

## RP 38/2025 rd

### **Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering**

#### **PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL**

I denna proposition föreslås det att lagen om välfärdsområdenas finansiering ändras. Syftet med ändringarna är att i enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering uppmuntra välfärdsområdena att främja invånarnas hälsa och välfärd. Genom de föreslagna ändringarna i bestämningsfaktorerna för den välfärdsområdesspecifika finansieringen strävar man också efter att förbättra inriktningen av finansieringen så att förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna tryggas samt efter att göra finansieringen mer förutsägbar. Genom propositionen genomförs dessutom de sparåtgärder av engångsnatur som gäller övergångsutjämnarna och som fastställts i planen för de offentliga finanserna.

Det föreslås att andelarna på riksnivå för bestämningsfaktorerna för välfärdsområdenas finansiering ändras så att den finansieringsandel som riktas till främjande av hälsa och välfärd höjs till 1,5 procent av finansieringen av social- och hälsovården samtidigt som de andelar som bestäms enligt invånarantalet och servicebehovet sänks med 0,25 procentenheter vardera. Därtill föreslås det att sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd preciseras så att den blir mera sporrande för välfärdsområdena och att bemyndigandet att utfärda förordning kompletteras i anslutning till detta.

När det gäller bestämningsfaktorerna för den välfärdsområdesspecifika finansieringen av social- och hälsovården föreslås ändringar i de viktningar som används vid bestämmandet av de kalkylerade kostnader som bygger på behoven av tjänster inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Det är fråga om en lagstadgad uppdatering som baserar sig på de senaste kostnadsuppgifterna. För att förbättra förutsägbarheten i fråga om den finansiering som bestäms på basis av servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården ska vid beräkningen av de välfärdsområdesspecifika behovskoefficienterna dessutom beaktas välfärdsområdenas uppgifter för de senaste tillgängliga två åren.

När det gäller bestämningsfaktorerna för finansieringen av räddningsväsendet föreslås det en justering av bestämmelserna om de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet bestäms och av bestämmelserna om deras viktcoeffienter.

I bestämmelserna om de uppgifter som ska användas vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och befolkningstäthetskoefficienten för social- och hälsovården och räddningsväsendet föreslås en teknisk justering beträffande det år vars uppgifter som ska användas.

För att genomföra de besparingar som fastställts i planen för de offentliga finanserna ska övergångsutjämnarna minskas temporärt 2026 och 2027. Den temporära ändringen gäller endast de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg och där minskningen av övergångsutjämnningen inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna med beaktande av beloppet av den kalkylerade finansiering som på grundval av justering i efterhand fördelas till området samt av de faktiska kostnaderna enligt bokslutet. I dessa områden ändras graderingen av övergångsutjämningsstillägget, som utjämnar skillnaden

mellan kommunernas kostnader 2022 och områdets kalkylerade finansiering, med 24 euro per invånare 2026 och med 30 euro per invånare 2027.

Den förslagna lagen avses träda i kraft den 1 januari 2026. Bestämmelserna om den tidsbegränsade minskningen av övergångsutjämningsstillägget föreslås vara i kraft till utgången av 2027.

## INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL .....	1
MOTIVERING .....	5
1 Bakgrund och beredning .....	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Beredning .....	6
2 Nuläge och bedömning av nuläget .....	7
2.1 Lagen om välfärdsområdenas finansiering .....	7
2.1.1 Principer för den statliga finansieringen av välfärdsområdena .....	7
2.1.2 Finansieringen av social- och hälsovårdens uppgifter .....	9
2.1.3 Finansieringen av räddningsväsendets uppgifter .....	13
2.1.4 Övergångsutjämnning .....	16
2.2 Utvecklingen av välfärdsområdenas kalkylerade finansiering .....	18
2.2.1 Utvecklingen av den kalkylerade finansieringen sett till hela landet .....	18
2.2.2 Fördelningen av finansieringen av social- och hälsovården per område .....	19
2.2.2.1 Andelarna för bestämningsfaktorerna för social- och hälsovården i finansieringen .....	19
2.2.2.2 Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården .....	22
2.2.2.3 Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården .....	23
2.2.2.4 Koefficient för främjande av hälsa och välfärd .....	25
2.2.3 Fördelningen av finansieringen av räddningsväsendet per område .....	25
2.2.4 Utvecklingen av den kalkylerade finansieringen 2023–2025 .....	26
2.3 Övergångsutjämnningarnas inverkan på finansieringen .....	30
2.4 Kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena .....	31
2.5 Genomförandet av tjänster inom välfärdsområdena .....	34
3 Målsättning .....	37
4 Förslagen och deras konsekvenser .....	38
4.1 De viktigaste förslagen .....	38
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna .....	41
4.2.1 Ekonomiska konsekvenser .....	41
4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas finansiering på riksnivå .....	41
Allmänt om konsekvenserna på riksnivå .....	41
Andelar för bestämningsfaktorerna för finansieringen .....	41
4.2.1.2 Konsekvenser för den välfärdsområdesspecifika kalkylerade finansieringen .....	43
Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården .....	43
Uppgifter som ligger till grund för de områdesspecifika behovskoefficienterna för social- och hälsovården .....	45
Höjning av finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd .....	47
Precisering av beräkningssättet för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd .....	50
Riskkoefficient för räddningsväsendet .....	52
Förändringar i den kalkylerade finansieringen sammanlagt .....	57
4.2.1.3 Konsekvenser för de välfärdsområdesspecifika övergångsutjämnningarna .....	58

4.2.1.4 De föreslagna ändringarnas sammantagna konsekvenser för finansieringen per välfärdsområde .....	61
4.2.1.5 Konsekvenser för statsfinanserna .....	64
4.2.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas verksamhet .....	64
5 Alternativa handlingsvägar.....	64
5.1 Finansieringsandel för främjande av hälsa och välfärd .....	64
5.2 Uppgifter när det gäller riskkoefficienten för räddningsväsendet .....	67
5.3 Övergångsutjämnings.....	67
6 Remissvar .....	69
6.1 Allmänt om remissvaren.....	69
6.2 Förslag som gäller främjande av hälsa och välfärd .....	70
6.3 Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården .....	71
6.4 Bestämmande av servicebehovskoefficienterna på basis av uppgifter för två år .....	72
6.5 Justering av faktorerna för riskkoefficienten för räddningsväsendet och deras vikt-koefficienter.....	73
6.6 Besparingar av engångsnatur i övergångsutjämningsarna 2026 och 2027 .....	74
7 Specialmotivering.....	75
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag .....	84
9 Ikraftträdande .....	85
10 Verkställighet och uppföljning .....	85
11 Förhållande till budgetpropositionen.....	85
12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning .....	86
12.1 Grundlagsutskottets utlåtandep Praxis i fråga om välfärdsområdenas finansiering ....	86
12.2 Förslag som gäller grunderna för bestämmande av välfärdsområdenas kalkylerade finansiering .....	87
12.3 Statens finansiella sparåtgärd i fråga om övergångsutjämningsarna .....	89
12.4 Förslagens konsekvenser som helhet.....	92
LAGFÖRSLAG.....	93
Lag om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering .....	93
BILAGA.....	97
PARALLELLEXT .....	97
Lag om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering .....	97

## MOTIVERING

### 1 Bakgrund och beredning

#### 1.1 Bakgrund

I syfte att säkerställa en hållbar finansiering för välfärdssamhällets tjänster har statsminister Petteri Orpos regering enligt sitt regeringsprogram som mål att dämpa ökningen av välfärdsområdenas kostnader. I finansieringsmodellen för välfärdsområdena görs ändringar som motsvarar detta mål. De strukturella ändringar som syftar till att göra finansieringsmodellen mer sporrande och styrande ska göras på ett kontrollerat och förutsägbart sätt så att den grundlagsenliga servicen tryggas. Därför håller regeringen finansieringsmodellen för välfärdsområdena oförändrad 2023–2025.

Sommaren 2024 överlämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering (RP 70/2024 rd). Syftet med propositionen var att i enlighet med riktlinjerna i regeringsprogrammet göra finansieringsmodellen mera sporrande. Genom den propositionen fastställdes för områdena en successivt stigande självriskandel som ska tillämpas vid justeringen i efterhand av välfärdsområdenas finansiering från och med 2026. Vidare ska tilläggsfinansiering som beviljats enskilda områden i fortsättningen inte beaktas i den efterhandsjustering som görs på riksnivå.

Enligt riktlinjerna i regeringsprogrammet ska det inledas arbete för att utveckla finansieringsmodellen för välfärdsområdena med målet att trygga finansieringsbasen för social- och hälsovårdstjänsterna, förbättra modellens sporrande effekt och stödja kostnadsdämpningen. På basis av en övergripande granskning fattas beslut om finansieringsmodellen 2025. För att trygga systemets stabilitet och förutsägbarhet bibehålls den nuvarande modellens grundläggande element (behovsfaktorer, invånarantal, övriga faktorer, räddningsväsendets andel). Modellen ska fortsättningsvis i huvudsak vara behovsbaserad och utvecklas med stöd av forskning. De övriga faktorernas viktningsvärde ska ses över. Samtidigt utreds det hur modellen kan utvecklas så att den i högre grad än för närvarande beaktar de olika områdenas särdrag bland annat i fråga om befolkningsstruktur och sociala problem samt användningen av tjänster med avseende på hela befolkningen, inte bara de som använder sig av de offentliga tjänsterna (till exempel diagnosuppgifter från företagshälsovården). Vid beredningen bedöms konsekvenserna av ändringarna som en helhet och per område, så att det säkerställs att invånarnas basservice och språkliga rättigheter tryggas. I samband med översynen av finansieringsmodellen utreds det också hur väl övergångslösningarna i samband med förvaltningsreformen fungerar.

Enligt regeringsprogrammet vill regeringen uppmuntra välfärdsområdena att satsa på förebyggande åtgärder som är centrala med tanke på invånarnas hälsa och välfärd. Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd ska ges större viktningsvärde än för närvarande.

Dessutom beslutade regeringen våren 2024 i planen för de offentliga finanserna för 2025–2028 att övergångsutjämningsarna ändras så att engångsbesparingen är 15 miljoner euro 2026 och 20 miljoner euro 2027.

Denna proposition innehåller de förslag som fastställts i regeringsprogrammet och som gäller främjande av hälsa och välfärd samt förslag som gäller sparåtgärder i anslutning till övergångsutjämningsarna. I propositionen ingår dessutom sådana ändringsförslag som gäller bestämningsfaktorer för den välfärdsområdesspecifika finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet för vilkas del det är motiverat att de träder i kraft vid ingången av 2026.

Beredningen av övriga ändringsförslag som gäller utveckling av finansieringsmodellen för välfärdsområdena och som fastställts i regeringsprogrammet fortsätter så att en proposition om dem ska lämnas till riksdagen senast i början av våren 2026. Lagändringarna i fråga föreslås träda i kraft den 1 januari 2027.

## 1.2 Beredning

Den 3 november 2023 tillsatte finansministeriet en beredningsgrupp för utveckling av finansieringsmodellen för välfärdsområdena för mandatperioden den 3 november 2023–31 december 2026. I beredningsgruppen sitter företrädare för finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet samt för Institutet för hälsa och välfärd i egenskap av sakkunnig. Enligt beslutet om tillsättande har arbetsgruppen som mål att revidera finansieringsmodellen för välfärdsområdena i enlighet med riktlinjerna i regeringsprogrammet. Arbetsgruppen har till uppgift att ta fram olika alternativa lösningar för att utveckla välfärdsområdenas finansiering samt att bedöma de olika alternativens konsekvenser utifrån bakgrundsutredningar. Arbetsgruppen ska också utarbeta förslag till ändringar i systemet i form av en regeringsproposition.

Den 26 januari 2024 tillsatte finansministeriet en rådgivande grupp med företrädare för välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen till stöd för arbetet i beredningsgruppen för utveckling av finansieringsmodellen för välfärdsområdena. Den rådgivande gruppen har bland annat till uppgift att främja en verkningsfull dialog mellan beredningsgruppen och välfärdsområdena samt att i beredningen bidra med välfärdsområdenas expertis, praktiska sakkunskap och erfarenhet av sin verksamhet och ekonomi.

Propositionen har beretts vid finansministeriet utifrån beredningsarbetsgruppens förslag. Under beredningen behandlades förslagen i den ovannämnda rådgivande gruppen. De ändringar som gäller riskkoefficienten för räddningsväsendet har beretts i samarbete med inrikesministeriet. Utkastet till proposition kunde kommenteras i tjänsten Utlåtande.fi mellan den 27 januari och den 7 mars 2025.

Propositionens konsekvensbedömningar har i mars 2025 efter remissbehandlingen uppdaterats till finansieringsnivån för 2026 på basis av uppgifter från Institutet för hälsa och välfärd om de områdesspecifika behovskoefficienterna för social- och hälsovården och koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. I det utkast till proposition som var på remiss hade konsekvenserna ännu bedömts på finansieringsnivån för 2025. Skillnaderna mellan de konsekvenser som bedömts på finansieringsnivån för 2025 och 2026 var så små per område att det bedömdes att det inte behövde ordnas en ny remissbehandling före lämnandet av propositionen. De uppdaterade konsekvensbedömningarna behandlades tillsammans med företrädare för välfärdsområdena vid välfärdsområdesdelegationens sammanträde den 4 april 2025. Före remissbehandlingen behandlades utkastet till proposition i delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning.

Uppgifterna om beredningen av propositionen, remissvaren och ett sammandrag av dem finns på adressen <https://vm.fi/sv/projekt?tunnus=VM123:00/2024>.

## 2 Nuläge och bedömning av nuläget

### 2.1 Lagen om välfärdsområdenas finansiering

#### 2.1.1 Principer för den statliga finansieringen av välfärdsområdena

Bestämmelser om den statliga finansieringen för välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter finns i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021, nedan *finansieringslagen*), som trädde i kraft den 1 januari 2023.

I 2 kap. i finansieringslagen finns bestämmelser om principerna för den statliga finansieringen. Den statliga finansieringen är enligt 4 § i finansieringslagen icke-öronmärkt och varje välfärdsområde beslutar om hur den statliga finansieringen ska fördelas för skötseln av dess uppgifter. Dessutom har välfärdsområdet rätt att ta ut kund- och användaravgifter för användningen av de tjänster det ordnar, enligt vad som föreskrivs särskilt, och rätt att bestämma om användningen av avgiftsinkomsterna.

Enligt 3 § 1 mom. i finansieringslagen beviljas välfärdsområdena statlig finansiering på basis av välfärdsområdets invånarantal, faktorer som beskriver behovet av social- och hälsovårdstjänster, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet, universitetssjukhustillägg, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet. Andelarna för dessa bestämningsfaktorer enligt nivån 2022 har varit följande:

Andel av välfärdsområdenas finansiering	procent
Social- och hälsovården sammanlagt	97,727, varav
Servicebehov inom social- och hälsovården	79,156
Invånarantal	13,046
Befolkningstäthet	1,458
Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	1,944
Tvåspråkighet	0,486
Samiskspråkighet	0,013
Karaktär av skärgård	0,110
Universitetssjukhustillägg	0,543
Främjande av hälsa och välfärd	0,972
Räddningsväsendet sammanlagt	2,273, varav
Invånarantal	1,477
Befolkningstäthet	0,114
Riskfaktorer	0,682

Enligt 2 mom. ändras de ovannämnda bestämningsfaktorernas andelar årligen i enlighet med den ändring som med anledning av förändringar i bestämningsfaktorerna och välfärdsområdenas uppgifter görs i fördelningen av finansieringen.

I 5–10 § i finansieringslagen finns det bestämmelser om hur välfärdsområdenas finansiering på riksnivå bestäms för varje budgetår.

Enligt 5 § i finansieringslagen används som grund för den statliga finansieringen välfärdsområdenas driftkostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet, finansieringskostnader samt avskrivningarna enligt plan och nedskrivningarna. Från de

driftskostnader som beaktas avdras årligen välfärdsområdenas kund- och användaravgifter samt andra verksamhetsintäkter och finansiella intäkter.

Enligt 6 § i finansieringslagen baserar sig nivån på den statliga finansieringen för varje finansår på välfärdsområdenas kalkylerade kostnader det föregående året. Nivån på den statliga finansieringen höjs årligen på det sätt som föreskrivs i 7–10 §. På höjningen av nivån för finansieringen av räddningsväsendet tillämpas dock inte 7 §.

I 7 § i finansieringslagen finns bestämmelser om hur en ökning av servicebehovet beaktas på förhand för varje budgetår i välfärdsområdenas finansiering på riksnivå. Enligt paragrafen ska när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret av en förändring i servicebehovet beaktas så mycket att driftskostnadernas årliga ökning motsvarar 80 procent av den beräknade årliga ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården. Enligt 36 § 2 mom. beaktades under 2023 och 2024 ökningen av servicebehovet i sin helhet på förhand vid justeringen av nivån på välfärdsområdets finansiering. Enligt 36 § 1 mom. i finansieringslagen höjs den beräknade årliga ökningen av servicebehovet med 0,2 procentenheter 2023–2029 på grund av kostnaderna under övergångsperioden.

I nivån för den statliga finansieringen beaktas dessutom årligen på förhand i enlighet med 8 § i finansieringslagen förändringen i kostnadsnivån i enlighet med prisindexet för välfärdsområdena. När förändringen i kostnadsnivån räknas ut beaktas välfärdsområdenas kalkylerade kostnader för det föregående året, förändringen i servicebehovet samt justeringen av de faktiska kostnaderna i efterhand.

Enligt 9 § 1 mom. i finansieringslagen beaktas när nivån för den statliga finansieringen bestäms för finansåret också en ändring i omfattningen eller arten av de uppgifter för vilka välfärdsområdena har organiseringsansvaret, om ändringen följer av en lag eller förordning som gäller uppgiften i fråga, av sådana föreskrifter från en statlig myndighet som grundar sig på lag eller förordning eller av statsbudgeten. Den statliga finansieringen kan antingen höjas eller sänkas utifrån ändringar i uppgifternas omfattning eller art. Ändringen i uppgifternas omfattning eller art kan grunda sig på statsbudgeten, till den del ingenting annat föranleds av lagstiftningen om välfärdsområdenas uppgifter. Effekterna av en uppgiftsändring beaktas enligt nettokostnaderna, vilket innebär att till exempel en samtidig effekt på kundavgifterna beaktas. I paragrafens 2 mom. som trädde i kraft vid ingången av 2025 har regleringen kompletterats så att den också i anslutning till uppgiftsändringar gäller sådana ändringar i kundavgifterna som det föreskrivits om särskilt.

I enlighet med 10 § i finansieringslagen beaktas dessutom i välfärdsområdenas finansiering på riksnivå för budgetåret välfärdsområdenas faktiska kostnader med två års fördröjning. De faktiska kostnaderna beaktas årligen i efterhand i enlighet med de bokslutsuppgifter som välfärdsområdena lämnat till Statskontoret. Justeringen i efterhand kan antingen öka eller minska finansieringen beroende på skillnaden mellan finansieringsnivån och de faktiska kostnaderna i hela landet för det år som justeringen gäller. Den första efterhandsjusteringen av finansieringen har gjorts på basis av de faktiska kostnaderna för 2023 i finansieringen för 2025. I den beaktades skillnaden mellan 2023 års finansiering och faktiska kostnaderna i sin helhet och denna skillnad lades till finansieringen för 2025. Denna efterhandsjustering blir permanent en del av finanseringsbasen. Vid de justeringar i efterhand som görs under de följande åren beaktas skillnaden mellan den kalkylerade finansieringen och de faktiska kostnaderna för det år som granskas så att den ökar eller minskar finansieringen endast till den del som den avviker från beloppet av den efterhandsjustering som redan tidigare gjorts i finansieringen.



Enligt 3 § 3 mom. i finansieringslagen fördelas finansieringen på riksnivå mellan välfärdsområdena så att varje välfärdsområde beviljas statlig finansiering till ett belopp som fås genom addering av de kalkylerade kostnaderna för social- och hälsovården enligt 13 § och de kalkylerade kostnaderna för räddningsväsendet enligt 21 §.

## 2.1.2 Finansieringen av social- och hälsovårdens uppgifter

I 3 kap. i finansieringslagen finns det bestämmelser om hur finansieringen riktas till välfärdsområdena för social- och hälsovårdens uppgifter.

Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

I 13 § 3 mom. i finansieringslagen finns bestämmelser om de viktningar som ska användas när de kalkylerade kostnader beräknas som bygger på behovet av hälso- och sjukvård, äldreomsorg och socialvård, det vill säga de så kallade sektorviktningarna. De viktningar som anges i den gällande lagen baserar sig på kostnadsuppgifterna för 2020 enligt Statistikcentralens ekonomiska statistik över kommuner och samkommuner. I enlighet med den är viktningen för hälso- och sjukvården 59,16 procent, äldreomsorgen 19,78 procent och socialvården 21,06 procent.

Enligt 13 § 4 mom. ändras de uppgiftsspecifika viktningarna årligen i enlighet med förändringarna i den finansiering som fördelas på grundval av välfärdsområdenas nya och utvidgade uppgifter. Beroende på innehållet i uppgiftsändringen riktas den finansiering som läggs till eller dras av till en eller flera sektorviktningar eller andra bestämningsfaktorer för social- och hälsovårdsfinansieringen. I finansieringen för 2025 är viktningen för hälso- och sjukvården 58,36 procent, äldreomsorgen 19,99 procent och socialvården 21,65 procent. Närmare bestämmelser om ändringarnas inverkan på grundpriserna i finansieringsanalysen utfärdas årligen genom förordning av statsrådet.

Vidare ska enligt 13 § 4 mom. bestämmelser om viktningarna utfärdas med högst tre års mellanrum. Eftersom det senast föreskrevs om viktningarna våren 2022 genom en lag (700/2022) som trädde i kraft vid ingången av 2023, ska det föreskrivas om viktningarna senast vid ingången av 2026.

Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

Bestämmelser om den bestämningsfaktor som baserar sig på servicebehovet inom social- och hälsovården och som är central i finansieringsmodellen för välfärdsområdena finns i 14 § i finansieringslagen. Enligt 1 mom. beräknas välfärdsområdets servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården utifrån behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster och som bygger på sjukdomar och socioekonomiska faktorer, utifrån faktorernas viktcoefficienter och utifrån de uppgiftsspecifika viktningar som avses i 13 § 3 mom. Behovsfaktorerna och deras viktcoefficienter finns som bilaga till lagen.

Behovsfaktorerna täcker uppgifter om sjukfrekvensen, åldersstrukturen, de socioekonomiska faktorerna samt övriga bakgrundsuppgifter. De faktorer som beskriver behovet i den gällande finansieringslagen baserar sig på en undersökning från 2022 av Institutet för hälsa och välfärd. På basis av den undersökningen fastställdes de behovsfaktorer enligt 14 § och deras viktcoefficienter som finns som bilaga till den gällande finansieringslagen (RP 68/2022 –

L700/2022) innan reformen trädde i kraft. Till följd av uppdateringen av behovsmodellen 2022 ökade antalet behovsfaktorer betydligt jämfört med den föregående undersökningen som låg till grund för konsekvensbedömningarna i den ursprungliga finansieringslagen (RP 241/2020 – L 617/2021). Enligt 2022 års underökning beaktades i behovsmodellen 189 behovsfaktorer inom hälso- och sjukvården, 63 inom äldreomsorgen och 73 inom socialvården.

Institutet för hälsa och välfärd beräknar årligen utifrån det senaste registermaterialet behovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården för varje välfärdsområde. Den regionala fördelningen av finansieringen ändras således årligen i och med uppdateringen av behovskoefficienten. Uppdateringen av behovskoefficienten bör återspegla förändringar i sjukfrekvensen och de socioekonomiska faktorerna i områdena, varvid ändringarna i finansieringen så väl som möjligt motsvarar förändringarna i de faktorer som orsakar kostnader. I de områdesspecifika behovskoefficienterna har det förekommit rätt stor variation mellan åren.

I 38 § i finansieringslagen finns en bestämmelse om ett undantag som gäller beräkningen av de områdesspecifika behovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården för 2023 och 2024, enligt vilket servicebehovskoefficienterna för dessa år undantagsvis bestämdes på basis av uppgifterna för två år. För 2023 bestämdes servicebehovskoefficienterna utifrån medeltalet av de servicebehovskoefficienter som bestämts på basis av uppgifterna för 2019 och 2020 samt för 2024 utifrån medeltalet av de behovskoefficienter som bestämts på basis av uppgifterna för 2019 och 2021. Bakgrunden till den undantagsbestämmelse som utfärdades våren 2022 (RP 68/2022 rd) var coronatiden. Uppgifterna för 2020 och 2021 bedömdes vara sådana att på basis av dem skulle användningen av tjänsterna bestämmas på ett sätt som väsentligt avviker från ett normalt år, vilket skulle inverka på beräkningen av behovskoefficienterna. Således kunde 2019 anses vara det senaste "rena" statistikåret. I och med undantagsbestämmelsen påverkade den exceptionella situationen i fråga om användningen av tjänster under coronaåren inte finansieringsnivån i alltför hög grad.

Finansieringen för 2025 bestämdes däremot i enlighet med 14 § 3 mom. i finansieringslagen på basis av uppgifterna för ett år, det vill säga 2022. Det visade sig att förändringen mellan finansieringen för 2024 och 2025 var rätt stor. Med tanke på den finansiella stabiliteten och förutsägbarheten är stora ändringar problematiska, och därför bör det bedömas om det i fortsättningen är motiverat att använda medeltalet för två år i fråga om uppgifterna.

#### Koefficient för främjande av hälsa och välfärd

Bestämmelser om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd finns i 15 § i finansieringslagen. Välfärdsområdets kalkylerade kostnader utifrån främjande av hälsa och välfärd beräknas genom att det per invånare bestämda grundpriset för främjande av hälsa och välfärd multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och välfärdsområdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd. Enligt 3 § i finansieringslagen fördelas cirka en procent av finansieringen av social- och hälsovården utifrån främjandet av hälsa och välfärd. Enligt ikraftträdandebestämmelserna (33 § 1 mom.) i finansieringslagen ska den finansiering som bestäms på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd beaktas från och med 2026, och före det bestäms den finansiering som fördelas på basis av kriteriet invånarbaserat. I enlighet med 35 § i finansieringslagen uppdateras också de områdesspecifika övergångsutjämnarna med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd från och med 2026.

Syftet med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd är att uppmuntra och stödja välfärdsområdena att genomföra mångsidiga och planmässiga åtgärder som på bred front

inriktas på främjande av hälsa och välfärd samt förebyggande av folksjukdomar, främjande av funktionsförmågan hos äldre, förebyggande av marginalisering och främjande av social välfärd och sysselsättning. Modellen med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och de indikatorer som valts för den är resultatet av expert- och utvecklingsarbete som pågått under mer än två regeringsperioder.

Enligt 15 § 1 mom. i finansieringslagen beräknas för varje välfärdsområde en koefficient för främjande av hälsa och välfärd på grundval av dels indikatorer som beskriver välfärdsområdets verksamhet för främjande av hälsa och välfärd, dels indikatorer som beskriver resultatet av denna verksamhet. Bägge andelarnas viktningvärde vid beräkningen av koefficienten är 50 procent. Vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd används enligt 3 mom. uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och statistiska uppgifter från Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Statistikcentralen och arbets- och näringsministeriet för året före det år som föregått finansåret och året före det året. När koefficienten bestäms används de senaste tillgängliga uppgifterna. Om det inte finns några så helst uppgifter tillgängliga, ges välfärdsområdet i samband med beräkningen det lägsta möjliga värdet för den ifrågakvarande uppgiften.

Enligt 15 § 4 mom. utfärdas närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms, om indikatorernas viktkoefficienter och om vilka statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen genom förordning av statsrådet.

I 3 § i statsrådets förordning om välfärdsområdenas finansiering (1392/2022, nedan *finansieringsförordningen*), som trädde i kraft vid ingången av 2023, finns det bestämmelser om indikatorerna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och om beräkning av koefficienten utifrån dem. I 2 och 3 mom. anges sex processindikatorer som beskriver verksamheten och fem resultatindikatorer som beskriver verksamhetens resultat och vilka ingår i koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. Processindikatorerna beskriver välfärdsområdets resurser och åtgärder för att främja hälsa och välfärd. Samtidigt beskriver de också hur förutsättningar skapas för ett verkningfullt och samordnat främjande av hälsa och välfärd. Resultatindikatorerna beskriver uppnådda resultat när det gäller främjandet av hälsa och välfärd på befolkningsnivå. I poängsättningen beaktas förändringen i värdet på indikatorn mellan två granskningsår.

**Tabell 1. Indikatorer som ingår i koefficienten för främjande av hälsa och välfärd**

Processindikatorer	Viktningvärde	Resultatindikatorer	Viktningvärde
Utredning av behovet av stöd hos dem som uteblir från hälsoundersökningar av 4-åringar vid barnrådgivningen	0,0833	Patienter som fått sjukhusvård till följd av skador och förgiftningar/10 000 invånare	0,1
Utredning av behovet av stöd hos dem som uteblir från hälsoundersökningar för elever i årskurs 8 inom skolhälsovården	0,0833	Höftfrakturer bland 65 år fyllda, %	0,1

Processindikatorer	Viktning värde	Resultatindikatorer	Viktning värde
Livsstilsrådgivning som genomförs i överensstämmelse med rekommendationen för god medicinsk praxis till personer med risk för typ 2-diabetes	0,0833	Personer i åldern 18–24 år som varken arbetar, deltar i utbildning eller utför sin värnplikt (NEET), %	0,1
Vaccinationstäckning för mässling-röda hund-påssjuka (MPR) hos barn, %	0,0833	Personer i åldern 25–64 år som fått utkomststöd en längre tid, %	0,1
Miniintervention i fråga om alkoholkonsumtion när konsumtionen är förenad med skadeverkningar eller risk för skadeverkningar	0,0833	Personer i åldern 18–34 år som får invalidpension på grund av psykiska störningar, %	0,1
Andelen hälsoundersökningar för arbetslösa i förhållande till det totala antalet arbetslösa	0,0833		

Vid ingången av 2025 slopades genom en förordningsändring (873/2024) två av de ovannämnda processindikatorerna, nämligen omfattningen av skolkuratorns arbetsinsats per vecka dividerad med 100 elever och omfattningen av skolpsykologens arbetsinsats per vecka dividerad med 100 elever. Till följd av de lagstiftningsändringar som gällde dimensioneringen av skolkuratorer och skolpsykologer och som trädde i kraft 2022 och 2023 visade sig dessa indikatorer vara överlappande med välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter. Eftersom det i samband med lagändringarna fördelades finansiering för dimensioneringen, var det inte längre ändamålsenligt att inkludera dessa indikatorer i incitamentet för främjande av hälsa och välfärd.

Vid poängsättningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd skalas enligt 3 § 4 mom. i finansieringsförordningen resultatet för de indikatorer som beskriver verksamhetens resultat så att variationsvidden blir 0–100, varvid det bästa området får 100 poäng och det svagaste området 0 poäng. För de indikatorer som beskriver verksamhetens resultat beräknas skillnaden mellan de två senaste åren för att beskriva den förändring som skett. Alla skillnader skalas så att variationsvidden blir 0–100. Om det målsatta värdet redan uppnåtts för en indikator beaktas detta i beräkningen så att välfärdsområdet får maximala poäng för denna indikator.

De bestämmelser som ligger till grund för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd behöver kompletteras så att koefficienten uppmuntrar områdena att vidta åtgärder för främjande av hälsa och välfärd genom att också beakta områden med ett bättre utgångsläge. Bemyndigandet att utfärda förordning bör till denna del kompletteras och det bör bli möjligt att utfärda närmare bestämmelser också om beräkningen av koefficienterna för främjande av hälsa och välfärd, såsom sättet att beräkna poängsättningen av indikatorerna. Förordningen bör kompletteras med bestämmelser om sättet att beräkna de indikatorer som beskriver verksamheten och resurserna, det vill säga processindikatorerna, om vilka det inte alls finns bestämmelser i den gällande förordningen.

Enligt 3 § 6 mom. i finansieringsförordningen beräknas välfärdsområdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd som medeltalet av medeltalet av de indikatorer som beskriver välfärdsområdets verksamhet och medeltalet av skillnaden mellan de indikatorer som beskriver resultatet av välfärdsområdets verksamhet för de två senaste åren, samt genom att dividera det på detta sätt erhållna medeltalet för välfärdsområdet med motsvarande medeltal för hela landet.

Finansieringen enligt koefficienten för främjande av hälsa och välfärd blir för första gången en del av välfärdsområdenas finansiering vid ingången av 2026, så det finns ännu inga erfarenheter av hur regleringen fungerar. Eftersom koefficienten för främjande av hälsa och välfärd har beretts länge och grundligt redan under föregående regeringsperioder, är det i detta skede inte ändamålsenligt att göra stora ändringar i modellen eller dess kriterier, utan endast att utifrån aktuell information utvärdera hur modellen fungerar och det aktuella läget i fråga om dess innehåll och tillgången till material. Indikatorerna för den modell som det föreskrivs närmare om i finansieringsförordningen består av de uppgifter som finns tillgängliga om alla välfärdsområden. Det tillgängliga informationsunderlaget har delvis begränsat utvecklingen av modellen. Det finns till exempel ännu inte jämförbara uppgifter i fråga om alla områden om resurserna för och verksamheten inom det förebyggande och främjande arbetet inom socialservicen. Därför behöver det följas upp hur modellen fungerar och därtill behöver poängsättningen bedömas med tanke på den sporrande effekten och valet av indikatorer. Informationsunderlaget utvecklas kontinuerligt och nya indikatorer kan införas när ny tillförlitlig och jämförbar information finns tillgänglig.

### 2.1.3 Finansieringen av räddningsväsendets uppgifter

I 4 kap. i finansieringslagen finns det bestämmelser om hur finansieringen av räddningsväsendets uppgifter riktas till välfärdsområdena.

I 21 § i finansieringslagen finns det bestämmelser om grunderna för räddningsväsendets kalkylerade kostnader. Välfärdsområdets kalkylerade kostnader för räddningsväsendet bildas genom att grundpriset per invånare för räddningsväsendet multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och genom att till produkten addera de kalkylerade kostnader för räddningsväsendet som bestäms på grundval av befolkningstätheten och riskfaktorerna. När det gäller ovannämnda faktorer är viktningen för invånarantalet 65 procent, befolkningstätheten 5 procent och riskfaktorerna 30 procent. Bestämmelser om grundpriset per invånare för välfärdsområdenas räddningsväsende, om grundpriset för befolkningstäthet enligt 22 § och om grundpriset på grundval av riskfaktorer enligt 23 § utfärdas årligen för det följande finansåret genom förordning av statsrådet.

I 22 § i finansieringslagen finns det bestämmelser om befolkningstäthetskoefficienten för räddningsväsendet. Enligt 1 mom. beräknas välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om den totala arealen.

I paragrafens ordalydelse finns ett fel som innebär att den hänvisar till en tidpunkt för vilken uppgifter ännu inte är tillgängliga när koefficienten beräknas. När koefficienten beräknas ska man använda uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret. Motsvarande fel korrigerades i 23 § 1 mom. genom lagen om ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering (884/2024), som trädde i kraft vid ingången av 2025.

I 23 § i finansieringslagen finns det bestämmelser om riskkoefficienten för räddningsväsendet. Enligt 1 mom. baserar sig välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet på de nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker eller andra risker som anger servicenivån för räddningsväsendet och som avses i 3 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). För fastställande av riskkoefficienten för räddningsväsendet delas välfärdsområdet in i rutor på en kvadratkilometer och för varje ruta beräknar

Statistikcentralen en risknivå. På grundval av risknivån delas riskrutorna in i de fyra riskklasserna I, II, III och IV. Riskkoefficienten för räddningsväsendet beräknas genom att tätheten i fråga om riskrutor för välfärdsområdet divideras med tätheten i fråga om riskrutor för hela landet. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas de riskrutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar eller enligt de olyckor som inträffat där är I och II eller vars viktcoefficient på grundval av ett riskobjekt som är beläget inom rutan eller den verksamhet som bedrivs där är 1. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret.

Enligt 2 mom. beräknas välfärdsområdets kalkylerade kostnader på grundval av riskkoefficienten genom att det per invånare bestämda grundpriset för riskkoefficienten för räddningsväsendet multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet.

Enligt 3 mom. utfärdas närmare bestämmelser om beräkning av riskrutornas risknivå, om de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet bestäms och om deras viktcoefficienter genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om de faktorer som ligger till grund för riskkoefficienten och om deras viktcoefficienter utfärdas med högst fyra års mellanrum.

I 4 § i finansieringsförordningen finns det bestämmelser om faktorer för riskkoefficienten för räddningsväsendet och om deras viktcoefficienter. I 1 mom. föreskrivs att för fastställande av den riskkoefficient för räddningsväsendet som avses i 23 § 1 mom. i finansieringslagen delas det område som välfärdsområdet omfattar in i rutor på en kvadratkilometer och för varje ruta beräknar Statistikcentralen en risknivå med hjälp av en regressionsmodell. Variabler för regressionsmodellen är invånarantalet, våningsytan och deras sammanlagda effekt. På grundval av risknivån delas riskrutorna in i de fyra riskklasserna I, II, III och IV. Enligt 2 mom. är viktcoefficienten 1 för en riskruta som hör till riskklass I eller II. Viktkoefficienten för en riskruta som hör till riskklass III eller IV är 0. Enligt 3 mom. är viktcoefficienten dock 1 för en sådan riskruta i riskklass III och IV där det finns ett objekt för vilket det med stöd av 48 § i räddningslagen ska göras upp en extern räddningsplan för objekt som medför särskild risk eller där det finns ett område i Forsvarsmaktens permanenta bruk med en personalstyrka på över 1500 personer eller där det finns en flygplats för linjetrafik eller beställningstrafik.

Bestämmelserna i den gällande finansieringslagen om de uppgifter som ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet behöver ändras i fråga om inträffade olyckor. Enligt 23 § 1 mom. i finansieringslagen beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet de riskrutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar eller enligt de olyckor som inträffat där är I och II. Med de olyckor som inträffat där avses områdets olyckshistorik. Den kalkylerade finansieringen av räddningsväsendet som fördelas per välfärdsområde ska basera sig på räddningsväsendets servicebehov under året i fråga, inte på olyckor som inträffat under tidigare år eller på uppdrag och kostnaderna för dem under tidigare år. Därför bör inträffade olyckor inte beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten. Till denna del har det blivit kvar ett fel i bestämmelsen när lagen stiftades.

I lagen finns inga bestämmelser om viktcoefficienten för riskrutor som hör till riskklass I och II. I 4 § 2 mom. i finansieringsförordningen anges att viktcoefficienten för en riskruta som hör till riskklass I eller II är 1 och att viktcoefficienten för en riskruta som hör till riskklass III eller IV är 0. Det vore ändamålsenligt att föreskriva om viktcoefficienten på lagnivå.

I 23 § 1 mom. i finansieringslagen konstateras dessutom att man vid beräkningen av riskkoefficienten också beaktar de riskrutor vars viktcoefficient på grundval av ett riskobjekt som är beläget inom rutan eller den verksamhet som bedrivs där är 1. Dyliga riskobjekt eller verksamheter är sådana i förordningen närmare angivna objekt och verksamheter som är belägna inom riskrutor i riskklass III och IV, såsom till exempel kärnkraftverk, vissa produktionsanläggningar som hanterar eller upplagrar farliga kemikalier, områden av en viss storlek som är i Försvarsmaktens bruk samt flygplatser för linjetrafik eller beställningstrafik.

Syftet med riskkoefficienten för räddningsväsendet är att den kalkylerade finansieringen av räddningsväsendet ska riktas till välfärdsområdena i enlighet med riskerna. Kostnaderna för produktionen av räddningsväsendets tjänster består till stor del av personalkostnader. Inom området för rutor i riskklass I och II produceras räddningsväsendets tjänster i huvudsak i enlighet med riskerna i områdena med personal i omedelbar beredskap. Däremot är behovet av räddningsväsendets tjänster i rutor i riskklasserna III och IV mindre än i rutor i riskklasserna I och II. De riskobjekt som finns inom dessa rutor eller verksamheter som höjer risken ska beaktas i räddningsväsendets aktionsberedskap. Att bygga upp aktionsberedskapen så att den motsvarar riskerna höjer kostnaderna för ordnandet av tjänsterna. Därför är det motiverat att vid bestämmandet av den kalkylerade finansieringen beakta de särskilda risker som finns i rutor som hör till klasserna III och IV.

En del av de riskobjekt eller verksamheter som anges i förordningen kan fysiskt vara belägna inom området för flera riskrutor. I tolkningspraxis har det ansetts att viktcoefficienten 1 tilldelas sådana riskrutor i riskklass III eller IV där det riskobjekt eller den verksamhet som avses i förordningen omfattar minst 51 procent riskrutans areal. Denna tolkningspraxis har lett till att ett enskilt riskobjekt eller en enskild verksamhet har kunnat beaktas med viktcoefficienten 1 i fråga om flera riskrutor. Vid beräkningen av antalet riskrutor har i fråga om flygplatser också beaktats start- och landningsbanorna, i fråga om garnisoner det egentliga kasernområdet och i fråga om riskobjekt som kräver externa räddningsplaner det område som av räddningsväsendet förutsätter särskilda åtgärder i fråga om beredskapen. Information om hur riskobjekt och verksamheter placerar sig på riskrutorna har fått från räddningsverken. Vid beräkningen av riskkoefficienten ska riskobjektet eller verksamheten beaktas som en helhet så att objektet eller verksamheten höjer viktcoefficienten för endast en riskruta. Att ett riskobjekt eller en verksamhet geografiskt sett finns inom flera riskrutor ökar i princip inte räddningsväsendets servicebehov i samma proportion.

Riskkoefficienten för räddningsväsendet baserar sig på räddningsväsendets nationella, regionala och lokala behov och på olycksrisker eller andra hot som anger servicenivån för räddningsväsendet. I riskkoefficienten för räddningsväsendet beaktas rutorna i riskklass I och II, eftersom det där det finns bosättning också finns risker, vilket ökar servicebehovet inom räddningsväsendet. Dessutom inbegriper de riskobjekt och verksamheter som anges i förordningen risker som ska beaktas i servicenivån. Risknivån i fråga om alla de riskobjekt och verksamheter som anges i förordningen är dock inte lika stor. Olika objekt och verksamheter medför således servicebehov på olika nivåer. Det bör därför vara möjligt att fastställa olika viktcoefficienter för olika riskobjekt och verksamheter. Vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet ska med andra ord i fråga om rutor i riskklass III och IV beaktas en fast riskbaserad viktcoefficient som är oberoende av verksamhetens geografiska omfattning.

I inrikesministeriets anvisning för planering av räddningsväsendets aktionsberedskap används samma begrepp riskruta som i 23 § i finansieringslagen som nu behandlas. Geografiskt sett är det fråga om samma område, men beräkningsgrunderna för de riskklasser som hänförs till riskrutorna skiljer sig från varandra i fråga om planeringen av aktionsberedskapen och

fastställandet av finansieringen, vilket kan orsaka sammanblandning. För att undvika risk för sammanblandning är det motiverat att ändra terminologin.

Inrikesministeriet kommer att under 2025 och 2026 genomföra ett forskningsprojekt som gäller fastställande av servicebehovet inom räddningsväsendet i välfärdsområdena. Syftet med projektet är att kartlägga sådana faktorer som dimensionerar räddningsverksamhetens kapacitet och som inverkar på de kostnader som föranleds av servicebehovet inom räddningsväsendet, statistiskt testa och analysera korrelationen mellan de faktorer som dimensionerar räddningsverksamhetens kapaciteter och kostnaderna samt identifiera de viktigaste riskfaktorer som beskriver servicebehovet inom räddningsväsendet. På basis av resultaten av projektet är det möjligt att närmare utvärdera de faktorer som används vid beräkningen av riskkoefficienten.

#### 2.1.4 Övergångsutjämning

I 35 § i finansieringslagen föreskrivs det om välfärdsområdesspecifika övergångsutjämningsavdrag. Syftet med övergångsutjämningsavdragen är att stödja en kontrollerad övergång från den tidigare finansieringsmodell som baserar sig på kommunernas finansiering till kalkylerad finansiering enligt finansieringslagen. Som övergångsutjämningsavdrag beaktas skillnaden mellan finansieringen enligt välfärdsområdets kalkylerade kostnader och de faktiska kostnaderna för kommunerna inom området på 2022 års nivå så att finansieringen under 2023–2029 stegvis ändras mot finansiering som baserar sig på kalkylerad finansiering.

För varje välfärdsområde beräknas en övergångsutjämningsavdrag som skillnaden mellan de faktiska kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet 2022 i kommunerna i området och den kalkylerade finansiering som beräknats enligt nivån 2022. I övergångsutjämningsavdragen görs inga servicebehovs- och indexhöjningar enligt finansieringsmodellen, utan de är permanent på 2022 års prisnivå.

I 35 § 2 mom. i finansieringslagen finns det bestämmelser om övergångsutjämningsavdraget. I momentet anges att om välfärdsområdets kalkylerade kostnader är större än de faktiska kostnaderna dras skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna av från välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämningsavdrag till fullt belopp 2023 och 2024–2029 minskad per invånare som följer:

- 1) högst 10 euro år 2024,
- 2) högst 30 euro år 2025,
- 3) högst 60 euro år 2026,
- 4) högst 90 euro år 2027,
- 5) högst 150 euro år 2028,
- 6) högst 200 euro år 2029.

Enligt 3 mom. utjämnas den andel som överskrider maximiförändringen (+200 euro) tills vidare genom en permanent övergångsutjämningsavdrag. Om ett välfärdsområdes kalkylerade finansiering enligt nivån 2022 är över 200 euro högre än kostnaderna för kommunerna i området 2022 räknat per invånare, dras således skillnaden mellan den faktiska skillnaden och 200 euro per invånare av från finansieringen av området i fråga som ett övergångsutjämningsavdrag.



I 4 mom. finns det bestämmelser om övergångsutjämningsstillägget. I momentet anges att om välfärdsområdets kalkylerade kostnader är mindre än de faktiska kostnaderna läggs skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna till välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämnning till fullt belopp 2023. Efter år 2023 läggs skillnaden per invånare mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna till enligt följande:

- 1) högst 10 euro år 2024,
- 2) högst 20 euro år 2025,
- 3) högst 30 euro år 2026,
- 4) högst 40 euro år 2027,
- 5) högst 50 euro år 2028.

Momentet ändrades genom lag 292/2023, som trädde i kraft den 10 mars 2023, genom vilken graderingen av övergångsutjämningsstillägget ändrades och det föreskrivs att maximiförändringen från och med 2028 är -50 euro i stället för tidigare -100 euro.

Enligt 5 mom. utjämnas den andel som överskrider maximiförändringen (-50 euro) tills vidare genom en permanent övergångsutjämnning. Om kostnaderna 2022 för kommunerna inom ett välfärdsområde räknat enligt nivån 2022 är över 50 euro högre än den kalkylerade finansieringen räknat per invånare, läggs således skillnaden mellan den faktiska skillnaden och -50 euro per invånare till finansieringen av området i fråga som ett övergångsutjämningsstillägg.

Enligt 6 mom. beräknas skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnader som utgör grunden för övergångsutjämnningen enligt nivån 2022. De faktiska kostnaderna för kommunerna inom välfärdsområdets område beaktas kommunvis som medeltal för 2021 och 2022, vilka höjs till nivån för hela landet för 2022. Vid beräkningen av medeltalet används de bokslutsuppgifter som kommunerna lämnat till Statskontoret för 2021 och kommunernas budgetuppgifter för 2022. De faktiska kostnaderna justeras 2023 från och med finansieringen för 2024 på basis av de tjänstespecifika bokslutsuppgifter för 2022 som kommunerna lämnat till Statskontoret. De retroaktiva löneharmoniseringskostnader som ingår i kommunernas bokslut för 2021 och 2022 samt kommunens enskilda bokslutsuppgifter som avsevärt snedvrider de faktiska kostnaderna beaktas vid justeringen på det sätt som föreskrivs i 57 § 3 mom. i lagen om statsandel för kommunal basservice (618/2021) och i bestämmelser som utfärdats med stöd av 6 mom. i den paragrafen.

Enligt 7 mom. justeras de välfärdsområdesspecifika övergångsutjämningsarna från och med finansieringen för 2026 så att det till övergångsutjämnningen läggs skillnaden mellan den kalkylerade finansiering som beräknats med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och den kalkylerade finansiering som beräknats utan denna koefficient. Enligt momentet justerades övergångsutjämningsarna tidigare från och med finansieringen för 2024 så att det till övergångsutjämnningen lades skillnaden mellan den kalkylerade finansiering som beräknats med universitetssjukhusstillägget och den kalkylerade finansiering som beräknats utan detta tillägg.

Övergångsutjämningsarna finansieras i princip mellan välfärdsområdena. I 8 mom. föreskrivs att om de avdrag som sammanlagt görs i välfärdsområdenas finansiering i form av övergångsutjämnning är större än de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämnning, ska denna skillnad inte dras av från finansieringen av välfärdsområdena i hela landet, utan ett belopp som motsvarar denna skillnad läggs till välfärdsområdenas finansiering. Ökningen av

finansieringen är lika stor per invånare i alla välfärdsområden. Till välfärdsområdenas finansiering läggs dock inte den andel som kommer av den i 34 § 3 mom. avsedda finansiering som införs 2024 för att finansiera universitetssjukhustillägget. Om de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämning är större än avdragen, läggs däremot till finansieringen av välfärdsområdena i hela landet ett belopp som motsvarar skillnaden och det fördelas enligt de välfärdsområdesspecifika tillägg som görs i form av övergångsutjämning.

I motiveringarna till 35 § i finansieringslagen (RP 241/2020 rd, s. 891) konstateras att det senast 2027 ska utvärderas hur bestämmelserna om övergångsutjämning fungerar eller tidigare i samband med att det eventuellt föreskrivs om välfärdsområdenas beskattningsrätt. Enligt motiveringarna är det nödvändigt att utvärdera hur väl modellen med övergångsutjämning fungerar och vilka effekter den har efter det att reformen har trätt i kraft, när man får närmare information om beloppen av den förändring i finansieringen som jämnas ut mellan välfärdsområdena och om hur genomförandet av reformen framskrider i välfärdsområdena.

## **2.2 Utvecklingen av välfärdsområdenas kalkylerade finansiering**

### **2.2.1 Utvecklingen av den kalkylerade finansieringen sett till hela landet**

Sett till hela landet ökar den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården årligen på basis av höjningar av prisindexet för välfärdsområdena och den uppskattade ökningen av servicebehovet. Sett till hela landet ökar räddningsväsendets kalkylerade finansiering årligen utifrån prisindexet för välfärdsområdena. De ökningarna och minskningar av finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna beaktas i finansieringen på riksnivå från och med det år då ändringen träder i kraft.

Nivån på den kalkylerade finansieringen baserar sig på de nettokostnader för ordnandet av tjänsterna inom social- och hälsovården och räddningsväsendet enligt bokslutsuppgifterna för 2022 som överförts från kommunerna i området och som uppgick till sammanlagt 21,9 miljarder euro.

Nivån på den kalkylerade finansieringen enligt de kostnader som överfördes höjdes till 2023 års nivå på basis av förändringen i kostnadsnivån enligt välfärdsområdesindexet, den uppskattade ökningen av servicebehovet och uppgiftsändringarna. Nivån på den kalkylerade finansieringen ökade med sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro 2023. Välfärdsområdenas kalkylerade finansiering uppgick således till cirka 23,2 miljarder euro under det första verksamhetsåret 2023.

Den kalkylerade finansieringen för det följande finansåret baserar sig på föregående års kalkylerade finansiering. Jämfört med 2023 ökade den kalkylerade finansieringen 2024 med cirka 1 miljard euro på basis av välfärdsområdesindexet, den uppskattade ökningen av servicebehovet, uppgiftsändringarna och det universitetssjukhustillägg som lagts till finansieringen. Universitetssjukhustillägget, som beaktades i den kalkylerade finansieringen 2024, höjde nivån på den kalkylerade finansieringen med sammanlagt 130,2 miljoner euro. Den kalkylerade finansieringen uppgick således till cirka 24,2 miljarder euro 2024.

Den kalkylerade finansieringen ökade med sammanlagt cirka 2,1 miljarder euro 2025 jämfört med 2024 på basis av välfärdsområdesindexet, den uppskattade ökningen av servicebehovet, uppgiftsändringarna och den första efterhandsjustering som lagts till den kalkylerade finansieringen. Den betydande höjningen av nivån på finansieringen förklaras av den anmärkningsvärt stora efterhandsjusteringen, som uppgår till cirka 1,4 miljarder euro 2025. Välfärdsområdenas kalkylerade finansiering uppgår således till cirka 26,3 miljarder euro 2025.

Grunden för den kalkylerade finansieringen, som fastställts på basis av de kostnader som överförs 2022, har således sett till hela landet ökat med sammanlagt cirka 4,4 miljarder euro 2022–2025. Av detta belopp utgörs cirka 2,1 miljarder euro av en höjning i enlighet med förändringen i kostnadsnivån i välfärdsområdesindexet, cirka 0,8 miljarder euro av en höjning i enlighet med den uppskattade ökningen av servicebehovet, 1,4 miljarder euro av en höjning som föranleds av justeringen i efterhand och 0,1 miljarder euro föranleds av uppgiftsändringar och universitetssjukhustillägget.

Den kalkylerade finansieringen för varje år fördelas mellan välfärdsområdena på basis av bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen. Utöver den områdesspecifika kalkylerade finansieringen beaktas i finansieringen de områdesspecifika övergångsutjämnarna.

## 2.2.2 Fördelningen av finansieringen av social- och hälsovården per område

### 2.2.2.1 Andelarna för bestämningsfaktorerna för social- och hälsovården i finansieringen

Genom bestämningsfaktorerna för social- och hälsovården beaktas i finansieringen sådana faktorer som beskriver invånarnas servicebehov och områdenas olikartade förhållanden och som inverkar på kostnaderna för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna i området.

Den finansiering som bestäms för ett område påverkas av statistiska uppgifter som uppdateras årligen. Invånarantalet och landarealen per område uppdateras årligen utifrån Statistikcentralens senaste statistik över befolkningsstrukturen. Uppgifterna i statistiken över befolkningsstrukturen baserar sig på uppgifterna året före det år som föregått finansåret. De uppgifter i statistiken över befolkningsstrukturen som beaktas i finansieringen för 2025 baserar sig på uppgifterna för 2023. Institutet för hälsa och välfärd uppdaterar årligen de välfärdsområdesspecifika servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som används i finansieringen. Koefficienterna återger servicebehovet i respektive välfärdsområde. Vid beräkningen av servicebehovskoefficienterna utnyttjas bland annat uppgifter om befolkningens köns- och åldersstruktur, sjukfrekvens och socioekonomiska faktorer samt om anlitandet av tjänsterna och de kostnader som anlitandet av tjänsterna medför. De områdesspecifika sjukfrekvensuppgifter som påverkar servicebehovskoefficienterna baserar sig i praktiken på uppgifter som är tre år gamla. De behovskoefficienter som använts i finansieringen för 2025 baserar sig på diagnosuppgifter som beskriver sjukfrekvensen 2022.

Genom de kalkylerade kriterierna fördelas finansiering mellan områdena via det grundpris som fastställts för kriteriet. Grundpriset beräknas genom att det finansieringsbelopp som fördelas enligt kriteriet divideras med befolkningsmängden eller med något annat invånarantal som beskriver kriteriet. Grundpriset för kriteriet beskriver den genomsnittliga kalkylerade kostnaden per invånare. Bestämmelser om grundpriserna utfärdas årligen i finansieringsförordningen.

År 2025 uppgår den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården till sammanlagt 25,7 miljarder euro. I tabell 2 presenteras hur finansieringen enligt kriterierna för den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården riktas till välfärdsområdena per invånare 2025.

### **Tabell 2. Finansiering per invånare 2025 som riktas till välfärdsområdena enligt de kalkylerade kriterierna för social- och hälsovården**

Välfärdsområde	Invånarbase rad andel	Servicebehov inom hälso- och sjukvården	Servicebehov inom äldreomsorgen	Servicebehov inom socialvården	Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	Tvåspråkighet
Helsingfors	616	1 945	568	671	180	28
Vanda och Kervo	616	1 992	458	714	235	10
Västra Nyland	616	1 857	477	612	165	58
Östra Nyland	616	2 127	690	668	68	141
Mellersta Nyland	616	2 006	551	675	71	0
Egentliga Finland	616	2 287	816	834	93	29
Satakunta	616	2 301	884	905	49	0
Egentliga Tavastland	616	2 289	839	824	53	0
Birkaland	616	2 228	745	782	62	0
Päijänne-Tavastland	616	2 307	847	867	65	0
Kymmenedalen	616	2 484	1 060	942	67	4
Södra Karelen	616	2 218	889	796	77	0
Södra Savolax	616	2 487	1 105	974	45	0
Norra Savolax	616	2 401	910	964	41	0
Norra Karelen	616	2 552	980	1 029	53	0
Mellersta Finland	616	2 117	759	829	44	0
Södra Österbotten	616	2 340	947	873	34	0
Österbotten	616	2 075	716	688	89	255
Mellersta Österbotten	616	2 369	898	964	40	45
Norra Österbotten	616	2 144	733	973	39	0
Kajanaland	616	2 477	1 068	1 017	48	0
Lappland	616	2 446	938	1 089	37	0
Fastlandet	<b>616</b>	<b>2 181</b>	<b>748</b>	<b>814</b>	<b>92</b>	<b>23</b>
Andel av social- och hälsovårdsfinansieringen	<b>13,33 %</b>	<b>47,22 %</b>	<b>16,19 %</b>	<b>17,62 %</b>	<b>1,99 %</b>	<b>0,50 %</b>

Välfärdsområde	Befolkningstäthet	Karaktär av skärgård	Kriteriet för främjande av hälsa och välfärd	Samiskspråkighet	Universitetssjukhus tillägg	Sammanlagt, €/inv.
Helsingfors	0	0	46	0	41	<b>4 095</b>

Välfrädsområde	Befolkningstäthet	Karaktär är av skärgård	Kriteriet för främjande av hälsa och välfärd	Samiskspråkighet	Universitetssjukhus tillägg	Sammanlagt, €/inv.
Vanda och Kervo	1	0	46	0	41	4 113
Västra Nyland	11	0	46	0	41	3 882
Östra Nyland	35	0	46	0	41	4 431
Mellersta Nyland	10	0	46	0	41	4 016
Egentliga Finland	28	38	46	0	41	4 828
Satakunta	47	0	46	0	0	4 847
Egentliga Tavastland	39	0	46	0	0	4 706
Birkaland	31	0	46	0	41	4 552
Päijänne-Tavastland	35	0	46	0	0	4 782
Kymmenedalen	36	0	46	0	0	5 256
Södra Karelen	54	0	46	0	0	4 696
Södra Savolax	123	37	46	0	0	5 432
Norra Savolax	89	0	46	0	41	5 107
Norra Karelen	147	0	46	0	0	5 423
Mellersta Finland	74	0	46	0	0	4 485
Södra Österbotten	92	0	46	0	0	4 948
Österbotten	53	26	46	0	0	4 563
Mellersta Österbotten	94	0	46	0	0	5 071
Norra Österbotten	112	2	46	0	41	4 706
Kajanaland	365	0	46	0	0	5 636
Lappland	667	0	46	19	0	5 857
Fastlandet	<b>69</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>4 619</b>
Andel av social- och hälsovårdsfinansieringen	<b>1,49 %</b>	<b>0,11 %</b>	<b>0,99 %</b>	<b>0,01 %</b>	<b>0,56 %</b>	<b>100,00 %</b>

År 2025 är den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården klart högre per invånare (över 5 200 euro per invånare) i Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Karelens, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden än i andra områden. I Lapplands välfärdsområde är den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården högst per invånare (5 857 euro per invånare). I Helsingfors stad och i Vanda och Kervo, Västra Nylands och Mellersta Nylands välfärdsområden är den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården lägre per invånare (mindre än 4 200 euro per invånare) än i övriga välfärdsområden. I Västra Nylands välfärdsområde är den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården lägst per invånare (3 882 euro per invånare).

Största delen av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården (cirka 81 procent 2025) fördelas enligt kriterier som beskriver servicebehovet. Den kalkylerade finansiering som fördelas på basis av servicebehovet räknas ut genom att grundpriset för det behov som beskriver anlitaandet av hälso- och sjukvårds-, äldreomsorgs- och socialvårdstjänster multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården.

Den områdesspecifika servicebehovskoefficienten beskriver invånarnas behov i området i förhållande till andra välfärdsområden. Om servicebehovskoefficienten för ett område är högre än för andra områden, riktas mer finansiering per invånare till området på basis av det kriterium som beskriver servicebehovet. Den servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården som beaktas i finansieringen för 2025 är högst (över 1,12) i Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Karelen, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden. Av denna anledning är den finansiering som riktas till dessa områden på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården högre per invånare än i övriga områden (över 2 450 euro per invånare). Servicebehovskoefficienten för äldreomsorgen är högst (över 1,30) i Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Karelen och Kajanalands välfärdsområden, varvid den finansiering som riktas till dessa områden på basis av servicebehovet inom äldreomsorgen är högre per invånare än i övriga områden (över 980 euro per invånare). Servicebehovskoefficienten för socialvården är högst (minst 1,20) i Södra Savolax, Norra Karelen, Norra Österbottens, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden, varvid den finansiering som riktas till dessa områden är högre per invånare än i övriga områden (över 960 euro per invånare).

Den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården fördelas inte bara på basis av servicebehovet utan också på basis av kriterier som beskriver områdenas särdrag och olikartade förhållanden. Genom det invånarbasade kriteriet riktas finansiering områdesvis på basis av invånarantalet i området, vilket innebär att den finansiering som fördelas enligt kriteriet i fråga är lika stor per invånare för alla områden. Genom det kriterium som avser inslaget av personer med ett främmande språk som modersmål riktas finansiering enligt antalet personer med ett främmande språk som modersmål som bor i området. På basis av inslaget av personer med ett främmande språk som modersmål riktas mest finansiering per invånare (över 150 euro per invånare) till Helsingfors stad samt Vanda och Kervo och Västra Nylands välfärdsområden. Genom det kriterium som beskriver tvåspråkighet riktas finansiering endast till tvåspråkiga välfärdsområden enligt antalet svenskspråkiga invånare. Den finansiering som fördelas på basis av tvåspråkighet är störst per invånare i Österbottens välfärdsområde (255 euro per invånare) och i Östra Nylands välfärdsområde (141 euro per invånare).

Genom det kriterium som beskriver befolkningstätheten fördelas finansiering på basis av områdets invånarantal och befolkningstäthetskoefficient, som beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. Den finansiering som fördelas enligt det kriterium som beskriver befolkningstätheten är högst (över 100 euro per invånare) i Södra Savolax, Norra Karelen, Norra Österbottens, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden. Särskilt den finansiering som riktas till Lapplands välfärdsområde på basis av det kriteriet är avsevärt högre per invånare än i andra områden (667 euro per invånare). Genom det kriterium som beskriver karaktären av skärgård riktas kalkylerad finansiering endast till fyra välfärdsområden på grundval av invånarantalet i de skärgårdskommuner som avses i 9 § i lagen om främjande av skärgårdens utveckling (494/1981) och som finns inom området. Det kriterium som beskriver karaktären av skärgård riktar kalkylerad finansiering till Egentliga Finlands, Södra Savolax, Österbottens och Norra Österbottens välfärdsområden. Det kriterium som beskriver samiskspråkighet riktar finansiering på basis av antalet samiskspråkiga invånare. Genom det kriteriet riktas kalkylerad finansiering endast till Lapplands välfärdsområde (19 euro per invånare). Den finansiering som

fördelas enligt det kriterium som avser främjande av hälsa och välfärd bestäms invånarbaserat 2025. Den finansiering som fördelas via universitetssjukhusområdet bestäms utifrån invånarantalet i universitetssjukhusområdet.

#### 2.2.2.2 Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

Av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården i välfärdsområdena fördelas cirka 20,9 miljarder euro 2025 på basis av servicebehovet. Den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet delas dessutom in i kalkylerad finansiering som fördelas på basis av behovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. De viktningar som anges i den gällande lagen (13 §) baserar sig på kostnadsuppgifterna för 2020 enligt Statistikcentralens ekonomiska statistik över kommuner och samkommuner. Enligt den fördelas av den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet 58,86 procent på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården, 19,75 procent på basis av servicebehovet inom äldreomsorgen och 21,39 procent på basis av servicebehovet inom socialvården.

De uppgiftsspecifika viktningarna ändras i själva verket årligen i enlighet med förändringarna i den finansiering som fördelas på grundval av ändringarna i välfärdsområdenas uppgifter. Effekterna kan beaktas genom att den ökning eller minskning av finansieringen som ändringen orsakar riktas till exempel till alla bestämningsfaktorer för finansieringen eller till de kalkylerade kriterier som vid respektive tillfälle lämpar sig bäst. Till följd av detta ändras viktningarna för den kalkylerade finansieringen årligen. Exempelvis i finansieringen för 2025 är viktningen för servicebehovet inom hälso- och sjukvården 58,36 procent, äldreomsorgen 19,99 procent och socialvården 21,65 procent.

Det ska föreskrivas om viktningarna minst vart tredje år. Målet är att den finansiering som fördelas utifrån de kriterier som beskriver servicebehovet på basis av de uppgiftsspecifika viktningarna så exakt som möjligt ska motsvara välfärdsområdenas faktiska kostnadsfördelning. Välfärdsområdenas nettokostnader för hälso- och sjukvården, socialvården och äldreomsorgen enligt bokslutsuppgifterna för det första året uppgick till sammanlagt cirka 23,9 miljarder euro 2023. Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick till cirka 13,2 miljarder euro, för äldreomsorgen till cirka 5,1 miljarder euro och för socialvården till cirka 5,6 miljarder euro. På basis av kostnadsuppgifterna för 2023 är således viktningen för servicebehovet inom hälso- och sjukvården 55,284 procent, servicebehovet inom äldreomsorgen 21,205 procent och servicebehovet inom socialvården 23,511 procent. Andelarna för de kalkylerade kostnaderna har således förändrats avsevärt på tre år. Andelen för hälso- och sjukvården har sjunkit med cirka 3,6 procentenheter, andelen för äldreomsorgen stigit med cirka 1,5 procentenheter och andelen för socialvården stigit med cirka 2,1 procentenheter.

#### 2.2.2.3 Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

Största delen av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården (cirka 81 procent 2025) fördelas enligt kriterier som beskriver servicebehovet. Av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården fördelas 2025 cirka 12,2 miljarder euro enligt kriteriet för servicebehovet inom hälso- och sjukvården, cirka 4,2 miljarder euro enligt kriteriet för servicebehovet inom äldreomsorgen och cirka 4,5 miljarder euro enligt kriteriet för servicebehovet inom socialvården. Den kalkylerade finansiering som fördelas enligt kriterierna för servicebehovet räknas ut genom att grundpriset för det behov som beskriver anlitaandet av hälso- och sjukvårds-, äldreomsorgs- och socialvårdstjänster multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården.

Institutet för hälsa och välfärd beräknar årligen utifrån det senaste registermaterialet och andra kalkyler behovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården för varje välfärdsområde. Bestämmelser om de behovsfaktorer inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som används vid beräkningen av den välfärdsområdesspecifika behovskoefficienten finns i bilagan till finansieringslagen. Den områdesspecifika behovskoefficienten fås genom att den kostnadsökande eller kostnadsminskande effekten i fråga om respektive faktor multipliceras med faktorns frekvens bland välfärdsområdets befolkning och behovskoefficienterna för enskilda faktorer räknas samman och ställs i relation till det värde som beräknats på motsvarande sätt för hela landet.

Modellen med behovsfaktorer och de behovsfaktorer inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som anges i bilagan till finansieringslagen baserar sig på en undersökning av Institutet för hälsa och välfärd, där man med hjälp av en statistisk regressionsmodell förutspår kostnaderna för den offentliga social- och hälsovården med uppgifter om sjukfrekvens och socioekonomisk ställning i fråga om hela Finlands befolkning. I modellen kommer kostnadsuppgifterna för hälso- och sjukvården från det vårdanmälningsregister för hälso- och sjukvården som förs av Institutet för hälsa och välfärd. Det finns ingen rikstäckande informationskälla för socialvårdskostnader, så kostnaderna för socialvården baserar sig på material om kostnaderna 2017 från Helsingfors stad, Päijänne-Tavastlands välfärdssamkommun, samkommunen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä och Uleåborgs stad. I modellen förutspås personernas kostnader för den offentliga social- och hälsovården på basis av uppgifter om personens sjukfrekvens (diagnoser från föregående år) och ålder, kön, civilstånd, ensam vårdnad, utbildning, ställning på arbetsmarknaden (sysselsatt, arbetslös eller sjukpensionär) och annan huvudsaklig verksamhet (studerande, beväring eller pensionär), hushållets bruksinkomster och om personens bakgrundsländ är Finland eller något annat land än Finland.

Institutet för hälsa och välfärd har i sin undersökning bedömt hur mycket större kostnader till exempel en person med diabetes orsakar inom den offentliga social- och hälsovården än en i övrigt till ålder, kön, utbildning, ställning på arbetsmarknaden och övriga egenskaper jämförbar person som inte har diabetes. De olika faktorernas inverkan på kostnaderna uttrycks som regressionskoefficienter; om regressionskoefficienten för en faktor är positiv har den en kostnadshöjande effekt och om regressionskoefficienten är negativ har faktorn en kostnadsreducerande effekt. Till exempel vid användning av 2022 års uppgifter får diabetes regressionskoefficienten 707, vilket innebär att kostnaderna för hälso- och sjukvården för en person med diabetes kalkylmässigt är 707 euro högre per år än för en i övrigt jämförbar person som inte har diabetes. På motsvarande sätt orsakar en sysselsatt person 247 euro mindre kostnader inom hälso- och sjukvården än en i övrigt jämförbar icke sysselsatt person.

De områdesspecifika behovskoefficienter som används vid fördelningen av finansieringen för 2025 baserar sig på 2022 års uppgifter om diagnoser och socioekonomisk ställning. Diagnosuppgifterna fås från det vårdanmälningsregister för hälso- och sjukvården som förs av Institutet för hälsa och välfärd och övriga uppgifter fås ur Statistikcentralens befolkningsstatistik. Behovskoefficienterna förändras årligen i enlighet med hur befolkningens sjukfrekvens eller befolkningsstrukturen och befolkningens socioekonomiska ställning i området förändras. Det har dessutom upptäckts vissa missförhållanden i de uppgifter som ligger till grund för behovskoefficienterna, såsom tekniska problem vid överföringen av diagnoser från patientdatasystem till vårdanmälningsregistret. De senaste åren har man försökt rätta till dessa missförhållanden och det har synts som områdesspecifika förändringar i uppdateringen av uppgifterna. De årliga förändringarna och skillnaderna mellan områdena i fråga om behovskoefficienterna kan också bero på olika registreringspraxis och ändringar i den.



Exempelvis ändrades de behovskoefficienter som användes vid fördelningen av finansieringen för 2025 och som baserar sig på diagnosuppgifter från 2022 rätt mycket jämfört med de behovskoefficienter som användes vid fördelningen av finansieringen för 2024 och som baserade sig på diagnosuppgifter från 2019 och 2021. Störst var ökningen i fråga om behovskoefficienterna för Vanda och Kervo samt Egentliga Finlands välfärdsområde; den totala behovskoefficienten för bägge områden ökade med 3 procent från året innan. Ökningen av behovskoefficienterna i bägge områden förklaras till stor del av att de tekniska problemen som tidigare år förekommit i fråga om överföringen av diagnoser från patientdatasystemet till vårdanmälningsregistret har upphört och att det servicebehov som under tidigare år varit dolt blev synligt. Beräkningen av de områdesspecifika behovskoefficienterna är ett så kallat nollsummespel mellan områdena vilket innebär att om behovskoefficienten för ett eller flera områden stiger, så sjunker behovskoefficienterna för andra områden. Detta beror på att ökningen av den områdesspecifika behovskoefficienten inte ökar det totala beloppet av välfärdsområdenas finansiering, utan endast ändrar den områdesspecifika fördelningen av finansieringen. Störs var nedgången i de behovskoefficienter som baserar sig på diagnosuppgifterna för 2022 i Päijänne-Tavastlands, Södra Karelen, Norra Savolax, Norra Karelen, Mellersta Finlands, Södra Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden, för vilka den totala behovskoefficienten sjönk med cirka 2 procent.

#### 2.2.2.4 Koefficient för främjande av hälsa och välfärd

Den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd har bestämts invånarbaserat 2023–2025. Från och med 2026 bestäms finansieringen på basis av områdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd. Institutet för hälsa och välfärd fastställer årligen för varje område den koefficient för främjande av hälsa och välfärd som ska beaktas i den kalkylerade finansieringen från och med 2026.

På basis av främjandet av hälsa och välfärd fördelas cirka en procent av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården, vilket motsvarar cirka 256 miljoner euro 2025. År 2025 är finansieringen lika stor per invånare för alla välfärdsområden (46 euro). Från och med 2026 beror finansieringen på storleken på välfärdsområdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd. Om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är större än ett har området vidtagit fler åtgärder för främjande av hälsa och välfärd i förhållande till andra områden. Om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är mindre än ett har området vidtagit färre åtgärder för främjande av hälsa och välfärd i förhållande till andra områden. Övergången till finansiering som bestäms på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd ändrar områdesvis den finansiering som tidigare bestämdes invånarbaserat.

Enligt 35 § i finansieringslagen uppdateras de områdesspecifika övergångsutjämningsarna med den kalkylerade finansiering som fördelas på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd från och med 2026. Detta påverkar finansieringen för de välfärdsområdena som fortfarande har kvar övergångsutjämnings 2026. När övergångsutjämningsarna uppdateras med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, ökar eller minskar den kalkylerade finansiering som beräknats på 2022 års nivå, vilket leder till att de områdesspecifika övergångsutjämningsarna ändras.

Om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är större än ett, ökar den kalkylerade finansiering som beräknats på 2022 års nivå och som fördelas enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd jämfört med den finansiering som tidigare fördelades invånarbaserat. Då minskar på motsvarande sätt övergångsutjämningsstillägget eller ökar övergångsutjämningsavdraget för området. Även om den kalkylerade finansiering som området får enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd ökar 2026 jämfört med den finansiering

som tidigare fördelades invånarbaserat, realiseras denna ökning inte fullt ut i områdets finansiering på grund av den finansieringsreducerande effekt som uppstår genom övergångsutjämnningen. På motsvarande sätt, om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är mindre än ett, minskar den kalkylerade finansiering som fördelas enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd jämfört med den finansiering som tidigare fördelades invånarbaserat, men uppdateringen av övergångsutjämnarna jämnar ut den negativa effekten på finansieringen.

### 2.2.3 Fördelningen av finansieringen av räddningsväsendet per område

Räddningsväsendets kalkylerade finansiering bestäms enligt kalkylerade kriterier, nämligen invånarantalet, befolkningstätheten och riskfaktorerna. Av den kalkylerade finansieringen bestäms 65 procent invånarbaserat, 30 procent enligt riskfaktorerna i området och 5 procent enligt befolkningstätheten i området. De kalkylerade kriterierna uppdateras årligen utifrån de senaste statistikuppgifterna. Invånarantalet uppdateras utifrån Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen. Inrikesministeriet uppdaterar riskfaktorerna årligen.

Räddningsväsendets kalkylerade finansiering är sammanlagt 580,5 miljoner euro 2025. I tabell 3 presenteras välfärdsområdesvis den finansiering per invånare 2025 som fördelas enligt kriterierna för räddningsväsendets kalkylerade finansiering.

**Tabell 3. Finansiering som fördelas enligt räddningsväsendets kalkylerade kriterier per invånare 2025**

Välfärdsområde	Invånarbaserad andel	Befolkningstäthet	Risikfaktorer	Sammanlagt, €/inv.
Helsingfors	68	0	12	<b>80</b>
Vanda och Kervo	68	0	24	<b>92</b>
Västra Nyland	68	1	25	<b>94</b>
Östra Nyland	68	4	33	<b>105</b>
Mellersta Nyland	68	1	32	<b>100</b>
Egentliga Finland	68	3	31	<b>101</b>
Satakunta	68	4	45	<b>117</b>
Egentliga Tavastland	68	3	38	<b>108</b>
Birkaland	68	2	31	<b>101</b>
Päijänne-Tavastland	68	3	37	<b>107</b>
Kymmenedalen	68	3	47	<b>118</b>
Södra Karelen	68	4	44	<b>116</b>
Södra Savolax	68	10	38	<b>116</b>
Norra Savolax	68	7	35	<b>109</b>
Norra Karelen	68	11	37	<b>115</b>
Mellersta Finland	68	5	33	<b>106</b>
Södra Österbotten	68	6	43	<b>116</b>
Österbotten	68	8	33	<b>108</b>
Mellersta Österbotten	68	7	35	<b>110</b>
Norra Österbotten	68	8	31	<b>107</b>
Kajanaland	68	25	51	<b>143</b>
Lappland	68	44	42	<b>153</b>
Fastlandet tot.	<b>68</b>	<b>5</b>	<b>31</b>	<b>104</b>

Välfärdsområde	Invånarbaserad andel	Befolkningstäthet	Risikfaktorer	Sammanlagt, €/inv.
Andel av finansieringen av räddningsväsendet	65,0 %	5,0 %	30,0 %	100,0 %

År 2025 är räddningsväsendets kalkylerade finansiering per invånare högre (minst 116 euro per invånare) i Satakunta, Kymmenedalens, Södra Karelen, Södra Savolax, Södra Österbotten, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden än i andra områden. Särskilt i Kajanalands och Lapplands välfärdsområden är räddningsväsendets kalkylerade finansiering högre än i andra områden (över 140 euro per invånare). I Helsingfors stad samt i Vanda och Kervo och Västra Nylands välfärdsområden är räddningsväsendets kalkylerade finansiering lägre än i andra områden (mindre än 95 euro per invånare).

#### 2.2.4 Utvecklingen av den kalkylerade finansieringen 2023–2025

Nivån på den kalkylerade finansieringen justeras årligen på riksnivå på basis av välfärdsområdesindexet, den uppskattade ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården, uppgiftsändringarna och justeringen i efterhand. Den finansiering som fördelas enligt de kalkylerade kriterierna ökar således årligen på det sätt som beskrivs i början av avsnitt 2.2. Fördelningen av den områdesspecifika finansieringen påverkas av de områdesspecifika uppgifter som ska beaktas respektive år och som ligger till grund för bestämningsfaktorerna.

I tabell 4 presenteras ökningen av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet per område 2025 jämfört med 2023.

**Tabell 4. Ökning av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet 2025 jämfört med 2023, procent**

Välfärdsområde	Ökning av den kalkylerade finansieringen från 2023 till 2025
Helsingfors	15,8 %
Vanda och Kervo	20,9 %
Västra Nyland	17,2 %
Östra Nyland	12,6 %
Mellersta Nyland	14,3 %
Egentliga Finland	16,8 %
Satakunta	10,9 %
Egentliga Tavastland	11,5 %
Birkaland	16,4 %
Päijänne-Tavastland	9,5 %
Kymmenedalen	11,8 %
Södra Karelen	9,3 %
Södra Savolax	9,9 %
Norra Savolax	9,8 %
Norra Karelen	9,2 %
Mellersta Finland	10,3 %
Södra Österbotten	9,2 %
Österbotten	11,2 %

Välfärdsområde	Ökning av den kalkylerade finansieringen från 2023 till 2025
Mellersta Österbotten	9,2 %
Norra Österbotten	14,3 %
Kajanaland	9,6 %
Lappland	13,2 %
Fastlandet tot.	15,8 %

Enligt tabell 4 förekommer det välfärdsområdesvisa variationer i ökningen av den kalkylerade finansieringen från 2023 till 2025. Den kalkylerade finansieringen har ökat mest (över 15 %) i Helsingfors stad samt i Vanda och Kervo, Västra Nylands, Egentliga Finlands och Birkalands välfärdsområden. Den kalkylerade finansieringen har ökat minst (mindre än 10 %) i Päijänne-Tavastlands, Södra Karelen, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen, Södra Österbottens, Mellersta Österbottens och Kajanalands välfärdsområden.

Den områdesspecifika ökningen av den kalkylerade finansieringen beror i synnerhet på utvecklingen av områdets invånarantal och behovskoefficienter. Ett områdes invånarantal påverkar finansiering som fördelas enligt flera kalkylerade kriterier, eftersom finansieringen enligt de kalkylerade kriterierna fördelas på basis av grundpriserna per invånare. Kriteriets grundpris per invånare beskriver hur mycket kalkylerade kostnader respektive bestämningsfaktor orsakar per invånare.

I finansieringen för 2023–2025 har det områdesspecifika invånarantalet för 2021–2023 använts. Ökningen av invånarantalet under 2021–2023 har varit störst i Helsingfors stad (+2,4 %) samt i Vanda och Kervo (+3,3 %), Västra Nylands (+3,3 %), Mellersta Nylands (+1,8 %), Egentliga Finlands (+1,5 %) och Birkalands (+2,2 %) välfärdsområden. Invånarantalet har minskat mest i Satakunta (-1,2 %), Kymmenedalens (-1,7 %), Södra Savolax (-1,3 %) och Kajanalands (-1,5 %) välfärdsområden.

De behovskoefficienter som grundar sig på uppgifterna för 2019–2022 och som använts i finansieringen för 2023–2025 har stigit särskilt i Vanda och Kervo, Egentliga Finlands, Birkalands, Kymmenedalens och Lapplands välfärdsområden. De behovskoefficienter som använts i finansieringen för 2023–2025 har sjunkit särskilt i Päijänne-Tavastlands, Norra Savolax, Norra Karelen, Södra Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden. Förändringar i behovskoefficienterna beror inte bara på den faktiska förändringen i servicebehovet utan också på att praxisen för registrering av uppgifter och informationssystemens funktion varierar från område till område. Under perioden 2019–2022 inföll därtill covid-19-pandemin, som minskade användningen av tjänster.

Den områdesspecifika ökningen av den kalkylerade finansieringen påverkas sedan den första justeringen i efterhand av finansieringen som gjordes 2025 också av hur efterhandsjusteringen fördelar sig mellan områdena. Beloppet av efterhandsjusteringen på riksnivå beräknas på basis av områdenas sammanräknade finansiering och de faktiska kostnader som framgår av bokslutsuppgifterna. Efterhandsjusteringen beaktas i den kalkylerade finansieringen på riksnivå, varvid den fördelas områdesvis i enlighet med de bestämningsfaktorer som anges i finansieringslagen. Efterhandsjusteringen hänförs således inte till enskilda områden i enlighet med underskottet eller överskottet i deras bokslut, vilket innebär att incitamentet att dämpa kostnadsökningen kvarstår. Det lönar sig för området att sträva efter ett bättre resultat per invånare än genomsnittet i landet.

Av tabell 5 framgår vilken andel justeringen i efterhand har haft i utvecklingen av den kalkylerade finansieringen per område. Den justering i efterhand (1,412 miljarder euro) som läggs till finansieringen för 2025 bestäms på basis av skillnaden mellan områdenas sammanräknade finansiering och faktiska nettokostnader (-1,316 miljarder euro) för 2023. På grund av det stora underskottet 2023 är den justering i efterhand som läggs till finansieringen för 2025 anmärkningsvärt stor. År 2023 uppvisade Helsingfors stad ett litet överskott, medan alla andra områden uppvisade ett underskott. Justeringen i efterhand riktas till områdena i förhållande till bestämningsfaktorerna enligt finansieringslagen, så Helsingfors stad får en betydande nytta av den. Vid beredningen av finansieringslagen kunde man inte förutse att välfärdsområdena under de första verksamhetsåren kommer att uppvisa ett avsevärt underskott, varvid nyttan särskilt för välfärdsområden som uppvisar ett överskott eller endast ett litet underskott framhävs.

**Tabell 5. Fördelning av justeringen i efterhand per område åren 2025 och 2026 (uppskattning), miljoner euro**

Välfärdsområde	Skillnad mellan den statliga finansieringen och de faktiska nettokostnaderna 2023, mn euro	Fördelning av justeringen i efterhand 2025, mn euro	Skillnad, mn euro	Skillnad mellan den statliga finansieringen och de faktiska nettokostnaderna 2024, mn euro	Fördelning av den justeringen i efterhand som ingår i finansieringen för 2026, mn euro	Skillnad, mn euro
Helsingfors	29	151	180	29	145	175
Vanda och Kervo	-104	64	-40	-75	61	-13
Västra Nyland	-107	106	-1	-11	100	90
Östra Nyland	-35	24	-10	-48	23	-26
Mellersta Nyland	-67	45	-21	-66	43	-23
Egentliga Finland	-148	130	-19	-126	124	-2
Satakunta	-52	56	4	-56	53	-3
Egentliga Tavastland	-60	44	-16	-49	41	-8
Birkaland	-136	135	-2	-56	128	72
Päijänne-Tavastland	-47	54	7	-46	51	5
Kymmenedalen	-31	46	15	-68	43	-25
Södra Karelen	-30	32	3	-38	30	-8
Södra Savolax	-43	39	-4	-46	37	-9
Norra Savolax	-63	69	6	-77	66	-11
Norra Karelen	-23	48	25	-45	46	1
Mellersta Finland	-114	67	-47	-138	64	-75
Södra Österbotten	-46	52	6	-65	49	-16
Österbotten	-38	45	7	-29	42	13
Mellersta Österbotten	-21	19	-2	-17	18	1

Välfärdsområde	Skillnad mellan den statliga finansieringen och de faktiska nettokostnaderna 2023, mn euro	Fördelning av justeringen i efterhand 2025, mn euro	Skillnad, mn euro	Skillnad mellan den statliga finansieringen och de faktiska nettokostnaderna 2024, mn euro	Fördelning av den justeringen i efterhand som ingår i finansieringen för 2026, mn euro	Skillnad, mn euro
Norra Österbotten	-71	108	36	-52	102	50
Kajanaland	-19	22	3	-21	21	0
Lappland	-91	57	-34	-89	54	-35
<b>Sammanlagt</b>	<b>-1 316</b>	<b>1 412</b>	<b>96</b>	<b>-1190</b>	<b>1342</b>	<b>152</b>

Tabell 5 visar dessutom en uppskattning som baserar sig på utfallsuppgifterna för 2024 om beloppet av den justering i efterhand som ingår i finansieringen för 2026 och om fördelningen av den per område. På basis av de bokslutsprognoser för 2024 som välfärdsområdena rapporterade i januari är skillnaden mellan den statliga finansieringen och de faktiska nettokostnaderna cirka -1,2 miljarder euro 2024. Välfärdsområdenas sammanlagda underskott har 2024 minskat jämfört med 2023, vilket innebär att den justering i efterhand som 2025 fogades till finansieringsbasen vid justeringen i efterhand 2026 minskas (cirka 130 miljoner euro). Sett till hela landet ingår i finansieringen efterhandsjustering på sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro 2026. Detta belopp fördelar sig enligt den uppskattning som presenteras i tabellen mellan välfärdsområdena på basis av bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen. Siffrorna i tabellen uppdateras ännu under 2025 när områdena rapporterar bokslutsuppgifterna för 2024.

Välfärdsområdenas statliga finansiering består förutom av den kalkylerade finansieringen också av en välfärdsområdesspecifik övergångsutjämnning. Effekten av övergångsutjämnningen har inte beaktats i tabellerna ovan.

### 2.3 Övergångsutjämnningarnas inverkan på finansieringen

Som övergångsutjämnning beaktas skillnaden mellan finansieringen enligt välfärdsområdets kalkylerade kostnader och de faktiska kostnaderna för kommunerna inom området så att finansieringen under 2023–2029 gradvis ändras mot finansiering som baserar sig på kalkylerad finansiering. För varje välfärdsområde beräknas en övergångsutjämnning som skillnaden mellan de faktiska sammanlagda kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet 2022 i kommunerna i området och den kalkylerade finansiering som beräknats enligt nivån 2022. I övergångsutjämnningarna görs inga servicebehovs- och indexhöjningar enligt finansieringsmodellen, utan de är permanent på 2022 års nivå.

Om välfärdsområdets kalkylerade kostnader är större än de faktiska kostnaderna dras skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna av från välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämningsavdrag till fullt belopp 2023 och ett gradvis ökande belopp 2024–2029 så att skillnaden är högst 200 euro 2029. Från och med 2029 har den permanenta ändringen begränsats till 200 euro per invånare. Om välfärdsområdets kalkylerade kostnader däremot är mindre än de faktiska kostnaderna läggs skillnaden mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna till välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämningsstillägg till fullt belopp 2023 och till skillnaden per invånare 2024–2028 ett gradvis ökande belopp så att

skillnaden är högst -50 euro 2028. Den andel som överstiger den maximala förändringen utjämnas tills vidare genom en permanent övergångsutjämnning.

I tabell 6 beskrivs övergångsperioden 2023–2029 enligt den gällande lagen. Om välfärdsområdets kalkylerade finansiering är högre än de kostnader som överförs från kommunerna i området enligt nivån 2022, minskas områdets kalkylerade finansiering beräknad i euro per invånare på det sätt som beskrivs i tabellen. Om de kostnader som överförs är högre än den kalkylerade finansieringen, ökas områdets kalkylerade finansiering med en övergångsutjämnning beräknad i euro per invånare på det sätt som beskrivs i tabellen. I tabellen har övergångsutjämnningarna beräknats med andelarna för bestämningsfaktorerna enligt den gällande lagen. I övergångsutjämnningarna i tabellen har den finansieringsandel som bestäms på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd inte beaktats från och med 2026.

De maximala ändringarna (+200/-50 euro per invånare) åren 2028 och 2029 och därefter i form av en tills vidare permanent övergångsutjämnning uppfylls i sammanlagt 13 välfärdsområden. De kostnader som överförs från Helsingfors stad och kommunerna inom sex välfärdsområden är per invånare mer än 50 euro högre än deras kalkylerade finansiering beräknat enligt nivån 2022. För dessa områden kvarstår från och med 2029 ett övergångsutjämningsstillägg som gäller tills vidare. I sex välfärdsområden är den kalkylerade finansieringen per invånare över 200 euro högre än de kostnader som överförs från kommunerna i områdena, beräknat enligt nivån 2022. För dessa områden kvarstår från och med 2030 ett övergångsutjämningsavdrag som gäller tills vidare.

**Tabell 6. Beloppet av övergångsutjämnningen per välfärdsområde (utan justering 2026), euro sammanlagt**

Välfärdsområde	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Övergångsutjämnning min/max €/inv.</b>	<b>+/- 0 €/inv.</b>	<b>+/- 10 €/inv.</b>	<b>+30/-20 €/inv.</b>	<b>+60/-30 €/inv.</b>	<b>+90/-40 €/inv.</b>	<b>+150/-50 €/inv.</b>	<b>+200/-50 €/inv.</b>
Helsingfors	172 027 918	142 381 4 94	135 420 869	128 851 669	122 282 469	115 713 269	115 713 269
Vanda och Kervo	2 476 8 72	- 4 414 976	0	0	0	0	0
Västra Nyland	- 10 703 709	- 22 664 99 0	-13 470 566	0	0	0	0
Östra Nyland	- 22 975 968	- 25 444 31 2	-23 537 776	-20 590 156	-17 642 536	-11 747 296	-6 834 596
Mellersta Nyland	25 858 399	16 864 02 3	14 751 953	12 758 653	10 765 353	8 772 053	8 772 053
Egentliga Finland	- 84 766 019	- 96 907 33 0	-87 566 113	-73 124 023	-58 681 933	-29 797 753	-5 727 603
Satakunta	24 342 939	22 265 96 9	19 983 454	17 829 294	15 675 134	13 520 974	13 520 974
Egentliga Tavastland	- 17 736 782	- 15 047 01 5	-11 737 113	-6 619 803	-1 502 493	0	0
Birkaland	9 528 7 05	- 3 806 341	0	0	0	0	0

Välfärdsområde	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Övergångsutjämnings min/max €/inv.	+/- 0 €/inv.	+/- 10 €/inv.	+30/-20 €/inv.	+60/-30 €/inv.	+90/-40 €/inv.	+150/-50 €/inv.	+200/-50 €/inv.
Päijänne-Tavastland	- 50 732 726	- 48 599 07 4	-44 606 262	-38 433 132	-32 260 002	-19 913 742	-9 625 192
Kymmenedalen	44 229 952	42 656 81 6	40 931 684	39 303 564	37 675 444	36 047 324	36 047 324
Södra Karelen	3 494 0 82	4 588 478	3 243 642	1 974 432	705 222	0	0
Södra Savolax	39 643 994	38 359 48 6	36 953 396	35 626 376	34 299 356	32 972 336	32 972 336
Norra Savolax	- 3 456 7 92	- 10 307 49 7	-5 490 126	0	0	0	0
Norra Karelen	- 66 272 863	- 64 586 43 2	-61 413 135	-56 507 025	-51 600 915	-41 788 695	-33 611 845
Mellersta Finland	22 306 747	19 682 10 9	16 793 501	14 067 331	11 341 161	8 614 991	8 614 991
Södra Österbotten	2 460 8 22	606 780	0	0	0	0	0
Österbotten	17 165 500	15 460 69 5	13 597 775	11 839 615	10 081 455	8 323 295	8 323 295
Mellersta Österbotten	- 19 536 617	- 18 832 67 0	-17 513 421	-15 473 781	-13 434 141	-9 354 861	-5 955 461
Norra Österbotten	- 28 951 513	- 40 453 18 3	-32 423 163	-20 008 263	-7 593 363	0	0
Kajanaland	- 3 704 2 43	- 2 964 123	-1 573 544	0	0	0	0
Lappland	- 54 698 698	- 52 874 81 7	-49 446 783	-44 146 833	-38 846 883	-28 246 983	-19 413 733
<b>Fastlandet tot.</b>	<b>-0</b>	<b>- 104 036 9 11</b>	<b>-67 101 728</b>	<b>-12 652 083</b>	<b>21 263 327</b>	<b>83 114 911</b>	<b>142 795 811</b>

Sju välfärdsområden och Helsingfors stad får sammanlagt cirka 282 miljoner euro i övergångsutjämnings tillägg 2025. År 2029 är motsvarande summa sammanlagt cirka 224 miljoner euro, som kvarstår som en permanent övergångsutjämnings i välfärdsområdenas finansiering. På motsvarande sätt minskas finansieringen av nio välfärdsområden med sammanlagt cirka -349 miljoner euro 2025 i form av ett övergångsutjämningsavdrag. Fram till 2029 minskar de dock till cirka -81 miljoner euro. För tre välfärdsområden har övergångsutjämnings graderats till 0 euro 2025. För nio välfärdsområden kommer övergångsutjämnings att graderas till 0 euro fram till 2029.



## 2.4 Kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena

Välfärdsområdenas kostnader har ökat kraftigt 2023 och 2024. Nettokostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet beräknas uppgå till cirka 25,3 miljarder euro 2024, det vill säga cirka 3,4 miljarder euro mer än de kostnader som överfördes från kommunerna 2022. Ökningen var särskilt snabb 2023, då ökningen mätt till nettokostnaderna var 12 procent per år. Bakom ökningen låg flera orsaker, särskilt den höga inflationen och löneuppgörelsen inom den kommunala sektorn, men också faktorer som har samband med välfärdsområdesreformen. Faktorer som ökade kostnaderna i samband med reformen var bland annat höjningen av lokalhyrorna, avvecklingen av den eftersatta vård och service som överförts från kommunerna samt förenhetligandet av servicenivån inom välfärdsområdena. Dessa faktorer återspeglades inte bara på områdenas egen verksamhet utan också mycket starkt på de köpta tjänsterna. På basis av bokslutsprognoserna för 2024 kan man se att kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena jämnas ut till cirka tre procent, särskilt som en följd av anpassningsåtgärderna i områdena.

Det förekommer betydande skillnader i kostnadsökningen mellan välfärdsområdena. Kostnadsökningen mellan 2021 och 2024 varierar mellan 16 och 35 procent. Förändringarna återspeglar i viss mån förändringar i befolkningsstrukturen, men det finns också andra orsaker bakom förändringarna. Sådana är till exempel orsaker som hänför sig dels till servicestrukturen, dels till takten för genomförandet av förändringsprogrammen under 2023 och 2024. Helsingfors stad berördes inte av alla ovannämnda förändringsfaktorer på samma sätt som de övriga välfärdsområdena, så kostnadsökningen var mindre i Helsingfors.

**Tabell 7. Utvecklingen av välfärdsområdenas nettokostnader 2021–2024 \*, miljoner euro samt årlig tillväxt i procent**

Välfärdsområde	2021	2022	2023	2024 bokslutsprognos*	Förändring 2021–2022, %	Förändring 2022–2023, %	Förändring 2023–2024*, %	Förändring 2021–2024*, %
<b>Helsingfors</b>	2 311	2 457	2 572	2 670	6 %	5 %	4 %	16 %
<b>Vanda och Kervo</b>	857	952	1 100	1 136	11 %	16 %	3 %	33 %
<b>Västra Nyland</b>	1 455	1 565	1 775	1 780	8 %	13 %	0 %	22 %
<b>Östra Nyland</b>	325	353	410	437	9 %	16 %	7 %	35 %
<b>Mellersta Nyland</b>	653	731	831	864	12 %	14 %	4 %	32 %
<b>Egentliga Finland</b>	1 724	1 878	2 133	2 195	9 %	14 %	3 %	27 %
<b>Satakunta</b>	860	925	1 023	1 052	7 %	11 %	3 %	22 %
<b>Egentliga Tavastland</b>	630	676	774	787	7 %	15 %	1 %	25 %
<b>Birkaland</b>	1 902	2 019	2 300	2 333	6 %	14 %	1 %	23 %
<b>Päijänne-Tavastland</b>	750	824	907	937	10 %	10 %	3 %	25 %
<b>Kymmenedalen</b>	713	776	837	896	9 %	8 %	7 %	26 %
<b>Södra Karelen</b>	493	526	584	609	7 %	11 %	4 %	24 %
<b>Södra Savolax</b>	634	647	737	756	2 %	14 %	2 %	19 %
<b>Norra Savolax</b>	1 033	1 112	1 238	1 281	8 %	11 %	4 %	24 %
<b>Norra Karelen</b>	668	708	779	825	6 %	10 %	6 %	24 %
<b>Mellersta Finland</b>	1 012	1 108	1 272	1 330	9 %	15 %	5 %	31 %

Välfärdsområde	2021	2022	2023	2024 bokslutsprognos*	Förändring 2021-2022, %	Förändring 2022-2023, %	Förändring 2023-2024*, %	Förändring 2021-2024*, %
Södra Österbotten	792	828	931	975	5 %	12 %	5 %	23 %
Österbotten	678	718	801	815	6 %	12 %	2 %	20 %
Mellersta Österbotten	267	282	322	329	6 %	14 %	2 %	23 %
Norra Österbotten	1 516	1 631	1 804	1 859	8 %	11 %	3 %	23 %
Kajanaland	335	336	385	395	0 %	15 %	3 %	18 %
Lappland	771	833	970	1 008	8 %	17 %	4 %	31 %
Fastlandet tot.	20 379	21 884	24 486	25 272	7 %	12 %	3 %	24 %
*bokslutsprognos 2024								

År 2023 ökade välfärdsområdenas finansiering med sammanlagt cirka 5,9 procent i förhållande till de kostnader som överfördes från kommunerna 2022. Den kraftiga kostnadsökningen ledde till slut till att den höjning av finansieringen som gjorts på basis av servicebehovet, välfärdsområdesindexet och uppgiftsändringarna inte motsvarade kostnadsökningen och att välfärdsområdena under det första året uppvisade ett stort underskott. Endast Helsingfors stad uppvisade ett positivt resultat 2023. Sett till hela landet uppgick underskottet till sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro. Det betydande underskottet 2023 innebär att den justering i efterhand som lagts till finansieringen 2025 uppgår till över 1,4 miljarder euro. Man kan därför tänka sig att man först efter 2025 närmare kommer att se hur väl finansieringen motsvarar kostnaderna.

År 2024 ökade finansieringen med 3,9 procent jämfört med föregående års finansiering. Trots att kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena mattats av förutspå välfärdsområdenas ekonomi fortsätta uppvisa ett underskott. Enligt bokslutsprognoserna för 2024 minskar välfärdsområdenas sammanlagda underskott något från 2023 till cirka 1,2 miljarder euro. Skillnaderna i det ekonomiska läget mellan områdena var också stora 2024. Enligt bokslutsprognoserna är Helsingfors stads kumulativa överskott för 2023 och 2024 nästan 90 euro per invånare, medan det ackumulerade underskottet för två år till exempel i Lapplands välfärdsområde ökar till över 1000 euro per invånare.

**Tabell 8. Välfärdsområdenas över-/underskott 2023 och 2024\* (euro per invånare)**

Välfärdsområde	2023	2024*	2023 + 2024*
Helsingfors	43	43	86
Vanda och Kervo	-365	-262	-627
Västra Nyland	-247	-22	-268
Östra Nyland	-349	-486	-835
Mellersta Nyland	-324	-323	-647
Egentliga Finland	-300	-256	-557
Satakunta	-240	-264	-504
Egentliga Tavastland	-351	-276	-627

Välfärdsområde	2023	2024*	2023 + 2024*
Birkaland	-253	-104	-357
Päijänne-Tavastland	-223	-215	-438
Kymmenedalen	-196	-429	-624
Södra Karelen	-235	-303	-539
Södra Savolax	-331	-352	-683
Norra Savolax	-254	-311	-564
Norra Karelen	-140	-277	-417
Mellersta Finland	-415	-504	-919
Södra Österbotten	-238	-342	-580
Österbotten	-214	-163	-377
Mellersta Österbotten	-302	-251	-553
Norra Österbotten	-173	-124	-297
Kajanaland	-274	-299	-574
Lappland	-513	-503	-1016
*bokslutsprognos 2024			

Välfärdsområdenas ekonomi ser ut att förbättras betydligt 2025, eftersom budgetarna för de flesta välfärdsområden är i balans eller uppvisar ett överskott. Sett till hela landet uppvisar välfärdsområdenas ekonomi enligt budgetarna ett överskott på cirka 240 miljoner euro. I fem välfärdsområden (Södra Karelens, Södra Österbottens, Mellersta Österbottens, Mellersta Finlands och Norra Savolax) uppvisar budgeten dock fortfarande ett betydande underskott (över 100 euro per invånare). Med undantag för Helsingfors stad är det kumulativa resultatet för alla välfärdsområden negativt 2023–2025.

Enligt välfärdsområdenas ekonomiplaner kommer alla områden att uppvisa ett överskott 2026. Det är dock svårt att göra en områdesspecifik bedömning av situationen 2026, eftersom uppgifterna i områdenas ekonomiplaner är förenade med betydande osäkerhetsfaktorer. Enligt uppgifter i ekonomiplanerna kommer sammanlagt 11 välfärdsområden (inklusive Helsingfors stad) att täcka de underskott som ackumulerats före utgången av 2026. Emellertid har 11 områden fortfarande vid utgången av 2026 ett betydande underskott som saknar täckning. Sett till hela landet kommer underskotten enligt uppgifterna i ekonomiplanerna att täckas 2027. Variationen mellan olika välfärdsområden är dock betydande, och en del välfärdsområden strävar efter att täcka underskottet först fram till 2030.

## 2.5 Genomförandet av tjänster inom välfärdsområdena

Institutet för hälsa och välfärd har i sin expertbedömning från 2024 utvärderat ordnandet av social- och hälsovård i Finland (Ordnande av social- och hälsovård i Finland: Riksomfattande expertbedömning, hösten 2024. THL Stöd för beslut 33/2024)<sup>1</sup>. Bedömningen av Institutet för hälsa och välfärd baserar sig på lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021, 30 §). Institutet för hälsa och välfärd utvärderar bland annat servicesystemet, personalens tillräcklighet samt områdenas kostnader, finansiering och ekonomiska läge. Institutet för hälsa och välfärd

<sup>1</sup> <https://www.julkari.fi/handle/10024/150040>

lyfte fram att Finlands befolkning åldras i snabb takt, vilket avsevärt ökar befolkningens servicebehov. Utvecklingen varierar dock mellan olika områden. Absolut sett ökar antalet äldre personer mest i de folkrika områdena i Södra Finland.

Det förekommer fortfarande stora skillnader i befolkningens sjukfrekvens och välfärd mellan olika områden. Enligt Institutet för hälsa och välfärd är sjukfrekvensen högst i Norra Savolax, Norra Karelen och Kajanaland och lägst i Nyland och Österbotten. Särskilt de ungas välfärd har försämrats i hela landet och marginalisering är en betydande risk. Även hälso- och välfärdsproblem som anknyter till levnadsvanorna belastar servicesystemet, konstateras det i rapporten av Institutet för hälsa och välfärd.

Enligt Institutet för hälsa och välfärd har välfärdsområdena i huvudsak lyckats trygga de lagstadgade tjänster som motsvarar invånarnas behov. Tillgången till icke-brådskande specialiserad sjukvård har försämrats, men inom primärvården har tillgången till vård förbättrats. I områdena förekommer det utmaningar bland annat i fråga om tidsfristerna för och personaldimensioneringen inom barnskyddet. Institutet för hälsa och välfärd konstaterar också att sÄrlösningen för Nyland försvårar en optimal resursfördelning mellan basnivå och den specialiserade nivån.

Tillgången till personal inverkar inte bara på finansieringsnivå utan också i betydande grad på områdenas förutsättningar att ordna tjänster. Institutet för hälsa och välfärd påpekar i sin rapport att tillgången till personal varierar både mellan områdena och inom dem. På riksnivå råder det brist på i synnerhet närvårdare, sjukskötare och socialarbetare. Det förekommer fortfarande betydande skillnader i anlitandet av hyrd arbetskraft mellan olika områden och särskilt 2023 anlätades mycket hyrd arbetskraft, men i områdena har det vidtagits och vidtas aktiva åtgärder för att minska anlitandet av hyrd arbetskraft och kostnaderna för detta.

Inom välfärdsområdena pågår omfattande reformprogram genom vilka servicestrukturerna moderniseras och ekonomin anpassas. Institutet för hälsa och välfärd konstaterar i sin rapport att det långsamma genomförandet av välfärdsområdenas förändringsprogram har fördröjt balanseringen av ekonomin. Programmens inverkan på välfärdsområdenas kostnadsutveckling syns också med fördröjning trots att åtgärderna främjas. Välfärdsområdenas underskottsutveckling har inte kunnat brytas under 2024, så enligt Institutet för hälsa och välfärd är det för merparten av områdena osannolikt att de ska lyckas balansera ekonomin före utgången av 2026 i enlighet med 115 § i lagen om välfärdsområden (611/2021).

I den utredning som social- och hälsovårdsministeriet offentliggjorde i mars 2025 och som baserar sig på 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utvärderas hur välfärdsområdenas ansvar för att ordna social- och hälsovård uppfylldes 2024 (Utredning om hur välfärdsområdenas ansvar för att ordna social- och hälsovård uppfylldes 2024. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:14)<sup>2</sup>. Som bedömningsgrunder använder social- och hälsovårdsministeriet bland annat jämlikhet, tillräcklighet, kvalitet, behovsstandardiserade kostnader samt tillgänglig personal och kompetens. Enligt utredningen är den information som samlats om ordnandet av social- och hälsovården och de mätare som använts dock ännu inte tillräckliga för att på ett jämförbart sätt identifiera alla olika tjänster och områden där ordnandet eventuellt har äventyrats. I utredningen konstateras det vidare att välfärdsområdenas kunskapsunderlag om ekonomin och verksamheten inom social- och hälsovården fortfarande är på så sätt bristfällig att det inte är möjligt att göra en jämförbar

---

<sup>2</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166187> (på finska)

bedömning av om nivån på finansieringen för de olika tjänsterna och välfärdsområdena är tillräcklig.

Social- och hälsovårdsministeriet konstaterar att välfärdsområdena ordnar social- och hälsovården på ett mer jämlikt och lagenligt sätt med tanke på befolkningen än tidigare när kommunerna ansvarade för ordnandet av social- och hälsovården. Det går bra att få tillgång till brådskande vård och jourvård överallt i Finland. Enligt utredningen finns det dock i alla välfärdsområden och Helsingfors stad sannolikt enstaka lagstadgade social- och hälsovårdstjänster, i fråga om vilka ordnandet uppenbart har äventyrats 2024 i förhållande till lagstiftningen. Enligt social- och hälsovårdsministeriet beror äventyrandet av ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna i princip på otillräcklig samordning av personal och tjänster samt på välfärdsområdenas val i fråga om inriktningen av den icke-öronmärkta finansieringen.

Dessutom lägger social- och hälsovårdsministeriet i sin utredning till vissa delar fram närmare bedömningar av hur tjänsterna äventyras. Social- och hälsovårdsministeriet bedömer att de social- och hälsovårdstjänster som barn och unga som använder berusningsmedel och som har psykiska problem behöver har äventyrats allvarligt. I fråga om dessa har social- och hälsovårdsministeriet konstaterat att problemet är att servicesystemet för barn och unga är splittrat och att det saknas tillräckliga tjänster för målgruppen mellan den förebyggande hälso- och sjukvården och den specialiserade sjukvården. Enligt social- och hälsovårdsministeriet förutsätter avhjälpan av situationen att välfärdsområdena förnyar servicesystemet inom social- och hälsovården för barn och unga, med beaktande av att särskilt de förebyggande tjänsterna och tjänsterna på basnivå ska fungera bättre än i nuläget.

Social- och hälsovårdsministeriet bedömer också att ordnandet av specialiserad sjukvård har äventyrats i förhållande till tidsfristerna i lagstiftningen i alla välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Detta framgår av den långvariga överskridningen av de målsatta tiderna för tillgången till icke brådskande vård inom den specialiserade sjukvården och de tillsynsåtgärder som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har vidtagit i ärendet. Samtidigt har många välfärdsområden och HUS-sammanslutningen dock i den svåra situationen kunnat avveckla köerna för icke-brådskande vård inom enskilda specialiteter, och det har bedömts att ökningen av överskridandet av de målsatta tiderna för tillgång till icke-brådskande vård höll på att avstanna 2024. I många områden har ordnandet av vissa specialiteter (bland annat psykiatri och ögonsjukdomar) dessutom äventyrats på grund av bristen på personal. Enligt social- och hälsovårdsministeriet är orsakerna till problemen med ordnandet av den specialiserade sjukvården mångfasetterade och varierar från område till område och förutsätter som lösningar att social- och hälsovårdstjänsterna som helhet fungerar bättre än för närvarande. Situationen kan inte heller lösas enbart genom att öka resurserna eller arbetsinsatsen för enskilda funktioner inom den specialiserade sjukvården.

Social- och hälsovårdsministeriet bedömer dessutom att många välfärdsområden måste vidta anpassningsåtgärder för att klara av att täcka sina underskott inom den bestämda tidsfristen, och de här åtgärderna kan äventyra ordnandet av de lagstadgade social- och hälsovårdstjänsterna. De risker som är förenade med situationen bör enligt social- och hälsovårdsministeriet beaktas i styrningen av välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi till exempel genom det förebyggande förfarandet för ekonomisk styrning.

I en rapport som Institutet för hälsa och välfärd publicerade i mars 2025 utvärderas utvecklingen av social- och hälsovårdstjänsterna under de första åren av välfärdsområdesreformen (Lägesbilder från välfärdsområdena – ändringar i servicesystemet under de första åren av social-

och hälsovårdsreformen. Institutet för hälsa och välfärd, rapport 3/2025<sup>3</sup>, på finska, sammandrag på svenska). Det centrala målet med reformen var att flytta tyngdpunkten från korrigerande tjänster till förebyggande tjänster och från tjänster på specialnivå till basservice, vilket återspeglas i välfärdsområdenas strategi och verksamhet. Även om verksamhetsmiljön under de första åren har varit svår på grund av covid-19-pandemin, Rysslands anfallskrig mot Ukraina, de ekonomiska utmaningarna och personalbristen, har områdena främjat målen för social- och hälsovårdsreformen. Det har skett framsteg i främjandet av hälsa och välfärd, även om det förebyggande arbetets potential ännu inte utnyttjas fullt ut. Det har konstaterats vara viktigt att främja psykisk hälsa, men resurstrycket kan begränsa verksamheten. Tillgången till mentalvårdstjänster och enhetligheten i tjänsteutbudet har dock förbättrats på många håll och även det förebyggande rusmedelsarbetet har etablerats inom välfärdsområdena. Tjänsterna för barn och barnfamiljer har utvecklats på ett mer enhetligt sätt i familjecentren. Inom primärvården har servicenätet skurits ned och distanstjänsterna har blivit vanligare, men kontinuiteten i vården är svag. Medborgarnas oro över tillgången till närservice inom hälso- och sjukvården har ökat, men kundnöjdheten har förbättrats.

Enligt rapporten förekom redan i utgångsläget för reformen köbildning i fråga om tillgången till tjänster inom den specialiserade sjukvården och antalet personer som hade väntat på vård i över ett halvt år hade snabbt ökat. Det största problemet i verksamheten var redan i detta skede personalens tillräcklighet. Även om vårddköerna inom den specialiserade sjukvården fortfarande har ökat särskilt i fråga om den äldre befolkningen, är problemet med att få vård inom den specialiserade sjukvården inte nytt. Det svåra personalläget är fortfarande ett problem, även om användningen av hyrd arbetskraft har minskat och ökningen av antalet jourbesök har avstannat. Välfärdsområdena har förbundit sig att utveckla de digitala tjänsterna, även om utvecklingstakten varierar från område till område. Verksamheten har kunnat utvecklas, och i de flesta välfärdsområden har man satsat på att utveckla den intensifierade öppenvården och samarbetet mellan öppenvården och sjukhusvården för allvarligt sjuka vuxna, vilket har gjort att sjukhusplatserna inom psykiatrin bättre räcker till. Sammantaget har många social- och hälsovårdstjänster förbättrats enligt rapporten, men de regionala skillnaderna är betydande.

I inrikesministeriets redogörelse enligt 15 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (Läget för räddningsväsendets tjänster och ekonomi 2023. Inrikesministeriets redogörelse. Inrikesministeriets publikationer 2025:4<sup>4</sup>, på finska, referat på svenska) granskas läget för räddningsväsendets tjänster och ekonomi 2023. Enligt redogörelsen ligger insatstiderna för den första enheten på en god målnivå på riksnivå och tillgången till brådskande tjänster är jämlig. Sett till hela landet anses insatstiden för en effektiv räddningsverksamhet vara på en god nivå. Enligt redogörelsen har insatstiderna inom räddningsverksamheten förbättrats jämfört med föregående granskningsperiod. I redogörelsen lyfter inrikesministeriet särskilt fram de utmaningar som avser personalresurserna. I redogörelsen hänvisas också till regionförvaltningsverkens bedömning att den kapacitet som krävs för att bekämpa bränder och CBRN- och miljöskador har försämrats på riksomfattande nivå. Försämringen gäller särskilt områden utanför större städer i små välfärdsområden. Kapaciteten har sjunkit inom sex områden.

Inrikesministeriet lyfter i sin redogörelse fram flera faktorer som orsakar betydande kostnadstryck både när det gäller att trygga servicenivån och när det gäller att förbereda sig på kommande hot och risker. Den största enskilda orsaken till kostnadstrycket under de kommande åren är behovet av mer räddningspersonal. Inom hela räddningsväsendet orsakas dessutom ökat

---

<sup>3</sup> <https://www.julkari.fi/handle/10024/151017>

<sup>4</sup> <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166212>

kostnadstryck av kostnaderna för IKT-tjänsterna samt av de kostnader som följer av förändringarna i säkerhetsmiljön och av beredskapen inför dem, såsom varningar till och skydd av befolkningen, materiell beredskap samt ökat internationellt samarbete.

### **3 Målsättning**

Syftet med de förslag som gäller finansieringen för främjande av hälsa och välfärd i välfärdsområdena är att i enlighet med regeringsprogrammet uppmuntra välfärdsområdena att satsa på förebyggande åtgärder som är centrala med tanke på invånarnas hälsa och välfärd. Det föreslås att den finansieringsandel som fördelas på basis av åtgärder som främjar hälsa och välfärd höjs. Sättet att beräkna indikatorerna för den koefficient för främjande av hälsa och välfärd som ligger till grund för bestämmandet av finansieringen preciseras så att det uppmuntrar områdena att kontinuerligt utveckla den verksamhet och de åtgärder som syftar till att främja hälsa och välfärd.

Ett ytterligare syfte med propositionen är att utveckla finansieringsmodellen för välfärdsområdena så att finansieringen fördelas till områdena så väl som möjligt enligt invånarnas servicebehov och så att den tryggar förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna. I bestämningsfaktorerna för finansieringen av social- och hälsovården görs en lagstadgad uppdatering när det gäller viktningarna enligt de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Då motsvarar fördelningen av finansieringen per område bättre de kostnader som dessa sektorer orsakar. Dessutom strävar man efter att förbättra förutsägbarheten i fråga om den finansiering som grundar sig på behovsfaktorer inom social- och hälsovården genom att utjämna den årliga variation som beror på informationsunderlaget för de områdesspecifika koefficienterna.

Syftet med justeringen av de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet och deras viktcoefficients bestäms är att nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker eller andra hot bättre ska beaktas i riskkoefficienten för räddningsväsendet.

Syftet med de temporära ändringar som föreslås i övergångsutjämningsarna för 2026 och 2027 är att genomföra de statsfinansiella sparåtgärder som ingår i planen för de offentliga finanserna för 2025–2028. Avsikten är att den minskning av finansieringen som görs som en sparåtgärd på basis av tillgängliga uppgifter om finansieringsmodellens funktion och välfärdsområdenas ekonomi och verksamhet så väl som möjligt ska inriktas så att de årsvisa ändringar som sparåtgärden medför inte i något område ska bli för stora i förhållande till förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna. År 2026 utsätts finansieringen och tjänsterna för anpassningstryck i största delen av områdena också på grund av att perioden för täckande av underskotten för 2023 och 2024 löper ut.

## **4 Förslagen och deras konsekvenser**

### **4.1 De viktigaste förslagen**

Syftet med de ändringar som i denna proposition föreslås i finansieringslagen är att i enlighet med regeringsprogrammet uppmuntra välfärdsområdena att främja invånarnas hälsa och välfärd. Genom de föreslagna övriga ändringarna i bestämningsfaktorerna för den välfärdsområdesspecifika finansieringen strävar man efter att förbättra inriktningen av finansieringen så att förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna tryggas. Dessutom strävar man efter att göra finansieringen mer förutsägbar. Genom propositionen genomförs också de

sparåtgärder av engångsnatur som gäller övergångsutjämnarna och som fastställts för 2026 och 2027 i planen för de offentliga finanserna.

I enlighet med riktlinjerna i regeringsprogrammet föreslås det att andelarna på riksnivå för bestämningsfaktorerna för finansieringen ändras så att andelen för den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd höjs från nuvarande cirka 1 procent till 1,5 procent av finansieringen av social- och hälsovården. Samtidigt sänks den invånarbaserade finansieringens andel med 0,25 procentenheter från nuvarande cirka 13 procent och andelen för finansieringen enligt servicebehovet med 0,25 procentenheter från nuvarande cirka 81 procent av finansieringen av social- och hälsovården. Genom att höja finansieringsandelen för främjande av välfärd och hälsa sporrar regionerna till åtgärder som syftar till att förebygga och minska invånarnas framtida servicebehov och de kostnader som uppstår för det. Om minskningen dock skulle helt och hållet göras i den behovsbaserade finansieringen, vore de områdesspecifika förändringarna i finansieringen större och minskningen skulle riktas särskilt till områden med ett högre servicebehov. Därför föreslås det att hälften av höjningen dras av från den invånarbaserade finansieringens andel. I finansieringsmodellen för välfärdsområdena överförs invånarantalets inverkan till den områdesspecifika finansieringen via flera olika bestämningsfaktorer, och därför kan den separata invånarbaserade faktorns andel minskas. De övriga bestämningsfaktorerna för finansieringen, de så kallade omgivningsfaktorerna, fördelar finansiering till välfärdsområdena på basis av regionala särdrag, och därför är det inte motiverat att minska deras viktningssvärde.

Vidare föreslås det att sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd preciseras och att bemyndigandet att utfärda förordning utvidgas till denna del. Det blir möjligt att i förordningen utfärda närmare bestämmelser också om sättet att beräkna de indikatorer som används vid beräkningen av koefficienterna. När det gäller de indikatorer som beskriver resultatet av verksamheten och som ligger till grund för koefficienten granskas den områdesspecifika relativa förändringen i stället för den absoluta förändringen. På så sätt beaktas inte bara den förändringen per område utan också skillnaderna i utgångsnivån för områdena, vilket förbättrar modellens sporrande effekt. Avsikten är att i förordningen också föreskriva om sättet att beräkna de indikatorer som beskriver verksamheten.

I det utkast till proposition som var på remiss ingick ett förslag enligt vilket övergångsutjämnarna inte 2026 skulle ha uppdaterats i enlighet med den gällande lagen genom att i dem beakta den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd. Syftet med förslaget var att säkerställa att även de välfärdsområden som får övergångsutjämnningar har incitament att vidta åtgärder för främjande av hälsa och välfärd. Förslaget skulle dock tillsammans med de övriga förslagen i propositionen ha medfört en så betydande minskning av finansieringen av vissa områden 2026 att ändringen i fråga inte föreslås för att finansieringen ska vara förutsägbar och tillräcklig. År 2026 utsätts ekonomin och verksamheten för anpassningstryck i största delen av områdena också på grund av att perioden för täckande av underskotten för 2023 och 2024 löper ut.

Det föreslås att de viktningar för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som används vid fastställandet av social- och hälsovårdens kalkylerade kostnader ska uppdateras på basis av kostnadsuppgifterna för 2023. Det är fråga om en lagstadgad uppdatering som ska göras minst vart tredje år. Uppgifterna baserar sig på de bokslutsuppgifter enligt serviceklass som välfärdsområdena har lämnat till Statskontoret. Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2023 till cirka 13,2 miljarder euro, för äldreomsorgen till cirka 5,1 miljarder euro och för socialvården till cirka 5,6 miljarder euro. Således är viktningen för servicebehovet inom hälso- och sjukvården 55,284 procent, servicebehovet inom äldreomsorgen 21,205 procent och servicebehovet inom socialvården 23,511 procent. Under den period då välfärdsområdena har



inlett sin verksamhet har det skett rätt stora förändringar i kostnadsandelarna. Under de kommande åren bedöms det vara motiverat att överväga om andelarna behöver uppdateras oftare än minst vart tredje år som föreskrivs i lagen.

För att förbättra finansieringens förutsägbarhet föreslås det att man vid beräkningen av de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården ska beakta välfärdsområdets uppgifter för de senaste två åren, varvid servicebehovskoefficienten för varje område bestäms som ett medeltal av servicebehovskoefficienterna för två år. Förslaget baserar sig på iakttagelsen att den årliga variationen i välfärdsområdenas behovskoefficienter har varit så stor att den inte enbart har kunnat bero på förändringar i behoven för områdets invånare. Den stora årliga variationen i behovskoefficienterna har konstaterats bero på skillnader i kommunernas och sjukvårdsdistriktens registreringspraxis samt på problem med lämnandet av diagnosuppgifter till det vårdanmälningregister för hälso- och sjukvården som förs av Institutet för hälsa och välfärd. Det kan förväntas att behovet att använda medeltalet för två år och effekten av detta på behovskoefficienterna minskar när välfärdsområdenas registreringspraxis förbättras och förenhetligas. I detta skede är det dock inte möjligt att bedöma när det med tanke på finansieringens förutsägbarhet är möjligt att övergå till att använda behovskoefficienter som baserar sig endast på uppgifterna för det senaste tillgängliga året. Av denna anledning föreslås bestämmelsen gälla tills vidare.

Det föreslås att de faktorer som används vid bestämmandet den riskkoefficient för räddningsväsendet som ligger till grund för den kalkylerade finansieringen av räddningsväsendet i välfärdsområdena och deras viktcoefficients ska ses över. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas inte inträffade olyckor, eftersom räddningsväsendets kalkylerade finansiering ska basera sig på räddningsväsendets servicebehov under året i fråga, inte på olyckor som inträffat under det föregående året. Det föreslås att begreppet riskruta ändras till ruta för att skilja begreppet från begreppet riskruta som används vid planering av aktionsberedskapen inom räddningsväsendet. Det föreslås att bestämmelser om viktcoefficients för rutor i riskklass I och II utfärdas på lagnivå. Dessutom föreslås det att regleringen ändras så att ett enskilt riskobjekt som är beläget inom flera rutor som hör till riskklass III eller IV eller verksamhet som bedrivs inom flera rutor som hör till riskklass III eller IV beaktas som en helhet så att objektet eller verksamheten höjer viktcoefficients för endast en ruta som är belägen inom det område som välfärdsområdet omfattar. Den geografiska omfattningen av ett riskobjekt eller en verksamhet ökar i princip inte räddningsväsendets servicebehov, och därför bör inte objektets eller verksamhetens geografiska omfattning heller beaktas som en faktor som ökar finansieringen. Räddningsväsendets servicebehov bestäms av den risk som objektet eller verksamheten medför. Vidare ska det genom förordning kunna fastställas olika viktcoefficients mellan 1 och 5 för sådana riksobjekt eller verksamheter som är belägna inom rutor som hör till riskklass III eller IV, och som närmare definieras i förordningen, i enlighet med de risker som anger det servicebehov som objektet eller verksamheten medför, medan ett objekt eller en verksamhet hittills har kunnat beaktas endast med viktcoefficients 1. Variationsvidden för viktcoefficients föreslås vara 1–5, eftersom en sådan variationsvidd erbjuder tillräckligt omfattande möjligheter att beakta riskobjekt och verksamheter som medför olika risker med olika viktcoefficients. I den nuvarande finansieringsmodellen bedöms det inte finnas något behov av viktcoefficients på över fem.

Som en ändring av teknisk natur justeras tidpunkten för de uppgifter om invånarantalet i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen som används vid beräkningen av koefficients för främjande av hälsa och välfärd, befolkningstäthetskoefficients för social- och hälsovården och befolkningstäthetskoefficients för räddningsväsendet.

I propositionen föreslås dessutom en temporär ändring i övergångsutjämningsarna genom vilken de besparingar av engångsnatur i statsfinanserna för 2026 och 2027 som fastställts i planen för de offentliga finanserna och som gäller övergångsutjämningsarna ska genomföras. Genom övergångsutjämningsarna utjämnas områdesvis skillnaden mellan den kalkylerade finansieringen och de kostnader som överförts från kommunerna enligt 2022 års nivå. Som ramar för ändringarna i övergångsutjämningsarna ska beaktas den kalkylerade finansiering som riktas till områdena, områdenas differentierade ekonomiska läge samt att den befintliga finansieringen på riksnivå ska trygga förutsättningarna för ordnandet tjänsterna i alla områden. Inte i något område kan finansieringen som sparåtgärd bli föremål för så stora ändringar att områdets förutsättningar att ordna de lagstadgade tjänsterna äventyras på grund av dem. År 2026 utsätts ekonomin och verksamheten för anpassningstryck i största delen av områdena också på grund av att perioden för täckande av underskotten för 2023 och 2024 löper ut.

Det föreslås att de besparingar som fastställts i planen för de offentliga finanserna temporärt 2026 och 2027 ska riktas till övergångsutjämningsarna för de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg. Den föreslagna temporära ändringen av övergångsutjämningsarna gäller dock endast de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg, där minskningen inte äventyrar den finansiering som ordnandet av de lagstadgade tjänsterna förutsätter. Ovannämnda områden bestäms å ena sidan på basis av beloppet av den kalkylerade finansiering som riktas till området på grundval av justeringen i efterhand enligt 10 § i finansieringslagen och å andra sidan på basis av de faktiska kostnader för ordnandet av tjänsterna som underskottet eller överskottet i områdets bokslut anger. Det föreslås att granskningen ska grunda sig på boksluten för 2023 och 2024 och på den justering i efterhand som på basis av dem görs i finansieringen 2025 och 2026. Av välfärdsområdena är det endast Helsingfors stad som uppfyller ovannämnda kriterier. På basis av den kalkylerade finansiering som riktas till Helsingfors stad och det rätt stora övergångsutjämningsstillägg som blir kvar bedöms det att den finansiering som Helsingfors stad får, trots minskningen av övergångsutjämningsarna, totalt sett räcker till för att trygga förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna. Inte heller för 2023 och 2024 har Helsingfors stad något underskott, som skulle omfattas av skyldigheten att täcka underskottet före utgången av 2026 eller 2027. Graderingen av övergångsutjämningsarna ändras för de områden som uppfyller ovannämnda förutsättningar, det vill säga i praktiken Helsingfors stad, så att graderingen av det övergångsutjämningsstillägg som jämnar ut skillnaden mellan kommunernas kostnader 2022 och områdets kalkylerade finansiering ändras med 24 euro per invånare 2026 och med 30 euro per invånare 2027. Detta beräknas leda till en statsfinansiell besparing på cirka 15 miljoner euro 2026 och cirka 20 miljoner euro 2027.

## **4.2 De huvudsakliga konsekvenserna**

### 4.2.1 Ekonomiska konsekvenser

#### 4.2.1.1 Konsekvenser för välfärdsområdenas finansiering på riksnivå

##### Allmänt om konsekvenserna på riksnivå

De ändringar som föreslås i propositionen har inga konsekvenser för nivån på välfärdsområdenas kalkylerade finansiering sett till hela landet. Den föreslagna höjningen av den andel av finansieringen som riktas på basis av främjandet av hälsa och välfärd består av finansiering som finns inom finansieringsmodellen, så höjningen inverkar endast på hur mycket finansiering som på riksnivå fördelas utifrån olika bestämningsfaktorer.

Den temporära ändring som föreslås i övergångsutjämningsarna 2026 och 2027 inverkar på den totala nivån på välfärdsområdenas finansiering i enlighet med den föreslagna statsfinansiella

sparåtgärden, vilket innebär att den minskar finansieringen med cirka 15 miljoner euro 2026 och 20 miljoner euro 2027.

#### Andelar för bestämningsfaktorerna för finansieringen

De i 3 § i den gällande finansieringslagen avsedda andelarna för bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet har fastställts enligt nivån 2022. Andelarna anger hur mycket kalkylerad finansiering som fördelas på riksnivå på basis av respektive bestämningsfaktor. De bestämningsfaktorer som används vid fastställandet av den kalkylerade finansieringen för budgetåret baserar sig dock alltid på de andelar som använts i föregående års finansiering. Andelarna uppdateras årligen i enlighet med de förändringar i finansieringen som baserar sig på ändringarna i välfärdsområdenas uppgifter. Höjningen av finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet för det följande budgetåret ändrar dessutom finansieringsandelarna, eftersom ökningen av servicebehovet beaktas endast i finansieringen av social- och hälsovården.

Den i propositionen föreslagna ökningen av andelen för bestämningsfaktorn för främjande av välfärd och hälsa med 0,5 procentenheter och motsvarande minskning av andelarna för den invånarbaserade bestämningsfaktorn och bestämningsfaktorn för servicebehovet med 0,25 procentenheter av vardera av dem, vilka enligt förslaget ska beaktas från och med finansieringen för 2026, ändrar de fastställda andelarna för bestämningsfaktorerna inom social- och hälsovården.

När det föreskrivs om andelarna för bestämningsfaktorerna ska det dessutom tas hänsyn till de förändringarna som skett mellan 2022 och 2025 i andelarna för bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. När det gäller social- och hälsovården har servicebehovets andel ökat något, eftersom de ändringar i finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna och som beaktats i finansieringen för 2023–2025 har gällt särskilt de kriterier som beskriver servicebehovet.

I 3 § 1 mom. i finansieringslagen uppdateras andelarna för bestämningsfaktorerna för den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet till 2025 års nivå. I enlighet med 2 mom. beaktas för budgetåret 2026 således ännu särskilt bland annat konsekvenserna av sådana förändringar i uppgifterna som träder i kraft. I tabell 9 beskrivs bestämningsfaktorernas andelar av välfärdsområdenas finansiering på 2022 och 2025 års nivå.

**Tabell 9. Bestämningsfaktorernas andelar av välfärdsområdenas finansiering på 2022 och 2025 års nivå, procent**

Andel av välfärdsområdenas finansiering	Bestämningsfaktorernas andelar beräknade på 2022 års nivå, procent	Bestämningsfaktorernas andelar beräknade på 2025 års nivå, procent
Social- och hälsovården sammanlagt	97,727, varav	97,794, varav
Servicebehov inom social- och hälsovården	79,156	78,995
Invånarantal	13,046	12,790
Befolkningstäthet	1,458	1,456
Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	1,944	1,942
Tvåspråkighet	0,486	0,485
Samiskspråkighet	0,013	0,013
Karaktär av skärgård	0,110	0,110

<b>Andel av välfärdsområdenas finansiering</b>	<b>Bestämningsfaktorernas andelar beräknade på 2022 års nivå, procent</b>	<b>Bestämningsfaktorernas andelar beräknade på 2025 års nivå, procent</b>
Universitetssjukhus tillägg	0,543	0,543
Främjande av hälsa och välfärd	0,972	1,460
Räddningsväsendet sammanlagt	2,273, varav	2,206, varav
Invånarantal	1,477	1,434
Befolkningstäthet	0,114	0,110
Risikfaktorer	0,682	0,662

Social- och hälsovårdens andel av den totala finansieringen har ökat något (mindre än 0,1 procent) 2025 jämfört med 2022. På motsvarande sätt har räddningsväsendets andel av den totala finansieringen minskat något (mindre än 0,1 procent) 2025 jämfört med 2022. Detta förklaras av att den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården sett till hela landet årligen ökar på basis av prisindexet för välfärdsområdena och den uppskattade ökningen av servicebehovet, medan räddningsväsendets kalkylerade finansiering sett till hela landet årligen ökar på basis av prisindexet för välfärdsområdena. Utöver de lagstadgade höjningarna ska den justering i efterhand av finansieringen som ska beaktas i den kalkylerade finansieringen från och med 2025 göras separat för kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna respektive räddningsväsendets tjänster, varvid den också inverkar på fördelningen av den kalkylerade finansieringen mellan social- och hälsovården och räddningsväsendet. Under 2023–2025 har de uppgiftsändringar som ska beaktas i finansieringen endast gällt den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården, men deras nettoeffekt har inte i någon betydande grad ökat andelen för den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården i förhållande till den totala finansieringen.

#### 4.2.1.2 Konsekvenser för den välfärdsområdesspecifika kalkylerade finansieringen

I följande konsekvensbedömningar beskrivs hur den kalkylerade finansieringen per område ändras till följd av de ändringar som föreslås i propositionen jämfört med den finansiering som områdena skulle ha 2026 enligt den gällande lagen. I kalkylerna har man beaktat de områdesspecifika uppgifterna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och behovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som ligger till grund för finansieringen för 2026 samt uppgifterna i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen. De föreslagna ändringarnas sammantagna konsekvenser för den kalkylerade finansieringen och övergångsutjämnningarna samt ändringarna mellan finansieringen för 2025 och finansieringen för 2026 beskrivs nedan i avsnitt 4.2.1.4.

#### Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

De i 13 § i den gällande finansieringslagen avsedda viktningarna för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården baserar sig på kostnadsuppgifterna för 2020 enligt Statistikcentralens ekonomiska statistik över kommuner och samkommuner. Enligt dem fördelas av den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet 58,86 procent på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården, 19,75 procent på basis av servicebehovet inom äldreomsorgen och 21,39 procent på basis av servicebehovet inom socialvården.

Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården, socialvården och äldreomsorgen under välfärdsområdenas första verksamhetsår, det vill säga 2023, var på basis av de bokslutsuppgifter

som rapporterats till Statskontoret sammanlagt cirka 23,9 miljarder euro. På basis av kostnadsuppgifterna för 2023 är hälso- och sjukvårdens andel 55,284 procent, äldreomsorgens andel 21,205 procent och socialvårdens andel 23,511 procent.

De viktningar som uppdaterats på basis av kostnadsuppgifterna för 2023 beaktas i välfärdsområdenas finansiering från och med 2026. Då ska det dessutom beaktas hur välfärdsområdenas uppgiftsändringar 2024 och 2025 inverkar på kostnadsfördelning inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Uppgiftsändringarna beaktas i finansieringen på riksnivå från och med det år då ändringen träder i kraft i enlighet med 9 § i finansieringslagen. De ökning och minskningar av finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna riktas i finansieringen till den kalkylmässiga bestämmningsfaktor som bäst beskriver förändringen. Det valda fördelningssättet inverkar på hur finansieringen fördelas mellan välfärdsområdena efter ändringen. Om uppgiftsändringarna inte skulle beaktas i uppdateringen, skulle den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet inte motsvara de aktuella uppgifterna. År 2024 beaktades i finansieringsnivån en nettoökning på sammanlagt 11,7 miljoner euro motsvarande uppgiftsändringarna. I finansieringsnivån för 2025 beaktas en nettominskning på sammanlagt -275,3 miljoner euro motsvarande uppgiftsändringarna.

När man beaktar de ändringar i finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna och som hänför sig till de bestämmningsfaktorer som beskriver servicebehovet i finansieringen för 2024 och 2025, är i finansieringsbasen för 2026 viktningen för den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården 54,967 procent, servicebehovet inom äldreomsorgen 21,017 procent och servicebehovet inom socialvården 24,016 procent. Största delen av de minskningar av finansieringen som motsvarar de uppgiftsändringar som beaktats i finansieringen för 2025 hänförde sig till det kriterium som avser servicebehovet inom hälso- och sjukvården, vilket något minskar den viktning för hälso- och sjukvården som beaktas i finansieringen för 2026 jämfört med den viktning för hälso- och sjukvården som beräknats enbart på basis av de faktiska kostnaderna för 2023.

I tabell 10 presenteras vilken inverkan uppdateringen av viktningarna har på finansieringen per välfärdsområde på 2026 års finansieringsnivå.

**Tabell 10. Inverkan av uppdateringen av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården på finansieringen på 2026 års finansieringsnivå, euro och euro per invånare**

Välfärdsområde	Förändring av viktningen för hälso- och sjukvården, €/inv.	Förändring i viktningen för äldreomsorgen, €/inv.	Förändring i viktningen för socialvården, €/inv.	Sammanlagd effekt av ändringarna av viktningarna, €/inv. och euro	
Helsingfors	-115	31	72	-11	-7 702 944
Vanda och Kervo	-116	25	77	-15	-4 244 648
Västra Nyland	-108	26	66	-17	-8 552 143
Östra Nyland	-124	37	71	-16	-1 546 192
Mellersta Nyland	-117	30	72	-15	-3 163 599
Egentliga Finland	-134	44	90	0	-215 133
Satakunta	-133	47	97	10	2 179 866

Välfärdsområde	Förändring av viktningen för hälso- och sjukvården, €/inv.	Förändring i viktningen för äldreomsorgen, €/inv.	Förändring i viktningen för socialvården, €/inv.	Sammanlagd effekt av ändringarna av viktningarna, €/inv. och euro	
Egentliga Tavastland	-134	45	88	-1	-132 789
Birkaland	-130	40	84	-6	-3 445 849
Päijänne-Tavastland	-136	46	93	3	531 300
Kymmenedalen	-144	57	101	13	2 078 154
Södra Karelen	-129	47	84	3	348 790
Södra Savolax	-148	60	106	17	2 239 594
Norra Savolax	-140	49	104	12	3 110 134
Norra Karelen	-151	53	111	13	2 063 724
Mellersta Finland	-124	41	90	6	1 680 763
Södra Österbotten	-139	51	95	7	1 360 686
Österbotten	-121	38	73	-9	-1 652 687
Mellersta Österbotten	-138	47	104	13	897 857
Norra Österbotten	-125	39	106	20	8 410 821
Kajanaland	-146	57	110	22	1 499 202
Lappland	-143	50	117	24	4 255 092
<b>Sammanlagt, €/inv.</b>	-128	40	88	0	0
<b>Sammanlagt, euro</b>	<b>-715 796 875</b>	<b>225 069 800</b>	<b>490 727 076</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Uppdateringen av viktningarna ändrar den områdesspecifika finansiering som fördelas enligt de bestämningsfaktorer som beskriver servicebehovet. Sänkningen av viktningen för hälso- och sjukvården minskar den finansiering som fördelas enligt faktorn för servicebehovet inom hälso- och sjukvården med cirka 716 miljoner euro. Minskningen av finansieringen är större per invånare i de områden som har en högre behovskoefficient för hälso- och sjukvård än andra områden. På motsvarande sätt höjer den ökade viktningen för äldreomsorgen och socialvården den finansiering som fördelas enligt faktorn för servicebehovet inom äldreomsorgen med cirka 225 miljoner euro och den finansiering som fördelas enligt faktorn för servicebehovet inom socialvården med cirka 491 miljoner euro. Ökningen av finansieringen är större per invånare i de områden där behovskoefficienterna för äldreomsorgen och socialvården är högre än i andra områden. I kalkylen har behovskoefficienterna i enlighet med vad som föreslås i propositionen beaktats som medeltalet av behovskoefficienterna för 2022 och 2023.

Förändringarna i den finansiering som fördelas genom de bestämningsfaktorer som beskriver servicebehovet är områdesvis sammanlagt cirka -17 och +24 euro per invånare. När viktningen för hälso- och sjukvården minskar samtidigt som viktningarna för socialvården och äldreomsorgen ökar, ökar finansieringen för sådana områden något som har högre servicebehovskoefficienter för socialvården och äldreomsorgen än andra områden. Uppdateringen av viktningarna utifrån de faktiska kostnadsuppgifterna säkerställer att den finansiering som fördelas på basis av bestämningsfaktorer som beskriver servicebehovet så

exakt som möjligt motsvarar välfärdsområdenas faktiska kostnadsfördelning mellan uppgifterna inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården.

Uppgifter som ligger till grund för de områdesspecifika behovskoefficienterna för social- och hälsovården

Det föreslås att de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna beräknas som medeltalet av de behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för de två senaste åren. Till exempel de områdesspecifika servicebehovskoefficienter som används i finansieringen för 2026 beräknas således som medeltalet av behovskoefficienterna för 2022 och 2023. Vid beräkningen beaktas behovskoefficienten för vardera året med vikten 0,5. Syftet med beräkningssättet är att förbättra förutsägbarheten när det gäller den områdesspecifika finansieringen. Eftersom effekterna av behovskoefficienterna för ett enskilt år i finansieringen fördelas på två år, har i synnerhet sådana stora årliga ändringar i diagnosuppgifterna som hänför sig till kvaliteten på informationsunderlaget inte en så betydande inverkan på den områdesspecifika finansieringen.

De behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2023 och som ska beaktas i finansieringen för 2026 baserar sig för första gången på diagnosuppgifter som välfärdsområdena har registrerat. I finansieringen för tidigare år har man använt behovskoefficienter som beräknats på basis av kommunernas och samkommunernas diagnosuppgifter för 2019–2022. Detta kan för sin del medföra oförutsedda förändringar i behovskoefficienterna. Användningen av medeltalet för två år i fråga om behovskoefficienterna lindrar denna ändring och möjliggör således en mer kontrollerad övergång till användning av välfärdsområdesspecifika diagnosuppgifter.

Välfärdsområdena har senast den 28 februari 2025 rapporterat de sjukfrekvensuppgifter för 2023 som används vid beräkningen av behovskoefficienterna för 2023. I tabell 11 beskrivs förändringen i den behovskoefficient som beräknats på basis av uppgifterna i förhållande till den behovskoefficient som beräknats på basis av 2022 års material. Den servicebehovskoefficient som presenteras i tabellen har beräknats genom att vikta behovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården med deras relativa andel av den behovsbaserade finansieringen. I tabellen specificeras förändringen i behovskoefficienterna utan medeltal samt förändringen om medeltalet används. I tabellen presenteras dessutom den förändring i den kalkylerade finansieringen mellan 2025 och 2026 som föranleds av uppdateringen av behovskoefficienten, specificerad utan medeltal och med användning av medeltalet.

**Tabell 11. Ändring av de välfärdsområdesspecifika servicebehovskoefficienterna och den därav följande förändringen av den kalkylerade finansieringen mellan 2025 och 2026**

Välfärdsområde	Ändring av servicebehovskoefficienten, behovskoefficienten för 2026 utan medeltal	Ändring av servicebehovskoefficienten, behovskoefficienten för 2026 med medeltalet	Förändring av den kalkylerade finansieringen, behovskoefficienten för 2026 utan medeltal, €/inv.	Förändring av den kalkylerade finansieringen, behovskoefficienten för 2026 med medeltalet, €/inv.
Helsingfors	0,012	0,006	47	24
Vanda och Kervo	0,001	0,000	3	1
Västra Nyland	-0,005	-0,002	-17	-9
Östra Nyland	-0,013	-0,006	-50	-25

Välfärdsområde	Ändring av servicebehovskoefficienten, behovskoefficienten för 2026 utan medeltal	Ändring av servicebehovskoefficienten, behovskoefficienten för 2026 med medeltalet	Förändring av den kalkylerade finansieringen, behovskoefficienten för 2026 utan medeltal, €/inv.	Förändring av den kalkylerade finansieringen, behovskoefficienten för 2026 med medeltalet, €/inv.
Mellersta Nyland	-0,008	-0,004	-29	-14
Egentliga Finland	0,006	0,003	24	12
Satakunta	-0,021	-0,010	-79	-40
Egentliga Tavastland	-0,004	-0,002	-16	-8
Birkaland	-0,013	-0,006	-49	-25
Päijänne-Tavastland	0,014	0,007	55	27
Kymmenedalen	-0,018	-0,009	-70	-35
Södra Karelen	-0,027	-0,014	-104	-52
Södra Savolax	0,030	0,015	117	59
Norra Savolax	-0,008	-0,004	-32	-16
Norra Karelen	0,018	0,009	68	34
Mellersta Finland	0,004	0,002	15	7
Södra Österbotten	0,029	0,015	112	56
Österbotten	-0,010	-0,005	-40	-20
Mellersta Österbotten	-0,011	-0,005	-41	-21
Norra Österbotten	-0,000	-0,000	-1	-1
Kajanaland	0,008	0,004	31	15
Lappland	-0,002	-0,001	-6	-3

De behovskoefficienter som använts i finansieringen för 2025 har beräknats på basis av uppgifterna för 2022. Det föreslås att de behovskoefficienter som används i finansieringen för 2026 beräknas som medeltalet av de behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2022 och 2023. Således halveras den ändring av finansieringen som beror på ändringen av behovskoefficienterna i förhållande till om den behovskoefficient som används i finansieringen för 2026 beräknas endast på basis av uppgifterna för 2023. Enligt tabell 11 är ökningen av servicebehovskoefficienten och därmed den behovsbaserade finansieringen per invånare 2025–2026 störst i Södra Savolax (+117 euro/invånare) och Södra Österbottens (+112 euro/invånare) välfärdsområden och minskningen störst i Södra Karelens (-104 euro/invånare) och Satakunta (-79 euro/invånare) välfärdsområden. När behovskoefficienten beräknas som ett medeltal av behovskoefficienterna för två år, halveras ändringarna. Användningen av medeltalet jämnar alltså ut ändringarna i finansieringen avsevärt, vilket gör finansieringen mer förutsägbar mellan åren. Emellertid beaktas inte den senaste informationen om servicebehovet fullt ut.

I välfärdsområden vars behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2023 stiger jämfört med behovskoefficienterna för 2022, leder användningen av medeltalet till att



finansieringen minskar 2026. I välfärdsområden vars behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2023 minskar jämfört med behovskoefficienterna för 2022, leder användningen av medeltalet på motsvarande sätt till att finansieringen ökar 2026. Detta beror på att de behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2023 beaktas i finansieringen för 2026 endast med sin halva vikt. En ökning av behovskoefficienten ökar finansieringen för 2027 ytterligare, eftersom de behovskoefficienter som ska beaktas i finansieringen för 2027 beräknas som medeltalet av behovskoefficienterna för 2023 och 2024. En minskning av behovskoefficienterna beaktas på motsvarande sätt så att den delvis också minskar finansieringen för 2027.

#### Höjning av finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd

Nedan beskrivs konsekvenserna områdesvis av höjningen av andelen för den finansiering som på riksnivå fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd. Den finansiering som behövs för höjningen tas från den invånarbaserade andelen och andelen för servicebehovet av finansieringen av social- och hälsovården. I avsnitt 5, som gäller alternativa handlingsvägar, beskrivs alternativa handlingsvägar för att minska den berörda finansieringsandelen samt konsekvenserna av dem.

En procent av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården motsvarar cirka 265 miljoner euro 2026. En höjning av den andel av finansieringen som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd med 0,5 procentenheter ökar den kalkylerade finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd med cirka 134 miljoner euro. I tabell 12 beskrivs vilken inverkan en höjning av andelen för främjande av hälsa och välfärd har på den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården per välfärdsområde. I kalkylen har koefficienten för främjande av hälsa och välfärd enligt det ursprungliga beräknings sättet beaktats.

**Tabell 12. Inverkan av en höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd (+0,5 procentenheter) och en sänkning av andelen för det invånarbaserade kriteriet och andelen för det behovsbaserade kriteriet (-0,25 procentenheter) på finansieringen per välfärdsområde**

Välfärdsområde	Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, ursprungligt beräknings sätt	Effekt av en höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd (+0,5 %-enheter), euro och €/inv.		Effekt av en sänkning av den invånarbaserade och behovsbaserade andelen (-0,25 %-enheter), euro och €/inv.		Förändring av den kalkylerade finansieringen sammanlagt, euro och €/inv.	
Helsingfors	1,32	21 577 620	32	- 15 115 976	-22	6 461 644	9
Vanda och Kervo	0,93	6 407 861	22	- 6 360 567	-22	47 293	0
Västra Nyland	0,94	11 197 608	22	- 10 653 058	-21	544 550	1

Välårsområde	Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, ursprungligt beräkningssätt	Effekt av en höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd (+0,5 %-enheter), euro och €/inv.		Effekt av en sänkning av den invånarbasade och behovsbaserade andelen (-0,25 %-enheter), euro och €/inv.		Förändring av den kalkylerade finansieringen sammanlagt, euro och €/inv.	
Östra Nyland	0,68	1 609 822	16	- 2 275 93 2	-23	-666 110	-7
Mellersta Nyland	0,94	4 616 998	22	- 4 580 60 8	-22	36 390	0
Egentliga Finland	1,07	12 568 116	25	- 12 121 8 02	-24	446 314	1
Satakunta	0,65	3 290 152	16	- 5 251 39 8	-25	- 1 961 24 6	-9
Egentliga Tavastland	0,93	3 739 392	22	- 4 148 76 9	-24	-409 377	-2
Birkaland	1,02	13 281 840	24	- 12 972 5 39	-24	309 301	1
Päijänne-Tavastland	0,95	4 634 662	23	- 5 079 51 1	-25	-444 849	-2
Kymmenedalen	1,06	3 991 477	25	- 4 116 00 3	-26	-124 526	-1
Södra Karelen	1,02	3 050 528	24	- 3 027 42 8	-24	23 101	0
Södra Savolax	1,32	4 064 573	31	- 3 454 42 5	-27	610 148	5
Norra Savolax	1,20	7 099 996	29	- 6 350 18 5	-26	749 811	3
Norra Karelen	1,15	4 442 087	27	- 4 311 42 4	-27	130 663	1
Mellersta Finland	0,80	5 230 191	19	- 6 513 06 0	-24	- 1 282 86 9	-5
Södra Österbotten	0,93	4 216 650	22	- 4 818 33 0	-25	-601 680	-3

Välårsområde	Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, ursprungligt beräkningssätt	Effekt av en höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd (+0,5 %-enheter), euro och €/inv.		Effekt av en sänkning av den invånarbasade och behovsbaserade andelen (-0,25 %-enheter), euro och €/inv.		Förändring av den kalkylerade finansieringen sammanlagt, euro och €/inv.	
Österbotten	0,69	2 955 091	17	- 4 095 08 4	-23	- 1 139 99 2	-6
Mellersta Österbotten	0,80	1 287 176	19	- 1 718 28 6	-25	-431 110	-6
Norra Österbotten	0,89	8 866 134	21	- 10 139 9 77	-24	- 1 273 84 4	-3
Kajanaland	1,25	2 078 370	30	- 1 850 15 4	-27	228 216	3
Lappland	0,80	3 369 122	19	- 4 620 95 0	-26	- 1 251 82 7	-7
Sammanlagt		<b>133 575 466</b>	<b>24</b>	- <b>133 575 466</b>	<b>-24</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>

En höjning av den finansieringsandel som bestäms på basis av främjandet av hälsa och välfärd ökar grundpriset för bestämningsfaktorn i fråga, vilket innebär att det riktas mer finansiering till alla välfärdsområden på basis av denna bestämningsfaktor. Eftersom grundpriset förutom med invånarantalet multipliceras med områdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd, fördelas den finansieringsökning som föranleds av höjningen av andelen mellan välfärdsområdena i olika proportion.

Enligt tabell 12 är den finansieringsökning som föranleds av höjningen av andelen för kriteriet för främjande av hälsa och välfärdstörst per invånare i Helsingfors stad samt i Egentliga Finlands, Kymmenedalens, Södra Savolax, Norra Savolax, Norra Karelen och Kajanalands välfärdsområden (minst 25 euro per invånare). Finansieringsökningen per invånare är minst i Östra Nylands, Satakunta, Mellersta Finlands, Österbottens, Mellersta Österbottens och Lapplands välfärdsområden (under 20 euro per invånare). I andra områden är den finansieringsökning som föranleds av höjningen av andelen för kriteriet för främjande av hälsa och välfärd cirka 20–25 euro per invånare.

Ju högre koefficient för främjande av hälsa och välfärd ett område har, desto mer får området av den finansieringsökning som fördelas via kriteriet för främjande av hälsa och välfärd. Särskilt Helsingfors stad samt Södra Savolax och Kajanalands välfärdsområden har högre koefficienter för främjande av hälsa och välfärd än andra områden (över 1,25), vilket innebär att till dem riktas per invånare mer av den ökning av finansieringen som fördelas via kriteriet för främjande av hälsa och välfärd. Östra Nylands och Österbottens välfärdsområden har lägre koefficienter för främjande av hälsa och välfärd (under 0,70) än de övriga välfärdsområdena, vilket innebär

att till dessa områden per invånare riktas mindre av den ökning av finansieringen som fördelas via kriteriet för främjande av hälsa och välfärd.

För att öka den andel som avser främjande av hälsa och välfärd sänks andelen för både det invånarbaserade kriteriet och det behovsbaserade kriteriet i motsvarande grad med 0,25 procentenheter. På basis av det invånarbaserade kriteriet fördelas cirka 13 procent av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården 2026, vilket innebär cirka 3,5 miljarder euro. På basis av det behovsbaserade kriteriet fördelas cirka 81 procent av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården 2026, vilket innebär cirka 21,6 miljarder euro. En minskning av den andel av finansieringen som fördelas på basis av det invånarbaserade kriteriet och av det behovsbaserade kriteriet med 0,25 procentenheter minskar den kalkylerade finansiering som fördelas på basis av de kriterierna med cirka 67 miljoner euro. Den kalkylerade finansiering som riktas enligt kriterierna minskar således med sammanlagt ca 134 miljoner euro. Sett till hela landet är de ökning och minskningar av finansieringen som föranleds av ändringar i kriteriernas andelar lika stora.

I tabell 12 beskrivs dessutom hur en sänkning av andelen för det invånarbaserade kriteriet och av det behovsbaserade kriteriet inverkar på den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården per välfärdsområde. En minskning av andelen för det invånarbaserade kriteriet och det behovsbaserade kriteriet sänker grundpriset för kriterierna, varvid alla välfärdsområden får mindre finansiering via de kriterierna. Den minskning av finansieringen som följer av sänkningen av det invånarbaserade kriteriets andel är 12 euro per invånare för alla välfärdsområden. Den behovsbaserade finansieringen riktas till välfärdsområdena genom att grundpriset multipliceras med servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården utöver invånarantalet, vilket innebär att den minskning av finansieringen som minskningen av andelen medför fördelas mellan välfärdsområdena i olika proportioner.

Ju högre servicebehovskoefficienterna i området är, desto mer riktas till området av den minskning av finansieringen som fördelas på basis av behovsbaserade kriterier. Södra Savolax, Norra Karelen, Kajanalands och Lapplands välfärdsområden har högre servicebehovskoefficienter än andra välfärdsområden, vilket innebär att de per invånare får mer av den minskning av finansieringen som fördelas enligt behovsbaserade kriterier. Helsingfors stad och välfärdsområdena i Västra Nyland, Vanda och Kervo samt Mellersta Nyland har lägre servicebehovskoefficienter än de övriga välfärdsområdena, vilket innebär att de per invånare får mindre av den minskning av finansieringen som fördelas enligt det behovsbaserade kriteriet. På hela landets nivå är den minskning av finansieringen som föranleds av sänkningen av det behovsbaserade kriteriets andel i medeltal 12 euro per invånare.

I tabell 12 beskrivs förändringen i den kalkylerade finansieringen sammanlagt, då andelen för kriteriet för främjande av hälsa och välfärd höjs med 0,5 procentenheter och andelen för de kriterier som avser invånarunderlaget och behoven på motsvarande sätt sänks med 0,25 procentenheter. Enligt tabellen varierar den förändring i den kalkylerade finansieringen som föranleds av ändringarna i andelarna för kriterierna områdesvis från cirka -9 euro till +9 euro per invånare. Sänkningen av andelen för det invånarbaserade kriteriet minskar finansieringen av alla områden med 12 euro per invånare, och sänkningen av andelen för det behovsbaserade kriteriet minskar finansieringen av alla områden med -9– -15 euro per invånare. Höjningen av den andel som avser kriteriet för främjande av hälsa och välfärd ökar finansieringen av alla områden med -9– -15 euro per invånare. Den sammanlagda effekten av ändringarna i kriteriernas andelar beror på välfärdsområdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd och på servicebehovskoefficienterna. En hög koefficient för främjande av hälsa och välfärd ökar ökningen av finansieringen och en låg koefficient för främjande av hälsa och välfärd minskar

ökningen av finansieringen. Höga servicebehovskoefficienter ökar minskningen av finansieringen och låga servicebehovskoefficienter minskar minskningen av finansieringen. För områden med en hög koefficient för främjande av hälsa och välfärd och låga servicebehovskoefficienter är den sammantagna effekten av ändringarna i andelarna en ökning av finansieringen. På motsvarande sätt minskar den sammanlagda effekten finansieringen i sådana områden som har en låg koefficient för främjande av hälsa och välfärd och höga servicebehovskoefficienter.

Ändringen av andelarna för kriteriet för främjande av hälsa och välfärd och det invånarbaserade kriteriet och behovsbaserade kriteriet inverkar inte på den finansiering som fördelas enligt andra kalkylerade kriterier.

#### Precisering av beräkningssättet för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd

Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd beräknas på grundval av dels indikatorer som beskriver områdets verksamhet för främjande av hälsa och välfärd, dels indikatorer som beskriver resultatet av denna verksamhet. Processindikatorerna beskriver välfärdsområdets resurser och åtgärder för att främja hälsa och välfärd. Resultatindikatorerna beskriver uppnådda resultat när det gäller främjandet av hälsa och välfärd på befolkningsnivå. Bägge andelarnas viktningssvärde vid beräkningen av koefficienten är 50 procent. Vid poängsättningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd skalas resultatet av de indikatorer som beskriver resurser och åtgärder så att variationsvidden blir 0–100, varvid det bästa området får 100 poäng och det svagaste området 0 poäng. För de indikatorer som beskriver verksamhetens resultat beräknas skillnaden mellan de två senaste åren för att beskriva den förändring som skett. Till denna del preciseras beräkningssättet så att man utifrån indikatorerna granskar den områdesspecifika relativa förändringen i stället för den absoluta förändringen. På så sätt beaktas inte bara förändringen per område utan också skillnaderna i utgångsnivån för områdena, vilket förbättrar modellens sporrande effekt. Alla relativa förändringar skalas så att variationsvidden blir 0–100. Om det målsatta värdet uppnås för en indikator beaktas detta i beräkningen så att välfärdsområdet får maximala poäng för den indikatorn.

I tabell 13 beskrivs den koefficient för främjande av hälsa och välfärd som bildats enligt det föreslagna beräkningssättet samt den områdesspecifika kalkylerade finansiering som fördelas på basis av koefficienten på finansieringsnivån för 2026. Dessutom beskrivs förändringen i den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd, när man vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd använder det föreslagna beräkningssättet i stället för det ursprungliga beräkningssättet.

**Tabell 13. Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och inverkan på finansieringen av den föreslagna ändringen av beräkningssättet (inkluderar kriteriet för främjande av hälsa och välfärd med en andel på 1,5 procent), euro och euro per invånare**

Välfräidsområde	Koefficient för främjande av hälsa och välfärd	Finansiering som fördelas med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, euro	Finansiering som fördelas med koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, euro/invånare.	Förändring av den kalkylerade finansieringen med en koefficient för främjande av hälsa och välfärd enligt det föreslagna beräkningssättet, euro och €/inv.	
Helsingfors	1,30	63 112 672	92	-1 315 257	-2
Vanda och Kervo	0,89	18 295 226	63	-837 802	-3
Västra Nyland	0,93	33 312 144	66	-122 438	-0
Östra Nyland	0,67	4 738 017	48	-68 700	-1
Mellersta Nyland	0,99	14 540 933	70	755 185	4
Egentliga Finland	1,08	37 946 492	77	419 752	1
Satakunta	0,76	11 400 292	54	1 576 331	7
Egentliga Tavastland	0,88	10 587 795	62	-577 536	-3
Birkaland	0,97	37 811 905	69	-1 845 918	-3
Päijänne-Tavastland	0,94	13 653 252	67	-185 238	-1
Kymmenedalen	1,10	12 344 060	78	426 036	3
Södra Karelen	0,99	8 811 920	70	-296 555	-2
Södra Savolax	1,33	12 242 685	95	106 404	1
Norra Savolax	1,18	20 904 054	84	-295 600	-1
Norra Karelen	1,14	13 191 835	81	-71 652	-0
Mellersta Finland	0,74	14 446 979	53	-1 169 681	-4
Södra Österbotten	1,00	13 522 058	71	931 698	5
Österbotten	0,65	8 252 801	46	-570 712	-3
Mellersta Österbotten	0,92	4 422 314	65	578 974	9
Norra Österbotten	0,93	27 764 278	66	1 291 170	3
Kajanaland	1,35	6 686 857	96	481 119	7
Lapland	0,87	10 850 176	62	790 421	4
<b>Sammanlagt</b>		<b>398 838 743</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Enligt tabell 13 är den koefficient för främjande av hälsa och välfärd som bildats enligt det föreslagna beräkningssättet högst i Helsingfors stad (1,30) samt i Södra Savolax (1,33) och Kajanalands (1,35) välfärdsområden. För dessa områden är den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd 92–96 euro per invånare. Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd är lägst i Östra Nylands (0,67) och Österbottens (0,65) välfärdsområden. För dessa områden är den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd 46–48 euro per invånare.

Enligt tabell 13 bedöms justeringen av sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd inverka på fördelningen av den områdesspecifika finansieringen så att förändringen i den områdesspecifika finansieringen varierar från –4 euro till +9 euro per invånare jämfört med det ursprungliga beräkningssättet. Effekten ökar av den föreslagna höjningen av andelen för kriteriet för främjande av hälsa och välfärd med 0,5 procentenheter. Syftet med justeringen av sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd är att stärka den sporrande effekten, eftersom den relativa förändringen också beaktar effekten av områdets utgångsnivå. Då lönar det sig också för de områden vars resultatindikatorer redan är på en god nivå att fortsätta satsa på åtgärder för främjande av hälsa och välfärd.

## Riskkoefficient för räddningsväsendet

Propositionen inverkar på hur den kalkylerade finansieringen av räddningsväsendet fördelas mellan välfärdsområdena.

Enligt 23 § i den gällande finansieringslagen beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten de rutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar eller enligt de olyckor som inträffat där är I och II. Enligt den föreslagna ändringen ska det i fortsättningen föreskrivas på lagnivå om viktcoefficienten för rutor i riskklass I och II. Ändringen påverkar inte nuläget, eftersom motsvarande bestämmelser om viktcoefficienten finns i den gällande förordningen. Den föreslagna ändringen innebär dock att viktcoefficienten för rutor i riskklass I och II inte längre kan ändras genom förordning, utan bestämmelser om detta ska utfärdas på lagnivå.

Vid beräkningen av riskkoefficienten har man hittills inte beaktat områdets olyckshistorik. Således har den ändring enligt vilken hänvisningen till de olyckor som inträffat stryks ur bestämmelsen inga faktiska verkningar i förhållande till nuläget. Den föreslagna ändringen innebär att områdets olyckshistorik inte heller i framtiden beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet.

Den föreslagna ändringen av bestämmelsen, enligt vilken ett riskobjekt och en verksamhet beaktas som en helhet på en ruta, höjer i fortsättningen viktcoefficienten för endast en ruta i riskklass III eller IV, även om objektet eller verksamheten de facto är belägen inom området för flera rutor. Objekt som i praktiken är belägna inom flera rutor är till exempel flygplatser, vars start- och landningsbanor kan sträcka sig också över stora områden samt sådana objekt för vilka det med stöd av 48 § i räddningslagen (379/2011) ska göras upp en extern räddningsplan för objekt som medför särskild risk, såsom gruvområden.

Uppgifterna om de riskobjekt och verksamheter som är belägna inom rutor i riskklass III och IV och som ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten samt om deras geografiska omfattning har baserat sig på räddningsverkens anmälningar till inrikesministeriet. Inrikesministeriet utredde uppgifter om antalet rutor i fråga om de riskobjekt som är belägna inom rutor i riskklass III och IV och som geografiskt är belägna inom flera rutor och deras inverkan på den kalkylerade finansieringen av räddningsväsendet under januari-februari 2025 medan propositionen var på remiss.

I tabell 14 presenteras det antal rutor i riskklass III och IV som för närvarande beaktats vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet per välfärdsområde. I tabellens mellersta kolumn anges antalet riskobjekt som är belägna inom rutor i riskklasserna III och IV per välfärdsområde. Eftersom objekten i fortsättningen höjer riskkoefficienten för endast en ruta, uttrycker den mellersta kolumnen samtidigt antalet rutor i riskklass III och IV som i fortsättningen ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet. Av den sista kolumnen framgår i vilken mån de rutor i riskklass III och IV som ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten minskar per välfärdsområde.

**Tabell 14. Förändring i fråga om rutor i riskklass III och IV som ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet 2025**

Välfärdsområde	Rutor som hör till riskklass III eller IV (2025)	Antal riskobjekt	Skillnad jämfört med de rutor som beaktats 2025
Helsingfors	1	1	0

Välfärdsområde	Rutor som hör till riskklass III eller IV (2025)	Antal riskobjekt	Skillnad jämfört med de rutor som beaktats 2025
Vanda och Kervo	6	1	-5
Västra Nyland	7	6	-1
Östra Nyland	13	6	-7
Mellersta Nyland	2	2	0
Egentliga Finland	23	11	-12
Satakunta	26	11	-15
Egentliga Tavastland	15	6	-9
Birkaland	46	7	-39
Päijänne-Tavastland	9	4	-5
Kymmenedalen	26	10	-16
Södra Karelen	21	8	-13
Södra Savolax	6	3	-3
Norra Savolax	41	9	-32
Norra Karelen	16	8	-8
Mellersta Finland	24	8	-16
Södra Österbotten	17	6	-11
Österbotten	12	7	-5
Mellersta Österbotten	4	4	0
Norra Österbotten	17	11	-6
Kajanaland	22	7	-15
Lappland	45	23	-22

Av tabell 15 framgår vad den föreslagna ändringen av riskkoefficienten för räddningsväsendet innebär med tanke på fördelningen av finansieringen. Ändringarna i euro presenteras enligt välfärdsområde. Fördelningen av finansieringen är ett så kallat nollsummespel mellan områdena, vilket innebär att ändringarna i den områdesspecifika fördelningen av finansieringen ökar finansieringen för en del områden och minskar finansieringen för andra områden. Kalkylerna i tabellen har gjorts på basis av uppgifterna i finansieringsanalysen för 2025. I välfärdsområdenas slutliga finansieringsanalys för 2026 uppdateras siffrorna till de nyaste uppgifterna.

**Tabell 15. Kalkylerad finansieringsandel som bestäms på basis av riskfaktorerna inom räddningsväsendet**

Välfärdsområde	Riskfaktor	Riskfaktor €/inv.	Riskfaktor ny	Riskfaktor €/inv. ny	Skillnad jämfört med finansieringen 2025	Skillnad euro/invånar e
Helsingfors	8 094 307	12	8 629 026	13	534 719	+ 1
Vanda och Kervo	6 970 097	24	7 190 855	25	220 757	+ 1



Välfärdsområde	Ris k f a k t o r e r	Ris k f a k t o r e r € /i n v.	Ris k f a k t o r e r n y	Ris k f a k t o r e r € /i n v. n y	Skillnad jämfört med finansieringen 2025	Skillnad euro/invånare
Västra Nyland	12 321 334	25	13 087 355	26	766 022	+ 2
Östra Nyland	3 237 723	33	3 116 037	31	- 121 686	- 1
Mellersta Nyland	6 520 414	32	6 951 159	34	430 746	+ 2
Egentliga Finland	14 974 467	31	15 388 429	31	413 962	+ 1
Satakunta	9 623 231	45	9 539 867	45	- 83 364	- 0
Egentliga Tavastland	6 385 509	38	6 375 891	38	- 9 618	- 0
Birkaland	16 683 265	31	15 915 758	30	- 767 507	- 1
Päijänne-Tavastland	7 464 750	37	7 718 184	38	253 434	+ 1
Kymmenedalen	7 509 718	47	7 238 794	46	- 270 924	- 2
Södra Karelen	5 486 141	44	5 225 354	42	- 260 787	- 2
Södra Savolax	4 901 552	38	5 081 537	39	179 985	+ 1
Norra Savolax	8 723 864	35	7 766 123	31	- 957 741	- 4
Norra Karelen	5 980 793	37	5 992 379	37	11 586	0
Mellersta Finland	9 128 579	33	8 964 599	33	- 163 980	- 1
Södra Österbotten	8 184 243	43	8 197 574	43	13 331	0
Österbotten	5 800 920	33	5 944 440	33	143 520	+ 1
Mellersta Österbotten	2 383 324	35	2 540 769	38	157 445	+ 2
Norra Österbotten	12 905 922	31	13 470 868	32	564 945	+ 1
Kajanaland	3 552 501	51	3 068 098	44	- 484 403	- 7
Lappland	7 329 844	42	6 759 403	38	- 570 441	- 3
Fastlandet tot.	174 162 499	31	174 162 499	31	0	
Andel av finansieringen av räddningsväsendet	30 %		30 %		0	

I princip innebär den föreslagna ändringen att finansieringsandelen minskar för de välfärdsområden inom vars område det finns många sådana riskobjekt eller verksamheter som är belägna inom flera rutor. På motsvarande sätt ökar finansieringsandelen för de välfärdsområden där det inte finns sådana riskobjekt eller verksamheter som är belägna inom flera rutor eller få sådana riskobjekt eller verksamheter jämfört med andra välfärdsområden. Med undantag för tre välfärdsområden har alla välfärdsområden vid beräkningen av riskkoefficienten beaktat riskobjekt som är belägna inom flera rutor i riskklass III eller IV, det vill säga sådana riskobjekt som har höjt viktcoefficienten för flera rutor. När dessa objekt i fortsättningen höjer viktcoefficienten för endast en ruta i riskklass III eller IV, minskar det totala antalet rutor (riskklasserna I, II, III och IV) som beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten

med 240 rutor. Detta innebär att viktningsvärdet för mer tätbefolkade rutor i riskklass I och II ökar i riskkoefficienten. Ändringen av den kalkylerade finansieringsandelen påverkas med andra ord förutom av minskningen av rutorna i riskklass III och IV också av hur många rutor i riskklass I och II det finns inom det område som välfärdsområdet omfattar. Därför är de ändringar som gäller rutorna i riskklasserna III och IV inte direkt jämförbara med förändringen i den kalkylerade finansieringen.

Räddningsväsendets kalkylerade finansieringsandel sjunker inom tio välfärdsområden och ökar inom 12 välfärdsområden. Räknat i euro minskar räddningsväsendets kalkylerade finansiering mest i Norra Savolax och Birkalands välfärdsområden. Den kalkylerade finansieringen ökar däremot mest i Västra Nyland, Norra Österbotten och Helsingfors. I fråga om finansieringen per invånare riktar sig de största ändringarna till Kajanaland (-7 €), Norra Savolax (-4 €) och Lappland (-3 €) samt Västra Nyland, Mellersta Nyland och Mellersta Österbotten (+ 2 €)

I tabell 16 presenteras räddningsväsendets kalkylerade finansiering i sin helhet med beaktande av den ändring som föreslås i riskkoefficienten (riskfaktorer). Av räddningsväsendets kalkylerade finansiering bestäms 65 procent på basis av invånarantalet, 5 procent på basis av befolkningstätheten och 30 procent på basis av riskfaktorerna. Ändringen av andelarna för det bestämningskriterium som avser riskfaktorerna inverkar inte på den finansiering som fördelas enligt andra kalkylerade kriterier. Kalkylerna i tabellen har gjorts på basis av uppgifterna i finansieringsanalysen för 2025. I välfärdsområdenas slutliga finansieringsanalys för 2026 uppdateras siffrorna till de nyaste uppgifterna.

**Tabell 16. Fördelning av räddningsväsendets kalkylerade finansiering i sin helhet med beaktande av den ändring som föreslås i beräkningen av riskkoefficienten**

Välfärdsområde	Invånarbaserad andel	Befolkningstäthet	Riskfaktorer	Sammanlagt, euro	Skilnad jämfört med finansieringen 2025
Helsingfors	45 668 369	55 004	8 629 026	54 352 398	534 719
Vanda och Kervo	19 340 774	20 844	7 190 855	26 552 473	220 757
Västra Nyland	33 511 713	604 059	13 087 355	47 203 128	766 022
Östra Nyland	6 702 112	422 787	3 116 037	10 240 936	- 121 686
Mellersta Nyland	13 909 996	131 890	6 951 159	20 993 046	430 746
Egentliga Finland	33 229 646	1 578 854	15 388 429	50 196 929	413 962
Satakunta	14 336 279	883 546	9 539 867	24 759 692	- 83 364
Egentliga Tavastland	11 479 518	438 782	6 375 891	18 294 192	- 9 618
Birkaland	36 514 993	1 195 395	15 915 758	53 626 146	- 767 507
Päijänne-Tavastland	13 844 659	533 654	7 718 184	22 096 497	253 434
Kymmenedalen	10 742 257	520 339	7 238 794	18 501 389	- 270 924
Södra Karelen	8 474 343	528 305	5 225 354	14 228 003	- 260 787
Södra Savolax	8 796 087	1 314 512	5 081 537	15 192 136	179 985

Välfärdsområde	Invånarbaserad andel	Befolkningstäthet	Risikfaktorer	Sammanlagt, euro	Skillnad jämfört med finansieringen 2025
Norra Savolax	16 804 200	1 620 398	7 766 123	26 190 721	- 957 741
Norra Karelen	10 990 267	1 760 719	5 992 379	18 743 365	11 586
Mellersta Finland	18 502 359	1 461 574	8 964 599	28 928 531	- 163 980
Södra Österbotten	12 900 823	1 103 610	8 197 574	22 202 008	13 331
Österbotten	12 024 898	1 371 013	5 944 440	19 340 351	143 520
Mellersta Österbotten	4 586 201	496 847	2 540 769	7 623 817	157 445
Norra Österbotten	28 315 405	3 524 938	13 470 868	45 311 210	564 945
Kajanaland	4 750 594	1 744 163	3 068 098	9 562 854	- 484 403
Lappland	11 926 587	7 715 849	6 759 403	26 401 840	- 570 441
Fastlandet tot.	377 352 082	29 027 083	174 162 499	580 541 664	0
Andel av finansieringen av räddningsväsendet	65 %	5 %	30 %	100 %	0

Enligt de gällande bestämmelserna beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten med vikt-koefficienten 1 även de rutor i riskklass III och IV där det finns ett riskobjekt som närmare definieras i förordningen eller där det bedrivs verksamhet som närmare definieras i förordningen. Enligt den föreslagna ändringen ska det i fortsättningen vara möjligt att genom förordning föreskriva om olika vikt-koefficienter mellan 1 och 5 för olika riskobjekt och verksamheter, beroende på de risker som anger det servicebehov inom räddningsväsendet som objektet eller verksamheten medför. Redan den gällande lagstiftningen gör det möjligt att genom förordning utfärda närmare bestämmelser om de riskobjekt eller verksamheter på basis av vilka en ruta i riskklass III eller IV tilldelas vikt-koefficienten 1. Den föreslagna bestämmelsen gör det möjligt att genom förordning fastställa olika vikt-koefficienter för olika riskobjekt eller verksamheter i enlighet med de risker som anger det servicebehov som objektet eller verksamheten medför. På detta sätt kan mer finansiering styras till de välfärdsområden där det finns sådana riskobjekt eller verksamheter som de facto ökar servicebehovet inom räddningsväsendet.

Enligt 4 § i finansieringsförordningen beräknar Statistikcentralen en risknivå för rutorna med hjälp av en regressionsmodell. Enligt förordningen är invånarantalet, våningsytan och deras sammanlagda effekt variabler för regressionsmodellen. Hittills har det i Statistikcentralens material inte ingått uppgifter om våningsyta i fråga om jordbruksbyggnader och sådana fritidsbostäder som inte varit i bruk året om. Dessa uppgifter om våningsytan har inte funnits tillgängliga tidigare. I det datamaterial som används som grund för välfärdsområdenas kalkylerade finansiering för 2026 kommer uppgifter om våningsyta att beaktas också i fråga om jordbruksobjekt och fritidsbostäder, vilket kan påverka fördelningen av räddningsväsendets kalkylerade finansiering, eftersom en del av de rutor som hör till riskklass III eller IV kan stiga

till riskklass II. Den ändring som gäller uppgifterna om våningsyta beror inte på de ändringar som nu föreslås i lagstiftningen. Det nya datamaterialet om våningsyta finns tillgängligt hos Statistikcentralen först i juni 2025.

Förändringar i den kalkylerade finansieringen sammanlagt

Av de ändringar som anges ovan ändrar uppdateringen av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården, ändringen av andelarna för kriteriet för främjande av hälsa och välfärd och de invånarbaserade och behovsbaserade kriterierna samt det ändrade sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd den områdesspecifika fördelningen av välfärdsområdenas kalkylerade finansiering från och med 2026. I tabell 17 presenteras en uppskattning av förändringen i den kalkylerade finansieringen 2026. I siffrorna i tabellen har inte beaktats de ändringsförslag som gäller beaktandet av de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna för social- och hälsovården som ett medeltal av uppgifterna för två år och fastställandet av riskkoefficienten för räddningsväsendet.

**Tabell 17. Förändring av den kalkylerade finansieringen per välfärdsområde, euro och euro per invånare**

Välfärdsområde	Ändring av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården, euro och euro/invånare		Ändring av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd och den invånarbaserade och behovsbaserade andelen, euro och euro/invånare		Ändring av beräkningssättet för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, euro och euro/invånare		Förändring av den kalkylerade finansieringen sammanlagt, euro och euro/invånare	
Helsingfors	-7 702 944	-11	6 461 644	9	-1 315 257	-2	<b>-2 556 557</b>	<b>-4</b>
Vanda och Kervo	-4 244 648	-15	47 293	0	-837 802	-3	<b>-5 035 157</b>	<b>-17</b>
Västra Nyland	-8 552 143	-17	544 550	1	-122 438	0	<b>-8 130 031</b>	<b>-16</b>
Östra Nyland	-1 546 192	-16	-666 110	-7	-68 700	-1	<b>-2 281 002</b>	<b>-23</b>
Mellersta Nyland	-3 163 599	-15	36 390	0	755 185	4	<b>-2 372 024</b>	<b>-11</b>
Egentliga Finland	-215 133	0	446 314	1	419 752	1	<b>650 933</b>	<b>1</b>
Satakunta	2 179 866	10	-1 961 246	-9	1 576 331	7	<b>1 794 951</b>	<b>8</b>
Egentliga Tavastland	-132 789	-1	-409 377	-2	-577 536	-3	<b>-1 119 702</b>	<b>-7</b>
Birkaland	-3 445 849	-6	309 301	1	-1 845 918	-3	<b>-4 982 466</b>	<b>-9</b>
Päijänne-Tavastland	531 300	3	-444 849	-2	-185 238	-1	<b>-98 788</b>	<b>0</b>
Kymmenedalen	2 078 154	13	-124 526	-1	426 036	3	<b>2 379 665</b>	<b>15</b>
Södra Karelen	348 790	3	23 101	0	-296 555	-2	<b>75 336</b>	<b>1</b>
Södra Savolax	2 239 594	17	610 148	5	106 404	1	<b>2 956 146</b>	<b>23</b>

Välfrädsområde	Ändring av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården, euro och euro/invånare		Ändring av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd och den invånarbaserade och behovsbaserade andelen, euro och euro/invånare		Ändring av beräkningssättet för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, euro och euro/invånare		Förändring av den kalkylerade finansieringen sammanlagt, euro och euro/invånare	
Norra Savolax	3 110 134	12	749 811	3	-295 600	-1	<b>3 564 345</b>	<b>14</b>
Norra Karelen	2 063 724	13	130 663	1	-71 652	0	<b>2 122 735</b>	<b>13</b>
Mellersta Finland	1 680 763	6	-1 282 869	-5	1 169 681	-4	<b>-771 787</b>	<b>-3</b>
Södra Österbotten	1 360 686	7	-601 680	-3	931 698	5	<b>1 690 704</b>	<b>9</b>
Österbotten	-1 652 687	-9	-1 139 992	-6	-570 712	-3	<b>-3 363 391</b>	<b>-19</b>
Mellersta Österbotten	897 857	13	-431 110	-6	578 974	9	<b>1 045 722</b>	<b>15</b>
Norra Österbotten	8 410 821	20	-1 273 844	-3	1 291 170	3	<b>8 428 147</b>	<b>20</b>
Kajanaland	1 499 202	22	228 216	3	481 119	7	<b>2 208 537</b>	<b>32</b>
Lappland	4 255 092	24	-1 251 827	-7	790 421	4	<b>3 793 686</b>	<b>22</b>
<b>Sammanlagt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Enligt tabell 17 varierar förändringen i den områdesspecifika kalkylerade finansieringen från -23 euro till +32 euro per invånare. Minskningen av den kalkylerade finansieringen är störst i Östra Nylands välfärdsområde (-23 euro per invånare) och ökningen av den kalkylerade finansieringen störst i Kajanalands välfärdsområde (32 euro per invånare). Största delen av ändringarna i den områdesspecifika finansieringen föranleds av den lagstadgade uppdateringen av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. I och med uppdateringen fördelas den kalkylerade finansieringen noggrannare än tidigare enligt de kriterier som beskriver servicebehovet. I och med de föreslagna ändringarna beaktar den områdesspecifika finansieringen noggrannare än tidigare de förändringar som skett i kostnadsutvecklingen och främjandet av hälsa och välfärd. Fördelningen av finansieringen är ett så kallat nollsummespel mellan områdena, vilket innebär att ändringar i den områdesspecifika fördelningen av finansieringen ökar finansieringen för en del områden och minskar finansieringen för andra områden.

Enligt konsekvensbedömningarna i propositionen är de ändringar som gäller den kalkylerade finansieringen i sin helhet relativt måttfulla. I fråga om dem finns det således inget behov av exempelvis separata utjämningsarrangemang, utan de föreslagna ändringarna påverkar den områdesspecifika finansieringen fullt ut från och med ikraftträdandeåret 2026.

Ovan i detta avsnitt har man separat bedömt vilka konsekvenser förslaget att använda medeltalet för två år vid bestämmandet av de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna har för finansieringen för 2026. I finansieringsmodellen varierar de uppgifter som behovskoefficienterna baserar sig på i princip årligen i enlighet med förändringen i servicebehovet för invånarna i området, vilket innebär att den ändring som skett mellan 2025 och 2026 i de uppgifter som behovskoefficienterna baserar sig på inte i sig är en sådan ändring av finansieringen som föranleds av denna proposition. Syftet med förslaget att medeltalet av

behovskoefficienterna ska användas är att jämma ut den inverkan som den årliga variation som beror på kvaliteten på informationsunderlaget för behovskoefficienterna har på finansieringen.

#### 4.2.1.3 Konsekvenser för de välfärdsområdesspecifika övergångsutjämnarna

Enligt 35 § 7 mom. i finansieringslagen beaktas i de områdesspecifika övergångsutjämnarna från och med 2026 den kalkylerade finansiering som fördelas på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. Detta påverkar finansieringen för de välfärdsområdena som fortfarande har kvar övergångsutjämnning 2026. I tabell 18 beskrivs övergångsutjämnarna enligt den gällande lagen samt hur beaktandet av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd påverkar de områdesspecifika övergångsutjämnarna från och med 2026. Koefficienten för främjande av hälsa och välfärd har beaktats enligt det föreslagna beräkningssättet och i enlighet med den föreslagna höjningen med en andel på 1,5 procent.

**Tabell 18. Övergångsutjämnningar enligt den gällande lagen 2026 justerade med finansiering enligt koefficienten för främjande av hälsa och välfärd**

Välfärdsområde	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Övergångsutjämnning min/max €/inv.	+/- 0 €/inv.	+/- 10 €/inv.	+30/-20 €/inv.	+60/-30 €/inv.	+90/-40 €/inv.	+150/-50 €/inv.	+200/-50 €/inv.
Helsingfors	172 027 918	142 381 494	135 420 869	116 455 091	109 885 891	103 316 691	103 316 691
Vanda och Kervo	2 476 872	-4 414 976	0	0	0	0	0
Västra Nyland	-10 703 709	-22 664 990	-13 470 566	0	0	0	0
Östra Nyland	-22 975 968	-25 444 312	-23 537 776	-18 760 256	-15 812 636	-9 917 396	-5 004 696
Mellersta Nyland	25 858 399	16 864 023	14 751 953	12 653 319	10 660 019	8 666 719	8 666 719
Egentliga Finland	-84 766 019	-96 907 330	-87 566 113	-75 203 486	-60 761 396	-31 877 216	-7 807 066
Satakunta	24 342 939	22 265 969	19 983 454	21 049 865	18 895 705	16 741 545	16 741 545
Egentliga Tavastland	-17 736 782	-15 047 015	-11 737 113	-5 316 941	-199 631	0	0
Birkaland	9 528 705	-3 806 341	0	0	0	0	0
Päijänne-Tavastland	-50 732 726	-48 599 074	-44 606 262	-37 493 441	-31 320 311	-18 974 051	-8 685 501
Kymmenedalen	44 229 952	42 656 816	40 931 684	38 603 816	36 975 696	35 347 576	35 347 576
Södra Karelen	3 494 082	4 588 478	3 243 642	2 122 117	852 907	0	0

Välfärdsområde	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Övergångsutjämnings min/max €/inv.</b>	<b>+/- 0 €/inv.</b>	<b>+/- 10 €/inv.</b>	<b>+30/-20 €/inv.</b>	<b>+60/-30 €/inv.</b>	<b>+90/-40 €/inv.</b>	<b>+150/-50 €/inv.</b>	<b>+200/-50 €/inv.</b>
Södra Savolax	39 64 3 994	38 359 486	36 953 396	33 354 646	32 027 626	30 700 606	30 700 606
Norra Savolax	- 3 456 792	-10 307 497	-5 490 126	-239 805	0	0	0
Norra Karelen	- 66 27 2 863	-64 586 432	-61 413 135	-57 493 207	-52 587 097	-42 774 877	-34 598 027
Mellersta Finland	22 30 6 747	19 682 109	16 793 501	18 221 006	15 494 836	12 768 666	12 768 666
Södra Österbotten	2 460 822	606 780	0	0	0	0	0
Österbotten	17 16 5 500	15 460 695	13 597 775	15 358 031	13 599 871	11 841 711	11 841 711
Mellersta Österbotten	- 19 53 6 617	-18 832 670	-17 513 421	-15 042 726	-13 003 086	-8 923 806	-5 524 406
Norra Österbotten	- 28 95 1 513	-40 453 183	-32 423 163	-18 309 083	-5 894 183	0	0
Kajanaland	- 3 704 243	-2 964 123	-1 573 544	-728 294	0	0	0
Lappland	- 54 69 8 698	-52 874 817	-49 446 783	-42 461 067	-37 161 117	-26 561 217	-17 727 967
<b>Fastlandet tot.</b>	<b>-0</b>	<b>- 104 036 91 1</b>	<b>-67 101 728</b>	<b>-13 230 416</b>	<b>21 653 093</b>	<b>80 354 951</b>	<b>140 035 851</b>

Om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är större än ett, ökar den kalkylerade finansiering som beräknats på 2022 års nivå och som fördelas enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd jämfört med den finansiering som tidigare fördelades invånarbaserat. Då minskar på motsvarande sätt övergångsutjämningsstillägget eller ökar övergångsutjämningsavdraget för området. Även om den kalkylerade finansiering som området får enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd ökar 2026, realiserar denna ökning inte fullt ut i områdets finansiering på grund av den finansieringsreducerande effekt som uppstår genom övergångsutjämnings. På motsvarande sätt, om koefficienten för främjande av hälsa och välfärd för ett område är mindre än ett, minskar den kalkylerade finansiering som beräknats på 2022 års nivå och som fördelas enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd jämfört med den finansiering som tidigare fördelades invånarbaserat. Minskningen realiserar inte fullt ut i områdets finansiering på grund av den finansieringsökande effekt som uppstår genom övergångsutjämnings. Om övergångsutjämnings för ett område redan har graderats till noll euro 2026, påverkar uppdateringen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd inte områdets övergångsutjämnings och finansieringen enligt kriteriet för främjande av hälsa och välfärd realiserar fullt ut 2026 i form av en ökning eller minskning av den kalkylerade finansieringen. Beaktandet av finansieringsandelen för koefficienten för främjande av hälsa och

välfärd i övergångsutjämningsarna jämnar således ut den förändring av den kalkylerade finansieringen som orsakas av ibruktagandet av koefficienten i fråga.

I propositionen föreslås en temporär ändring av övergångsutjämningsarna för att genomföra de besparingar av engångsnatur som fastställts i planen för de offentliga finanserna för 2025–2028. Graderingen av övergångsutjämningsstillägget ändras 2026 och 2027, men ändringen gäller endast de områden där den kalkylerade finansiering som riktas till området i förhållande till områdets underskott räcker till för att trygga förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna trots minskningen av övergångsutjämningsstillägget. På det sätt som beskrivs i de viktigaste förslagen i propositionen (avsnitt 4.1) och i specialmotiveringen till 39 § uppfylls ovannämnda villkor endast i fråga om Helsingfors stads finansiering.

Således föreslås det att graderingen av övergångsutjämningsarna för Helsingfors stads del ändras med 24 euro per invånare 2026 och 30 euro per invånare 2027 jämfört med övergångsutjämningsarna enligt den gällande lagen. Detta innebär att graderingen av Helsingfors stads övergångsutjämningsstillägget ändras till -54 euro per invånare 2026 och till -70 euro per invånare 2027. Ändringen av graderingen minskar det övergångsutjämningsstillägg som betalas för den andel som överstiger graderingen. På detta sätt uppnås de besparingar av engångsnatur i övergångsutjämningsarna för 2026 och 2027 som fastställts i planen för de offentliga finanserna. Graderingen under övergångsperioden ändras inte i övrigt, så i fråga om 2028 förblir graderingen också för Helsingfors oförändrad vid -50 euro per invånare och inga ändringar görs i den permanenta övergångsutjämningsarna.

Den föreslagna ändringen minskar Helsingfors övergångsutjämningsstillägg med 15,8 miljoner euro 2026 och 19,7 miljoner euro 2027 jämfört med övergångsutjämningsarna enligt den gällande lagen. Eftersom graderingen av övergångsutjämningsarna har beräknats enligt invånarantalet 2020, är den faktiska effekten av den ändring som gjorts i graderingen på Helsingfors stads finansiering beräknat enligt 2023 års invånarantal 23 euro per invånare 2026 och 29 euro per invånare 2027. För de övriga välfärdsområdena ändras övergångsutjämningsarna inte. Till följd av den ändring som föreslås i Helsingfors övergångsutjämningsstillägg minskar övergångsutjämningsarna även på riksnivå jämfört med övergångsutjämningsarna enligt den gällande lagen.

I tabell 19 beskrivs det sammanlagda beloppet av övergångsutjämningsarna för 2026–2029, med beaktande av den föreslagna ändringen av övergångsutjämningsarna. Från och med 2029 blir det återstående övergångsutjämningsavdraget och från och med 2028 det återstående övergångsutjämningsstillägget en tills vidare permanent övergångsutjämnings i enlighet med den gällande finansieringslagen.

**Tabell 19. Övergångsutjämningsarna per välfärdsområde med beaktande av de föreslagna ändringarna, euro sammanlagt**

Välfärdsområde	2026	2027	2028	2029
<b>Övergångsutjämnings min/max €/inv.</b>	<b>+60/-30 €/inv.</b>	<b>+90/-40 €/inv.</b>	<b>+150/-50 €/inv.</b>	<b>+200/-50 €/inv.</b>
<b>Övergångsutjämnings min. €/inv.</b>	<b>-54 €/inv.</b>	<b>-70 €/inv.</b>	<b>-50 €/inv.</b>	<b>-50 €/inv.</b>
Helsingfors	100 689 011	90 178 291	103 316 691	103 316 691
Vanda och Kervo	0	0	0	0
Västra Nyland	0	0	0	0
Östra Nyland	-18 760 256	-15 812 636	-9 917 396	-5 004 696



Välårsområde	2026	2027	2028	2029
<b>Övergångsutjämnings min/max €/inv.</b>	<b>+60/-30 €/inv.</b>	<b>+90/-40 €/inv.</b>	<b>+150/-50 €/inv.</b>	<b>+200/-50 €/inv.</b>
<b>Övergångsutjämnings min. €/inv.</b>	<b>-54 €/inv.</b>	<b>-70 €/inv.</b>	<b>-50 €/inv.</b>	<b>-50 €/inv.</b>
Mellersta Nyland	12 653 319	10 660 019	8 666 719	8 666 719
Egentliga Finland	-75 203 486	-60 761 396	-31 877 216	-7 807 066
Satakunta	21 049 865	18 895 705	16 741 545	16 741 545
Egentliga Tavastland	-5 316 941	-199 631	0	0
Birkaland	0	0	0	0
Päijänne-Tavastland	-37 493 441	-31 320 311	-18 974 051	-8 685 501
Kymmenedalen	38 603 816	36 975 696	35 347 576	35 347 576
Södra Karelen	2 122 117	852 907	0	0
Södra Savolax	33 354 646	32 027 626	30 700 606	30 700 606
Norra Savolax	-239 805	0	0	0
Norra Karelen	-57 493 207	-52 587 097	-42 774 877	-34 598 027
Mellersta Finland	18 221 006	15 494 836	12 768 666	12 768 666
Södra Österbotten	0	0	0	0
Österbotten	15 358 031	13 599 871	11 841 711	11 841 711
Mellersta Österbotten	-15 042 726	-13 003 086	-8 923 806	-5 524 406
Norra Österbotten	-18 309 083	-5 894 183	0	0
Kajanaland	-728 294	0	0	0
Lappland	-42 461 067	-37 161 117	-26 561 217	-17 727 967
Sammanlagt	<b>-28 996 496</b>	<b>1 945 493</b>	<b>80 354 951</b>	<b>140 035 851</b>

Av tabellen framgår att Helsingfors stads övergångsutjämningsstillägg efter de föreslagna ändringarna i övergångsutjämningsarna är cirka 100,7 miljoner euro 2026 och cirka 90,2 miljoner euro 2027. Sett till hela landet är de sammanräknade övergångsutjämningsarna cirka -29 miljoner euro 2026, cirka 1,9 miljoner euro 2027, cirka 80,4 miljoner euro 2028 och cirka 140,0 miljoner euro 2029. Den föreslagna graderingsändringen minskar de sammanlagda övergångsutjämningsarna på riksnivå med cirka 16 miljoner euro 2026 och 20 miljoner euro 2027 jämfört med övergångsutjämningsarna enligt den gällande lagen.

År 2026 är de sammanräknade övergångsutjämningsarna cirka -29 miljoner euro. Av detta belopp föranleds -13,2 miljoner euro av det universitetssjukhusstillägg som lades till finansieringen från och med 2024. Den skillnad i övergångsutjämningsarna som tillägget ger upphov till kompenseras inte i enlighet med 35 § 8 mom. i finansieringslagen genom en ökning av den statliga finansieringen. För att de besparingar som fastställs i planen för de offentliga finanserna ska uppnås föreslås det att momentet ändras så att ingen ökning av finansieringen görs i dessa situationer, utan att skillnaden realiserar som en besparing i statsfinanserna.

#### 4.2.1.4 De föreslagna ändringarnas sammantagna konsekvenser för finansieringen per välårsområde

I tabell 20 presenteras en uppskattning av den totala förändringen i finansieringen 2026 till följd av de ändringar som föreslås i propositionen, när man i den kalkylerade finansieringen beaktar uppdateringen av viktningarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården och ändringarna i bestämningsfaktorernas andelar samt i övergångsutjämningsarna beaktar den föreslagna temporära ändringen. I siffrorna i tabellen har inte beaktats de ändringsförslag som

gäller beaktandet av de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna för social- och hälsovården som ett medeltal av uppgifterna för två år och fastställandet av riskkoefficienten för räddningsväsendet.

**Tabell 20. Förändring av finansieringen per område sammanlagt 2026, euro sammanlagt och euro per invånare**

Välfärdsområde	Förändring av den kalkylerade finansieringen till följd av förslagen 2026, euro och €/inv.		Förändring av övergångsutjämningsarna till följd av förslagen 2026, euro och €/inv.		Förändring av finansieringen till följd av förslagen 2026, euro och €/inv.	
Helsingfors	-2 556 557	-4	-15 766 080	-23	-18 322 637	-27
Vanda och Kervo	-5 035 157	-17	0	0	-5 035 157	-17
Västra Nyland	-8 130 032	-16	0	0	-8 130 032	-16
Östra Nyland	-2 281 001	-23	0	0	-2 281 001	-23
Mellersta Nyland	-2 372 024	-11	0	0	-2 372 024	-11
Egentliga Finland	650 934	1	0	0	650 934	1
Satakunta	1 794 951	8	0	0	1 794 951	8
Egentliga Tavastland	-1 119 702	-7	0	0	-1 119 702	-7
Birkaland	-4 982 466	-9	0	0	-4 982 466	-9
Päijänne-Tavastland	-98 788	0	0	0	-98 788	0
Kymmenedalen	2 379 664	15	0	0	2 379 664	15
Södra Karelen	75 335	1	0	0	75 335	1
Södra Savolax	2 956 147	23	0	0	2 956 147	23
Norra Savolax	3 564 345	14	0	0	3 564 345	14
Norra Karelen	2 122 735	13	0	0	2 122 735	13
Mellersta Finland	-771 787	-3	0	0	-771 787	-3
Södra Österbotten	1 690 704	9	0	0	1 690 704	9
Österbotten	-3 363 391	-19	0	0	-3 363 391	-19
Mellersta Österbotten	1 045 722	15	0	0	1 045 722	15
Norra Österbotten	8 428 147	20	0	0	8 428 147	20
Kajanaland	2 208 536	32	0	0	2 208 536	32
Lappland	3 793 685	22	0	0	3 793 685	22
Sammanlagt	0	0	-15 766 080	-3	-15 766 080	-3

I tabellen presenteras en uppskattning av hur mycket finansieringen kommer att ändras per område 2026 på grund av de ändringar som föreslås i propositionen. Den områdesspecifika förändringen i finansieringen varierar mellan -27 och 32 euro per invånare, vilket i förhållande till områdenas totala finansiering ligger mellan cirka -0,6 och 0,5 procent.

När man granskar ökningen av finansieringen från 2025 till 2026, bedöms finansieringen som helhet öka i alla områden trots de föreslagna ändringarna. Välfärdsområdenas sammanlagda finansiering beräknas uppgå till cirka 27,2 miljarder euro 2026. Finansieringen ökar med sammanlagt cirka 950 miljoner euro 2026 jämfört med 2025, när man beaktar höjningarna av välfärdsområdesindexet och det uppskattade servicebehovet, justeringen av finansieringen i efterhand samt de uppgiftsändringar för 2026 som är kända vid tidpunkten för överlämnandet av propositionen och om vilka det finns en gällande lag eller det har överlämnats en regeringsproposition.

I tabell 21 presenteras en uppskattning av ökningen av finansieringen 2026 jämfört med 2025 enligt den gällande lagen respektive enligt de föreslagna ändringarna.

**Tabell 21. Uppskattning av ökningen av finansieringen 2026 jämfört med 2025 enligt den gällande lagen respektive enligt de föreslagna ändringarna**

Välfärdsområde	Ökning av finansieringen 2026 i enlighet med den gällande lagen, procent	Ökning av finansieringen 2026, med beaktande av de föreslagna ändringarna, procent
Helsingfors	5,0 %	3,8 %
Vanda och Kervo	4,3 %	3,9 %
Västra Nyland	4,5 %	4,4 %
Östra Nyland	3,1 %	3,2 %
Mellersta Nyland	2,8 %	2,9 %
Egentliga Finland	5,1 %	4,9 %
Satakunta	0,9 %	1,9 %
Egentliga Tavastland	3,3 %	3,5 %
Birkaland	3,1 %	3,4 %
Päijänne-Tavastland	5,1 %	4,6 %
Kymmenedalen	0,7 %	1,5 %
Södra Karelen	0,6 %	1,7 %
Södra Savolax	4,5 %	3,8 %
Norra Savolax	3,3 %	3,8 %
Norra Karelen	5,1 %	4,7 %
Mellersta Finland	3,4 %	3,3 %
Södra Österbotten	4,9 %	4,0 %
Österbotten	2,5 %	2,7 %
Mellersta Österbotten	2,9 %	3,7 %
Norra Österbotten	3,6 %	4,1 %
Kajanaland	3,5 %	3,5 %
Lappland	3,7 %	4,1 %
Sammanlagt	3,7 %	3,7 %

Enligt tabellen beräknas finansieringen för alla välfärdsområden öka 2026 jämfört med 2025, när de ändringar som föreslås i propositionen beaktas i finansieringen. Den områdesspecifika ökningen av finansieringen är som störst 4,9 procent och som lägst 1,5 procent. Utan de föreslagna ändringarna ökar finansieringen på områdesnivå som mest med 5,1 procent och som minst med 0,6 procent 2026, vilket innebär att skillnaderna mellan områdena vore större. Förutom av de ändringar som föreslås i propositionen påverkas den områdesspecifika ökningen av den kalkylerade finansieringen respektive år av de uppgifter om området som ligger till grund för bestämningsfaktorerna.

I och med de ändringar som föreslås i propositionen är skillnaderna mellan områdena när det gäller den årliga förändringen av finansieringen måttligare. Detta förklaras av särskilt den ändring enligt vilken de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna ska beaktas som ett medeltal av två års behovskoefficienter. Servicebehovskoefficienten för 2023 har stigit särskilt i Södra Savolax, Södra Österbottens, Norra Karelen och Päijänne-Tavastlands välfärdsområden jämfört med 2022. Användningen av medeltalet halverar den ökning av finansieringen som föranleds av ökningen av behovskoefficienten och minskar därmed

finansieringen 2026. Servicebehovskoefficienten har sjunkit särskilt i Södra Karelen, Satakunta och Kymmenedalens välfärdsområden, varvid användningen av medeltalet i dessa områden halverar den minskning av finansieringen som föranleds av sänkningen av behovskoefficienten och ökar således finansieringen 2026.

Finansieringen av alla välfärdsområden ökar för 2026 trots de ändringar som föreslås i propositionen. De föreslagna ändringarna påverkar de kalkylerade bestämningsfaktorerna och övergångsutjämnningarna, vilka i sin tur inverkar på hur mycket av den nivåhöjning som avser hela landets finansiering som riktas till respektive område 2026.

#### 4.2.1.5 Konsekvenser för statsfinanserna

De ändringar som föreslås i propositionen i fråga om bestämmandet av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet påverkar fördelningen av finansieringen per område, men de påverkar inte välfärdsområdenas finansiering på riksnivå. Däremot minskar den temporära sparåtgärden i fråga om övergångsutjämnningarna statens finansieringsbehov med 15,8 miljoner euro 2026 och 19,7 miljoner euro 2027.

#### 4.2.2 Konsekvenser för välfärdsområdenas verksamhet

Syftet med den föreslagna höjningen av den andel av finansieringen som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd och de ändringar som gäller sättet att beräkna koefficienten för främjande av hälsa och välfärd är att uppmuntra områdena att i sin verksamhet i större utsträckning beakta främjandet av hälsa och välfärd.

Däremot har avsikten varit att de sparåtgärder som föreslås i övergångsutjämnningarna ska riktas så att de har så liten inverkan som möjligt på välfärdsområdenas verksamhet, inklusive Helsingfors stad som särskilt är föremål för åtgärderna. Ändringen gäller inte alla de övriga välfärdsområdena. Även för Helsingfors stads del blir effekten så liten att sparåtgärden inte bedöms ha någon nämnvärd inverkan på stadens förutsättningar att ordna tjänsterna eller på verksamheten.

De ändringar som föreslås i propositionen har så små konsekvenser för välfärdsområdenas finansiering 2026 att finansieringen för alla områden som helhet bedöms öka 2026 jämfört med 2025. Således bedöms förslagen inte ha någon betydande inverkan till exempel på täckandet av underskottet i enlighet med lagen om välfärdsområden (115 §). Till skillnad från de övriga välfärdsområdena har Helsingfors stad inget underskott som behöver täckas i sina bokslut från 2023 och 2024, så det faktum att den period för täckande av underskotten för åren i fråga som gäller de övriga områdena löper ut 2026 inverkar inte på stadens verksamhet.

## 5 Alternativa handlingsvägar

### 5.1 Finansieringsandel för främjande av hälsa och välfärd

Det föreslås att höjningen av den andel av finansieringen som riktas till främjandet av hälsa och välfärd ska finansieras inom finansieringsmodellen genom en minskning av andelen för den invånarbaserade och behovsbaserade finansieringen av social- och hälsovården. Vid beredningen av propositionen har som alternativa modeller bedömts en minskning av andel som i sin helhet skulle göras i fråga om de bestämningsfaktorer som beskriver invånarantalet eller servicebehovet eller i fråga om de så kallade omgivningsfaktorer som beaktar regionala särdrag. Omgivningsfaktorernas andelar vid bestämmandet av finansieringen är rätt små, som mest

under två procent och de riktar finansiering till välfärdsområdena utifrån regionala särdrag. Således anses det inte motiverat att minska deras andelar.

Om finansieringen skulle tas i sin helhet från de faktorer som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården, skulle detta minska finansieringen i områden med ett högre servicebehov mer än enligt den föreslagna modellen. En låg koefficient för främjande av hälsa och välfärd och höga servicebehovskoefficienter skulle ha en finansieringsreducerande effekt. På motsvarande sätt skulle en hög koefficient för främjande av hälsa och välfärd och låga servicebehovskoefficienter ha en finansieringsökande effekt. En minskning av den behovsbaserade andelen skulle således leda till större områdesspecifika förändringar än den minskning som föreslås i propositionen.

I tabell 22 beskrivs det i propositionen föreslagna avdraget från andelarna av bestämningsfaktorerna för invånar- och behovsbaserade grunder som motsvarar höjningen av finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd, samt två alternativa genomförandesätt: I det första alternativet riktas avdraget helt och hållet till det invånarbaserade kriteriet och i det andra alternativet helt och hållet till det behovsbaserade kriteriet. I kalkylen har koefficienten för främjande av hälsa och välfärd enligt det ursprungliga beräkningssättet beaktats.

**Tabell 22. Effekter på finansieringen per välfärdsområde av en höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd och en minskning av den invånarbaserade eller behovsbaserade andelen**

Välfärdsområden	Koefficienten, ursprungligt beräkningssätt	Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den invånarbaserade andelen -0,25 %-enheter och sänkning av den behovsbaserade andelen -0,25 %-enheter		Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den invånarbaserade andelen -0,5 %-enheter		Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den behovsbaserade andelen -0,5 %-enheter	
		Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.	Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.	Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.
Helsingfors	1,32	6 461 644	9	5 277 378	8	7 645 910	11
Vanda och Kervo	0,93	47 293	0	-496 445	-2	591 032	2
Västra Nyland	0,94	544 550	1	-766 717	-2	1 855 817	4
Östra Nyland	0,68	-666 110	-7	-759 251	-8	-572 969	-6
Mellersta Nyland	0,94	36 390	0	-317 508	-2	390 288	2
Egentliga Finland	1,07	446 314	1	776 512	2	116 116	0
Satakunta	0,65	-1 961 246	-9	-1 744 226	-8	-2 178 266	-10
Egentliga Tavastland	0,93	-409 377	-2	-298 744	-2	-520 011	-3
Birkaland	1,02	309 301	1	284 740	1	333 861	1

Välfärdsområde	Koefficienten, ursprungligt beräkningssätt	Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den invånarbaserade andelen -0,25 %-enheter och sänkning av den behovsbaserade andelen -0,25 %-enheter		Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den invånarbaserade andelen -0,5 %-enheter		Höjning av den andel som avser främjande av hälsa och välfärd +0,5 %-enheter, sänkning av den behovsbaserade andelen -0,5 %-enheter	
		Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.	Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.	Förändring sammanlagt, euro	Förändring sammanlagt, €/inv.
Päijänne-Tavastland	0,95	-444 849	-2	-241 818	-1	-647 881	-3
Kymmenedalen	1,06	-124 526	-1	239 613	2	-488 664	-3
Södra Karelen	1,02	23 101	0	69 783	1	-23 582	-0
Södra Savolax	1,32	610 148	5	981 526	8	238 770	2
Norra Savolax	1,20	749 811	3	1 170 701	5	328 921	1
Norra Karelen	1,15	130 663	1	579 436	4	-318 110	-2
Mellersta Finland	0,80	-1 282 869	-5	-1 301 936	-5	-1 263 802	-5
Södra Österbotten	0,93	-601 680	-3	-309 384	-2	-893 976	-5
Österbotten	0,69	-1 139 992	-6	-1 304 522	-7	-975 463	-5
Mellersta Österbotten	0,80	-431 110	-6	-326 672	-5	-535 548	-8
Norra Österbotten	0,89	-1 273 844	-3	-1 102 751	-3	-1 444 936	-3
Kajanaland	1,25	228 216	3	418 863	6	37 569	1
Lappland	0,80	-1 251 827	-7	-828 580	-5	-1 675 075	-10
<b>Sammanlagt</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

En bestämningsfaktor som beskriver servicebehovet inom social- och hälsovården fördelar finansiering på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. En minskning av bestämningsfaktorns andel med 0,5 procentenheter fördelas på varje kriterium i förhållande till deras viktandelar inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Enligt tabell 22 vore de största förändringarna i finansieringen till följd av en minskning av enbart den invånarbaserade andelen +8 och -8 euro per invånare. De största förändringarna i finansieringen till följd av en minskning av enbart servicebehovets andel vore +11 euro och -10 euro per invånare. Om avdraget skulle göras i sin helhet från servicebehovets andel i stället för enligt den föreslagna modellen, skulle Södra Savolax, Norra Karelen och Kajanalands välfärdsområden få mer än 3 euro mindre per invånare i finansiering. Däremot skulle det riktas över 2 euro mer finansiering per invånare till Helsingfors stad samt Vanda och Kervo, Västra Nylands och Mellersta Nylands välfärdsområden. Genom att enbart minska den behovsbaserade andelen varierar välfärdsområdenas utgångsläge i fråga om den finansiering som fördelas på basis av åtgärderna för främjande av hälsa och välfärd avsevärt. Till exempel välfärdsområden med ett högre servicebehov behöver en betydligt högre koefficient för främjande av hälsa och välfärd än genomsnittet för att nå utgångsnivån för finansieringen.

Om minskning i enlighet med förslaget riktas till hälften till den invånarbaserade bestämningsfaktorn och till hälften till bestämningsfaktorn för behovsbaseringen, vore de områdesspecifika effekterna ett genomsnitt av de genomförandealternativ där minskningen riktas helt antingen till den invånarbaserade bestämningsfaktorn eller till bestämningsfaktorn för behovsbaseringen.

## 5.2 Uppgifter när det gäller riskkoefficienten för räddningsväsendet

När det gäller riskkoefficienten för räddningsväsendet är alternativet att bibehålla nuläget oförändrat så att de riskområden eller verksamheter som avses i förordningen och som är belägna inom rutor i riskklass III eller IV beaktas i enlighet med deras geografiska omfattning. Detta vore dock inte ändamålsenligt eftersom ett riskobjekts eller en verksamhets geografiska placering inom flera rutor i princip inte ökar räddningsväsendets servicebehov i samma proportion. Det finns inte heller något objektivi sätt att fastställa hur stort geografiskt område som ska beaktas när det gäller den beredskap som krävs för ett visst riskobjekt.

## 5.3 Övergångsutjämningsar

I samband med beredningen av propositionen har man bedömt alternativa sätt att genomföra de besparingar i övergångsutjämningsarna som fastställts i planen för de offentliga finanserna. Även i de alternativa modellerna ändras graderingen endast för de områden som får övergångsutjämningsstillägg i syfte att uppnå besparingar av engångsnatur.

Som ett alternativ bedömdes att graderingen av övergångsutjämningsstillägget enligt den gällande lagen skulle ändras med 10 euro per invånare 2026 och 2027 jämnt för alla områden som får övergångsutjämningsstillägg. Graderingen av övergångsutjämningsstillägget skulle då ha varit -40 euro per invånare 2026 och -50 euro per invånare 2027. Detta skulle minska den övergångsutjämnings som betalas för den andel som överskrider graderingen för alla områden som får övergångsutjämningsstillägg, och på riksnivå skulle man ha uppnått en besparing på cirka 20 miljoner euro 2026 och 2027. I tabell 23 beskrivs den alternativa modellens inverkan på välfärdsområdenas övergångsutjämningsar.

**Tabell 23. Alternativ modell där övergångsutjämningsen minskas för alla områden som får övergångsutjämningsstillägg**

Välfärdsområden	Förändring av övergångsutjämningsen 2026, euro	Förändring av övergångsutjämningsen 2026, €/inv.	Förändring av övergångsutjämningsen 2027, euro	Förändring av övergångsutjämningsen 2027, €/inv.
Helsingfors	-6 569 200	-10	-6 569 200	-10
Vanda och Kervo	0	0	0	0
Västra Nyland	0	0	0	0
Östra Nyland	0	0	0	0
Mellersta Nyland	-1 993 300	-10	-1 993 300	-10
Egentliga Finland	0	0	0	0
Satakunta	-2 154 160	-10	-2 154 160	-10
Egentliga Tavastland	0	0	0	0

Välårsområde	Förändring av övergångsutjämnin en 2026, euro	Förändring av övergångsutjämnin en 2026, €/inv.	Förändring av övergångsutjämnin en 2027, euro	Förändring av övergångsutjämnin en 2027, €/inv.
Birkaland	0	0	0	0
Päijänne- Tavastland	0	0	0	0
Kymmenedale n	-1 628 120	-10	-1 628 120	-10
Södra Karelen	-1 269 210	-10	-705 222	-6
Södra Savolax	-1 327 020	-10	-1 327 020	-10
Norra Savolax	0	0	0	0
Norra Karelen	0	0	0	0
Mellersta Finland	-2 726 170	-10	-2 726 170	-10
Södra Österbotten	0	0	0	0
Österbotten	-1 758 160	-10	-1 758 160	-10
Mellersta Österbotten	0	0	0	0
Norra Österbotten	0	0	0	0
Kajanaland	0	0	0	0
Lappland	0	0	0	0
<b>Sammanlagt</b>	<b>-19 425 340</b>	<b>-3</b>	<b>-18 861 352</b>	<b>-3</b>

I den andra alternativa modellen skulle graderingen av övergångsutjämningsstillägget ha ändrats för alla områden som får övergångsutjämningsstillägg, men på de grunder som föreslås i propositionen skulle övergångsutjämningsstillägget för Helsingfors stad ha graderats mer än för andra områden. För att genomföra besparingarna skulle graderingen av övergångsutjämningsstillägget för Helsingfors stad ha ändrats med 15 euro per invånare 2026 och 20 euro per invånare 2027. För andra områden som får övergångsutjämningsstillägg skulle graderingen ha ändrats med 5 euro per invånare 2026 och 2027. Detta skulle ha minskat övergångsutjämningsen 2026 och 2027 för alla områden som får övergångsutjämningsstillägg, men för Helsingfors stad skulle övergångsutjämningsen ha minskat mer än för andra områden. I tabell 24 beskrivs den andra alternativa modellens inverkan på välfärdsområdenas övergångsutjämningsen. På riksnivå skulle man ha uppnått en besparing på cirka 15 miljoner euro 2026 och cirka 20 miljoner euro 2027.

**Tabell 24. Alternativ modell där övergångsutjämningsstillägget minskas för alla områden, men övergångsutjämningsstillägget för Helsingfors stad minskas mer än för andra områden**

Välårsområde	Förändring av övergångsutjämnin en 2026, euro	Förändring av övergångsutjämnin en 2026, €/inv.	Förändring av övergångsutjämnin en 2027, euro	Förändring av övergångsutjämnin en 2027, €/inv.
Helsingfors	-9 853 800	-15	-13 138 400	-19
Vanda och Kervo	0	0	0	0
Västra Nyland	0	0	0	0



Välfärdsområ de	Förändring av övergångsutjämnin g en 2026, euro	Förändring av övergångsutjämnin g en 2026, €/inv.	Förändring av övergångsutjämnin g en 2027, euro	Förändring av övergångsutjämnin g en 2027, €/inv.
Östra Nyland	0	0	0	0
Mellersta Nyland	-996 650	-5	-996 650	-5
Egentliga Finland	0	0	0	0
Satakunta	-1 077 080	-5	-1 077 080	-5
Egentliga Tavastland	0	0	0	0
Birkaland	0	0	0	0
Päijänne- Tavastland	0	0	0	0
Kymmenedale n	-814 060	-5	-814 060	-5
Södra Karelen	-634 605	-5	-634 605	-5
Södra Savolax	-663 510	-5	-663 510	-5
Norra Savolax	0	0	0	0
Norra Karelen	0	0	0	0
Mellersta Finland	-1 363 085	-5	-1 363 085	-5
Södra Österbotten	0	0	0	0
Österbotten	-879 080	-5	-879 080	-5
Mellersta Österbotten	0	0	0	0
Norra Österbotten	0	0	0	0
Kajanaland	0	0	0	0
Lappland	0	0	0	0
<b>Sammanlagt</b>	<b>-16 281 870</b>	<b>-3</b>	<b>-19 566 470</b>	<b>-4</b>

Vid beredningen av inriktningen av sparåtgärderna har villkoret varit att finansieringsprincipen genomförs, det vill säga framför allt att den befintliga finansieringen på riksnivå ska trygga ordnandet av de lagstadgade tjänsterna i alla områden. Dessutom bör den totala ändringen av finansieringen för 2026 i alla områden vara sådan att området kan anpassa sin verksamhet i enlighet med den. År 2026 påverkas anpassningen av områdenas ekonomi och verksamhet också av att perioden för täckande av underskottet löper ut. De alternativa modellerna för genomförandet av besparingen har bedömts i förhållande till den ekonomiska situationen i respektive område och finansieringens tillräcklighet, varvid man har stannat för den modell som föreslås i propositionen.

## 6 Remissvar

### 6.1 Allmänt om remissvaren

Utkastet till regeringsproposition var på remiss i tjänsten Utlåtande.fi mellan den 27 januari och den 7 mars 2025. Utlåtande begärdes av välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-

sammanslutningen, social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Statistikcentralen, Lantmäteriverket och Valfärdsområdesbolaget Hyvil Ab. Även andra aktörer har kunnat ge ett utlåtande om de så önskat.

Sammanlagt 42 utlåtanden kom in. Utlåtande lämnades av 20 välfärdsområden (alla utom Egentliga Tavastlands välfärdsområde), Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen och Valfärdsområdesbolaget Hyvil Ab. Utlåtande lämnades också av social- och hälsovårdsministeriet, inrikesministeriet och undervisnings- och kulturministeriet, Institutet för hälsa och välfärd, Lantmäteriverket och Statens idrottsråd. Dessutom yttrade sig sammanlagt tio social- och hälsovårdsorganisationer, arbetstagarorganisationer och organisationer inom räddningsbranschen samt två privatpersoner om utkastet till proposition. Utlåtandena och ett sammandrag av dem finns på adressen <https://vm.fi/sv/projekt?tunnus=VM123:00/2024> under Dokument.

I utlåtandena konstaterades allmänt att finansieringsmodellen bör granskas som en helhet i stället för utifrån de enskilda föreslagna ändringarna och för att finansieringsprincipen ska förverkligas utvecklas på ett sätt som sporrar områdena samt på ett föregripande och hållbart sätt. Valfärdsområdena framförde i sina utlåtanden mer omfattande synpunkter på utvecklingen av finansieringsmodellen än vad som föreslagits. Till denna del skilde sig åsikterna i områden med olika förhållanden avsevärt från varandra.

## **6.2 Förslag som gäller främjande av hälsa och välfärd**

Valfärdsområdena och de övriga remissinstanserna understödde i sina utlåtanden i stor utsträckning den föreslagna höjning av den finansieringsandel som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd. Förslaget ansågs öka den sporrande effekten. Remissinstanserna ansåg det vara viktigt att höjningen i detta skede är måttlig, eftersom koefficienten för främjande av hälsa och välfärd påverkar finansieringen först från och med 2026 och eftersom det ännu inte finns närmare uppgifter om hur den fungerar i praktiken. Västra Nylands välfärdsområde understödde inte höjningen. Österbottens välfärdsområde poängterade att ändringarna inte får leda till att finansieringen minskar för något område.

Enligt det utkast till proposition som var på remiss skulle höjningen av finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd ha dragits av helt från den invånarbaserade andelen för social- och hälsovården. Största delen av remissinstanserna understödde förslaget att höjningen ska finansieras genom att den boendebaserade andelen i finansieringen minskas i motsvarande grad. Mellersta Nylands och Birkalands välfärdsområde, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen understödde däremot en minskning av den behovsbaserade andelen och Vanda och Kervo välfärdsområde en minskning i fråga om andelarna för alla bestämningsfaktorer. Propositionen har efter remissbehandlingen ändrats så att enligt förslaget görs avdraget till hälften från den invånarbaserade finansieringsandelen och till hälften från den behovsbaserade finansieringsandelen.

I välfärdsområdenas utlåtanden framfördes farhågor i fråga om tillförlitligheten hos informationsunderlaget för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. Västra Nylands, Östra Nylands, Lapplands och Egentliga Finlands välfärdsområden konstaterade att det i områdena ännu bland annat på grund av informationssystemen finns skillnader i registreringsätten och i lämnandet av uppgifter. Särskilt i välfärdsområden som består av ett stort antal kommuner förekommer det utmaningar. Östra Nylands och Egentliga Finlands välfärdsområden föreslog att höjningen av andelen för främjande av hälsa och välfärd skulle skjutas upp med några år på grund av de utmaningar som gäller informationsunderlaget, eftersom resultaten för närvarande i högre grad kan beskriva registreringspraxis i utgångsläget

än det faktiska arbete som utförts i områdena. Det ansågs att det fanns behov av att förtydliga bland annat tidsplanen för lämnandet av uppgifterna. Dessutom betonades områdenas möjlighet att kontrollera sina egna uppgifter och en förbättring av transparensen när det gäller beräkningen av koefficienten.

En stor del av välfärdsområdena understödde i sina utlåtanden det föreslagna beräkningssättet, det vill säga beaktandet av den relativa förändringen i resultatindikatorerna, vilket ansågs motiverat särskilt med tanke på den sporrande effekten. Enligt utlåtandena från Helsingfors stad och Vanda och Kervo välfärdsområde borde absoluta siffror användas, eftersom det arbete som områdena utfört, särskilt vid granskning av relativa skillnader i fråga om vissa indikatorer, inte nödvändigtvis påverkar finansieringen i och med att de strukturella skillnaderna mellan områdena är så stora.

I utlåtandena tog man i stor utsträckning ställning till uppställandet av målnivåer för resultatindikatorerna, och till denna del ansågs den föreslagna regleringen inte vara tillräckligt transparent. Välfärdsområdena ansåg det vara viktigt att målnivåerna baserar sig på forskningsdata om åtgärdernas effektivitet och ansåg också i stor utsträckning att det bör föreskrivas om målnivåerna i en förordning.

Dessutom konstaterades det i utlåtandena att det utvecklingsarbete som hänför sig till indikatorerna för främjande av hälsa och välfärd bör fortsätta och att antalet indikatorer i fortsättningen utökas. Det vore ändamålsenligt att hitta indikatorer som beskriver verksamheten för främjande av hälsa och välfärd i vidare bemärkelse, så att indikatorerna inte styr arbetet för främjande av hälsa och välfärd enbart till sådana åtgärder som förbättrar indikatorerna. I utlåtandena föreslogs flera nya indikatorer som grund för utvecklingsarbetet.

I det utkast till proposition som var på remiss föreslogs det också att den finansiering som från och med 2026 fördelas på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd inte ska beaktas i de områdesspecifika övergångsutjämnarna. Syftet med förslaget var att bevara den sporrande effekten av den finansiering som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd även i de områden där den finansiering som lagts till på basis av koefficienten annars skulle försvinna i och med uppdateringen av övergångsutjämnningen enligt den gällande lagen. I detta sammanhang betonade största delen av remissinstanserna att övergångssystemets funktion så snart som möjligt bör bedömas som en helhet i stället för att göra de föreslagna enskilda ändringarna. Fyra välfärdsområden (Mellersta Österbotten, Västra Nyland, Norra Savolax, Birkaland) samt Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen understödde eller ansåg att det var i rätt riktning att den finansiering som fördelas på basis av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd inte beaktas i övergångsutjämnarna. Päijänne-Tavastlands och Mellersta Finlands välfärdsområden understödde inte den föreslagna ändringen. Mellersta Finlands välfärdsområde betonade i sitt utlåtande att det i finansieringslagstiftningen inte bör göras sådana ändringar som i fråga om enskilda områden ytterligare försämrar förverkligandet av finansieringsprincipen i en situation där finansieringen redan uppvisar ett underskott.

På basis av remissvaren är avsikten att det i finansieringsförordningen ska utfärdas bestämmelser om målvärden för resultatindikatorerna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. Till denna del sänds utkastet till förordning ännu på ny remiss. Avsikten är att det ska följas upp och utvärderas hur sporrande finansieringen för främjande av hälsa och välfärd är och hur modellen fungerar. Dessutom fortsätter samarbetet för att förbättra informationsunderlaget för indikatorerna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och för att utveckla indikatorerna inom modellen. Även i statsandelssystemet för kommunal basservice ingår ett finansieringselement som baserar sig på en kommunspecifik koefficient för främjande av välfärd och hälsa, vars funktion behöver följas upp och utvecklas. För detta

utvecklingsarbete ska det tillsättas en arbetsgrupp för upprätthållande av välfärdsområdenas och kommunernas finansieringssystem för främjande av hälsa och välfärd. Samarbetsgruppen kommer att bestå av företrädare för finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt välfärdsområdena och kommunerna.

### **6.3 Viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården**

Förslaget om att uppdatera viktningarna för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården utifrån de senaste kostnadsuppgifterna fick brett understöd i utlåtandena och det konstaterades att finansieringen så väl som möjligt bör följa verksamheten och förändringarna i den. Den lagbaserade uppdateringen ansågs vara motiverad bland annat därför att kostnadsfördelningen mellan olika funktioner förändras när åldersstrukturen förändras och tyngdpunkten i kostnaderna i högre grad övergår till socialvården och äldreomsorgen. Emellertid ansåg till exempel Vanda och Kervo välfärdsområde att det är problematiskt om uppdateringarna ökar finansieringen för områden med en äldre befolkning och att denna ökning tas från de områden vars befolkning växer och är yngre.

Flera välfärdsområden (Södra Österbotten, Östra Nyland, Västra Nyland, Kajanaland, Mellersta Finland, Kymmenedalen, Österbotten, Norra Österbotten, Satakunta) och Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab konstaterade i sina utlåtanden att viktningarna bör uppdateras enbart på basis av välfärdsområdenas serviceklassspecifika bokslutsuppgifter. Beaktandet av uppgiftsändringarna för 2024 och 2025, som ingår i förslaget, ansågs dessutom vara problematiskt. Uppgiftsändringarna ansågs inte direkt innebära ändringar i de serviceklassspecifika kostnaderna, eftersom finansieringen är allmän och uppgiftsändringarnas effekter på finansieringen ofta inte motsvarar de uppskattningar av nettokostnadsändringarna som lagts fram på förhand i samband med lagändringarna. Propositionen har emellertid inte ändrats på basis av remissvaren. Effekterna av de uppgiftsändringar som trädde i kraft 2024 och 2025 på bestämmandet av finansieringen mellan områdena har beaktats i finansieringsmodellen genom att på basis av innehållet i uppgiftsändringen öka eller minska finansieringen i viktningen för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen eller socialvården. Om detta inte beaktas vid uppdateringen av viktningarna nollställs effekterna av uppgiftsändringarna och finansieringen motsvarar då inte de aktuella uppgifterna.

I några utlåtanden konstaterades det dessutom att det kan vara nödvändigt att uppdatera viktningarna oftare än minst vart tredje år som föreskrivs i lagen. Enligt ordalydelsen i den gällande lagen kan uppdateringen dock redan göras oftare än det.

### **6.4 Bestämmande av servicebehovskoefficienterna på basis av uppgifter för två år**

Största delen av remissinstanserna understödde den ändring som föreslogs i utkastet till proposition eller tog inte ställning till den. Ändringen ansågs öka finansieringens förutsägbarhet och minska de oförutsedda förändringar i finansieringen som beror på kompletteringen av informationsunderlaget i den inledande fasen av välfärdsområdenas verksamhet. I utlåtandena konstaterades det dock i mycket stor utsträckning att den föreslagna regleringen bör gälla för viss tid och slopas när informationsunderlaget förbättras. Det ansågs också viktigt att så aktuella uppgifter som möjligt används.

Två välfärdsområden understödde inte den föreslagna ändringen. Mellersta Finlands välfärdsområde ansåg det vara problematiskt att bristerna i informationsunderlaget upprepas i finansieringen under flera år. Östra Nylands välfärdsområde konstaterade att det understöder ändringen tidigast när informationsunderlaget är tillräckligt bra. Dessutom ansåg flera

remissinstanser att den föreslagna ändringen delvis var problematisk, men motsatte sig den inte direkt.

Välfärdsområdena ansåg det sannolikt att den årliga variationen i behovskoefficienterna i vilket fall som helst minskar, när man vid beräkningen av koefficienterna övergår till att använda välfärdsområdesbaserade uppgifter från och med 2026. Det ansågs nödvändigt att bedöma konsekvenserna av förslaget ännu på basis av de områdesspecifika behovskoefficienter som fås 2025 och som ligger till grund för finansieringen 2026. Konsekvensbedömningarna har efter remissbehandlingen behandlats i välfärdsområdesdelegationen den 4 april 2025.

I välfärdsområdenas utlåtanden lyftes i stor utsträckning fram frågor som gäller kvaliteten på informationsunderlaget för finansieringsmodellen. Det konstaterades att områdena hade inlett sin verksamhet utifrån mycket olika utgångspunkter och att de framskrider i olika takt när det gäller de organisatoriska, systemrelaterade och andra ändringar som krävs. Enligt utlåtandena förutsätter en förbättring av kvaliteten på de uppgifter som samlas in och rapporteras om både ekonomin och verksamheten tydliga anvisningar på nationell nivå samt innehållsmässig utveckling av de koefficienter som används vid beräkningen och av bestämningsfaktorerna för dem i samarbete med välfärdsområdena. Välfärdsområdena ska också erbjudas mer detaljerad information än för närvarande om behandlingen av data som används för att fastställa finansieringen och om hur behandlingen påverkar områdets finansiering samt möjlighet att avgiftsfritt kontrollera de faktorer som påverkar finansieringen. Till exempel för att säkerställa att uppgifterna i vårdanmälningsregistret är korrekta bör det skapas en riksomfattande kontrollprocess med hjälp av vilken man på riksnivå kan säkerställa att de uppgifter som används vid beräkningen är riktiga och aktuella. De tidpunkter då det källmaterial som används vid beräkningen av finansiering samlas in från olika system behöver också preciseras. Det utvecklingsarbete som behövs till denna del utförs tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd, social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och välfärdsområdena.

#### **6.5 Justering av faktorerna för riskkoefficienten för räddningsväsendet och deras viktcoefficienter**

I den proposition som var på remiss ingick ingen områdesspecifik konsekvensbedömning av hur den föreslagna ändringen av riskkoefficienten för räddningsväsendet inverkar på fördelningen av den kalkylerade finansiering av välfärdsområdenas räddningsväsende. I flera utlåtanden konstaterades det att det på grund av bristfälliga konsekvensbedömningar är omöjligt att ta ställning till om ändringarna i finansieringsgrunderna har motiverade konsekvenser. Efter remissbehandlingen har konsekvensbedömningen kompletterats genom att det till propositionen fogats kalkyler av vilka propositionens ekonomiska konsekvenser för varje välfärdsområde framgår. Kalkylerna har gjorts på basis av uppgifterna i välfärdsområdenas finansieringsanalys för 2025, eftersom alla uppgifter som behövs för den slutliga finansieringsanalysen för 2026 ännu inte fanns tillgängliga när regeringens proposition lämnades. Konsekvensbedömningarna har efter remissbehandlingen behandlats i välfärdsområdesdelegationen den 4 april 2025.

I propositionen föreslås det att ett riskobjekt eller en verksamhet som geografiskt är belägen inom flera rutor vid beräkningen av riskkoefficienten ska beaktas som en helhet så att objektet eller verksamheten höjer viktcoefficienten för endast en ruta. I inget av utlåtandena motsatte sig remissinstanserna det förslaget i egentlig mening. I vissa utlåtanden var man oroad över att finansieringen av räddningsväsendet i glesbygden kommer att minska i och med propositionen.

Enligt förslaget ska det genom förordning kunna fastställas olika viktcoefficienter (1–5) för riskobjekt eller verksamheter beroende på de risker som anger det servicebehov som objektet

eller verksamheten medför. I några utlåtanden understöddes förslaget, men i övrigt tog remissinstanserna inte ställning till detta.

Remissinstanserna förhöll sig med reservation till ändringen av lagens ordalydelse så att den motsvarar den nuvarande tillämpningen, alltså så att inträffade olyckor (olyckshistorik) inte påverkar finansieringen. I en del utlåtanden konstaterades det att de inträffade olyckorna verkligen förtäljer om riskerna och att beaktandet av dem i finansieringen inte försvagar förebyggandet av olyckor. I en del utlåtanden lyftes till denna del fram inkonsekvensen i förhållande till anvisningen för planering av aktionsberedskapen. Med anledning av remissvaren har motiveringen till propositionen preciserats till denna del.

Enligt den proposition som var på remiss föreslogs det att det till förordningen ska fogas nya riskobjekt/verksamheter (turistverksamhet och verksamhet som innebär en ökad risk för oljeskador eller fartygskemikalieolyckor), vilka höjer viktcoeffcienten för rutor i riskklass III och IV. I många utlåtanden understöddes dessa eller åtminstone någondera av dessa. I flera utlåtanden påpekades det också i detta sammanhang att det inte har lagts fram kalkylmässiga motiveringar eller riskbedömningar för fogandet av verksamheterna i fråga. I utlåtandena föreslogs också andra riskobjekt/verksamheter som borde beaktas vid beräkningen av riskcoeffcienten.

Avsikten är att utkastet till förordning ska sändas på remiss på nytt våren 2025.

## **6.6 Besparingar av engångsnatur i övergångsutjämningsarna 2026 och 2027**

I propositionen föreslås att minskningen av övergångsutjämningsarna ska riktas endast till de välfärdsområden som får övergångsutjämningsstillägg och där minskningen, bedömd utifrån de faktiska kostnaderna och utvecklingen av den kalkylerade finansieringen, inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna. I praktiken gäller minskningen då endast Helsingfors stads övergångsutjämningsstillägg 2026 och 2027.

Största delen av välfärdsområdena tog inte ställning till förslaget eller betonade att välfärdsområdenas finansieringssystem bör bedömas och utvecklas som en helhet. Exempelvis enligt utlåtanden av Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab och flera välfärdsområden bör man i stället för den föreslagna enskilda ändringen särskilt identifiera situationer där den knappa finansieringen, den faktiska fördelningen av den och välfärdsområdenas underskott i kombination med skyldigheten att balansera ekonomin utgör en klar risk för tryggandet av tjänsterna i välfärdsområdena.

Den föreslagna grunden för inriktning av besparingen ansågs inte vara tillräckligt motiverad eftersom det på basis av bokslutsuppgifterna och justeringen i efterhand av den kalkylerade finansieringen ännu inte går att göra en bedömning av om huruvida förutsättningarna för att ordna tjänsterna uppfylls. Dessutom bör genomförandet av tjänsterna i området granskas mer ingående (Kymmenedalen, Satakunta, Österbotten, Egentliga Finland, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab).

Särskilt förslagets inverkan på finansieringsmodellens sporrande effekt och förutsägbarhet ansågs vara problematisk. Till exempel enligt Institutet för hälsa och välfärd sporrar den föreslagna modellen inte till att i fortsättningen göra ett överskott. Därtill är den oförutsägbar och bryter mot överenskomna regler. Enligt Västra Nylands välfärdsområde försvagar förslaget förtroendet för finansieringsmodellens varaktighet samt principen om förutsägbarhet och det tekniska beräkningssättet. Birkalands välfärdsområde konstaterade att om man märker att

fördelningen av finansieringen inte är rättvis bör själva finansieringsmekanismen ändras i stället för att det görs minskningar av engångsnatur.

Fyra välfärdsområden (Mellersta Finland, Norra Karelen, Lappland och Päijänne-Tavastland) ansåg det motiverat att rikta besparingarna till de områden där finansieringen i förhållande till kostnaderna bedöms vara tryggad. Enligt utlåtandet från Östra Nylands välfärdsområde motsätter sig området inte besparingar av engångsnatur i övergångsutjämningsarna.

Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen motsatte sig förslaget och krävde att besparingarna riktas till välfärdsområdena på ett jämlikt sätt. Enligt Helsingfors stads utlåtande bör områdenas ekonomiska läge inte användas som grund för en minskning av finansieringen. Det föreslagna sättet att rikta nedskärningarna uppmuntrar inte områdena att sträva efter att uppnå ett balanserat resultat. Förslaget försvårar i väsentlig grad hanteringen av ekonomin och undergräver det allmänna förtroendet för att det finansiella systemet fungerar och är rättvist.

Enligt Helsingfors stad bör sparåtgärderna genomföras jämnt inom alla välfärdsområden i förhållande till den kalkylerade finansieringen, varvid effekten för områdena är mindre än 0,1 procent av deras omkostnader. Helsingfors stad har enligt sin bedömning inte bättre förmåga än andra områden att klara av en minskning av övergångsutjämningsarna. Enligt välfärdsområdenas egna bedömningar kommer nästan hälften av områdena att uppvisa ett kumulativt överskott 2026 och cirka en fjärdedel av områdena att uppvisa ett större överskott än Helsingfors 2027. En minskning på sammanlagt 35 miljoner euro i övergångsutjämningsarna innebär kalkylmässigt till exempel nästan 300 000 hälsocentralläkarbesök eller 700 000 hemvårdsbesök. Minskningen påverkar också Helsingfors möjligheter att finansiera HUS-sammanslutningens verksamhet i tillräcklig utsträckning, även om också HUS-sammanslutningen har lyckats få sin ekonomi i balans genom att genomföra betydande anpassningsåtgärder. Det balanserade resultatet inom Helsingfors stads social-, hälsovårds- och räddningssektor har enligt utlåtandet påverkats förutom av en ansvarsfull ekonomi också bland annat av en måttlig kostnadsutveckling i fråga om vissa avtal om köpta tjänster och av att användningen av inhyrd arbetskraft har varit under kontroll. Propositionen minskar den produktivitetsförbättring som Helsingfors uppnått med över hälften.

På basis av remissvaren har man i propositionen kompletterat motiveringen till grunderna för inriktningen av nedskärningarna samt den bedömning av det områdesspecifika genomförandet av tjänsterna som ingår i beskrivningen av nuläget. I beskrivningen av nuläget har dessutom avsnittet om kostnadsutvecklingen i områdena uppdaterats med uppgifter i bokslutsprognoserna för 2024.

## **7 Specialmotivering**

**3 §.** *Den statliga finansieringen till välfärdsområdena.* I paragrafen föreskrivs det om hur den statliga finansieringen riktas till välfärdsområdena dels på basis av invånarantalet och dels på basis av de omgivningsfaktorer som orsakar servicebehovet, de omgivningsfaktorer som föranleder kostnader i servicen samt de koefficienter som beskriver främjandet av hälsa och välfärd.

Paragrafens 1 mom. innehåller bestämmelser om andelarna per bestämningsfaktor i fråga om den statliga finansieringen till välfärdsområdena 2022, det vill säga året före det år då lagen trädde i kraft. Bestämningsfaktorerna för social- och hälsovården är servicebehov, invånarantal, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, samiskspråkighet, karaktär av skärgård, universitetssjukhustillägg och främjande av hälsa och välfärd. Det inte meningen att nya bestämmelser om de andelar per bestämningsfaktor som

anges i momentet ska utfärdas årligen eller enligt något annat tidsintervall. I stället innehåller 2 mom. en bestämmelse enligt vilken andelarna kalkylmässigt ändras årligen i enlighet med den ändring som med anledning av förändringar i bestämningsfaktorerna och välfärdsområdenas uppgifter görs i fördelningen av finansieringen.

I momentet föreslås det att särskilt den finansieringsandel som fördelas på basis av främjandet av hälsa och välfärd ändras från och med 2026. I andelarna beaktas höjningen av den finansieringsandel som riktas till främjande av hälsa och välfärd med 0,5 procentenheter, det vill säga från tidigare cirka 1 procent till cirka 1,5 procent, samt på motsvarande sätt sänkningen av den invånarbaserade finansieringsandelen för social- och hälsovården med cirka 0,25 procentenheter från tidigare cirka 13 procent och den behovsbaserade finansieringsandelen med cirka 0,25 procentenheter till cirka 79 procent.

Eftersom finansieringen som helhet inte ökas för att höja den andel som avser främjande av välfärd och hälsa, måste andelen tas från andra faktorer andel eller andelar. Genom att höja finansieringsandelen för främjande av välfärd och hälsa sporrar regionerna till åtgärder som syftar till att förebygga och minska invånarnas framtida servicebehov och de kostnader som uppstår för det. Därför är det motiverat att göra avdraget i den behovsbaserade finansieringsandelen, men då skulle avdraget riktas särskilt till områden med högre servicebehov, vilket inte nödvändigtvis är motiverat med tanke på finansieringens tillräcklighet. Därför föreslås det att hälften av höjningen dras av från den invånarbaserade finansieringens andel. I finansieringsmodellen för välfärdsområdena överförs invånarantalets inverkan till den områdesspecifika finansieringen via flera olika bestämningsfaktorer, och därför kan den separata invånarbaserade faktorns andel minskas. De övriga bestämningsfaktorerna för finansieringen, de så kallade omgivningsfaktorerna, fördelar finansiering till välfärdsområdena på basis av kostnader som orsakas av regionala särdrag, och därför är det inte motiverat att minska deras viktningvärde.

Det föreslås att det enligt ett tekniskt regleringssätt föreskrivs om bestämningsfaktorernas andelar på 2025 års finansieringsnivå. Andelarna uppdateras på det som anges i 2 mom. årligen utifrån föregående års andelar med beaktande av de ändringar som med anledning av förändringar i bestämningsfaktorerna och välfärdsområdenas uppgifter görs i fördelningen av finansieringen. Således kommer andelarna i fråga om finansieringen för 2026 ännu att uppdateras något på det sätt som anges ovan.

**13 §. Grunderna för social- och hälsovårdens kalkylerade kostnader.** I 3 mom. finns det bestämmelser om de uppgiftsspecifika viktningar som används när de kalkylerade kostnader bestäms som bygger på de behovsfaktorer som beskriver användningen av tjänster inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Enligt 4 momentet ska bestämmelser om de uppgiftsspecifika viktningarna utfärdas med högst tre års mellanrum. Det har senast föreskrivits om viktningarna 2023, så nästa gång ska de uppdateras senast 2026.

Det föreslås att de viktningar som baserar sig på kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården uppdateras med beaktande av de senaste tillgängliga kostnadsuppgifterna. Uppgifterna baserar sig på de bokslutsuppgifter enligt serviceklass för 2023 som välfärdsområdena har rapporterat till Statskontoret. Dessutom föreslås det att paragrafens ordalydelse ändras så att man i stället för om uppgiftsspecifika viktningar talar om viktningar för kalkylerade kostnader inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Ordet uppgiftsspecifik har i detta sammanhang orsakat oklarhet i förhållande till de uppgiftsändringar enligt 9 § i finansieringslagen som på förhand ska beaktas i finansieringen och som är betydligt snävare än de hälso- och sjukvårds-, äldreomsorgs- och socialvårdssektorer som avses här. Med beaktande av beloppet av välfärdsområdenas finansiering, som på årsnivå



redan överstiger 26 miljarder euro, är det dessutom motiverat att föreskriva om viktningarna med tre decimalers noggrannhet, på motsvarande sätt som det till exempel i 3 § i finansieringslagen föreskrivs om andelarna för bestämningsfaktorer för finansieringen.

De kostnader som ligger till grund för viktningarna fastställs som nettokostnader i enlighet med den så kallade nettokostnadsprincipen för finansieringen som framgår av 5 i finansieringslagen, varvid det från driftskostnaderna för tjänsterna dras av driftsintäkterna. Driftskostnaderna bildas av verksamhetskostnader (externa och interna), avskrivningar och nedskrivningar samt överföringskostnader. Driftsintäkterna består av verksamhetsintäkter (externa och interna), förändringar av produktlagren, tillverkning för eget bruk samt överföringsintäkter. Finansiella kostnader och intäkter beaktas inte i beräkningen, eftersom det inte är ändamålsenligt att fördela dem per serviceklass.

Uppgifterna enligt serviceklass har delats in i kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården genom att utnyttja den gruppering av serviceklasser som Institutet för hälsa och välfärd har fastställt. År 2023 fördelades nettokostnaderna för social- och hälsovården på hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården i enlighet med tabell 25.

**Tabell 25. Nettokostnader för social- och hälsovården 2023, euro**

	Nettokostnader	Andel, %
Hälso- och sjukvård	13 219 087 936	55,284 %
Äldreomsorg	5 070 363 073	21,205 %
Socialvård	5 621 828 006	23,511 %
Sammanlagt	23 911 279 015	100,00 %

I finansieringen för 2026 ska dessutom beaktas hur de ändringar i uppgifterna som föreskrivits för välfärdsområdena för 2024 och 2025 inverkar på kostnadsfördelningen mellan hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. De ökningarna och minskningarna av finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna riktas i finansieringen till den kalkylmässiga bestämningsfaktor som bäst beskriver förändringen. När man beaktar de ändringar i finansieringen som motsvarar uppgiftsändringarna och som i finansieringen för 2024 och 2025 hänförs till de bestämningsfaktorer som beskriver servicebehovet, är i finansieringsbasen för 2026 viktningen för den finansiering som fördelas på basis av servicebehovet inom hälso- och sjukvården 54,967 procent, servicebehovet inom äldreomsorgen 21,017 procent och servicebehovet inom socialvården 24,016 procent. Dessutom beaktas eventuella nya ändringar i uppgifterna som det föreskrivs om efter den tidpunkt då propositionen lämnas och som träder i kraft senast vid ingången av 2026.

**14 §. Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården.** I 1 mom. föreskrivs det hur servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården beräknas för varje välfärdsområde. Servicebehovskoefficienterna beräknas utifrån behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster och som bygger på sjukdomar och socioekonomiska faktorer, utifrån faktorernas viktcoefficienter och utifrån de uppgiftsspecifika viktningar som avses i 13 § 3 mom. Behovsfaktorerna och deras viktcoefficienter finns som bilaga till finansieringslagen.

I 1 mom. föreslås det att man beaktar den begreppsändring som föreslås i 13 § 3 mom., enligt vilken man i stället för om ”uppgiftsspecifika viktningar” ska tala om viktningar för kalkylerade kostnader inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Ändringen är således av teknisk natur.

Enligt 2 mom. beräknas de kalkylerade kostnader som fastställs på grundval av servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården genom att multiplicera det till behovet anknyttande grundpris som beskriver användningen av hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster med välfärdsområdets invånarantal och ifrågavarande servicebehovskoefficient.

I 3 mom. föreskrivs det om de uppgifter som används vid bestämmandet av de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Servicebehovskoefficienterna bestäms med hjälp av uppgifter från Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, Pensionsskyddscentralen, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen om de på sjukdomar och socioekonomiska faktorer baserade behovsfaktorerna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården.

Det föreslås att momentet ändras så att de områdesspecifika servicebehovskoefficienterna beaktas på basis av uppgifterna för två år, närmare bestämt uppgifterna för året före det år som föregått finansåret och året före det året. Som den områdesspecifika servicebehovskoefficienten beaktas medeltalet av dessa servicebehovskoefficienter. Om uppgifter för de ovannämnda åren inte finns tillgängliga, används vid bestämmandet av koefficienten uppgifterna för de senaste tillgängliga åren.

Från och med 2026 används vid beräkningen således alltid de senaste tillgängliga uppgifterna för två år. Till exempel 2026 bestäms den finansiering som baserar sig på behovsfaktorerna i praktiken utifrån medeltalet av de områdesspecifika behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för 2022 och 2023.

I 4 mom. anges det att bestämmelser om de i 1 mom. avsedda behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om tjänster och deras viktcoefficienter ska utfärdas med högst fyra års mellanrum med utgångspunkt i undersökningar som utförs av Institutet för hälsa och välfärd. I momentet föreslås inga ändringar. Bestämmelser om behovsfaktorerna och deras viktcoefficienter finns för 2023–2026 i den gällande lagen, så de måste nästa gång uppdateras senast 2027.

**15 §. Koefficient för främjande av hälsa och välfärd.** I 3 mom. föreslås en teknisk precisering och i 4 mom. föreslås det att bemyndigandet att utfärda förordning ska preciseras.

Enligt 1 mom. beräknas välfärdsområdets koefficient för främjande av hälsa och välfärd på grundval av dels indikatorer som beskriver välfärdsområdets verksamhet för främjande av hälsa och välfärd, dels indikatorer som beskriver resultatet av denna verksamhet. Bägge andelarnas viktningsvärde vid beräkningen av koefficienten är 50 procent.

I 3 mom. föreskrivs om de uppgifter som används vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd. Enligt den första meningen i momentet används vid beräkningen av koefficienten uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret. Till den delen föreslås en korrigerings av ett tekniskt fel i bestämmelsen, nämligen en hänvisning till en tidpunkt som det ännu inte finns uppgifter om när koefficienten beräknas. Vid beräkningen av koefficienten ska enligt förslaget

användas uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret.

Enligt 4 mom. i den gällande paragrafen utfärdas närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms, om indikatorernas viktcoefficients och om vilka statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen genom förordning av statsrådet. Det föreslås att bemyndigandet att utfärda förordning ska utvidgas så att bemyndigandet gör det möjligt att utfärda närmare bestämmelser också om sättet att beräkna poängsättningen av de indikatorer som används vid beräkningen av koefficienterna. I den gällande finansieringsförordningen föreskrivs det redan om sättet att beräkna de indikatorer som beskriver resultatet av verksamheten, men dock inte om sättet att beräkna de indikatorer som beskriver verksamheten.

Vid poängsättningen av indikatorerna påverkas områdets poäng inte bara av förändringar i det egna områdets indikatorer utan också av hur situationen förändras i förhållande till andra områden. Områdena konkurrerar således sinsemellan och slutresultatet är ett så kallat nollsummespel eftersom den finansiering som fördelas på basis av kriteriet inte ökar på riksnivå även om alla områden skulle presteras bättre. Denna grundprincip ingår i den gällande finansieringsförordningen. Beräkningsmodellen för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd uppmuntrar således alla områden att vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och välfärd.

De så kallade processindikatorerna beskriver nivån på och tillståndet för verksamheten i området och resultatindikatorerna beskriver de förändringar i fråga om hälsa och välfärd som på befolkningsnivå uppnåts i området. Det föreskrivs om dessa i den gällande förordningen. Områdena rangordnas indikatorvis enligt värdet på den indikator som beskriver verksamheten och enligt de relativa förändringarna i resultatindikatorn. Ju bättre ett område presterar och förbättrar situationen, desto mer finansiering får området.

I förordningen föreslås bestämmelser om beräkningssättet för de så kallade processindikatorer som beskriver verksamheten. För processindikatorerna beräknas nivån enligt uppgifterna för det senaste året. Resultaten skalas så att variationsvidden för områdena blir 0–100. För MPR-vaccinationstäckningen fastställs på basis av expertbedömningar av Institutet för hälsa och välfärd en målnivå och genom att överskrida målnivån får området 100 poäng.

För resultatindikatorernas del föreslås det att beräkningssättet ändras i förordningen så att beräkningen i stället för på den absoluta förändringen (skillnaden) baserar sig på den områdesspecifika relativa förändringen. Med andra ord ska skillnaden mellan de två granskningsåren ställas i relation till utgångsårets nivå. Till exempel för att 2025 fastställa finansieringen för 2026 beräknas förändringen för 2023–2024, varefter denna förändring ställs i relation till situationen 2023. Finansieringen för 2026 påverkas således av uppgifterna för 2023 och 2024. Beräkningssättet är sporrande också för områden för vilka situationen när det gäller åtgärder för främjande av hälsa och välfärd redan är god och säkerställer att också dessa områden har möjlighet att uppnå högre poäng. De områden som uppnår målvärdet får full poäng för indikatorn. På basis av remissvaren har det konstaterats att det för transparensens skull finns behov av att föreskriva om målvärdena i finansieringsförordningen. Till denna del sänds utkastet till förordning ännu separat på remiss.

Indikatorerna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd beskrivs närmare på Institutet för hälsa och välfärds webbplats (länkar: processindikatorer<sup>5</sup> och resultatindikatorer<sup>6</sup>).

**16 §.** *Befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården.* I 1 mom. föreskrivs det om beräkningen av befolkningstäthetskoefficienten för social- och hälsovården och om de uppgifter som ska användas vid beräkningen. Enligt den sista meningen i momentet används när koefficienten beräknas uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om landarealen.

Till denna del föreslås en korrigerande av ett fel i bestämmelsen, nämligen hänvisningen till en tidpunkt som det ännu inte finns uppgifter om när koefficienten beräknas. När koefficienten beräknas används enligt förslaget uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret. Med stöd av bestämmelsen ska således till exempel uppgifterna från utgången av 2023 användas vid fastställandet av de kostnader som fastställs utifrån de välfärdsområdesspecifika behovsfaktorerna för 2026.

**22 §.** *Befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet.* I 1 mom. föreskrivs det om beräkningen av befolkningstäthetskoefficienten för räddningsväsendet och om de uppgifter som ska användas vid beräkningen. Enligt den sista meningen i momentet används när koefficienten beräknas uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om den totala arealen.

I momentet föreslås en korrigerande av ett tekniskt fel som upptäckts i bestämmelsen, nämligen en hänvisning till en tidpunkt som det ännu inte finns uppgifter om när koefficienten beräknas. När koefficienten beräknas används enligt förslaget uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret.

Vid tillämpningen av momentet har det dessutom framgått att Statistikcentralen inte tar fram välfärdsområdesspecifika uppgifter om den totala arealen, utan de uppgifter som behövs för beräkning av koefficienten fås i praktiken från Lantmäteriverkets kommunspecifika uppgifter om den totala arealen. Det föreslås att momentet korrigeras också till denna del.

**23 §.** *Risikkoefficient för räddningsväsendet.* Det föreslås att begreppet ”riskruta” som använts i paragrafen ändras till ”ruta” för att skilja begreppet från det redan etablerade begreppet ”riskruta” som används vid planeringen av aktionsberedskapen inom räddningsväsendet. I bägge fallen beräknas det en riskklass för rutorna, men olika uppgifter används vid beräkningen av dem. Ändringen har ingen inverkan på innehållet.

I 1 mom. finns bestämmelser om sättet att beräkna riskkoefficienten för räddningsväsendet. I momentet konstateras att vid beräkningen av riskkoefficienten för räddningsväsendet beaktas de rutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar eller enligt de olyckor som inträffat där är I och II. I bestämmelsen stryks för det första hänvisningen till inträffade olyckor vilket innebär att olyckshistoriken inte ska beaktas vid beräkningen av riskkoefficienten. Till bestämmelsen fogas dessutom ett omnämmande av att de rutor som hör till riskklass I och II

---

<sup>5</sup> <https://thl.fi/sv/teman/ledningen-av-framjandet-av-halsa-och-valfard/valfardsledning/regional-valfardsledning/hyte-koefficienten-ett-incident-for-valfardsomradena/processindikatorer>

<sup>6</sup> <https://thl.fi/sv/teman/ledningen-av-framjandet-av-halsa-och-valfard/valfardsledning/regional-valfardsledning/hyte-koefficienten-ett-incident-for-valfardsomradena/resultatindikatorer>

beaktas med viktcoeffcienten 1. För närvarande finns bestämmelser om viktcoeffcienten endast på förordningsnivå.

Enligt den gällande bestämmelsen beaktas vid beräkningen av riskcoeffcienten dessutom de riskrutor vars viktcoeffcient på grundval av ett riskobjekt som är beläget inom rutan eller den verksamhet som bedrivs där är 1. De riskobjekt och verksamheter som är belägna inom rutor i riskklass III och IV och som avses i bestämmelsen har definierats närmare i 4 § 3 mom. i finansieringsförordningen. Bestämmelsen föreslås bli ändrad så att i fortsättningen beaktas vid beräkningen av riskcoeffcienten de rutor i riskklass III och IV där det inom en eller flera rutor som en helhet finns ett sådant riskobjekt som avses i förordningen eller där det inom en eller flera rutor som en helhet bedrivs sådan verksamhet som avses i förordningen. I och med ändringen av bestämmelsen ska ett riskobjekt som är beläget inom flera rutor eller verksamhet som bedrivs inom flera rutor beaktas som en helhet så att objektet eller verksamheten inom det område som välfärdsområdet omfattar höjer viktcoeffcienten för endast en ruta.

Dessutom föreslås det att bestämmelsen ändras så att sådana riskobjekt eller verksamheter som definieras närmare i förordningen kan ges olika viktcoeffcienter beroende på de risker på basis av vilka servicebehovet har fastställts för objektet eller verksamheten. Viktcoeffcienten kan vara minst ett och högst fem. Närmare bestämmelser om viktcoeffcienterna utfärdas genom förordning.

Ett riskobjekt eller verksamhet som ökar risken medför ett behov av räddningsväsendets tjänster. Ett riskobjekt eller en verksamhet som är belägen inom en ruta i riskklass III eller IV ökar det behov av räddningsväsendets tjänster som kräver finansiering mer än motsvarande objekt eller verksamhet i en ruta i riskklass I eller II. De kostnader som servicebehovet medför kan beaktas i räddningsväsendets kalkylerade finansiering genom att höja viktcoeffcienten för de objekt eller verksamheter som medför större risker. Det kostnadstillägg som korrelerar med det servicebehov som föranleds av riskerna i anslutning till ett enskilt objekt eller en enskild verksamhet bedöms enligt den nuvarande finansieringsmodellen ha högst viktcoeffcienten 5.

Dessutom görs det i den finska språkdräkten en språklig ändring.

I 2 mom. föreslås inga ändringar. I 3 mom. föreslås en teknisk korrigering som gäller beaktandet av begreppet ruta som används i 1 mom.

**35 §. Övergångsutjämnning.** Syftet med övergångsutjämnningen enligt paragrafen är att jämma ut skillnaden mellan den finansiering på 2022 års nivå som överförts från kommunerna i området och välfärdsområdets kalkylerade finansiering. Det föreslås ändringar i paragrafens 8 mom. Enligt den föreslagna nya temporära 39 § föreslås dessutom att graderingen av övergångsutjämnningarna ska ändras i syfte att genomföra de besparingar av engångsnatur för 2026 och 2027 som fastställts i planen för de offentliga finanserna våren 2024.

Enligt 1 mom. beaktas i välfärdsområdets finansiering som övergångsutjämnning skillnaden mellan finansieringen enligt de kalkylerade kostnaderna och de faktiska kostnaderna för kommunerna inom välfärdsområdet på det sätt som föreskrivs i 2–6 mom.

I 2 mom. finns det bestämmelser om gradering av övergångsutjämningsavdragen. Enligt momentet ska, om välfärdsområdets kalkylerade kostnader är större än kommunernas faktiska kostnader, skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna dras av från välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämnning till fullt belopp 2023 och därefter de följande åren skillnaden minskad per invånare enligt en gradering. I 3 mom. finns det bestämmelser om permanenta övergångsutjämningsavdrag. Från och med 2029 utjämnas

genom övergångsutjämningsavdraget den skillnad mellan kommunernas kostnader 2022 och områdets kalkylerade finansiering som överstiger 200 euro per invånare.

I 4 mom. finns det bestämmelser om gradering av övergångsutjämningsstilläggen. Enligt momentet ska, om välfärdsområdets kalkylerade kostnader är mindre än kommunernas faktiska kostnader, skillnaden mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna läggas till välfärdsområdets finansiering i form av övergångsutjämnings till fullt belopp 2023 och därefter de följande åren skillnaden minskad per invånare enligt en gradering. I 5 mom. finns det bestämmelser om permanenta övergångsutjämningsstillägg från och med 2028. I 6 mom. anges hur den skillnad mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna som ligger till grund för övergångsutjämnings beräknas enligt nivån 2022.

Till skillnad från det utkast till proposition som var på remiss föreslås det inte ändringar i 7 mom. Övergångsutjämningsarna justeras från och med finansieringen för 2026 så att man i dem beaktar den kalkylerade finansiering som fördelas enligt koefficienten för främjande av hälsa och välfärd.

I momentet anges därtill att övergångsutjämningsarna justeras från och med finansieringen för 2024 så att det till övergångsutjämningsarna läggs skillnaden mellan den kalkylerade finansiering som beräknats med universitetssjukhusstillägget och den kalkylerade finansiering som beräknats utan detta tillägg.

I 8 mom. föreskrivs det om hur övergångsutjämningsarna finansieras mellan välfärdsområdena och staten. Det föreslås att bestämmelserna i momentet ändras delvis. Ändringen hänför sig också till genomförandet av de sparåtgärder i fråga om övergångsutjämningsarna som föreskrivs i den föreslagna 39 § som föreslås vara i kraft temporärt, men ändringen är avsedd att gälla tills vidare.

I det gällande momentet anges att om de avdrag som sammanlagt görs i välfärdsområdenas finansiering i form av övergångsutjämnings är större än de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämnings, läggs till välfärdsområdenas finansiering ett belopp som motsvarar denna skillnad. Det föreslås att momentet ändras så att ett belopp som motsvarar skillnaden inte i dessa situationer läggs till välfärdsområdenas finansiering, utan att beloppet kommer staten till godo som en besparing i det anslag som reserveras för finansieringen av välfärdsområdena. Enligt det gällande momentet har motsvarande princip tidigare tillämpats på den andel som lades till finansieringen på grund av universitetssjukhusstillägget som infördes 2024 och som ökade skillnaden mellan övergångsutjämningsavdragen och övergångsutjämningsstilläggen. Då lades till välfärdsområdenas finansiering inte den andel som berodde på den finansiering som infördes 2024 för att finansiera universitetssjukhusstillägget enligt 34 § 3 mom. i finansieringslagen.

Fortsättningsvis behöver det i momentet på motsvarande sätt som i sista meningen i det gällande 8 mom. föreskrivas om hur den andel av övergångsutjämningsarna som staten finansierar beaktas vid den justering i efterhand som avses i 10 §. Den andel som staten finansierar läggs till den kalkylerade finansiering som betalats till välfärdsområdena så att andelen inte höjer beloppet av den justering i efterhand som betalas på basis av skillnaden mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna.

**39 §. Tidsbegränsad minskning av övergångsutjämningsstillägget 2026 och 2027.** Den föreslagna paragrafen är ny och gäller temporärt 2026 och 2027. I paragrafen föreslås det med avvikelser från bestämmelserna i 35 § 4 mom. som gäller tills vidare bestämmelser om gradering av övergångsutjämningsstillägget 2026 och 2027 för vissa områden som får

övergångsutjämningsstillägg. Genom regleringen genomförs de sparåtgärder av engångsnatur i fråga om övergångsutjämningsarna som regeringen fastställde i planen för de offentliga finanserna. Minskningen riktas till finansieringen av sådana välfärdsområden där det bedöms att den finansiering som ordnandet av de lagstadgade tjänsterna förutsätter inte äventyras, även om övergångsutjämningsstillägget i enlighet med förslaget minskas mer än graderingen enligt 4 mom. Det föreslagna fördelningssättet baserar sig på uppgifter om hur finansieringsmodellen fungerar och särskilt om fördelningen av finansieringen mellan välfärdsområdena 2023–2025.

Enligt bestämmelsen minskas den skillnad mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna som läggs till finansieringen med högst 54 euro per invånare 2026 och högst 70 euro per invånare 2027 i fråga om de välfärdsområden där ett avdrag inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna med beaktande av beloppet av den kalkylerade finansiering som på grundval av den justering i efterhand som avses i 10 § riktas till området 2025 och 2026 och beloppet av områdets underskott eller överskott enligt boksluten för 2023 och 2024.

De ändringar i övergångsutjämningsstilläggen för vissa välfärdsområden 2026 och 2027 som föreskrivs i den föreslagna paragrafen är av engångsnatur. På motsvarande sätt som enligt den gällande lagen utjämnas således även i dessa områden från och med 2028 den skillnad mellan kommunernas kostnader 2022 och områdets kalkylerade finansiering som överstiger 50 euro per invånare genom en tills vidare permanent övergångsutjämnings.

Det ekonomiska läget i de områden som får övergångsutjämningsstillägg (Helsingfors, Mellersta Nyland, Satakunta, Kymmenedalen, Södra Karelen, Södra Savolax, Mellersta Finland och Österbotten) varierar stort, vilket också betyder att övergångsutjämningsstilläggets betydelse med tanke på tryggheten av en tillräcklig finansiering för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna varierar från område till område. De flesta områden som får övergångsutjämningsstillägg har ett underskott i bokslutet för 2023 och 2024. För att täcka detta underskott måste ekonomin och verksamheten anpassas under 2026. En betydande minskning av övergångsutjämningsstillägget för dessa områden är därför inte motiverad, medan finansieringsmodellen i andra områden också i övrigt bättre tryggar en tillräcklig finansiering. Det då motiverat att minska övergångsutjämningsstillägget mer för de områden där den totala finansieringen i förhållande till kostnaderna ser ut att vara tryggad på basis av de uppgifter som fåtts om finansieringsmodellens funktion, och där ett större avdrag i övergångsutjämningsstillägget således inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna.

Den föreslagna graderingen av övergångsutjämningsstillägget 2026 och 2027 på ett sätt som avviker från graderingen i de övriga områdena gäller således de välfärdsområden där i synnerhet den justering i efterhand som avses i 10 § i finansieringslagen riktar betydligt mer kalkylerad finansiering till området i förhållande till de kostnader för ordnandet av tjänsterna som framgår av områdets bokslut och därmed vid sidan av övergångsutjämningsstillägget tryggar en tillräcklig finansiering. Regleringen ska i enlighet med tillämpningsområdet för finansieringslagen, som anges i lagens 1 § 2 mom., i princip tillämpas både på välfärdsområdena och på Helsingfors stad.

Den områdesspecifika tillämpningen av paragrafen bestäms för det första enligt den finansiering som fördelas till ett område på grundval av den efterhandsjustering som görs i välfärdsområdenas finansiering 2025 på basis av bokslutsuppgifterna för 2023 och den efterhandsjustering som görs 2026 på basis av bokslutsuppgifterna för 2024. Beloppet av den finansiering som fördelas till området i form av efterhandsjustering jämförs med områdets faktiska kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet, vilka bestäms enligt bokslutsuppgifterna för 2023 och 2024.

I bedömningen av nuläget i tabell 5 (s. 28) beskrivs fördelningen av justeringarna i efterhand för 2025 och 2026 i förhållande till beloppet av över- eller underskottet i områdenas bokslut för 2023 och 2024. I välfärdsområdenas finansiering för 2025 beaktas den efterhandsjustering som baserar sig på välfärdsområdenas sammanlagda underskott 2023 och som fördelas till välfärdsområdena i enlighet med bestämningsfaktorerna i finansieringslagen. År 2023 var Helsingfors stad det enda välfärdsområdet för vilket de kostnader som bokslutet visade inte översteg den beviljade statliga finansieringen. Helsingfors stad fick cirka 150 miljoner euro av efterhandsjusteringen 2025, även om Helsingfors stad var det enda området som uppvisade ett överskott (cirka 30 miljoner euro) 2023. Enligt Helsingfors stads bokslutsprognos uppgår överskottet till cirka 30 miljoner euro också 2024. Trots detta får Helsingfors på basis av bokslutsprognoserna för alla områden för 2024 en betydande ökning av finansieringen till följd av den justering i efterhand som görs 2026. Den slutliga kalkylen över efterhandsjusteringen för 2026 görs på basis av bokslutsuppgifterna för 2024.

Av ovannämnda tabell framgår också att situationen i de övriga områden som får övergångsutjämningsstillägg (Mellersta Nyland, Satakunta, Kymmenedalen, Södra Karelen, Södra Savolax, Mellersta Finland och Österbotten) väsentligt avviker från situationen i Helsingfors. När man jämför beloppet av den kalkylerade finansiering som fördelas till dessa välfärdsområden i form av efterhandsjustering med de faktiska kostnader som områdenas bokslut uppvisar kan det konstateras att den kalkylerade finansieringen i dessa områden understiger eller åtminstone inte i betydande grad överstiger områdets faktiska kostnader. I dessa områden ska det således med beaktande av tryggheten av en tillräcklig finansiering av tjänsterna inte anses vara möjligt att göra den föreslagna minskningen av övergångsutjämningsstilläggen. I dessa områden ska också underskottet i boksluten för 2023 och 2024 i enlighet med lagen om välfärdsområden täckas före utgången av 2026, vilket förutsätter anpassningsåtgärder inom ekonomin och verksamheten i områdena.

De förutsättningar som anges i paragrafen uppfylls således endast i fråga om Helsingfors stad. Beloppet av den finansiering som Helsingfors stad får i efterhandsjustering 2025 och 2026 överskrider beloppet av de faktiska kostnaderna för tjänsterna enligt boksluten för 2023 och 2024 i så betydande grad att den kalkylerade finansieringen räcker till för att trygga den finansiering som ordnandet av de lagstadgade tjänsterna förutsätter trots den föreslagna minskningen av engångsnatur i övergångsutjämningsstillägget. Det övergångsutjämningsstillägg som Helsingfors stad får i enlighet med den gällande lagen uppgår till cirka 117 miljoner euro 2026 och cirka 111 miljoner euro 2027. Den föreslagna ändringen av graderingen av övergångsutjämningsstillägget innebär att Helsingfors stads övergångsutjämningsstillägg minskar med 15 miljoner euro 2026 och 20 miljoner euro 2027, alltså med sammanlagt cirka 35 miljoner euro. Även om övergångsutjämningsstillägget för Helsingfors stad på ovannämnda grunder graderas mer 2026 och 2027 än vad som är fallet i fråga om övriga områden, får Helsingfors stad dock fortfarande ett avsevärt stort övergångsutjämningsstillägg. Som helhet betraktat har de föreslagna ändringarna relativt små konsekvenser för Helsingfors stads ekonomi och trots ändringarna har Helsingfors stad fortfarande förutsättningar att ordna de lagstadgade tjänsterna. Skyldigheten för andra områden att täcka underskotten före 2026 gäller inte Helsingfors stads ekonomi och tjänster, eftersom Helsingfors stad inte har något underskott i boksluten för 2023 och 2024.

## **8 Bestämmelser på lägre nivå än lag**

Med stöd av finansieringslagen har statsrådets förordning om välfärdsområdenas finansiering (1392/2022) utfärdats.



I propositionen föreslås det att bemyndigandet att utfärda förordning i 15 § 4 mom. i finansieringslagen ska utvidgas till den delen att närmare bestämmelser även om beräkningen av de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms kan utfärdas genom förordning av statsrådet. De indikatorer som anges i förordningen beskriver nivån på och tillståndet för verksamheten i området och resultatindikatorerna beskriver de förändringar i fråga om hälsa och välfärd som på befolkningsnivå uppnåtts i området.

I den gällande förordningen finns inga bestämmelser om beräkningssättet för de så kallade processindikatorerna, men det föreslås att regleringen ska kompletteras till denna del. För processindikatorerna beräknas nivån enligt uppgifterna för det senaste året. Resultaten skalas så att variationsvidden för områdena blir 0–100. För MPR-vaccinationstäckningen fastställs på basis av expertbedömningar av Institutet för hälsa och välfärd en målnivå och genom att överskrida målnivån får området 100 poäng.

För resultatindikatorernas del föreslås det att beräkningssättet i förordningen ändras så att beräkningen i stället för på den absoluta förändringen (skillnaden) baserar sig på den områdesspecifika relativa förändringen. Med andra ord ska skillnaden mellan de två granskningsåren ställas i relation till utgångsårets nivå. På så sätt uppmuntras också områden där situationen redan är god och säkerställs att också dessa områden har möjlighet att uppnå högre poäng. De områden som uppnår målvärdet får fulla poäng för indikatorn. På basis av remissvaren är avsikten att också bestämmelser om målvärdena ska utfärdas genom förordning och utkastet till förordning ska ännu sändas på remiss separat. De övriga ändringar som föreslogs i finansieringsförordningen var redan på remiss som bilaga till utkastet till proposition.

Till följd av den ändring som ingår i propositionen och som gäller de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet bestäms och deras viktcoefficienter (23 §) behöver motsvarande ändringar dessutom göras i finansieringsförordningen. Närmare bestämmelser om faktorerna för riskkoefficienten för räddningsväsendet och deras viktcoefficienter finns i 4 § finansieringsförordningen. I fråga om de ändringar som föreslås i 4 § i förordningen är avsikten att förordningen ska sändas på remiss våren 2025.

## **9 Ikraftträdande**

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2026. Lagens 39 § föreslås gälla temporärt 2026 och 2027.

## **10 Verkställighet och uppföljning**

Finansministeriet följer upp hur finansieringsmodellen enligt finansieringslagen fungerar. För närvarande finns det uppgifter om finansieringsnivån och fördelningen av finansieringen mellan områdena enligt finansieringslagen för åren 2023–2025. Det finns tills vidare begränsade utfallsuppgifter om kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena, eftersom områdena endast har rapporterat bokslutsuppgifterna för det första verksamhetsåret 2023 och bokslutsprognosuppgifterna för 2024. Dessutom har välfärdsområdena lämnat budgetuppgifterna för 2025 och ekonomiplanuppgifterna för 2025–2027 till Statskontorets informationsresurs för ekonomisk information.

Den nyaste informationen om genomförandet av tjänsterna i områdena fås bland annat från den av Institutet för hälsa och välfärd utförda områdesspecifika bedömningen enligt 30 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, som ingår i styrningsprocessen för områdena. Med stöd av 31 § i den lagen utarbetar social- och hälsovårdsministeriet dessutom årligen en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården

uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. Enligt 15 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet upprättar inrikesministeriet årligen en redogörelse om genomförandet av ett räddningsväsende som motsvarar behoven och riskerna samt om finansieringens tillräcklighet.

Som en del av styrningen av välfärdsområdena och planen för de offentliga finanserna bedömer ministerierna också i enlighet med 12 § i lagen om välfärdsområden om välfärdsområdenas finansiering är tillräcklig för skötseln av deras uppgifter både som helhet och med avseende på varje välfärdsområde. Den nyaste bedömningen publiceras den 30 april 2025 som en del av planen för de offentliga finanserna för 2026–2029.

Avsikten är att det ska följas upp och utvärderas hur sporrande välfärdsområdenas finansiering för främjande av hälsa och välfärd är och hur modellen fungerar. Dessutom fortsätter samarbetet för att förbättra informationsunderlaget för indikatorerna för koefficienten för främjande av hälsa och välfärd och för att utveckla indikatorerna inom modellen. Även i statsandelssystemet för kommunal basservice ingår ett finansieringselement som baserar sig på en kommunspecifik koefficient för främjande av välfärd och hälsa, vars funktion behöver följas upp och utvecklas. För detta utvecklingsarbete ska det tillsättas en arbetsgrupp för upprätthållande av välfärdsområdenas och kommunernas finansieringssystem för främjande av hälsa och välfärd. Arbetsgruppen kommer att bestå av företrädare för finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt välfärdsområdena och kommunerna.

## **11 Förhållande till budgetpropositionen**

De sparåtgärder som föreslås i propositionen och som gäller övergångsutjämningsarna (den temporära 39 §) inverkar på beloppet av den icke-öronmärkta finansieringen för välfärdsområdena som beaktas i statsbudgeten för 2026 och 2027 (moment 28.89.31 Finansiering av social- och hälsovården och räddningsväsendet inom välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen). För 2026 är effekten att den statliga finansieringen minskar med cirka 15,8 miljoner euro och för 2027 med cirka 19,7 miljoner euro. Avsikten är att ändringarna ska beaktas i budgetpropositionerna för 2026 och 2027.

## **12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning**

Regeringens proposition ska bedömas i förhållande till genomförandet av den finansieringsprincip som hänför sig till den regionala självstyrelsen enligt 121 § i grundlagen och som ska tillämpas på förhållandet mellan staten och välfärdsområdena. Finansieringsprincipen ingår också i artikel 9.2 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (FördrS 65 och 66/1991), som har godkänts av Europarådet och som är bindande för Finland. Enligt den artikeln ska de lokala myndigheternas ekonomiska resurser motsvara de uppgifter som tilldelats dem i grundlag och annan lag. Vid bedömningen av propositionen ska uppmärksamhet dessutom i enlighet med de uppgifter som välfärdsområdena ansvarar för fästas särskilt vid förutsättningarna för ordnandet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och räddningsväsendets tjänster i anslutning till de grundläggande fri- och rättigheter som avses i 7, 15 och 20 § i grundlagen och jämlikheten (6 §) samt statens skyldighet enligt 22 § i grundlagen att i sista hand trygga förutsättningarna för tillgodoseendet av dessa rättigheter.

### **12.1 Grundlagsutskottets utlåtandepaxis i fråga om välfärdsområdenas finansiering**

Grundlagsutskottet har i sin tidigare utlåtandepaxis i fråga om finansieringslagen fastställt att den finansieringsprincip som ingår i självstyrelsen ska tillämpas på välfärdsområdena samt

betonat att staten, på grund av finansieringsmodellen för välfärdsområdena, i sista hand är skyldig att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses.

När grundlagsutskottet bedömde regeringens proposition (RP 241/2020 rd) om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet hänvisade utskottet till sin tidigare bedömning av tillämpningen av finansieringsprincipen på de landskap som föreslogs i samband med propositionen om en vårdreform under den föregående valperioden (GrUU 17/2021 rd, s. 23). Utskottet anser att statens ansvar för att se till att områden enligt 121 § 4 mom. i grundlagen har praktiska förutsättningar att klara av sina uppgifter hör till skyldigheten enligt 22 § i grundlagen att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna (GrUU 26/2017 rd, s. 23, se även GrUU 10/2015 rd och GrUU 37/2009 rd). Grundlagsutskottet har dessutom ansett att tillgången till lagstadgade tjänster inte kan begränsas genom budgeten (GrUU 26/2017 rd, s. 24, se även GrUU 20/2004 rd, GrUU 63/2014 rd, GrUU 19/2016 rd). Finansieringsprincipens betydelse i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna framhävs av de skyldigheter som avses i 19 § 3 mom. respektive 22 § i grundlagen.

Grundlagsutskottet anser att finansieringen av de områden som avses i 121 § 4 mom. i grundlagen i tillämpliga delar ska bedömas i ljuset av grundlagsutskottets praxis i fråga om finansieringsprincipen (GrUU 15/2018 rd). Finansieringsprincipens betydelse vid den konstitutionella bedömningen av bestämmelserna om förvaltningsområden som är större än kommuner avviker dock enligt grundlagsutskottet (GrUU 17/2021 rd, s. 23) bland annat på grund av att beskattningsrätten saknas (GrUU 15/2018 rd, s. 21). Det är uttryckligen den statliga finansieringen och fördelningen av den som intar en avgörande ställning när det gäller att se till att välfärdsområdena klarar av att sköta sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (se GrUU 15/2018 rd, s. 21). Grundlagsutskottet har sett det som väsentligt att finansieringen av social- och hälsovårdstjänsterna i tillräcklig grad motsvarar servicebehovet (GrUU 17/2021 rd, stycke 96, GrUU 15/2018 rd, s. 23).

Grundlagsutskottet hänvisade hösten 2024 i sitt utlåtande (GrUU 38/2024 rd, stycke 3) om regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering (RP 70/2024 rd) vid sidan av ovannämnda utlåtandep Praxis samlat till det bestämda juridiska innehåll och de bestämda bedömningsgrunder som etablerats för den rätt till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster som nämns i 19 § 3 mom. i grundlagen (GrUU 17/2021 rd, stycke 71). Enligt dem utgår bedömningen av om servicen är tillräcklig från en sådan servicenivå som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (se RP 309/1993 rd, s. 75–76). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (se GrUU 65/2014 rd, s. 4/II).

Dessutom betonade grundlagsutskottet (GrUU 38/2024 rd, stycke 4) att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (se GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3 och GrUU 11/1995 rd, s. 2). Utskottet har uttryckligen betonat att bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till tjänster (se GrUU 26/2017 rd, särskilt s. 45–46, och GrUU 54/2014 rd, s. 2/I). Bestämmelsen innebär således ett krav på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (se GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33).

Grundlagsutskottet bedömde i sitt ovannämnda utlåtande som gällde en ändring av finansieringslagen (GrUU 38/2024 rd, stycke 5) också målen för den i propositionen föreslagna ändringen av självriskan vid efterhandsjusteringen av finansieringen. Målet var att självriskandelen vid efterhandsjusteringen skulle ha en effekt som sporrar välfärdsområdena att anpassa sin verksamhet och därigenom minska behovet av statlig finansiering, vilket stärker de offentliga finanserna. Att begränsa kostnaderna kunde enligt grundlagsutskottet anses vara ett motiverat mål. I utlåtandet (stycke 6) konstaterade grundlagsutskottet att det har påpekats (GrUU 14/2024 rd, stycke 9, GrUU 13/2024 rd, stycke 4 och GrUU 16/2023 rd, stycke 6) att det i förarbetena till reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna står att man vid formuleringen av förslagen till bestämmelser om ekonomiska och sociala grundläggande fri- och rättigheter i den dåvarande regeringsformen fäste särskild uppmärksamhet vid de faktiska möjligheterna att förverkliga dessa rättigheter och försäkrade sig om att förslagen går att tillämpa också när de ekonomiska förhållandena förändras (RP 309/1993 rd, s. 20/I). Grundlagsutskottet har framfört en motsvarande bedömning också senare vid bedömningen av de social- och hälsovårdstjänster som tryggas i 19 § 3 mom. i grundlagen (GrUU 43/2024 rd, stycke 7, GrUU 48/2024 rd, stycke 7).

## **12.2 Förslag som gäller grunderna för bestämmande av välfärdsområdenas kalkylerade finansiering**

I denna proposition föreslås dels ändringar i den finansieringsandel som på riksnivå riktas till välfärdsområdena på basis av främjandet av hälsa och välfärd och dels att beräkningsgrunderna för den områdesspecifika finansieringen av främjandet av hälsa och välfärd justeras. Syftet är att i enlighet med regeringsprogrammet uppmuntra områden att vidta åtgärder för främjande av hälsa och välfärd. Förslagen kan också bedömas stödja det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt att i vidare bemärkelse främja befolkningens hälsa.

Det föreslås att finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd höjs från cirka 1 procent enligt den gällande finansieringslagen till 1,5 procent av finansieringen av social- och hälsovården i välfärdsområdena i hela landet. Den föreslagna höjningen är i detta skede rätt måttfull, eftersom finansieringen av främjandet av hälsa och välfärd fördelas på basis av de områdesspecifika koefficienterna för första gången 2026, och därför har man ännu inte i detta skede fått praktisk erfarenhet av hur modellen fungerar. Åren 2023–2025 har finansieringsandelen för främjande av hälsa och välfärd fördelats på invånarbasis.

Den i propositionen föreslagna höjningen av den finansieringsandel som riktas till åtgärder för främjande av hälsa och välfärd finansieras inom ramen för finansieringsmodellen genom att i motsvarande grad minska den finansieringsandel som fördelas på invånarbasis och behovsbasis. Detta är motiverat framför allt med tanke på konsekvenserna för områdena och tryggheten av den finansiering som ordnandet av de lagstadgade tjänsterna förutsätter. En sådan minskning av finansieringen som i sin helhet skulle göras från bestämningsfaktorn för den behovsbaserade finansieringen, vilket bedömts som ett alternativ (avsnitt 5.1 Alternativa handlingsvägar, Finansieringsandel för främjande av hälsa och välfärd), skulle minska finansieringen mer jämfört med den föreslagna modellen i områden med ett större servicebehov. Grundlagsutskottet har sett det som väsentligt att finansieringen av social- och hälsojämsterna i tillräcklig grad motsvarar servicebehovet (GrUU 17/2021 rd, stycke 96, GrUU 15/2018 rd, s. 23). Genom åtgärder för främjande av hälsa och välfärd kan man erbjuda sådant stöd och sådan hjälp som för sin del förebygger och minskar invånarnas framtida servicebehov, men kostnaderna för ordnandet av tjänsterna minskar inte just då utan först under en längre tidsperiod. Eftersom den föreslagna ändringen av bestämningsfaktorerna andelar dock är relativt liten, är dess konsekvenser för de olika områdena rätt måttfulla. På basis av de kalkyler

som presenteras i avsnittet om bedömning av propositionens konsekvenser (4.2.1.2 Konsekvenser för den välfärdsområdesspecifika kalkylerade finansieringen) kan det konstateras att förslaget konsekvenser inte till sin storlek äventyrar områdenas förutsättningar att ordna tjänster.

Enligt 15 § 4 mom. i finansieringslagen utfärdas närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas vid fastställandet av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd, om deras viktcoefficienter och om de statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen genom förordning av statsrådet. I propositionen föreslås det att bemyndigandet att utfärda förordning utvidgas så att närmare bestämmelser om beräkningen av de indikatorer som används vid fastställandet av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd får utfärdas genom förordning av statsrådet. Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen ska bestämmelser om frågor som enligt grundlagen hör till området för lag utfärdas genom lag. Med anledning av 80 § i grundlagen har det i grundlagsutskottets praxis i fråga om bemyndiganden att utfärda förordning ställts krav på att bestämmelserna ska vara exakta och noggrant avgränsade (se t.ex. GrUU 38/2013 rd, s. 3/II–4/I). Utskottet har betonat att detta innebär att när förordningar endast kan utfärdas med stöd av en lagstadgad fullmakt och ett bemyndigande att utfärda förordning inte kan ges i ärenden som enligt grundlagen ska föreskrivas genom lag, måste ett bemyndigande att utfärda förordning som tas in i lagen formuleras så att innehållet i bemyndigandet tydligt framgår av lagen och avgränsas tillräckligt noggrant (GrUU 26/2017 rd, s. 27).

I propositionen föreslås dessutom vissa andra ändringar i bestämningsfaktorerna för den områdesspecifika finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Syftet med dessa ändringar är att finansieringen bättre ska motsvara områdets verkliga servicebehov och verkliga förhållandena, vilka ger upphov till kostnader. Målet är således att främja den ovan beskrivna princip som betonas i grundlagsutskottets utlåtandepraxis (GrUU 17/2021 rd, stycke 96, GrUU 15/2018 rd, s. 23), enligt vilken fördelningen av finansieringen i tillräcklig grad ska motsvara servicebehovet.

I de viktningar för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som används vid fastställandet av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården görs enligt förslaget en lagstadgad uppdatering utifrån de senaste tillgängliga uppgifterna om fördelningen av kostnaderna. Enligt välfärdsområdenas bokslutsuppgifter för 2023 har kostnadsandelarna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården förändrats rätt mycket sedan 2020. De andelar som anges i den gällande finansieringslagen baserar sig på uppgifterna för det året. Syftet med uppdateringen av viktningarna är att den finansiering som fördelas på basis av bestämningsfaktorn för servicebehovet så exakt som möjligt ska motsvara den faktiska kostnadsfördelningen i välfärdsområdena.

Avsikten är att göra finansieringen mer förutsägbar i områdena genom att beakta de uppgifter som ligger till grund för de områdesspecifika behovskoefficienterna för social- och hälsovården för två år i stället för ett år såsom fallet är för närvarande. Syftet med förslaget är att jämna ut den stora årliga variation i finansieringen som är skadlig med tanke på ordnandet av verksamheten och på så sätt stödja förutsättningarna för ordnandet av tjänsterna i områdena. Bakgrunden till förslaget är sådana omständigheter som upptäcktes i början av reformen och som hänför sig till tillförlitligheten hos informationsunderlaget för behovskoefficienterna, såsom oenhetlig registreringspraxis samt problem i anslutning till informationssystemen och lämnandet av uppgifter. Den områdesspecifika behovsbaserade finansieringen har varierat mer än vad som kan bedömas bero på de faktiska förändringar som skett i befolkningens servicebehov i området.

När det gäller bestämmandet av finansieringen av räddningsväsendet utvidgas informationsunderlaget för riskkoefficienten så att koefficienten bättre motsvarar de kostnader som uppstår till följd av tjänster och hot.

De övriga ändringar av bestämningsfaktorerna för den välfärdsområdesspecifika finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet som föreslås i propositionen är korrigeringar av teknisk natur.

### **12.3 Statens finansiella sparåtgärd i fråga om övergångsutjämningsarna**

I propositionen ingår dessutom ett förslag till en temporärt gällande bestämmelse (39 §) genom vilken besparingarna i statsfinanserna genomförs. I planen för de offentliga finanserna för 2025–2028 har regeringen som en sparåtgärd fastställts att välfärdsområdenas övergångsutjämningsarna ska minskas med 15 miljoner euro 2026 och 20 miljoner euro 2027. Regeringens mål att balansera de offentliga finanserna förutsätter direkta sparåtgärder. Med ekonomisk hållbarhet i de offentliga finanserna strävar regeringen efter att det allmänna i fortsättningen bättre ska kunna svara för sina förpliktelser, inklusive tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna. De sparåtgärder som är nödvändiga för att vända skuldsättningsutvecklingen och som genomförs under regeringsperioden är omfattande och berör i stor utsträckning olika samhällssektorer. Eftersom finansieringen av välfärdsområdena står för en så betydande del av statens totala utgifter, är det enligt regeringens uppfattning inte möjligt att lämna den utanför sparåtgärderna med beaktande av omfattningen av de sparåtgärder som behövs. Med beaktande av finansieringsprincipen har man strävat efter att föreskriva om sparåtgärderna i första hand genom att minska välfärdsområdenas uppgifter och skyldigheter och genom att i motsvarande grad med stöd av 9 § i finansieringslagen minska finansieringen.

För att genomföra finansieringsprincipen och de grundläggande fri- och rättigheterna strävar man efter att rikta den sparåtgärd som föreslås i denna proposition och som innebär en minskning av engångsnatur av finansieringen till en sådan andel av välfärdsområdenas finansiering som i så liten utsträckning som möjligt påverkar förutsättningarna för ordnandet av tjänster i områdena och därmed inte heller äventyrar tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna i områdena. Enligt grundlagsutskottet är det uttryckligen den statliga finansieringen och fördelningen av den som intar en avgörande ställning när det gäller att se till att välfärdsområdena klarar av att sköta sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt ( GrUU 15/2018 rd, s. 21). Grundlagsutskottet har också betonat behovet av att bedöma genomförandet av finansieringsprincipen inte bara på riksnivå utan också områdesvis samt dessutom kravet på ett tillräckligt utbud av tjänster i hela landet (GrUU 17/2021 rd, stycke 72, GrUU 26/2017 rd, s. 33).

Bedömt på riksnivå är omfattningen av de statsfinansiella besparingar som föreslås i propositionen rätt liten i förhållande till nivån på välfärdsområdenas finansiering. Exempelvis den minskning på 15 miljoner euro som föreslagits för 2026 utgör 0,1 procent av finansieringen på cirka 26 miljarder euro för året i fråga. Den områdespecifika bedömningen påverkas framför allt av det föreslagna sättet att rikta sparåtgärderna. Enligt propositionen ska övergångsutjämningsstillägget minskas uttryckligen i fråga om de områden till vilka det i förhållande till områdets faktiska kostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet riktas så pass mycket kalkylerad finansiering att minskningen av övergångsutjämningsarna inte bedöms försämra förutsättningarna att ordna de lagstadgade tjänsterna.

Övergångsutjämningsarna är en finansieringsandel som är fristående från den kalkylerade finansieringen, vars syfte är att områdesvis utjämna övergången från finansieringen av kommunernas social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsende till den kalkylerade

finansieringsmodellen för välfärdsområdena. Övergångsutjämningsarna har beräknats i enlighet med 35 § i finansieringslagen på basis av skillnaden mellan de faktiska kostnaderna 2022 för kommunerna i området och områdets kalkylerade finansiering på 2022 års nivå. Även om övergångsutjämningsarna har uppdaterats för 2024 med den kalkylerade finansieringsandel som ökat på basis av universitetssjukhustillägget, baserar de sig i enlighet med den gällande finansieringslagen i övrigt fortfarande på den skillnad i den områdesspecifika finansieringen som beräknas på 2022 års nivå. Således återspeglas de ändringar som därefter skett i den områdesspecifika fördelningen av den kalkylerade finansieringen inte i övergångsutjämningsarna.

I propositionens avsnitt om nuläget och bedömning av nuläget bedöms utifrån de uppgifter som fås om hur finansieringsmodellen fungerar å ena sidan utvecklingen av den kalkylerade finansieringen i olika områden (avsnitt 2.2.4 Utvecklingen av den kalkylerade finansieringen 2023–2025) och å andra sidan kostnaderna enligt områdenas bokslutsuppgifter (avsnitt 2.4 Kostnadsutvecklingen i välfärdsområdena) samt genomförandet av tjänsterna i olika områden (avsnitt 2.5 Genomförandet av tjänster inom välfärdsområdena). Det ekonomiska läget i de områden som får övergångsutjämningsstillägg (Helsingfors, Mellersta Nyland, Satakunta, Kymmenedalen, Södra Karelen, Södra Savolax, Mellersta Finland och Österbotten) varierar enligt bedömningen stort, vilket också betyder att övergångsutjämningsstilläggets betydelse med tanke på tryggheten av en tillräcklig finansiering för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna varierar från område till område. I de flesta områden som får övergångsutjämningsstillägg är det därför åtminstone inte motiverat med en betydande minskning av detta tillägg, medan finansieringsmodellen för andra områden också i övrigt bättre tryggar en tillräcklig finansiering. Flera områden som får övergångsutjämningsstillägg har även ett underskott i bokslutet för 2023 och 2024. För att täcka underskottet måste ekonomin och verksamheten anpassas under 2026 (tabell 8, s. 33). För att genomföra sparåtgärderna är det då motiverat att minska övergångsutjämningsstillägget uttryckligen för de områden där den totala finansieringen i förhållande till kostnaderna ser ut att vara tryggad utifrån de uppgifter som fås om finansieringsmodellens funktion, och där ett avdrag i övergångsutjämningsstillägget således inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna.

Tolkningen av huruvida minskningen av övergångsutjämningsarna ska tillämpas på ett enskilt område görs i den föreslagna regleringen genom att jämföra den finansiering som riktas till området genom den efterhandsjustering som görs i den kalkylerade finansieringen 2025 och 2026 på basis av åren 2023 och 2024 med de kostnader som framgår av områdets bokslutsuppgifter för 2023 och 2024. De uppgifter som ligger till grund för bedömningen framgår av propositionens avsnitt om nuläget och bedömningen av nuläget (särskilt avsnitt 2.2.4 tabell 5 samt avsnitt 2.4 och 2.5) samt mer detaljerat av specialmotiveringen till 39 §.

Eftersom övergångsutjämningsstillägget på ovannämnda grunder minskas endast i fråga om Helsingfors stads finansiering, behöver förslaget bedömas också med tanke på jämlikhetsprincipen i 6 § i grundlagen. Jämlikhetsbestämmelserna i grundlagen gäller människor, inte exempelvis kommuner (se GrUU 9/2015 rd, s. 2). Principen har inte tidigare tolkats som en skyldighet att behandla till exempel kommuner jämlikt, om det med tanke på systemet med de grundläggande fri- och rättigheterna kan visas att det finns godtagbara grunder för att de behandlas olika i lagstiftningen. Bland annat strävan att främja vars och ens rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och att förhindra att dessa rättigheter äventyras har setts som sådana grunder. (Se även Juha Lavapuro, Anu Mutanen, Janne Salminen, Mira Turpeinen: Från en enhetlig kommun till divergenta kommuner. Konstitutionella

begränsningarna för divergens av kommunernas uppgifter, på finska, referat på svenska. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:67)<sup>7</sup>.

Grundlagsutskottet har tidigare tolkat tillämpningen av jämlikhetsprincipen på välfärdsområdena vid bedömningen av regeringens proposition där det föreslogs bestämmelser om särskild ersättning för jourverksamheten vid sjukhusen i Kemi och Nyslott (GrUU 105/2022 rd – RP 328/2022 rd) samt regeringens proposition med förslag till ändring av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om jour och operativ verksamhet inom hälso- och sjukvården (GrUU 59/2024 rd – RP 149/2024 rd). Enligt den förstnämnda propositionen behöver två områden på grund av den särskilda ersättningen inte rikta den icke-öronmärkta finansiering som de får med stöd av finansieringslagen till de extra kostnader som upprätthållandet av två samjoursenheter orsakar. Grundlagsutskottet konstaterade (GrUU 105/2022 rd, punkt 3) att enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Jämlikhetsbestämmelsen riktas också till lagstiftaren. Medborgare eller grupper av medborgare kan inte godtyckligt särbehandlas vare sig positivt eller negativt genom lag. A andra sidan är det typiskt för lagstiftningen att den för ett visst godtagbart samhälleligt intresses skull bemöter människor olika för att främja bland annat faktisk jämlikhet (RP 309/1993 rd, s. 46). Grundlagsutskottet har dock av hävd betonat att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning kan härledas ur jämlikhetsprincipen då reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (se t.ex. GrUU 2/2011 rd, s. 2/II och GrUU 64/2010 rd, s. 2). Grundlagsutskottet konstaterade (GrUU 105/2022 rd, punkt 4) att syftet med den föreslagna regleringen är att trygga att jourverksamheten fortsätter i samma omfattning som tidigare. Regleringens konsekvenser för välfärdsområdenas finansieringssystem som helhet var inte särskilt betydande och regleringens konsekvenser för invånarnas ställning i olika områden var inte särskilt betydande bland annat på grund av det ersättningstak som ingår i propositionen. Enligt utskottet var regleringen inte problematisk med avseende på jämlikhetsprincipen enligt 6 § i grundlagen.

I motiveringen till denna regeringsproposition (avsnitt 2.4 och 2.5) bedöms utvecklingen av välfärdsområdenas ekonomi och genomförandet av tjänsterna i områdena samt vilka konsekvenser eventuella sparåtgärder har för förutsättningarna för olika områden att ordna de lagstadgade tjänsterna för sina invånare. I andra områden som får övergångsutjämningsstillägg än Helsingfors har övergångsutjämningsmodellen fortfarande en så stor betydelse för finansieringen att även en rätt liten minskning av övergångsutjämningsstillägget i detta skede skulle vara svårt att motivera med tanke på tryggheten av en tillräcklig finansiering. På denna grund bedöms det föreslagna sättet att rikta sparåtgärden vara motiverat särskilt med tanke på tryggheten av servicen för invånarna i olika områden, även om minskningen avser finansieringen av ett område, det vill säga Helsingfors stad. Syftet med övergångsutjämningsmodellen är att utjämna skillnaden mellan kostnadsnivån i kommunerna i det tidigare området och finansieringen enligt den kalkylerade finansieringsmodellen. För Helsingfors stad har den kalkylerade finansiering som fördelas enligt finansieringsmodellen ökat i så stor grad i förhållande till kostnaderna, i synnerhet till följd av efterhandsjusteringen, att en delvis minskning av Helsingfors stads fortfarande rätt stora övergångsutjämningsstillägg inte som helhet inte kan anses vara betydande med tanke på stadens ekonomi och förutsättningar att ordna social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendet. Eftersom Helsingfors stad i boksluten inte har uppvisat något underskott 2023 och 2024, medför den föreslagna minskningen inte heller några problem i fråga om skyldigheten att täcka underskottet enligt lagen om välfärdsområden.

---

<sup>7</sup> [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161915/VNTEAS\\_2019\\_67.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161915/VNTEAS_2019_67.pdf)



## 12.4 Förslagets konsekvenser som helhet

Grundlagsutskottet har vid bedömningen av propositioner som gäller ändringar i statsandelarna till kommunerna (GrUU 16/2014 rd, s. 4/II) ansett det med hänsyn till de grundläggande rättigheterna vara viktigt, att den ekonomiska anpassningen i kommuner som förlorar statsandelar lindras genom en tillräckligt lång och på objektiva grunder fastställd övergångstid eller genom andra arrangemang. Den ovannämnda aspekten torde också lämpa sig för de ändringar som föreslås i välfärdsområdenas finansiering med beaktande av grundlagsutskottets ställningstaganden om finansieringsprincipens tillämplighet på välfärdsområdena (GrUU 15/2018 rd, s. 21).

På basis av den konsekvensbedömning som ingår i denna proposition kan det konstateras att de årliga ändringar som föreslås i propositionen till sina konsekvenser inte i något område äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av de lagstadgade tjänsterna. De föreslagna ändringarnas områdesspecifika konsekvenser för finansieringen för 2026 är till sin omfattning små (mellan -0,6 och 0,5 procent). Finansieringen för varje område trots dem kommer att öka 2026 (tabell 21, s. 63). Förslagen inverkar dock i någon på i vilken grad finansieringen ökar i respektive område. För att jämma ut de områdesspecifika konsekvenserna bedöms det inte finnas behov av att föreslå någon separat övergångsperiod eller något annat utjämningsystem.

På de grunder som anges ovan kan lagförslaget behandlas i vanlig lagstiftningsordning.

*Kläm*

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

## Lag

### om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering

I enlighet med riksdagens beslut  
ändras i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) 3 § 1 mom., 13 § 3 mom., 14 § 1 och 3 mom., 15 § 3 och 4 mom., 16 § 1 mom., 22 § 1 mom., 23 § och 35 § 8 mom., av dem 3 § 1 mom. och 35 § 8 mom. sådana de lyder i lag 446/2023, 13 § 3 mom. sådant det lyder i lag 700/2022 och 23 § 1 mom. sådant det lyder i lag 884/2024, samt fogas temporärt till lagen en ny 39 § som följer:

#### 3 §

#### *Den statliga finansieringen till välfärdsområdena*

Välfärdsområdena beviljas statlig finansiering på basis av välfärdsområdets invånarantal, faktorer som beskriver behovet av social- och hälsovårdstjänster, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet, universitetssjukhustillägg, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet, enligt vad som närmare föreskrivs nedan. Andelarna för dessa bestämningsfaktorer 2025 är följande:

Andel av välfärdsområdenas finansiering	procent
Social- och hälsovården sammanlagt	97,794, varav
Servicebehov inom social- och hälsovården	78,995
Invånarantal	12,790
Befolkningstäthet	1,456
Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	1,942
Tvåspråkighet	0,485
Samiskspråkighet	0,013
Karaktär av skärgård	0,110
Universitetssjukhustillägg	0,543
Främjande av hälsa och välfärd	1,460
Räddningsväsendet sammanlagt	2,206, varav
Invånarantal	1,434
Befolkningstäthet	0,110
Riskfaktorer	0,662

#### 13 §

#### *Grunderna för social- och hälsovårdens kalkylerade kostnader*

När de kalkylerade kostnader bestäms som bygger på behov som beskriver användningen av tjänster inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården ska följande viktningar tillämpas:

Hälso- och sjukvård	55,284 procent
Äldreomsorg	21,205 procent
Socialvård	23,511 procent.

---

#### 14 §

##### *Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården*

Välfärdsområdets servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården beräknas utifrån behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster och som bygger på sjukdomar och socioekonomiska faktorer, utifrån faktorernas viktkoefficienter och utifrån de viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården som avses i 13 § 3 mom. Behovsfaktorerna och deras viktkoefficienter finns som bilaga till denna lag.

---

Servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården bestäms med hjälp av uppgifter av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, Pensionsskyddscentralen, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen om de på sjukdomar och socioekonomiska faktorer baserade behovsfaktorerna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. Behovskoefficienten beräknas som medeltalet av de behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för året före det år som föregått finansåret och året före det året. Om uppgifter för de nämnda åren inte finns tillgängliga, används vid bestämmandet av koefficienten de senaste tillgängliga uppgifterna.

---

#### 15 §

##### *Koefficient för främjande av hälsa och välfärd.*

---

Vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret och statistiska uppgifter från Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Statistikcentralen och arbets- och näringsministeriet för året före det år som föregått finansåret och året före det året. När koefficienten bestäms används de senaste tillgängliga uppgifterna. Om det inte finns några som helst uppgifter tillgängliga, ges välfärdsområdet i samband med beräkningen det lägsta möjliga värdet för den ifrågavarande uppgiften.

Närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms, om indikatorernas viktkoefficienter, om beräkningen av koefficienten på basis av indikatorerna och om vilka statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen utfärdas genom förordning av statsrådet.

---

#### 16 §

##### *Befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården*

Välårsområdets befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det  r som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om landarealen.

---

## 22  

### *Befolkningstäthetskoefficient f r räddningsväsendet*

Välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient f r räddningsväsendet beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det  r som föregått finansåret och Lantmäteriverkets uppgifter om den totala arealen.

---

## 23  

### *Riskkoefficient f r räddningsväsendet*

Välfärdsområdets riskkoefficient f r räddningsväsendet baserar sig på de nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker eller andra risker som anger servicenivån f r räddningsväsendet och som avses i 3   i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). F r fastställande av riskkoefficienten f r räddningsväsendet delas välfärdsområdet in i rutor på en kvadratkilometer och f r varje ruta beräknar Statistikcentralen en risknivå. På grundval av risknivån delas rutorna in i de fyra riskklasserna I, II, III och IV. Riskkoefficienten f r räddningsväsendet beräknas genom att välfärdsområdets rutt thet divideras med rutt theten för hela landet. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas med vikt-koefficienten 1 de rutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar  r I och II. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas dessutom de rutor i riskklass III och IV vars vikt-koefficient, som baserar sig på ett riskobjekt som i sin helhet  r beläget inom en eller flera rutor eller på verksamhet som bedrivs inom en eller flera rutor, i enlighet med de risker som anger det servicebehov som objektet eller verksamheten medför  r 1–5. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det  r som föregått finansåret.

Välfärdsområdets kalkylerade kostnader på grundval av riskkoefficienten beräknas genom att det per invånare bestämda grundpriset f r riskkoefficienten f r räddningsväsendet multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och välfärdsområdets riskkoefficient f r räddningsväsendet.

Närmare bestämmelser om beräkning av risknivån för rutorna, om de faktorer som ska användas när riskkoefficienten f r räddningsväsendet bestäms och om deras vikt-koefficienter utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om de faktorer som ligger till grund för riskkoefficienten och om deras vikt-koefficienter utfärdas med högst fyra års mellanrum.

## 35  

### * verg ngsutj mning*

Om de avdrag som sammanlagt görs i välfärdsområdenas finansiering i form av övergångsutjämning  r större än de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämning,

läggs det belopp som motsvarar denna skillnad inte till välfärdsområdenas finansiering. Den andel av övergångsutjämnningen som staten finansierar beaktas vid den justering i efterhand som avses i 10 § genom att den läggs till den kalkylerade finansiering som betalats till välfärdsområdena, så att andelen inte höjer beloppet av den justering i efterhand som betalas på basis av skillnaden mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna.

39 §

*Tidsbegränsad minskning av övergångsutjämningsstillägget 2026 och 2027*

Med avvikelse från vad som föreskrivs i 35 § 4 mom. minskas den skillnad mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna som läggs till finansieringen med högst 54 euro per invånare 2026 och högst 70 euro per invånare 2027 i fråga om de välfärdsområden där ett avdrag inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna med beaktande av beloppet av den kalkylerade finansiering som på grundval av den justering i efterhand som avses i 10 § fördelas till området 2025 och 2026 och beloppet av områdets underskott eller överskott enligt boksluten för 2023 och 2024.

Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 39 § träder i kraft den 1 januari 2026 och gäller till utgången av 2027.

Helsingfors den 30 april 2025

**Statsminister**

**Petteri Orpo**

Kommun- och regionminister Anna-Kaisa Ikonen

## Lag

### om ändring och temporär ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering

I enlighet med riksdagens beslut:

ändras i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) 3 § 1 mom., 13 § 3 mom., 14 § 1 och 3 mom., 15 § 3 och 4 mom., 16 § 1 mom., 22 § 1 mom., 23 § och 35 § 8 mom., av dem 3 § 1 mom. och 35 § 8 mom. sådana de lyder i lag 446/2023, 13 § 1 mom. sådant det lyder i lag 700/2022 och 23 § 1 mom. sådant det lyder i lag 884/2024, samt fogas temporärt till lagen en ny 39 § som följer:

#### Gällande lydelse

3 §

#### Den statliga finansieringen till välfärdsområdena

Välfärdsområdena beviljas statlig finansiering på basis av välfärdsområdets invånarantal, faktorer som beskriver behovet av social- och hälsovårdstjänster, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet, universitetssjukhustillägg, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet, enligt vad som närmare föreskrivs nedan. Andelarna för dessa bestämningsfaktorer året före det år då lagen träder i kraft är följande:

Andel av välfärdsområdenas finansiering	procent
Social- och hälsovården sammanlagt	97,727, varav
Servicebehov inom social- och hälsovården	79,156
Invånarantal	13,046
Befolkningstäthet	1,458
Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	1,944
Tvåspråkighet	0,486
Samiskspråkighet	0,013
Karaktär av skärgård	0,110

#### Föreslagen lydelse

3 §

#### Den statliga finansieringen till välfärdsområdena

Välfärdsområdena beviljas statlig finansiering på basis av välfärdsområdets invånarantal, faktorer som beskriver behovet av social- och hälsovårdstjänster, befolkningstäthet, inslag av personer med ett främmande språk som modersmål, tvåspråkighet, karaktär av skärgård, samiskspråkighet, universitetssjukhustillägg, åtgärder som främjar hälsa och välfärd samt riskfaktorer inom räddningsväsendet, enligt vad som närmare föreskrivs nedan. Andelarna för dessa bestämningsfaktorer 2025 är följande:

Andel av välfärdsområdenas finansiering	procent
Social- och hälsovården sammanlagt	97,794, varav
Servicebehov inom social- och hälsovården	78,995
Invånarantal	12,790
Befolkningstäthet	1,456
Inslag av personer med ett främmande språk som modersmål	1,942
Tvåspråkighet	0,485
Samiskspråkighet	0,013
Karaktär av skärgård	0,110
Universitetssjukhustillägg	0,543

*Gällande lydelse*

Universitetssjukhustillägg	0,543
Främjande av hälsa och välfärd	0,972
Räddningsväsendet sammanlagt	2,273, varav
Invånarantal	1,477
Befolkningstäthet	0,114
Riskfaktorer	0,682

13 §

*Grunderna för social- och hälsovårdens kalkylerade kostnader*

När de kalkylerade kostnader bestäms som bygger på de behovsfaktorer som beskriver användningen av tjänster inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården ska följande *uppgiftsspecifika* viktningar tillämpas:

Hälso- och sjukvård	58,86 procent
Äldreomsorg	19,75 procent
Socialvård	21,39 procent

14 §

*Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården*

Välfärdsområdets servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården beräknas utifrån behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster och som bygger på sjukdomar och socioekonomiska faktorer, utifrån faktorernas viktcoefficienter och utifrån de uppgiftsspecifika viktningar som avses i 13 § 3 mom. Behovsfaktorerna och deras viktcoefficienter finns som bilaga till denna lag.

*Föreslagen lydelse*

Främjande av hälsa och välfärd	1,460
Räddningsväsendet sammanlagt	2,206, varav
Invånarantal	1,434
Befolkningstäthet	0,110
Riskfaktorer	0,662

13 §

*Grunderna för social- och hälsovårdens kalkylerade kostnader*

När de kalkylerade kostnader bestäms som bygger på *behov* som beskriver användningen av tjänster inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården ska följande viktningar tillämpas:

Hälso- och sjukvård	55,284 procent
Äldreomsorg	21,205 procent
Socialvård	23,511 procent.

14 §

*Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården*

Välfärdsområdets servicebehovskoefficienter för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården beräknas utifrån behovsfaktorer som beskriver behov och kostnader i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster, äldreomsorgstjänster och socialvårdstjänster och som bygger på sjukdomar och socioekonomiska faktorer, utifrån faktorernas viktcoefficienter och utifrån de *viktningar för de kalkylerade kostnaderna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården* som avses i 13 § 3 mom. Behovsfaktorerna och deras viktcoefficienter finns som bilaga till denna lag.

Servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården

### *Gällande lydelse*

Servicebehovskoefficienterna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården bestäms med hjälp av uppgifter av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, Pensionskyddscentralen, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen om de på sjukdomar och socioekonomiska faktorer baserade behovsfaktorerna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården för året före det år som föregått finansåret. Om uppgifter för året före det år som föregått finansåret inte finns tillgängliga, används vid bestämmandet av koefficienten de senaste tillgängliga uppgifterna.

---

### 15§

#### *Koefficient för främjande av hälsa och välfärd*

---

Vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och statistiska uppgifter från Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Statistikcentralen och arbets- och näringsministeriet för året före det år som föregått finansåret och året före det året. När koefficienten bestäms används de senaste tillgängliga uppgifterna. Om det inte finns några som helst uppgifter tillgängliga, ges välfärdsområdet i samband med beräkningen det lägsta möjliga värdet för den ifrågavarande uppgiften.

Närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms, om indikatorernas viktkoefficienter och om vilka statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen utfärdas genom förordning av statsrådet.

### *Föreslagen lydelse*

bestäms med hjälp av uppgifter av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata, Pensionskyddscentralen, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd och Statistikcentralen om de på sjukdomar och socioekonomiska faktorer baserade behovsfaktorerna för hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och socialvården. *Behovskoefficienten beräknas som medeltalet av de behovskoefficienter som beräknats på basis av uppgifterna för året före det år som föregått finansåret och året före det året.* Om uppgifter för *de nämnda åren* inte finns tillgängliga, används vid bestämmandet av koefficienten de senaste tillgängliga uppgifterna.

---

### 15 §

#### *Koefficient för främjande av hälsa och välfärd.*

---

Vid beräkningen av koefficienten för främjande av hälsa och välfärd används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid *utgången av året före det år som föregått finansåret* och statistiska uppgifter från Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Statistikcentralen och arbets- och näringsministeriet för året före det år som föregått finansåret och året före det året. När koefficienten bestäms används de senaste tillgängliga uppgifterna. Om det inte finns några som helst uppgifter tillgängliga, ges välfärdsområdet i samband med beräkningen det lägsta möjliga värdet för den ifrågavarande uppgiften.

Närmare bestämmelser om de indikatorer som ska användas när koefficienten för främjande av hälsa och välfärd bestäms, om indikatorernas viktkoefficienter, *om beräkningen av koefficienten på basis av indikatorerna* och om vilka statistiska uppgifter som ska användas vid beräkningen utfärdas genom förordning av statsrådet.

### 16 §



*Gällande lydelse*

16 §

*Befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården*

Välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om landarealen.

22 §

*Befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet*

Välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid det årsskifte som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om den totala arealen.

23 §

*Riskkoefficient för räddningsväsendet*

Välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet baserar sig på de nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker eller andra risker som anger servicenivån för räddningsväsendet och som avses i 3 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021).

För fastställande av riskkoefficienten för räddningsväsendet delas välfärdsområdet in i

*Föreslagen lydelse*

*Befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården*

Välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient för social- och hälsovården beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret och Statistikcentralens uppgifter om landarealen.

22 §

*Befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet*

Välfärdsområdets befolkningstäthetskoefficient för räddningsväsendet beräknas genom att den genomsnittliga befolkningstätheten i hela landet divideras med välfärdsområdets befolkningstäthet. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret och Lantmäteriverkets uppgifter om den totala arealen.

23 §

*Riskkoefficient för räddningsväsendet*

Välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet baserar sig på de nationella, regionala och lokala behov och olycksrisker eller andra risker som anger servicenivån för räddningsväsendet och som avses i 3 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). För fastställande av riskkoefficienten för räddningsväsendet delas välfärdsområdet in i rutor på en kvadratkilometer och för varje ruta beräknar Statistikcentralen en risknivå. På

### *Gällande lydelse*

rutor på en kvadratkilometer och för varje ruta beräknar Statistikcentralen en risknivå. På grundval av risknivån delas riskrutorna in i de fyra riskklasserna I, II, III och IV. Riskkoefficienten för räddningsväsendet beräknas genom att tätheten i fråga om riskrutor för välfärdsområdet divideras med tätheten i fråga om riskrutor för hela landet. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas de riskrutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar eller enligt de olyckor som inträffat där är I och II eller vars viktcoefficient på grundval av ett riskobjekt som är beläget inom rutan eller den verksamhet som bedrivs där är 1. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret.

Välfärdsområdets kalkylerade kostnader på grundval av riskkoefficienten beräknas genom att det per invånare bestämda grundpriset för riskkoefficienten för räddningsväsendet multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet.

Närmare bestämmelser om beräkning av riskrutornas risknivå, om de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet bestäms och om deras viktcoefficienter utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om de faktorer som ligger till grund för riskkoefficienten och om deras viktcoefficienter utfärdas med högst fyra års mellanrum.

35 §

### *Övergångsutjämnning*

Om de avdrag som sammanlagt görs i välfärdsområdenas finansiering i form av övergångsutjämnning är större än de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämnning, läggs till

### *Föreslagen lydelse*

grundval av risknivån delas rutorna in i de fyra riskklasserna I, II, III och IV. Riskkoefficienten för räddningsväsendet beräknas genom att välfärdsområdets ruttäthet divideras med ruttätheten för hela landet. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas med viktcoefficienten I de rutor vars riskklass enligt Statistikcentralens beräkningar är I och II. Vid beräkningen av riskkoefficienten beaktas dessutom de rutor i riskklass III och IV vars viktcoefficient, som baserar sig på ett riskobjekt som i sin helhet är beläget inom en eller flera rutor eller på verksamhet som bedrivs inom en eller flera rutor, i enlighet med de risker som anger det servicebehov som objektet eller verksamheten medför är 1–5. När koefficienten beräknas används uppgifter i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen om invånarantalet vid utgången av året före det år som föregått finansåret.

Välfärdsområdets kalkylerade kostnader på grundval av riskkoefficienten beräknas genom att det per invånare bestämda grundpriset för riskkoefficienten för räddningsväsendet multipliceras med välfärdsområdets invånarantal och välfärdsområdets riskkoefficient för räddningsväsendet.

Närmare bestämmelser om beräkning av risknivån för rutorna, om de faktorer som ska användas när riskkoefficienten för räddningsväsendet bestäms och om deras viktcoefficienter utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om de faktorer som ligger till grund för riskkoefficienten och om deras viktcoefficienter utfärdas med högst fyra års mellanrum.

35 §

### *Övergångsutjämnning*

Om de avdrag som sammanlagt görs i välfärdsområdenas finansiering i form av övergångsutjämnning är större än de tillägg som sammanlagt görs i form av övergångsutjämnning, läggs det belopp som motsvarar denna skillnad inte till välfärdsområdenas finansiering. Den andel av

#### *Gällande lydelse*

välfrädsområdenas finansiering ett belopp som motsvarar denna skillnad. *Ökningen av finansieringen är lika stor per invånare i alla välfrädsområden. Till välfrädsområdenas finansiering läggs dock inte den andel som kommer av den i 34 § 3 mom. avsedda finansiering som införs 2024 för att finansiera universitetssjukhuset. Den andel av övergångsutjämnningen som staten finansierar beaktas vid den justering i efterhand som avses i 10 § genom att den läggs till den kalkylerade finansiering som betalats till välfrädsområdena, så att andelen inte höjer beloppet av den justering i efterhand som betalas på basis av skillnaden mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna*

#### *Föreslagen lydelse*

övergångsutjämnningen som staten finansierar beaktas vid den justering i efterhand som avses i 10 § genom att den läggs till den kalkylerade finansiering som betalats till välfrädsområdena, så att andelen inte höjer beloppet av den justering i efterhand som betalas på basis av skillnaden mellan de kalkylerade och de faktiska kostnaderna.

39 §

#### ***Tidsbegränsad minskning av övergångsutjämningsutlägget 2026 och 2027***

*Med avvikelse från vad som föreskrivs i 35 § 4 mom. minskas den skillnad mellan de kalkylerade och faktiska kostnaderna som läggs till finansieringen med högst 54 euro per invånare 2026 och högst 70 euro per invånare 2027 i fråga om de välfrädsområden där ett avdrag inte äventyrar en tillräcklig finansiering för ordnandet av tjänsterna med beaktande av beloppet av den kalkylerade finansiering som på grundval av den justering i efterhand som avses i 10 § fördelas till området 2025 och 2026 och beloppet av områdets underskott eller överskott enligt boksluten för 2023 och 2024.*

*Denna lag träder i kraft den 20 . Lagens 39 § träder i kraft den 1 januari 2026 och gäller till utgången av 2027.*