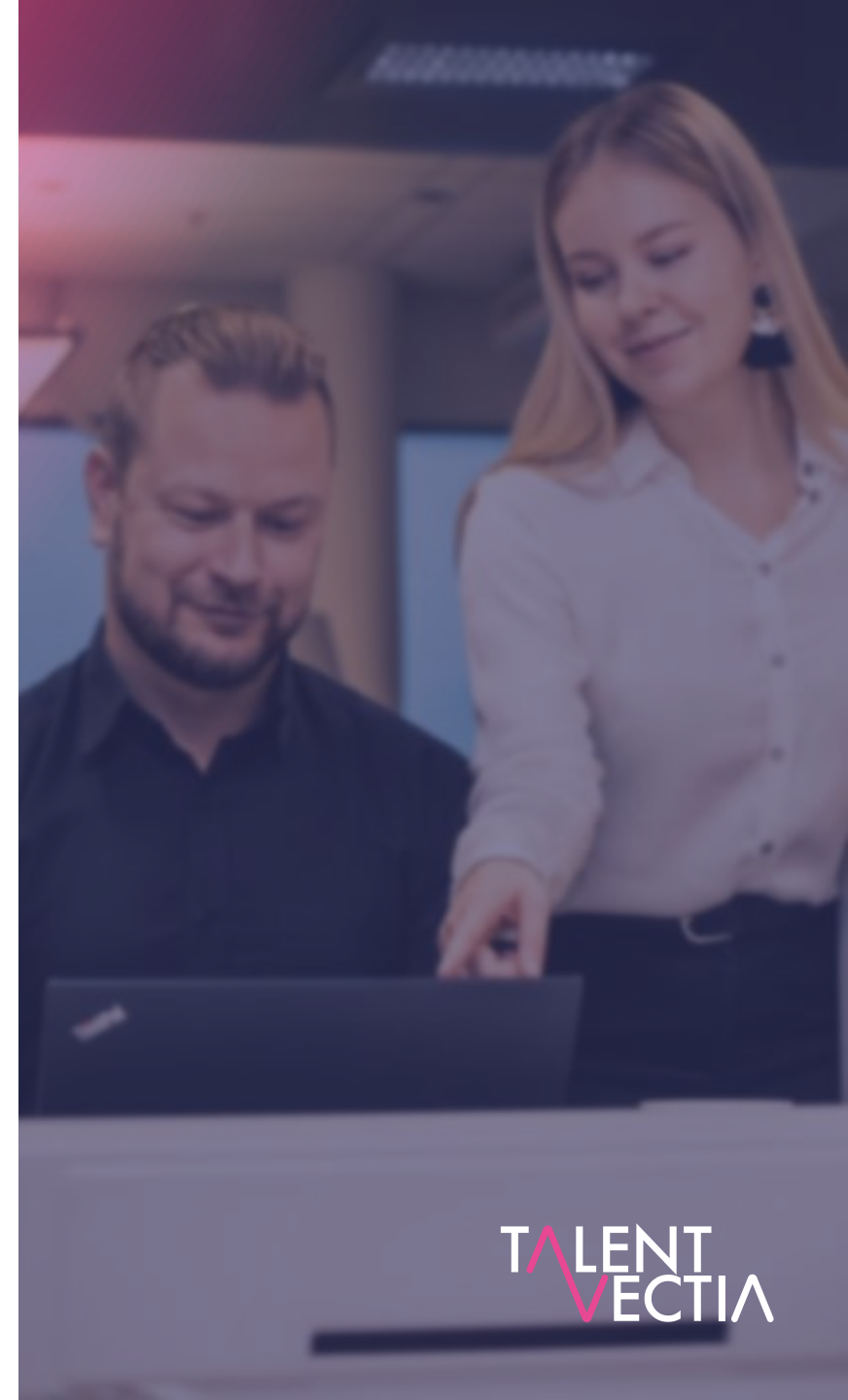
Lånefullmakten för år 2023 kommer enligt 57 § i införandelagen fastställas så att den kalkyleras utgående från uppgifterna i boksluten år 2021 och budgetarna för år 2022, vilka har uppgjorts av sjukvårdsdistrikten och specialomsorgsdistriktens samkommuner och som överförs till välfärdsområdet. Den ekonomiska utvecklingen och utvecklingen av lånestocken baseras på uppgifter från boksluten 2018–2020, budgeten 2021 samt ekonomiplanerna 2022–2023. De kursiverade talen har inte funnits i materialet och således ersatts med föregående års siffror.

Utgående från Mellersta Österbottens ekonomiska situation och ekonomiplan kommer det kommande välfärdsområdets lånefullmakt år 2023 att vara negativ: 45 M€. Välfärdsområdet kan genomföra investeringar år 2023.

SLUTSATSER OCH VERKSAMHETSRELATERADE FRÅGOR SOM MÅSTE AVGÖRAS

| | ALTERNATIV 1: Österbotten ordnar och producerar | ALTERNATIV 2: Österbotten ordnar och producerar primärvårds- och socialvårdstjänsterna. Mellersta Österbotten producerar specialsjukvårdstjänsterna | ALTERNATIV 3: Österbotten ordnar, Mellersta Österbotten producerar | ALTERNATIV 4: Mellersta Österbotten ordnar och producerar |
|---|---|--|---|--|
| Slutsatser | Den riktning som bereds av lagstiftaren. Planeringen och verkställandet sker i enlighet med den process och tidtabell som beskrivs i social- och hälsovårdslagstiftningen. | I det här alternativet iakttas det sätt på vilket tjänsterna används för närvarande i Kronobytrakten, men det kräver preciseringar i lagstiftningen. Enligt den nuvarande lagstiftningen ges kunden en valfrihet. Österbottens välfärdsområde har till uppgift att svara för primärvården, socialvården och den specialiserade sjukvården. | Ett eventuellt alternativ med iakttagande av de randvillkor som fastställs i social- och hälsovårdsutskottets betänkande. Måste överensstämman men den gällande lagstiftningen. | En riktning som är linje med social- och hälsovårdslagstiftningen samt kräver att Kronoby överförs till ett annat landskap. Överföringen kommer eventuellt ta 2–3 i anspråk och slutresultatet är förknippat med ovisshet. |
| Iakttagelser och frågor som kräver en lösning | Eventuell överföring av Soites anställda som arbetar i Kronoby till Österbottens välfärdsområde. Överföring av fastigheter som Soite eventuellt äger eller hyr i Kronoby i Österbottens välfärdsområdes bruk. Täckande av Soites över- eller underskott innan välfärdsområdena inleder sin verksamhet. Beskrivning och förnyande av de nuvarande kundstigarna, österbottningarnas användning av Soites specialiserade sjukvård, angivet i volym per specialitet. | Utöver det som beskrivits i alternativ 1: Beslut om formen på och omfattningen av samarbetet mellan välfärdsområdena måste tas i fråga om den specialiserade sjukvården. Utgångspunkten är ett samarbetsavtal och ett gemensamt organ som följer upp produktionen av de valda specialsjukvårds- och primärvårdstjänsterna. Exempelvis jourtjänsterna Förverkligande av det mål som uppställts för vårdreformen, nämligen att integrera primärvården och socialvården med den specialiserade sjukvården. Skapande av en kundstyrningsmodell för serviceproduktionen i två olika välfärdsområden, i syfte att uppnå ett effektivt verkställande. Skapande av en ekonomisk modell för välfärdsområdena, vilken bygger på en invånarbaserad finansiering av den specialiserade sjukvården. Faktureringsberäkning och operativt genomförande som utgår från en prissättning som grundar sig på självkostnadsprincipen. Beskrivning av verksamheten och syftet med verksamheten i syfte att ta fram ett samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga områdena. | Det kan bli svårt att tillhandahålla jämlika tjänster i hela välfärdsområdet. Hur ska man från ett helhetsperspektiv motivera det sätt på vilket tjänsterna ordnas och produceras i visst geografiskt område. Enligt lagstiftaren är Österbotten i princip ålagd att ordna, producera och trygga social- och hälsovårdstjänsterna inom sitt område. Utläggningar av helheter begränsas även inom den privata sektorn. Bakgrund Anordnandelagen 8 § (12 §) Lagen om välfärdsområdet 9 § FvUU 12/2021 rd | Beslut om byte av landskap inom ramen för den nuvarande eller den nya eventuella social- och hälsovårdslagstiftningen. |

BILAGA 1: BAKGRUNDSINFORMATION OM FINANSIERINGEN AV SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN



KRONOBYS SERVICEBEHOV OCH FINANSIERING I FÖRHÅLLANDE TILL ÖSTERBOTTEN OCH MELLERSTA ÖSTERBOTTEN ÅR 2020



ÖSTERBOTTEN

| | Service-koefficient | Total koefficient | Grund-priser | Behovs-korrigerad finansiering av vården | Invånar-antal | Främ-mande språk | Två-språkighet | Invånartäthet | Skärgård | Hälso-och välfärds-kriterium | Beräknings-mässig finansiering | Befolk-ning | Kalkylerad total finansiering |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|--|---------------|------------------|----------------|---------------|-----------|------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------------------------|
| Koefficient för hälso- och sjukvård | 0,937 | 0,554 | 1 704 | 1 596 | | | | | | | | | |
| Koefficient för äldreomsorg | 1,000 | 0,198 | 570 | 569 | | | | | | | | | |
| Koefficient för socialvård | 0,837 | 0,176 | 607 | 508 | | | | | | | | | |
| TOTALT | | 0,928 | | 2 673 | 475 | 69 | 195 | 40 | 19 | 35 | 3 507 | 169 684 | 595 087 895 |

KRONOBY

| | Service-koefficient | Total koefficient | Grund-priser | Behovs-korrigerad finansiering av vården | Invånar-antal | Främ-mande språk | Två-språkighet | Invånartäthet | Skärgård | Hälso-och välfärds-kriterium | Beräknings-mässig finansiering | Befolk-ning | Kalkylerad total finansiering |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|--|---------------|------------------|----------------|---------------|----------|------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Koefficient för hälso- och sjukvård | 0,947 | 0,560 | 1 704 | 1 614 | | | | | | | | | |
| Koefficient för äldreomsorg | 1,241 | 0,245 | 570 | 707 | | | | | | | | | |
| Koefficient för socialvård | 0,870 | 0,183 | 607 | 528 | | | | | | | | | |
| TOTALT | | 0,989 | | 2 849 | 475 | 49 | 195 | 56 | 0 | 35 | 3 658 | 6 509 | 23 810 250 |

MELLERSTA ÖSTERBOTTEN

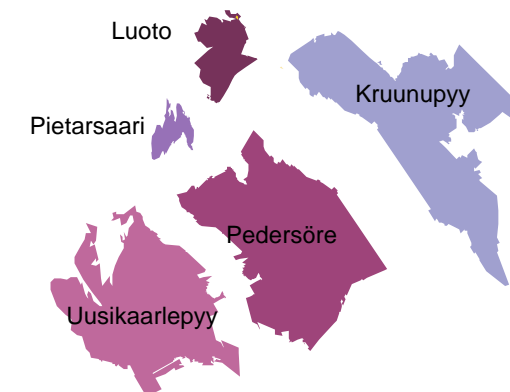
| | Service-koefficient | Total koefficient | Grund-priser | Behovs-korrigerad finansiering av vården | Invånar-antal | Främ-mande språk | Två-språkighet | Invånartäthet | Skärgård | Hälso-och välfärds-kriterium | Beräknings-mässig finansiering | Befolk-ning | Kalkylerad total finansiering |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|--|---------------|------------------|----------------|---------------|----------|------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|
| Koefficient för hälso- och sjukvård | 1,049 | 0,621 | 1 704 | 1 787 | | | | | | | | | |
| Koefficient för äldreomsorg | 1,104 | 0,218 | 570 | 629 | | | | | | | | | |
| Koefficient för socialvård | 1,080 | 0,227 | 607 | 655 | | | | | | | | | |
| TOTALT | | 1,066 | | 3 071 | 475 | 29 | 35 | 71 | 0 | 35 | 3 715 | 68 437 | 254 254 576 |

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN I DET NORRA OMRÅDET – NETTOKOSTNADER OCH KALKYLERAD FINANSIERING

NETTOKOSTNADERNA FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Larsmo | 2 546 | 2 641 | 2 632 | 2 693 | 2 887 |
| Pedersöre kommun | 2 945 | 2 974 | 2 894 | 2 946 | 3 218 |
| Jakobstad | 3 609 | 3 710 | 3 298 | 3 835 | 3 914 |
| Nykarleby | 3 450 | 3 271 | 3 332 | 3 454 | 3 788 |
| Kronoby | 3 310 | 3 411 | 3 338 | 3 515 | 3 545 |
| GENOMSNITT | 3 306 | 3 338 | 3 139 | 3 421 | 3 607 |

Pedersöres, Nykarlebys och Kronobys nettokostnader för social- och hälsovården har under de senaste åren varit inbördes jämförbara. Larsmos kostnader är avsevärt lägre, medan Jakobstads kostnader är en aning högre. Kronobys förverkligade nettokostnader för social- och hälsovården är 42 euro/invånare högre än i hela Österbotten, men 157 euro/invånare lägre än Kronobys kalkylerade finansiering och 165 euro/invånare lägre än Mellersta Österbottens kalkylerade finansiering.



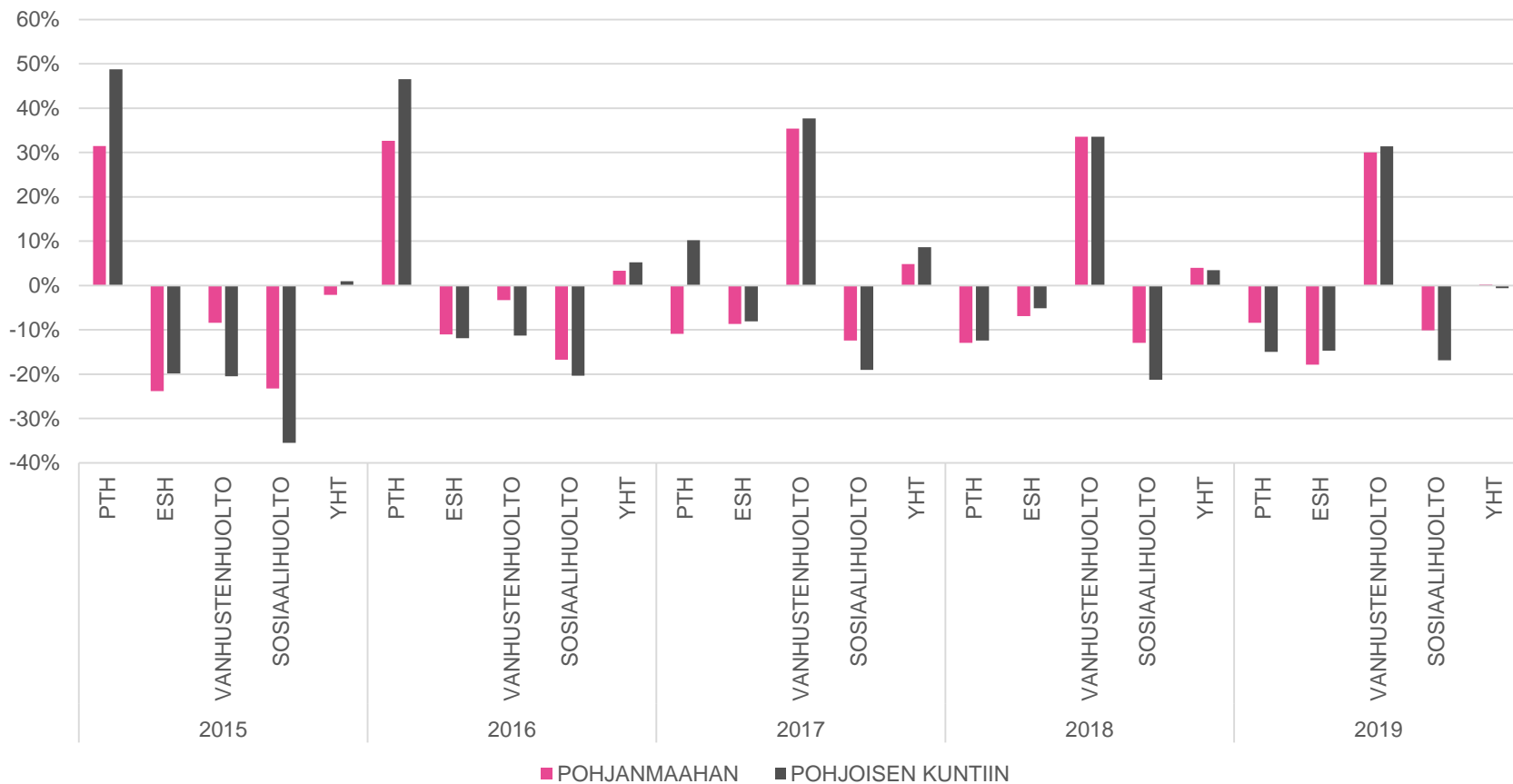
INVÅNARANTAL

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Larsmo | 5 147 | 5 176 | 5 264 | 5 340 | 5 417 |
| Pedersöre kommun | 11 129 | 11 067 | 11 084 | 11 016 | 11 081 |
| Jakobstad | 19 436 | 19 377 | 19 379 | 19 278 | 19 208 |
| Nykarleby | 7 564 | 7 516 | 7 521 | 7 455 | 7 464 |
| Kronoby | 6 682 | 6 620 | 6 531 | 6 509 | 6 428 |

KALKYLERAD FINANSIERING OCH NETTOKOSTNADER

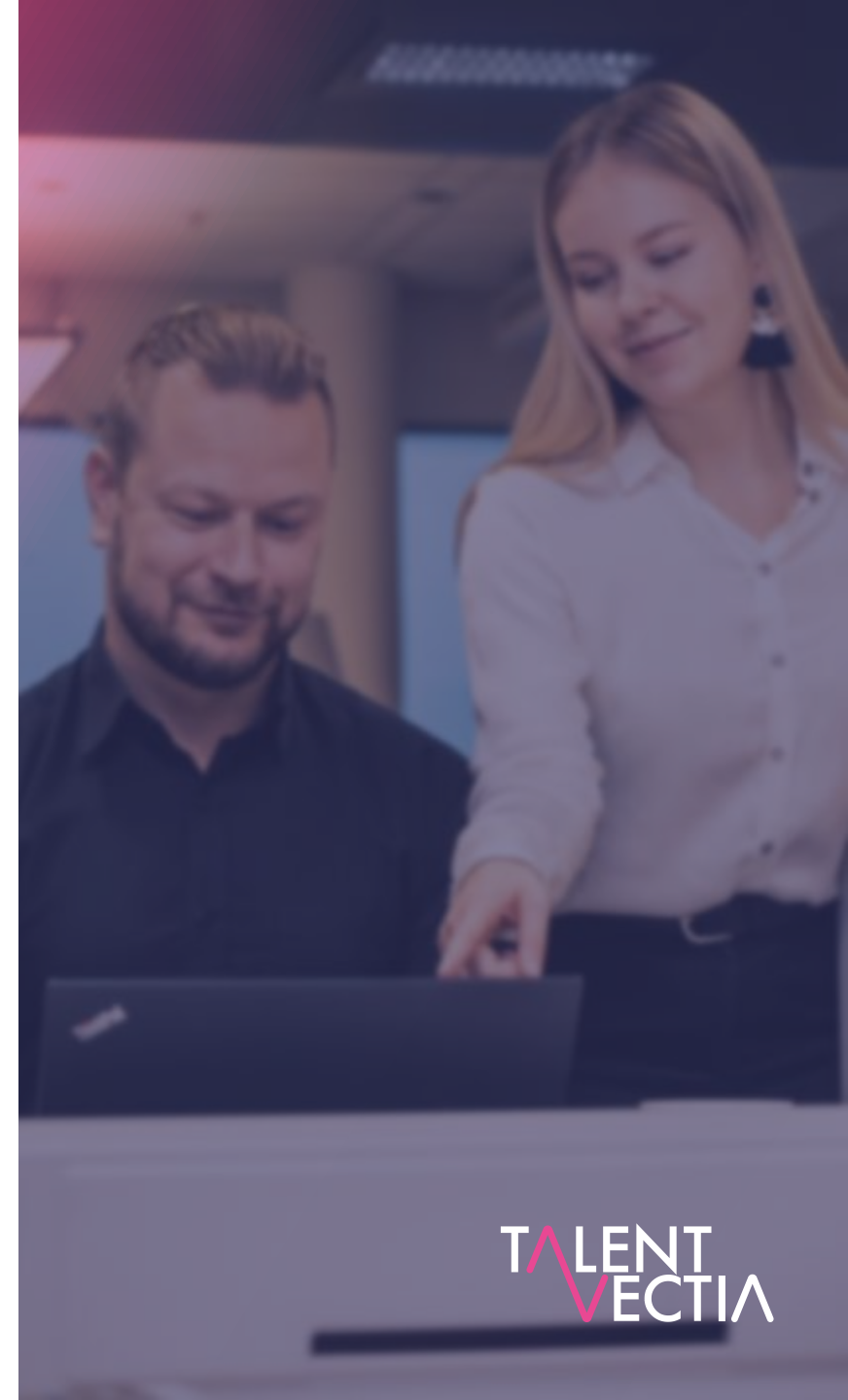
| | Österbotten | Kronoby | Mellersta Österbotten |
|--|-------------|------------|-----------------------|
| Kalkylerad finansiering | 3 502 | 3 701 | 3 710 |
| Kronobys nettokostnader för social- och hälsovården (2019) | 3 545 | 3 545 | 3 545 |
| Skillnad | -42 | 157 | 165 |

Kronobys social- och hälsovårdskostnader i jämförelse med hela Österbotten och kommunerna i norr 2015–2019



Kostnaderna för den specialiserade sjukvården har i Kronoby systematiskt varit lägre än i det norra Österbotten.

**BILAGA 2: UPPGIFTER OM
BEFOLKNINGSUTVECKLINGEN I
ÖSTERBOTTEN OCH MELLERSTA
ÖSTERBOTTEN**



Invånarantalet och befolkningsförändringen i kommunerna i Österbotten och hur förändringen påverkar finansieringen av social- och hälsovården

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Kaskö | 1 285 | 1 296 | 1 274 | 1 262 | 1 246 | 1 232 | 1 221 | 1 209 | 1 200 | 1 192 | 1 184 | 1 176 | 1 168 | 1 161 | 1 153 |
| Korsnäs | 2 201 | 2 171 | 2 154 | 2 122 | 2 077 | 2 084 | 2 069 | 2 058 | 2 049 | 2 040 | 2 032 | 2 022 | 2 014 | 2 004 | 1 992 |
| Kristinestad | 6 793 | 6 727 | 6 638 | 6 596 | 6 486 | 6 422 | 6 354 | 6 294 | 6 239 | 6 189 | 6 141 | 6 096 | 6 051 | 6 006 | 5 960 |
| Kronoby | 6 682 | 6 620 | 6 531 | 6 509 | 6 428 | 6 427 | 6 390 | 6 353 | 6 319 | 6 284 | 6 249 | 6 215 | 6 180 | 6 145 | 6 110 |
| Laihela | 8 090 | 8 139 | 8 051 | 8 058 | 8 017 | 8 089 | 8 092 | 8 086 | 8 079 | 8 065 | 8 049 | 8 029 | 8 007 | 7 978 | 7 946 |
| Larsmo | 5 147 | 5 176 | 5 264 | 5 340 | 5 417 | 5 448 | 5 500 | 5 552 | 5 599 | 5 644 | 5 685 | 5 725 | 5 763 | 5 800 | 5 835 |
| Malax | 5 545 | 5 517 | 5 477 | 5 477 | 5 475 | 5 428 | 5 407 | 5 390 | 5 374 | 5 358 | 5 340 | 5 323 | 5 302 | 5 278 | 5 250 |
| Korsholm | 19 302 | 19 380 | 19 384 | 19 444 | 19 448 | 19 521 | 19 550 | 19 567 | 19 574 | 19 570 | 19 560 | 19 542 | 19 522 | 19 493 | 19 456 |
| Närpes | 9 387 | 9 439 | 9 507 | 9 471 | 9 479 | 9 481 | 9 491 | 9 504 | 9 518 | 9 535 | 9 551 | 9 563 | 9 575 | 9 584 | 9 592 |
| Pedersöre kommun | 11 129 | 11 067 | 11 084 | 11 016 | 11 081 | 10 993 | 10 978 | 10 964 | 10 947 | 10 927 | 10 907 | 10 882 | 10 854 | 10 824 | 10 793 |
| Jakobstad | 19 436 | 19 377 | 19 379 | 19 278 | 19 208 | 19 074 | 18 978 | 18 880 | 18 785 | 18 697 | 18 606 | 18 514 | 18 423 | 18 335 | 18 245 |
| Nykarleby | 7 564 | 7 516 | 7 521 | 7 455 | 7 464 | 7 416 | 7 397 | 7 380 | 7 361 | 7 343 | 7 321 | 7 295 | 7 263 | 7 230 | 7 199 |
| Vasa | 67 619 | 67 620 | 67 392 | 67 552 | 67 636 | 67 876 | 68 012 | 68 136 | 68 252 | 68 364 | 68 469 | 68 571 | 68 666 | 68 758 | 68 843 |
| Vörå | 6 714 | 6 684 | 6 616 | 6 613 | 6 461 | 6 558 | 6 540 | 6 520 | 6 500 | 6 478 | 6 457 | 6 432 | 6 404 | 6 370 | 6 337 |
| TOTALT | 176 894 | 176 729 | 176 272 | 176 193 | 175 923 | 176 049 | 175 979 | 175 893 | 175 796 | 175 686 | 175 551 | 175 385 | 175 192 | 174 966 | 174 711 |
| Årlig förändring i invånarantalet | | -165 | -457 | -79 | -270 | 126 | -70 | -86 | -97 | -110 | -135 | -166 | -193 | -226 | -255 |
| Hur förändringen i invånarantalet påverkar finansieringsbeloppet (meur) | | | | | | | | | -0,3 | -0,4 | -0,4 | -0,5 | -0,6 | -0,7 | -0,6 |

Invånarantalet och befolkningsförändringen i kommunerna i Mellersta Österbotten och hur förändringen påverkar finansieringen av social- och hälsovården

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Halso | 1 225 | 1 219 | 1 171 | 1 165 | 1 127 | 1 125 | 1 107 | 1 095 | 1 082 | 1 069 | 1 059 | 1 049 | 1 037 | 1 026 | 1 018 |
| Kannus | 5 590 | 5 578 | 5 520 | 5 502 | 5 464 | 5 402 | 5 355 | 5 310 | 5 268 | 5 226 | 5 186 | 5 148 | 5 117 | 5 082 | 5 049 |
| Kaustby | 4 305 | 4 298 | 4 309 | 4 273 | 4 261 | 4 247 | 4 237 | 4 222 | 4 208 | 4 192 | 4 177 | 4 158 | 4 141 | 4 124 | 4 104 |
| Karleby | 47 570 | 47 723 | 47 723 | 47 657 | 47 681 | 47 729 | 47 752 | 47 763 | 47 767 | 47 764 | 47 746 | 47 715 | 47 671 | 47 618 | 47 551 |
| Lestijärvi | 798 | 811 | 789 | 737 | 719 | 700 | 686 | 673 | 661 | 651 | 641 | 632 | 624 | 616 | 609 |
| Perho | 2 931 | 2 907 | 2 860 | 2 825 | 2 759 | 2 780 | 2 757 | 2 733 | 2 710 | 2 683 | 2 658 | 2 632 | 2 606 | 2 580 | 2 555 |
| Toholampi | 3 311 | 3 232 | 3 192 | 3 112 | 3 033 | 3 007 | 2 955 | 2 906 | 2 856 | 2 809 | 2 765 | 2 721 | 2 678 | 2 635 | 2 596 |
| Vetil | 3 302 | 3 259 | 3 216 | 3 166 | 3 114 | 3 092 | 3 057 | 3 019 | 2 984 | 2 951 | 2 915 | 2 880 | 2 846 | 2 810 | 2 774 |
| TOTALT | 69 032 | 69 027 | 68 780 | 68 437 | 68 158 | 68 082 | 67 906 | 67 721 | 67 536 | 67 345 | 67 147 | 66 935 | 66 720 | 66 491 | 66 256 |
| Årlig förändring i invånarantalet | | -5 | -247 | -343 | -279 | -76 | -176 | -185 | -185 | -191 | -198 | -212 | -215 | -229 | -235 |
| Hur förändringen i invånarantalet påverkar finansieringsbeloppet (meur) | | | | | | | | | -0,7 | -0,8 | -0,8 | -0,8 | -0,9 | -0,9 | -0,7 |

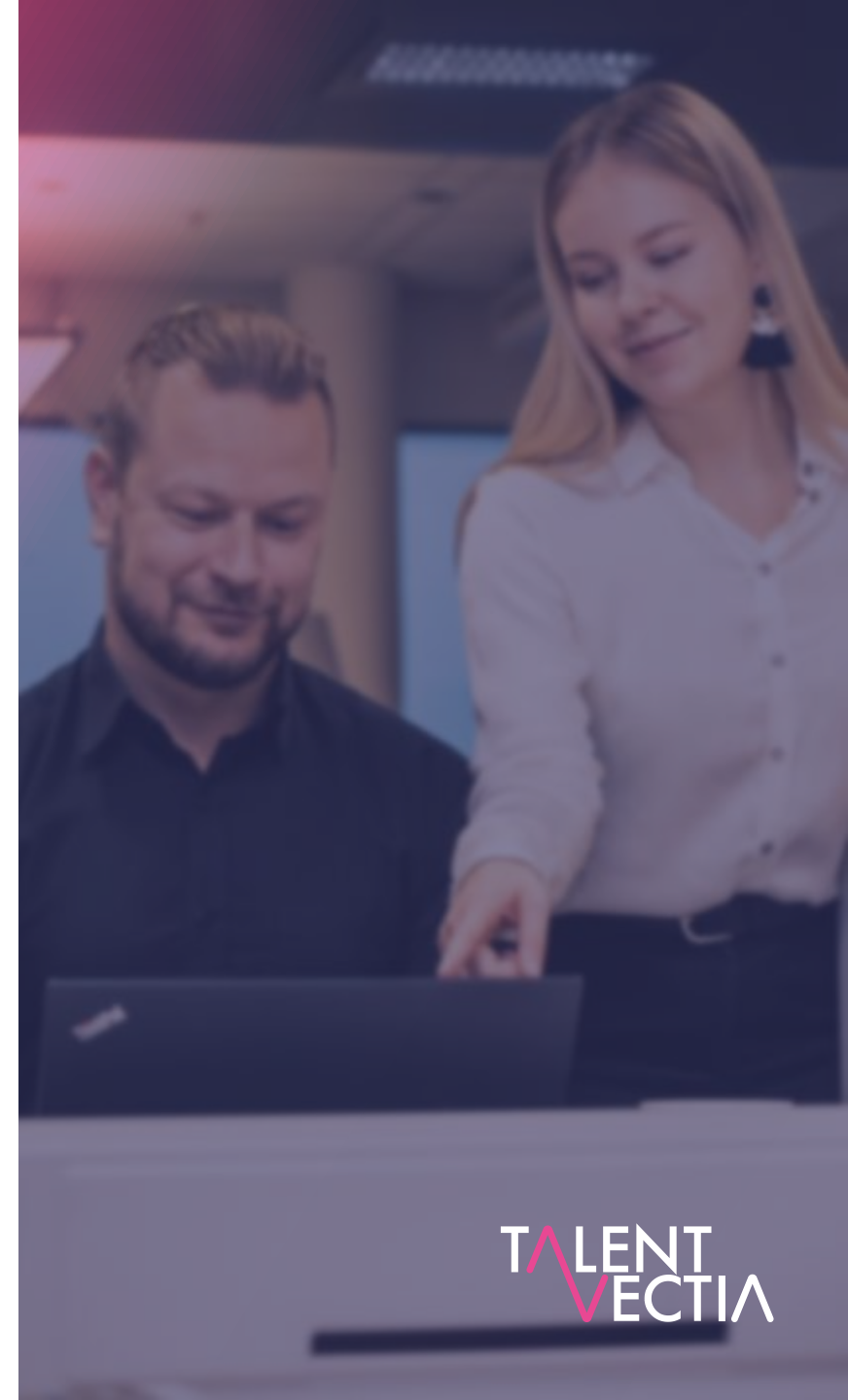
Den proportionella befolkningsförändringen i Österbotten

| 2030 | 0 - 6 | 7 - 17 | 18 -64 | 65 -74 | 75 - 84 | >84 | TOTALT | 2040 | 0 - 6 | 7 - 17 | 18 -64 | 65 -74 | 75 - 84 | >84 | TOTALT |
|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Kaskö | -35 % | -13 % | -15 % | -28 % | 49 % | 75 % | -6 % | Kaskö | -39 % | -31 % | -21 % | -39 % | 16 % | 192 % | -13 % |
| Korsnäs | -19 % | -2 % | -7 % | -13 % | 24 % | 16 % | -4 % | Korsnäs | -26 % | -17 % | -11 % | -25 % | 7 % | 73 % | -10 % |
| Kristinestad | -12 % | 4 % | -16 % | -22 % | 32 % | 17 % | -7 % | Kristinestad | -15 % | -4 % | -21 % | -41 % | 7 % | 76 % | -14 % |
| Kronoby | -12 % | -22 % | -5 % | -13 % | 31 % | 18 % | -5 % | Kronoby | -15 % | -32 % | -10 % | -25 % | 17 % | 74 % | -10 % |
| Laihela | -16 % | -20 % | -2 % | -13 % | 51 % | 31 % | -2 % | Laihela | -19 % | -35 % | -7 % | -17 % | 34 % | 126 % | -6 % |
| Larsmo | -4 % | -1 % | 8 % | 5 % | 38 % | 50 % | 7 % | Larsmo | -3 % | -6 % | 12 % | 15 % | 49 % | 133 % | 11 % |
| Malax | -14 % | -9 % | -5 % | -11 % | 17 % | 31 % | -3 % | Malax | -18 % | -20 % | -10 % | -21 % | 6 % | 75 % | -8 % |
| Korsholm | -12 % | -13 % | -1 % | -7 % | 35 % | 34 % | -1 % | Korsholm | -14 % | -25 % | -6 % | -5 % | 28 % | 107 % | -3 % |
| Närpes | -3 % | 13 % | -1 % | -12 % | 16 % | 11 % | 1 % | Närpes | -6 % | 10 % | 0 % | -20 % | 3 % | 43 % | 0 % |
| Pedersöre kommun | -10 % | -16 % | -2 % | -5 % | 34 % | 49 % | -2 % | Pedersöre kommun | -12 % | -25 % | -6 % | -10 % | 29 % | 132 % | -5 % |
| Jakobstad | -12 % | -15 % | -4 % | -15 % | 15 % | 31 % | -4 % | Jakobstad | -14 % | -24 % | -9 % | -22 % | 1 % | 70 % | -9 % |
| Nykarleby | -14 % | -14 % | -2 % | -17 % | 20 % | 29 % | -3 % | Nykarleby | -16 % | -25 % | -6 % | -20 % | 1 % | 80 % | -7 % |
| Vasa | -8 % | -13 % | 2 % | -9 % | 29 % | 31 % | 1 % | Vasa | -9 % | -21 % | 1 % | -11 % | 21 % | 94 % | 0 % |
| Vörå | -18 % | -1 % | -8 % | -8 % | 25 % | 20 % | -4 % | Vörå | -21 % | -14 % | -12 % | -25 % | 19 % | 67 % | -9 % |
| TOTALT | -10 % | -11 % | -1 % | -11 % | 28 % | 29 % | -1 % | TOTALT | -12 % | -21 % | -4 % | -16 % | 16 % | 88 % | -3 % |

Den proportionella befolkningsförändringen i Mellersta Österbotten

| 2030 | 0 - 6 | 7 - 17 | 18 -64 | 65 -74 | 75 - 84 | >84 | TOTALT | 2040 | 0 - 6 | 7 - 17 | 18 -64 | 65 -74 | 75 - 84 | >84 | TOTALT |
|------------|-------|--------|--------|--------|---------|------|--------|------------|-------|--------|--------|--------|---------|-------|--------|
| Halso | -9 % | -16 % | -13 % | -25 % | 34 % | 9 % | -9 % | Halso | -16 % | -26 % | -20 % | -40 % | 8 % | 50 % | -17 % |
| Kannus | -11 % | -16 % | -12 % | -12 % | 51 % | 28 % | -6 % | Kannus | -15 % | -27 % | -17 % | -36 % | 40 % | 114 % | -13 % |
| Kaustby | -21 % | -18 % | -4 % | -5 % | 34 % | 24 % | -4 % | Kaustby | -23 % | -35 % | -10 % | -15 % | 31 % | 89 % | -9 % |
| Karleby | -12 % | -13 % | 0 % | -14 % | 41 % | 39 % | -1 % | Karleby | -15 % | -25 % | -3 % | -18 % | 26 % | 122 % | -3 % |
| Lestijärvi | -32 % | -26 % | -30 % | 9 % | 53 % | -9 % | -12 % | Lestijärvi | -35 % | -49 % | -39 % | -32 % | 73 % | 74 % | -20 % |
| Perho | -14 % | -21 % | -7 % | -25 % | 47 % | 25 % | -8 % | Perho | -18 % | -33 % | -11 % | -52 % | 17 % | 107 % | -16 % |
| Toholampi | -23 % | -35 % | -16 % | -14 % | 20 % | 30 % | -14 % | Toholampi | -27 % | -51 % | -26 % | -35 % | 8 % | 75 % | -24 % |
| Vetil | -13 % | -32 % | -12 % | -27 % | 48 % | 12 % | -10 % | Vetil | -13 % | -42 % | -22 % | -44 % | 13 % | 88 % | -19 % |

BILAGA 3: TIDTABELLEN FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSREFORMEN



Tidtabellen för social- och hälsovårdsreformen

