

Finansministeriet
kirjaamo.vm@gov.fi

VN/13749/2025

Österbottens välfärdsområdes sakkunnigutlåtande till finansministeriet om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering samt ändring av lagen om främjande av skärgårdens utveckling

Inledning

Finansministeriet ber om ert utlåtande om utkastet till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering samt ändring av lagen om främjande av skärgårdens utveckling. Genom propositionen genomförs de ändringar i den tredje fasen av utvecklingen av finansieringsmodellen för välfärdsområdena som ingår i regeringsprogrammet samt vissa andra ändringar som avses träda i kraft 2027.

Föreslagna ändringar

Bestämmelser om den uppskattade årliga ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården som ska beaktas när nivån på välfärdsområdenas finansiering för hela landet fastställs för finansåret utfärdas för 2027–2030 utifrån den modell för social- och hälsovårdstjänster som Institutet för hälsa och välfärd (THL) upprätthåller. Det är fråga om en uppdatering av teknisk natur.

För att genomföra besparingar i statsfinanserna föreslås det att 60 procent av den årliga ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården ska beaktas i finansieringen från och med 2027 i stället för 80 procent i den gällande lagen. Dessutom föreslås det att den temporära höjningen på 0,2 procentenhet för beaktande av det ökade servicebehovet slopas från och med 2028. Det föreslås att besparingen riktas till alla välfärdsområden utifrån bestämningsfaktorerna för finansieringen av social- och hälsovården.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Österbottens välfärdsområde anser det vara viktigt att bedömningen av ökningen av servicebehovet baserar sig på en förutsägbar modell. För närvarande är det informationsunderlag som servicebehovet baserar sig på



ändå trasigt och manipuleringsbart, varför välfärdsområdenas verkliga servicebehov inte är känt.

Vi betonar också att tillräckligheten av finansieringen bör granskas i förhållande till den faktiska utvecklingen av kostnads- och servicebehovet. Den nollsummelogik som finansieringen baserar sig på gör systemet orättvist, vilket innebär att servicebehovet och finansieringen avsevärt kommer att differentieras i flera områden.

I modellen för social- och hälsovårdstjänsterna bedöms ökningen i servicebehovet enbart utifrån de årliga förändringarna i invånarantalet och ålders- och könsstrukturen. I alla andra avseenden antar man att situationen inte ändrar överhuvudtaget.

När servicebehovet enligt den förenklade modellen för social- och hälsovårdstjänsterna år 2026 kommer att öka med 1,02 % ersätts den här ökningen proportionellt till 80 % + absolut 0,2 %, vilket proportionellt blir totalt 96 %. Efter de föreslagna förändringarna kommer en motsvarande tillväxt att ersättas endast till 60 %, vilket betyder att knappt hälften av ökningen av servicebehovet inte kommer att ersättas.

Det här leder till att skillnaden mellan befolkningens servicebehov och det tillgängliga utbudet blir allt större. Efter alla de åtstramningsåtgärder som vidtagits redan tidigare blir det omöjligt att uppnå några ytterligare besparingar genom en effektivisering av verksamheten.

Österbottens välfärdsområde förhåller sig mycket kritiskt till att ökningen av servicebehovet beaktas till 60 procent samt att den tidsbundna höjningen på 0,2 procentenheter slopas.

De föreslagna ändringarna minskar finansieringen på riksnivå i ett läge där välfärdsområdena redan håller på att vidta omfattande spar- och anpassningsåtgärder.

Vi är starkt av den åsikten att inga nya element som stramar åt finansieringen borde införas i detta skede. Ytterligare åtstramningar äventyrar organiseringen av servicen. Staten borde ta i beaktande att välfärdsområdena gjorde ett avsevärt bättre resultat år 2025, vilket innebär att finansieringen av välfärdsområdena minskar i samma proportion år 2027, vilket borde tas i beaktande i sparkraven. Alternativt borde välfärdsområdenas skyldighet att täcka underskotten ses över eller så borde staten inskränka utöver finansieringen även det nationella servicelöftet/-utbudet inom social- och hälsovården i samma mån.

Det föreslås att sparåtgärdernas konsekvenser kompenseras genom att finansieringsandelen för bestämningsfaktorn för servicebehovet höjs med en procentenhet och den invånarbaserade andelen minskas på motsvarande sätt 2028. Detta tryggar jämlika förutsättningar för ordnande av service i de områden där invånarnas servicebehov är stort och finansieringen ökar långsammare än i andra områden på grund av den ringa befolkningstillväxten.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Den föreslagna ändringen av finansieringens viktstruktur ökar inte det totala finansieringsbeloppet, utan omdirigerar besparingarna mellan de olika välfärdsområdena.

För närvarande tilldelas cirka 13 % av finansieringen enbart på basis av invånarantalet (s.k. ren kapitation), samtidigt som också cirka 80–81 % tilldelas på basis av invånarantalet, men med en viktad behovskoefficient, medan den resterande cirka 6 procenten tilldelas på basis av omständighetsfaktorer. Det ideala skulle naturligtvis vara om det fanns en stabil och exakt mätare för bedömningen av servicebehovet, och inte en manipuleringsbar mätare som viktat hela den andel som inte beror på omständighetsfaktorerna. Redan det faktum att man inte vågar göra detta visar indirekt att staten inte heller själv litar på att behovsstandardiseringen är adekvat - och med tanke på de stora problemen i den nuvarande modellen är denna partiella användning av en ren kapitation motiverad. På grund av den nuvarande, problematiska mätaren som används för bedömningen av servicebehovet, är det ändå svårt att i det här läget ge någon idealisk procentuell andel för den rena kapitationen som skulle dämpa felaktigheterna i behovsstandardiseringen. Modellen saknar en så kallad gyllene standard att jämföra med.

Österbottens välfärdsområde betonar att hela finansieringsmodellen är så komplicerad att en korrigering av de gjutningsfel som finns i den skulle leda till oförutsedda konsekvenser.

Den behovsfaktormodell som beskriver behovet av och kostnaderna för social- och hälsovården och som ligger till grund för bestämmandet av finansieringen per välfärdsområde ska uppdateras utifrån Institutet för hälsa och välfärds undersökning. I de användnings- och kostnadsuppgifter som ligger till grund för behovsfaktorerna och deras koefficienter beaktas de nyaste uppgifterna och i behovsfaktorerna görs vissa justeringar. I detta skede föreslås det ännu inga betydande utvidgningar av behovsfaktorerna eller informationsfunktionerna. Dessutom begränsas beaktandet av diagnostiska uppgifter inom

annan privat hälso- och sjukvård än sådan som välfärdsområdena finansierar i form av köpta tjänster eller servicesedlar delvis.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Vi understöder förslaget om att informationsunderlaget inte ska utvidgas i någon betydande utsträckning före finansieringsmodellen har setts över, eftersom informationsunderlaget omöjligen kan korrigeras raskt, och därför måste förenklas.

I nuläget är det motiverat att avvakta med att göra några omfattande ändringar i behovsfaktorerna.

Likaså är det motiverat att finansieringen av välfärdsområdena inte baserar sig på de diagnoser som ställs på patienter inom den privata hälso- och sjukvården, eftersom finansieringen av välfärdsområdena inte ska basera sig på tjänster som inte tillhandahålls av dem, dvs. på volymen inom **den privata hälso- och sjukvården**. Ett läge där tillgången till offentliga tjänster var dåligt kunde utgöra ett undantag för anlitandet av privata tjänster – vilket enligt undersökningarna inte är fallet nu.

I THL:s arbetspapper 41/2025 s. 21 konstateras: *Det är motiverat att utesluta de mest diffusa diagnoserna från sjukdomsklassificeringen.* Således har man helt tagit bort s.k. **symtomdiagnoser** som börjar med R, R00-R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som inte klassificeras annorstädes, från de diagnoser som inverkar på behovskoefficienten. Drygt 20 % av alla patienters Avohilmo-besök var förknippade med en dylik symptomkod-dg, medan andelen dylika diagnoser i förhållande till befolkningen i välfärdsområdet uppgick till drygt 15 %. Det bör noteras att siffrorna gäller antalet besöksdiagnoser, inte antalet enskilda patienter som fick den diagnosen.

Symptomkoderna fastställs i lägen när orsaken till symtomen inte (ännu) har diagnostiserats. En del av dessa patienter (till exempel diffusa hjärt-, buk- eller neurologiska symtom) genomgår omfattande undersökningar för att diagnostisera eller utesluta allvarliga sjukdomar och vårdas på basis av en arbetsdiagnos eller symtomatiskt. Det är endast om någon sjukdom uppdagas i samband med dessa undersökningar som besöket blir synligt i beräkningsmodellen och ges en kostnadsvikt. Om ingenting hittas, syns besöket inte alls i beräkningsmodellen och kostnaderna för dessa symtombesök registreras som andra, "icke-diffusa" diagnoser, och för vilka det finns en vikt i modellen. Det är väl känt bland de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården att de patienter som uppvisar symtom utan någon definitiv diagnos ofta sysselsätter dem betydligt mer än de som fått en diagnos.



Dylika ospecifika symtom som försvårar beslutsfattandet orsakar också etisk stress (Finlands Läkartidning 2025;80:e46364).

Det är sannolikt att man hört representanter för läkarkåren gällande symtomdiagnoser, men de har knappast då haft kännedom om följande siffror: Det har ingen betydelse om symptomkoderna tas bort från viktkoefficienterna om frekvensen vore densamma i alla välfärdsområden – men antalet dylika diagnoser i förhållande till antalet Avohilmo-besök varierade mellan 17,9 % och 24,8 % i de olika välfärdsområdena år 2024. De skulle inte heller ha någon betydelse om antalet symtomdiagnoser var nära korrelerade med behovskoefficienten för ifrågavarande välfärdsområde, men så är heller inte fallet, utan snarare tvärtom: I takt med att välfärdsområdets behovskoefficient ökar minskar andelen symtomdiagnoser ($p=0.004$). I ljuset av ovanstående siffror borde ärendet tas upp till ny behandling eftersom behovskoefficienten inte beaktar dessa "diffusa" symtomdiagnoser.

För att trygga kvaliteten på det informationsunderlag som används vid beräkningen av servicebehovskoefficienterna förtydligas Institutet för hälsa och välfärds uppgift att kontrollera kvaliteten på informationsunderlaget och rätten att korrigera uppenbara fel i registeruppgifterna. Dessutom kan finansministeriet i finansieringsbeslutet beakta sådana uppenbara fel i de registeruppgifter som ligger till grund för finansieringen som annars skulle ha en betydande inverkan på finansieringen per välfärdsområde.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Välfärdsområdet stöder de föreslagna åtgärderna som syftar till att trygga kvaliteten på informationsunderlaget. Välfärdsområdet understöder också det att THL:s roll förtydligas gällande kontrollen av kvaliteten på informationsunderlaget och rätten att korrigera uppenbara fel.

Finansministeriets möjlighet att i sitt finansieringsbeslut beakta betydande registerfel bistår också en rättvis fördelning av finansieringen.

För att bibehålla förtroendet för korrigeringen av uppgifterna måste man i denna praxis vara transparent, enhetlig och lyhörd.

Det har också visat sig att det funnits mångahanda fel i de processer och system som används vid registreringen, lagringen och överföringen av diagnoser – och att de fått fortgå i flera år utan att någon inom social- och hälsovårdsorganisationerna eller centralförvaltningen upptäckt dem eller ingripit i dem. Mot denna bakgrund borde man med hjälp av olika automatiska system med larmgränser följa de diagnostiska och andra uppgifter som tillställs centralförvaltningen mycket effektivare, noggrannare och mer omfattande än för närvarande samt genomföra obligatoriska auditeringar av registreringen av



diagnoser - eller alternativt helt och hållet avstå från det nuvarande, felbenägna systemet.

Ett praktiskt exempel på detta är de stora variationerna mellan de olika välfärdsområdena i **antalet långtidsdiagnoser i Avohilmo**. Under det senaste året framfördes det från flera håll att antalet långtidsdiagnoser varierar förvånansvärt mycket och att det dessutom bland dem finns förvirrande diagnoser för typiskt akuta sjukdomar (till exempel benfrakturer och andra skador och akuta infektioner, såsom lunginflammationer), som patientjournalssystemet uppenbarligen felaktigt registrerat som långtidsdiagnoser. Någon övergripande utredning i ärendet har ändå inte publicerats, såvitt vi vet, varför vi till slut själv kontrollerade uppgifterna i Avohilmo (läget i slutet av januari 2026) för alla välfärdsområden och Helsingfors stad mellan år 2023 och 2025. Antalet registrerade långtidsdiagnoser för varje år fördelades enligt välfärdsområdets officiella invånarantal 2023-2024.

Det nämnda relationstalet (antalet långtidsdiagnoser i Avohilmo per befolkning) i hela landet 2023-2025 var 22 % – 30 % – 34%, medan relationstalet för Helsingfors stad, som också använder Apotti inom primärvården, och Vanda-Kervo välfärdsområde var 40 % – 48 % – 50 %. Relationstalen för universitetsvälfärdsområdena utanför Nyland var 17 % – 27 % – 35 % och för icke-universitetsvälfärdsområden 18 % – 26 % – 27 %. Enligt Avohilmo hade de områden som använde Apotti och där sjukligheten var låg under nämnda tre år således i genomsnitt nästan dubbelt så många långtidsdiagnoser som områdena utanför Nyland. Det här gällde även de välfärdsområden i Nyland som inte använde Apotti i sin öppenvård. Antalet diagnoser kan ännu preciseras något, men slutsatsen är ändå uppenbar: De områden som använder Apotti har kvantitativt klart fler långtidsdiagnoser och även kvalitativt fler diagnoser för akuta sjukdomar (infektioner 3,9-faldigt) och skador (3,7-faldigt) med mera som blivit kvar "hängande" i systemet. Det här snedvrider finansieringen och ökar konsekvenserna ytterligare på grund av det nollsummespel som finansieringen baserar sig på.

I bestämningsfaktorn för finansieringen av karaktären av skärgård beaktas den nya definition av ett välfärdsområde med skärgård som föreslås i lagen om främjande av skärgårdens utveckling. För ett välfärdsområde med skärgård beräknas en koefficient för karaktären av skärgård utifrån vilken den kalkylerade finansiering av social- och hälsovården som riktas till välfärdsområdena på basis av karaktären av skärgård fastställs.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Vi understöder förändringen.

Det föreslås att övergångsutjämningsarna ändras från och med 2027. Graderingen av både övergångsutjämningsavdragen och övergångsutjämningsstilläggen ökas årligen med ytterligare tio euro per invånare så att beloppet av de permanenta övergångsutjämningsarna på hela landets nivå minskar med en fjärdedel fram till utgången av 2030. En motsvarande ändring i graderingen görs 2027 i den temporära nedskärningen av övergångsutjämningsstillägget.

Österbottens välfärdsområdes svar:

En åtstramning av graderingen av övergångsutjämningsarna minskar finansieringen på riksnivå och påskyndar minskningen av finansieringsnivån i flera områden. I det här skedet kan man inte belasta välfärdsområdena med nya besparingar, varför vi kraftigt motsätter oss en ytterligare besparing på 390 miljoner. Övergångsutjämningsarna får inte röras.

Ändringen i graderingen av övergångsutjämningsarna minskar den andel av övergångsutjämningsarna som staten finansierar. Dessutom överförs som en sparåtgärd 53 miljoner euro från den statliga medfinansieringen av övergångsutjämningsarna till välfärdsområdena 2028, 91 miljoner euro 2029 och 82 miljoner euro från och med 2030. Minskningen av den statliga finansieringen ska per invånare vara lika stor för alla välfärdsområden, med undantag för de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg och där övergångsutjämningsarna behövs för att trygga tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna, med beaktande av utvecklingen av den kalkylerade finansieringen.

Österbottens välfärdsområdes svar:

Österbottens välfärdsområde förhåller sig mycket kritiskt till förändringen. Inga nya sparskyldigheter bör ställas på välfärdsområdena förrän effekterna av de redan beslutade anpassningsåtgärderna har realiserats och utvärderats. Och övergångsutjämningsarna får inte röras.

I lagen om främjande av skärgårdens utveckling föreslås en ny definition av begreppet skärgårdsområde och begreppet skärgård.



Österbottens välfärdsområdes svar:

Det är positivt att begreppet skärgård har utvidgats så att man granskar andelen olika skärgårdsområden och andelen skärgårdsbefolkning i välfärdsområdet i stället för att bara vissa kommuner helt definieras som skärgårdskommuner.

Det är viktigt att man i bedömningskriterierna beaktar fritidsbostädernas andel oberoende av om ägarens hemkommun är belägen i det egna välfärdsområdet eller i ett annat välfärdsområde. Även om fritidsinvånarnas hemkommun är belägen i samma välfärdsområde kan avstånden till den stadigvarande adressen vara långa, vilket avsevärt ökar belastningen på vissa verksamhetsställen jämfört med en situation där det inte finns någon fritidsbebyggelse i området.

Välfärdsområdet har inget att anmärka på textinnehållet i 19 §, men texten är mycket svårbegriplig om inte läsaren är insatt i bakgrundsmaterialet och läser den parallellt med skärgårdslagen.

Vasa, 11.02. 2026

Marina Kinnunen

direktör för Österbottens välfärdsområde
marina.kinnunen@ovph.fi
tfn 044 323 1808

Auvo Rauhala

forskningsöverläkare
Österbottens välfärdsområde
auvo.rauhala@ovph.fi