2021

Välfärdsområdesreformens konsekvenser ur Kronoby kommuns synvinkel

En analys av tre handlingsmodeller

UTREDARENS SLUTRAPPORT SEPTEMBER 2021 VERSION 2 21.9.2021

Siv Sandberg

Innehållsförteckning

1. Uppdraget ... 4
2. Utgångspunkter för reformen ... 5
2.1 Målet med reformen ... 5
2.2 Välfärdsområdet är en helt ny förvaltningsnivå ... 6
2.3. Vården och räddningsväsendet finansieras av staten ... 8
2.4. Staten styr välfärdsområdenas verksamhet ... 8
3. Reformens geografi ... 9
3.1. Kronoby på gränsen mellan två välfärdsområden ... 9
3.2. Österbotten och Mellersta Österbotten ... 10
3.3. Områden och organisationer som berörs av reformen ... 11
3.3.1 Österbottens välfärdsområde ... 11
3.3.2. Mellersta Österbottens välfärdsområde ... 11
3.4. Lagstadgat samarbete inom större geografiska områden ... 12
3.4.1 Samarbetsområden för social- och hälsovården ... 12
3.4.2. Samarbete mellan tvåspråkiga välfärdsområden ... 12
4. Reformens tidtabell ... 13
5. Vad betyder reformen för invånarna? Principiella förändringar ... 16
5.1. Medlem och väljare ... 16
5.2. Skattebetalare ... 16
5.3. Serviceanvändare ... 17
6. Vad betyder reformen ur Kronoby kommuns synvinkel? Principiella förändringar ... 18
6.1. Allmänna konsekvenser för kommunernas ställning ... 18
6.2. Verksamhet som berörs av reformen ... 18
6.3. Konsekvenser för personalen och organisationen ... 18
6.4.Konsekvenser för den kommunala ekonomin ... 19
6.5. Konsekvenser för fastigheterna ... 19
7. En ny demokratisk nivå ... 20
7.1. Välfärdsområdesfullmäktige och välfärdsområdesval ... 20
7.2. Kalkylerad fullmäktigesammansättning i Österbotten och Mellersta Österbotten ... 20
8. En ny finansieringsmodell ... 22
9. Reformens konsekvenser för servicen till invånarna ... 24
9.1. Konsekvenser för servicen inom social-, hälso- och sjukvården ... 24
9.2 Konsekvenser för elev- och studerandevården ... 27
9.3. Konsekvenser för räddningsväsendet ... 27
10. Reformens konsekvenser för nationalspråken ... 29

11. Handlingsalternativen 32
12. Organiseringsansvaret övergår till Österbottens välfärdsområde 33
12.1. Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering 33
12.2. Beslut som krävs för att förverkliga handlingsalternativ 1 35
12.3 Möjligheter med handlingsalternativ 1 35
12.4 Risker med handlingsalternativ 1 35
13. Samarbetsavtal mellan välfärdsområden 36
13.1. Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering 36
13.2. Inom vilka ramar kan välfärdsområden samarbeta? 36
13.2.1 Obligatoriskt och frivilligt samarbete 37
13.2.2 Organiserings- och produktionsansvar 37
13.2.3 Samarbetets gränser 38
13.2.4 Möjliga samarbetsformer 40
13.2.5. Grundlagsutskottet och social- och hälsovårdsutskottet om gränskommunernas situation 41
13.2.5 Mörskom och Pukkila 42
13.2.6 Samarbete inom räddningsverksamheten 42
13.3. Beslut som krävs för att förverkliga handlingsalternativ 2 42
13.4. Möjligheter med handlingsalternativ 2 43
13.5. Risker med handlingsalternativ 2 43
14. Ändring av indelningen i landskap och välfärdsområden/Byte av landskap 45
14.1 Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering 45
14.2. Beslut som krävs för att byta landskap/välfärdsområde 45
14.2.1. Initiativ 45
14.2.2. Tidpunkt 46
14.3 Konsekvenser för övriga regionindelningar om Kronoby byter landskap 47
14.4. Möjligheter med handlingsalternativ 3 48
14.5. Risker med handlingsalternativ 3 48
15. Sammanfattande analys 49
15.1. Sammanfattning och utvärdering av handlingsalternativen 49
15.2. Rikta fokus mot invånarna 50
16. Källförteckning 52
16.1. Lagstiftning, lagberedningsmaterial och myndighetsdokument 52
16.2. Rapporter 53
16.3. Statistik 53
16.4. Intervjuer med sakkunniga 54

1. Uppdraget

Riksdagen godkände i juni 2021 lagstiftningen om genomförandet av en reform av social- och hälsovården och räddningsväsendet. I reformen överförs organiseringsansvaret för social- och hälsovården, räddningsväsendet och elev- och studerandevården till 21 nya offentligrättsliga samfund, välfärdsområdena. De geografiska gränserna för välfärdsområdena sammanfaller med indelningen i landskap med undantag för i Nyland. Helsingfors stad handhar välfärdsområdets uppgifter inom sitt område.

Kronoby hör enligt lagen (614/2021) till landskapet Österbotten och från 1.1.2023 till Österbottens välfärdsområde. Kronoby organiserar för närvarande vården och omsorg inom ramen för Mellersta Österbottens hälsovårdssamkommun Soite och räddningsväsendet genom räddningsverket för Mellersta Österbotten. Organiseringen av vården och räddningen avviker alltså från den kommande indelningen i välfärdsområden. Utöver Kronoby befinner sig två övriga kommuner, Mörskom och Pukkila, i en liknande situation.

Under reformprocessen har Kronoby kommun uttryckt som sin ståndpunkt att nuvarande arrangemang kunde bevaras också efter reformen: kommunen hör till Österbotten, men vården och räddningstjänsterna produceras i Mellersta Österbotten. Fullmäktige i Vasa sjukvårdsdistrikt och i Soite har i juni 2021 antagit en likalydande viljeyttring om att man i beredningen av de nya välfärdsområdena strävar efter att uppnå en lösning där Österbottens välfärdsområde har organiseringsansvaret för vården, men där produktionen av tjänster sker i samarbete med Mellersta Österbotten.

Grundlagsutskottet och social- och hälsovårdsutskottet har i sina betänkanden om reformlagstiftningen lyft fram situationen för kommuner som Kronoby[1]. Lagstiftningen som trädde i kraft 1.7.2021 innehåller emellertid inga särskilda undantag för gränskommunerna, vilket betyder att de avtal och överenskommelser som träffas ska ske inom de ramar som anges i lagstiftningen.

Kommunfullmäktige i Kronoby har i februari 2021 fattat beslut om att låta genomföra en utredning av vilka konsekvenser reformlagstiftningen har för Kronoby kommuns och dess invånare. Syftet med utredningen är att analysera reformens konsekvenser med tanke på bland annat demokrati, ekonomi, service, språk och övriga regionindelningar. Konsekvensutredningen har koppling till ett initiativ från 2017 gällande en folkomröstning om Kronobys landskapstillhörighet.

I utredningen granskas förutsättningarna för och konsekvenserna av tre huvudsakliga alternativ för att ordna den service som berörs av reformen:

- Organiseringsansvaret övergår till Österbottens välfärdsområde (utan särskilda avtal)
- Servicen ordnas genom avtal mellan Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden
- Kronoby anhåller om att byta landskap/välfärdsområde från Österbotten till Mellersta Österbotten

Perspektivet i utredningen är i första hand att granska vad reformen och dess olika handlingsalternativ betyder ur invånarnas perspektiv. Granskningen av konsekvenserna är övergripande och går inte i detalj in på olika verksamheter.

[1] GrUU 17/2021rd, ShUB 16/2021rd

Utredningen har genomförts under perioden april–september 2021 och bygger på det kunskapsläge som finns när lagstiftningen trätt i kraft, men den konkreta beredningen på regional nivå ännu är i startgroparna. Många frågor bland annat om hur servicen till invånarna kommer att utformas och vilka servicepunkter som finns på lokal nivå kommer kunna besvaras först när de nyvalda fullmäktigeförsamlingarna i välfärdsområdena tillträtt och godkänt de strategiska styrdokumenten.

Utredningen bygger på lagberedningsmaterial, rapporter, offentlig statistik och intervjuer med nyckelpersoner på nationell och regional nivå. Rapporten beaktar det arbete som konsultbyrån Talent Vectia gjorde som utgångspunkt för sjukvårdsdistriktens gemensamma beredningsarbete under våren 2021.

Eftersom lagstiftningen är ny och det saknas praktisk erfarenhet av hur den fungerar baserar jag i oklara fall mina tolkningar på principen om bästa sakkunskap, som i den här situationen finns hos de lagberedningsansvariga tjänstemännen på ministerierna.[2]

2. Utgångspunkter för reformen

2.1 Målet med reformen

Enligt regeringens proposition 241/2020 är syftet med reformen av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, trygga likvärdiga och högklassiga social- och hälsovårdstjänster och tjänster inom räddningsväsendet, förbättra säkerheten, tillgången till tjänster samt tjänsternas tillgänglighet, trygga tillgången på yrkeskunnig arbetskraft och svara på de utmaningar som förändringar i samhället för med sig och dämpa kostnadsökningen.

Ett centralt mål med att genomföra en reform där olika verksamheter samlas hos samma ansvariga organisation är att skapa bättre förutsättningar för en integrerad social- och hälsovård, vilket betyder att strävan är att uppnå bättre integration på tre plan: integration av tjänster ur den enskilda kundens synvinkel, integration mellan social- och hälsovården och integration mellan primärvården och specialistvården.

Reformlagstiftningen förändrar i första hand organiseringen, styrningen och finansieringen av social- och hälsovården samt räddningsväsendet. Substanslagstiftningen, t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, som styr rätten att få vård, ändras inte i det här skedet.

Parallellt med genomförandet av förvaltningsreformen pågår det ett nationellt och regionalt utvecklingsarbete inom ramen för programmet *Framtidens social- och hälsocentral.* Programmets målsättningar ger en fingervisning om i vilken riktning serviceutbudet till invånarna kommer att utvecklas i framtiden och därför viktiga att notera[3]:

- alla jämlikt ska få tillgång till kontinuerliga tjänster i rätt tid
- flytta tyngdpunkten från tung vård till förebyggande arbete
- säkerställa tjänsternas kvalitet och effektivitet
- stärka den multiprofessionella aspekten och samarbetet i tjänsterna

[2] Regeringsråden Auli Valli-Lintu, Social- och hälsovårdsministeriet och Ilpo Helismaa, Inrikesministeriet
[3] Framtidens social- och hälsocentral - Vårdreformen - THL, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus - ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen (julkari.fi)

- dämpa kostnadsökningen

I de regionala projekten i Österbotten och Mellersta Österbotten innehåller utvecklingsarbetet bland annat projekt för att utveckla nya teknologiska lösningar för kundbetjäning och samordning av tjänster.

2.2 Välfärdsområdet är en helt ny förvaltningsnivå

De 21 välfärdsområden som grundas i stöd av reformlagstiftningen utgör en helt ny typ av offentlig myndighet i Finland. Välfärdsområdena fungerar enligt delvis andra principer än dagens system med kommuner och samkommuner.

Det nuvarande vårdsystemet utgår från *kommunerna*, som i sin tur utgör byggstenarna i samarbetsområden, samkommuner och sjukvårdsdistrikt.

Från och med 1.1.2023 är de viktiga byggstenarna i organiseringen av vården och räddningsväsendet *invånarna, välfärdso*området och *staten*. Välfärdsområdet har ansvar för servicen till invånarna. Staten har ansvar för finansieringen av välfärdsområdenas verksamhet och för den övergripande styrningen av vården och räddningsväsendet.

Det nuvarande systemet med kommuner och samkommuner är i stor utsträckning flexibelt när det gäller organisatoriska lösningar. Kommuner på olika håll i landet har valt olika samarbetsmodeller, vilket ur ett nationellt perspektiv skapat ett oöverskådligt system[4]. Välfärdsområdesreformen syftar till att skapa en enhetlig organisationsmodell för vården och räddningen i hela landet. Det innebär samtidigt att flexibiliteten i hur vården organiseras minskar betydligt.

För att förstå vilka konsekvenser reformen har för servicen till invånarna i Kronoby är i synnerhet följande egenskaper hos välfärdsområdena viktiga[5]:

Välfärdsområdet har (begränsat) självstyre[6]. Välfärdsområdena är offentligrättsliga samfund som har självstyre inom sitt område. Det främsta tecknet på välfärdsområdenas självstyrelse är att de leds av ett fullmäktige som väljs direkt av invånarna. Välfärdsområden kan också besluta om sin organisation och sättet att producera tjänster inom de ramar som anges i lagen.

I jämförelse med kommunernas självstyrelse är välfärdsområdenas självstyrelse begränsad. Det här syns bland annat i att:

- Välfärdsområdena har begränsade möjligheter att åta sig andra uppgifter än de lagstadgade (begränsad allmän kompetens)
- Välfärdsområdena har ingen beskattningsrätt
- Välfärdsområdenas rätt att ta lån regleras av staten

Direktvalda beslutsfattare sätter ramarna för hur servicen till invånarna organiseras och produceras. En grundidé med att överföra social- och hälsovården och räddningsväsendet till en självstyrande nivå är att stärka invånarnas direkta påverkningsmöjligheter. Invånarna väljer välfärdsområdesfullmäktige, som drar upp riktlinjerna för hur servicen ska organiseras och

[4] Organiseringen av social- och hälsovården 2020 | Kommunförbundet (kommunforbundet.fi)
[5] Lag om välfärdsområden 611/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®RP 241/2020 rd (eduskunta.fi)
[6]Beskrivningar av kriterier för lokal och regional självstyrelse finns till exempel här Self-rule Index for Local Authorities (Release 1.0) - Regional Policy - European Commission (europa.eu)

produceras. Medborgarna behöver ha en tillräckligt god helhetsbild om vilka frågor välfärdsområdesfullmäktige fattar beslut om och hur beslutsfattandet hänger ihop med servicen.

Välfärdsområdena och kommunerna har olika uppdrag. Relationen mellan välfärdsområdena och kommunerna är inte hierarkisk, dvs den ena nivån är inte över- eller underordnad den andra. Kommunerna och välfärdsområdena har båda ett lagstadgat uppdrag att ordna service för invånarna, men de ansvarar för olika uppgifter inom olika geografiska områden. Kommunerna har ingen formell roll i styrningen och finansieringen av välfärdsområdena (eller vice versa).

Välfärdsområdet är ett område. Perspektivet i lagstiftningen utgår från *hela området och alla invånare*. Välfärdsområdet har skyldighet att se till att alla dess invånare får service på lika grunder. Kommunindelningen har ingen formell betydelse för beslutsfattandet och verksamheten i välfärdsområdet. Det här understryks i lagstiftningen till exempel på följande sätt:

- Vid välfärdsområdesval utgör *hela* området en valkrets (Vallagen 714/1998, §7).
- Folkomröstningar i välfärdsområden måste omfatta *hela* området. (L 611/2021, § 31)
- Om välfärdsområdet kommer överens med kommunerna i området om skötseln av frivilliga uppgifter måste avtalet omfatta *alla* kommuner inom området. (L 611/2021, § 8)

Välfärdsområdet har organiserings- och finansieringsansvar för servicen till invånarna. Organiseringsansvaret innebär att välfärdsområdet ska fastslå vilka tjänster som behövs för att tillgodose invånarnas behov och dra upp riktlinjerna för hur servicen ska produceras. Invånarna inom samma område har rätt till vård enligt samma principer. Det betyder till exempel att kriterierna för att få plats på effektiverat serviceboende eller avgifterna för service ska vara likadana inom hela området. Tjänsterna behöver däremot inte produceras på exakt samma sätt överallt. Välfärdsområdet har alltid finansieringsansvaret för de tjänster invånarna använder, även om de produceras av en privat tjänsteproducent eller ett annat välfärdsområde.

Välfärdsområdet har skyldighet att samordna tjänsterna ur kundens synvinkel. Oberoende av hur servicen ordnas har välfärdsområdet ansvaret för att de bildar en logisk helhet ur kundens synvinkel (L 612/2021 §10).

Välfärdsområdet finns i första hand till för sina egna invånare. Lagstiftningen och finansieringssystemet bygger på att välfärdsområdet i första hand planerar, ordnar och producerar tjänster för invånarna i sitt eget område. Lagen är uppbyggd för att motverka konkurrens och kapprustning med offentliga medel. I motiveringarna till lagen står att det är förbjudet för välfärdsområden att på eget initiativ skaffa kunder inom ett annat välfärdsområde t.ex. genom att erbjuda elektroniska tjänster[7].

Välfärdsområdet kan inte driva verksamhet inom ett annat välfärdsområdes gränser om det inte baserar sig på samarbete eller samverkan. Undantagen när ett välfärdsområde kan bedriva verksamhet inom ett annat välfärdsområdes gränser finns beskrivna i § 8 i lagen om ordnande av social- och hälsovård:

- Två eller flera välfärdsområden avtalar om att grunda ett bolag som stöder deras lagstadgade uppdrag (§ 6 i L 611/2021)
- Välfärdsområdet producerar tjänster i samarbete med andra välfärdsområden (§ 9 i L 611/2021)

[7] RP 241/2020, specialmotiveringar till § 8 i L 612/2021 om ordnande av social- och hälsovården

- Välfärdsområdena avtalar om offentligrättsligt samarbete inom ramen för en gemensam tjänst, ett gemensamt organ, avtal om skötseln av en myndighetsuppgift eller en välfärdssammanslutning (Kapitel 8 i L 611/2021)
- Uppgifter som är krävande eller dyra samlas hos ett eller flera välfärdsområden (§ 9 i L 612/2021, motsvarande stadgande också för räddningsväsendet (§5 i L 613/2021)
- Lagstadgat samarbete mellan välfärdsområden inom samma samarbetsområde (tidigare ERVA) och mellan tvåspråkiga välfärdsområden (Kapitel 5 i L 612/2021)

2.3. Vården och räddningsväsendet finansieras av staten

Finansieringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet övergår till staten från och med 1.1.2023. Grunderna för finansieringssystemet bygger på att man räknar ihop de samlade kostnaderna för social- och hälsovården i hela landet. År 2021 är den samlade kostnaden cirka 21 miljarder euro. Den här kostnaden finansieras dels genom de statsandelar kommunerna idag får för social- och hälsovården (7,4 miljarder €), dels genom att genomföra en skatteväxling där inkomstskattesatsen i alla kommuner reduceras med en jämnstor procentsats som överförs till staten (13,4 miljarder €). Kommunernas andel av samfundsskattens avkastning reduceras med en tredjedel.

Den statliga finansieringen för vården och räddningsväsendet fördelas till välfärdsområdena utgående från invånarantal och behovskriterier i hela området. Finansieringen beräknas separat för vården (97,7% av finansieringen) och räddningsväsendet (2,3% av finansieringen), men pengarna är inte öronmärkta. Välfärdsområdets fullmäktige gör de slutliga prioriteringarna om hur pengarna används. Varken finansieringen eller användningen av den är beräknad per kommun.

För att jämna ut effekterna av reformen utjämnas skillnaderna i kostnadsnivå mellan dagens system (där kommunerna betalar) och den kalkylerade finansieringen i det nya systemet (där staten betalas) under åren 2023–2029. Om den beviljade finansieringen inte räcker till för att täcka kostnaderna för invånarnas behov av vård och omsorg kan välfärdsområdet på vissa villkor beviljas tilläggsfinansiering.

Utöver den statliga finansieringen kan välfärdsområdena ta ut avgifter för den service de erbjuder inom de ramar som anges i lagen.

2.4. Staten styr välfärdsområdenas verksamhet

Den statliga styrningen av välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi är mer omfattande än statens styrning av de kommuner och samkommuner som idag ansvarar för social- och hälsovården.

De ansvariga ministerierna, social- och hälsovårdsministeriet för vårdens del och inrikesministeriet för räddningsväsendets del, för årliga förhandlingar enskilt med varje välfärdsområde för att på strategisk nivå styra välfärdsområdena i deras organiseringsuppdrag. Statsrådet har behörighet att gripa in t.ex. om välfärdsområden inte lyckas nå enighet om lagstadgade samarbetsavtal.

Välfärdsområdenas fullmakt att uppta lån är begränsad. Statsrådet fastställer en årlig lånefullmakt, som ger ramarna för välfärdsområdenas möjligheter att investera. Välfärdsområdenas investeringar ska samordnas inom ramen för samarbetsområdena för social- och hälsovården.

3. Reformens geografi

3.1. Kronoby på gränsen mellan två välfärdsområden

Kronoby hör idag till landskapet Österbotten, men är medlem av Mellersta Österbottens sjukvårdssamkommun Soite. Efter reformen måste indelningen i landskap och välfärdsområden sammanfalla. Dagens situation avspeglar att både Kronobyborna och Kronoby kommun av geografiska, historiska och kulturella orsaker orienterat sig både norrut mot Mellersta Österbotten och söderut mot Österbotten.

Kronoby har samarbete med Mellersta Österbotten inom bland annat social- och hälsovården, räddningsväsendet och miljöhälsovården. Inom regional utveckling samt utbildning och kultur riktar sig samarbetet i huvudsak mot Österbotten och Jakobstadsregionen (bl.a. Österbottens förbund, utvecklingsbolaget Concordia, yrkesutbildningssamkommunerna Optima och Söfuk).

Arbetsmarknaden i Kronoby är utpräglat lokal. Långt över hälften av alla sysselsatta arbetar i hemkommunen. Av arbetspendlingen från Kronoby till andra orter riktar sig 57 % till kommuner i Mellersta Österbotten och 39 % till kommuner i Österbotten. Av inpendlarna kommer 62% från kommuner i Mellersta Österbotten och 27% från kommuner i Österbotten (tabell 1). Kontakt- och rörelsemönstren inom övriga aktiviteter (t ex handel) följer ett liknande mönster.[8]

Tabell 1: Ut- och inpendling från/till Kronoby enligt landskap. Källa: YKR/SYKE Tilastokeskus 2020.

	Kommuner i Österbotten	**Kommuner i Mellersta Österbotten**	**Övriga kommuner**	**Pendling totalt (n)**
Utpendling från kommunen till...	38,9% (498)	56,7% (722)	4,8 % (61)	100 % (1281)
Inpendling till kommunen från...	27,0% (230)	62,2% (532)	10,6% (90)	100% (852)

Avstånden i kilometer från de olika kommundelarna i Kronoby (respektive kommundels kyrka) till de orter som är relevanta i välfärdsområdesreformen i Österbotten och Mellersta Österbotten (sjukhuset på respektive ort) framgår av tabell 2.

[8] Nurmio et al (2017): Toiminnalliset alueet ja kasvuvyöhykkeet Suomessa 2017. Valtioneuvoston selvitys-ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 50_2017_Toiminnalliset+alueet+ja+kasvuvyöhykkeet+Suomessa.pdf (tietokayttoon.fi)

Tabell 2: Avstånd från kommundelarna i Kronoby till orter som är relevanta i reformen

	Österbottens välfärdsområde		Mellersta Österbottens välfärdsområde		
	Jakobstad	Vasa	Åbo	Karleby	Uleåborg
Kronoby	23	108	423	18	213
Nedervetil	45	130	424	21	213
Terjärv	51	136	403	42	224

3.2. Österbotten och Mellersta Österbotten

I tabell 3 sammanfattas ett antal centrala nyckeltal för Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden. Bland de 21 välfärdsområdena är Österbotten (175 186 invånare) medelstort och Mellersta Österbotten (67 988 invånare) det minsta.

Områdenas språkliga och demografiska profil skiljer sig åt. Servicebehovskoefficienterna, som beskriver behovet av vård och lägger grunden för välfärdsområdenas kommande finansiering, ligger något under landets genomsnitt i Österbotten och något över genomsnittet i Mellersta Österbotten.

Tabell 3: Nyckeltal för Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden. Källor: Sotkanet.fi, tilastokeskus.fi, Finansministeriets uppgifter om välfärdsområdenas finansiering

	Österbottens välfärdsområde	**Mellersta Österbottens välfärdsområde**	**Kronoby**
Invånarantal	175 186	67 988	6 416
Antal kommuner	14	9	-
Den största kommunens andel av befolkningen i välfärdsområdet (%)	38,4	70,3	-
Antal svenskspråkiga	89 085	6 149	4 942
Andel (%) svenskspråkiga	50,7	9,0	77,0
Antal tvåspråkiga kommuner	13/14	1/9	-
Servicebehovskoefficient för hälso- och sjukvården (hela landet = 1)	0,94	1,05	0,95
Servicebehovskoefficient för äldreomsorgen (hela landet = 1)	1,00	1,10	1,24
Servicebehovskoefficient för socialvården (hela landet = 1)	0,84	1,08	0,87

3.3. Områden och organisationer som berörs av reformen

3.3.1 Österbottens välfärdsområde

Österbottens välfärdsområde (175 816 invånare) omfattar de 14 kommunerna Kristinestad, Kaskö, Närpes, Korsnäs, Malax, Laihia, Vasa, Korsholm, Vörå, Nykarleby, Pedersöre, Jakobstad, Larsmo och Kronoby.

Social- och hälsovårdens organisering före reformen

13 kommuner ingår i Vasa sjukvårdsdistrikt som ansvarar för den specialiserade sjukvården. Kronoby ingår i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt som också ansvarar för social- och primärvården.

Social- och primärvården organiseras fram till 31.12.2021 inom ramen för tre samarbetsområden enligt värdkommunmodellen (värdkommuner Jakobstad, Korsholm och Vasa) en samkommun (K5).

De 13 kommunerna i Vasa sjukvårdsdistrikt har beslutat att från och med 1.1.2022 överföra ansvaret för all social-, hälso- och sjukvård till den frivilliga samkommunen Österbottens välfärdsområde (HKY). Den frivilliga välfärdssamkommunens verksamhet upphör när välfärdsområdesreformen träder i kraft 1.1.2023.

Det lagstadgade välfärdsområdet 1.1.2023–

Det lagstadgade Österbottens välfärdsområde har från och med 1.1.2023 organiseringsansvaret för socialvården, hälso- och sjukvården samt räddningsväsendet i de 14 kommunerna i landskapet Österbotten.

Räddningsverksamhet som för tillfället organiseras inom ramen för Österbottens räddningsverk (värdkommun Vasa stad) och, för kommunerna Jakobstad, Larsmo och Kronoby, räddningsverket för Mellersta Österbotten och Jakobstadsregionen (värdskommun Karleby stad).

Härutöver kommer delar av den verksamhet som nu organiseras inom specialomsorgsdistrikten Kårkulla och Eskoo att integreras i välfärdsområdets verksamhet.

3.3.2. Mellersta Österbottens välfärdsområde

Mellersta Österbottens välfärdsområde (67 988 invånare) omfattar de åtta kommuner i landskapet Mellersta Österbotten: Karleby, Halsua, Kannus, Kaustinen, Lestijärvi, Perho, Toholampi och Veteli.

Social- och hälsovårdens organisering före reformen

Sedan 2017 ansvarar samkommunen Soite för den socialvård, primärvård och specialistvård som enligt lag hör till kommunerna och sjukvårdsdistriktet.

Utöver de åtta kommunerna i Mellersta Österbotten är Kronoby medlem av Soite. Reisjärvi (landskapet Norra Österbotten) är partiell medlem av samkommunen.

Det lagstadgade välfärdsområdet 1.1.2023–

Det lagstadgade Mellersta Österbottens välfärdsområde har från och med 1.1.2023 organiseringsansvaret för socialvården, hälso- och sjukvården samt räddningsväsendet i de 8 kommunerna i landskapet Mellersta Österbotten. Ansvaret för räddningsväsendet övergår till välfärdsområdet från räddningsverket för Mellersta Österbotten och Jakobstadsregionen (värdkommun Karleby stad).

3.4. Lagstadgat samarbete inom större geografiska områden

3.4.1 Samarbetsområden för social- och hälsovården

För samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena finns fem samarbetsområden för social- och hälsovården (L 612/2021 §35). Områdesindelningen motsvarar den tidigare indelningen i specialupptagningsområden (ERVA).

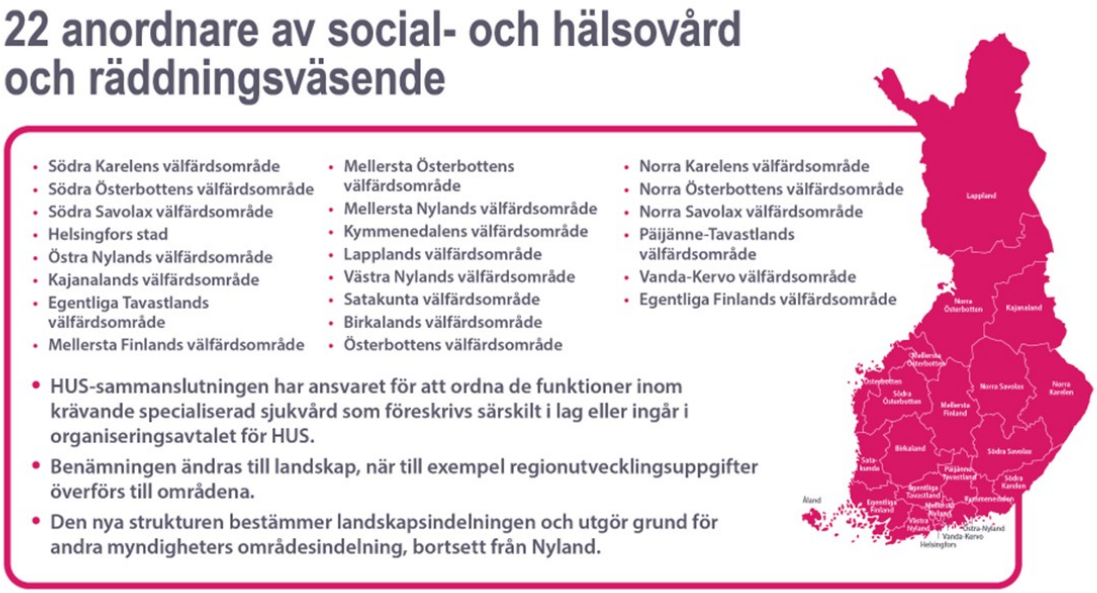
Samarbetsområdena har ingen självständig juridisk status (inga egna beslutande organ, ingen budget), men lagstiftningen förpliktar välfärdsområdena inom samma samarbetsområde att avtala bland annat om arbetsfördelning och investeringar.

Österbottens välfärdsområde hör till samarbetsområdet för Åbo universitets centralsjukhus tillsammans med välfärdsområdena i Egentliga Finland och Satakunta. Mellersta Österbottens välfärdsområde hör till samarbetsområdet för Uleåborgs universitetscentralsjukhus tillsammans med välfärdsområdena i Norra Österbotten, Kajanaland och Lappland.

3.4.2. Samarbete mellan tvåspråkiga välfärdsområden

Enligt 39 § i L 612/2021 om organisering av social- och hälsovården ska de tvåspråkiga välfärdsområdena ingå ett avtal för att garantera att de svenskspråkigas språkliga rättigheter tillgodoses inom social- och hälsovården. Avtalet gäller i första hand krävande eller ovanliga tjänster där befolkningsunderlaget och resurserna inte är tillräckliga i de enskilda områdena. I praktiken gäller det bl.a. de expert- och utvecklingstjänster inom funktionshinderservicen som nu tillgodoses av Kårkulla.

Förpliktelsen att samarbeta gäller åtta tvåspråkiga välfärdsområden: Mellersta Österbotten, Österbotten, Egentliga Finland, Västra Nyland, Helsingfors, Östra Nyland, Vanda-Kervo och Kymmenedalen. Egentliga Finlands välfärdsområde har ansvar för att samordna samarbetet mellan de tvåspråkiga områdena.



Figur 1: Karta över välfärdsområdena från och med 1.1.2023. Källa: soteuudistus.fi

4. Reformens tidtabell

Välfärdsområdesreformen genomförs stegvis under åren 2021–2029 (se tabell 4). Reformlagstiftningen godkändes av riksdagen 23.6.2021. Genomförandelagen (616/2021) och delar av substanslagstiftningen trädde i kraft 1.7.2021.

Under tiden 1.7.2021–28.2.2022 ligger ansvaret för genomförandet av reformen hos temporära beredningsorgan. De temporära beredningsorganen består av tjänsteinnehavare i de myndigheter som ingår i de kommande välfärdsområdena. Vasa sjukvårdsdistrikt och Soite har tillsatt temporära beredningsorgan för Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden.

De temporära beredningsorganen förbereder överföringen av vården och räddningsväsendet till välfärdsområdena. Det temporära beredningsorganet ska bereda ett underlag för hur personal, egendom och avtal övergår från nuvarande serviceproducenter till välfärdsområdet. Om medlemskommunerna i ett sjukvårdsdistrikt hör till olika välfärdsområden ska tillgångarna, skulderna och förbindelserna delas i proportion till ägarandelarna.

- Genomförandelagen innehåller inga undantagsbestämmelser för Kronoby och kommuner i motsvarande situation.
- De temporära beredningsorganen i Österbotten och Mellersta Österbotten har ansvar för att göra upp underlag för hur personalen, egendomen och avtalen övergår från de nuvarande arbetsgivarna (Soite (vården), Mellersta Österbottens räddningsverk (räddningsväsendet) och Kronoby kommun (skolkuratorer och –psykologer) till Österbottens välfärdsområde.
- Beslutsunderlaget är centralt för att senare kunna fatta beslut om hur tjänsterna ska organiseras i praktiken.

Det första välfärdsområdesvalet hålls 23.1.2022. Välfärdsområdesfullmäktige fattar under perioden 1.3–31.12.2022 politiska beslut med utgångspunkt i den beredning som gjorts inom ramen för den temporära beredningen. Fullmäktige fattar beslut bland annat om välfärdsområdesstrategin och servicestrategin, som innehåller de centrala principerna för hur vården ska organiseras och produceras.

- Fullmäktige fattar de slutliga besluten om hur personalen och egendomen ska fördelas.
- Bindande beslut om samarbetsavtal mellan välfärdsområden kan fattas efter att välfärdsområdesfullmäktige tillträtt 1.3.2022. I välfärdsområdesstrategin och servicestrategin fastslår välfärdsområdesfullmäktige i vilken omfattning och på vilka villkor vård- och räddningstjänsterna ska produceras i samarbete med andra välfärdsområden.

Organiseringsansvaret för vården och räddningsväsendet övergår till välfärdsområdena 1.1.2023.

- Personalen inom vården och räddningsväsendet har nu välfärdsområdet som arbetsgivare.
- Välfärdsområdet hyr vårdlokaler av kommunen.
- Kommunernas rätt att höja inkomstskattesatsen begränsas temporärt för att hindra att det totala skattetrycket ökar.
- Samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena ska vara klara senast 1.9.2023.

Åren 2023–2024 är en övergångsperiod där uppbyggnaden av välfärdsområdenas organisation och verksamhet kommer att kräva stora insatser. Den statliga finansieringen är högre under 2023–2024 för att beakta det ökade servicebehovet och omställningskostnaderna.

- Genomförandelagen innehåller särskilda bestämmelser för övergångsarrangemangen i vissa namngivna områden eller verksamheter: specialomsorgsdistrikten Kårkulla, Eteva, Eskoo och Vaalijala, Nylands särlösning samt Lappland och Södra Savolax (undantagslov för samjour på två orter)
- Genomförandelagen (616/2021) innehåller inga särskilda bestämmelser för hur övergångsperioden ska hanteras för Kronobys, Mörskoms och Pukkilas del

Tabell 4: Reformens tidtabell. Källor: L 616/2021, soteuudistus.fi

År	Reformprocessen	Vem ansvarar för vården och räddningsväsendet för Kronobys del?
2021	Lagen träder i kraft 1.7.2021 De temporära beredningsorganen (VATE) tillträder	Soite Räddningsverket för Mellersta Österbotten och Jakobstadsregionen
2022	Första välfärdsområdesvalet Välfärdsområdesfullmäktige tillträder 1.1.2022	
2023	Organiseringsansvaret för vården och räddningsväsendet övergår till välfärdsområdena Temporärt skattestopp: kommunen får inte höja kommunalskatten. [Riksdagsval]	Organiseringsansvaret övergår till Österbottens välfärdsområde
2024	Statsrådets beslut om eventuella förändringar av landskapsindelningen senast 31.12.2021 med tanke på valet 2025 och indelningsändring 1.1.2026.	
2025	Andra välfärdsområdesvalet Första möjligheten att införa utvärderingsförfarande för välfärdsområden enligt § 122 i L 611/2021 Obligatoriska samarbetsavtal mellan välfärdsområden (§36-39 i L 612/2021) träder senast i kraft Hyresavtal för kommunala vårdfastigheter gäller åtminstone till 2025	
2026	Sannolikt första tidpunkt för byte av landskap/välfärdsområde Eventuellt införande av landskapsbeskattning Eventuell utvidgning av välfärdsområdenas uppgifter	
2027		
2028		
2029	Tredje välfärdsområdesvalet Sista året när övergångskostnaderna beaktas i välfärdsområdenas finansieringsmodell	

Åren 2025–2026 är en viktig hållpunkt i processen, eftersom det markerar övergången till en mer permanent organisation.

- Det andra välfärdsområdesvalet hålls i april 2025 samtidigt som kommunalvalet.
- Lagstadgade samarbetsavtal mellan välfärdsområdena inom ett samarbetsområde och mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena ska vara godkända före utgången av 2025.
- Hyresavtal mellan välfärdsområdet och kommunen gäller åtminstone till slutet av 2025.

- Eventuella processer där en kommun byter välfärdsområde kan sannolikt verkställas tidigast från 2026, eftersom processen är knuten till tidtabellen för välfärdsområdesval. (L 614/2021, § 11, 2 mom.).
- Utvärderingsförfarande enligt § 122 i välfärdsområdeslagen (sanering av ekonomin, eventuell process för sammanslagning av välfärdsområden) kan tidigast inledas med utgångspunkt i boksluten för 2023 och 2024.
- Regeringsprogrammet utgår ifrån att eventuell lagstiftning om landskapsbeskattning och utökade uppgifter för välfärdsområdena kan träda i kraft från och med 2026.

Reformen ska enligt planerna vara slutligt genomförd vid slutet av år 2029.

- Det tredje välfärdsområdesvalet hålls i april 2029 samtidigt som kommunalvalet.
- Övergångsutjämningen i finansieringssystemet fasas ut.

5. Vad betyder reformen för invånarna? Principiella förändringar

5.1. Medlem och väljare

Alla invånare som bor i en kommun inom ett välfärdsområde är medlemmar av välfärdsområdet. Var och en kan vara medlem endast av ett välfärdsområde.

De demokratiska rättigheterna (rösträtt, valbarhet, allmän initiativrätt och rösträtt i folkomröstningar) är knutna till det välfärdsområde där en person är medlem. Det betyder att Kronobyborna röstar, är valbara och kan ta initiativ i Österbottens välfärdsområde (tabell 5).

Den som använder tjänster som produceras av ett annat välfärdsområde har vissa lagstadgade, men betydligt snävare, möjligheter att direkt påverka de tjänster de använder. De som använder tjänster som produceras av ett annat välfärdsområde har initiativrätt i frågor som rör tjänsterna. När välfärdsområdena erbjuder invånarna olika kanaler att delta och påverka enligt § 29 i välfärdsområdeslagen ska de beakta både välfärdsområdets invånare och de som använder tjänsterna.

Tabell 5: Översikt över invånarnas demokratiska rättigheter och påverkningsmöjligheter i välfärdsområdet L om välfärdsområden 611/2021

	Gäller	**Status**
Invånarnas demokratiska rättigheter • **Rösträtt i välfärdsområdesval (§28)** • **Rösträtt i folkomröstning (§31)** • **Valbarhet (§ 76-83)**	Välfärdsområdets medlemmar	Lagstadgad
Initiativrätt (§30)	Välfärdsområdets medlemmar (allmän initiativrätt) De som använder välfärdsområdets tjänster (initiativrätt i frågor som rör tjänsten)	Lagstadgad (men ingen garanti för att initiativen förverkligas)
Påverkansorgan (§ 32) • **Ungdomsfullmäktige** • **Äldre råd** • **Råd för personer med funktionsnedsättning**	Välfärdsområdets medlemmar (utses bland medlemmar i kommunernas motsvarande råd)	Lagstadgade
Övriga möjligheter att delta och påverka (§29)	Välfärdsområdets medlemmar och de som använder välfärdsområdets tjänster	Välfärdsområdet bestämmer på vilket sätt möjligheterna förverkligas

5.2. Skattebetalare

Reformen innebär att invånarna kommer betala en större del av sin inkomstskatt till staten. Idag betalar Kronobyborna 22 % i inkomstskatt till Kronoby kommun. Avkastningen av skatten används bland annat för att finansiera vården. År 2023 genomförs en skatteväxling där den kommunala

skattesatsen kapas med en jämnstor andel (senaste uppskattning 12,39%) som överförs till staten som sedan fördelar pengarna vidare till välfärdsområdena. Andelen är lika stor oberoende av var man bor I fortsättningen betalar Kronobyborna en lägre andel skatt till kommunen (cirka 9.61%), men ungefär lika mycket skatt totalt[9].

5.3. Serviceanvändare

Det välfärdsområde invånaren är medlem i har ansvar för att se till att invånarna får den service de har behov av. Välfärdsområdet ska planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. I fråga om bedömning av kundens individuella servicebehov och vårdbehov gäller särskilda bestämmelser. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet. Välfärdsområdet ansvarar för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter (L 612/2021, §4).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, kap. 6) har invånarna inom vissa ramar rätt att välja hälsostation och sjukhus. Reformen varken utvidgar eller minskar invånarnas lagstadgade valfrihet inom hälso- och sjukvården[10]. Valfriheten gäller inte socialvården, elevvården eller räddningsväsendet.

Inom primärvården har invånarna möjlighet att välja hälsostation var som helst i Finland. Byte av hälsostation kan ske en gång per år och gäller alla tjänster inom primärvårdens öppenvård inklusive munhälsovården. Det går till exempel inte att välja en hälsostation för munhälsovård och en annan för barn- och mödrarådgivning.

Valfriheten omfattar en stor del av bashälsovårdstjänsterna (öppenvårdsmottagning, barn- och mödrarådgivning, munhälsovård, mentalvård och missbrukarvård). Valfriheten gäller inte skolhälsovård, studerandehälsovård, hemsjukvård eller långvarig institutionsvård.

Inom specialistvården kan patienten välja sjukhus för icke-brådskande vård. Valet av vårdenhet sker i samråd med läkare och förutsätter alltid remiss. Invånaren kan inte välja specialistvård om sjukdomen eller tillståndet kan hanteras i primärvården.

Valfriheten inom specialistvården används redan idag i omfattande utsträckning inom Soites område, där nästan en fjärdedel av specialistvårdens klienter kommer från andra sjukvårdsdistrikt. Däremot är byten av hälsostation ovanligare än i landet i genomsnitt[11].

---

[9] Det slutliga beloppet fastslås 2022 Kuntatalousohjelma - Valtiovarainministeriö (vm.fi) Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat - (soteuudistus.fi)

[10] En detaljerad beskrivning av valfrihetssystemet finns till exempel på suomi.fi Val av vårdenhet - Suomi.fi

[11] Sotkanet, Invånarnas valfrihet, indikatorerna 5008, 5071 och 5072

6. Vad betyder reformen ur Kronoby kommuns synvinkel? Principiella förändringar

6.1. Allmänna konsekvenser för kommunernas ställning

Reformen innebär stora förändringar för kommunens roll i det finländska förvaltningssystemet. När organiseringen och finansieringen av vården och räddningsväsendet flyttar över till välfärdsområdena har kommunen inte länge en aktiv roll inom ordnandet av vård- och räddningstjänster. Förändringen är stor i förhållande till dagens system, där både finansieringen och den demokratiska styrningen av social- och hälsovården utgår från kommunerna.

Kommunerna är medlemmar av välfärdsområdet, vilket medför bl.a. rätt att ta initiativ och att överklaga beslut som fattas inom välfärdsområdet. Kommunerna och välfärdsområdet ska regelbundet samråda om de gemensamma målen för verksamheten. Kommunindelningen har däremot ingen formell betydelse när välfärdsområdet organiserar sin verksamhet.

Kommunerna har också efter reformen ansvar för att främja invånarnas hälsa och välfärd. Ansvaret är knutet till de lagstadgade uppgifter kommunen har ansvar för, t.ex. utbildning och planläggning (L 612/2021, § 6).

6.2. Verksamhet som berörs av reformen

De verksamheter som berörs av reformen står i nuläget för över 60 % av Kronoby kommuns driftsbudget. Kommunens samlade utgifter för social- och hälsovården var år 2020 ungefär 23,5 miljoner euro, av vilket den grundläggande social- och hälsovården stod för cirka två tredjedelar (15,7 miljoner euro) och specialsjukvården för en tredjedel (se tabell 6).

Tabell 6: Den ekonomiska omfattningen av den verksamhet som berörs av reformen. Bokslutsuppgifter 2020. Källor: Soites och räddningsverkets bokslut.

	Kronobys totala utgifter 2020 enligt bokslut (euro)	Största utgiftsposterna
Social- och hälsovård	15 743 136	Vård och omsorg 8,01 ME Handikappservice 2,40 ME Mottagningstjänster 2,02 ME Familjestödsservice 1,25 ME
Specialsjukvård inom Soite	6 188 247	Somatisk sjukvård 3,41 ME (härav kirurgi och onkologi 1,47 ME och kardiologi 0,88 ME) Jourtjänster 1,07 ME Neurologi 0,54 ME
Specialsjukvård i övriga sjukvårdsdistrikt	1 573 439	
Räddningsväsendet	614 629	
TOTALT	24 119 451	

6.3. Konsekvenser för personalen och organisationen

Av den personal som för tillfället är anställd av Kronoby kommun övergår psykologerna och skolkuratorerna (totalt 2,5 årsverken) till välfärdsområdet. Vårdpersonalen både i Kronoby och i Karleby är anställd av Soite. Inom Soites enheter i Kronoby kommun arbetar personal motsvarande

85 årsverken. Som ett led i den temporära beredningen ska beredningsorganen i Österbotten och Mellersta Österbotten göra upp en plan över vilken personal som övergår till Österbottens välfärdsområde. Här beaktas också den personal som arbetar i Karleby. Välfärdsområdesfullmäktige fattar de slutliga besluten om personalens ställning.

Eftersom en annan huvudman, först Karleby stad och sedan Soite, sedan 2009 ansvarat för social- och hälsovården har reformen få eller inga konsekvenser för den övriga kommunalt anställda personalen.

Kommunens politiska och administrativa organisation är redan anpassad till att kommunen inte ordnar social- och hälsovården i egen regi.

6.4.Konsekvenser för den kommunala ekonomin

Konsekvenserna för den kommunala ekonomin är i huvudsak de samma oberoende av till vilket välfärdsområde Kronoby hör, eftersom finansieringen av social- och hälsovården helt kopplas loss från den kommunala ekonomin.

Social- och hälsovården finansieras genom att en del av den skatt kommuninvånarna nu betalar till kommunen överförs till staten, som fördelar finansieringen mellan välfärdsområdena med utgångspunkt i de fastslagna finansieringskriterierna. Alla invånare i Finland kommer att bidra med en jämnstor andel av sina inkomster (12,39% enligt nu aktuella beräkningar, den slutliga nivån fastslås 2022) till finansieringen av välfärdsområdenas uppgifter.

Den kommunala inkomstskattesatsen i Kronoby är för tillfället 22 %. Den kalkylerade inkomstskattesatsen efter reformen är 22–12,39, dvs. 9,61%.[12]

Enligt Finansministeriets bedömning av kommunernas ekonomiska situation när reformen är genomförd innebär reformen för Kronobys del att den driftsekonomiska balansen förbättras och att det finns ett visst utrymme att sänka inkomstskattesatsen[13].

6.5. Konsekvenser för fastigheterna

De lokaler som används inom kommunalt ordnad primärvård, specialiserad sjukvård, socialväsende och räddningsväsende övergår i välfärdsområdets besittning den 1 januari 2023. Välfärdsområdet ska hyra lokalerna av kommunen åtminstone fram till utgången av år 2025. I Kronoby berör bestämmelsen fastigheterna Sandbacka vårdcenter, Terjärv vårdcenter, Nedervetil servicecenter, Kronoby hälsostation, Kronoby brandstation, Terjärv brandstation och Nedervetil brandstation.

Om välfärdsområdet inte länge behöver fastigheterna efter 2025 ersätts kommunen bara om det ekonomiska ansvaret för fastigheterna skulle äventyra kommunens ekonomiska självbestämmanderätt[14].

[12] Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat - (soteuudistus.fi)
[13] Kuntatalousohjelma - Valtiovarainministeriö (vm.fi)
[14] Sote-uudistuksen vaikutukset kuntien omaisuuteen - (soteuudistus.fi)

7. En ny demokratisk nivå

7.1. Välfärdsområdesfullmäktige och välfärdsområdesval[15]

Den högsta beslutanderätten i välfärdsområdet utövas av välfärdsområdesfullmäktige som väljs direkt av invånarna. Utöver fullmäktige ska ett välfärdsområde ha en styrelse och en revisionsnämnd och i tvåspråkiga välfärdsområden en nationalspråksnämnd. Dessutom kan varje välfärdsområde i förvaltningsstadgan bestämma om vilka nämnder och andra organ det ska finnas. Välfärdsområden som samarbetar kan ha ett gemensamt organ.

I ett område med upp till 200 000 invånare är antalet ledamöter i välfärdsområdesfullmäktige minst 59. Antalet ledamöter i välfärdsområdesfullmäktige är avsevärt större än antalet ledamöter i de nuvarande sjukvårdsdistriktens/välfärdssamkommunernas fullmäktige (Vasa sjukvårdsdistrikt 34, Soite 25).

Välfärdsområdesfullmäktige ansvarar på samma sätt som kommunfullmäktige för de strategiska riktlinjerna för verksamheten: budget, förvaltningsstadga, välfärdsområdesstrategi och servicestrategi. De första fullmäktigeförsamlingar som väljs i januari 2022 kommer att ha en central roll i uppbyggnaden av den nya organisationen.

Vid valet utgör hela välfärdsområdet en enda valkrets. Varje parti eller lista kan nominera högst 1,25 gånger så många kandidater som antalet ledamöter i välfärdsområdesfullmäktige. I Österbotten och Mellersta Österbotten innebär det här maximalt 74 kandidater per parti/lista när antalet fullmäktigeplatser är 59. Mandaten i välfärdsområdesfullmäktige fördelas mellan partierna på samma sätt som i kommunalval och riksdagsval (d' Hondts princip).

I praktiken betyder det här att

- Kommunindelningen inte har någon formell betydelse när välfärdsfullmäktige utses
- En väljare kan rösta på vilken som helst av de kandidater som ställt upp i valet av välfärdsfullmäktige
- Det totala antalet röster på ett parti/en lista avgör mandatfördelningen i fullmäktige
- Kandidaternas personliga röstetal avgör vilka av partiets eller listans kandidater som kommer att bli invalda
- Kandidatnomineringen (trovärdiga och synliga kandidater) och väljarnas röstningsbeteende (röstkoncentration) är avgörande om man vill säkra representation från ett bestämt geografiskt område

7.2. Kalkylerad fullmäktigesammansättning i Österbotten och Mellersta Österbotten

I valet 2022 röstar Kronobyborna i valet av välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten. Kronobyborna utgör 3,6 % av alla röstberättigade i området. En simulering av hur mandatfördelningen kunde se ut finns i tabell 7. Beräkningarna har gjorts med utgångspunkt i hur rösterna fördelades i riksdagsvalet 2019[16], eftersom det bättre än kommunalvalsresultatet avspeglar hur rösterna fördelas mellan partierna i hela regionen.[17]

Med utgångspunkt i antalet invånare och antalet röstberättigade är det sannolikt att ungefär två (2) kandidater från Kronoby blir invalda i välfärdsområdesfullmäktige. Det faktiska utfallet beror på

---

[15] Vallag 714/1998 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ® Lag om välfärdsområden 611/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

[16] Statistikcentralen - Val - Riksdagsval (tilastokeskus.fi)

[17] Kommunförbundets prognos med utgångspunkt i kommunalvalsresultaten 2021 visar att den stora bilden är den samma också när kommunalvalsresultatet fungerar som prognosgrund Prognos: Så fördelas makten över social- och hälsovården efter valet i januari | Kommuntorget.fi

fördelningen av rösterna mellan kandidaterna på samma lista, på valdeltagandet och på i vilken mån väljarna koncentrerar sina röster regionalt.

Tabell 7: Hypotetisk mandatfördelning i välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten (14 kommuner) med utgångspunkt i resultaten i riksdagsvalet 2019. Valstatistiken från tilastokeskus.fi OBS! Uppdaterad 21.9.2020. Första versionen (utskick 15.9.2021) var felaktig.

Parti	Antal röster	Av dem i Kronoby	Kalkylerad mandatfördelning
Svenska folkpartiet	46 755	2 582	29
Socialdemokraterna	15 612	290	9
Sannfinländarna	11 456	209	7
Samlingspartiet	7 338	99	4
Kristdemokraterna	6 974	362	4
Centern	4 153	205	2
Gröna	3 679	71	2
Vänsterförbundet	3 758	39	2
TOTALT	101 094	3 890	59

En kalkyl av mandatfördelningen i välfärdsområdesfullmäktige i Mellersta Österbotten finns i tabell 8. Trots att Kronobyborna inte röstar i välfärdsområdesvalet i Mellersta Österbotten 2022 har välfärdsområdesfullmäktige betydelse för servicen i Kronoby, eftersom eventuella samarbetsavtal ska godkännas av båda välfärdsområdenas fullmäktige.

Alternativ a) beskriver nuläget, alternativ b) en hypotetisk situation där Kronoby ingår i Mellersta Österbotten. I Mellersta Österbotten skulle Kronobyborna utgöra 8,7% av de röstberättigade och kunde sannolikt få 4–5 platser i fullmäktige, beroende på hur rösterna fördelas mellan kandidaterna på samma lista och på i vilken mån väljarna koncentrerar sina röster regionalt.

Tabell 8: Hypotetisk mandatfördelning i välfärdsområdesfullmäktige i Mellersta Österbotten med utgångspunkt i riksdagsvalet 2019. Valstatistiken från tilastokeskus.fi OBS! Uppdaterad 21.9.2020

	a) Nuläget (8 kommuner)		**b) hypotetisk fördelning om Kronoby skulle höra till Mellersta Österbotten (9 kommuner)**		
	Antal röster	Kalkylerad mandatfördelning	Antal röster	Av dem i Kronoby	Kalkylerad mandatfördelning
Centern	11 691	21		205	18
Sannfinländarna	7 370	13		209	11
Socialdemokraterna	6 041	10		290	10
Svenska folkpartiet	2 277	4		2 582	7
Kristdemokraterna	2 200	3		362	4
Samlingspartiet	2 171	3		99	4
Gröna	1 909	3		71	3
Vänsterförbundet	1 266	2		39	2
TOTALT	37 607	59		3 890	59

8. En ny finansieringsmodell

Välfärdsområdena beviljas statlig finansiering med utgångspunkt i en modell som i huvudsak bygger på servicebehovet i regionen, på invånarantalet och på ett antal omgivningsfaktorer, t.ex. befolkningstäthet och tvåspråkighet. På nationell nivå bestämmer behovsfaktorerna 81 % av finansieringen, 13 % av invånarantalet och 6 % av övriga faktorer. Förenklat uttryckt får välfärdsområden med högt servicebehov större statlig finansiering. I Österbottens välfärdsområde är det kalkylerade servicebehovet lägre än i landet i genomsnitt och i Mellersta Österbotten aningen högre än i landet i genomsnitt (tabell 9a). Omgivningsfaktorer, speciellt tvåspråkigheten, har en större betydelse för finansieringen i Österbottens välfärdsområde. Räddningsväsendets finansiering (tabell 9b) beräknas med utgångspunkt i invånarantal, riskfaktorer och befolkningstäthet.

Tabell 9a: Kalkylerad finansiering för social- och hälsovården i Österbotten och Mellersta Österbotten. Jämförelse: de budgeterade kostnaderna för social- och hälsovården i Kronoby är 3 717 € för år 2021.

Finansministeriet april 2021[18]. OBS! Välfärdsområdenas slutliga finansieringsnivå slås fast 2022.

Kriterium	%	Hela landet €/invånare	Österbotten €/invånare	Mellersta Österbotten €/invånare
Invånarantal	13,424	492	492	492
Servicebehov: Hälsovård	47,808	1 751	1 641	1 837
Servicebehov: Äldreomsorg	15,983	585	585	646
Servicebehov: Socialvård	17,659	647	541	698
Inslag av främmandespråkiga	2,000	73	70	29
Tvåspråkighet	0,500	18	203	36
Befolkningstäthet	1,500	55	42	74
Inslag av skärgård	0,113	4	20	0
Kriterium för främjande av hälsa och välfärd (HYTE)	1,000	37	32	36
Samiskspråkighet	0,013	0	0	0
	100%	3 663	3 626	3 848

Om den kalkylerade finansieringen är lägre än kostnaderna för social- och hälsovården i dagens system utjämnas skillnaden under åren 2023–2029 för att ge välfärdsområdena tid att genomföra reformer som på sikt ökar en effektiv användning av resurserna.

Utgångspunkten är att den statliga finansieringen och avgiftsintäkterna ska täcka kostnaderna för servicen till invånarna, vilket kräver att välfärdsområdena hanterar resurserna på ett effektivt sätt

[18] Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler - (soteuudistus.fi)

och att den potential som finns i att samordna servicen på ett större område kan realiseras[19]. Om det finns risk för att välfärdsområdenas kapacitet att ge service till invånarna kan de beviljas tilläggsfinansiering. Utöver den statliga finansieringen har välfärdsområdena intäkter från serviceavgifter.

Finansieringen beräknas för befolkningen i hela välfärdsområdet. Varken kalkylerna eller användningen är kopplade till nuvarande kommuner, utan till hela regionen. Eftersom välfärdsområdet saknar beskattningsrätt har välfärdsområdena inte på samma sätt som kommunerna idag möjlighet att höja sina inkomster om finansieringen inte räcker till för att täcka kostnaderna.

Nivån på finansieringen justeras i förhållande till förändringar i befolkningen och servicebehovet.[20] I Mellersta Österbotten kommer befolkningsminskningen att minska finansieringen med 0,7–0,9 miljoner euro årligen under åren 2023–2029. I Österbotten är effekten av befolkningsminskningen minus 0,3–0,6 miljoner euro årligen under samma tid.

Tabell 9b: Kalkylerad finansiering för räddningsväsendet. Källa: Finansministeriets kalkyler 30.4.2021

Kriterium	%	Hela landet €/invånare	Österbotten €/invånare	Mellersta Österbotten €/invånare
Invånarantal	65	56	56	56
Befolkningstäthet	5	7	6	6
Riskfaktorer	30	26	26	29
TOTALT	100	86	88	91

[19] Sote-maakunnan kestävä käynnistäminen sekä rakentaminen talouden ja rahoituksen näkökulmasta (vaasankeskussairaala.fi)
[20] Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler - (soteuudistus.fi)

9. Reformens konsekvenser för servicen till invånarna

Välfärdsområdesreformen omfattar lagstadgade tjänster och myndighetsuppgifter i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), socialvårdslagen (1301/2014) och räddningslagen (379/2011) samt lagen om elev- och studerandevård (1287/2013). Uppgifterna är olika till sin karaktär och principerna för hur man får service varierar. Reformens konsekvenser för enskilda medborgare varierar beroende på enligt vilka principer servicen ordnas.

Inom *hälso- och sjukvården* kan medborgarna självmant söka sig till vård på grund av sjukdom eller livssituation. Inom vissa ramar har invånarna rätt att välja att få vård vid en hälsostation eller ett sjukhus utanför det välfärdsområde där man bor.

Inom den service som omfattas av *socialvårdslagen* (äldreomsorg, handikappservice, barnskydd et) bygger en kundrelation alltid på ett myndighetsbeslut och/eller en bedömning av en yrkesutbildad person inom socialvården. Invånarna har rätt till stöd och service, men socialvården omfattas inte av samma valfrihet som hälso- och sjukvården. Socialvården innehåller inslag av utövande av offentlig makt där man ingriper i individernas rättigheter.

Organiseringen av *elev- och studerandevården* bygger på principen om tillgänglighet. Kurators- och psykologtjänsterna ska vara lättillgängliga där elever och studenter finns och välfärdsområdet ska i första hand anordna tjänsten i läroanstalterna.

Räddningsverksamheten är myndighetsutövning som är inriktad på att förbättra säkerheten och förhindra olyckor. Enskilda medborgare kan inte efterfråga eller beställa en viss form av räddningsverksamhet.

Att verksamheterna är olika till sin natur innebär också att de är olika känsliga för att organiseringsansvaret övergår från en organisation till en annan, i det konkreta fallet från Soite, Kronoby kommun och Mellersta Österbottens räddningsverk till Österbottens välfärdsområde. Ur den enskilda individens synvinkel märks reformen olika mycket beroende på vilken serviceform det är frågan om. I de följande avsnitten beskrivs på ett övergripande plan hur olika typer av service påverkas av att reformen och den förändrade ansvarsstrukturen.

9.1. Konsekvenser för servicen inom social-, hälso- och sjukvården

Social-, hälso- och sjukvården omfattar ett stort antal olika verksamheter, som styrs av olika regelverk och fungerar enligt olika principer ur kundens synvinkel. Ett sätt att analysera vilka konsekvenser som uppstår om organiseringsansvaret för social- och hälsovården övergår från Soite till Österbottens välfärdsområde är att analysera situationen med utgångspunkt i *var* tjänsterna erbjuds[21]. Analysen utgår från en situation där välfärdsområdena inte slutit några avtal om servicen i Kronoby.

[21] Lähipalvelut - mitä nekin nyt ovat? | Kuntaliitto.fi RP 241/2020 rd (eduskunta.fi)

Tabell 10: Analys av hur reformen påverkar olika typer av social- och hälsovårdstjänster ur invånarnas synvinkel

Var produceras tjänsten?	Typ av tjänster	Nuläge	Efter reformen (eventuella avtal inte beaktade)	Förändring ur kundens/ invånarens synvinkel
Invånarens/kundens hem eller vardagsmiljö	Hemvård Hemsjukvård Digitala hälsovårdstjänster Elev- och studerandevård Räddningstjänster	Produceras av Soite, räddningsverket eller privat producent i kundens hem/närmiljö	Produceras av Österbottens vfo eller privat producent i kundens hem/närmiljö	Relativt liten
Hemkommunen	Hälsovårdsmottagning Munhälsovård Effektiverat serviceboende	Produceras av Soite eller privat producent i kundens hemkommun	Produceras av Österbottens vfo eller privat producent i kundens hemkommun	Varierande, beroende av beslut
Regionalt	Dygnet runt-jour Somatisk sjukvård Specialtjänster inom socialvården	Soite/Karleby	Österbottens välfärdsområde Vasa	Relativt stor
Nationellt	Högspecialiserad sjukvård	OYS samarbets-område	ÅUCS Samarbets-område	Relativt stor

En stor och växande del av servicen inom social- och hälsovården erbjuds i kundens hem eller dagliga närmiljö. Här ingår tjänster som hemvård, hemsjukvård och hemrehabilitering, men också växande omfattning social- och hälsovårdscentralstjänster på distans. Både Soite och Österbottens välfärdsområde utvecklar sin verksamhet med tanke på att de mottagningsbesök som inte tillför mervärde för vårdprocessen ska ersättas med distanstjänster via digitala plattformar eller telefon. Under åren 2018-2020 skedde 25-41% av Kronobybornas registrerade kontakter med den öppna vården på distans.[22] Det är samtidigt viktigt att notera att ungefär 80 procent av serviceanvändarna i hela landet rapporterar att de känt sig osäkra vid användningen av distanstjänster.[23]

Till de tjänster som erbjuds i invånarnas dagliga miljö hör också räddningsväsendet samt elev- och studerandevården (se separata avsnitt).

Ur den enskilda kundens eller invånarens synvinkel påverkas de tjänster som erbjuds i hemmet eller närmiljön bara i liten omfattning av att ansvaret övergår från Soite till Österbottens välfärdsområde.

Kundens utgångspunkt för att få service förblir den samma. Om personalen övergår till Österbottens välfärdsområde och fortsätter arbeta med liknande arbetsuppgifter märks förändringen bara i liten utsträckning, till exempel när klienter i hemvården behöver intervallvård och det inte finns platser i

[22] THL Sotkanet indikator 5004 Etäasiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä.
[23] Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen (julkari.fi)

hemkommunen, utan anvisas till en annan enhet inom välfärdsområdet. På längre sikt har det betydelse vilka beslut välfärdsområdet fattar om resurser, servicenivå och sätt att producera tjänster.

För kunder som behöver många olika typer av service kan förändringarna av vårdkedjorna (se nedan) vara en utmaning. Det är välfärdsområdets ansvar att samordna tjänsterna så att de bildar en sammanhängande helhet ur kundens synvinkel.

Hur servicehandledningen utformas är därför centralt. Det är en av tyngdpunkterna i utvecklingen av framtidens social- och hälsovårdscentral och svarar mot ett reellt behov. I en mellanutvärdering av programmet framtidens social- och hälsocentral uppger ungefär en tredjedel av respondenterna både i Österbottens och i Mellersta Österbotten att tillgången till social- och hälsovård försvårades av att de bollades mellan olika platser. Över 40 procent av kunderna i primärvården (44% Österbotten, 46% Mellersta Österbotten, 43 % hela landet) upplevde problem med att samma uppgifter efterfrågades många gånger[24].

När det gäller de tjänster som ordnas i den egna kommundelen eller kommunen, t ex öppenvårdsmottagningar och äldreboenden är konsekvenserna delvis de samma för som tjänster som produceras i hemmet. På sikt är primärvårdens lokala tjänster mer känsliga för förändringar, eftersom de sannolikt påverkas mest både av invånarnas eventuella val att byta hälsostation och av välfärdsområdets framtida beslut om hur servicenätet ska utformas.

Enligt THL:s statistik är Kronobyborna aningen nöjdare med primärvårdens öppenvårdstjänst både i jämförelse med landet i genomsnitt och i jämförelse med genomsnittet för Soite och Vasa sjukvårdsdistrikt. Kundnöjdheten i hela Österbotten (Soite och VSJVD) ligger på samma nivå.

Tabell 11: Indikatorer över kundnöjdhet med primärvårdens öppenvårdsmottagning 2020. THL Sotkanet, indikatorer 5375, 5377, 5376, 5386

Kundnöjdhet med primärvårdens öppenvårdsmottagning	Kronoby	Soite	Vasa sjukvårds-distrikt	Hela landet
Bemötande, kundservice	4,9	4,7	4,7	4,6
Delaktighet i beslut	4,7	4,7	4,7	4,7
Nyttan med servicen	4,8	4,7	4,8	4,7
Fick hjälp inom rimlig tid	4,8	4,7	4,7	4,6

De största förändringarna ur invånarnas och kundernas synvinkel gäller de tjänster som erbjuds regionalt och nationellt och som kräver att invånarna själva reser för att få service. Det handlar främst om samjouren i Karleby, sjukhustjänster och vissa specialfunktioner inom socialvården. Här förändras servicens geografi i förhållande till nuläget, eftersom specialiserade sjukhustjänster inom Österbotten erbjuds främst i Vasa och högspecialiserad vård i Åbo.

Inom den icke-brådskande specialsjukvården kan invånaren i samråd med läkaren välja sjukhus, vilket innebär att det är möjligt att fortsätta använda tjänster i Karleby om invånaren så önskar.

Ur invånarens synvinkel har det betydelse i vilken omfattning välfärdsområdets servicehandledning och remitteringspraxis beaktar att en del invånare föredrar att använda service inom ett annat

[24] Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen (julkari.fi)

välfärdsområde där det är möjligt. Det kan uppstå krockar mellan reformens övergripande mål att samordna alla tjänster under samma välfärdsområde och individernas vilja att rösta med fötterna.

9.2 Konsekvenser för elev- och studerandevården

Elev- och studerandevården i Kronoby organiseras idag i kommunens egen regi och omfattar sammanlagt 2,5 årsverken (skolpsykologer och kuratorer). I samband med att reformen införs överförs elevvårdspersonalen till välfärdsområdet.

Elev- och studerandevården bygger på principen om lättillgänglighet. Välfärdsområdet är elevvårdspersonalens arbetsgivare, men det konkreta arbetet sker i skolor och läroanstalter. Ur invånarnas synvinkel är den principiella förändringen liten. Välfärdsområdets beslut om ekonomiska ramar och personalpolitik kan påverka vilka resurser som finns tillgängliga i skolorna.

9.3. Konsekvenser för räddningsväsendet

Kronoby är i dagsläget medlem av räddningsverket för Mellersta Österbotten och Jakobstadsregionen. Räddningsverket fungerar som ett affärsverk inom Karleby stads organisation och leds av en direktion där Kronoby har en representant. Inom Kronobys område finns tre brandstationer.

När reformen genomförs blir räddningsverksamheten en del av välfärdsområdenas verksamhet. Österbottens välfärdsområde har organiseringsansvaret för räddningsverksamheten i hela området, inklusive Kronoby, Larsmo och Jakobstad som idag hör till räddningsverket

De tjänstemän som berett reformen för räddningsverksamhetens del betonar att det inte handlar om att slå samman eller dela existerande räddningsverk, utan om att bygga upp verksamheten på ett nytt sätt[25]. När räddningsväsendet integreras i välfärdsområdenas verksamhet uppstår en ny verksamhetslogik, där kommunen som mellanled faller bort och relationen mellan välfärdsområdet/räddningsverksamheten och befolkningen är den centrala. Välfärdsområdet producerar tjänster till invånarna. Kommunen ansvarar inte längre för finansieringen av räddningsverksamheten och är inte längre ansvarig för finansieringen av investeringarna.

Räddningsverken i Österbotten och Mellersta Österbotten har tillämpat delvis olika principer bland annat när det gäller investeringar och relationerna till avtalsbrandkårerna. Efter reformen ska samma principer för finansiering av investeringar gälla i alla välfärdsområden. Avtalen med de frivilliga brandkårerna och deltidsbrandmännen övergår till välfärdsområdena i sin nuvarande form.

Räddningsverksamheten är myndighetsverksamhet vars syfte är att förbättra säkerheten och förhindra olyckor. Myndighetssamarbete med nödcentralsverket, polisen och gränsbevakningen är ett centralt inslag i räddningsväsendets och verksamheten styrs av nationella normer bl.a. för servicenivå och responstid. *Enskilda medborgare kan inte efterfråga eller beställa en viss form av räddningsverksamhet.*

Det välfärdsområde som har organiseringsansvaret för räddningsväsendet har ansvaret för ledningen, finansieringen, planeringen och utvecklingen av räddningsväsendet inom sitt område. Välfärdsområdesfullmäktige ska fastställa ett beslut om servicenivån inom området efter att först ha hört regionförvaltningsverket. *Organiseringsansvaret kan inte delas mellan flera välfärdsområden*.

Räddningsverksamhetens anställda övergår i välfärdsområdets tjänst enligt de principer för överföring av personal som fastslår nationellt och regionalt.

[25] Intervju Ilpo Helismaa, Inrikesministeriet 30.8.2021

Den operativa verksamheten inom räddningsväsendet bygger däremot på omfattande samarbete mellan olika myndigheter och områden. Räddningslagen föreskriver att larmanvisningarna ska utformas så att nödcentralen kan larma närmaste enhet oberoende till vilket område de hör. Inrikesministeriets och räddningsverkens tjänstemän ser det som självklart att välfärdsområdena precis som räddningsverken idag ingår avtal om den operativa verksamheten.

Välfärdsområdesfullmäktige kan avtala med ett annat välfärdsområde om produktionen av räddningstjänsterna, vilket innebär att det finns en principiell möjlighet att Österbottens välfärdsområde skulle ge Mellersta Österbottens välfärdsområde i uppdrag att producera räddningstjänsterna inom Kronobyområdet. Österbottens välfärdsområde ansvarar fortfarande för finansieringen. [26]

I regeringens proposition 241/2020 konstateras att fortsättningsvis behövs ett tätt nät av brandstationer eftersom de nationella normerna kräver vissa responstider och också eftersom räddningsverken utför förebyggande verksamhet (brandsyner mm.) i invånarnas hem.

Det här betyder att räddningsreformens konsekvenser för en vanlig medborgare kommer att vara relativt obetydliga. För personalen och de frivilliga brandkårerna hör olika arbetskulturer i Österbottens och Mellersta Österbottens räddningsverk till de utmaningar som behöver lösas vid övergången till en ny organisation. Enligt räddningsdirektörernas bedömning är de genomförda investeringarna i räddningsväsendets lokaler och utrustning i Kronoby tillräckliga med tanke på vad reformen kräver[27].

[26] Tilläggsupplysning 14.9.2021 Regeringsråd Ilpo Helismaa, Inrikesministeriet
[27] Intervjuer Jaakko Pukkinen, Tero Mäki

10. Reformens konsekvenser för nationalspråken

Kronoby är en tvåspråkig kommun med svenskspråkig majoritet. De svenskspråkigas andel av befolkningen är 77 %.

Ett välfärdsområde räknas som tvåspråkigt om dess distrikt omfattar kommuner med olika språk eller minst en tvåspråkig kommun. Österbottens välfärdsområde är tvåspråkigt med svenska som majoritetsspråk och Mellersta Österbottens välfärdsområde är tvåspråkigt med finska som majoritetens språk. I Österbotten är 13 av 14 kommuner tvåspråkiga. I Mellersta Österbotten finns det enbart en tvåspråkig kommun, Karleby, när reformen genomförts. Andelen svenskspråkiga inom samarbetet för ÅUCS är ungefär 15% och andel svenskspråkiga i kommunerna i OYS samarbetsområde kring 1% (tabell 12).

Förvaltningsspråket i Österbottens välfärdsområde är svenska. Förvaltningsspråket i Mellersta Österbottens välfärdsområde är finska.

Tabell 12: Språkförhållanden före och efter reformen. Befolkningstal för 2020. Statistikcentralen/Sotkanet.

	Svenska	Finska	Övriga språk	Totalt	Tvåspråkiga kommuner
Kronoby	4 942 77,0%	1 230 19,2%	244 3,8%	6 416 100%	
Vasa sjukvårdsdistrikt (nuläge)	84 143 49,7%	72 380 42,7%	12 877 7,6%	169 400 100%	12
Österbottens välfärdsområde (efter reformen)	89 085 50,7%	73 610 41,9%	13 121 7,5%	175 816 100%	13
Soite (nuläge)	11 091 15,1%	59 819 81,6%	2 384 3,3%	73 294 100%	2
Mellersta Österbottens välfärdsområde (efter reformen)	6 149 9,0%	59 699 87,8%	2 140 3,1%	67 988 100%	1
ÅUCS samarbetsområde (nuläge)	138 273 15,4%			899 133 100%	15
ÅUCS samarbetsområde (efter reformen)	143 215 15,8%			905 549 100%	16
OYS samarbetsområde (nuläge)	12 460 1,4%			736 563 100%	2
OYS samarbetsområde (efter reformen)	7 518 1,0%			730 147 100%	1

Välfärdsområdet ska beakta språkgruppernas behov av service på eget språk när de gör upp strategier för området och servicen. I tvåspråkiga välfärdsområden ska det finnas en nationalspråksnämnd vars uppdrag är att följa och bedöma bl.a. hur välfärdsområdesfullmäktiges

beslut påverkar språkgrupperna och hur servicekedjorna fungerar ur den språkliga minoritetens synvinkel. De tvåspråkiga välfärdsområdena är ålagda att samarbeta om vissa specialiserade tjänster. Välfärdsområden kan ingå samarbetsavtal för att säkra ett tillräckligt underlag för servicen till den språkliga minoriteten[28].

Idag ingår Kronoby i Soite, som är en tvåspråkig samkommun med finska som första språk. De svenskspråkiga i Kronoby hör alltså till minoritetsspråksgruppen inom sjukvårdsdistriktet. Utgångsläget ändras när Kronoby övergår till Österbotten, där språkgrupperna är nästan jämnstora, men de finskspråkiga utgör en knapp minoritet.

När Kronoby inte längre är medlem av Soite, utan hör till Österbottens välfärdsområde, minskar å andra sidan underlaget för svenskspråkig social- och hälsovårdsservice i Mellersta Österbotten, från 11 091 till 6 149 personer.

I kontakter med vården eller förvaltningen har medborgarna rätt att själv välja vilket språk de vill använda. Hur myndighetens majoritetsspråk påverkar språkanvändningen i olika situationer framgår av tabell 13.

Tabell 13: Sammandrag av principerna för språkanvändningen i ett tvåspråkigt välfärdsområde enligt Språklagen 423/2003

Uppgifter	Huvudprincip för språkanvändning
Tjänster till allmänheten	• Båda språken, personens eget språk, språket som personen valt
Hörande	• Personens eget språk
Brev, inbjudan, anmälningar	• Mottagarens språk
Mötesspråk	• Båda språken
Möteskallelse	
• **Fullmäktige**	• Båda språken
• **Andra organ**	• Språk som fastslagits i förvaltningsstadgan
Protokoll	
• **Fullmäktige**	• Båda språken
• **Andra organ**	• Språk som fastslagits i förvaltningsstadgan
• **Beslut i sakägarmål**	• Partens eget språk
Skyltar, platsnamn, märken, signaler	• Båda språken
Information, utlysningar m.m.	• Båda språken
Personalens språkkrav	• Språkkrav som förutsätts för uppgiften, båda språken
Statens skrivelser till välfärdsområdet	• Välfärdsområdets majoritetsspråk
Myndighetsbrevväxling i sakägarärenden	• Behandlingsspråk

Andelen och antalet finsk- och svenskspråkiga i ett område påverkar vilka realistiska möjligheter det finns att erbjuda likvärdig service på båda språken, trots att tvåspråkiga myndigheter alltid har formell skyldighet att erbjuda service på kundens kontaktspråk. För att servicen i praktiken ska

[28] Stödmaterial för beredningen av de tvåspråkiga välfärdsområdena.pdf (kommunforbundet.fi)

fungera på två språk krävs uppmärksamhet på förvaltning, beslutsfattande, personalrekrytering och organisering av arbetet.

I Österbottens välfärdsområde är de svensk- och finskspråkiga befolkningsgrupperna nästan jämnstora, vilket innebär att det finns ett stort och stabilt befolkningsunderlag för servicen både på svenska och på finska. I Mellersta Österbotten är de faktiska möjligheterna att ordna omfattande service på svenska mer begränsade. Eftersom Kronoby varit medlem i Soite och sjukhusets service används av invånarna i Jakobstadsregionen har samkommunen byggt upp en större kapacitet till service på två språk än språkförhållandena i regionen skulle medge.

Enligt Språkbarometern 2020 är både den svenskspråkiga majoriteten och den finskspråkiga minoriteten i Kronoby ungefär lika nöjda med den språkliga servicen inom social- och hälsovården som den organiseras idag. Den finskspråkiga minoriteten i Kronoby är nöjdare med servicen än finskspråkiga minoriteter i genomsnitt i Österbotten.[29]

[29] Språkbarometern 2020 - Valto (valtioneuvosto.fi)

11. Handlingsalternativen

Reformen av vården och räddningsväsendet förändrar utgångspunkterna för social- och hälsovården i hela landet och i Kronoby kommun. För gränskommuner som Kronoby, Mörskom och Pukkila är förändringen för invånarna större än för finländaren i genomsnitt, eftersom ansvaret för vården övergår till ett annat område än för närvarande.

Analyserna tidigare i den här rapporten visar att olika delar av den verksamhet som berörs av reformen i olika hög utsträckning är känsliga för förändringar, men att det finns anledning att på allvar söka lösningar på att reformen i vissa avseenden kan innebära att tillgängligheten till service i vissa avseenden försämras.

Kommunens politiska linje har varit hitta en lösning som är i linje med det faktum att kommunen och dess invånare av historiska, geografiska och kulturella orsaker sökt växelverkan både i riktning mot Österbotten och mot Mellersta Österbotten.

De följande avsnitten beskriver tre olika handlingsalternativ för hur social- och hälsovården kan organiseras. Handlingsalternativ 1 är det som följer direkt av lagen. De övriga förutsätter särskilda politiska beslut på regional och/eller nationell nivå. Handlingsalternativen har beskrivits som renodlade, men i praktiken kan kombinationer naturligtvis förekomma.

1. Organiseringsansvaret övergår till Österbottens välfärdsområde (utan särskilda avtal) (kapitel 12)
2. Servicen ordnas genom avtal mellan Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden (kapitel 13)
3. Kronoby anhåller om att byta landskap/välfärdsområde från Österbotten till Mellersta Österbotten (kapitel 14)

För varje alternativ beskrivs de centrala organiseringsprinciperna och de beslut som krävs för att handlingsalternativen ska kunna förverkligas. För varje modell bedöms också möjligheterna och riskerna. När det gäller handlingsalternativ 2, avtal mellan välfärdsområdena, är regelverket komplicerat och kräver därför en utförligare analys.

Tabell 13: Översikt över de centrala elementen i de tre handlingsalternativen

	Välfärdsområdesval	**Finansiering beräknas enligt kriterierna för**	**Organiserings-ansvar**	**Produktions-ansvar**	**Avgörande beslut fattas av**
Österbotten organiserar enligt lag	Österbotten	Österbotten	Österbotten	Österbotten	Vo-fullmäktige i Österbotten
Samarbetsavtal	Österbotten	Österbotten	Österbotten	Österbotten, Mellersta Österbotten (beror på typ av avtal)	Vo-fullmäktige i Österbotten och Mellersta Österbotten (ska samordnas med andra avtal)
Byte av landskap	Mellersta Österbotten	Mellersta Österbotten	Mellersta Österbotten	Mellersta Österbotten	Statsrådet

12. Organiseringsansvaret övergår till Österbottens välfärdsområde

Politiskt ansvarigt organ: Välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten
Finansiering: Enligt finansieringskriterierna för Österbottens välfärdsområde
Personalens arbetsgivare: Österbottens välfärdsområde
Administrativ och operativ ledning: Österbottens välfärdsområde

De beslut som krävs för att handlingsalternativet ska förverkligas fattas av:
Välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten

12.1. Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering

När reformen genomförs 1.1.2023 övergår organiseringsansvaret för vården, räddningsväsendet och elev- och studerandevården till Österbottens välfärdsområde. Alternativ 1 beskriver principerna för hur det kommer att fungera om välfärdsområdena *inte* ingår avtal om att producera en del av servicen tillsammans.

Eftersom Kronoby enligt lagen ingår i Österbottens välfärdsområde röstar Kronobyborna i valet av välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten. Välfärdsområdesfullmäktige har det yttersta politiska ansvaret för att invånarna i hela området får vård och räddningstjänster på lika villkor.

Vården och räddningsväsendet finansieras av staten enligt finansieringskriterierna för Österbotten (se avsnitt 8).

Den verksamhet som idag drivs i Soites och räddningsverkets enheter på Kronoby kommuns område övergår till Österbottens välfärdsområde enligt reglerna för överlåtelse av rörelse. Det innebär att Österbottens välfärdsområde tar över verksamheten, personalen och kunderna och fortsätter driva äldreomsorg, öppenvårdsmottagning eller räddningsverksamhet.

Den tillsvidareanställda personalen övergår i den nya arbetsgivarens tjänst med den lön och villkor de har idag. Tidsbundet anställda övergår i tjänst hos Österbottens välfärdsområde för den tid deras arbetskontrakt varar. Österbottens välfärdsområde ska utarbeta ett nytt lönesystem med gemensamma principer för uppgiftsrelaterade löner. Om personal med motsvarande arbetsuppgifter (t.ex. närvårdare inom äldreomsorgen) hade olika lönenivå i de organisationer de tidigare arbetade för (t.ex. Soite och staden Jakobstad) ska lönenivåerna harmoniseras under en övergångsperiod[30].

Österbottens välfärdsområde hyr de lokaler som Kronoby kommun äger och där Soite idag verkar fram till åtminstone slutet av 2025. Österbottens välfärdsområde tar över de avtal som Soite har med privata vårdproducenter ifall avtalen inte strider mot lagen.

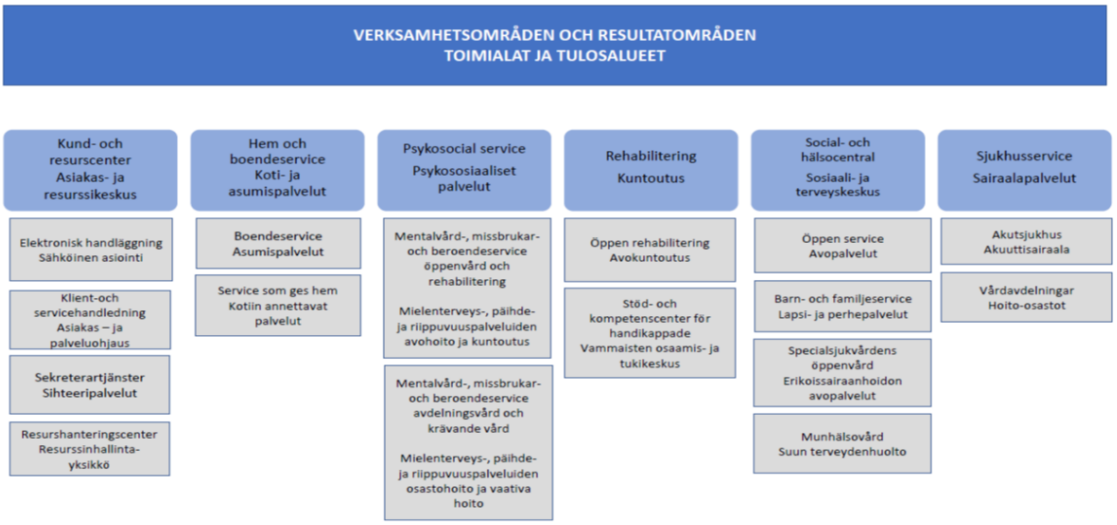
Österbottens välfärdsområde ansvarar för den övergripande administrativa och operativa ledningen av vården och räddningsverksamheten på Kronoby kommuns område. Välfärdsområdesfullmäktige slår fast principerna för den beslutsfattande och operativa organisationen i förvaltningsstadgan.

Det är sannolikt att den administrativa och operativa ledningsorganisationen för det lagstadgade Österbottens välfärdsområde för vårdens del till stor del kommer att sammanfalla med hur man organiserar verksamheten inom det frivilliga välfärdsområdet som inleder sin verksamhet 2022.

[30] Utveckling av lönesystemen, löneharmonisering och lokala avtal före överlåtelse av rörelse | KT Kommunarbetsgivarna

Målet är att skapa en integrerad servicemodell för hela Österbotten[31]. Verksamheten är indelad i tre huvudsektorer enligt ålderssegment (barn, unga och familjer, personer i arbetsför ålder, äldre personer) och sex verksamhetsområden (social- och hälsocentral, rehabilitering, hem- och boendeservice, sjukhusservice, psykosocial service, kund- och resurscenter). Regionalt samordnas verksamheten inom fyra områden som motsvarar dagens indelning i samarbetsområden för vården. Kronoby ingår i den norra regionen tillsammans med Jakobstad, Larsmo, Nykarleby och Pedersöre.

Figur 2: Den operativa ledningsstrukturen i samkommunen Österbottens välfärdsområde från och med 1.1.2022. Källa: Österbottens välfärdsområde.



Största delen av den vård Soite idag producerar inom Kronoby kommuns gränser hör till serviceområdena hem- och boendeservice (boendeservice, service som ges hem), social- och hälsocentral (öppen service, barn- och familjeservice och munhälsovård).

Enligt de preliminära servicestrategierna ska den nya serviceorganisationen i det första skedet byggas upp med utgångspunkt i befintliga serviceställen. Analogt med det här skulle Österbottens välfärdsområde ta över de hälsostationer och serviceboenden som Soite idag driver inom Kronoby kommuns gränser. Målet är också att i större utsträckning än idag kunna erbjuda en del specialiserade tjänster i samband med social- och hälsovårdscentralerna, även om t.ex. operationer också i fortsättningen kommer att koncentreras till Vasa.

De största förändringarna för invånarnas del gäller de tjänster som erbjuds utanför hemkommunen, i första hand inom primärvården (t.ex. samjouren) och specialistvården, men sannolikt också i någon utsträckning när klienter i hemvården behöver en intervallvårdsplats och utbudet i Kronoby inte räcker till. Inom Österbottens välfärdsområde koncentreras krävande sjukhusvård till Vasa. Österbotten hör till samarbetsområdet för Åbo universitets centralsjukhus och en del av den mest krävande sjukvården sker i Åbo.

Invånarna har rätt att välja hälsostation och specialistvård på de villkor som beskrivs i avsnitt 5.3.

[31] Beskrivningarna med utgångspunkt i material på välfärdsområdets webbplats Styrgrupp - Vasa centralsjukhus (vaasankeskussairaala.fi) samt intervju med Marina Kinnunen

12.2. Beslut som krävs för att förverkliga handlingsalternativ 1

Eftersom Kronoby enligt lagen hör till Österbottens välfärdsområde fattas de avgörande besluten av Österbottens välfärdsområdesfullmäktige. De temporära beredningsorganen i Österbotten och Mellersta Österbotten utarbetar underlag för hur personal, avtal och egendom övergår från Soite, räddningsverket och Kronoby kommun till Österbotten. Välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten fattar beslut om de styrdokument som påverkar hur vården organiseras i praktiken: budgeten, förvaltningsstadgan, välfärdsområdesstrategin och servicestrategin.

12.3 Möjligheter med handlingsalternativ 1

Social- och hälsovården integreras inom samma demokratiskt styrda organisation enligt lagen. Befolkningsunderlaget inom välfärdsområdet är relativt stort, vilket ger möjligheter för en mångsidig tjänsteproduktion. De finsk- och svenskspråkiga befolkningsgrupperna är jämnstora vilket skapar underlag för en högre kapacitet på båda språken inom alla delar av tjänsteproduktionen.

12.4 Risker med handlingsalternativ 1

Riskerna med handlingsalternativ 1 handlar i första hand om risker kopplade till *genomförandet av reformen* och till *alternativets legitimitet ur invånarnas och personalens synvinkel.*

Alla handlingsalternativ innehåller risker som är kopplade till genomförandet av en omfattande reform. Välfärdsområdet är en ny förvaltningsnivå och modellen för beslutsfattande, finansiering och styrning avviker från den nuvarande. Studier av reformer där flera tidigare organisationer går ihop eller uppgår i en ny har visat att samordningen av system (t.ex. patientdatasystem och personaladministrativa system) är tids- och kostnadskrävande och att det tar flera år att övergå till en gemensam verksamhetskultur.

Genomförandet av alternativ 1 innebär att verksamheten i Soite och räddningsverket för Mellersta Österbotten och Jakobstadsregionen delas upp till den del den berör Kronoby

Kommunerna och sjukvårdsdistriktet i Österbotten har på frivillig väg gått in för att integrera social- och hälsovården i linje med målen för den riksomfattande reformen, men 1.1.2023 när välfärdsområdesreformen träder i kraft har modellen funnits i bara ett år, vilket innebär att uppbyggnaden av en ny integrerad modell bara hunnit en bit på väg.[32]

På grund av Kronobys utgångsläge på gränsen mellan två landskap/välfärdsområden finns det risker som är förknippade med modellens legitimitet ur invånarnas och personalens synvinkel. Modellen avviker från hur man vant sig vid att arbeta och använda service och många invånare har varit starkt engagerade i frågan om hur vården ska organiseras.

Det kan hända att en del av invånarna kommer att använda sig av möjligheten att byta hälsocentral till Karleby/Mellersta Österbotten för att försäkra sig om att få använda de tjänster man är van vid, vilket kan ha konsekvenser för volymen på den öppenvård det är möjligt att upprätthålla inom Kronoby kommun. För både Österbottens och Mellersta Österbottens välfärdsområden kan det innebära vissa svårigheter att dimensionera kapaciteten på rätt sätt. På samma sätt kan personalens villighet att övergå till en ny arbetsgivare ha inverkan på nivån och attraktiviteten hos den service som erbjuds lokalt.

[32] Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen (julkari.fi)

13. Samarbetsavtal mellan välfärdsområden

Politiskt ansvarigt organ: Välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten
Finansiering: Enligt finansieringskriterierna för Österbottens välfärdsområde
Personalens arbetsgivare: Det välfärdsområde som har produktionsansvaret eller ett bolag som välfärdsområdena grundat
Administrativ och operativ ledning: Det välfärdsområde som har produktionsansvaret
De beslut som krävs för att handlingsalternativet ska förverkligas fattas av:
Välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten och Mellersta Österbotten (med beaktande av juridiska och ekonomiska ramar)

13.1. Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering

När reformen genomförs 1.1.2023 övergår organiseringsansvaret till Österbottens välfärdsområde. Alternativ 2 beskriver principerna för hur det kommer att fungera om välfärdsområdena ingår avtal om att organisera eller producera en del av servicen tillsammans.

Eftersom Kronoby enligt lagen ingår i Österbottens välfärdsområde röstar Kronobyborna i valet av välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten. Välfärdsområdesfullmäktige har det yttersta politiska ansvaret för att invånarna i hela området får vård och räddningstjänster på lika villkor. I välfärdsområdesstrategin och servicestrategin fastslår välfärdsområdesfullmäktige i vilken omfattning de tjänster välfärdsområdet har ansvar för ska produceras i samarbete med andra välfärdsområden.

Vården och räddningsväsendet finansieras av staten enligt finansieringskriterierna för Österbotten (se avsnitt 8). Österbotten har finansieringsansvaret för sina invånare även om servicen produceras av ett annat välfärdsområde.

Lagstiftningen sätter ramar för på vilket sätt och om hur stora helheter välfärdsområdena kan samarbeta. Ramarna beskrivs närmare i avsnitt 13.2.

Om välfärdsområdena samarbetar är personalen anställd hos det välfärdsområde som har produktionsansvaret. Beroende på vilka helheter välfärdsområdena samarbetar om och i vilken form samarbetet sker kan det här teoretiskt innebära att den personal som ansvarar för servicen till invånarna i Kronoby är anställd av Österbottens välfärdsområde, Mellersta Österbottens välfärdsområde, ett bolag som ett eller båda områdena grundat eller är gemensam för båda välfärdsområdena (gemensam tjänst).

Det välfärdsområde som har produktionsansvaret ansvarar för den administrativa och operativa ledningen av social- och hälsovården.

Invånarna har rätt att välja hälsostation och specialistvård på de villkor som anges i kapitel 5.3.

13.2. Inom vilka ramar kan välfärdsområden samarbeta?

Välfärdsområdeslagstiftningen sätter de juridiska, ekonomiska och politiska ramarna för på vilket sätt välfärdsområden kan samarbeta. Ramarna ser delvis olika ut inom vården och räddningsväsendet. Analysen i avsnitten 13.2.1–13.2.5 gäller social- och hälsovården. *Regelverken för samarbete inom räddningsväsendet är delvis annorlunda och beskrivs särskilt i avsnitt 13.2.6*.

13.2.1 Obligatoriskt och frivilligt samarbete

Lagstiftningen om välfärdsområden och organiseringen av social- och hälsovård innehåller föreskrifter både om obligatoriskt och frivilligt samarbete mellan välfärdsområden.

De obligatoriska samarbetsavtalen enligt § 36-39 i lagen om organisering av social- och hälsovård (612/2021) handlar om samordning och arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och om samarbete mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena. Österbotten ingår i samarbetsområdet för Åbo universitets centralsjukhus och Mellersta Österbotten i Uleåborgs universitets centralsjukhus samarbetsområde. Både Österbotten och Mellersta Österbotten är skyldiga att delta i samarbetsavtalet för de tvåspråkiga välfärdsområdena.

- Om välfärdsområdena i Österbotten och Mellersta Österbotten bilateralt ingår avtal om att säkra servicen till invånarna i Kronoby handlar det om frivilligt samarbete.

Enligt specialmotiveringarna till § 52 i L 611/2021 ska välfärdsområdena kunna komma överens om att sköta uppgifter i samarbete alltid när det är ändamålsenligt och praktiskt möjligt. Sådant samarbete kan bli aktuellt till exempel i situationer där välfärdsområdena genom samarbete kan effektivisera sin verksamhet och användning av personalresurser och andra resurser, förbättra tillgången till tjänster, främja genomförandet av språkliga rättigheter och trygga tillgången till särskild sakkunskap.

13.2.2 Organiserings- och produktionsansvar

Välfärdsområdeslagen (611/2021) och organiseringslagen (612/2021) identifierar två huvudsakliga principer för samarbete mellan välfärdsområden:

- Samarbete där det välfärdsområde som enligt lag ansvarar för vården överför organiseringsansvaret till ett annat välfärdsområde. (611/2021, § 7)
- Samarbete som går ut på att välfärdsområdet behåller organiseringsansvaret, men avtalar om att ett annat välfärdsområde producerar tjänsterna.(611/2021, § 9)

Oberoende av hur samarbetet sker behåller ett välfärdsområde alltid ansvaret för att finansiera sina egna invånares kostnader.

Vid samarbete där organiseringsansvaret övergår avtalar det välfärdsområde som enligt lag har ansvaret för servicen till invånarna (Österbottens välfärdsområde) om att ett annat välfärdsområde (Mellersta Österbotten) tar över ansvaret för att bl.a. fastslå principerna för servicen till invånarna, välja produktionssätt och utöva myndighetsuppgifter (L 611/2021, §7). Det välfärdsområde som enligt lag ansvarar för servicen till invånarna (i det här fallet Österbotten) behåller alltid finansieringsansvaret. Principiellt motsvarar situationen hur Kronoby ordnar vården idag: Kronoby uppfyller sitt lagstadgade ansvar för social- och hälsovården genom Soite, men har kvar ansvaret för att finansiera servicen till invånarna.

Vid samarbete där produktionsansvaret övergår till ett annat välfärdsområde, definierar det välfärdsområde som enligt lag har organiseringsansvaret (Österbotten) villkoren för tjänsterna. Det andra välfärdsområdet (Mellersta Österbotten) producerar tjänsterna enligt de givna riktlinjerna. Ur anordnarens synvinkel handlar det om upphandling.

13.2.3 Samarbetets gränser

Även om lagstiftningen både möjliggör och förutsätter samarbete mellan välfärdsområden, är huvudprincipen i lagstiftningen att varje välfärdsområde i första hand har ansvar för sina egna invånare. Lagstiftningen förutsätter att välfärdsområdena har en tillräcklig egen tjänsteproduktion[33]. När välfärdsområden samarbetar eller när dyra och krävande tjänster sammanförs till större helheter (L 612/2021, § 9) ska det ske på ett sätt som inte skapar problem när det gäller de grundläggande demokratiska rättigheterna. I praktiken innebär det att överföring av organisationsansvaret ska röra ett begränsat antal uppgifter.

För att förstå hur stora helheter det är möjligt att samarbeta om är det nödvändigt att gå tillbaka till utgångspunkterna för reformen och till särdragen hos välfärdsområdet som organisation (se kapitel 2).

- Reformen förverkligas genom att samla social- och hälsovårdstjänsterna regionalt
- Välfärdsområdet utgör ett enda område, kommunindelningen har ingen formell betydelse
- Reformen bygger på kalkylerad statlig finansiering (inte på kommunala betalningsandelar)
- Det finns en tydlig koppling mellan det demokratiska beslutsfattandet i fullmäktige och tjänsteproduktionen
- Välfärdsområdet har ansvar för att alla invånare i området har lika tillgång till tjänster och åtgärder

Det är också viktigt att väga in den grundläggande skillnaden mellan en samkommun (dagens system) och ett välfärdsområde (det nya systemet). I det nuvarande systemet fungerar kommunen som mellanhand mellan invånarna och den vårdproducerande samkommunen. Alla invånare har därför juridiskt sett lika rätt att påverka samkommunens verksamhet, eftersom påverkan för alla går via hemkommunen. I det nya systemet bygger den demokratiska styrningen på att invånarna väljer fullmäktige i direkt val och att fullmäktige sätter ramarna för serviceverksamheten. Därför blir det centralt att väga in i vilken mån olika handlingsalternativ försvagar invånarnas möjligheter att påverka via det fullmäktige de valt.

- *En första princip är att välfärdsområdena inte kan ingå sådana samarbetsavtal som går emot eller upphäver grundidén med reformen.*

Enligt social- och hälsovårdsministeriets anvisningar om tillämpningen av lagstiftningen är det inte möjligt att avtala om att överföra organiseringsansvaret till ett annat välfärdsområde *helt eller regionalt ("kokonaan tai alueellisesti")*[34].

Ministeriets tolkning är att det inte är möjligt för Österbottens välfärdsområde och Mellersta Österbottens välfärdsområde att avtala om att *organiseringsansvaret*, till den del den gäller Kronoby i sin helhet övergår till Mellersta Österbotten/Soite[35]. Det är alltså inte möjligt för välfärdsområdet att sluta ett avtal som till utformning och sitt innehåll motsvarar dagens situation där Kronoby kommun givit över hela organisationsansvaret för vården till Soite.

Materiellt utgör en särlösning för Kronoby inte nödvändigtvis i sig ett hot mot kravet på att Österbottens välfärdsområde ska upprätthålla en tillräcklig egen tjänsteproduktion, eftersom invånarna i Kronoby utgör ungefär 4 procent av befolkningen i landskapet. Däremot kolliderar en sådan modell med flera av grundprinciperna i lagstiftningen:

---

[33] RP 241/2020, specialmotiveringar till kapitel 8

[34] Se till exempel Sote-uudistus – keskeinen lainsäädäntö tiiviisti (soteuudistus.fi)

[35] Intervjuer Auli Valli-Lintu, Arto Sulonen, Ilpo Helismaa, Antti Kuopila

- Principen om regionalt ansvar och principen om lika tillgång till tjänster gör att det är svårt att motivera en lösning som gäller bara en kommun.
- Invånarnas demokratiska rättigheter är i huvudsak knutna till medlemskap i ett välfärdsområde. De som använder tjänster i ett annat välfärdsområde har begränsade påverkningsmöjligheter (se avsnitt 5). Om Kronobyborna röstar i valet av välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten, men ansvaret för hela servicen finns hos Mellersta Österbottens välfärdsområde, som styrs av ett annat fullmäktige, är deras demokratiska påverkningsmöjligheter svagare än hos andra invånare i välfärdsområdena.

Samma grundproblem (demokrati, lika tillgång, regionalt ansvar) finns också i en modell där Österbotten behåller organiseringsansvaret, och alltså definierar villkoren för tjänsterna, medan Mellersta Österbotten *producerar* all service till invånarna i Kronoby[36].

Möjligheterna att producera tjänster i samarbete begränsas av reglerna om offentlig upphandling och koncession som utgår från EU:s konkurrensrätt[37]. Välfärdsområdena ansvarar både för myndighetsuppgifter och för tjänsteproduktion. Inom myndighetsutövning, alltså utövande av offentlig makt i förhållande till den enskilde (t.ex. barnskydd) finns få hinder för att sluta samarbetsavtal, medan välfärdsområdena inom tjänsteproduktionen enligt EU:s konkurrensrätt behöver beakta att det finns en marknad där privata aktörer producerar motsvarande tjänster (t.ex. äldreomsorg eller primärvård). När välfärdsområden producerar tjänster i ett konkurrensläge ska de överföra uppgifterna till ett aktiebolag, ett andelslag, en förening eller en stiftelse (L 611/2021, § 131).

Undantag från bolagiseringsskyldigheten gäller om välfärdsområdet producerar tjänster för sina egna invånare eller för personer som det enligt lag är skyldiga att producera tjänster till (lagstadgat samarbete) (L 611/2021, § 53, § 131). Om samarbete mellan välfärdsområden är lagstadgat krävs inte att tjänsteproduktionen bolagiseras.

Här spelar det in att lagen inte förutsätter samarbete mellan Österbotten och Mellersta Österbotten (med undantag för det obligatoriska samarbetet mellan tvåspråkiga välfärdsområden). Mellersta Österbotten har alltså ingen lagstadgad skyldighet att producera tjänster till andra än sina egna invånare.

Skyldigheten att bolagisera verksamhet måste bedömas i fall för fall. Eftersom samarbetet mellan Österbotten och Mellersta Österbotten inte föreskrivs i lag skulle ett omfattande produktionssamarbete sannolikt förutsätta att bolagisering av den tjänsteproduktion som omfattas av samarbetet. Ju närmare den verksamhet som berörs av samarbetet kommer service som kunde produceras av en privat aktör, desto noggrannare måste man förhålla sig EU:s konkurrenslagstiftning[38]. Enligt § 6 i lagen om välfärdsområden kan ett välfärdsområde eller flera välfärdsområden tillsammans driva affärsverksamhet med låg risk om affärsverksamheten stöder genomförandet av det lagstadgade uppdraget. För ett sådant bolag gäller samma regler som för

[36] https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/hyvinvointialuevalmistelu/styrgruppen-18.5.2021/17062021_forverkligande-av-service-i-delar-av-valfardsomradet-och-hur-det-paverkar-verksamheten.pdf

[37] RP 241/2020 specialmotivering till § 53

[38] Muistio Kruunupyy 15.10.2020 Auli Valli-Lintu, RP 241/2020 Specialmotiveringar till §131-132 i L 611/2021

privata serviceproducenter, vilket bl.a. innebär att det inte kan ges organiseringsansvar eller organiseringsuppgifter[39].

13.2.4 Möjliga samarbetsformer

Möjligheterna till ett brett samarbetsavtal om servicen till Kronobyborna ter sig i ljuset av analysen i föregående kapitel begränsade. Den teoretiskt möjliga öppningen för ett mer omfattande samarbete är att organisera tjänsteproduktionen inom ramen för ett bolag som säljer tjänster till Österbottens välfärdsområde (”Social- och hälsovårdscentralen AB”).

Modellen är emellertid problematisk med tanke på invånarnas påverkningsmöjligheter och kan vara svår att genomföra praktiskt och ekonomiskt. Ju större helheter samarbetet omfattar, desto mer utmanande blir det också att utforma principer för ekonomisk ersättning mellan välfärdsområdena. Välfärdsområdenas finansiering är strikt dimensionerad efter de invånare som bor inom området. Om ett välfärdsområde tillhandahåller tjänster för ett annat välfärdsområdes invånare måste kostnaderna täckas helt av den ersättning det andra välfärdsområdet betalar.

Välfärdsområdena kan däremot samarbeta om mer avgränsade uppgiftshelheter bland annat inom ramen för de offentligrättsliga samarbetsformer som räknas upp i kapitel 8 i lagen om välfärdsområden (611/2021) om samarbetet är ändamålsenligt t.ex. med tanke på att förbättra tillgängligheten till service, säkra den svenskspråkiga servicen eller effektivera resursanvändningen. Inom myndighetsutövningen är möjligheterna till samarbete större än inom tjänsteproduktionen.

Välfärdsområden kan avtala om att inrätta gemensamma tjänster (§ 56). Det här avser ett arrangemang när tjänsteinnehavaren är skyldig att sköta uppdrag i mer än ett välfärdsområde. I praktiken kan det innebära att ett antal socialarbetare eller läkare är anställda både av Österbottens och av Mellersta Österbottens välfärdsområden.

Välfärdsområden kan också sluta avtal om skötseln av myndighetsuppgifter (§57). En uppgift som är lagstadgad och som kan delegeras till en tjänsteinnehavare kan också enligt avtal delegeras till en tjänsteinnehavare i ett annat välfärdsområde.

Välfärdsområden kan också grunda en välfärdssammanslutning (§ 58). Samarbetsformen får emellertid användas enbart för att producera stödtjänster som administrations-, IKT- och laboratorietjänster och är därför inte relevant i sammanhanget.

Den här typen av begränsade samarbetsavtal innebär i praktiken att den verksamhet som Österbottens välfärdsområde ansvarar för (se kapitel 12) kompletteras med en del funktioner som ordnas gemensamt mellan välfärdsområdena. Omvänt innebär den att Mellersta Österbotten genom samarbetsavtal med Österbotten kan säkra ett tillräckligt underlag till exempel för att upprätthålla svenskspråkig service inom socialvården.

[39] RP 214/2020 Motiveringar till kap 2 i L 612/2021 ”Välfärdsområdet ska också ha möjlighet att enligt 6 § i lagen om välfärdsområden grunda bolag inom ett annat välfärdsområdes område om det gäller samarbete med välfärdsområdet i fråga. Välfärdsområden kan också grunda ett gemensamt bolag. På välfärdsområdets bolag och välfärdsområdens gemensamma bolag tillämpas bestämmelserna om privata serviceproducenter i lagen som föreslås såsom på alla andra bolag. När tjänster skaffas från bolaget får organiseringsansvar eller organiseringsuppgifter inte överföras på bolaget.”

13.2.5. Grundlagsutskottet och social- och hälsovårdsutskottet om gränskommunernas situation

Grundlagsutskottet har i sitt utlåtande (GruU 17/2021, punkt 74) tagit ställning till samarbete i de fall där en enskild kommun före reformen har hört till ett landskap och ett samarbetsområde inom social- och hälsovården (dvs Kronoby, Mörskom och Pukkila):

”Vid genomförandet av reformen är det dessutom av skäl som följer av 6 § och 19 § 3 mom. i grundlagen nödvändigt att se till att tillgången till tjänster är tillräcklig och jämlik både på riksomfattande nivå och inom olika välfärdsområden. *Det finns skäl att sörja för en tillräcklig och jämlik tillgång till tjänster också i de fall där en enskild kommun före reformen har hört till ett landskap och ett samarbetsområde inom social- och hälsovården i ett annat landskap och vars tjänster efter reformen ordnas genom ett avtal mellan välfärdsområdena*.”

Enligt social- och hälsovårdsministeriets[40] tolkning är den praktiska innebörden av grundlagsutskottets utlåtande följande:

- Grundlagsutskottet betonar vikten av att genom avtal trygga tillgången till service för invånarna i gränsområdena
- Formuleringen innehöll däremot inte något krav på att ändra samarbetsparagraferna i lagen
- Social- och hälsovårdsministeriets bedömning är att formuleringen inte gör det möjligt att samarbeta på ett sätt som strider mot grundprinciperna för reformen eller EU-rätten
- I praktiken innebär utlåtandet att det är på välfärdsområdenas ansvar att ingå de avtal som garanterar tillgång till service inom de ramar som anges i lagstiftningen

Social- och hälsovårdsutskottet hänvisar i sitt betänkande till grundlagsutskottets utlåtande och konstaterar följande:

Social- och hälsovårdsutskottet understryker att det på vissa specialvillkor går att avtala om samarbete mellan välfärdsområdena för att ordna social- och hälsovård och räddningstjänst. Välfärdsområdena kan med stöd av 9 § i lagen om välfärdsområden samarbeta kring tjänsteproduktionen genom att skaffa tjänster från ett annat välfärdsområde. Välfärdsområdena kan också samverka genom att avtala om samarbete enligt 8 kap. i lagen om välfärdsområden (gemensamt bolag för välfärdsområdena, upphandling av tjänster från ett annat välfärdsområde, gemensamt organ, gemensam tjänst, avtal om skötsel av myndighetsuppgifter och välfärdssammanslutning som producerar stödtjänster). I 53 § i lagen om välfärdsområden föreskrivs det om hur samarbetet förhåller till lagen om offentlig upphandling och koncession.

Talent Vectia har i sin rapport utrett vad ”vissa specialvillkor” kan innebära[41]. De konstaterar att det bland annat innebär att avtalet ska överensstämma med välfärdsområdenas strategier och inte får strida mot det grundläggande kravet om demokrati för alla invånare. I praktiken innebär det att samarbete ska ske inom de ramar som anges i lagstiftningen, dvs de begränsningar som diskuterats ovan finns kvar.[42]

---

[40] Precisering Auli Valli-Lintu Social- och hälsovårdsministeriet 8.9.2021 ”Tuo Pevin lausuman kai oli tarkoitus lisätä painetta siihen, että alueet sopisivat yhteistyöstä. Koska Pev ei toisaalta puuttunut yhteistoiminnan rajallisuuteen, ei meidän tulkinnan mukaan se tarkoita sitä, että voitaisiin poiketa uudistuksen peruslähtökohdista tai EU-oikeuden rajoista. Tämä oli tietynlainen toive, mutta toteutus jäi hyvinvointialueille.”

[41] Talent Vectia. Slutrapport 17.6.2021. https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/hyvinvointialuevalmistelu/styrgruppen-18.5.2021/17062021_forverkligande-av-service-i-delar-av-valfardsomradet-och-hur-det-paverkar-verksamheten.pdf

[42] Intervjuer Arto Sulonen, Johanna Lindholm, Auli Valli-Lintu

13.2.5 Mörskom och Pukkila

Kommunerna Mörskom (1 871 invånare) och Pukkila (1 833 invånare) är utöver Kronoby de enda kommunerna där den nuvarande vårdorganiseringen avviker från den kommande indelningen i välfärdsområden. Kommunerna hör till landskapet Nyland och kommer efter reformen att ingå i Östra Nylands välfärdsområde. Sedan 2017 har båda kommunerna överfört ansvaret för hela social- och hälsovården till Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä (PHKY) i Päijänne-Tavastland.[43]

I de serviceavtal för 2022 som Mörskom och Pukkila gjort upp med PHKY har kommunerna kommit överens om att de kommande välfärdsområdena i Päijänne-Tavastland och Östra Nyland som en del av beredningen av införandet av reformen utreder möjligheterna till samarbete enligt kapitel 8 i lagen om välfärdsområden.[44] Enligt kommundirektörerna Sam Vuorinen (Mörskom) och Juha Rehula (Pukkila)[45] är strävan att i första hand nå ett avtal för en övergångstid där en del tjänster fortsatt skulle produceras av välfärdsområdet i Päijänne-Tavastland för att motverka avbrott i servicen till invånarna.

13.2.6 Samarbete inom räddningsverksamheten

Inom räddningsverksamheten begränsas samarbetet mellan välfärdsområdena inte i samma utsträckning av lagstiftningen som när det gäller social- och hälsovården.

När det gäller det övergripande organisationsansvaret gäller samma huvudprincip som för social- och hälsovården:

- Organiseringsansvaret kan inte delas mellan två välfärdsområden, utan finns alltid hos det välfärdsområde som enligt lag ansvarar för verksamheten
- Finansieringsansvaret finns alltid hos det välfärdsområden som enligt lag har ansvaret
- Regionförvaltningsverkets tillsyn och övervakning riktar sig alltid till det välfärdsområde som enligt lag har ansvar för verksamheten

Enligt räddningslagen 379/2011 § 44 kan räddningsverk avtala om att sköta uppgifter också inom ett annat räddningsverks område.

Det är i princip möjligt att välfärdsområdesfullmäktige i Österbotten och välfärdsområdesfullmäktige i Mellersta Österbotten skulle avtala om att Mellersta Österbottens välfärdsområde producerar räddningstjänsterna i Kronobyområdet, förutsatt att välfärdsområdena kan komma överens om principerna för arbetsfördelningen och kostnadsersättningarna.[46]

13.3. Beslut som krävs för att förverkliga handlingsalternativ 2

Samarbetsavtal mellan välfärdsområden görs upp som en del av den övergripande strategiska planeringen i välfärdsområdena.

Välfärdsområdesfullmäktige ska godkänna en välfärdsområdesstrategi och en servicestrategi där man slår fast ambitionsnivån för den service man vill erbjuda och de strategiska riktlinjerna för ordnande och produktion av service. I strategin kan välfärdsområdesfullmäktige slå fast i vilken omfattning samarbete med andra välfärdsområden utgör ett sätt att producera eller ordna service.

---

[43] Myrskylän kunnan lausunto eduskunnan hallintovaliokunnalle 2021
[44] Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Palvelusopimus vuodelle 2022. Myrskylän kunnanhallitus 21.6.2021/PHKY hallitus 16.8.2021
[45] Intervju 25.8.2021
[46] Preciserad information från regeringsrådet Ilpo Helismaa 14.9.2021

Samarbetsavtal kräver samstämmiga beslut från fullmäktige båda välfärdsområdena. Det betyder att samarbetsavtalet ska kunna motiveras ur hela välfärdsområdets och alla invånares synvinkel i båda områdena. Med tanke på att uppnå politisk acceptans för ett arrangemang har kostnaderna för ett specialarrangemang som i första hand är riktat till invånarna inom en kommun eller ett geografiskt område sannolikt betydelse.

Frivilliga bilaterala samarbetsavtal mellan två välfärdsområden ska samordnas med de lagstadgade samarbetsavtalen mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena (L 612/2021, § 39) och med samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena i samma samarbetsområde (L 612/2021, §36). I praktiken innebär det att Österbotten och Mellersta Österbotten inte kan ingå avtal som strider mot innehållet i de obligatoriska avtalen.

Samarbetsavtalen ska också behandlas i de årliga förhandlingar som varje välfärdsområde för med social- och hälsovårdsministeriet (L 612/2021 och inrikesministeriet (L 613/2021 § 10).

13.4. Möjligheter med handlingsalternativ 2

I enlighet med motiveringarna till reformlagstiftningen kan samarbete med andra välfärdsområden fungera som ett komplement till välfärdsområdets egen verksamhet, till exempel när underlaget för vissa specialiserade tjänster inte räcker till.

Inom räddningsväsendet bygger lagen på omfattande samarbete inom den operativa verksamheten. Det är möjligt att överföra produktionsansvaret för räddningsväsendet på ett annat välfärdsområde.

13.5. Risker med handlingsalternativ 2

Handlingsalternativ 2 kännetecknas av en stor motsättning mellan de politiska förväntningarna på ett brett samarbetsavtal om all service för Kronobyborna och de juridiska ramarna, som innebär att samarbetet inom social- och hälsovården i praktiken kommer att bli av kompletterande natur.

Det här har betydelse för lösningens legitimitet hos befolkningen. I praktiken innebär det att den service Österbottens välfärdsområde ansvarar för kompletteras genom att en del gemensamma tjänster och avgränsade köpserviceavtal från Mellersta Österbotten. Utöver det här har invånarna rätt att använda sig av sin valfrihet.

Analysen om samarbetets gränser bygger på social- och hälsovårdsministeriets tolkning av lagen. Social- och hälsovårdsministeriets ståndpunkt har stor betydelse, eftersom ministeriet har det övergripande ansvaret för social- och hälsovården och också ska följa med hur varje välfärdsområde uppfyller sitt organiseringsansvar. Därför sker också välfärdsområdenas temporära beredning i dialog med ministeriet. Tolkningen är strikt, men den motsägs inte heller av andra sakkunniga på juridik och hälsovård. Samtliga framhåller att både reformens och välfärdsområdets grundprinciper (regionalt ansvar, demokrati, finansiering) skapar svårigheter för lösningar som i stor omfattning avviker från grundmodellen. Sakkunniga påpekar också de praktiska problemen med att sluta ett brett avtal som överblickar alla tänkbara situationer, både med tanke på invånarnas lika rätt till vård och finansieringen av social- och hälsovården.

Eftersom gränserna för hur stora helheter välfärdsområdena kan samarbeta om inte är absoluta och det inte ännu finns någon rättspraxis på området, finns det naturligtvis en möjlighet att genom beslut på regional nivå utmana den nya lagstiftningen. Om välfärdsområdena tillsammans kan komma överens om en bredare samarbetsmodell, till exempel i form av ett bolag, som kan accepteras av båda välfärdsområdenas fullmäktige fastslås gränserna för vad som är möjligt i praktiken av en förvaltningsdomstol eller av statsrådet.

När det gäller organiseringen av vården innebär det också att Mellersta Österbottens välfärdsområde inte kan upprätthålla större kapacitet för vården till Kronobyborna än de får betalt för i stöd av samarbetsavtal eller på grundval av hur individerna använder sig av sin valfrihet.

14. Ändring av indelningen i landskap och välfärdsområden/Byte av landskap

Politiskt ansvarigt organ: Välfärdsområdesfullmäktige i Mellersta Österbotten
Finansiering: Enligt finansieringskriterierna för Mellersta Österbottens välfärdsområde
Personalens arbetsgivare: Mellersta Österbottens välfärdsområde
Administrativ och operativ ledning: Mellersta Österbottens välfärdsområde

De beslut som krävs för att handlingsalternativet ska förverkligas fattas av: I sista hand statsrådet

14.1 Hur fungerar det? Huvudprinciper för organisering

Handlingsalternativ 3 förutsätter att statsrådet fattar beslut om en ändring av indelningen i välfärdsområden och landskap på initiativ av kommunen. I alternativet övergår Kronoby från landskapet Österbotten och Österbottens välfärdsområde till landskapet Mellersta Österbotten och Mellersta Österbottens välfärdsområde. Det innebär att gränserna för landskap och välfärdsområden sammanfaller med hur vården och räddningen organiseras idag.

Efter ett byte av landskap och välfärdsområde röstar Kronobyborna i valet av välfärdsområdesfullmäktige i Mellersta Österbotten.

Vården och räddningsväsendet finansieras av staten enligt finansieringskriterierna för Mellersta Österbotten (se avsnitt 8). Mellersta Österbotten har finansieringsansvaret för sina invånare även om en del av servicen produceras av ett annat välfärdsområde.

De praktiska följderna av ett landskapsbyte är beroende av vid vilken tidpunkt ett byte skulle äga rum. Om landskapsbytet teoretiskt kunde ske när reformen träder i kraft 2023 skulle förändringarna i förhållande till dagens situation vara relativt små. En förändring längre fram i tiden, så att Kronoby under några år är medlem av Österbottens välfärdsområde och sedan byter landskap, har sannolikt större och annorlunda praktiska konsekvenser.

Invånarna har rätt att välja hälsostation och specialistvård på de villkor som anges i kapitel 5.3.

14.2. Beslut som krävs för att byta landskap/välfärdsområde

14.2.1. Initiativ

Indelningen i välfärdsområden och landskap definieras i lagen om indelningen i välfärdsområden och landskap 614/2021. Men undantag för i Nyland ska indelningarna i landskap och välfärdsområden sammanfalla.

Indelningen i landskap och välfärdsområden kan ändras om en ändring förbättrar välfärdsområdenas funktionella och ekonomiska möjligheter att sköta sina åligganden eller om den förbättrar tjänsteutbudet eller levnadsförhållandena för invånarna.

Enligt lagen kan indelningen i välfärdsområden ändras på flera sätt:

- Två eller flera välfärdsområden slås samman
- Ett välfärdsområde upplöses och delas mellan två eller flera välfärdsområden
- En kommun överförs från ett landskap till ett annat

Initiativ till en indelning av kan komma från ett välfärdsområde, en kommun eller från social- och hälsovårdsministeriet. Om social- och hälsovårdsministeriet tar initiativet måste det föregås av ett utvärderingsförfarande enligt lagen om välfärdsområden.

Framställan om indelning riktas till Finansministeriet. Finansministeriet kan förordna att det tillsätts en utredning om förutsättningar för att ändra välfärdsområdesindelningen. De kommuner, välfärdsområden och andra myndigheter som berörs av ändringen ska ge utlåtanden om förslaget. Statsrådet fattar beslut om eventuella indelningsändringar med utgångspunkt i Finansministeriets beredning.

14.2.2. Tidpunkt

Fram till utgången av år 2022 är den nya indelningslagen i kraft parallellt med den gällande lagen om landskapsindelning från 1997. Det är möjligt att under åren 2021–2022 inleda en process om att byta landskap enligt den gamla indelningslagen, men eftersom landskapsindelningen hänger ihop med indelningen i välfärdsområden är Finansministeriets preliminära bedömning att den nya lagen om indelning i landskap och välfärdsområden borde tillämpas i en eventuell process. I sista hand avgör statsrådet vilken lag som ska tillämpas efter att ha inhämtat justitiekanslerns utlåtande[47].

Eftersom indelningen i de kommande välfärdsområdena trätt i kraft 1.7.2021 och välfärdsområdesval kommer att hållas i januari 2022 är den mest sannolika första tidpunkten för ett eventuellt byte av landskap efter det andra välfärdsområdesvalet 2025.

Enligt paragraf 11 i indelningslagen heter det att

”Om en ändring i landskapsindelningen gäller överföring av en kommun ska det bestämmas att ändringen träder i kraft vid ingången av det kalenderår som följer på det år under vilket det följande välfärdsområdesvalet förrättas.”

och *”Om det förrättas välfärdsområdesval under året före det år då en ändring av välfärdsområden träder i kraft, ska beslutet om ändring fattas före utgången av året före valåret.”*

Vilket betyder att:

- Eftersom välfärdsområdesvalet hålls i april 2025 måste statsrådet senast 31.12.2024 fatta beslut om ändring av indelningen i välfärdsområden, så att invånarna kan rösta i välfärdsområdesvalet enligt den nya indelningen.
- Den förändrade indelningen träder i kraft 1.1.2026.

Eventuella nationella initiativ om ändringar i landskapsindelningen är också möjliga först från och med 2025–2026, eftersom det är den tidigaste tidpunkten för att inleda ett utvärderingsförfarande för välfärdsområdenas ekonomi och verksamhet som ska bygga på boksluten för 2023 och 2024. Om social- och hälsovårdsministeriet tar initiativ till en sammanslagning av välfärdsområden måste initiativet föregås av ett utvärderingsförfarande.

Utöver de formella tidsfristerna behöver man beakta den tid det tar att bereda en övergång till en ny regional indelning. När indelningsändringar genomförts enligt den nuvarande lagstiftningen har processen i sin helhet tagit 2–3 år i anspråk. De förändringar av landskapsindelningen som trädde i kraft i början av 2021 (bl.a. Storkyro) bereddes under åren 2018–2019[48].

[47] Upplysning från finansråd Teemu Eriksson, Finansministeriet 25.8.2021
[48] Valtiovarainministeriö Muistio 29.8.2019. Underlag för statsrådets beslut 29.8.2019 om landskapsindelning.

14.3 Konsekvenser för övriga regionindelningar om Kronoby byter landskap

Enligt 3§ i lagen om indelning i landskap och välfärdsområden ska de statliga myndigheternas verksamhetsområden grunda sig på landskapsindelningen, så att verksamhetsområdet omfattar ett eller flera landskap i sin helhet. Det betyder att ett byte av landskap kan ha konsekvenser för övriga myndighetsindelningar.

Polisinrättningarnas, tingsrätternas, hovrätternas, förvaltningsdomstolarnas, NTM-centralernas och regionförvaltningsverkens geografiska indelning omfattar för närvarande både Österbotten och Mellersta Österbotten och påverkas därför inte om Kronoby byter landskap. Indelningen i valkretsar vid riksdagsval förblir också oförändrad[49].

Välfärdsområdena fungerar enligt lagen inom samma geografiska område (landskap) som landskapsförbunden (Österbottens förbund och Mellersta Österbottens förbund). Landskapsförbunden är lagstadgade samkommuner med obligatoriska uppgifter enligt regionutvecklingslagen och markanvändnings- och bygglagen.

Idag är välfärdsområdena och landskapsförbunden separata organisationer, men i bedömningen behöver man väga in att landskapsförbundens uppgifter hört till de uppgifter som utvärderats och sannolikt också i framtiden utvärderas när man funderar på vilka ytterligare uppgifter som kunde överföras till välfärdsområdena. Ett scenario på längre sikt är att regionutvecklingsuppgifterna underordnas områdets direktvalda fullmäktige.[50]

Kronoby är idag ordinarie medlem av Österbottens förbund och intressebevakningsmedlem av Mellersta Österbottens förbund. Efter ett landskapsbyte skulle situationen bli den motsatta: Kronoby skulle enligt lag vara medlem av Mellersta Österbottens förbund när det gäller regionutvecklingen och regionplaneringen och kan söka om status som intressebevakningsmedlem i Österbottens förbund.

Byte av landskapsförbund har konsekvenser med tanke på landskapsförbundens lagstadgade uppgifter. Inom regionplaneringen omfattas Kronoby av den landskapsplan fram till 2040 som fastställts för Österbotten.

Inom regionutvecklingen hör Mellersta Österbotten och Österbotten till olika nationella stödområden under perioden 2014–2021[51]. Stödområdesindelningen för åren från 2022 framåt är ännu inte fastslagen. Indelningen i nationella stödområden har konsekvenser för bl.a. nivån på finansieringen från Europeiska regionutvecklingsfonden och Europeiska socialfonden, men påverkar inte till exempel nivåerna på stöd från landsbygdsprogrammet, Finnvera, Leader eller Business

---

[49] [49] Vallag 714/1998

[49] Statsrådets förordning om tingsrätternas domkretsar 19.12.2017/1021,
Statsrådets förordning om förvaltningsdomstolarnas placering och domkretsar 13.10.2016/865,
Statsrådets förordning om hovrätternas placeringsorter och domkretsar 13.10.2016/864

[49] Statsrådets förordning om regionförvaltningsverken 20.11.2009/906

[49] Statsrådets förordning om närings-, trafik och miljöcentralerna 1392/2014

[50] https://vm.fi/aluehallinnon-ja-monialaisten-maakuntien-parlamentaarinen-selvitystyo

[51] tukialueet - Työ- ja elinkeinoministeriön verkkopalvelu (tem.fi)

Finland. I Österbotten och Mellersta Österbotten var stöden ur landsbygdsprogrammet mer omfattande än ERUF- och ESF-finansieringen under den period som avslutas 2021.[52]

Övriga regionala samarbeten som Kronoby kommun idag ingår i påverkas i dagsläget inte av ett eventuellt landskapsbyte, eftersom det är kommunen som ingår avtalen. Utgångsläget kan förändras om riksdagen genom lag bestämmer att utöka välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter. I det parlamentariska beredningsarbete som genomfördes 2020–2021 lyfte man utöver landskapsförbundens uppgifter bland annat fram miljöhälsovården som en uppgift som i framtiden kunde flyttas till välfärdsområdet.

14.4. Möjligheter med handlingsalternativ 3

Social- och hälsovården integreras inom samma demokratiskt styrda organisation enligt lagen. Alternativet motsvarar hur vården och räddningsväsendet idag och systemet är bekant för Kronobyborna. Kronobyborna utgör en större del av befolkningen i Mellersta Österbotten än i Österbotten, vilket potentiellt ökar det politiska inflytandet.

14.5. Risker med handlingsalternativ 3

De främsta riskerna med handlingsalternativet är förknippade med den politiska beslutsprocessen. Handlingsalternativet förutsätter beslut av politiska församlingar på tre nivåer: kommunfullmäktige, fullmäktige i de berörda välfärdsområdena/landskapen och statsrådet. Längden på och utgången av beslutsprocessen är osäker.

Ifall bytet av landskap/välfärdsområde sker senare än när reformen träder i kraft och Kronoby s.a.s. byter tillbaka från Österbotten till Mellersta Österbotten har organisationen och arbetssätten hunnit förändras, kan det uppstå olika former av risker som har att göra med övergången från en organisation till en annan.

Mellersta Österbotten är det minsta välfärdsområdet, vilket innebär en större sårbarhet för förändringar, både demografiska förändringar och förändringar av välfärdsområdenas finansiering och uppgifter.

Handlingsalternativet innehåller på samma sätt som alternativ 1 risker förknippade med legitimiteten hos befolkningen, eftersom frågan om Kronobys orientering delar både befolkningen och beslutsfattarna. Om Kronoby byter landskap för att säkra tillgänglighet till vård inom nuvarande ramar har det konsekvenser för vilket landskapsförbund kommunen tillhör och innebär att samarbetet sker inom ett område där svenska språkets ställning är svagare, vilket är omständigheter som väger tungt för en del av befolkningen.

[52] Statistik från Österbottens förbund och NTM-centralen

15. Sammanfattande analys

15.1. Sammanfattning och utvärdering av handlingsalternativen

Välfärdsområdesreformens syfte är att skapa en enhetlig modell för organiseringen av social- och hälsovården och räddningsväsendet i hela landet. Organiseringsansvaret samlas hos 21 nya offentliga samfund, välfärdsområden, som styrs av ett direktvalt fullmäktige och finansieras av staten. Sättet att organisera, styra och finansiera vården ändras helt i jämförelse med den nuvarande modellen där kommunen har en central roll.

Att systemet för att organisera den offentliga vården från och med 1.1.2023 blir mer enhetligt innebär samtidigt att flexibiliteten minskar.

Kronoby är en av de kommuner som under årens lopp använt sig av den flexibilitet som funnits inbyggd i det nuvarande systemet med kommuner och samkommuner genom att samarbeta i olika konstellationer beroende av sakfråga.

En central del i den här rapporten har varit att utreda i vilken utsträckning samma flexibilitet är möjlig också efter att reformen har genomförts: Kan Kronoby vara medlem av landskapet Österbotten och Österbottens välfärdsområde, samtidigt som invånarna får sin vård från Soite, eller senare Mellersta Österbottens välfärdsområde?

Möjligheterna till en hybridmodell, där Österbottens välfärdsområde skulle ge över uppdraget att sköta Kronobybornas vård till Mellersta Österbottens välfärdsområde har utretts i kapitel 13.

Slutsatsen av analysen är att lagstiftningen kraftigt begränsar möjligheten att överlåta organiseringsansvaret för all vård inom en del av ett välfärdsområde till ett annat välfärdsområde. Orsaken till det här är att välfärdsområdena inte kan sluta sådana avtal som till sitt innehåll upphäver grundtanken med reformen: att samla servicen regionalt, att det ska finnas ett tydligt samband mellan det demokratiska beslutsfattandet och att välfärdsområdet ska behandla alla sina invånare lika, oberoende av var de bor. Den statliga finansieringen för vården är strikt definierad i förhållande till behovskriterierna i varje område och inte öronmärkt per kommun.

Omfattande samarbete inom produktionen av tjänster begränsas i sin tur av EU:s konkurrenslagstiftning som förutsätter att tjänster bolagiseras om samarbetet inte är lagstadgat. Det föreskrivs inte i lagen att Österbotten och Mellersta Österbotten ska samarbeta. Teoretiskt sett kunde Mellersta Österbottens välfärdsområde grunda ett bolag som säljer tjänster till Österbottens välfärdsområde, men praktiskt och ekonomiskt finns det hinder.

En lösning som i huvudsak kommit till med tanke på invånarna inom en del av välfärdsområde ska också kunna accepteras av majoriteten i båda välfärdsområdenas fullmäktige. Principiellt har lösningen samma problem (regionalt ansvar, demokrati, finansiering) som om organiseringsansvaret skulle övergå helt.

Lagstiftningen möjliggör mer avgränsade samarbeten mellan välfärdsområden till exempel när välfärdsområdena genom samarbete kan effektivisera sin verksamhet och användning av personalresurser och andra resurser, förbättra tillgången till tjänster, främja genomförandet av språkliga rättigheter och trygga tillgången till särskild sakkunskap. Möjliga samarbetsformer är bland annat gemensamma tjänster och avtal. Den här formen av samarbetsavtal kompletterar välfärdsområdets egen tjänsteproduktion. Strategiskt använda kan de förbättra servicen till invånarna.

Analysen av inom vilka ramar samarbete mellan välfärdsområden kan ske baserar sig i huvudsak på social- och hälsovårdsministeriets tolkning, som också bekräftas av andra sakkunniga inom vård och juridik. Ett grundproblem är att lagstiftningens utformning inte stöder de politiska ambitioner för samarbetet mellan Österbotten och Mellersta Österbotten som formulerats lokalt, regionalt och delvis också nationellt. Eftersom lagstiftningen är ny och det inte finns några absoluta gränser för när samarbete blir för omfattande eller påverkningsmöjligheter för svaga finns det givetvis en möjlighet att testa frågan politiskt och juridiskt, så att en förvaltningsdomstol eller statsrådet fäller avgörandet om var gränsen går. Det är i så fall de nyvalda fullmäktigeförsamlingarna i välfärdsområdena som ska agera i saken.

Utöver vissa samarbetsavtal kan invånarna använda sig av sin lagstadgade rätt att välja hälsostation i primärvården och sjukhusvård inom icke-brådskande specialistvård om de också i fortsättningen vill få sin vård i Mellersta Österbotten (se avsnitt 5.3.).

Med tanke på att uppfylla de målsättningar som ställts för välfärdsområdesreformen (enhetlighet, integration av tjänster, demokratisk styrning) är modeller som utgår ifrån att ett välfärdsområde bär det huvudsakliga ansvaret för invånarna mest lämpade.

Det betyder antingen att servicen till Kronobyborna utvecklas inom ramen för Österbottens välfärdsområde dit Kronoby hör enligt lagen, eller att fullmäktige i Kronoby inleder processen att byta landskap.

Möjligheterna och riskerna med handlingsalternativen har utretts i kapitlen 12 och 14.

Att agera inom ramen för Österbottens välfärdsområde kräver inga nya politiska beslut, utan handlar om att hantera genomförandeprocessen på ett sätt som konkretiserar hur servicen till Kronobyborna kommer att se ut i framtiden. Ett led i den här utvecklingen kan vara att välfärdsområdet i sin verksamhet och servicehandledning räknar in att en del av invånarna kommer att använda sig av möjligheten att välja hälsostation och läkare och utformar sina egna processer så att de stöder och inte motverkar det här. Dessutom kan samarbetsavtal mellan välfärdsområdena användas för att komplettera välfärdsområdets egen produktion, till exempel inom myndighetsuppgifter där det finns ett ömsesidigt intresse av samarbete.

Motiveringen för att inleda en process om att byta landskap och välfärdsområde är i första hand att bevara den integrerade servicehelhet som finns idag, men det förutsätter beslut av kommunfullmäktige om att initiera en process, utlåtanden av berörda landskap/välfärdsområden och slutgiltigt beslut av statsrådet. Utgången av och längden på en sådan process är svår att förutspå.

Det finns sakargument för och emot båda modellerna och båda modellerna har det gemensamt att de har svag legitimitet hos en del av befolkningen. Med tanke på den bitvis uppslitande politiska diskussion som pågått under många års tid är svårigheten att hitta en kompromisslösning som gör alla nöjda beklaglig, men det är ofrånkomligt att det är politikerna som måste komma fram till ett slutligt avgörande i frågan.

15.2. Rikta fokus mot invånarna

Reformen i sig och den politiska oklarheten om hur servicen till Kronobyborna ska ordnas gör att det finns anledning för kommunen, de nuvarande sjukvårdsdistrikten och de kommande välfärdsområdena att göra upp tydliga planer för hur dialogen med, informationen till och servicehandledningen ska läggas upp för att göra övergången till det nya systemet så smidig som möjligt.

Välfärdsområdesreformen innebär en stor principiell förändring av hur social- och hälsovården styrs och finansieras. För en stor del av befolkningen i Finland märks förändringen inte, eftersom vårdkontakterna åtminstone till en början förblir de samma. Det här gäller också i Kronoby: de tjänster som produceras i eller kommer till invånarnas hem eller vardagsmiljö påverkas bara i liten utsträckning av reformen. För tjänster som erbjuds utanför kommunen har välfärdsområdesreformen däremot konsekvenser. Eftersom frågan om hur servicen ordnas är och har varit en politisk vattendelare i kommunen är medvetenheten om förändringarna dessutom sannolikt större än på annat håll och en del invånare har en stark övertygelse om vilket alternativ som är bäst.

Lagstiftningen om välfärdsområden lägger stor vikt vid invånarnas möjligheter att påverka genom välfärdsområdesfullmäktige. När bärkraften hos olika handlingsmodeller, t.ex. omfattande samarbete, testas, måste möjligheterna att utöva lagstadgat inflytande via fullmäktige väga tungt. Samarbete får inte vara så omfattande att det försätter invånarna i samma region i olika position när det gäller de principiella påverkningsmöjligheterna. För invånarna, som ännu aldrig röstat i ett val av välfärdsområdesfullmäktige och har svårt att föreställa sig hur det kommer att fungera kan det säkert kännas märkligt att bland annat en sådan sak sätter käppar i hjulet för att använda service på samma sätt som tidigare.

Begriplighet är ett grundläggande värde i en demokrati. En viktig princip för den fortsatta processen är att Kronobyborna inte i större utsträckning än övriga finländare ska behöva hålla reda på skillnaden mellan organiserings- och produktionsansvar eller i detalj veta vad välfärdsområdesstrategin säger om samarbetet mellan välfärdsområden, utan ska kunna gå till mödrarådgivningen eller ansöka om hemvård precis som nu. Här behöver välfärdsområdet tillsammans med kommunen ta ansvar för att begripliggöra hur servicen fungerar och stöda invånarna när de behöver vård och omsorg.

Det är också myndigheternas ansvar att se till att invånarna känner sig trygga i förändringen. Oberoende av var i välfärdsområdet en invånare bor har han eller hon rätt att förutsätta att välfärdsområdet uppfyller sin skyldighet: ”Välfärdsområdet ska planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. I fråga om bedömning av kundens individuella servicebehov och vårdbehov gäller särskilda bestämmelser. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet.” (L 612/2021).

16. Källförteckning

16.1. Lagstiftning, lagberedningsmaterial och myndighetsdokument

Regeringens proposition 241/2021 RP 241/2020 rd (eduskunta.fi)

Grundlagsutskottets utlåtande 17/2021 GrUU 17/2021 rd (eduskunta.fi)

Förvaltningsutskottets utlåtande 12/2021 FvUU 12/2021 rd (eduskunta.fi)

Social- och hälsovårdsutskottets betänkande 16/2021 ShUB 16/2021 rd (eduskunta.fi)

Lag om välfärdsområden 611/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Lag om ordnande av räddningsväsendet 613/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Lag om indelningen i välfärdsområden och… 614/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Lag om genomförande av reformen av social- och… 616/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Lag om välfärdsområdenas finansiering 617/2021 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Lag om elev- och studerandevård 1287/2013 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Lag om offentlig upphandling och koncession 1397/2016 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Räddningslag 379/2011 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Socialvårdslag 1301/2014 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Språklag 423/2003 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Vallag 714/1998 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus - sote-uudistus - (soteuudistus.fi)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut - Sosiaali- ja terveysministeriö (stm.fi)

Sote-uudistus muuttaa rakenteita - Valtiovarainministeriö (vm.fi)

Pelastustoimenuudistus - Sisäministeriö (intermin.fi)

Kuntatalousohjelma - Valtiovarainministeriö (vm.fi)

tukialueet - Työ- ja elinkeinoministeriön verkkopalvelu (tem.fi)

Utveckling av lönesystemen, löneharmonisering och lokala avtal före överlåtelse av rörelse | KT Kommunarbetsgivarna

Kronoby kommun Kronoby kommun - Home

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite - Soite första sidan

Mellersta Österbottens förbund Keski-Pohjanmaan liitto

Vasa sjukvårdsdistrikt/Österbottens välfärdsområde Välfärdsområde - Vasa centralsjukhus (vaasankeskussairaala.fi)

Österbottens förbund Hem » Obotnia

16.2. Rapporter

Koivisto Juha, Heidi Muurinen, Vesa Syrjä & Laura Parviainen (2021): Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen (julkari.fi)

Kommunförbundet och Folktinget (2021) Stödmaterial för beredningen av de tvåspråkiga välfärdsområdena.pdf (kommunforbundet.fi)

Kuopila Antti & Nieminen Ville (2014): Lähipalvelut– mitä nekin nyt ovat? Lähipalvelut - mitä nekin nyt ovat? | Kuntaliitto.fi

Lindell Marina (2020): Språkbarometern 2020. Språkbarometern 2020 - Valto (valtioneuvosto.fi)

Nurmio Kimmo et al (2017): Toiminnalliset alueet ja kasvuvyöhykkeet Suomessa 2017. Valtioneuvoston selvitys-ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 50_2017_Toiminnalliset+alueet+ja+kasvuvyöhykkeet+Suomessa.pdf (tietokayttoon.fi)

Parlamentaarisen maakuntaverotkomitean mietintö (2021): Parlamentaarisen maakuntaverokomitean mietintö - Valto (valtioneuvosto.fi)

Talent Vectia. Slutrapport 17.6.2021. https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/hyvinvointialuevalmistelu/styrgruppen-18.5.2021/17062021_forverkligande-av-service-i-delar-av-valfardsomradet-och-hur-det-paverkar-verksamheten.pdf

THL (2020a): Sosiaali- ja terveyspalvelut OYS-erityisvastuualueella 2019 (julkari.fi)

THL (2020b): Sosiaali- ja terveyspalvelut TYKS-erityisvastuualueella 2019 (julkari.fi)

Valtiovarainministeriö (2021): Aluehallinnon ja monialaisten maakuntien parlamentaarinen selvitystyö https://vm.fi/aluehallinnon-ja-monialaisten-maakuntien-parlamentaarinen-selvitystyo

16.3. Statistik

Etusivu - Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi

Statistikcentralen (tilastokeskus.fi)

16.4. Intervjuer med sakkunniga

Strategidirektör Mats Brandt, Österbottens välfärdsområde

Statssekreterare Malin Brännkärr, Justitieministeriet

Finansråd Teemu Eriksson, Finansministeriet

Räddningsdirektör Peter Johansson, Östra Nylands räddningsverk

Hälso- och sjukvårdsdirektör Marina Kinnunen, Österbottens välfärdsområde

Regeringsråd Ilpo Helismaa, Inrikesministeriet

Förändringsdirektör Göran Honga, Österbottens välfärdsområde

Verkställande direktör Minna Korkiakoski-Västi, Soite

Specialsakkunnig Antti Kuopila, Social- och hälsovårdsministeriet

Specialsakkunnig Johanna Lindholm, Kommunförbundet

Räddningsdirektör Tero Mäki, Österbottens räddningsverk

Medicinalråd Sirkku Pikkujämsä, Social- och hälsovårdsministeriet

Räddningsdirektör Jaakko Pukkinen, Mellersta Österbottens räddningsverk

T.f. kommundirektör Juha Rehula, Pukkila kommun

Ledande jurist Arto Sulonen, Kommunförbundet

Landskapsdirektör Kaj Suomela m.fl., Österbottens förbund

Regeringsråd Auli Valli-Lintu, Social- och hälsovårdsministeriet

Kommundirektör Sam Vuorinen, Mörskom kommun

Petri Leino, Kari Aalto och Jarmo Korhonen, Talent Vectia