Lähettäjä: Kortelainen Risto <Risto.Kortelainen@essote.fi>
Lähetetty: torstai 25. helmikuuta 2021 12.55
Vastaanottaja: Talousvaliokunta <Talousvaliokunta@eduskunta.fi>
Aihe: Etelä-Savon sote-kuntayhtymän/sairaanhoitopiirin pyyntö eduskunnan talousvaliokunnan kuulemiseen

Tervehdys,

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, ESSOTE-kuntayhtymä / sairaanhoitopiiri on 100 000 asukkaan alueen sote-järjestäjä, jonka jäsenkuntia ovat Mikkeli, Pieksämäki, Juva, Mäntyharju, Kangasniemi, Joroinen, Hirvensalmi, Pertunmaa ja Puumala.

Kuntayhtymän valtuusto antoi 17.9.2021 perusteellisen lausunnon 17.9.2020 maan hallituksen sote-uudistuksen lainsääntöluonnoksesta, jossa oli esitetty kaksi vaihtoehtoa Pohjois-Savon ja Etelä-Savon aluejaosta. Toisen mukaan 40 000 asukaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin/Sosteri-kuntayhtymän kunnat ovat osa Pohjois-Savon aluetta ja toisen mukaan Etelä-Savon alue säilyy nykyisellään nykyisen maakuntajaon myös 2023 alusta. Joroisten ja Heinäveden kuntien maakunnat vaihtuivat 2021alusta.

Etelä-Savon hyvinvointialueen sote- toimeenpanolakiesityksen mukainen valmistelun suunnittelu on alkanut niin, että mukana ovat kaikki Etelä-Savon ja Itä-Savon sote-järjestäjät (Essote- ja Sosteri-kuntayhtymät, Pieksämäen peruspalvelut, Rantasalmen ja Sulkavan kunnat, joiden sote-peruspalvelut ovat ulkoistettu, Vaalijalan kuntayhtymä ja koko Etelä-Savon maakunnan kattava pelastuslaitos). Hyvinvointialueen palvelustrategian valmistelu on käynnistetty. Lisäksi käynnissä ovat STM:n rahoittamat kehittämishankkeet, joihin rahoitusta on saatu kaikkiaan 10 milj.euroa.

Essote- ja Sosteri-kuntayhtymät ovat yhdessä teettäneet selvityksen Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoituksesta.

Keskeisinä rakenteellisina erityiskysymyksiä ovat toiminnan ja rahoituksen olosuhdetekijänä hyvinvointialueen kahden päivystävän sairaalan toiminnan turvaaminen (Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaalat) ja Vaalijalan kuntayhtymän tulevaisuuden ratkaisut (tästä Pohjois-Savo ja Etelä-Savon sote-valmistelu ovat aloittaneet tehdä erillisselvitystä).

Etelä-Savon maakunnan ja sote-uudistuksen mukaisen hyvinvointialueen valmisteluun liittyy tärkeitä rakenteellisia ja rahoitukseen liittyviä asiakokonaisuuksia. Tällä perustella pyydän, että voisin antaa asiantuntijalausunnon hallintovaliokunnalle ja olla valiokunnassa kuultavana.

Liitteet

1. Etelä-Savon itsehallinnollisen hyvinvointialueen kestävä käynnistäminen ja rakentaminen - toiminnan käynnistäminen talouden ja rahoituksen näkökulmasta. Raportti 22.2.2021.
2. Essote-alueen näkökulmasta asiantuntijalausuntoni eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnassa 12.2.2021. Valiokunta pyysi lausuntoa aluejaosta kuitenkin laajasi käsitettynä.
3. Essote-kuntayhtymän valtuuston 17.9.2020 lausunto maan hallituksen esitysluonnoksesta sote-uudistuksen lainsäädännöksi. Lausunnon päätösosaan on tiivistetty tärkeimmät näkökohdat ja perustelut.

Terv. Risto Kortelainen

Risto Kortelainen, kuntayhtymän johtaja, ESSOTE, Etelä-Savon sote-uudistuksen johtoryhmän puheenjohtaja
0505228677, risto.kortelainen@essote.fi

ETELÄ-SAVON ITSEHALLINNOLLISEN HYVINVOINTIALUEEN KESTÄVÄ KÄYNNISTÄMINEN JA RAKENTAMINEN

- TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN TALOUDEN JA RAHOITUKSEN NÄKÖKULMASTA

Loppuraportti 22.2.2021



Sisällysluettelo

Mikä on sote-uudistus?	3
Hankkeen tavoitteet ja keskeiset lopputulemat	4
Raportin keskeiset käsitteet	5
Johdon yhteenveto	6
Keskeiset johtopäätökset	8
Sote-uudistuksen vaikutus palvelujen rahoitukseen	11
Sairastavuusraportointi määrittää rahoitusta	25
Keinoja rahoituksen määrään vaikuttamiseksi	32
Keskeiset riskit hyvinvointialueen rahoitukseen liittyen	38

Liitteet:

- Rahoituksen taustatiedot 44
- Sote-uudistuksen aikataulu 47

Hankkeen tausta

Mikä on sote-uudistus?

Pääministeri Marinin hallituksen eduskunnalle jättämä sote-uudistus olisi eduskunnan hyväksyessä esityksen Suomen itsenäisyydenajan suurin julkishallinnon järjestelmäuudistus. Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen palveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuu siirtyy kunnilta 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Uudistuksen mukaisesti järjestelmän rahoitus siirtyy kunnilta valtiolle. Kuntien keräämän kunnallisveron määrää leikataan vuoden 2020 arvion mukaan yli 13 prosenttiyksiköllä. Veronleikkauspäätös tehdään vuonna 2022. Kuntien nyt saamasta yhteisöveron tuotosta siirtyy valtion kautta hyvinvointialueille noin kolmannes.

Pääministeri Marinin hallituksen Sote-uudistuksen tavoitteet

Pääministeri Marinin hallituksen Sote-lakiesityksen keskeisinä tavoitteina on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua.

Sote- ja pelastustoimen palveluiden järjestäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa kootaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kuntaa suuremmille itsehallinnollisille hyvinvointialueille alueille 1.1.2023 alkaen. Myös pelastustoimen järjestäminen siirretään hyvinvointialueiden tehtäväksi. Hyvinvointialueita on 21 ja Helsinki. Lisäksi Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsinki perustavat HUS-yhtymän. Hyvinvointialueiden toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta säädetään erillisellä lailla.

Alueiden päätöksenteosta vastaavat suorilla vaaleilla valitut valtuutetut. Asukkaiden osallisuutta ja käyttäjädemokratiaa vahvistetaan. Aluevaalit järjestetään 6 kuukautta lakien hyväksymisen jälkeen. Jos lait hyväksytään 30.6.2021 mennessä, järjestetään hyvinvointialueiden aluevaltuustovaalit 23.1.2022.

Yksityisten ja kolmannen sektorin rooli

Hyvinvointialueet tuottavat palvelut pääosin julkisina palveluina. Yksityinen ja kolmas sektori toimivat täydentävinä palveluiden tuottajina. Järjestöjen roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä vahvistetaan ja järjestöjen mahdollisuus tuottaa palveluita turvataan.

Palveluiden rahoittaminen

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu valtion rahoitukseen ja asiakas- ja käyttömaksuihin. Rahoituksen perustana on hyvinvointialueen terveyden-, vanhusten ja sosiaalihuollon palvelutarve, asukasmäärä, olosuhdetekijät; asukastiheys, vieraskielisyys, kaksikielisyys, saaristoisuus, saamenkielisyys, ja hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen rahoitus. Pelastustoimen rahoitus perustuu asukasmäärään, riskikertoimeen ja asukastiheyteen. Hallitus on käynnistänyt parlamentaarisen valmistelun maakuntaveron käyttöönotosta. Hallitus päättää maakuntaverosta vuonna 2022. Maakuntavero ja verontasausjärjestelmä on tarkoitus ottaa käyttöön vuonna 2026. Hallituksen linjauksen mukaan verorakenteen muutokset eivät saa voimaan astuessaan aiheuttaa kokonaisverotuksen kiristymistä.

Hyvinvointialueiden rahoituksessa vuodesta 2023 alkaen huomioidaan hyvinvointialueen kuntien palveluiden tuottamisen nykyinen kustannustaso. Mikäli uuden mallin mukainen hyvinvointialueen laskennallinen rahoitustarve eroaa siitä, mikä on nykyinen kustannustaso, ero katetaan siirtymätasauksella. Ensimmäisenä vuonna siirtymätasaus kattaa koko nykyisten kustannusten ja laskennallisen rahoitustarpeen eron. Siirtymätasaus on hyvinvointialueella 7 vuoden aikana enemmillään –100/+200 euroa/asukas. Siirtymärahoitus loppuu viimeistää vuonna 2029, jonka jälkeen kyseinen taso jää pysyväksi.

Palvelutarpeen kasvu korvataan hyvinvointialueille vuosina 2023 ja 2024 täysimääräisesti ja vuodesta 2025 alkaen 80 prosentilla.

Kuntatalous

Kunnallisveron määrää leikataan vuoden 2020 arvion mukaan vuodesta 2023 alkaen yli 13 prosenttiyksikköä. Kuntien sote-palveluiden valtionosuudet siirtyvät hyvinvointialueille ja yhteisöverosta tuotosta siirtyy valtion kautta hyvinvointialueille noin kolmannes. Kuntien velat jäävät kunnille. Sote ja pelastustoimen tehtävien siirtyessä hyvinvointialueelle, myös vastaavat kustannukset siirtyvät. Rahoituksen ja kustannuksien siirrot vaikuttavat kuntiin eri tavoin riippuen niiden lähtötilanteesta ja siirtyvien kustannusten osuudesta koko kunnan taloudesta.

Monialaisten hyvinvointialueiden parlamentaarinen valmistelu

Hyvinvointialueet mahdollistavat vaiheittaisen siirtymisen monialaisiin maakuntiin. Tämä valmistellaan parlamentaarisessa työssä ja selvitetään mitä tehtäviä kunnilta, kuntayhtymiltä ja valtiolta siirretään hyvinvointialueille. Parlamentaarisen valmistelun mukaisesti ympäristöterveydenhuolto siirtyy hyvinvointialueille 1.1.2026.

Sote-uudistuksen eteneminen

Hallitus antoi eduskunnalle lakiesityksen sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksesta 8. joulukuuta, 2020. Ehdotuksen mukaiset palveluja järjestävät ja tuottavat hyvinvointialueet perustettaisiin lakien hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen heti. Aikataulullisesti 1.7.2021. Lait tulisivat voimaan porrastetusti. Ensimmäiset 1. heinäkuuta 2021 ja viimeiset 1. tammikuuta 2023. Hyvinvointialueet aloittaisivat toimintansa vuoden 2023 alusta. Hyvinvointialueen väliaikaishallinto aloittaisi 1. heinäkuuta 2021 ja jatkaisi 1.3.2022 asti kun aluevaltuustojen toiminta käynnistyy.

Hankkeen tavoitteet ja keskeiset lopputulemat

HANKKEEN TAVOITTEET

- Selvittää talouden ja rahoituksen näkökulmasta pitkällä aikavälillä kestävä ratkaisu perustaa ja rakentaa hyvinvointialue.
- Selvittää millaisen paineen perustettavan hyvinvointialueen taloudelle luovat
  1. alueen ennustettu väestö- ja palvelukehitys 2020-2040,
  2. kuntien talouden ja palvelutarpeen kehittyminen 2023 asti,
  3. Essoten ja Sosterin kyky tasapainottaa taloutta ennen hyvinvointialueen ja uuden rahoituksen käynnistymistä sekä
  4. *hallituksen 8.12. antaman lakiehdotuksen mukaisen sote-uudistuksen toteuttaminen ja käynnistyminen ja siihen liittyvä rahoitusratkaisu.*
- Tunnistaa edellisten perusteella hyvinvointialueen perustamiseen ja käynnistämiseen liittyvät taloudelliset riskit ja niiden toteutumisen vaikutus kykyyn tuottaa sosiaali-, terveys- ja pelastustoimenen palveluita alueen asukkaille.
- Selvittää mitä muutos tarkoittaa talouden näkökulmasta Essotelle ja Sosterille, tulevalle hyvinvointialueelle, keskuskaupungeille ja muille kaupungeille sekä kunnille.
- Kartoittaa toimenpiteet riskien toteutumisen estämiseksi tai vaikutusten minimoimiseksi.



HANKKEEN KESKEISET LOPPUTULEMAT

Näkemykset mahdollisuuksista hyvinvointialueen rahoituksen nostamisesta tarvevakioidussa rahoitusmallissa sekä käyttötalouden ja investointitarpeen kehityksen alustava ennuste.

Selvitys vaihtoehdoista, miten talouden näkökulmasta tehdään kestäviä ratkaisuja hyvinvointialueen käynnistämisvaiheessa.

Hyvinvointialueen riskianalyysi rahoituksen näkökulmasta sekä toimenpiteet riskien toteutumisen estämiseksi tai vaikutusten minimoimiseksi.

© TalentVectia

Raportin keskeiset käsitteet

- hyvinvointialueiden rahoituksen muodostumisen keskeiset käsitteet

Hyvinvointialue = hyvinvointialue on julkisoikeudellinen yhteisö, joilla on alueellaan itsehallinto. Hyvinvointialueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluiden järjestämisestä omalla alueellaan. Uudet hyvinvointialueet ovat alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia. Uudenmaan maakunnan poiketaan nykyisestä maakuntajaosta siten, että hyvinvointialueita on neljä ja Helsingin kaupunki omanaan. Hyvinvointialueiden ylin päättävä toimielin on vaaleilla valittava aluevaltuusto.

Rahoituksen määräytymistekijät = Rahoituksen määrään vaikuttavat hyvinvointialueen palvelutarvetta ja kustannuksia kuvaavat määräytymistekijät, jotka ovat asukasperusteisuus (Osuus hyvinvointialueiden yhteenlasketusta sote- ja pelastustoimen rahoituksesta: 14,6%), Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät (kts. Tarvetekijät) (79,6%), Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (0,98 %), Asukastiheys (1,6 %), Vieraskielisyys (2,0 %), Kaksikielisyys (0,5 %), Saaristolaisuus (0,1 %), Saamenkielisyys (0,01 %) ja Pelastustoimen riskitekijät (0,7 %)

Rahoituksen tarvetekijät = Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijöitä käytetään kuvaamaan hyvinvointialueen palvelutarvetta. Tarvetekijöiden vaikutus hyvinvointialueen rahoituksen määrään on n. 80 %. Tarvetekijöitä on on kolme – Terveydenhuolto (osuus kokonaisrahoituksesta: 47,1 %), Vanhustenhuolto (15,7 %) ja Sosiaalihuolto (16,8 %)

Rahoituksen olosuhdetekijät = Tarvetekijöiden lisäksi hyvinvointialueen rahoitukseen vaikuttavat olosuhdetekijät. Olosuhdetekijöillä kuvataan hyvinvointialueen väestön tai maantieteen erityispiirteitä: Olosuhdetekijöitä ovat: vieraskielisyys, kaksikielisyys, asukastiheys, saaristolaisuus, saamenkielisyys.

Tarvevakiointi = Hyvinvointialueen sote-palveluiden kustannuksista 80 % lasketaan sairastavuuden ja olosuhdetekijöiden perusteella. THL on kehittänyt ja julkaissut vuonna 2020 tarvevakiointiin liittyvän laskentamallin, jossa sairastavuuden aiheuttamia kustannuksia arvioidaan yhteensä 53 tautiluokan ja terveydenhuollolle, vanhustenhuollolle ja sosiaalihuollolle määritettyjen laskentakertoimien avulla.

Palvelutarpeen rahoitus = Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen (ks. tarvevakiointi) perustuva rahoitus.

Laskennallinen rahoitus = Laskentamalliin perustuva hyvinvointialueelle muodostuva tavoiterahoitus.

Perushinta = Hyvinvointialueen yhdelle palvelukokonaisuudelle asetettu asukaskohtainen rahamäärä. Kun perushinta kerrotaan määräytymistekijän (palvelun) kertoimella ja asukasluvulla, saadaan määräytymistekjään (palvelu) liittyvä rahoituksen määrä. Asukasmäärään liittyvä perushinta kerrotaan suoraan asukasmäärällä. Asukasmäärän perushinta vuoden 2020 rahassa yhteensä 529 eur/as (sote 475 eur/as ja pela 54 eur/as). Terveydenhuollon perushinta on 1 704 eur/as, vanhustenhuollon 570 eur/as ja sosiaalihuollon 607 eur/as. Asukastiheyden perushinta yhteensä 57 eur/as (sote 53 eur/as ja pela 4 eur/as). Vieraskielisyys 71 eur/as, kaksikielisyys 18 eur/as, saaristolaisuus 4 eur/as ja pelastustoimen riskitekijät 25 eur/as.

Nettokustannukset = Hyvinvointialueen kuntien yhteenlasketut käyttötalouden sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettokustannukset vastaavat hyvinvointialueen rahoituksen tarvetta, jota kutsutaan siirtyviksi kustannuksiksi. Nettokustannukset lasketaan seuraavasti: Nettokustannukset = (Toimintakulut (ml. sisäiset erät) + Poistot ja arvonalentumiset + Vyörytyskulut) - (Toimintatuotot (ml. sisäiset erät) + Vyörytystuotot + Valmistus omaan käyttöön sekä valmistevaraston muutos)

Siirtyvät kustannukset = Kunnilta siirtyvien palveluiden aiheuttaman kustannukset, jotka siirtyvät palveluiden myötä tuleville hyvinvointialueille. Siirtyvät kustannukset muodostavat hyvinvointialueen ensimmäisen vuoden rahoituksen.

Siirtymätasaus = Sote-uudistuksen astuessa voimaan hyvinvointialueiden rahoitus ei laske/nouse heti laskennalliselle tasolle. Siirtymäaikaan lasketaan vuodet 2023 - 2029. Näiden suosien aikana siirtymätasaus on -100/+200 per asukas Siirtymätasauksen kautta porrastetaan saatava rahoitus vuosittain (vuosittain muuttuva rahamäärä asukasta kohden).

JOHDON YHTEENVETO 1/2

Raportin sisältö. Tässä raportissa kuvataan sote-uudistuksen mukainen tulevien hyvinvointialueiden uusi rahoitusmalli ja millainen se tulee olemaan Etelä-Savon alueella. Raportissa arvioidaan Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen rahoituksen tarpeen kehitys vuosien 2021 – 2022 aikana. Miksi tämä on tärkeää? Tämän perusteella määräytyy, millaisen rahoituksen Etelä-Savon hyvinvointialue saa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön vuonna 2023. Tämän vaiheen jälkeen kuvataan Etelä-Savon sote-uudistuksen rahoitusmallin mukainen rahoitus vuoteen 2029 asti. Paljonko Etelä-Savon alue on arviolta saamassa rahaa, jos sote-uudistus toteutuu ja hyvinvointialueet aloittavat toimintansa. Tärkeää on, että Etelä-Savo saa mahdollisimman tarkkaan palvelutarpeen kasvun mukaisen osuuden valtion hyvinvointialueille jakamasta sote- ja pelastustoimen rahasta. Tätä tukemaan raportissa on kuvattu keskeiset keinot vaikuttaa rahoitukseen määrään sekä keskeiset riskit. 1.1.2023 alkaen Etelä-Savo saa vuosittain valtiolta laskennallisen ”könttä”-summan rahaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelut ja pelastustoimen palvelut tulee järjestää ja tuottaa. Kunnille ei voi tämän jälkeen lähettää sote-palveluista laskuja. Valtakunnallisesti ensimmäisessä vaiheessa jaettava rahasumma on vuoden 2019 siirtyvien kustannusten mukaan noin 19,8 miljardia euroa. Jako hyvinvointialueiden kesken on nollasummapeliä ja valtio voi vuosittain eri kriteerien painotusta muuttamalla muuttaa valtakunnallisen kokonaisrahoituksen jakautumista hyvinvointialueiden kesken. Rahoitus on valtion ohjaamaa.

Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoitus perustuu valtion rahoitukseen ja asiakas- ja käyttömaksuihin. Rahoituksen perustana on hyvinvointialueen terveyden-, vanhusten ja sosiaalihuollon palvelutarve, asukasmäärä ja olosuhdetekijät. Olosuhdetelkijöitä ovat asukastiheys, vieraskielisyys, kaksikielisyys, saaristoisuus ja saamenkielisyys. Lisäksi rahoituksen laskentaan vaikuttavat hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen kerroin ja pelastustoimen riskikerroin. Näiden edellä kuvattujen määräytymistekijöiden perusteella lasketaan kullekin kohdalle ensin oma asukaskohtainen rahoituksen määrä, joka sitten kerrotaan Etelä-Savon asukasluvulla. Tämän päälle tulevat perittävät asiakas- ja käyttömaksut.

Nykyinen toteutunut kustannustaso on 11 milj. eur tulevaa laskennallista rahoitusta korkeampi. Etelä-Savon hyvinvointialueen vuoden 2022 arvioidut toteutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen toimintakulut ovat yhteensä 668 meur. Tästä laskettu nettokustannus on noin 627 meur. Uuden sote-rahoitusmallin mukainen Etelä-Savon laskennallinen kustannustaso taasen on 603 meur vuonna 2023. Nykyinen Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen toteutunut kustannustaso on noin 11 meur tulevaa laskennallista rahoitusta suurempi. Laskennalliseen rahoitukseen lisätään kuitenkin siirtymätasaus (17 meur), joka on aluksi nykyisten ja laskennallisten kustannusten eron suuruinen. Lisäksi huomioidaan palvelutarpeen muutos (7 meur) ja kustannustason muutos (6 meur). Tällä rahoitusmallilla helpotetaan hyvinvointialueen alkutaivalta. Kokonaisuudessaan Etelä-Savon hyvinvointialueen vuoden 2023 ennustettu rahoitus on 634 meur. Kokonaisrahoitus nousee noin 7 meur verrattuna nykyiseen tasoon. Vuosina 2015 – 2019 vuotuinen rahoituksen tarve on kasvanut keskimäärin noin 14 meur vuodessa, eli uudistus leikkaa rahoituksen vuotuisesta kasvusta noin puolet.

Etelä-Savon rahoituksen määrään ja riittävyyteen vaikuttamiseksi on tunnistettu seitsemän keinoa.

1. **Tarvevakioidun rahoituksen painotukset.** Noin 80% (499 meur) tulevasta hyvinvointialueen kokonaisrahoituksesta perustuu alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen. Mikäli rahoituksen perustana olevia perushintojen painotuksia muutetaan valtion toimesta muuttaa se koko rahoituksen muodostumisen painotuksia. Sama koskee asukasmäärän osuutta. Etelä-Savon tulee siis käydä jatkuvaa neuvottelua valtion kanssa ja huolehtia erityisesti siitä, että perushintojen painotukset muuttuvat alueella parempaan suuntaan.
2. **Alueen sairastavuusraportoinnin täydentäminen**. Rahoitukseen vaikuttamisen kannalta on olennaista, että Etelä-Savon sairastavuustiedot, eli diagnoosidata raportoidaan täysmääräisesti ja oikein. Tarvittaessa tämä tulee tehdä takautuvasti täydentäen raportoituja tietoja vuodesta 2017 alkaen. Diagnoosidatan perusteella THL laskee Etelä-Savon sairastavuuteen liittyvän tarvekertoimen. Jos ei ole diagnooseja, ei ole tarvetta, eikä pystytä laskemaan täysimääräistä rahoitusta.
3. **Sosiaalihuollon palvelutarpeen täsmällinen kuvaaminen.** Palvelutarpeen arvioinnin ja rahoituksen perustana olevaa tarvevakiointimallia tullaan kehittämään ennen vuotta 2023 siten, että sosiaalihuollon malli muuttuu merkittävästi. Kriteeristössä on tällä hetkellä ainoastaan muutama aidosti sosiaalihuollon tarvetekijä. Etelä-Savon tulee jo ennakoivasti käynnistää sosiaalihuollon diagnoositiedon kerääminen, jotta sosiaalihuollon palvelutarpeeseen perustuva rahoitus saadaan vastaamaan todellista palvelutarvetta heti kun valtakunnalliset muutokset tehdään. Tästä on syytä käydä neuvottelua THLn kanssa, jotta tiedetään, mihin diagnoositietoon tulee erityisesti keskittyä.
4. **Kahden sairaanhoitopiirin yhdistämien yhdeksi hyvinvointialueeksi.** Hallituksen lakiesityksessä annetaan mahdollisuus kahden päivystävän sairaalan toimintaan Etelä-Savon alueella vuoteen 2032 asti. Tätä ei kuitenkaan huomioida rahoituksessa. Takarajakirjaus pitää pystyä poistamaan ja kahden sairaanhoitopiirin toimintamalli tulee huomioida myös rahoituksessa esimerkiksi niin, että se lisätään yhdeksi olosuhdetekijäksi.

JOHDON YHTEENVETO

5. Vapaa-ajan asumisen huomioiminen rahoituksessa. Rahoitusmallissa ei huomioida vapaa-ajan asumista. Tämä on Etelä-Savon näkökulmasta haitallista, sillä alueen suuresta vapaa-ajan asukkaiden määrästä aiheutuvia lisävelvoitteita ei rahoiteta erikseen. Vapaa-ajan asukkaiden määrä pitää saada uudeksi olosuhdetekijäksi rahoitusmalliin.

6. Asukaskohtaiseen rahoitusmalliin vaikuttaminen ja varautuminen. Etelä-Savon hyvinvointialueen väestöennusteen mukainen alueen asukkaisen määrä vähenee vuosina 2023 - 2029 keskimäärin noin 1 250 asukasta vuodessa. Tämä pienentää kokonaisrahoitusta yli 6 meur vuodessa. Etelä-Savon pitää pystyä vaikuttamaan siihen, että asukkaiden määrän väkimäärän vähenemisen ei suoraan pudota rahoitusta näin voimakkaasti. Tämä pudotus ei perustu palvelutarpeeseen tai sen kehitykseen. Malli on epäoikeudenmukainen Etelä-Savolle ja suosii palvelutarpeeltaan pienempiä alueita, joissa väkimäärä kasvaa. Muuttotappiosta aiheutuvalle muutokselle tulee olla sopeutusaika.

7. Pitkäjänteisen kehitystyön jatkaminen. Hyvinvointialueen vuoden 2023 rahoituksen taso määrittyy alueen kuntien vuosina 2021 – 2022 käyttämän rahamäärän mukaan. Tämä mahdollistaa sen, että hyvinvointialue pystyy käynnistysvaiheessa ylläpitämään alueen olemassa olevaa palvelutasoa, kilpailukykyä, turvaamaan työpaikat. Kustannusleikkaukset jotka tehdään nyt, vaikeuttavat hyvinvointialueen käynnistysvaiheen rahoitusta. Siirtymätasaus tarjoaa tukea rahoituksen laskennalliseen ja toteutuvan määrän tasoittamiseksi aina vuoteen 2029 asti.

Keskeiset riskit liittyvät ikääntyneeseen väestöön, työvoiman saatavuuteen ja kykyyn sopeuttaa. Hyvinvointialueen käynnistämiseen ja rakentamiseen liittyy useita taloudellisia ja toiminnallisia riskejä. Riskit on kuvattu ja luokiteltu myöhemmin tässä raportissa. Tässä on nostettu esiin 14 riskiä, niille kuvaukset ja alustavat toimintaehdotukset.

Sote-uudistus etenee vaiheittain niin, että väliaikaishallinto aloittaa jo 1.7.2021. Hallitus antoi eduskunnalle lakiesityksen sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksesta 8. joulukuuta, 2020. Ehdotuksen mukaiset palveluja järjestävät ja tuottavat hyvinvointialueet perustettaisiin lakien hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen 1.7.2021. Lait tulisivat voimaan porrastetusti. Ensimmäiset 1. heinäkuuta 2021 ja viimeiset 1. tammikuuta 2023. Hyvinvointialueet aloittaisivat toimintansa vuoden 2023 alusta. Hyvinvointialueen väliaikaishallinto aloittaisi 1. heinäkuuta 2021 ja jatkaisi 1.3.2022 asti kun aluevaltuustojen toiminta käynnistyy. Tarkempi aikataulu on kuvattu tämän raportin liitteenä.

KESKEISET JOHTOPÄÄTÖKSET



Keskeiset johtopäätökset 1/2

Etelä-Savon rahoituksen muodostuminen ja riittävyys

Uudistus leikkaa tulevasta Etelä-Savon rahoituksen kasvun tarpeesta noin puolet

Etelä-Savon tulevalla hyvinvointialueella vuoden 2022 arvioidut toteutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen toimintakulut ovat yhteensä 668 meur ja nettokustannukset noin 627 meur. Sote-rahoitusmallin mukainen laskennallinen kustannustaso on 603 meur. Nykyinen kustannustaso on siis noin 11 meur laskennallista rahoitusta suurempi, vaikka Etelä-Savon palvelutarvetta kuvaava kerroin on Manner-Suomen korkein (1,251). Laskennalliseen rahoitukseen lisätään siirtymätasaus (17 meur), joka on nykyisten ja laskennallisten kustannusten eron suuruinen. Lisäksi huomioidaan palvelutarpeen muutos (7 meur) ja kustannustason muutos (6 meur). Kokonaisuudessaan Etelä-Savon hyvinvointialueen vuoden 2023 ennustettu rahoitus on 634 meur. Verrattuna nykyiseen kustannustasoon, kokonaisrahoitus nousee noin 7 meur. Vuosina 2015 – 2019 vuotuinen rahoituksen tarve on kasvanut keskimäärin noin 14 meur vuodessa, eli uudistus käytännössä leikkaa rahoituksen vuotuisesta kasvusta noin puolet.

Tarvevakioidun rahoitusmallin painotukset vaikuttavat merkittävästi Etelä-Savon saamaan rahoituksen määrään

Noin 80% (499 meur) tulevasta hyvinvointialueen kokonaisrahoituksesta perustuu alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen. Tämän rahoituksen osan määrää laskettaessa kerrotaan terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelun perushinta, vastaavan palvelun tarvekertoimella ja lasketaan saadut rahat yhteen. Perushinnat on määritetty siten, että valtion tasolla kaikkien alueiden yhteenlaskettu rahoitus vastaa valtion budjettiin varattua kokonaisrahoitusta. Hyvinvointialueiden rahoituksen määrään voidaan kuitenkin vaikuttaa merkittävästi terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon perushintojen keskinäistä suhdetta muuttamalla. Tällä tavoin ja asukasmäärän tuomalla rahalla valtio voi ohjata käytännössä vuositasolla rahoituksen toteumaa ja tämä vaikuttaa myös kokonaisuuden muihin lukuihin kuten tarveperustaisen rahoituksen muodostumiseen. Tämä edellyttää Etelä-Savon hyvinvointialueelta jatkuvaa neuvottelua ja edunvalvontaa valtion päätöksentekoon.

Sairastavuusraportoinnin täydentäminen on välitön tapa vaikuttaa rahoituksen määrään

Tarvevakiointimalli perustuu 11 eri tietolähteestä henkilötunnustasolla yhdistettyyn dataan. Keskeinen tietolähde on terveydenhuollon järjestäjien raportoimat sairastavuustiedot, joissa THL:n näkemyksen mukaan on yleisesti puutteita. Rahoitukseen vaikuttamisen kannalta on olennaista, että Etelä-Savon sairastavuustiedot raportoidaan täysmääräisesti ja oikein, tarvittaessa takautuvasti täydentäen raportoituja tietoja vuodesta 2017 alkaen. Tehdyn analyysin perusteella alustava johtopäätös on, että Sosterin ja Essoten sairastavuusdatassa on keskinäisiä poikkeavuuksia, jotka johtuvat todennäköisemmin kirjauksiin ja raportointiin liittyvistä seikoista. Projektin aikana tehdyn analyysin ja alueen asiantuntija-arvioiden pohjalta Etelä-Savon alueen kirjaamiskäytäntö näyttäisi kuitenkin olevan kokonaisuutena vähintään kohtuullisella tasolla. Etelä-Savon hyvinvointialueelle tulee kuitenkin perustaa pysyvä hanke, jolla varmistetaan kirjaamiskäytäntöihin liittyvä osaaminen ja systemaattisen kirjauskäytännön toimivuuden ja toteutumisen varmistus.

Etelä-Savolla pitää varmistaa, että sosiaalihuollon palvelutarpeen laskenta vastaa todellista tilannetta

Nykyisen tarvevakiointimallin sosiaalihuollon osuus mittaa sosiaalihuollon palvelutarvetta pääsääntöisesti ainoastaan terveydenhuollon määräytymistekijöihin perustuen. Tarvevakiointimallia tullaan kehittämään ennen vuotta 2023 siten, että sairausluokkien määrä lisääntyy ja sosiaalihuollon malli muuttuu merkittävästi. Etelä-Savon alueen on syytä kulkea sosiaalihuollon raportoinnin toteuttamisen eturintamassa, jotta sosiaalihuollon palvelutarpeeseen perustuva rahoitus saadaan vastaamaan todellista palvelutarvetta. Tästä tulee käydä jatkuvaa vuoropuhelua STMn ja THL.n kanssa, jotta saadaan ajoissa tietää, mitkä sosiaalihuollon kriteerit tulee tarkistaa ja laittaa tarvittaessa kuntoon.

.

Keskeiset johtopäätökset 2/2

Ratkaisut, joilla vahvistetaan hyvinvointialueen talouden perustaa

Kahden sairaanhoitopiirin ja kahden keskussairaalan mallin muuttaminen pysyväksi malliksi ja osaksi rahoitusta

Hallituksen lakiesityksessä annetaan mahdollisuus kahden päivystävän sairaalan toimintaan Etelä-Savon alueella vuoteen 2032 asti. Lakiin kirjattu takaraja pitää pystyä poistamaan. Lisäksi Etelä-Savon alueen erityispiirteiden vuoksi on ehdottoman olennaista, että kahden sairaalan malli huomioidaan myös rahoituksessa esimerkiksi niin, että se lisätään yhdeksi olosuhdetekijäksi. Huomioitavaa myös on, että lakiin kirjattu takaraja heikentää olennaisella tavalla Savonlinnan sairaalan työvoiman saatavuutta ja sairaalan toimintaedellytykset heikkenevät.

Vapaa-ajan asumisen huomioiminen rahoituksessa

Rahoitusmallissa ei huomioida Etelä-Savon hyvinvointialueen vapaa-ajan asumista. Alueella käy lähes 300 000 vapaa-ajan asukasta. Alueen suuresta vapaa-ajan asukkaiden määrästä aiheutuvia lisävelvoitteita esimerkiksi päivystyksen ylläpitämiseen ei huomioida mallissa mitenkään. Vapaa-ajan asukkaiden määrä pitää saada uudeksi olosuhdetekijäksi rahoitusmalliin.

Asukaskohtaisen rahoitusmallin vaikuttaminen ja varautuminen

Uudistuksen rahoitusmalli perustuu asukaskohtaiseen laskentaan. Etelä-Savon hyvinvointialueen väestöennusteen mukainen alueen asukkaisen määrä vähenee vuosina 2023 - 2029 keskimäärin noin 1 250 asukasta vuodessa. 1 250 asukkaan väheneminen pienentää kokonaisrahoituksen määrää yli 6 meur vuodessa ja luo jatkuvan kustannusten sopeuttamistarpeen. Etelä-Savon hyvinvointialueella 13 % kokonaisrahoituksesta perustuu suoraan asiakasmäärään ilman mitään tarvetekijöitä. Länsi-Uudellamaalla vastaava luku on 19 %. Etelä-Savon pitää pystyä vaikuttamaan siihen, että suora asukasperustainen osuus ei ainakaan nousisi nykyisestä. Lisäksi jatkuvan taloudellisen sopeuttamisen onnistumiseksi on ensiarvoisen tärkeää jatkaa sitä kehitystyötä, jolla Etelä-Savossa luodaan joustavia paikasta ja fyysisistä toimitiloista riippumattomia toimintamalleja. Erityisiä painopistealueita ovat terveydenhuollon palveluverkko, digipalvelut, liikkuvat palvelut, kotiin tuotettavat palvelut, yhteiset tietojärjestelmät ja yhteistyökumppanuudet.

Siirtymätasaus tukee pitkäjänteistä kehitystyötä

Hyvinvointialueen vuoden 2023 rahoituksen taso määrittyy alueen kuntien vuosina 2021 – 2022 käyttämän rahamäärän mukaan. Leikkaukset, jotka tehdään nyt, siirtyvät vääjäämättä hyvinvointialueen rahoituksen lähtötilaan. Siirtymätasaus tarjoaa tukea rahoituksen määrään aina vuoteen 2029 asti. Toisin kun nykymallissa, hyvinvointialueen toimijat eivät pysty merkittävästi vaikuttamaan rahoituksen määrään omilla päätöksillään. Tämän vuoksi on tärkeää, että alueen kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit jatkavat pitkäjänteistä toiminnan kehittämistä myös vuosina 2021 – 2022. Koska toteutuneiden ja laskennallisten kustannusten ero katetaan siirtymätasauksella vuonna 2023 täysmääräisesti ja vuonna 2024 vähennys on vain 10 eur/as, on hyvinvointialueella käytännössä käytössään samat taloudelliset resurssit vuosina 2023 – 2024 kuin vuosina 2021 – 2022. Kustannusten sopeuttaminen siirtymäajan jälkeiseen rahoitukseen voidaan toteuttaa rahoitusmallissa pitkällä aikajänteellä, mutta malli johtaa käytännössä heti jatkuvaan ja pitkäkestoiseen talouden tasapainottamiseen.

SOTE-UUDISTUKSEN VAIKUTUS PALVELUJEN RAHOITUKSEEN



Hyvinvointialueen rahoituksen muodostuminen

- kuvaus, miten hyvinvointialueen laskennallinen kokonaisrahoitus muodostuu

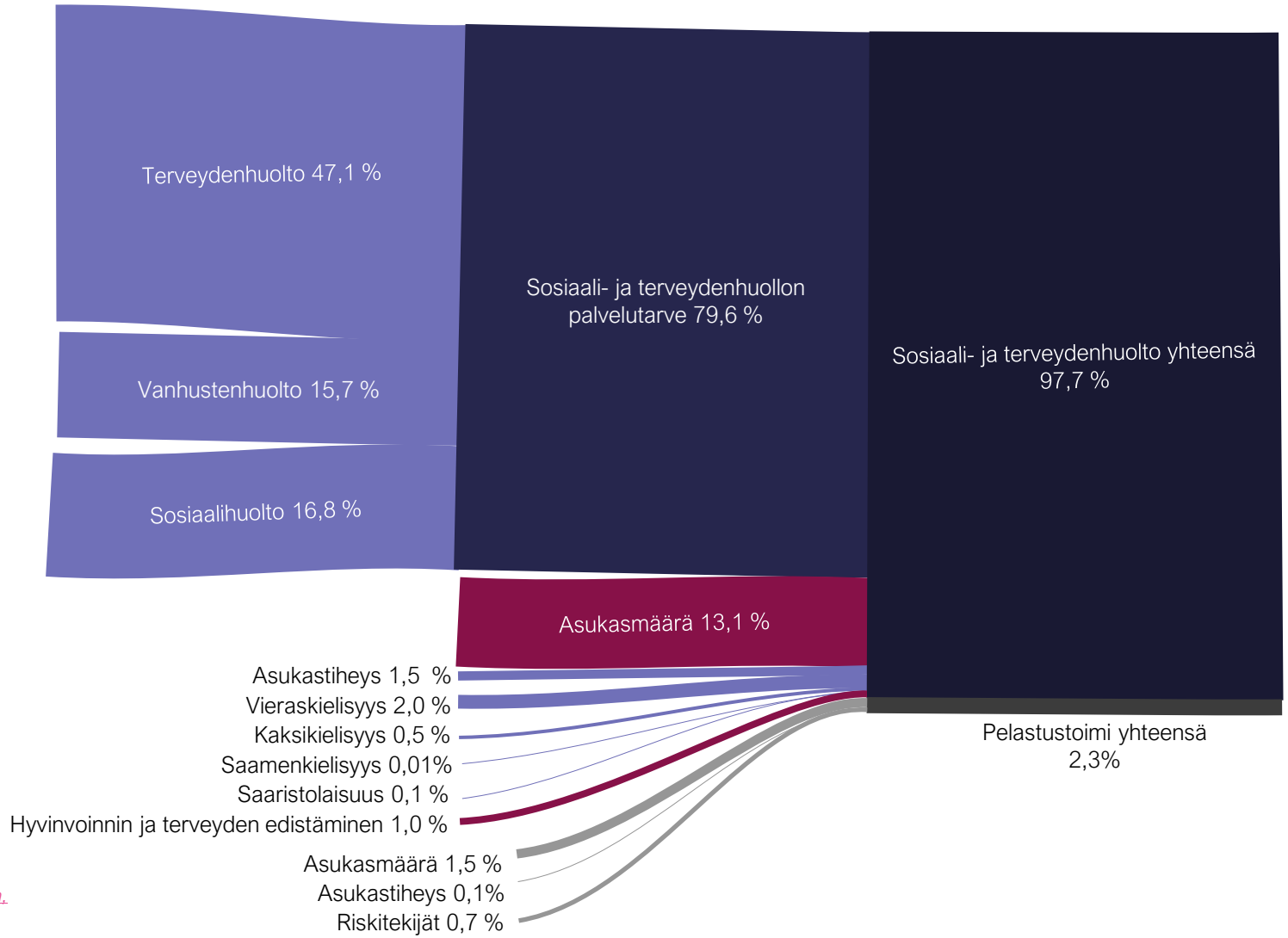
Laskennallinen rahoitus perustuu :

1. Terveyden, vanhusten- ja sosiaalihuollon perushintoihin. Perushinta on valtion rahoituksen laskennan lähtökohta. Perushinnat ovat väline, jolla säädellään hyvinvointialueiden kokonaisrahoituksen määrää ja rahoituksen jakautumista eri määräytymisperusteille. Perushinnat tarkistetaan vuosittain.
2. palvelutarpeen määräytymistekijöiden perusteella laskettaviin terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon tarvekertoimiin. Tarvekertoimien määrää tarkistetaan vähintään neljän vuoden välein ja vuosittain painokertoimia
3. Asukasmäärän, viiden olosuhdetekijän ja hyte-kertoimen perusteella määräytyvään osuuteen.

Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen rahoitus muodostuu laskemalla yhteen rahoitus, jotka saadaan kertomalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon perushinnat sote-rahoituslain 14 §:ssä tarkoitetuilla hyvinvointialuekohtaisilla laskennallisilla tarvekertoimilla ja hyvinvointialueen asukasmäärällä. Tähän summaan lisätään asukasmäärän, viiden olosuhdetekijän ja hyte-kertoimen perushinta kerrottuna esiintyvyydellä ja asukasmäärällä.

Siirtyvät kustannukset ja siirtymätasaus

Sote-rahoituslakiehdotuksen 35 § 1 momentin mukaan siirtymäkauden aikana vuodesta 2023 lukien muutosta kuntien toteutuneiden kustannusten ja hyvinvointialueen laskennallisen rahoituksen välillä tasataan siirtymätasauksella. Uudistuksen voimaantulovuotena (2023) vuodelta 2022 laskettujen toteutuneiden kustannusten ja laskennallisen rahoituksen erotus tasataan täysimääräisesti. Tämän jälkeen vuosien 2024 - 2029 aikana siirtymätasaus vähenee portaittain. Vuodesta 2029 alkaen siirtymätasauksen määräksi jää toistaiseksi pysyvästi -100 tai +200 euroa ylittävä määrä asukasta kohden laskettuna. Siirtymätasauksen määrä lasketaan kullakin hyvinvointialueella asukasta kohden toteutuneiden ja laskennallisten kustannusten erotuksena vuoden 2023 tilanteen mukaan.

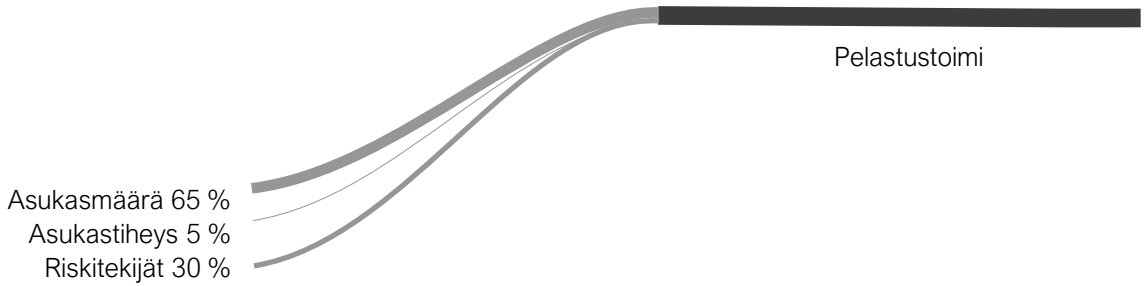


Lähteet: Hallituksen 8.12.. antama lakiehdotus, Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 3 §, ja Häkkinen, Holster; Sote-rahoituksen tarvevakiointi, 2020,

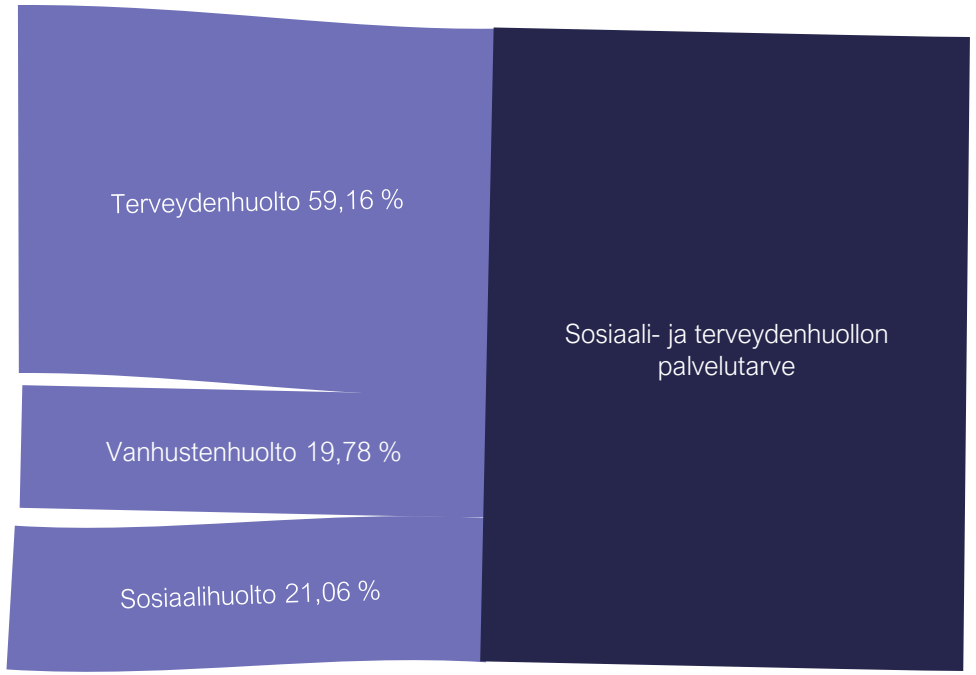
Hyvinvointialueen rahoituksen muodostuminen

- Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen laskennallisen rahoituksen muodostuminen erikseen

PELASTUSTOIMEN RAHOITUKSEN MUODOSTUMINEN



SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN MUODOSTUMINEN



Sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen laskennallisen rahoituksen muodostuminen

Edellisen sivun kuva ja selitys kuvaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen laskennallisen rahoituksen muodostumisen ja millaiset osuudet ovat koko hyvinvointialueen rahoituksessa. Pelastustoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon erillisissä kuvaajissa näkyy paljonko eri alueiden osuus on kyseisessä palvelussa. Tämän lisäksi tulevat siis asukasmäärä ja olosuhdetekijät, jotka on kuvattu edellisen sivun kuvaajassa.

Lähteet: Hallituksen 8.12.. antama lakiehdotus, Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 3 §, ja Häkkinen, Holster; Sote-rahoituksen tarvevakiointi, 2020,

Hyvinvointialueen rahoituksen määrittämisen askeleet

	Etelä-Savon hyvinvointialue (meur)	eur/as
ASKEL 1: Hyvinvointialueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettokustannusten määrittäminen. Nämä ovat sote-rahoituslain mukaiset siirtyvät kustannukset	627	4 701
ASKEL 2: Tarvevakioidun ja olosuhdetekijöihin perustuvan rahoituksen laskeminen. Tämä on sote-rahoituslain mukainen laskennallinen rahoitus	603	4 569
ASKEL 3: Siirtymätasauksen, palvelutarpeen muutoksen ja kustannusmuutoksen huomioiminen ja kokonaisrahoituksen laskeminen	634	4 803

Asukaskohtaiset euromäärät lasketaan aina määräytymishetkeä edeltävän vuodenvaihteen tilanteen mukaan – vuoden 2022 numerot 31.12.2020 väestömäärän mukaan ja vuoden 2023 numerot 31.12. 2021 mukaan. Tulevan Etelä-Savon väestömäärän on ennustettu olevan 132 034 asukasta joulukuun lopussa 2020 ja 130 653 asukasta joulukuun lopussa 2021. Ennustettu väestönkehitys perustuu Tilastokeskuksen laatimaan uusimpaan väestöennusteeseen. Yksityiskohtainen ennuste on esitetty tämän raportin liitteessä

Etelä-Savon alueen sote- ja pela-kustannusten kehitys 2015 – 2019 ja ennuste vuoteen 2022 asti

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sote-toimintakulut	613	626	568	585	604			
Sote-toimintatuotot	74	77	25	24	22			
Sote-nettokustannukset kuntien TP:ssä	**539**	**549**	**543**	**561**	**582**			
Sote-nettokustannusten muutos		*1,8 %*	*-1,1 %*	*3,3 %*	*3,8 %*			
- Ympäristöterveys	3	3	3	3	3			
- Perustoimeentulotuki	11	11						
- Koulukuraattorit ja koulupsykologit								
Vertailukelpoiset sote-nettokustannukset	**524**	**534**	**540**	**557**	**579**	**595**	**605**	**615**
Siirtyvät kustannukset vuosimuutos (%)		*1,90 %*	*1,00 %*	*3,32 %*	*3,83 %*	*2,87 %*	*1,66 %*	*1,66 %*
Siirtyvät kustannukset per asukas	**3 656**	**3 743**	**3 810**	**3 970**	**4 170**	**4 363**	**4 507**	**4 611**
Siirtyvät kustannukset per asukas vuosimuutos (%)		*2,36 %*	*1,80 %*	*4,20 %*	*5,03 %*	*4,64 %*	*3,30 %*	*2,31 %*
Pela-toimintakulut	24	24	24	24	24			
Pela-toimintatuotot	12	12	12	12	12			
Pela-nettokustannus	**12**	**12**	**11**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**
Pela-nettokustannus vuosimuutos (%)		*0,41 %*	*-3,58 %*	*4,95 %*	*-0,46 %*	*0,29 %*	*0,29 %*	*0,29 %*
Pela-nettokustannus per asukas	**82**	**83**	**81**	**86**	**86**	**88**	**90**	**90**
Pela-nettokustannus per asukas vuosimuutos (%)		*0,87 %*	*-2,81 %*	*5,85 %*	*0,69 %*	*2,01 %*	*1,90 %*	*0,93 %*
= Siirtyvät kustannukset yhteensä	**536**	**546**	**551**	**569**	**591**	**607**	**617**	**627**
= Siirtyvät kustannukset per asukas yhteensä	**3 739**	**3 826**	**3 891**	**4 056**	**4 256**	**4 451**	**4 596**	**4 701**
Siirtyvät kustannukset per asukas yhteensä vuosimuutos (%)		*2,33 %*	*1,70 %*	*4,23 %*	*4,94 %*	*4,58 %*	*3,27 %*	*2,28 %*

Toimintakulut, toimintatuotot ja nettokustannukset

Sote-rahoitusmallin mukaiset siirtyvät kustannukset perustuvat tulevan hyvinvointialueen nettokustannusten määrään. Nettokustannukset saadaan kun toimintakuluista vähennetään toimintatuotot, kuten asiakasmaksut ja oman alueen ulkopuolelle tapahtuvasta myynnistä saatavat tuotot. Esimerkiksi vuoden 2019 toimintakulut tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueella olivat noin 604 miljoonaa euroa, toimintatoimintatuotot noin 22 miljoonaa euroa ja niiden erotus, nettokustannukset, noin 582 meur.

Vuosien 2015 – 2019 nettokustannusten kehitys

Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen kuntien vertailukelpoiset sosiaali-, terveyspalveluiden ja pelastustoimen nettokustannukset olivat vuonna 2015 536 meuroa ja vuonna 2019 591 meuroa. *Vuotuinen nettokustannusten kasvu on ollut noin 2,5 %. Asukasmäärän vähenemisen vuoksi asukaskohtainen kustannuskasvu on samalla jaksolla ollut noin 3,3 % vuodessa.*

Vuosien 2015 – 2019 luvut perustuvat kuntien käyttötalouden tilastotietoon. Vuosilta 2015 ja 2016 on vertailtavuuden vuoksi poistettu perustoimeentulon kustannus, joka siirtyi vuoden 2017 alusta kunnilta KELAlle. Samoin on laskennassa jätetty huomioimatta ympäristöterveyden kustannus, koska se jää mahdollisen sote-uudistuksen toteutuessa kunnille.

Vuosien 2020 – 2022 ennuste

Vuosien 2020 – 2022 ennuste perustuu toteumatiedon sekä kuntayhtymien ja kuntien vuosien 2020 – 2022 talousennusteiden, -arvioiden ja –suunnitelmien hyödyntämiseen. Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen suurimpien toimijoiden talousarvioiden ja taloussuunnitelmien perusteella ennustetaan, että vuotuinen kasvu olisi noin 1,6 %. ja kasvu asukasta kohti noin 2,8 %. Hyvinvointialueen kuntien asukasmäärä perustuu Tilastokeskuksen uusimpaan väestöennusteeseen.

Siirtyvät kustannukset

Vuosien 2021 ja 2022 keskimääräiset nettokustannukset muodostavat soten rahoitusmallin mukaiset siirtyvät kustannukset, joiden ennustetaan olevan tulevalla Etelä-Savon hyvinvointialueella noin 627 meur.

Siirtyvät ja laskennalliset kustannukset sekä siirtymätasaus

HYVINVOINTIALUEEN RAHOITUS

Perusuran mukainen kustannuskasvu (%) 2,40 %

	VM 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Tarvevakioitu soterahoitus	**3 604**			**3 779**	**3 779**	**3 779**	**3 779**	**3 779**	**3 779**
+ Asukasmäärä	475			498	498	498	498	498	498
+ Asukastiheys	89			93	93	93	93	93	93
+ Vieraskielisyys	33			35	35	35	35	35	35
+ Kaksikielisyys	0			0	0	0	0	0	0
+ Saamenkielisyys	0			0	0	0	0	0	0
+ Saaristoisuus	28			29	29	29	29	29	29
+ Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	35			37	37	37	37	37	37
= Soterahoitus yhteensä	**4 264**			**4 471**	**4 471**	**4 471**	**4 471**	**4 471**	**4 471**
+ Asukasmäärä	54			57	57	57	57	57	57
+ Asukastiheys	8			8	8	8	8	8	8
+ Riskitekijät	32			34	34	34	34	34	34
= Pelastustoimen rahoitus	**94**			**99**	**99**	**99**	**99**	**99**	**99**
= Laskennallinen rahoitus yhteensä	**4 358**			**4 569**	**4 569**	**4 569**	**4 569**	**4 569**	**4 569**
Palvelutarpeen vuosimuutokset yhteensä				1,24 %	1,24 %	0,99 %	0,99 %	0,99 %	0,99 %
7 § Some-malli				1,04 %	1,04 %	1,04 %	1,04 %	1,04 %	1,04 %
36 § 1 momentti 0,2 % nosto				0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %
14 § ja 36 § leikkuri				0,00 %	0,00 %	20,00 %	20,00 %	20,00 %	20,00 %
+ Palvelutarpeen muutos				**55**	**111**	**155**	**200**	**244**	**288**
Arvio kustannustason vuosimuutoksesta				1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %
+ Kustannustason muutos				**46**	**91**	**137**	**183**	**228**	**274**
Siirtymätasauksen vuosimuutokset (eu/as)					10	30	60	75	90
Siirtymätasausta lisää (eur/as)					10	20	30	15	15
+ Siirtymätasaus	**93**			**132**	**122**	**102**	**72**	**57**	**42**
= Hyvinvointialueen kokonaisrahoitus	**4 451**	**4 596**	**4 701**	**4 803**	**4 894**	**4 964**	**5 024**	**5 099**	**5 174**
Kokonaisrahoituksen muutos/as (%)	4,58 %	3,27 %	2,28 %	2,2 %	1,9 %	1,4 %	1,2 %	1,5 %	1,5 %

VM 2020 sarakkeessa on esitetty VM:n 8.12. sote-lakiesityksen yhteydessä julkaisemat laskennalliset kustannukset. Nuo kustannukset on muutettu vuoden 2023 rahaksi käyttämällä sote-kustannusten perusuran 2,4 % vuotuista kasvua olettamaa.

Vuotuinen palvelutarpeen muutos on laskettu ”Soterahoitus yhteensä” riviltä. Vuotuinen kustannustason muutos on laskettu ”Laskennallinen rahoitus yhteensä” rivin perusteella

Siirtymätasaus on laskettu vuoden 2022 siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen erotuksena.ennen palvelutarpeen ja kustannustason muutosta. Siirtymätasausta tarkistetaan kuntien vuoden 2022 tilinpäätösten valmistuttua. Korjaus tehdään vuoden 2023 rahoitukseen tai viimeistään 2024.

Alkuperäistä siirtymätasausta on vähennetty rahoituslain 35 § pykälä ennimmäismäärillä aina alkuperäisestä siirtymätasaussummasta laskien.

Sote-rahoitusmallin mukainen rahoitus tulevalla Etelä-Savon hyvinvointialueella ja vertailu vuoden 2022 nettokustannusennusteeseen

	Vuoden 2023 laskennallinen rahoitus	Vuoden 2022 ennuste	Ero (eur/as)	Ero (meur)
Tarvevakioitu soterahoitus	**3 779**			
+ Asukasmäärä	498			
+ Asukastiheys	93			
+ Vieraskielisyys	35			
+ Kaksikielisyys	0			
+ Saamenkielisyys	0			
+ Saaristoisuus	29			
+ Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	37			
= Soterahoitus yhteensä	**4 471**	**4 611**	**-140**	**-25**
+ Asukasmäärä	57			
+ Asukastiheys	8			
+ Riskitekijät	34			
= Pelastustoimen rahoitus	**99**			
= Laskennallinen rahoitus yhteensä	**4 569**			
+ Palvelutarpeen muutos	55			
+ Kustannustason muutos	46			
= Ensimmäisen vuoden rahoituksen taso	**4 670**	**4 701**	**-31**	**-11**
+ Siirtymätasaus	132			
= Hyvinvointialueen kokonaisrahoitus	**4 803**	**4 701**	**101**	**7**

Etelä-Savon hyvinvointialueen laskennallisen rahoituksen määrä

Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen laskennallinen rahoitus on 4 569 euroa asukasta kohti. Tästä rahoituksesta 99 euroa on pelastustoimen rahoitusta ja 4 471 euroa sote-rahoitusta. Sote-rahoituksesta 692 euroa perustuu asukasmäärään, olosuhdetekijöihin ja HYTE-kertoimeen. 3 779 euroa perustuu tarvevakiointiin. Tarvevakioidun rahoituksen laskenta on avattu seuraavalla sivulla. Asukasmäärän, viiden olosuhdetekijän ja HYTE-kertoimen osuus soterahoituksesta on 18,1 %. Asukasmäärällä on suuri paino (15,6 % 18,1 %:sta), koska 13,1 % perustuu suoraan asukasmäärään, 1,5 % asukastiheys välillisesti ja 1,0 % HYTE-kerroinkin perustuu asukasmäärään aina vuoteen 2026 asti.

Sote-uudistuksen mukaisen rahoituksen vertailu nykymalliin

Laskennallinen rahoitus lisättynä palvelutarpeen ja kustannustason muutoksella on 4 670 eur, joka on 31 euroa asukasta kohti pienempi kuin siirtyvät, eli nykyiset kustannukset, 4 701 eur. Tämä tarkoittaa, että ilman siirtymätasausta Etelä-Savon hyvinvointialueella olisi keskimäärin noin 11 miljoonaa euroa vähemmän rahaa käytettävissä sote- ja pelastustoimen palveuiden tuottamiseen.

Vuoden 2023 sote-uudistuksen mukaisen rahoituksen vertailu nykymalliin

Vuonna 2023 kokonaisrahoituksen määrä on seitsemän miljoonaa suurempi kuin vuoden 2022 nettokustannukset. Seitsemän miljoonaa on noin puolet vuosien 2015 – 2019 tyypillisestä vuosittaisesta kustannustason noususta. Palvelutarpeen ja kustannustason muutoksen ollessa likimäärin yhtäsuuret, on johtopäätös, että sote-uudistuksen rahoitusmallin mukaisella rahoituksella pystytään kattamaan ainoastaan kustannustason muutos. Palvelutarpeen kasvuun vastaamiseen ei raha riitä.

Asukaskohtaiset euromäärät lasketaan aina määräytymishetkeä edeltävän vuodenvaihteen tilanteen mukaan – vuoden 2022 numerot 31.12.2020 väestömäärän mukaan ja vuoden 2023 numerot 31.12. 2021 mukaan. Tulevan Etelä-Savon väestömäärän on ennustettu olevan 132 034 asukasta joulukuun lopussa 2020 ja 130 653 asukasta joulukuun lopussa 2021. Ennustettu väestönkehitys perustuu Tilastokeskuksen laatimaan uusimpaan väestöennusteeseen. Yksityiskohtainen ennuste on esitetty tämän raportin liitteessä

Sosiaali- ja terveydenhuollon sote-rahoitusmallin mukainen arvio tarvevakioidun rahoituksen määrästä vuonna 2023

TALENT VECTIA

ETELÄ-SAVON HYVINVOINTIALUEEN TARVEVAKIOITU RAHOITUS

	Palvelukohtainen kerroin	Painotus	Perus-hinnat	Laskennal-linen sote-rahoitus
Terveydenhuollon kerroin	1,164	59,16 %	1 787	2 079
Vanhustenhuollon kerroin	1,495	19,78 %	597	893
Sosiaalihuollon kerroin	1,268	21,06 %	636	806
YHTEENSÄ				3 779

ETELÄ-SAVON HYVINVOINTIALUEEN KOKONAISKERTOIMEN LASKEMINEN

	Palvelukohtainen kerroin	Painotus	Kokonaiskerroin
Terveydenhuollon kerroin	1,164	59,16 %	0,689
Vanhustenhuollon kerroin	1,495	19,78 %	0,296
Sosiaalihuollon kerroin	1,268	21,06 %	0,267
YHTEENSÄ			1,251

Lähde: Hallituksen 8.12. antama lakiehdotus, Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitu rahoitus perustuu tulevan hyvinvointialueen palvelutarpeeseen, joka määritetään Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen keväällä 2020 julkaisemassa Sote-rahoituksen tarvevakiointi –raportissa. Tämän hetken aikataulun mukaan THL julkaisee uuden täydennetyn tarvevakiointimallin vuonna 2022. Uuteen malliin tulee 5 – 15 uutta määräytymistekijää ja sosiaalihuollon osalta malli uudistuu merkittäviltä osin.

Palvelutarvetta kuvaavien tarvekertoimien laskenta

Palvelutarpeen määrittämisen perustana ovat terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon tarvekertoimet. Tulevan hyvinvointialueen tarvekertoimen laskenta perustuu THL:n itse keräämiin ja muista lähteistä henkilötunnustasolla yhdistämiin tietoihin. Näiden tietojen ja tilastollisen laskentamallin perusteella lasketaan painokerroin jokaiselle palvelutarvetta kuvaavalle muuttujalle. Terveydenhuollon tarvekertoimen laskemisessa on muuttujina 51 tautiluokkaa, vanhustenhuollon laskennassa tautiluokkia on 18. Sosiaalihuollon laskennassa tautiluokkia on 13. Lisäksi kaikkien kolmen kertoimen laskennassa käytetään demografisia muuttujia. Tietojen kattavuus on terveyden- ja vanhustenhuollon osalta merkittävästi parempi kuin sosiaalihuollon osalta.

Covid-19 muuttaa tilanteen

Tämän hetken arvio on, että vuoden 2023 rahoitus perustuu todennäköisimmin palvelutarpeen laskentaan vuosien 2017 – 2019 aineistoilla yhdestätoista eri tietolähteestä. Tämän hetken käsityksen mukaan on mahdollista, että vuosien 2020 ja 2021 ei tulla käyttämään laskennassa johtuen Covid-19 pandemian aiheuttamasta tilanteesta.

Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaava kerroin on 1,164, vanhustenhuollon 1,495 ja sosiaalihuollon kerroin 1,268. Kokonaiskerroin saadaan kun terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon kertoimet painotetaan kunkin kertoimen prosenttiosuudella, jotka ovat 59,16 % terveydenhuolto, 19,78 % vanhustenhuolto ja 21,06 % sosiaalihuolto. Painotukset perustuvat VM 8.12.2020 julkaisemaan vuoden 2019 ainestoon pohjautuvaan laskentaan. Etelä-Savon hyvinvointialueen kokonaiskerroin on 1,251, joka on koko maan korkein.

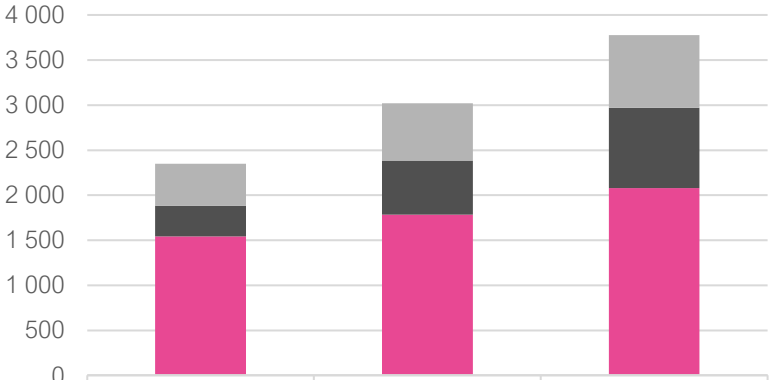
Perushinta ja tarvevakioidun rahoituksen määrä

Terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimien perusteella määräytyvät laskennalliset kustannukset lasketaan kertomalla palvelukohtainen kerroin painotuksella ja perushinnalla. Perushinnat määräytyvät vuosien 2021 ja 2022 oletettujen valtion tason sote-kustannusten perusteella. Perushinnoissa ei huomoida alueellisia eroja. Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen laskennallinen terveydenhuollon rahoitus on 2 079 eur/as, vanhustenhuollon 893 eur/as ja sosiaalihuollon 806 eur/as, yhteensä 3 779 eur/as. Valtionvarainministerion 8.12. 2020 laskelmissa esittämät perushinnat on muutettu vuoden 2023 rahaksi huomioimalla palvelutarpeen kasvu ja kustannuskehitys perusuran mukaisella 2,4 % vuotuisella kasvulla.

Perushinta on vuonna 1992 päivitetyn valtionosuuksien tasausjärjestelmän käsite, jonka avulla on määritetty yhden saaristolaisen, kaksikielisen tai saamelaisen asukkaan aiheuttama laskennallinen kustannus. Nyt perushintaa on laajennettu osaksi sote-uudistuksen rahoitusmallia. Valtioneuvosto päättää perushinnoista ja niitä voidaan muuttaa asetuksen säätämisjärjestyksessä.

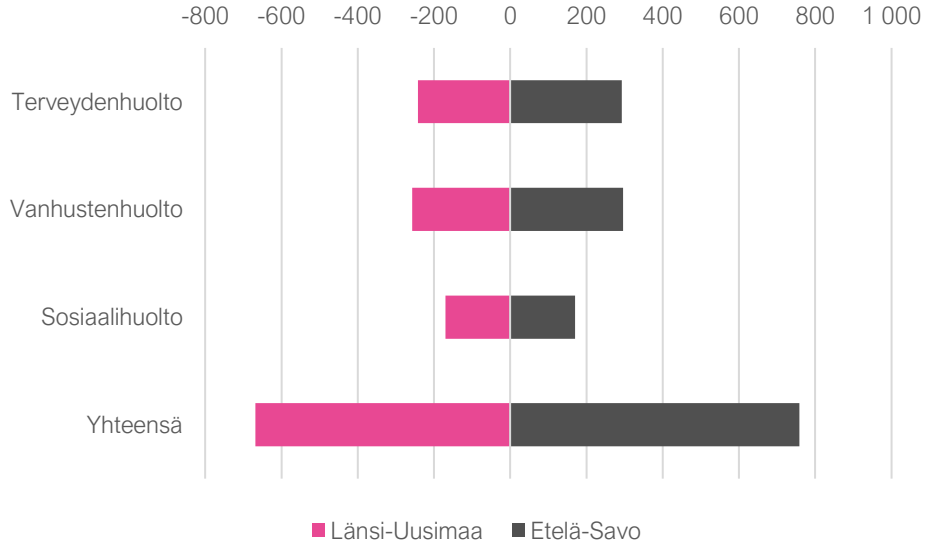
Tarvetekijöiden vaikutus kokonaisrahoitukseen vuoden 2023 arvioiduilla perushinnoilla laskettuna

PIENIMMÄN JA SUURIMMAN PALVETARPEEN HYVINVOINTIALUEEN RAHOITUKSEN MÄÄRÄ



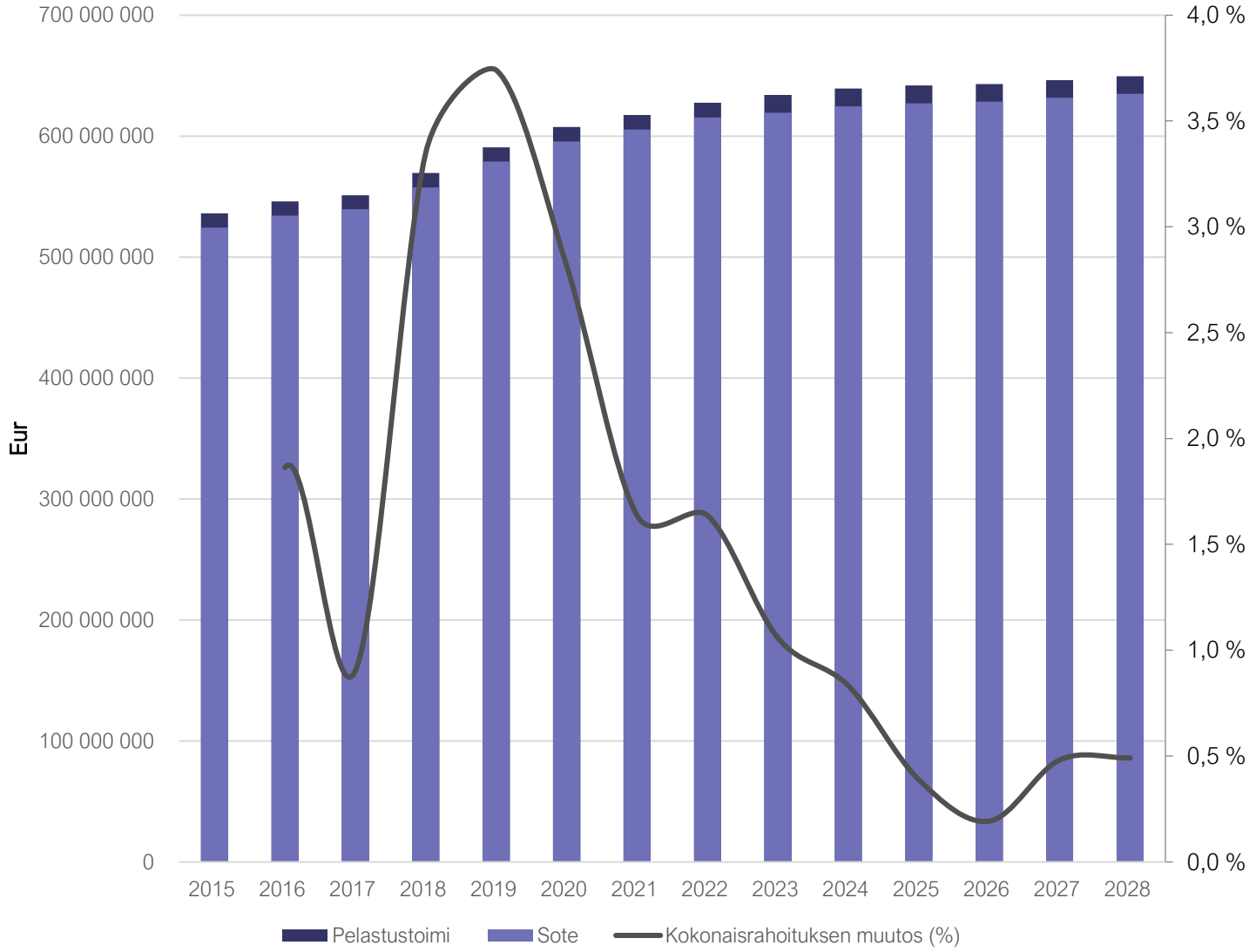
	Länsi-Uusimaa	Perushinnat, ei-tarvetekijöitä	Etelä-Savo
Sosiaalihuolto	467	636	806
Vanhustenhuolto	340	597	893
Terveydenhuolto	1 545	1 787	2 079

PIENIMMÄN JA SUURIMMAN PALVETARPEEN HYVINVOINTIALUEEN ERO



Sosiaali-, vanhusten- ja sosiaalihuollon perushinnolla ilman tarvetekijöiden vaikutusta lasketun rahoituksen määrä on yhteensä 3 020 euroa asukasta kohti vuoden 2023 rahaksi muutettuna. Kun rahoitukseen lisätään tarvetekijöiden vaikutus, suurin asukaskohtainen rahoitus on Etelä-Savossa, 3 779 eur/as ja pienin Länsi-Uusimaalla 2 351 eur/as kohti. Eniten ja vähiten tarvetekijöiden perusteella rahaa saavan hyvinvointialueen ero on 1 427 eur/as kohti.

Ennuste tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoituksen kehityksestä 2015 - 2028



Nettokustannusten kasvu 2015 - 2028

Sote- ja pelastustoimen palveluiden kustannukset ovat kasvaneet vuosina 2015 – 2019 keskimäärin *noin 2,5 % vuodessa. Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen suurimpien sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden talousarvioiden ja taloussuunnitelmien perusteella ennustetaan, että vuotuinen kasvu vuosina 2020 – 2022 olisi noin 1,6 %. Sote-rahoitusmallin mukaisen vuotuisen rahoituksen ja sitä kautta kustannusten kasvun arvoidaan olevan vuosina 2023 – 2028 keskimäärin 0,5 % vuodessa.*

Samanaikaisesti palvelutarve ja kustannustaso kasvavat yli 2 % vuodessa. Etelä-Savon hyvinvointialueen kokonaisrahoituksen matalaa kasvua selittää alueen väestön määrän vuotuinen keskimäärin noin 1 250 asukkaan väheneminen, jonka vaikutus rahoitukseen on noin 6 meur vuodessa. Matala kokonaisrahoituksen kasvu aiheuttaa jatkuvan kustannusten sopeuttamistarpeen, jotta hyvinvointialueella olisi mahdollista vasta palvelutarpeen kasvuun.

Väestönmuutos ja sen vaikutus sote-rahoitukseen

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Enonkoski	1 473	1 453	1 416	1 405	1 361	1 369	1 352	1 333	1 316	1 300	1 283	1 269	1 254	1 239	1 224
Rantasalmi	3 733	3 649	3 553	3 514	3 431	3 384	3 324	3 267	3 213	3 163	3 114	3 068	3 025	2 982	2 941
Savonlinna	35 523	35 242	34 664	33 611	32 974	32 603	32 110	31 626	31 156	30 704	30 266	29 843	29 433	29 035	28 651
Sulkava	2 724	2 661	2 588	2 530	2 492	2 422	2 373	2 326	2 282	2 241	2 200	2 166	2 134	2 104	2 074
Hirvensalmi	2 290	2 274	2 236	2 152	2 136	2 068	2 029	1 997	1 966	1 937	1 908	1 883	1 859	1 834	1 812
Juva	6 548	6 421	6 334	6 225	6 116	6 034	5 943	5 861	5 779	5 701	5 624	5 549	5 476	5 406	5 339
Kangasniemi	5 628	5 603	5 549	5 452	5 356	5 300	5 232	5 168	5 106	5 044	4 984	4 926	4 869	4 814	4 761
Mikkeli	54 665	54 517	54 261	53 818	53 134	53 316	53 069	52 820	52 568	52 314	52 056	51 798	51 537	51 276	51 018
Mäntyharju	6 159	6 097	6 054	5 924	5 791	5 761	5 687	5 616	5 550	5 488	5 427	5 369	5 313	5 256	5 203
Pertunmaa	1 817	1 796	1 739	1 713	1 690	1 661	1 640	1 618	1 596	1 576	1 555	1 536	1 519	1 502	1 487
Pieksämäki	18 801	18 475	18 220	17 933	17 682	17 399	17 152	16 919	16 696	16 479	16 272	16 074	15 880	15 693	15 515
Puumala	2 260	2 234	2 208	2 197	2 151	2 146	2 123	2 102	2 081	2 062	2 043	2 026	2 010	1 995	1 982
YHTEENSÄ	**141 621**	**140 422**	**138 822**	**136 474**	**134 314**	**133 463**	**132 034**	**130 653**	**129 309**	**128 009**	**126 732**	**125 507**	**124 309**	**123 136**	**122 007**
Vuotuinen muutos		-1 199	-1 600	-2 348	-2 160	-851	-1 429	-1 381	-1 344	-1 300	-1 277	-1 225	-1 198	-1 173	-1 129
Sote-rahoituksen muutos									-6,9	-6,7	-6,6	-6,5	-6,5	-6,3	-5,4

Lähde: Tilastokeskus

Suhteellinen väestönmuutos Etelä-Savon maakunnan alueella

Muutos 2030	0-6	7-14	15-64	65-74	75-84	85+	Yhteensä
Enonkoski	-22 %	-40 %	-16 %	-14 %	18 %	21 %	**-11 %**
Hirvensalmi	-31 %	-22 %	-23 %	-11 %	39 %	1 %	**-12 %**
Juva	-24 %	-29 %	-20 %	-10 %	23 %	23 %	**-11 %**
Kangasniemi	-26 %	-36 %	-18 %	-9 %	27 %	23 %	**-10 %**
Mikkeli	-14 %	-22 %	-7 %	-12 %	33 %	33 %	**-4 %**
Mäntyharju	-20 %	-29 %	-19 %	-13 %	35 %	26 %	**-9 %**
Pertunmaa	-27 %	-33 %	-15 %	-15 %	22 %	21 %	**-10 %**
Pieksämäki	-19 %	-28 %	-18 %	-10 %	31 %	13 %	**-11 %**
Puumala	0 %	-27 %	-19 %	-20 %	46 %	25 %	**-7 %**
Rantasalmi	-23 %	-30 %	-22 %	-14 %	37 %	7 %	**-13 %**
Savonlinna	-23 %	-35 %	-18 %	-15 %	27 %	21 %	**-12 %**
Sulkava	-23 %	-32 %	-25 %	-12 %	20 %	14 %	**-14 %**
Yhteensä	**-18 %**	**-28 %**	**-14 %**	**-12 %**	**30 %**	**24 %**	**-9 %**

Muutos 2040	0-6	7-14.	15-64	65-74	75-84	85+	Yhteensä
Enonkoski	-26 %	-47 %	-25 %	-38 %	5 %	58 %	**-20 %**
Hirvensalmi	-34 %	-38 %	-34 %	-36 %	30 %	63 %	**-22 %**
Juva	-31 %	-43 %	-30 %	-38 %	17 %	68 %	**-22 %**
Kangasniemi	-33 %	-47 %	-28 %	-32 %	23 %	77 %	**-18 %**
Mikkeli	-18 %	-31 %	-13 %	-27 %	24 %	101 %	**-10 %**
Mäntyharju	-26 %	-39 %	-27 %	-36 %	25 %	92 %	**-18 %**
Pertunmaa	-31 %	-41 %	-23 %	-29 %	11 %	73 %	**-17 %**
Pieksämäki	-27 %	-39 %	-26 %	-39 %	25 %	71 %	**-19 %**
Puumala	-8 %	-28 %	-26 %	-39 %	23 %	114 %	**-14 %**
Rantasalmi	-29 %	-43 %	-33 %	-40 %	27 %	69 %	**-23 %**
Savonlinna	-27 %	-46 %	-29 %	-37 %	14 %	75 %	**-22 %**
Sulkava	-32 %	-46 %	-35 %	-41 %	10 %	55 %	**-24 %**
Yhteensä	**-24 %**	**-38 %**	**-22 %**	**-34 %**	**20 %**	**84 %**	**-16 %**

Lähde: Tilastokeskus

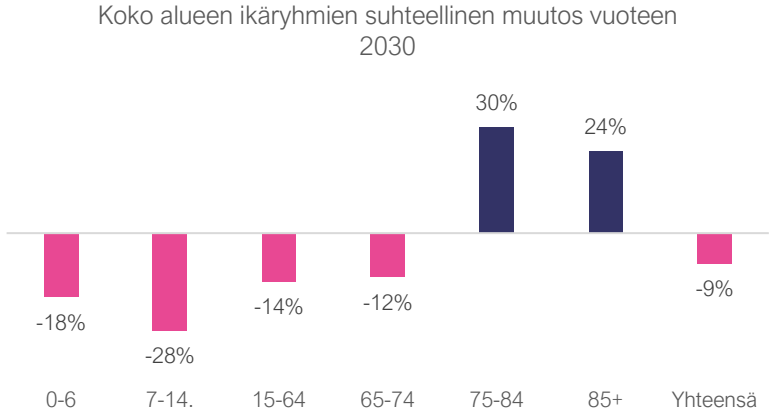
Absoluuttinen muutos Etelä-Savon maakunnan alueella

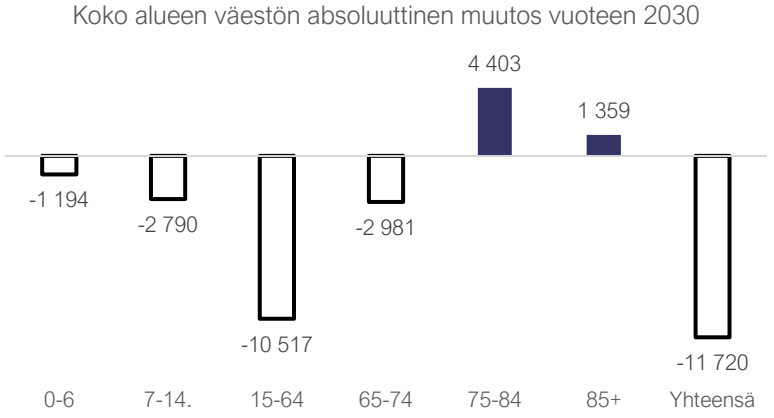
Muutos 2030	0-6	7-14	15-64	65-74	75-84	85+	Yhteensä
Enonkoski	-12	-38	-105	-39	33	16	-145
Hirvensalmi	-26	-29	-233	-50	96	1	-241
Juva	-63	-120	-615	-113	167	71	-673
Kangasniemi	-56	-140	-476	-94	182	63	-521
Mikkeli	-406	-936	-2 229	-926	1 593	588	-2 316
Mäntyharju	-50	-117	-532	-155	245	74	-535
Pertunmaa	-15	-36	-130	-51	47	17	-168
Pieksämäki	-154	-329	-1 679	-331	578	101	-1 814
Puumala	0	-25	-197	-105	141	29	-157
Rantasalmi	-32	-70	-378	-96	140	12	-424
Savonlinna	-312	-797	-3 159	-842	970	308	-3 832
Sulkava	-15	-34	-306	-62	66	21	-330
Yhteensä	**-1 194**	**-2 790**	**-10 517**	**-2 981**	**4 403**	**1 359**	**-11 720**

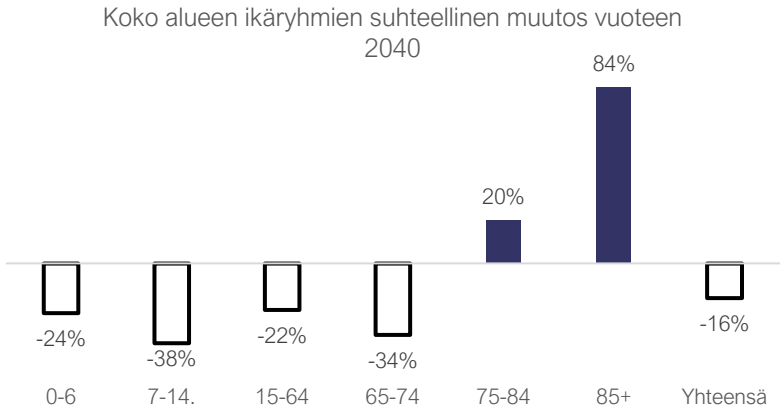
Muutos 2040	0-6	7-14	15-64	65-74	75-84	85+	Yhteensä
Enonkoski	-14	-45	-168	-103	10	45	-275
Hirvensalmi	-29	-49	-344	-156	74	67	-437
Juva	-81	-178	-924	-440	128	209	-1 286
Kangasniemi	-70	-182	-728	-339	158	207	-954
Mikkeli	-539	-1 293	-4 199	-2 144	1 143	1 831	-5 201
Mäntyharju	-65	-157	-778	-434	176	259	-999
Pertunmaa	-17	-45	-195	-100	24	59	-274
Pieksämäki	-213	-460	-2 400	-1 254	463	534	-3 330
Puumala	-4	-26	-262	-206	71	131	-296
Rantasalmi	-40	-100	-569	-278	102	111	-774
Savonlinna	-377	-1 040	-5 099	-2 142	484	1 089	-7 085
Sulkava	-21	-49	-415	-211	35	83	-578
Yhteensä	**-1 536**	**-3 787**	**-16 788**	**-8 131**	**2 945**	**4 794**	**-22 503**

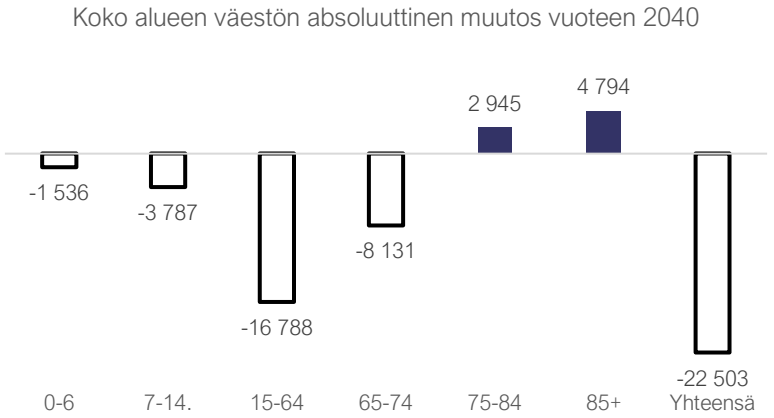
Lähde: Tilastokeskus

Väestönmuutoksen vuoksi Etelä-Savon maakunta tulee menettämään sote-rahoitusta vaikka sen palvelutarve ei muutu







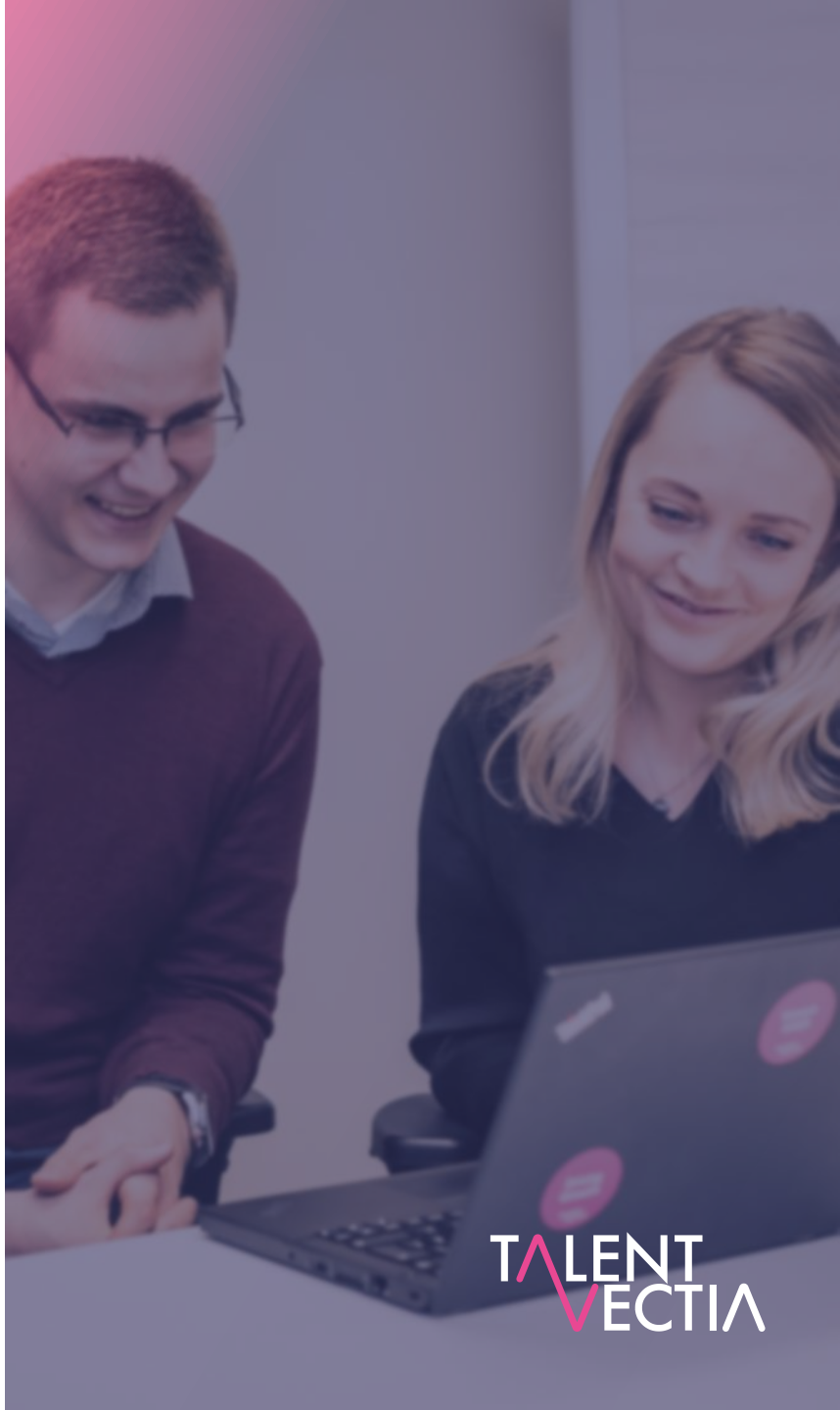


Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen väestön määrä tulee vähenemään seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana kaikissa muissa ikäluokissa paitsi 75 vuotta täyttäneissä.

Asukkaiden kokonaismäärä tulee laskemaan 17 % vuoteen 2040 mennessä. Suurin absoluuttinen lasku tapahtuu työikäisen väestön määrässä. Koska työikäisen väestön palvelutarve on pieni verrattuna muihin ikäryhmiin, alueen palvelutarve ei laske vaikka väestön määrä pienenee.

Väestön väheneminen ei keskity jollekin tietylle osalle hyvinvointialuetta, vaan jakaantuu taisaisesti alueen kuntien kesken. (ks. Liite)

SAIRASTAVUUSRAPORTOINTI MÄÄRITTÄÄ RAHOITUSTA



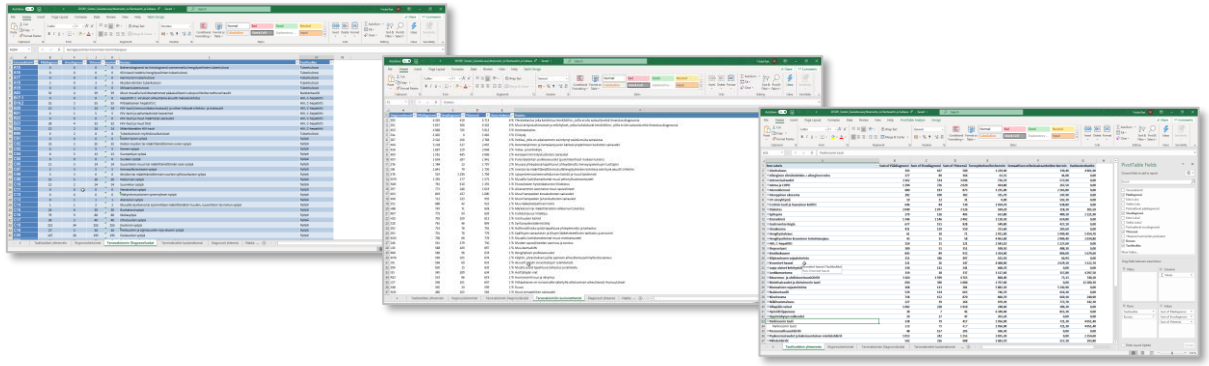
Toteutetun sairastavuustarkastelun vaiheet

Sairaanhoitopiirien
pää- ja diagnoositietojen kerääminen

Diagnoositietojen jako tarvevakiointilaskennassa hyödynnettäviin
(51 tautiluokkaa) ja muihin tautiluokkiin

Diagnoositietojen analysoiminen sairaanhoitopiirikohtaisesti (mm.
diagnoosimäärältään suurimpien tautiluokkien identifioiminen)

Diagnoositietojen vertailu
sairaanhoitopiirien välillä sekä potentiaalisten, systemaattisten
dokumentointivirheiden identifioiminen





Analyysi perustuu alueilta marraskuussa 2020 kerättyihin 2019 diagnoositietoihin

Essoten ja Sosterin sairastavuustarkastelussa hyödynnetty tietopohja

Kansallisen tarvevakioidun rahoituksen laskentamallin taustalla on hyödynnetty yhteensä 11 eri tietolähdettä. Tietolähteet sisältävät suoraan THL:lle raportoitua tietoa, kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidon avokäyntejä. Toisaalta tietopohjaan on myös yhdistetty tietoa eri rekistereistä, kuten syöpärekisteristä tai näkövammarekisteristä.

THL (yhteistyössä Tilastokeskuksen kanssa) aggregoi tietopohjan sosiaaliturvatunnuksen tasolla, jolloin hyödynnettyjen tietolähteiden päällekkäisyydet karsitaan pois ja tietopohja on yhtenäinen tulevien hyvinvointialueiden osalta.

Tämän hankkeen yhteydessä toteutetussa Etelä-Savon sairastavuustarkastelussa on hyödynnetty kolmea tietolähdettä. Alueelta on kerätty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoitokäynnit sekä laitoshoidon tieto sairauskoodikohtaisesti. Tätä kautta on mahdollistettu raportoinnin laadun tarkastelu ilman, että tietoa on täytynyt kerätä ja käsitellä sotu-tasolla. Tavoitteena on ollut löytää joko järjestelmiin tai toimintatapoihin liittyviä puutteita raportoinnissa.

Tietolähde 1
Laitoshoito

Tietolähde 2
Kuntoutus, vammaistuki ja työkyvyttömyyseläke

Tietolähde 3
Avokäynnit, ICD-10

Tietolähde 4
Avokäynnit, ICPC-2

Tietolähde 5
Kelan sairauspäiväraha

Tietolähde 6
Lääkkeiden erityiskorvausoikeudet

Tietolähde 7
Syöpärekisteri

Tietolähde 8
Syntymärekisteri

Tietolähde 9
Näkövammarekisteri

Tietolähde 10
Tartuntarekisteri

Tietolähde 11
Lääkkeet

Lähde: Sote-rahoituksen tarvevakiointi; THL 6/2020

Diagnoosimäärältään suurimmat tautiluokat Essoten ja Sosterin alueella (sairastavuusdiagnoosien määrä/100 000 asukasta)

ESSOTE

20 diagnoosimäärältään suurinta tautiluokkaa	Diagnoosien määrä / 100 000 asukasta
Vammat ja myrkytykset	0,249
Syöpä	0,152
Selkäsairaudet ja luukato	0,110
Diabetes	0,089
Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt	0,087
Artroosisairaudet	0,086
Verenpainetauti	0,071
Astma ja COPD	0,065
Eteisvärinä	0,061
Sepelvaltimotauti	0,057
Uniapnea	0,048
Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	0,035
Glaukooma	0,035
Sydämen vajaatoiminta	0,032
Nivelreuma	0,031
Tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt	0,027
Keuhkokuume	0,027
Olkapään vaivat	0,027
Silmien rappeumataudit	0,026
Päihdehäiriöt	0,026

SOSTERI

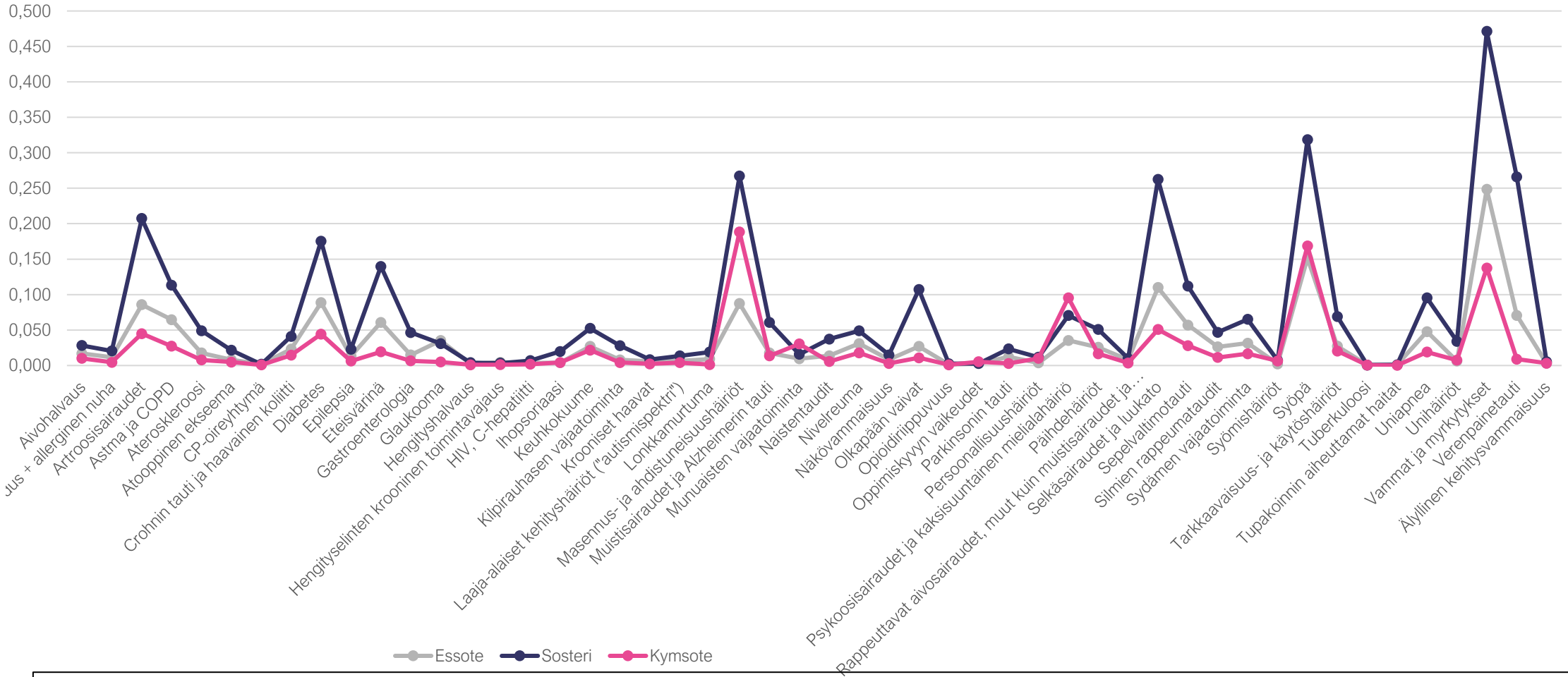
20 diagnoosimäärältään suurinta tautiluokkaa	Diagnoosien määrä / 100 000 asukasta
Vammat ja myrkytykset	0,471
Syöpä	0,319
Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt	0,267
Verenpainetauti	0,266
Selkäsairaudet ja luukato	0,262
Artroosisairaudet	0,207
Diabetes	0,175
Eteisvärinä	0,140
Astma ja COPD	0,113
Sepelvaltimotauti	0,112
Olkapään vaivat	0,107
Uniapnea	0,095
Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	0,070
Tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt	0,069
Sydämen vajaatoiminta	0,065
Muistisairaudet ja Alzheimerin tauti	0,061
Keuhkokuume	0,052
Päihdehäiriöt	0,051
Ateroskleroosi	0,049
Nivelreuma	0,049

Kootun aineiston perusteella Essoten ja Sosterin välillä ei näyttäisi olevan merkittäviä eroavaisuuksia siinä mitkä tautiluokat erottautuvat diagnoosimääriltään suurimpina. Alueiden välillä on sen sijaan joidenkin tautiluokkien kohdalla merkittäviä eroja tautiluokkakohtaisten diagnoosien määrässä per 100 000 asukasta. Esimerkiksi syöpien, masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden ja atroosihäiriöiden kohdalla asukaslukuun suhteutettu diagnoosien määrä on yli kaksinkertainen Sosterin alueella. Nämä eroavaisuudet on selvitettävä ja tehtävä yhtenäiset käytännöt jatkoon.

Analyysi perustuu alueilta marraskuussa 2020 kerättyihin 2019 diagnoositietoihin

Diagnoositietojen vertailu Essoten, Sosterin ja Kymsoten välillä

Tarvevakiointilaskennassa huomioitavat tautiluokat, diagnoosien määrä/100 000 asukasta vuonna 2019



- Kootun aineiston analyysin perusteella näyttäisi siltä, että sairastavuustietojen dokumentointi on ollut Sosterin alueella systemaattisempaa. Alueiden asiantuntija-arvioiden perusteella erot sairastavuudessa eivät selitä eroa dokumentoitujen diagnoosien määrässä.
- Erot ovat merkittäviä erityisesti atroosisairauksien, diabeteksen, eteisvärinän, masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden, olkapään vaivojen, selkäsairauksien ja luukadon, syöpien sekä vammojen ja myrkytysten kohdalla.

Analyysi perustuu alueilta marraskuussa 2020 kerättyihin 2019 diagnoositietoihin

Sairastavuusluokat joissa suurimmat eroavuudet raportoitujen diagnoosien määrässä Kymsoten ja Etelä-Savon sekä Essoten ja Sosterin välisessä vertailussa (sairastavuusdiagnoosien määrä/100 000 asukasta)

	Kymsote	Etelä-Savo	Ero
Vammat ja myrkytykset	0,137	0,316	0,179
Verenpainetauti	0,009	0,113	0,105
Selkäsairaudet ja luukato	0,051	0,149	0,099
Artroosisairaudet	0,045	0,117	0,072
Diabetes	0,044	0,114	0,070
Eteisvärinä	0,019	0,082	0,062
Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt	0,188	0,129	0,059
Astma ja COPD	0,027	0,080	0,053
Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	0,095	0,045	0,050
Sepelvaltimotauti	0,028	0,073	0,045
Uniapnea	0,019	0,061	0,042
Glaukooma	0,005	0,038	0,033
Olkapään vaivat	0,011	0,044	0,033
Syöpä	0,169	0,198	0,030
Sydämen vajaatoiminta	0,017	0,041	0,024
Silmien rappeumataudit	0,011	0,033	0,021
Nivelreuma	0,018	0,037	0,020
Munuaisten vajaatoiminta	0,030	0,012	0,019

	Essote	Sosteri	Ero
Vammat ja myrkytykset	0,2485	0,4714	0,222
Verenpainetauti	0,0707	0,2660	0,195
Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt	0,0873	0,2672	0,179
Syöpä	0,1516	0,3186	0,167
Selkäsairaudet ja luukato	0,1099	0,2625	0,152
Artroosisairaudet	0,0858	0,2073	0,121
Diabetes	0,0886	0,1754	0,086
Olkapään vaivat	0,0268	0,1071	0,080
Eteisvärinä	0,0607	0,1398	0,079
Sepelvaltimotauti	0,0569	0,1118	0,054
Astma ja COPD	0,0646	0,1133	0,048
Uniapnea	0,0476	0,0953	0,047
Muistisairaudet ja Alzheimerin tauti	0,0176	0,0608	0,043
Tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt	0,0271	0,0691	0,042
Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	0,0352	0,0704	0,035
Sydämen vajaatoiminta	0,0315	0,0651	0,033
Gastroenterologia	0,0147	0,0464	0,031
Ateroskleroosi	0,0176	0,0490	0,031

Yllä olevaa erittelyä voidaan hyödyntää potentiaalisten, systemaattisten dokumentointivirheiden identifioimiseen ja diagnoositietojen raportoinnin kehittämiseen. Merkittävät alueelliset erot diagnoosien määrässä voivat johtua sairastavuuteen liittyvien erojen lisäksi eroavuuksista diagnoositietojen dokumentoinnissa.

Analyysi perustuu alueilta marraskuussa 2020 kerättyihin 2019 diagnoositietoihin

Essoten, Sosterin ja Kymsoten sairastavuusdatan erot

- Essoten ja Sosterin diagnoositietoja koskevassa alustavassa analyysissä ei ole löydetty sairastavuuteen liittyviä seikkoja, jotka selittäisivät eroja tautiluokkien diagnoositiedoissa.

- Essotessa tarvevakiointilaskentamalliin sisältyvien tautiluokkien diagnoosimääriä on arvioitu ylilääkärien kokouksessa 9.12.2020. Tämän lisäksi diagnoositietoja on tarkasteltu tarkemmin keuhkosairauksien sekä psykiatristen sairauksien ylilääkäreiden kanssa. Tässä tarkastelussa ei ole noussut esille tautiluokkia, joissa dokumentoinnissa tai raportoinnissa voitaisiin olettaa esiintyvän merkittäviä systemaattisia virheitä.

- Sosterissa diagnoositiedoista ei ole vielä raportin viimeistelyvaiheessa keskusteltu ylilääkärien yhteisessä kokouksessa. Sosterin alustavan arvion perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, ettei tietojen dokumentoinnissa ja raportoinnissa esiinny merkittäviä, systemaattisia virheitä.

- Koska alueiden väliset erot sairastavuusdiagnoosien määrissä eivät Essoten ja Sosterin asiantuntijanäkemyksen mukaan kuitenkaan selity merkittävästi sairastavuuteen liittyvillä eroilla, on diagnoositietojen dokumentoinnin ja raportoinnin arviointia ja tarkistamista syytä jatkaa.

Diagnoositietojen systemaattinen tarkistaminen kannattaa keskittää erityisesti seuraaviin tautiluokkiin:

- tautiluokat, joiden kohdalla alueen sairastavuus ei vastaa näkemystä sairastavuuden tasosta (mikäli tällaisia nousisi vielä esille tarkemmassa arvioinnissa)
- tautiluokat, joissa erot Sosterin/Essoten/Kymsoten välillä eivät selity sairastavuudella
- tautiluokat, joiden regressiokertoimet ovat korkeat tarvevakiointilaskennassa
- tautiluokat, joiden kohdalla ei ole oletettavissa, että THL saa merkittävää täydentävää informaatiota sairastavuudesta esim. KELA:sta

- Aikaa diagnoositietojen täydentämiselle on toukokuuhun 2021 asti, jolloin THL tekee seuraavat tarvevakiointilaskelmat.
- Tämän perusteella tulisi tehdä hanke, jolla yhtenäistetään kahden alueen henkilöstön koulutus. Tämän tulisi koskea terveydenhuoltoa, perusterveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa.

KEINOJA RAHOITUKSEN MÄÄRÄÄN VAIKUTTAMISEKSI



Rahoituksen määrään vaikuttaminen

Tarvevakiointi ja olosuhdetekijät

VAIKUTTAMISEN KOHDE	MAHDOLLINEN TALOUDELLINEN VAIKUTUS
Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekerroin. Essoten, Sosterin ja Kymsoten sairastavuusdatassa esiintyvät eroavaisuudet johtuvat todennäköisemmin kirjauksiin ja raportointiin liittyvistä seikoista kuin eroista sairastavuudessa. Koska alueiden väliset erot sairastavuusdiagnoosien määrissä eivät Essoten ja Sosterin asiantuntijanäkemyksen mukaan selity merkittävästi sairastavuuteen liittyvillä eroilla, on diagnoositietojen dokumentoinnin ja raportoinnin arviointia ja tarkistamista syytä jatkaa. Edellytetään, että tarvevakioinnissa otetaan paremmin huomioon kuolemaan johtavat elintapasairaudet ja Itä-Suomessa esiintyvät mielenterveydelliset sairaudet.	Oletettu 5/1000 muutos terveyden- ja vanhustenhuollon kertoimissa, mikä vastaa noin 12 eur/as lisärahoitusta, yhteensä noin 1,5 meur.
Sosiaalihuollon tarvekerroin. Nykyinen sosiaalihuollon tarvevakiointimalli perustuu rajalliseen määrään sosiaalihuollon dataa ja käytetyt muuttujat ovat suurelta osin samoja muuttujia terveyden- ja vanhustenhuollon kanssa. THL:n tavoitteena on kehittää tarvevakiointimallia sosiaalihuollon osalta. THL on myös kehittämässä sosiaalihuollon sairastavuustiedon raportointia. Tulevilla hyvinvointialueilla on mahdollisuus vaikuttaa sosiaalihuollon tarvekertoimeen varmistamalla, että alueella toimitaan THL:n kanssa läheisessä yhteistyössä ja pyritään aktiivisesti kehittämään raportointia sekä osallistumaan mahdollisiin pilottihankkeisiin.	Oletettu 10/1000 muutos sosiaalihuollon kertoimessa, mikä vastaa noin 6 eur/as lisärahoitusta, yhteensä noin 0,8 meur.
Kahden sairaanhoitopiirin hyvinvointialue. Tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen ominaispiirteenä on kahden keskuksen, kahden sairaanhoitopiirin ja kahden keskussairaalan malli. Nykyinen sote-lakiehdotus ei huomioi kahden sairaanhoitopiirin nykymallia rahoituksessa millään tavalla. Tulevan hyvinvointialueen toimijoiden tavoitteena pitää olla rahoitusmalliin vaikuttaminen siten, että kahden entisen sairaanhoitopiirin hyvinvointialueen kustannukset huomioidaan rahoitusmallissa omana olosuhdetekijänä. Esimerkiksi väestön vähenemisestä seuraavaan rahoituksen putoamiseen pitää saada leikkuri. Nykymallissa pudotus johtaa jatkuvaan talouden tasapainottamiseen.	Kahden sairaalan ylläpitämisen lisäkustannus on eri asiantuntija-arvioiden mukaan 5 - 8 meur. Oletuksena käytetään 6,5 meur, joka vastaa noin 51 eur/asukas kustannusta.
Vapaa-ajan asuminen. Toisena ominaispiirteenä Etelä-Savon hyvinvointialueella on suuri vapaa-ajan asumisen osuus. Vapaa-ajan asukkaista syntyvät sote- ja pela-kustannukset pitää huomioida rahoitusmallissa omana olosuhdetekijänään.	Vapaa-ajan asumisesta syntyvä ylimääräinen päivystys ja varautumisvelvoite on noin 1 meur, joka vastaa noin 8 eur/asukas kustannusta.

Rahoituksen määrään vaikuttaminen

Nettokustannukset, operatiivinen toiminta ja muut vaikutusmahdollisuudet

VAIKUTTAMISEN KOHDE	MAHDOLLINEN TALOUDELLINEN VAIKUTUS
Nettokustannukset. Sote-rahoitusmalli huomioi tulevien hyvinvointialueiden toteutuneen vuosien 2021 – 2022 kustannustason siirtymätasauksen kautta. Mikäli toteutuneet (siirtyvät) kustannukset ovat laskennallisia kustannuksia suuremmat, kattaa siirtymätasaus tuon eron kokonaisuudessaan ensimmäisenä vuonna. Siirtymätasauksen määrä laskee siten, että viimeistään vuonna 2029 siirtymätasauksen määrä on nolla	Taloudellista vaikutusta ei ole tässä vaiheessa arvioitu. Mekaniikka on kuvattu yllä olevassa tekstissä.
Kyky jatkuvasti sopeuttaa kokonaiskustannuksia. Taloudellisesti joustavien rakenteiden luominen – kotiintuotettavat, liikkuvat ja digipalvelut. Suurempien, erikoistuneiden yksiköiden rakentaminen. Toimintojen hoitaminen yhteistyössä muiden hyvinvointialueiden kanssa. Palvelujen tuottamiseen liittyvät etäisyydet tulisi huomioida mallissa huolellisesti, koska esimerkiksi kotiin tuotettavien palvelujen kustannuksissa etäisyydet ja liikkuminen näyttelee merkittävää roolia.	Tulevan Etelä-Savon alueen noin 1 250 asukkaan vuotuisesta väestön vähenemisestä johtuva kustannusten sopeuttamistarve on noin 6 meur vuodessa. Mikäli tästä sopeuttamistarpeesta pystyttäisiin operatiivisen toiminnan kautta realisoimaan 25 % enemmän, tarkoittaisi se noin 1,5 meur tai 11 eur/as vuotuista säästöä.
Lease-back ja ydintoimintaan kuulumattoman käyttöomaisuuden myynti. Lisäksi on arvioitava onko kuntayhtymien omistuksessa sellaista käyttöomaisuutta, joka voidaan myydä ja vuokrata takaisin kuntayhtymän käyttöön tai sellaista ydintoimintaan kuulumatonta kiinteistöomaisuutta, joka voidaan myydä.	Taloudellista vaikutusta ei ole tässä vaiheessa arvioitu

Riskien vaikutusten minimointi

VAIKUTTAMISEN KOHDE	MAHDOLLINEN TALOUDELLINEN VAIKUTUS
Työvoiman saatavuuden kehittäminen. Työvoiman saatavuuteen ja työvoimakustannuksiin vaikuttavat positiivisesti Mikkelin sairaalan mahdollinen laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalan asema, Savonlinnan tulevaisuuden varmistaminen ilman ajallista takarajaa sekä joustavat työvoiman käytön mallit koko hyvinvointialueella. Savonlinnan keskussairaalatoiminnalla voidaan turvata hoitajalinjat ammattikorkeakoulussa.	Mikäli Mikkelin sairaalan laajan päivystyksen asema ja Savonlinnan tulevaisuuden varmistaminen ilman ajallista takarajaa saadaan toteutumaan, vaikuttaa se työvoiman saatavuuteen ja sitä kautta työvoimakustannuksiin. Työvoimakustannuksiksi arvioidaan 65 % hyvinvointialueen kesimääräisistä vuotuisista nettokustannuksista vuosilta 2023 – 2028. Riskiksi on arvioitu 1 %:n ylimääräinen henkilökustannusten kasvu ja riskinhallinnan kautta kyky vaikuttaa puoleen riskin kokonaismäärästä. 1 % työvoimakustannusten ylimääräistä kasvua vastaa noin 4 meur tai 32 eur/as rahoitustarpeen kasvua.
Yksityisestä terveydenhuollosta siirtyvät asiakkaat. Työterveydestä ja yksityiseltä puolelta (esim. gynologia, suun terveys) julkiseen terveydenhuoltoon siirtyvien asiakkaiden kustannusvaikutusten minimointi.	85% tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen palkansaajista on työterveyden piirissä. Näitä palkansaajia on yhteensä noin 49 000. Työterveyshuollon asiakkaan keskikustannus on 425 eur/as. Riskinä on oletettu, että 20% siirtyy yksityiseltä julkisen terveydenhuollon piiriin, jolloin kokonaisvaikutus noin 4 meur tai 32 eur/as.Riskinhallinnan vaikutukseksi on oletettu puolet riskin kokonaisvaikutuksesta. Etelä-Savon toiminnan turvaaminen on merkittävä roolissa, tämä pitää pystyää ratkaisemaan
Palkkaharmonisointi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevat kansallisen tason palkka- ja sopimusratkaisut sekä palkkojen harmonisointi nostavat palkkakustannuksia vuoden 2023 alusta alkaen vuosien 2021 – 2022 tasoa korkeammalle. Palkkaharmonisoinnissa tulee huomioida ainakin Essote, Sosteri, yksityisen sektorin toiminta ja Vaalijala.	Eksoten ennakkotapauksen perusteella arvioidaan mahdollisen taloudellisen riskin olevan 30 meur 10 vuoden ajalta, eli 3 meur tai 23 eur/as vuodessa. Riskinhallinnan vaikutukseksi on oletettu puolet riskin kokonaisvaikutuksesta.

Perustettavan hyvinvointialueen rahoituksen määrään vaikuttamisen mahdollisuudet ja riskien vaikutusten minimointi

Rahoituksen määrään vaikuttaminen	Mahdollinen vaikutus	Meur/v	Eur/as/v
Terveyden- ja vanhustenhuollon kertoimet	5/1000 muutos kokonaiskertoimessa	1,5	12
Sosiaalihuollon kertoimet	10/1000 muutos kokonaiskertoimessa	0,8	6
Kahden sairaalan malli	Kokonaiskustannus 6,5 meur	6,5	51
Vapaa-ajan asuminen	Kokonaiskustannus 1 meur	1,0	8
YHTEENSÄ		9,9	77

Negatiivisten vaikutusten minimointi	Negatiivisen vaikutuksen suuruus	Meur/v	Riskinhallinnan mahdollinen vaikutus	Meur/v	Eur/as/v
Kyky sopeuttaa kokonaiskustannuksia	Kustannuksista pystytään sopeuttamaan vain 50%	3,1	Kustannuksia pystytään sopeuttamaan 75 %	1,6	12
Työvoiman saatavuus ja työvoimakustannukset	Työvoimakustannukset kasvavat 1 %-yksikkö yli normaalin kustannuskehityksen	4,2	Työvoimakustannukset kasvavat ainoastaan 0,5 %	2,1	16
Yksiyisestä terveydenhuollosta siirtyvät asiakkaat	Yksityisestä terveydenhuollosta siirtyy 20 % asiakkaita	4,2	Sirtyjiä on vain 10 %	2,1	16
Palkkaharmonisointi	Palkkaharmonisoinnin kustannus vastaa Eksoten ennakkotapausta. 3 meur vuodessa	3,0	Kustannus on vain 1,5 meuroa vuodessa	1,5	12
YHTEENSÄ		14,5		7,3	56

Oheiseen taulukkoon on koottu yhteenveto arvioiduista taloudellisista vaikutuksista, jotka liittyvät i) rahoituksen määrään vaikuttamiseen sekä ii) riskien vaikutusten minimointiin.

Mikäli rahoituksen määrään pystytään vaikuttamaan taulukossa kuvatulla tavalla, on kokonaisvaikutus noin 1,6 % rahoituksen määrästä.

Mikäli taulukossa kuvatut riskit toteutuvat täysimääräisesti, nousevat kustannukset noin 2,3 % rahoitusta korkeammiksi.

Mikäli rahoituksen määrään pystytään taulukossa kuvatulla tavalla vaikuttamaan ja riskien negatiivinen vaikutus saadaan minimoitua, on kokonaisvaikutus 0,4 % rahoituksen määrää lisäävä. Mikäli mikään muu ei muuttuisi, olisi rahoitus 0,4 % kustannustaso suurempi.

Tarkastelussa tulee huomioida myös lainakaton vaikutus investointeihin. Mikä on tämän vaikutus esimerkiksi hoitojonojen purkuun ja potilastietojärjestelmän kehittämiseen.

Lähde: Kuntien käyttötalouden raportti, väestöennuste, Tilastokeskus, 2020, Talent Vectia analyysi

Perustettavan hyvinvointialueen lainanottovaltuus ja sen riittävyys suunniteltujen investointien kattamiseen

Sosteri ja Essote yhteensä (keur)

	2019	2020	2021	2022	2023
Lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä (10 x edellisen vuoden vuosikate)	100 459	61 269	54 546	127 686	217 986
Tilikauden alun ennakoitu lainamäärä	92 920	111 857	140 858	169 040	203 472
Lainanottovaltuus	7 539	-50 588	-86 312	-41 354	14 514
Tilikauden toteutuneet/suunnitellut investoinnit yhteensä (käyttöomaisuuden myyntituotot vähennetty)	34 256	40 987	41 276	44 382	22 386
Lainakaton mahdollistamien lisäinvestointien määrä	-26 717	-91 575	-127 588	-85 736	-7 872
Tuloslaskelman vuosikate (edellinen vuosi: tilinpäätöstiedot/taloussuunnitelma)	10 046	6 127	5 455	12 769	21 799
Korkokulut (edellinen vuosi: tilinpäätöstiedot/taloussuunnitelma)	621	862	710	938	635
A) Tuloslaskelman vuosikate ja korkokulut yhteensä	10 667	6 989	6 165	13 707	22 434
Korkokulut (edellinen vuosi: tilinpäätöstiedot/taloussuunnitelma)	621	862	710	938	635
Laskennallinen lainanlyhennys (aloittavan taseen lainamäärä/10)	9 292	11 186	14 086	16 904	20 347
B) Korkokulut ja laskennallinen lainanlyhennys yhteensä	9 913	12 048	14 796	17 842	20 982
C) Laskennallinen lainanhoitokate= A / B	1,08	0,58	0,42	0,77	1,07

**VM:n ohjeen ja varovaisuuden periaatteen vuoksi lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä on siten laskettu tässä pelkästään tuloslaskelman vuosikatteen perusteella, huomioimatta korkokuluja. **Etelä-Savon pelastuslaitoksen osalta laskelmassa on huomioitu ainoastaan vuodelle 2023 suunnitellut nettoinvestoinnit (451 keur) ja leasing-hankinnat (750 keur), koska ennen vuotta 2023 tehtyihin investointeihin liittyvät lainat eivät siirry hyvinvointialueelle vuonna 2023.*
Lähde: Essoten tilinpäätös 2018 sekä Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2021-2023; Sosterin tilinpäätös 2018 sekä Talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2021-2023, Etelä-Savon pelastuslaitoksen investoinnit ja leasing-hankinnat 2021-20224; laki Hyvinvointialueesta pykälä 15 puhelinkeskustelu VM:n neuvottelevan virkamiehen Pasi Leppäsen kanssa 11.1.2021 ja 12.1.2021 sekä sähköpostikeskustelu.

Vuonna 2023 käyttöönotettava lainanottovaltuutus lasketaan lainanhoitokatteeseen perustuvan lainan enimmäismäärän sekä tilikauden alun ennakoidun lainamäärän (lyhyt- ja pitkävaikutteisen lainojen yhteissumma) erotuksena. VM:n neuvottelevan virkamiehen Pasi Leppäsen kanssa käytyjen puhelinkeskustelujen 11.1.2021 ja 12.1.2021 ja sähköpostikirjeenvaidon perusteella lainanhoitokatteeseen perustuvan lainan enimmäismäärän laskentakaava voidaan yksinkertaistaa muotoon: 10 x edellisen vuoden vuosikate.*

Vuotta 2023 koskeva lainanottovaltuutus tullaan Voimaanpanolain 57 pykälän mukaan määrittämään siten, että se lasketaan kuhunkin hyvinvointialueeseen siirtyvien sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymien vuoden 2021 tilinpäätösten tietojen ja vuoden 2022 talousarvion tietojen perusteella. Tässä laskelmassa huomioitu talouden ja lainakannan kehitys perustuu talousarvioissa 2021 sekä taloussuunnitelmassa 2021-2023 esitettyihin tietoihin. Vuoden 2023 vuosikate ja korkokulut perustuvat vuoden 2022 taloussuunnitelmalukuihin.

Essoten ja Sosterin nykyisen taloustilanteen sekä taloussuunnitelmien 2021-2023 pohjalta näyttäisi siltä, että tulevan hyvinvointialueen lainanottovaltuus vuonna 2023 olisi 14,5 meur. Se on 7,8 meur pienempi kuin Sosterin, Essoten ja Etelä-Savon pelastuslaitoksen taloussuunnitelmissaan esittämät investoinnit vuodelle 2023.**

Tässä laskelmassa esitetty ennakoitu lainanottovaltuutus vuonna 2023 perustuu taloussuunnitelmissa esitettyyn varsin suotuisaan vuosikatteen kehitykseen. Tässä laskelmassa on lisäksi huomioitu vain Essoten ja Sosterin taloussuunnitelmat. Lainanottovaltuutta sekä mahdollisten lisäinvestointien määrää määritettäessä vuodelle 2023 tullaan huomioimaan myös tulevan hyvinvointialueen osuus yhteistyöalueen lainamäärästä sekä investoinneista. Laskelmassa ei ole myöskään huomioitu pela-palveluihin liittyviä investointeja.

On lisäksi hyvä huomioida, että Essoten ja Sosterin taloussuunnitelmissa esitettyihin investointisuunnitelmiin ei sisälly kunnilta siirtyviin kiinteistöihin mahdollisesti tarvittavia uus- ja korvausinvestointeja, jotka tulisi myös kattaa lainanottovaltuuden puitteissa. Ylläpito- sekä laite- ja diagnostiikkainvestoinnit tulee sen sijaan kattaa käyttötalouden puolella yleiskatteisen rahoituksen avulla. Lopuksi on vielä hyvä huomioida, että tämän laskelman ennakoidussa lainamäärässä 2023 ei ole huomioitu Sosterin ja Essoten tekemiä rahoitusleasingsopimuksia, jotka hallituksen esityksen mukaan rinnastettaisiin lainanottovaltuutta laskettaessa lainoihin (Hallituksen esitys, sivu 266).

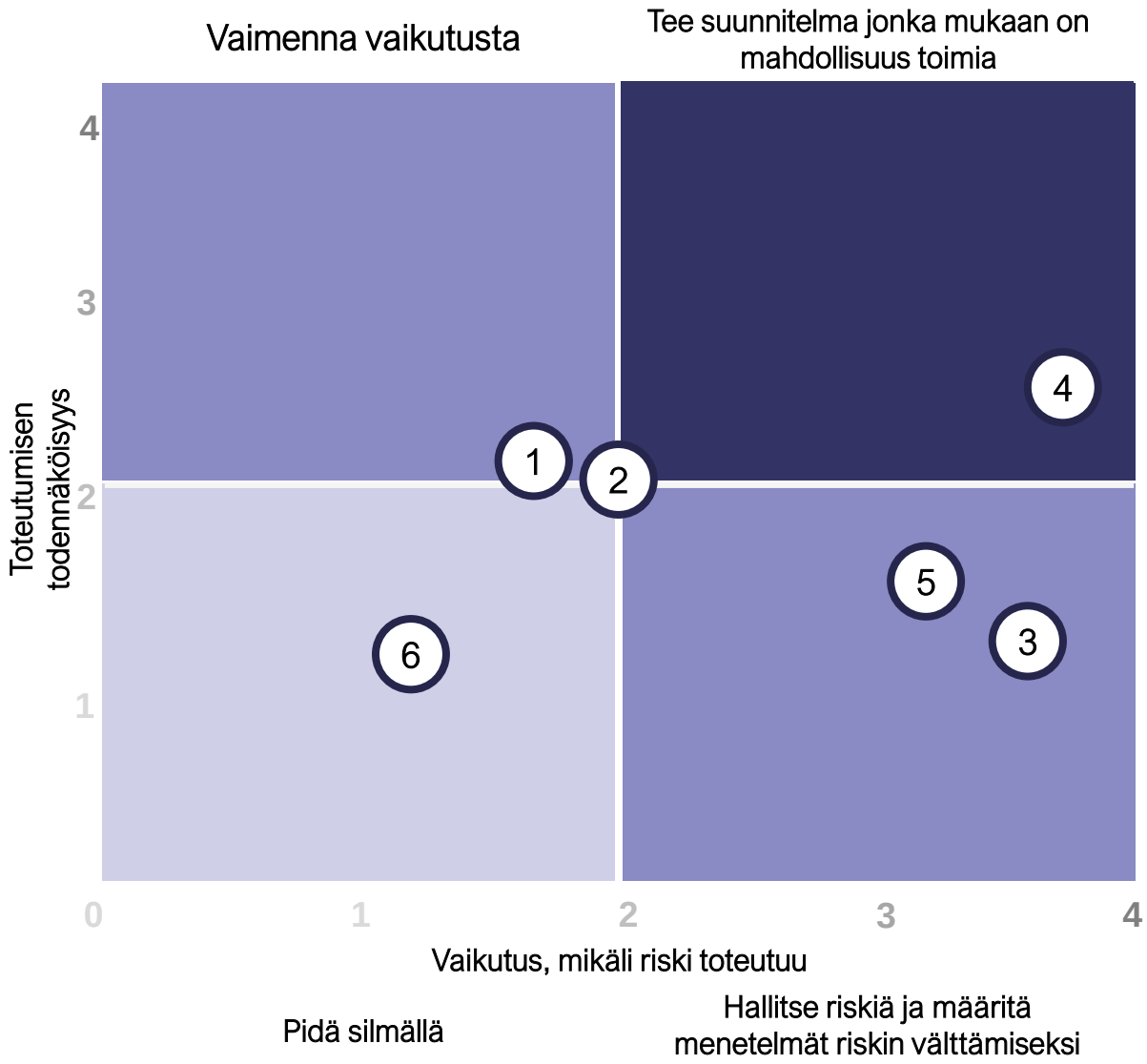
KESKEISET RISKIT HYVINVOINTIALUEEN RAHOITUKSEEN LIITTYEN



Keskeiset riskit

Keskeiset alueen riskit rahoituksen sekä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta

1	Rahoituslakiin sisältyvää, THL:n tekemää sote-rahoituksen tarvevakiointi laskentamallia (ml. malliin liittyvät muuttujat (erityisesti sosiaalihuollon muuttujat ja olosuhdemuuttujien määrän lisääminen) muutetaan Etelä-Savon kannalta epäedullisella tavalla. (Etelä-Savolla tällä hetkellä korkein kokonaiskerroin).
2	Rahoituslakiin sisältyvää esitystä kunnilta siirtyviin kustannuksiin muutetaan niin, että kustannustaso kiinnitetään vuoteen 2019 (lakiesityksessä nyt 2021/2022 keskiarvo) ja VM:n määrittämä indeksikorotus lasketaan kansallisen keskiarvon mukaan, jolloin laskentamalli kohtelee huonosti Etelä-Savon aluetta. Nämä heikentävät Etelä-Savon rahoitusasemaa hyvinvointialueen käynnistyksessä.
3	Sote-palveluiden rahoitusta muutetaan niin, että monikanavarahoituksesta ja KELA-korvauksista luovutaan. Tämä siirtää työterveyden asiakkaita julkisen terveydenhuollon puolelle. Lisäksi Etelä-Savon asukkaiden mahdollisuus hyödyntää yksityisiä palveluja heikkenee, mikä voi johtaa yksityisen palvelutarjoaman vähentymiseen alueella.
4	Maakuntavero hyvinvointialueen tehtäviin liittyen päätetään ottaa käyttöön viimeistään vuoden 2026 alussa niin, että valtionosuuksien tasausjärjestelmä ei täydennä Etelä-Savon matalaa tuloveropohjaista verokertymää riittävästi kompensoimaan palvelutarpeen todellisesta kasvusta johtuvaa kustannusten nousua.*
5	Hyvinvointialueiden rahoituksessa käytettävän siirtymätasauksen euromääräisiä lisäyksiä tai vähennyksiä muutetaan siirtymätasausjaksolla jatkuvasti poliittisen harkinnan perusteella. Tämä vaikeuttaa hyvinvointialueen toiminnan suunnittelua ja voi heikentää alueen rahoituksellista asemaa.
6	Etelä-Savon diagnoositiedot vuosilta 2017-2019 eivät vastaa täysin alueen todellista sairastavuutta. Tarvevakioinnin pohjalta määräytyvä palvelutarpeeseen pohjautuva rahoitusosuus jää alhaisemmaksi kuin mikä olisi mahdollista alueen todellinen sairastavuus huomioiden.

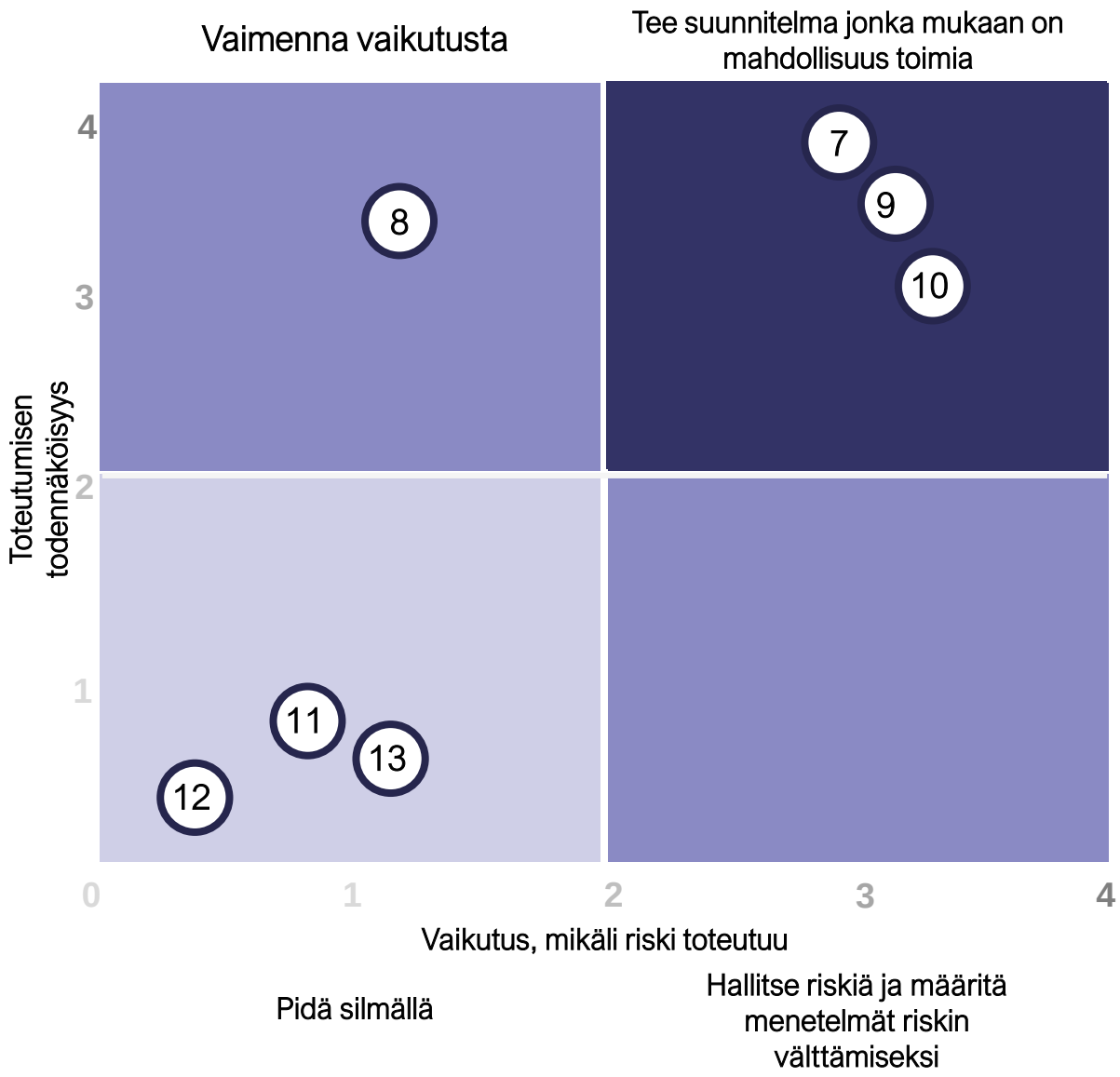


*Arvioimme maakuntaveroon liittyvän riskin todennäköisyydestä perustuu toisaalta Marinin hallituksen 13.10.2020 päivätyn lisäpöytäkirjan kirjaukseen ja toisaalta maakuntaveroon liittyviin perustuslaillisiin haasteisiin.

Keskeiset riskit

Keskeiset alueen riskit rahoituksen sekä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta

7	Kilpailu palvelujen tuottamiseen tarvittavasta henkilöstöstä voimistuu ja mahdollisuus hankkia työvoimaa alueelle virkasuhteisiin, keikkalääkäreinä tai ostopalveluna muuttuu entistä vaikeammaksi. Nykyinen kahden sairaanhoitopiirin malli lisää merkittävästi työvoiman saatavuuden vaikeuksia.Tämä nostaa alueen kustannuksia enemmän kuin miten palvelutarpeeseen perustuva rahoitus kehittyy ja vaikeuttaa merkittävästi palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Lisäksi tämä uhkaa toisen asteen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja harjoituspaikkoja
8	Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevat kansallisen tason palkka- ja sopimusratkaisut sekä palkkojen harmonisointi nostavat palkkakustannuksia vuoden 2023 alusta alkaen vuosien 2021 – 2022 tasoa korkeammalle.
9	Etelä-Savon väestön painopisteen siirtyminen ikääntyviin luokkiin nostaa erikoissairaanhoidon, asumispalveluiden sekä kotiin tuotettavien palvelujen kustannuksia voimakkaammin kuin miten siirtyvien kustannusten tasaukseen sekä tarvevakiointiin perustuva rahoitus kehittyy. Tämä vaikeuttaa merkittävästi palvelujen järjestämistä ja tuottamista alueella.
10	Sote-palveluiden kustannusrakennetta ei onnistuta sopeuttamaan riittävän nopeasti ja tehokkaasti vastaamaan alueen pienenevää väestöpohjaa.
11	Kahden sairaanhoitopiirin/ kuntayhtymien ja Vaalialan toiminnan integroiminen ja turvaaminen etenee hitaasti toimintatavoissa ja –kulttuureissa sekä prosesseissa ilmenevien eroavuuksien vuoksi. Tämä hidastaa uuden hyvinvointialueen tehokasta toiminnan ja talouden suunnittelua ja toimeenpanoa.
12	Kunnilta vuokrattavat sote- ja pela-kiinteistöt eivät sovellu sellaisenaan tulevan hyvinvointialueen käytettäväksi, mikä edellyttää merkittäviä investointeja tiloihin. Tämä nostaa vuokrakustannuksia ja rasittaa hyvinvointialueen taloutta vuodesta 2023 alkaen. Kunnilta hyvinvointialueelle siirtyvään irtaimeen omaisuuteen liittyy merkittäviä investointitarpeita.
13	Tuleva hyvinvointialue joutuu irtisanomaan solmimiaan ostopalvelusopimuksia täyttääkseen palvelujen järjestämiseen liittyvän velvoitteensa riittävästä omasta tuotannosta. Tämä vaikeuttaa osaavan henkilökunnan ja sopivien tilaratkaisujen saatavuutta ja nostaa niihin liittyviä kustannuksia. Tällä on vaikutuksia esimerkiksi työterveyteen, pesulatoimintaan ja ICT-palveluyhtiöihin ja niiden palveluihin.



Tunnistettuihin keskeisiin riskeihin liittyvät riskien hallinnan toimenpiteet (1/2)

	Tunnistetut keskeiset riskit	Riskien hallinta
1	Rahoituslakiin sisältyvää, THL:n tekemää sote-rahoituksen tarvevakiointi laskentamallia (ml. malliin liittyvät muuttujat (erityisesti sosiaalihuollon muuttujat ja olosuhdemuuttujien määrän lisääminen) Rahoituslakiin sisältyvää, THL:n tekemää sote-rahoituksen tarvevakiointi laskentamallia (ml. malliin liittyvät muuttujat (erityisesti sosiaalihuollon muuttujat ja olosuhdemuuttujien määrän lisääminen) muutetaan Etelä-Savon kannalta epäedullisella tavalla. (Etelä-Savolla tällä hetkellä korkein kokonaiskerroin).	Essoten, Sosterin ja alueen kuntien pitää pyrkiä vaikuttamaan THL:n asiantuntijaryhmiin, STM:ään, VM:ään ja sitä kautta eduskunnan perustuslakivaliokuntaan ja sosiaali- ja terveysvaliokuntaan sekä eduskunnan hyväksymiin päätöksiin, jotta tarvevakioinnin kriteeristö ja sen myötä tuleva rahoitus saadaan vastaamaan alueen tarpeeseen. Hallituksen tavoitteena on, että eduskunta hyväksyisi lait kesään 2021 mennessä.
2	Rahoituslakiin sisältyvää esitystä kunnilta siirtyviin kustannuksiin muutetaan niin, että kustannustaso kiinnitetään vuoteen 2019 (lakiesityksessä nyt 2021/2022 keskiarvo) ja VM:n määrittämä indeksikorotus lasketaan kansallisen keskiarvon mukaan, jolloin laskentamalli kohtelee huonosti Etelä-Savon aluetta. Nämä heikentävät Etelä-Savon rahoitusasemaa hyvinvointialueen käynnistyksessä.	Essoten, Sosterin ja alueen kuntien pitää pyrkiä vaikuttamaan VM:ään, STM:ään, valtioneuvostoon, soteministeriryhmään sekä hallituspuolueiden johtoon, jotta VM:n määrittämä indeksikorotus huomioisi riittävästi alueelliset erot kustannusten todellisessa kasvussa, eikä ottaisi indeksikorotusta laskettaessa huomioon pelkästään kansallista keskiarvoa kustannusten kasvussa. Asetus tullaan säätämään vuoteen 2022 mennessä.
3	Sote-palveluiden rahoitusta muutetaan niin, että monikanavarahoituksesta ja KELA-korvauksista luovutaan. Tämä siirtää työterveyden asiakkaita julkisen terveydenhuollon puolelle. Lisäksi Etelä-Savon asukkaiden mahdollisuus hyödyntää yksityisiä palveluja heikkenee, mikä voi johtaa yksityisen palvelutarjoaman vähentymiseen alueella.	Essoten, Sosterin ja alueen kuntien pitää pyrkiä vaikuttamaan VM:ään, STM:ään, valtioneuvostoon sekä nimetyn työryhmän työskentelyyn, jotta monikanavamallista luopumisesta aiheutuvat lisäkustannukset huomioitaisiin riittävällä tavalla Etelä-Savon alueen rahoituksessa ja että yksityiset palveluntuottajat eivät karsisi palvelutuotantoaan alueella merkittävästi. Päätökset monikanavarahoituksesta ja KELA-korvauksista luopumisesta siirtynevät seuraavalle eduskuntakaudelle.
4	Maakuntavero hyvinvointialueen tehtäviin liittyen päätetään ottaa käyttöön viimeistään vuoden 2026 alussa niin, että valtionosuuksien tasausjärjestelmä ei täydennä Etelä-Savon matalaa tuloveropohjaista verokertymää riittävästi kompensoimaan palvelutarpeen todellisesta kasvusta johtuvaa kustannusten nousua.	Essoten, Sosterin ja alueen kuntien pitää pyrkiä vaikuttamaan hallituspuolueisiin ja oppositioon, jotta verontasausjärjestelmästä muodostuisi sellainen, että se huomioisi riittävästi Etelä-Savon huomattavasti kansallista keskiarvoa alemman, jatkuvasti laskevan tuloveropohjaisen verokertymän. Linjaukset maakuntaveroon liittyen tultaneen tekemään tämän eduskuntakauden aikana.
5	Hyvinvointialueiden rahoituksessa käytettäviä siirtymätasauksen euromääräisiä lisäyksiä tai vähennyksiä muutetaan siirtymätasausjaksolla jatkuvasti poliittisen harkinnan perusteella. Tämä vaikeuttaa hyvinvointialueen toiminnan suunnittelua ja voi heikentää alueen rahoituksellista asemaa.	Essoten, Sosterin ja alueen kuntien pitää pyrkiä vaikuttamaan VM:ään, STM:ään, valtioneuvostoon sekä eduskuntaan, jotta siirtymätasauskäytäntö on Etelä-Savolle edullinen ja mahdollisimman hyvin ennustettava.
6	Etelä-Savon diagnoositiedot vuosilta 2017-2019 eivät vastaa täysin alueen todellista sairastavuutta. Tarvevakioinnin pohjalta määräytyvä palvelutarpeeseen pohjautuva rahoitusosuus jää alhaisemmaksi kuin mikä olisi mahdollista alueen todellinen sairastavuus huomioiden.	Tulevan hyvinvointialueen nykyisten kuntayhtymien tulee käydä systemaattisesti läpi vuosien 2017-2019 sairastavuustiedot vakiokertoimen laskennassa huomioitavien tautiluokkien osalta, jotta tuleva palvelutarpeeseen pohjautuva laskennallinen rahoitus pohjautuisi alueen todelliseen tilanteeseen näiden tautiluokkien sairastavuudesta. Aikaa tarvevakioinnin perustana olevien vuosien 2017-2019 tietojen täydentämiseen on vielä keväälle 2021 asti.

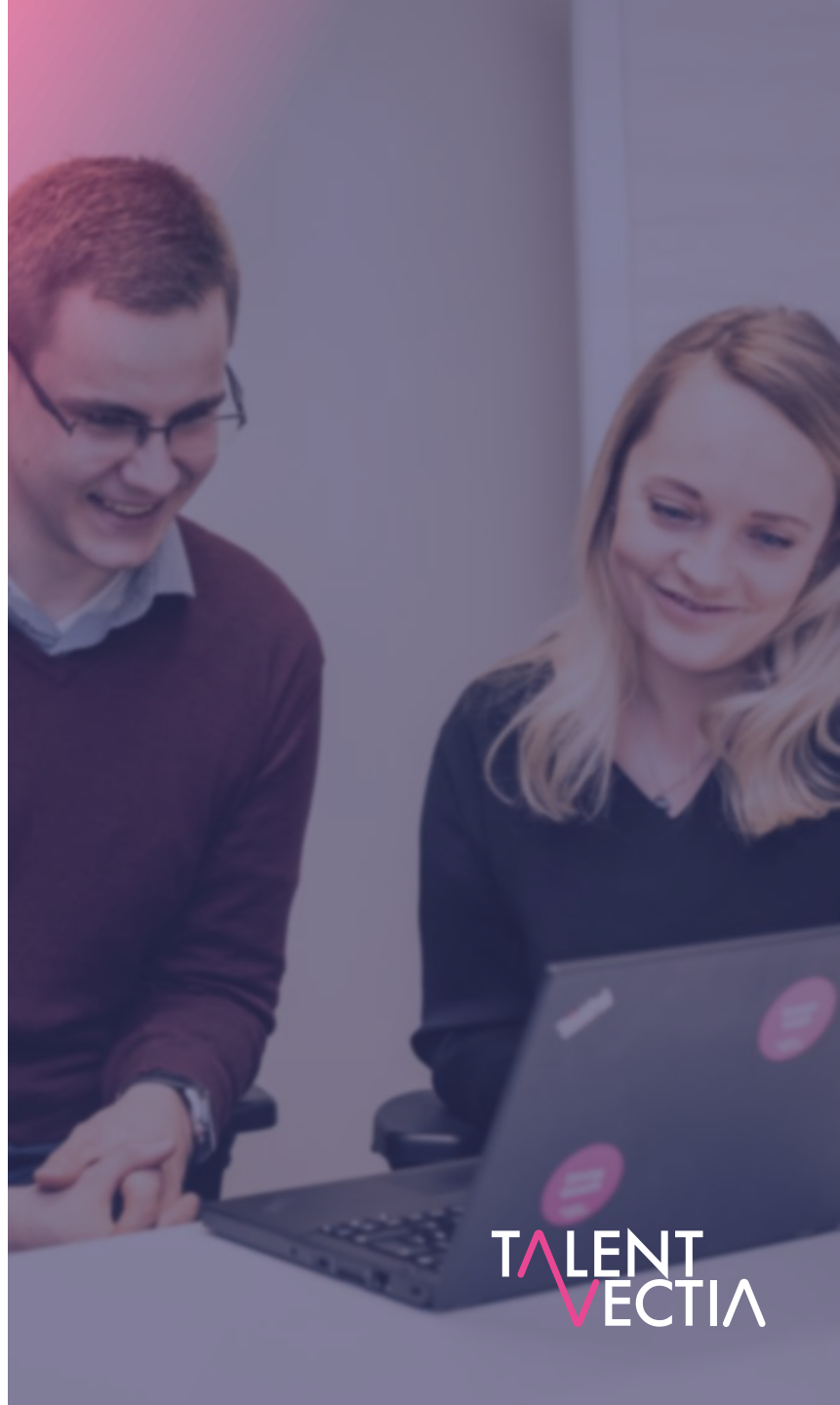
Tunnistettuihin keskeisiin riskeihin liittyvät riskien hallinnan toimenpiteet (2/2)

	Tunnistetut keskeiset riskit	Riskien hallinta
7	Kilpailu palvelujen tuottamiseen tarvittavasta henkilöstöstä voimistuu ja mahdollisuus hankkia työvoimaa alueelle virkasuhteisiin, keikkalääkäreinä tai ostopalveluna muuttuu entistä vaikeammaksi. Nykyinen kahden sairaanhoitopiirin malli lisää merkittävästi työvoiman saatavuuden vaikeuksia.Tämä nostaa alueen kustannuksia enemmän kuin miten palvelutarpeeseen perustuva rahoitus kehittyy ja vaikeuttaa merkittävästi palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Lisäksi tämä uhkaa toisen asteen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja harjoituspaikkoja	Tulevan hyvinvointialueen nykyisten kuntayhtymien tulee kehittää erityisesti kriittisille henkilöstöresursseille (mm. erikoislääkärit, työterveyslääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat) tarjottavia ura-, työsopimus- ja palkkausvaihtoehtoja niin, että työnantajakuva on houkutteleva pitkällä aikavälillä. Alueen kuntien tulee myös jatkaa systemaattisesti työtä alueen houkuttelevuuden vahvistamiseksi asumisympäristönä. Näin voidaan pyrkiä tukemaan kriittisen työvoiman saatavuutta myös yksityisten toimijoiden alueella sijaitsevissa toimipisteissä.
8	Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevat kansallisen tason palkka- ja sopimusratkaisut sekä palkkojen harmonisointi nostavat palkkakustannuksia vuoden 2023 alusta alkaen siirtyvien kustannusten tasausta korkeammalle.	Esillä olevat palkkaratkaisut tulevat olemaan haaste tulevalle hyvinvointialueelle. Palkkaratkaisujen vaikutukset tulee arvioida huolellisesti ja ne tulee huomioida kun tehdään tulevan hyvinvointialueen ensimmäinen talousarvio ja taloussuunnitelma.
9	Etelä-Savon väestön painopisteen siirtyminen ikääntyviin luokkiin nostaa erikoissairaanhoidon, asumispalveluiden sekä kotiin tuotettavien palvelujen kustannuksia voimakkaammin kuin miten siirtyvien kustannusten tasaukseen sekä tarvevakiointiin perustuva rahoitus kehittyy. Tämä vaikeuttaa merkittävästi palvelujen järjestämistä ja tuottamista alueella.	Ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvua pitää pyrkiä rajoittamaan panostamalla riittävästi ennalta ehkäiseviin palveluihin. Tuotettujen palvelujen kustannustehokkuutta tulee myös kehittää mm. skaalaetuja hyödyntämällä. Tavoitteena on varmistua siitä, että ikäihmisten palveluiden järjestämisen kustannukset eivät nouse palvelutarpeen perusteella allokoitavaa rahoitusta merkittävästi voimakkaammin.
10	Etelä-Savon sote-palveluiden kustannusrakennetta ei onnistuta sopeuttamaan riittävän nopeasti ja tehokkaasti vastaamaan alueen pienenevää väestöpohjaa.	Sote-palveluiden ja pelastustoimen kustannusrakennetta tulee kehittää niin, että se mahdollistaa nopean, joustavan ja merkittävän kustannustason sopeuttamisen.
11	Kahden sairaanhoitopiirin/ kuntayhtymien ja Vaalialan toiminnan integroiminen etenee hitaasti toimintatavoissa ja –kulttuureissa sekä prosesseissa ilmenevien eroavuuksien vuoksi. Tämä hidastaa uuden hyvinvointialueen tehokasta toiminnan ja talouden suunnittelua ja toimeenpanoa.	Kahden sairaanhoitopiirin/kuntayhtymien ja Vaalialan toimintojen yhteistä toiminnan ja talouden suunnittelua tulee jatkaa intensiivisesti sekä strategisella että operatiivisella tasolla, jotta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnot saadaan integroitua mahdollisimman toimivaksi yhdeksi kokonaisuudeksi heti 2023 alusta alkaen.
12	Kunnilta vuokrattavat sote- ja pela-kiinteistöt eivät sovellu sellaisenaan tulevan hyvinvointialueen käytettäväksi, mikä edellyttää merkittäviä investointeja tiloihin. Tämä nostaa vuokrakustannuksia ja rasittaa hyvinvointialueen taloutta vuodesta 2023 alkaen. Kunnilta hyvinvointialueelle siirtyvään irtaimeen omaisuuteen liittyy merkittäviä investointitarpeita.	Hyvinvointialueen tulee käydä aktiivista vuoropuhelua kuntien kanssa ja varmistua siitä, että kuntien 28.2.2022 mennessä VM:lle laatimat selvitykset käytössä olevista tiloista, siirtyvästä irtaimesta omaisuudesta, sopimuksista ja vastuista antavat näistä mahdollisimman kattavan ja realistisen kuvan (Toimeenpanolaki 21, 26 §). Tämä on tärkeää, jotta tulevalla hyvinvointialueella olisi taloutensa ja toimintansa suunnittelun tueksi mahdollisimman realistinen näkemys tulevasta vuokratasosta, irtaimeen omaisuuteen mahdollisesti liittyvistä investointitarpeista sekä muista sopimuksia ja vastuista.
13	Tuleva hyvinvointialue joutuu irtisanomaan solmimiaan ostopalvelusopimuksia täyttääkseen palvelujen järjestämiseen liittyvän velvoitteensa riittävästä omasta tuotannosta. Tämä vaikeuttaa osaavan henkilökunnan ja sopivien tilaratkaisujen saatavuutta ja nostaa niihin liittyviä kustannuksia.	Essoten ja Sosterin tulee arvioida nykyiset ostopalvelusopimuksensa kriittisesti suhteessa lakiesityksessä esitettyyn riittävän oman tuotannon vaatimukseen (sote-järjestämislaki 8 §), jotta tuleva hyvinvointialue voi varautua riittävän ajoissa mahdollisiin lain edellyttämiin ostopalvelusopimusten irtisanomisiin. Riittävää omaa tuotantoa koskeva edellytys tulee huomioida myös tulevia ostopalvelusopimuksia laadittaessa.

LIITTEET



RAHOITUKSEN TAUSTATIETOJA



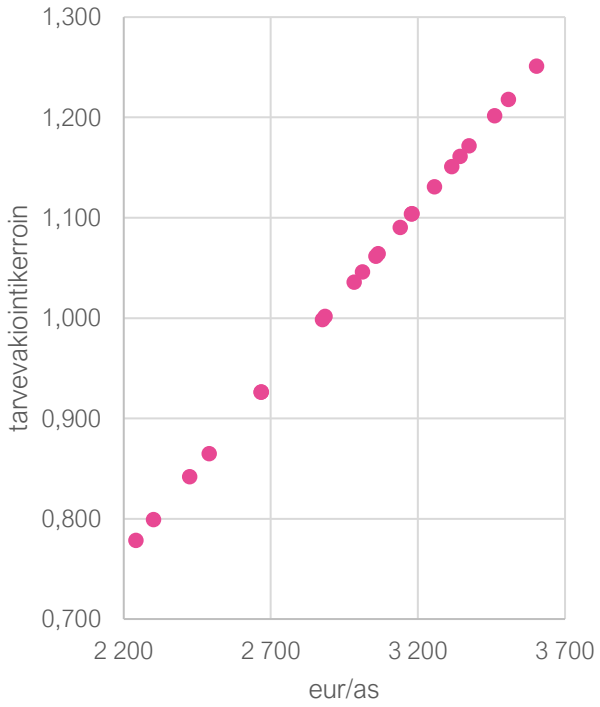
Tarvevakionnin vaikutus hyvinvointialueen rahoituksen määrään

Hyvinvointialue	kerroin	eur/as
Helsinki	0,842	2 425
Vantaa+Kerava	0,799	2 302
Länsi-Uusimaa	0,779	2 242
Itä-Uusimaa	0,926	2 667
Keski-Uusimaa	0,865	2 491
Varsinais-Suomi	1,036	2 984
Satakunta	1,104	3 180
Kanta-Häme	1,062	3 058
Pirkanmaa	1,002	2 885
Päijät-Häme	1,090	3 140
Kymenlaakso	1,172	3 374
Etelä-Karjala	1,104	3 179
Etelä-Savo	**1,251**	**3 604**
Pohjois-Savo	1,161	3 344
Pohjois-Karjala	1,202	3 461
Keski-Suomi	1,046	3 012
Etelä-Pohjanmaa	1,131	3 257
Pohjanmaa	0,927	2 668
Keski-Pohjanmaa	1,064	3 065
Pohjois-Pohjanmaa	0,999	2 876
Kainuu	1,218	3 508
Lappi	1,151	3 315

Lähde: VM rahoituslaskelmat 8.12.2020

	Max	Min
Kerroin	1,251	0,779
Eur/as	3 604	2 242
Kerroin = 1	2 881	2 881
Erotus	723	-639

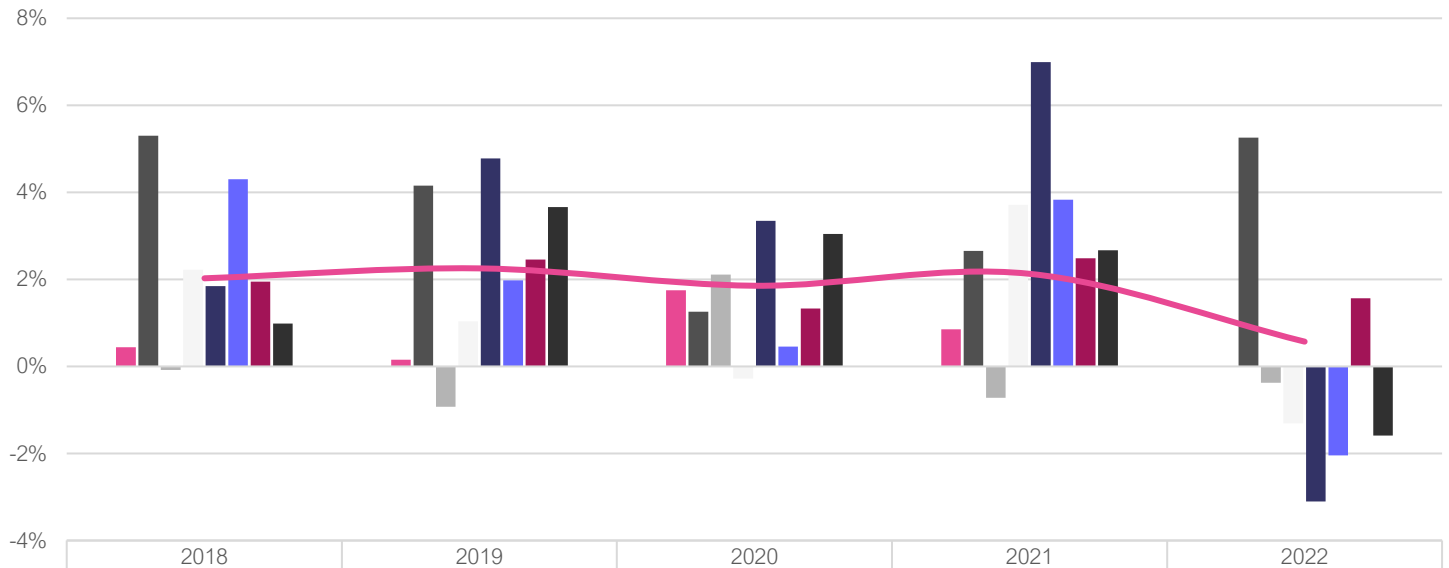
Kertoimen ja rahoituksen suhde



Länsi-Uudenmaan 0,779 tarvekerroin antaa asukaskohtaisen rahoituksen määräksi 2 242 eur/as ja Etelä-Savon 1,251 tarvekerroin 3 604 eur/as. Länsi-Uudenmaan rahoitus on 639 eur/as pienempi kuin kertoimella 1 laskettu rahoitus, Etelä-Savon puolestaan 723 eur/as suurempi. **Suurimman ja pienimmän rahoituksen ero on 1 361 eur/as.**

Tarvekertoimen ja rahoituksen suhde on karkeasti muotoa y = (3,472E-04)x. **Kymmenosan muutos kertoimessa muuttaa rahoituksen määrää 29 eur/as.**

Alueen suurimpien toimijoiden talouden toteuma ja talousennusteet, -arviot ja -suunnitelmat



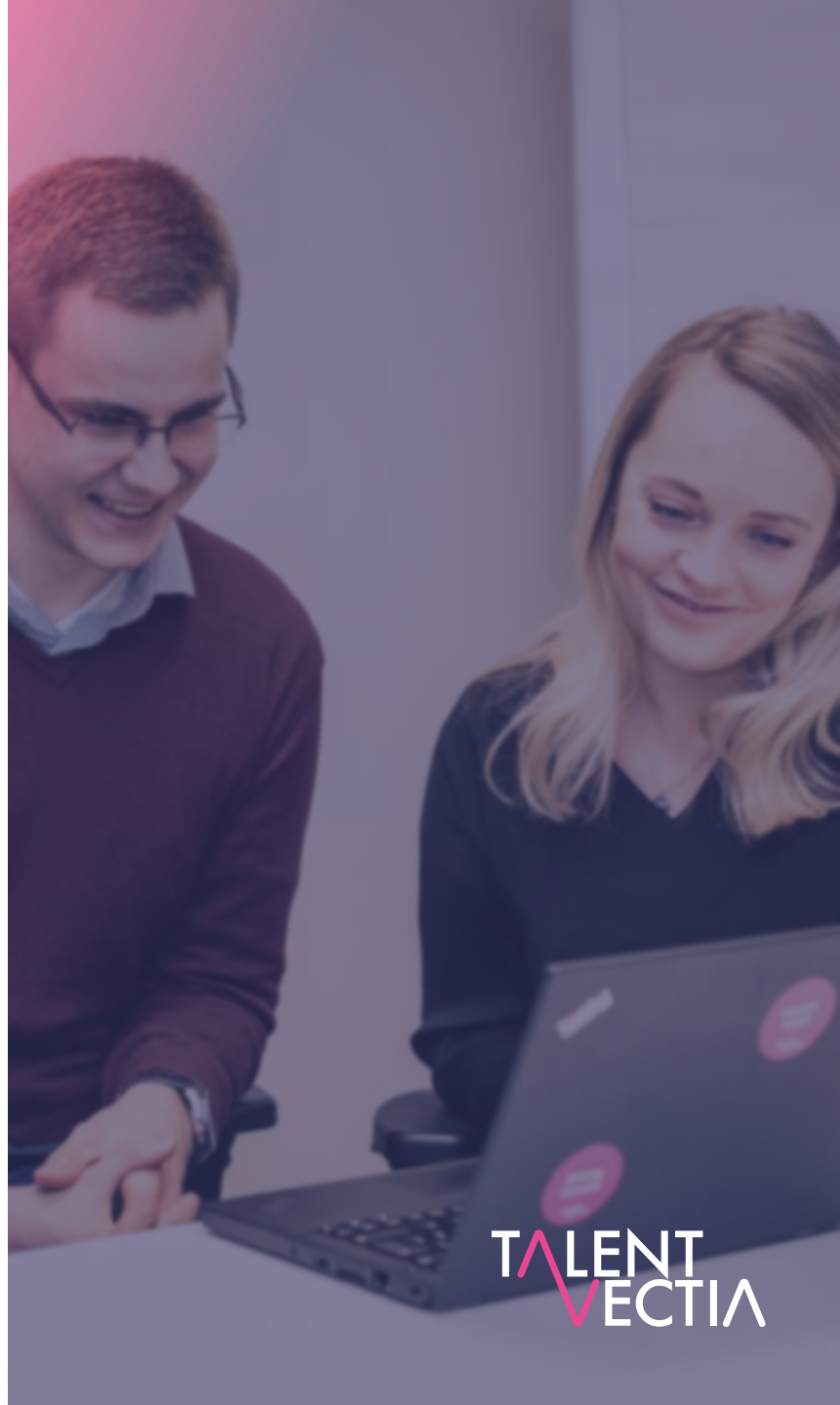
	2018	2019	2020	2021	2022
SOSTERI	0,45%	0,16%	1,75%	0,85%	0,00%
ESSOTE	5,30%	4,16%	1,26%	2,65%	5,26%
SAVONLINNA	-0,07%	-0,92%	2,11%	-0,72%	-0,37%
PIEKSÄMÄKI	2,22%	1,04%	-0,27%	3,72%	-1,30%
MÄNTYHARJU	1,85%	4,78%	3,35%	7,00%	-3,10%
JUVA	4,31%	1,98%	0,46%	3,83%	-2,04%
KANGASNIEMI	1,95%	2,46%	1,33%	2,49%	1,57%
MIKKELI	0,99%	3,66%	3,05%	2,67%	-1,59%
YHTEENSÄ	2,03%	2,25%	1,86%	2,13%	0,57%

Keskimääräinen vuotuinen muutos

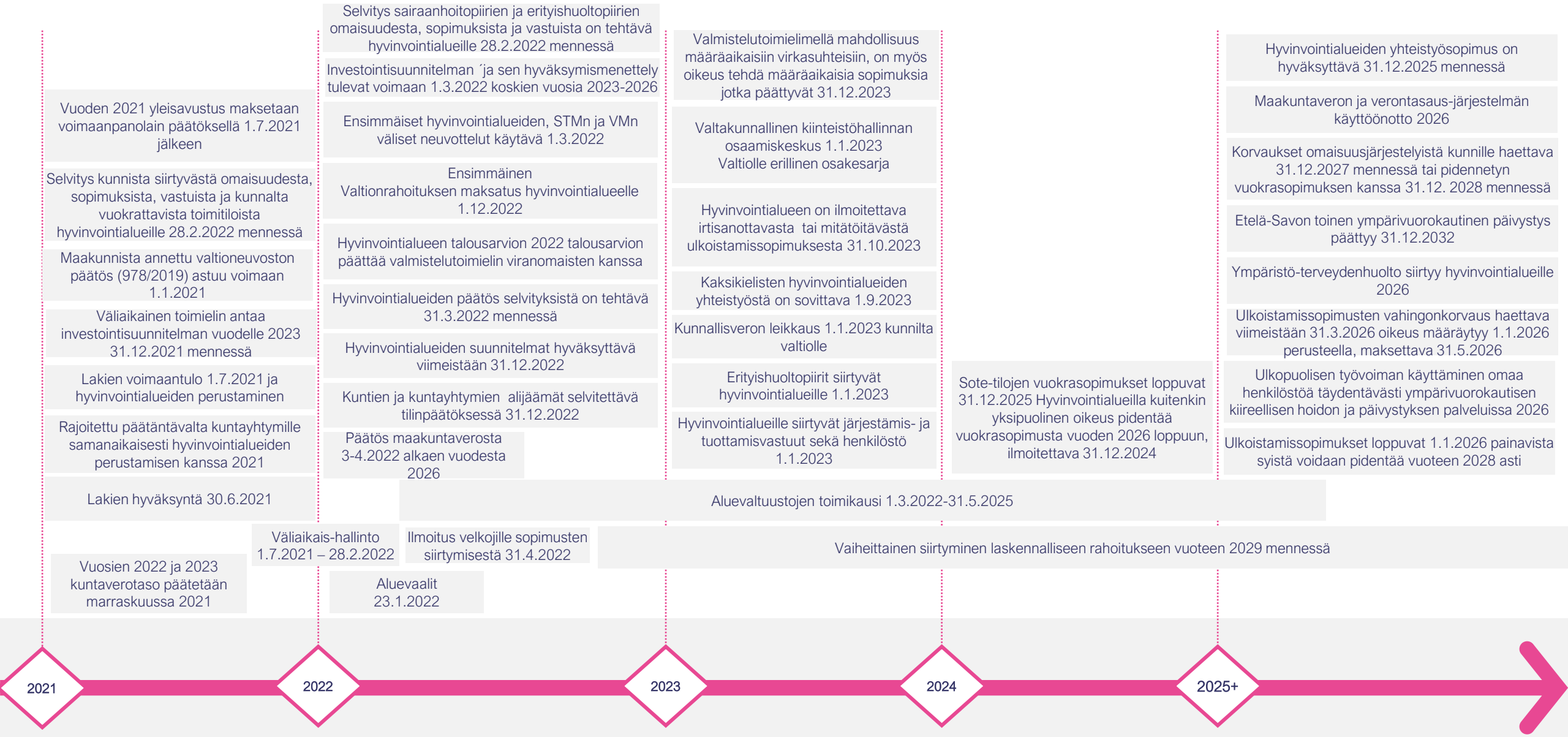
Tässä raportissa esitetty vuosien 2020 – 2022 nettokustannusten ennuste perustuu tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen toimijoiden julkaisemaan materiaaliin. Alueen suurimpien toimijoiden vuoden 2020 talousennusteet, vuoden 2021 talousarviot ja vuoden 2022 taloussuunnitelmat on koottu yhteen marraskuussa 2020 saatavilla olevien tietojen perusteella.

Vuosien 2017 – 2019 keskimääräinen vuotuinen toimintakulujen kasvu on ollut 2,14 %. Vuosille 2020 – 2022 toimijat ennustavat yhteenlaskettuna keskimäärin 1,52 % kasvua. Nettokustannusennusteessa käytetään keskimääräistä 1,7 % vuotuista kustannusten kasvua.

SOTE-UUDISTUKSEN AIKATAULU



Sote-uudistuksen aikataulu



Lähteet

Kuntaliitto
https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Liite2_Talouskehitys_04082020.pdf

VM
https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2021&lang=fi&maindoc=/2021/tae/valtiovarainministerionKanta/valtiovarainministerionKanta.xml&opennode=0:1:3:5:7:

Kuntien toimintatuotot ja menot
https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin#Avoterveydenhuollossa_10_miljoona

Valtionosuudet
https://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp?year=2021&lang=fi&maindoc=/2021/tae/valtiovarainministerionKanta/valtiovarainministerionKanta.xml&id=/2021/tae/valtiovarainministerionKanta/YksityiskohtaisetPerustelut/28/90/30/30.html

Lausunto

11.2.2021

StV@eduskunta.fi

Lausunto HE 241/2020 vp Hallituksen esitykseen eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Teema: aluejako Savo, Etelä-Savon hyvinvointialue, kuntayhtymän johtaja Risto Kortelainen

Aika: perjantai 12.02.2021 klo 11.30 sosiaali- ja terveysvaliokunta

Arvoisat sosiaali- ja terveysvaliokunnan jäsenet

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymältä asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020. Asiantuntijalausuntona on pyydetty näkemystämme erityisesti Etelä-Savon hyvinvointialueesta ja aluejaosta.

On ensiksi tärkeää todeta, että eduskunnan perustuslakivaliokunta ja sosiaali- ja terveysvaliokunta ovat aiemmissa lausunnoissaan pitäneet välttämättömänä ja kiireellisenä uudistaa sote-palvelujärjestelmämme ja sen rahoitus. Valiokunnat ovat korostaneet lausunnoissaan sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden puutteiden korjaamista. Kaikissa aiemmissa lakiesityksissä ja nyt eduskunnassa olevassa sote-lakipaketissa on lähdetty vahvasti hyväksytystä lähtökohdasta, että Etelä-Savon hyvinvointialueen/maakunnan asukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus, saavutettavuus, laatu ja kustannustehokkuus turvataan parhaiten yhtenäisen Etelä-Savon hyvinvointialueen avulla, johon kuuluvat nykyisten Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueiden kunnat. Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjiä ovat Essote- ja Sosteri-kuntayhtymät, Pieksämäen kaupungin sote-peruspalvelut sekä Rantasalmen ja Sulkavan ulkoistetut sote-peruspalvelut. Erityishuoltopiirin kuntayhtymä on Vaalijalan kuntayhtymä, jolla on erityispalvelu useamman maakunnan alueella.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän valtuusto antoi 17.9.2020/47 perusteellisen lausunnon erillisselvityksineen maan hallituksen esitysluonnoksesta sote-uudistuksen lainsäädännöksi. Lausunnossa nostettiin vahvasti esiin alueen elinvoimaan, toimintaan, talouteen ja rahoitukseen sekä juridisiin näkökohtiin liittyvät perustelut Etelä-Savon hyvinvointialueen/maakunnan aluejaon säilyttämiseksi sote-uudistuksessa nykyisellään.

Valtuuston lausunnossa todetaan, että aluejaon muutos nykyisen lainsäädännön ja sote-lakipaketin hyvinvointialue- ja maakuntajakolain esitysluonnoksen mukaan edellyttää muutoksen perusteellista vaikutusten arviointia, aluejakoselvitystä ja esitystä muutoksesta, aukottomia kuulemismenettelyjä ja muutoksen edellytysten täyttymistä ennen valtioneuvoston päätöstä.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky.
Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli
Vaihde 015 3511 Faksi 015 351 2505
Y-tunnus 0825508-3
www.essote.fi

Syyskuun 2020 lausunnossa kuntayhtymän valtuuston käsityksen mukaan aluejaon muutoksen toteuttaminen lakitasoisesti osana sote-uudistuksen lainsäädäntöä ilman hallinnollisesti kestävästi tehtyä vaikutusten arviointia, selvitystä ja edellytysten tarkastelua sekä erityisesti kaikkien mukanaolevien tahojen kuulemista ohittaisi kevyellä menettelyllä lainsäännössä ja sen toimeenpanossa valitsevat keskeisten aluejakomuutosten päätöksentekoa koskevat menettelytavat ja muutoksenhakumenettelyt aluejakolakien mukaan. Hyvinvointialueiden/maakuntien aluejaon muutoksia on jatkossa tarkasteltava koko maan kattavana kokonaisuutena. Uudenmaan erillisratkaisun taustalla on kattava selvitystyö asiasta, jossa keskeiset kunnat ja sote-järjestäjät ovat olleet mukana.

Tällä perusteella kuntayhtymän valtuusto esitti lausunnossaan, että toimeenpanolain esitysluonnoksen 6 §:n maakuntajakoa koskevaan lainkohtaan lisätään Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kunnat: Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Samoin perusteluista poistetaan kaikki viitaukset Pohjois-Savon ja Etelä-Savon hyvinvointialue-/maakuntajaon muutoksesta.

Hallituksen esityksessä 8.12.2020 HE 241/2020 vp eduskunnalle kuntayhtymän valtuuston esitys on tullut otetuksi huomioon. Etelä-Savon maakuntaan kuuluvat nykyiset alueen kunnat. Joroinen siirtyi vuoden 2021 alusta Pohjois-Savon maakuntaan ja Heinävesi Pohjois-Karjalan maakuntaan. Hallituksen esityksessä tehty muutos on Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien asettamien tavoitteiden mukainen ja kaikin tavoin perusteltu eri näkökohdista.

Etelä-Savon hyvinvointialueen/maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelustrategian valmistelu on aloitettu koko maakuntaa kattavasti. Samoin hyvinvointialueen väliaikaishallinnon suunnittelu ja valmistelu on käynnistetty. Työskentelyn ohjausta varten on kuntien, kuntayhtymien ja pelastuslaitoksen johtavista päätöksentekijöitä koostuva alueseurantaryhmä sekä uudistuksen osatoteuttajista ja kuntien virkajohdosta koottu aluejohtoryhmä. Aluejohtoryhmä tekee ennakoivasti toimeenpanolakiesityksen 10 § mukaista valmistelua, kahdeksan kokonaisuutta, ja valmistelee väliaikaishallinnon toiminnan sujuvaa alkamista sote-lakien voimaantultua.

Aikaa on vähän. Aluevaalit ovat 23.1.2022 ja esimerkiksi puolueet asettavat ehdokkaansa syksyllä 2021.

Hyvinvointialueen sote-palvelujen kehittämistyötä ja valmistautumista sote-uudistukseen sosiaali- ja terveysministeriö myönsi Essote- ja Sosteri-kuntayhtymille Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeisiin sekä rakenteellista uudistamista tukeviin hankkeisiin yhteensä 5,4 miljoonaa euroa. Lisäksi Essote-kuntayhtymä on saanut STM:ltä yhteensä 5 miljoonaa euroa kohdennettuihin sote-kehittämishankkeisiin, joista suurin rahoitus 1,4 miljoonaa euroa, on Aster-hankkeelle, jossa uudistetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmä neljän sairaanhoitopiirin yhteistyönä. Hankkeiden aikaansaannoksia ja tuloksia siirretään suunnitellusti väliaikaishallinnolle ja hyvinvointialueen toimintaan sote-lakien voimaantultua.

Asiantuntijalausunnossamme keskitymme yhtenäisen Etelä-Savon hyvinvointialueen perustamiseen lakiesitysten mukaisesti ja nostamme esille mielestämme sote-lakiesityksen suurimpia muutoksia vaativia asiakokonaisuuksia.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky.
Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli
Vaihde 015 3511 Faksi 015 351 2505
Y-tunnus 0825508-3
www.essote.fi

Yhtenäinen ja vahva Etelä-Savon hyvinvointialue

Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointa koskevan uudistuksen tavoitteena on kaventaa koko Suomessa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukana tuomiin haasteisiin ja hillitä sote-kustannusten kasvua. Uudistuksen tavoitteet ovat hyviä ja perusoikeusnäkökulman mukaisia.

Hallituksen esityksen ongelmat liittyvät alueen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuuteen, alueelliseen itsehallintoon, sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitukseen, julkisten ja yksityisten sote-palvelujen suhteeseen sekä kansalaisten oikeusturvaan.

Hyvinvointialue- ja maakuntajakolain 1 §:ssä todetaan maakuntajako ja hyvinvointialueet. Pykälän 2 momentin mukaan Suomi jakautuu hyvinvointialueisiin, joilla on itsehallinto. Säädös pohjautuu perustuslain 121 §:n 4 momenttiin. Maakuntajakolain 6 §:ssä säädetään perustettavien hyvinvointialueiden aluejaon sekä valtion aluehallinnon toimialueiden perustana olevasta maakuntajaosta. Ehdotettu maakuntajako perustuisi pääosin nykyisen maakuntajakolain (1159/1997) ja vuoden 2021 alusta voimaantulevan maakunnista annetun valtioneuvoston päätöksen (978/2019) nojalla määriteltyyn aluejakoon. Uudesta hyvinvointialue-/maakuntajaosta säädetään lain siirtymäsäännöksen mukaisesti uudistuksen toimeenpanolaissa. Toimeenpanolain 6 §:ssä mainitaan 18 maakuntaa nimeltä. Maakunnat perustetaan samalla aluejaolla kuin nykyisinkin. Maakuntien alueet määritellään kuntapohjaisesti.

Hallituksen lakiesitys hyvinvointi- ja maakuntajaosta on selkeä ja oikeudenmukainen. Muutokset maakuntajakoon tulee aina tehdä yhtenäisin perustein koko maan osalta. Etelä-Savon maakunnan ja hyvinvointialueen palvelujen saatavuuden, saavutettavuuden, kustannustehokkuuden ja laadun varmistamiseksi on lakiesityksen yhtenäinen ja vahva Etelä-Savon maakunta ja hyvinvointialue perusteltu ja oikea ratkaisu. Hyvinvointialueen alueena on oltava lain mukaan maakunta. Hyvinvointialueen on muodostuttava yhtenäisestä alueesta, joka muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden. Nykyinen Etelä-Savon maakunta on yhtenäinen toiminnallinen kokonaisuus. Maakunnan yhtenäisyyden heikentäminen vaarantaa koko alueen asukkaiden perusoikeuksien mukaiset lakisääteiset sote-perus- ja erityispalvelut sekä alueen kilpailukykyä ja elinkeinoelämän toimintaedellytyksiä.

Maakuntajaon muutos Etelä- ja Pohjois-Savon osalta johtaisi pitkäaikaisen tradition mukaisen maakuntajaon muutokseen. Muutosratkaisu ei ole mahdollista nykyisten olemassa olevien valtion aluehallinnon, kunnallisten, järjestöjen sekä yritysten ja liiketoiminnan yhteistyörakenteiden ja perinteiden sekä nykyisen kaltaisten yhteistyösuhteiden hyödyntämisen kannalta. Mikäli Etelä-Savon hyvinvointialueen/maakunnan aluejako tullaan myöhemmin arvioimaan, on perusteltua, että koko aluetta tarkastellaan kokonaisuutena.

Etelä-Savon maakuntastrategia pohjautuu yhtenäiseen ja monimuotoiseen maakuntaan, jonka kehittämisen kärjet ovat metsä, ruoka ja vesi. Etelä-Savon maakunnan maakuntastrategiassa todetaan, että ”Näissä kärjissä maakunnalla on suhteellinen kilpailuetu Suomessa ja Euroopassa. Osaavat ihmiset, uudistuvat yritykset, kehittyvä toimintaympäristö, digitalisaatio ja hyvä saavutettavuus ovat keskeisimpiä kasvun ja elinvoiman tekijöitä.”

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky.
Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli
Vaihde 015 3511 Faksi 015 351 2505
Y-tunnus 0825508-3
www.essote.fi

Etelä-Savon väkiluku oli joulukuun 2020 lopussa 140 610. Tilastokeskuksen väestömuutosten ennakkotietojen mukaan väkiluku väheni Etelä-Savossa tammi-joulukuun 2020 aikana yhteensä 1 300 henkilöä. Tilastossa on otettu huomioon Joroisten kunnan siirtyminen Pohjois-Savoon ja Heinäveden kunnan siirtyminen Pohjois-Karjalan maakuntaan. Tilastokeskuksen 4.10.2019 ennusteen mukaan Etelä-Savossa on vuonna 2030 väestöä 17 010 vähemmän kuin vuonna 2018 eli pudotus olisi 11,8 prosenttia. Ennusteen mukaan vuonna 2040 väestöä on 28 093 vähemmän kuin vuonna 2018 eli 19,4 prosenttia vähemmän. Etelä-Savon maakunnan väestön voimakas väheneminen ja samanaikainen ikääntyminen ajanjaksolla 2020–2040 vaatii maakunnalta/hyvinvointialueelta ja valtiovallalta yhtenäisiä ja voimakkaita toimia alueen kilpailukyvyn ja elinvoimaisuuden lisäämiseksi sekä asukkaiden lakisääteisten peruspalveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden vahvistamisessa.

Etelä-Savon väestön ikärakenne on maan vanhimpia. Väestön ikääntymisen takia Etelä-Savon maakunnan palvelutarve on maan korkein. Hyvinvointialueen/maakunnan kaupunkikeskusten pitkät etäisyydet toisistaan ja vesistöistä aiheutuva maantieteellinen pirstaleisuus vaativat vahvan palveluvarustuksen, jotta sote-palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus voidaan turvata alueen asukkaille perustuslain 19 § 3 momentin mukaisesti.

Etelä-Savossa työikäisen väestön koulutustaso on alempi kuin koko maassa keskimäärin. Tutkinnon suorittaneita Etelä-Savossa on 71,2 prosenttia 15 vuotta täyttäneistä, kun koko maassa luku on 73,8 prosenttia. Etelä-Savon suurena haasteena on turvata tulevaisuudessa alueen lakisääteisille sote-palveluille sote-alan osaavan henkilöstön saanti. Sosiaali- ja terveysalan koulutuspaikat on pystyttävä turvaamaan Etelä-Savossa uudistuksen kaikissa vaiheissa ja eri toimipaikkakunnilla.

Edellä esitettyjen näkökohtien pohjalta Etelä-Savon ja sen asukkaiden palvelujen turvaaminen edellyttää valtiovallalta vahvaa tukea yhtenäiselle ja hyvät palvelut järjestävälle ja tuottavalle Etelä-Savon hyvinvointialueelle.

Hyvinvointialueiden rahoituslaki vaatii korjauksen

Hallituksen sote-uudistuksen lakiesityskokonaisuudessa kipeästi korjausta tarvitsevat hyvinvointialueiden rahoituslain määräytymisperusteet, jotka voivat vaikeuttaa vakavasti sote-palvelujen järjestämistä maan väestö- ja muuttotappioalueille. Rahoituksen määräytymisperusteiden mukaan Etelä-Savon muuttotappion ollessa vuodessa 1 300 asukasta, aiheutuu pysyvä kuuden (6) miljoonan euron rahoituksen väheneminen vuosittain. Tämän kaltainen rahoituksen heikennys ajaa hyvinvointialueen kestämättömään sopeuttamiseen, jossa asukkaiden perusoikeuksien mukaiset lakisääteiset perus- ja erityispalvelut eivät toteudu. Syntyvä rahoitus-/sopeuttamistilanne vauhdittavat alueen kilpailukyvyn ja elinvoimaisuuden laskua ja lakisääteisten palveluiden kehittämistä lisääntyvien palvelutarpeiden edellyttämällä tavalla.

Kesäkuun 2020 rahoituslaskelmissa osoitettiin, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen sopeuttamistarve on 198 euroa asukasta kohden. Tämä on seurausta keskussairaalan ylläpitämiseen nähden pienestä väestöpohjasta. Kun tarkasteltiin ainoastaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin aluetta, laskelma osoitti 53 euroa per asukas kasvavaa rahoitusta. Kesäkuun 2020 laskelmien mukaisesti koko Etelä-Savon hyvinvointialueen sopeuttamistarve oli 23 euroa per asukas.

Johtopäätöksenä on todettava, että kahden sairaalan ylläpito Etelä-Savon hyvinvointialueella tilanteessa, jossa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueeseen sellaisenaan kohdistuu erittäin merkittävä sopeuttamistarve, edellyttää mainitun kahden sairaalan mallin huomioimista lisärahoituksena esimerkiksi olosuhdetekijänä.

Vastaava tilanne oli todennettavissa kesäkuun laskelmissa myös Pohjois-Savon hyvinvointialueen osalta, jos Itä-Savon sairaanhoitopiirin alue olisi liitetty Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen. Sopeutustarve olisi ollut 92 euroa per asukas, kun se ilman Itä-Savoa olisi ollut 74 euroa per asukas. Laskelma osoittaa, että ilman erillistä rahoitusta Itä-Savon sairaanhoitopiirin lailla määritelty sairaalapalvelurakenne on raskas niin Etelä-Savon hyvinvointialueelle kuin se olisi ollut Pohjois-Savon hyvinvointialueelle.

Rahoituslaskelmat ovat jo muuttuneet kesäkuun jälkeen ja muuttuvat useaan kertaan ennen hyvinvointialueiden toiminnan aloittamista. Perustilanne ei kuitenkaan muutu sen osalta, että Savonlinnan keskussairaalan säilyttäminen edellyttää olosuhdetekijänä erillistä rahoitusta.

Hallituksen esityksessä Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoitus osoittaa 101 euron vähenemää nykytasoon nähden. Pohjois-Savon hyvinvointialueen rahoituksen vähenemä on 52 euroa asukasta kohden. Jos Itä-Savon sairaanhoitopiirin alue olisi osa Pohjois-Savon hyvinvointialuetta, sopeuttamistarpeeksi muodostuisi Pohjois-Savon hyvinvointialueella laskennallisesti 102 euroa per asukas. Vaikka Pohjois-Savon hyvinvointialueen asukasluku edellä mainitussa tilanteessa olisi kolminkertainen Etelä-Savon hyvinvointialueeseen nähden, taloudellisten ja toiminnallisten sopeuttamistarpeiden näkökulmasta tilanne on samanlainen Etelä-Savon hyvinvointialueen kanssa.

Jos tarkastellaan pelkkää Itä-Savon sairaanhoitopiirin aluetta, sopeuttamistarve on noussut kesäkuun laskelmista hallituksen esitykseen tultaessa 402 euroon per asukas mm. perushintojen muuttumisen myötä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alue on edelleen kasvavan rahoituksen tilanteessa 27 euroa asukasta kohden.

Taloudellisesta tai toiminnallisesta näkökulmasta ei ole löydettävissä perusteita rikkoa olemassa olevaa maakunta- ja yhteistyörakennetta Etelä-Savossa. Toisaalta vahvistuu se käsitys, että ilman erillisrahoitusta Itä-Savon sairaanhoitopiirin palvelutasoa sairaaloineen ei ole mahdollista nykyisen tasoisena säilyttää.

Vaikka Etelä-Savon väestö on jo nykyisin maan ikääntynein, hyvinvointialueen väestö ikääntyy pitkään määrällisesti nopeasti. Seuraavan kymmenen vuoden aikana, 75–84 -vuotiaiden määrä tulee kasvamaan vuosina 2020–2030 yli kolmanneksella. Tämän lisäksi sairastavuus Etelä-Savon alueella on merkittävästi kansallista keskiarvoa korkeampi ja alueen väestöllä on merkittävä elintapasairauksien riski.

Hallituksen esityksessä hyvinvointialuelaeiksi mukana oleva rahoituslaki ei vastaa hallitusohjelman tavoitteisiin saatavuuden, saavutettavuuden, kustannusvaikuttavuuden ja laadun osalta. Etelä-Savon hyvinvointialueella rahoitusjärjestelmä johtaa palvelujen saatavuuden saavutettavuuden, kustannusvaikuttavuuden ja laadun heikentymiseen. Rahoitusmalli ei hillitse kustannusten kasvua, vaan merkittävä riski on, että kustannukset itse asiassa nousevat. Lisäksi nykyisellään tarvevakioitu rahoitus ei ota riittävästi tai ei ollenkaan huomioon alueiden olosuhdetekijöitä. Juuri Etelä-Savon alueella merkittävää kausi- ja vapaa-ajan asuk-

kaiden määrää ei ole huomioitu hyvinvointialueen laskennallisessa rahoituksessa. Hallituksen esityksen mukaan Etelä-Savon hyvinvointialueen on huolehdittava näiden asukkaiden päivystyspalveluista. Rahoitus asettaa Etelä-Savon tulevan hyvinvointialueen ei yhdenvertaiseen asemaan suhteessa muihin hyvinvointialueisiin. Toki tilanne on samalainen väestöään menettävillä ja vahvasti ikääntyneillä hyvinvointialueilla.

Hyvinvointialueiden rahoituslain 13 §:n perusteella hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset muodostuvat laskemalla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon perushinnat 14 §:ssä tarkoitetuilla hyvinvointialuekohtaisilla palvelutarvekertoimilla ja hyvinvointialueen asukasmäärällä. Perushintojen määräytymistä on selvitetty rahoituslain 2 §:n 2 kohdan perusteluissa. Perushinnoista säädetään vuosittain valtioneuvoston asetuksella. Sääntelytapa vastaa voimassa olevaa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia.

Lain mukaan tehtäväkohtaisista painotuksista säädetään vuosittain. Lain voimaanpanosäännöksen mukaisesti ensimmäinen tarkistus tehdään vuodelle 2023. Tarkemmin tarvetekijät ja niiden painokertoimet määritetään lain 14 §:ssä. Pykälän 5 momenttiin sisältyy valtuutus säätää valtioneuvoston asetuksella vuosittain seuraavaa varainhoitovuotta varten asukaskohtaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnasta sekä 14—20 §:ssä tarkoitettujen määräytymistekijöiden perushinnoista. Perushinnat tarkistetaan 5 ja 6 §:ssä tarkoitetun kustannusten ja rahoituksen tason tarkistamisen sekä 3 luvussa säädettyjen perushintoihin vaikuttavien määräytymistekijöiden perusteella.

Perushintoihin kytkeytyvä menettely antaa valtioneuvostolle mahdollisuuden suurentaa tai pienentää hyvinvointialueiden rahoitusta vuosittain palvelutarpeesta tai sen kasvusta riippumatta. Perushintojen keskinäistä suhdetta muuttamalla rahoitusta siirtyy hyvinvointialueiden välillä niiden itse pystymättä vaikuttamaan asiaan. Hyvinvointialueen rahoituksen ja näin taloudenhoidon ennakoitavuus heikkenee, kun rahoitus siirtyy valtakunnan poliittisten voimasuhdanteiden ohjaamiksi. Alueellinen itsehallinto ja taloudenhoito vaikeutuu.

Rahoituslaista seuraa, että julkisilla toimijoilla nousee haasteeksi integraation rahoitus, sekä integraation jälkeisen palveluverkon ylläpito. Hallituksen esityksen mukaisessa rahoitusmallissa on huomioitu vain kunnilta siirtyvät kustannukset, jotka perustuvat nykyisiin palveluihin. Rahoitusmallissa ei ole varattu erillistä rahaa palveluiden yhtenäistämiselle, vertikaaliselle ja horisontaaliselle integraatiolle eikä myöskään lisäresurssien palkkaamiselle. (Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 3 §). Integraatiota ei ole myöskään määritelty riittävän tarkasti etenkin yksityisten ja julkisten toimijoiden yhteistyön kannalta. Integraatiohaasteet nousevat esiin etenkin aloilla, joilla julkiset palveluntarjoajat tukeutuvat yksityisiin palveluntuottajiin, kuten ikääntyneiden ja vammaisten asumis- ja perusterveydenhuollon palvelut sekä lastensuojelun palvelut. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä 13 §).

Integraatiota heikentää myös lähetetoiminnan käsittely. Lähetteet on hyväksyttävä vahvemmin julkisella toimijalla, mikä voi heikentää pääsyä erikoissairaanhoitoon esimerkiksi työterveyshuollon kautta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä 12 §). Samalla julkisilla toimijoilla on velvollisuus järjestää kaikki palvelut viime kädessä omin

voimin, eikä vuokratyövoiman käyttöä ole määritetty tarkasti. (Laki sosiaali- ja terveyenhuollon palvelujen järjestämisestä 13 §). Tämä esimerkiksi rajaa lääkärien mahdollisuuksia lähettää asiakkaita yksityisestä perusterveydenhuollosta julkiseen erikoissairaanhoitoon.

Uudistus tuo siis merkittävän epävarmuuden yksityisille toimijoille. Samat rajoitteet pätevät myös julkisomisteisille yhtiöille, joita käsitellään yksityisomisteisten yhtiöiden kanssa samalla tavalla. Julkisten sote-ydin- ja tukipalveluja tarjoavien in-house yhtiöiden toiminnan edellytysten turvaaminen pitemmällä aikavälillä vaativat perusteellista lisätarkastelua. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä 12 §). Uudistuksen myötä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyön kannattavuus nousee suureksi kysymykseksi.

Hyvinvointialueiden rahoituksessa ei ole huomioitu riittävästi palkkaharmonisointia, kehitystoimintaa eikä hyvinvointialueen tieto- ja muiden järjestelmien yhtenäistämistä ja muita muutoskustannuksia. Tätä kautta hyvinvointialueilla ei ole välttämättä kaikin osin edellytyksiä toteuttaa tarvittavia toimia hallinnon ja toiminnan järjestämiseksi.

Hyvinvointialueiden investointikykyä rajoitetaan merkittävästi lainanottovaltuuksia rajoittamalla laskennallisella lainanottovaltuudella. Muilla hyvinvointialueilla kuin Helsingin kaupungilla ei ole mahdollisuutta pitkäaikaisen lisälainan ottamiseen ilman valtioneuvoston päätöstä. Myös palvelutarpeen ja kustannustason muutos lasketaan valtion rahoituksen tasolla, näin ollen se huomioi heikosti hyvinvointialueiden erityistilanteet.

Lisärahoitusneuvottelut käydään valtiovarainministeriön (VM) sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kanssa käytyjen neuvottelujen pohjalta. STM perustaa kantansa osittain laajalti THL:n tekemään selvitykseen alueesta. Neuvottelujen aikana arvioidaan, tarvitseeko hyvinvointialue lisärahoitusta, vai voidaanko kustannuksia leikata erityisillä toimenpiteillä. Lain perustelut on muotoiltu niin, että ensisijaisesti riittävää rahoitustasoa haetaan kustannusleikkausten ja tehostamisen kautta (mm. palveluverkkoon tehtävät muutokset).

Lakiesityksen mukainen hyvinvointialueen lainanhoitokatteen laskukaava on aivan liian tiukka, koska kaavassa laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä. Suurin osa hyvinvointialueen merkittävistä investoinneista on suuria keskussairaaloihin kohdistuvia rakennusinvestointeja, joiden kirjanpitolaitakunnan ohjeen mukainen poistoaika on 20–50 vuotta. Liian tiukka laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaava jättää tulevien hyvinvointialueiden lainanottomahdollisuudet todella pieniksi, jopa olemattomiksi ja pysäyttää siten investoinnit kestämättömän matalalle tasolle. Tämä tulee lisäämään rakennusten korjausvelkaa ja tekee mahdottomaksi hoidon kannalta tärkeän uuden teknologian käyttöönottamisen. Laskennallisen lainanlyhennyksen laskukaavaa tulee muuttaa siten, että taseen lainamäärä jaetaan vähintään kahdellakymmenellä, eikä kymmenellä.

Koska lakiesityksen mukainen lainanottovaltuuden muuttaminen johtaa hyvinvointialueen (lain 13 luvun 123 §:n mukaan) valtionvarainministeriön käynnistämään arviointimenettelyyn, hyvinvointialueet eivät tule tekemään valtioneuvostolle hakemuksia lainanottovaltuuden muuttamisesta, vaikka kansalaisten palvelujen tuottamisen näkökulmasta investoinnit olisivat kiireellisiä ja välttämättömiä.

Hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus huomioi ainoastaan viisi olosuhdetekijää. Mallin ulkopuolelle jää esimerkiksi pendelöinti, teollisuuskeskittymät, kausi- ja vapaa-ajan

asukkaat, hammashoito, kehityshankkeet, palkkaharmonisointi, järjestelmien yhtenäistäminen, kahden keskussairaalan hyvinvointialueet ja työterveyshuolto. Rahoitus ei vastaa hyvinvointialueiden todellista tilannetta ja palvelutarvetta. Esimerkiksi Etelä-Savossa työikäiset asukkaat turvautuvat muita alueita enemmän perusterveydenhuollon palveluihin, koska he eivät ole korkean sairastavuuden takia työterveyden palveluissa, joiden rahoituskaavat ovat erilaiset.

Lainsäädäntöön sisältyy lisäksi useita velvoittavia ja rajoittavia kirjauksia (kuten ostopalvelusopimusten tai niiden ehtojen mitättömyys tai irtisanominen ja tähän liittyvä vahingonkorvausvelvollisuus, vuokratyön käytön rajaaminen vain omaa työvoimaa täydentäväksi ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa 1.1.2026 alkaen sekä virkalääkärivaatimus), joista voi aiheutua hyvinvointialueille merkittäviä lisäkustannuksia, mutta joita ei ole huomioitu hyvinvointialueiden rahoituksessa.

Rahoituksen perustana olevat tietojärjestelmät valmistuvat vasta 2030 mennessä

Hyvinvointialueen rahoituslaki huomioi kuntien ja kuntayhtymien vain suorat siirtyvät kustannukset, mutta ei siirtyvää sosiaali- ja terveydenhoidon hoitovelkaa. Vuoden 2020 aikana hoitojonojen määrä on koronaepidemian takia lisääntynyt voimakkaasti. Hoitovelka on kasvanut arvioiden mukaan taloudellisesti jo yli miljardiin euroon. Hoitovelan purkaminen vie toimijoilta vuosia, eikä eduskunta ole vielä osoittanut tarvittavaa rahoitusta palveluntuottajille.

Oikeudenmukainen siirtyminen hyvinvointialueisiin edellyttää kokonaisvaltaisen toiminnan ja talouden tietoperustan luomisen kuntien ja kuntayhtymien toiminnasta, palvelutuotannosta ja toimintamenoista. Vain oikean tiedon avulla voidaan luoda turvallinen siirtyminen hyvinvointialueiden toimintaan ja vastuuseen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, on vasta kehittämässä riittävää tietojärjestelmää, jonka tavoitteena on tuottaa oikeat ja luotettavat tiedot kuntien ja kuntayhtymien palvelutuotannosta ja toiminnasta. Tietojärjestelmien puutteiden takia tarvevakioinnin tarvetekijöistä ei ole yhtenäistä tietoa, eikä näin ollen saada oikeaa tietoa sosiaalihuollon palvelutarpeesta. Tilanteen ongelmallisuutta osoittaa se, että sosiaalihuollon tarvetekijöiksi valituista 13 tautiluokasta ainoastaan kaksi, älyllinen kehitysvammaisuus ja CP-oireyhtymä eivät esiinny terveydenhuollon tarvetekijöinä. Sosiaalihuollon palvelutarvetta kuvaavien tarvetekijöiden käyttöä vaikeuttaa sosiaalihuollon valtakunnallisen tietopohjan puute.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen asema Etelä-Savon hyvinvointialueen Mikkelin keskussairaalalle vuonna 2023

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen hallitusohjelman sote-uudistuksen ytimessä ovat palvelujen yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus, laatu sekä kustannustehokkuus.

Etelä-Savon hyvinvointialueella laajan ympärivuorokautisen päivystyksen järjestäminen Mikkelin keskussairaalassa 1.1.2023 alkaen on tärkeässä asemassa hallituksen tavoitteen toteuttamiseksi sekä myös Savonlinnan keskussairaalan erityisaseman turvaamiseksi. Muutos turvaa kokonaisvaltaisesti Etelä-Savon maakunnan asukkaiden ja maakunnassa osan vuodesta asuvien kausiasujien, 300 000 henkilön erikoissairaanhoidon palvelut kaikissa tilanteissa.

Etelä-Savon hyvinvointialueen kyky huolehtia vanhuspainotteisen väestön erikoissairaanhoidon palveluista, edellyttää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen olemassaoloa Mikkelin keskussairaalassa. Etäisyydet lähimpiin laajan ympärivuorokautisen

päivystyksen sairaaloihin ovat: Joensuu 209 km, Lahti 130, Jyväskylä 115, Kuopio 164 km. Mikkelin ja Savonlinnan välimatka on reilu 100 kilometriä. Etäisyydet vaarantavat yhdenvertaisten palveluiden saatavuuden Etelä-Savon asukkaille.

Mikkelin keskussairaalan laajan ympärivuorokautisen päivystävän sairaalan asema turvaa parhaiten myös toimeenpanolakiesityksen säännöksen, jonka mukaan terveydenhoitolain 50 §:n 3 ja 4 momenteista poiketen Etelä-Savon ja Lapin hyvinvointialueet saavat ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka.

Toimeenpanolakiesityksessä 59 §:ssä perustellaan vuoden 2032 siirtymäaikaa seuraavasti: ”Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueilla tulee olemaan muuhun maahan verrattuna merkittävästi haasteellisempaa sovittaa yhteen sairaaloidensa työnjako ja yhteistyö väestön palvelutarpeen mukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden varmistamiseksi sekä palveluverkon ja toiminnan muokkaamiseksi.”

Vuosi 2032 ei poista maantieteen tosiasioita ja siksi eduskunnan tulee muuttaa hallituksen esitystä, niin että muutetussa lakimuotoilussa mahdollistetaan kahden sairaanhoitopiirin/kuntayhtymän, Essoten ja Sosterin yhdistämisvaiheessa yhdeksi hyvinvointialueeksi, ylläpitää kahta ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä, Mikkelissä ja Savonlinnassa ilman päättymisajankohtaa.

Esitämme sosiaali- ja terveysvaliokunnalle, että vuosimäärite 2032 poistetaan toimeenpanolaista ja rahoituslakiin lisätään Etelä-Savon ja Lapin hyvinvointialueille olosuhdetekijäksi kahden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön ylläpitämisen vuoksi määräraha, joka on vuositasolla 50 euroa/asukas. Näin eduskunta toteuttaa lakiesityksen yhdenvertaisen toteutumisen Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueella. Alueet ovat ainoat, joissa on vielä kaksi sairaanhoitopiiriä ennen hyvinvointialueiden muodostamista.

Esitetyn lainsäädännön mukaisesti hyvinvointialueilla on suora velvoite hoitaa alueen terveys- ja sosiaalipalvelut itsenäisesti. Esitykset Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi 8 § ja 9 § ja laiksi hyvinvointialueesta 6 §, 7 §, 8 § ja 9 § velvoittavat hyvinvointialuetta kaikissa olosuhteissa. Lait edellyttävät Etelä-Savon hyvinvointialueen, tosiasiallisesti Mikkelin keskussairaalaa huolehtimaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen tehokkaasta toiminnasta. Uusi lainsäädäntö ei anna oikeutta poiketa velvoitteista. Tämän vuoksi voimassa olevan terveydenhoitolain 50 §:n 3 momentin perusteella annettujen asetusten tulee olla linjassa eduskunnassa käsiteltävien uusien lakien kanssa ja täydentää niitä.

Mikkelin keskussairaala vastaa jo nykyisellään hyvin laajan ympärivuorokautisen päivystävän keskussairaalan kriteereihin. Keskussairaalassa on tänä päivänä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen valmiudet 11 erikoisalalla (13 vaaditusta) ja keskussairaala tarjoaa läpi vuoden kirurgian jaetun takapäivystyksen. Essote-kuntayhtymällä on täysi valmius kehittää edelleen toimintaa ja vastata laajan ympärivuorokautisen päivystävän sairaalan

kriteereihin ja vaatimuksiin koko tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi. Koko kuntayhtymän alue on sitoutunut tavoitteen toteutumiseen.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen keskussairaalan asemassa Mikkelin keskussairaala on jatkossa erikoislääkäreille houkutteleva erikoistumis- ja erikoislääkärin työpaikka. Lääkärien sijoittuminen alueen päivystysyksiköihin on ainoa todellinen tapa turvata koko hoitohenkilökunnan saatavuus Etelä-Savon palvelutarpeen mukaisesti.

Etelä-Savon alueella on yli 50 000 vapaa-ajan asuntoa, joista yli 30 000 vapaa-ajan asuntoa on nykyisen Uudenmaan maakunnan asukkaiden omistuksessa. Lomakausina alueen kokonaisväestö nousee 300 000:lla henkilöllä kausi- ja vapaa-ajan asukkaiden myötä, mikä muodostaa merkittävän tarpeen alueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen palveluille. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen aseman saamisella, voidaan varmistaa myös kausi- ja vapaa-ajan asukkaiden laadukkaat ja yhdenvertaiset terveydenhuollon palvelut koko Etelä-Savon alueella. Ratkaisu turvaa lomakausina Etelä-Savon maakunnan asukkaiden terveydenhoitopalveluiden saatavuuden. Esitämme, että kausi- ja vapaa-ajan asukkaiden määrä täytyy saada uudeksi olosuhdetekijäksi rahoitusmalliin.

Etelä-Savossa on syytä olla ylpeä Mikkelin ja Savonlinna keskussairaaloista. Käsityksemme mukaan Mikkelin keskussairaalalla on hyvät ja osin erinomaiset edellytykset toimia laajan ympärivuorokautisen päivystyksen keskussairaalana 1.1.2023 alkaen. Etelä-Savon alueen erityispiirteiden vuoksi on olennaista, että kahden sairaalan malli huomioidaan myös rahoituksessa esimerkiksi niin, että se lisätään yhdeksi olosuhdetekijäksi.

On selvää, että vähenevän väestön alueilla sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannustaso ei pysty joustamaan samassa suhteessa kuin väestön määrä alenee. Asukasluvun vaikutusta rahoituksen kokonaisuuteen tulee pienentää, jotta palvelutarpeen kasvuun pystytään Etelä-Savon hyvinvointialueella vastaamaan riittävillä resursseilla. Perushintoja laskettaessa on olemassa olevaa esitystä selkeämmin huomioitava alueelliset erot esimerkiksi Etelä-Savon ja pääkaupunkiseudun välillä mm. väestörakenteessa, väestötiheydessä ja sairastavuudessa.

Hyvinvointialueen itsehallinto

Hyvinvointialueiden itsehallinto toteutuu vain rajallisesti hallituksen lakiesityksen mukaan. Käytännössä itsehallinto toteutuu hyvinvointialueille myönnetyn rahoituksen käytössä ja allokoinnissa.

Hyvinvointialueet eivät voi vapaasti sopia keskinäisestä yhteistyöstä lakiesityksen tarkoittamalla sote-yhteistyöalueella tai kahden hyvinvointialueen välillä. Hyvinvointialueet eivät voi poiketa laissa asetetuista velvoitteista, eikä hyvinvointiyhtymää saa perustaa muiden kuin tukipalvelujen ja lääketieteellisten tukipalveluiden järjestämiseen. Tämä rajaa merkittävästi hyvinvointialueiden mahdollisuuksia toteuttaa hallituksen esityksen periaatteita palvelujen sovittamisesta alueen palvelutarpeeseen.

Etelä-Savon kannalta itsehallinnon ja yhteistyön rajoitukset vaikeuttavat huomattavasti palveluverkon ja palvelutason ylläpitoa. Etelä-Savon alueellisen sijainnin vuoksi, sillä on hyvät

mahdollisuudet toteuttaa palveluitaan yhteistyössä naapurihyvinvointialueiden kanssa. Yhteistyötä ei voida kuitenkaan optimoida, johtuen velvoitteesta järjestää ensisijaisesti kaikki lakisääteiset palvelut itse.

Risto Kortelainen

Kuntayhtymän johtaja, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä
Etelä-Savon sote-uudistuksen johtoryhmän puheenjohtaja

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen ky.
Porrassalmenkatu 35–37, 50100 Mikkeli
Vaihde 015 3511 Faksi 015 351 2505
Y-tunnus 0825508-3
www.essote.fi

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän lausunto maan hallituksen esitysluonnoksesta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja sote-maakuntien perustamista koskevaksi lainsäädännöksi sekä esityksestä Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sote-maakuntajaon erillisratkaisusta

Hallitus 10.09.2020 § 164

Asian valmistelijat:
1. Lausuntokokonaisuus kuntayhtymän johtaja Risto Kortelainen, 050 522 8677 ja muutosjohtaja Sami Sipilä, 044 770 0577
2. Oikeudelliset näkökohdat (lausunnon luku 4.) johtava lakimies Markus Hämäläinen, 040 359 7222
3. Toiminnan ja talouden vaikutusarviointi (lausunnon luku 5.) Eetu Salunen, Vaakataso Oy
4. Rahoitus ja leikkurit (lausunnon luku 6.) Jarmo Korhonen ja Petri Leino, Talent Vectia
5. Sairaaloiden toiminta ja työnjako (lausunnon luku 7.) johtajaylilääkäri Jarmo J Koski, 044 351 2541 ja terveyspalvelujen johtaja Santeri Seppälä, 040 359 6934.

1. Lausunto maan hallituksen sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen uudistuksen lainsäädännön esitysluonnoksesta sekä Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon erillisratkaisusta

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Essote-kuntayhtymä, joka on samalla erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 7 §:n tarkoittama Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, lausuu maan hallituksen sote- ja pelastuslainsäädännön esitysluonnoksesta 15.6.2020 päivätyn sosiaali- ja terveysministeriön, sisäministeriön ja valtiovarainministeriön lausuntopyynnön (VN/8871/2019) mukaan seuraavalla tavalla.

A. Kuntayhtymä lausuu sote-lainsäädännön esitysluonnoksen kokonaisuudesta vastaamalla lausuntopyynnön kohdennettuihin kysymyksiin, antamalla vapaamuotoisia kommentteja ja esittämällä muutosehdotuksia lainkohtiin. **Päätösliite 1.**

B. Kuntayhtymä kiinnittää avoimessa lausunnossaan erityistä huomiota esitysluonnoksen kohtaan ”4.2.6. Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon muuttaminen” sekä luonnoksen liitteeseen 3, jossa on ”Taustamuistio Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien maakuntajaosta”. Kuntayhtymä esittää lausunnossaan vaikutusarvionsa kahdesta sote-maakuntajaon vaihtoehdosta, joita lausunnossa kutsutaan vaihtoehdoksi S1 ja vaihtoehdoksi S2.

Hallituksen esitysluonnoksen mukaan sote-maakuntarakenne määritellään uudistuksen toimeen- ja voimaanpanolaissa (lakiesitys 6., sivu 102-).

Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sote-maakuntajaosta on esitysluonnoksessa tuotu esille kaksi vaihtoehtoa, joista pyydetään lausuntoa Savon maakuntien osalta.

1. Vaihtoehdon S1 mukaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat (Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava) ovat osa Pohjois-Savon sote-maakuntaa.

2. Vaihtoehdon S2 mukaan Itä-Savon edellä mainitut kunnat ovat nykyisen maakuntajaon mukaisesti osa Etelä-Savon sote-maakuntaa.

Mahdollinen maakunnan aluejaon muutos koskisi sote- ja pelastusorganisaatioiden lisäksi maakunnan liittoja, ELY-keskuksia, käräjäoikeuden tuomiopiirejä ja eduskuntavaalien vaalipiirejä.

Sote-maakuntarakennelain esitysluonnoksen mukaisesti sote-maakunta on jatkossa maakunta. Sote-maakuntajako on myös maakuntajako. Sote-maakuntajako ratkaistaan lausuntokierroksen jälkeen hallituksen esityksessä eduskunnalle. Uudistuksessa nykylainsäädännön mukaiset maakunnat lakkaavat ja tilalle perustetaan uudet sote-maakunnat

Kuntayhtymä esittää lausuntonsa perusteluosassa tiivistetysti arviot sote-maakuntajaon muutoksen vaikutuksista nykyisen Etelä-Savon maakunnan toiminnalle ja taloudelle. Kuntayhtymän lausunnon arviot on tehty ensisijaisesti sote-näkökulmasta. Etelä-Savon liiton lausunnossa tuodaan esille vaikutukset Etelä-Savon maakunnan kokonaisnäkökulmasta.

Lausuntoon on lisäksi liitetty oheisliitteitä, joissa on erillisiä vaikutusten arviointeja.

2. Yleisiä huomiota sote-lainsäädäntöuudistuksesta Etelä-Savon sote-maakunnan näkökulmasta

Maan hallituksen hallitusohjelman sote-uudistuksen ytimessä ovat palvelujen yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus, laatu sekä kustannustehokkuus.

Perustuslain 19 § 3 mom. määrittää oikeuden sosiaali- ja terveyspalveluihin. ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.”

Etelä-Savon maakunnassa on kaksi sairaanhoitopiiriä, joiden olemassaolo perustuu nykyiseen lainsäädäntöön. Lisäksi Essote- ja Sosteri-kuntayhtymät jäsenkuntineen ovat onnistuneesti rakentaneet

sote-integraatiota alueillaan sote-palvelujen järjestämiseksi ja tuottamiseksi.

Etelä-Savon maakunnalla on edellisen uudistuksen toimeenpanevan valmistelun tuloksena hyvät valmiudet aloittaa maakunnallisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen. Nykyiset kaksi sairaanhoitopiiriä tulee ottaa huomioon olosuhdetekijänä, kun ratkaistaan alueen sote-palvelujen järjestämistä ja tuottamista sekä tulevaa palvelujen rahoitusta. Etelä-Savo on myös kolmen kaupunkikeskuksen maakunta, mikä tulee ottaa yhtälailla huomioon tarvevakioidussa rahoituksessa.

Mikkelin keskussairaala täyttää suurelta osin jo nykyisin laajan ympärivuorokautisen päivystävän sairaalan ehdot. Tavoitteena on, että Mikkelin keskussairaala saa laajan päivystyksen keskussairaalan aseman. Sen lisäksi, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyskapasiteetti tarjoaa palvelut koko alueen asukkaille, sairaalan tulee kyetä palvelemaan läpi vuoden huomattavaa määrää kausiasukkaita ja valtatie viiden käyttäjiä.

Esitetty toistaiseksi pysyvä siirtymätasaus tekisi rahoituksen epätasa-arvosta maakuntien välillä pysyvän asiantilan. Lisäksi aivan liian pitkä siirtymäaika rajoittaisi vähäistäkin oikeansuuntaista muutosta. Siirtymätasaus on poistettava ja siirtymäaika lyhennettävä, koska nämä kaksi asiaa esitetyllä tavalla toteutuessaan vesittävät uudistuksen tavoitteen yhdenvertaisista palveluista kansalaisille.

Lainsäädännöllä ja rahoituksella varmistetaan kehittyvä ja tarkoituksenmukainen yhteistyörakenne sote-maakunnan ja alueen kuntien, valtion aluehallinnon, järjestöjen ja yritysten välille elinvoiman, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi maakunnan strategioiden suuntaisesti. Tällä on suuri vaikutus Etelä-Savon alueen tulevaan aluekehitykseen, palvelutarpeisiin ja kustannusten kasvun hallintaan.

Enonkosken, Rantasalmen, Savonlinnan ja Sulkavan kuuluminen myös jatkossa Etelä-Savon sote-maakuntaan turvaa Etelä-Savon edellytyksiä toimia itsellisenä maakuntana. Vahvat maakunnat Etelä-Savo, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi ja Pohjois-Savo mahdollistavat hyvän ja tasapuolisen toiminnan kehittämisen koko yhteistoiminta-alueella. Erityistä huomiota on kiinnitettävä myös yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveysalan koulutuspaikkojen turvaamiseen sekä korkeatasoisen tutkimuksen ja innovaatiotoiminnan edistämiseen.

Edellä mainittujen asioiden saavuttamiseksi tarvitaan toimiva maakunnallinen päätöksenteko ja itsehallinto, jonka edellytykset luodaan osana sote-maakuntien lainsäädäntöä.

3. Essote-kuntayhtymän vastaus 7.11.2019 maan hallituksen sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen uudistuksen valmistelusta Etelä-Savon maakunnassa

Kiuru pyysi vierailullaan 27.–28.8.2019 vastaukset maakunnan kahdelta sote-kuntayhtymältä/sairaanhoitopiiriltä ja niiden jäsenkunnilta alueellisesta suuntautumisesta maan hallituksen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen valmistelussa syksyn 2019 aikana.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän yhdeksän jäsenkuntaa pitivät 31.10.2019 kuntakokouksen, jossa oli esillä maan hallituksen sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen uudistuksen valmistelu Etelä-Savon maakunnassa.

Kuntayhtymän hallitus antoi 7.11.2019/234 asiassa vastauksen, joka noudattaa sisällöltään kuntakokouksen julkilausumaa asiassa.

Oheismateriaali 1.

Kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien asettamat ensisijaiset tavoitteet uudistuksen valmistelussa Etelä-Savon maakunnassa ovat:

1. Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen uudistuksen valmistelu tehdään voimassa olevan maakuntajaon mukaisesti Etelä-Savon maakunnan koko alueen kattavana kokonaisuutena niin, että mukana ovat Etelä-Savon ja Itä-Savon sote-kuntayhtymät/sairaanhoitopiirit sekä sote-peruspalvelunsa itse järjestävät kunnat.

    - Sipilän hallituksen aikana tehdyssä toimeenpanevassa maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelussa saavutettiin valmius aloittaa koko maakunnan kattavan itsehallinnollisen sote-/pelastusorganisaation toiminta näiden palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa.

    - Sote-maakuntajako ja hallinnollinen maakuntajako ovat yhteneväiset eikä niitä voida tarkastella erillään. Keskeisten alueellisten hallintojakojen muutokset vaativat kokonaistarkastelua ja niistä päättäminen tehdään lainsäädännön mukaisesti ja niiden edellyttämillä päätöksentekotasoilla.

    - Maakunnan kahden sairaanhoitopiirin sekä Mikkelin keskussairaalan ja Savonlinnan keskussairaalan pohjalle perustetut sote-kuntayhtymät tarjoavat toiminnallaan vahvan perusteen sille, että Etelä-Savon maakunta on yksi hallitusohjelmassa tarkoitetusta 18 maakunnasta. Maakunta järjestää alueellaan itsehallinnollisesti sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelunsa. Maan hallituksen tavoite ja kehittämisrahoitus tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten kehittämiseksi tukee sote-integraation kehitystä maakunnassa.

2. Sote-uudistuksen valmistelu Etelä-Savon maakunnassa vahvistaa osaltaan KYS-erityisvastuualueen eheyttä erityispalveluissa. Maan

itäisen osan kehityksen kannalta on erittäin tärkeää, että KYS-erityisvastuualue on yksi viidestä erityisvastuualueesta hallitusohjelman mukaisesti ja sen eheys varmistetaan.

- Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon maakuntien yhteistoiminta-alueella voidaan asteittain siirtyä aiempaa vahvempaan yhteiseen toimintaan erityispalveluissa, joista laajin on erikoissairaanhoito. Vaalijalan kuntayhtymän palvelut liittyvät myös osaksi KYS-erityisvastuualueen erityispalvelujen valmistelua niin, että valmisteluvastuu on Etelä-Savon maakunnalla.

- KYS-erityisvastuualueen/yhteistoiminta-alueen erityispalvelujen kokonaistarkastelu ja kehittäminen on syytä aloittaa ensitilassa.

- Erityisvastuualueen eheydellä on suuri merkitys Itä-Suomen yliopiston lääketieteellisesti ja terveystieteellisesti painottuneen koulutuksen ja tutkimuksen kehitykselle, samoin kuin alueen ammattikorkeakouluille ja ammatilliselle koulutukselle.

- Vastaavasti ratkaisut, jotka heikentävät Etelä-Savon maakunnan eheyttä ja edellytyksiä toimia itsehallinnollisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjänä, voivat johtaa maakunnan alueen jakaantumiseen niin, että alueiden siirtymistä erityisvastuualueelta toiselle voi myös tapahtua. Muutokset heikentävät KYS-eri- tyisvastuualueen eheyttä ja toimintaedellytyksiä.

Kuntayhtymän 7.11.2019/234 lausunnossa listattiin tiivistetysti kaksi kymmentä perustetta valmistelun tekemiseksi nykyisen maakuntajaon pohjalta Etelä-Savon maakunnassa.

Oheismateriaali 2: Etelä-Savon maakunnan mahdollisuudet ja suunnat sotessa, Talent Vectia 5.11.2019, erityisesti diat 23–28.

4. Oikeudellinen näkökulma: Hallituksen esitysluonnoksen sote-maakuntajakoa ja näin muita aluejakoja koskevat ehdotukset erityisesti perustuslain ja itsehallintoalueiden rakennejärjestelyjen sääntelyn kannalta

- Onko hallituksen esitysluonnoksessa Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon punninnassa kiinnitetty tarpeellisin tavoin riittävää huomiota perusoikeuksien toteutumiseen (PL 19 §) suhteessa muihin näkökohtiin nimenomaisesti lakiuudistuksen esitettyjen tavoitteiden valossa.
- Voidaanko lainvalmistelumateriaaliin sisältyvän selvityksen perusteella arvioida riittävällä tavalla, täyttyykö perustuslain vaatimus siitä, että sote-maakunnilla olisi edellytykset

huolehtia riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista (PL 19 §) yhdenvertaisesti (PL 6 §).
- Tulisiko maakuntia koskeva aluejako toteuttaa lainsäätämisvaiheessa vähintään vastaavan tasoisen selvityksen perusteella kuin maakuntien rakennejärjestelyjen on säännösehdotuksessa ehdotettu tapahtuvan lainsäädännön voimaantultua.

Hallituksen esitysluonnoksen lakiuudistuksen keskeisenä tavoitteena on ollut vahvistaa sote-maakuntien järjestämisvastuuta ja velvollisuutta turvata sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut kaikissa tilanteissa. Lisäksi tavoitteena on siirtää painopistettä peruspalveluihin edellä tässä lausunnossa todetuin tavoin. Edelleen esitysluonnoksessa todetaan, että uudistuksen tavoitteena on muodostaa nykyistä kantokykyisempien toimijoiden yhtenäinen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelurakenne, jolloin palvelut koottaisiin yhden päätöksenteon, johtamisen ja budjetoinnin alle.

Hallitusohjelman mukaan maakuntia on 18 ja kokonaisuuteen sisältyy Uudenmaan erillisratkaisu. Hallitusohjelmaan ei lausunnonantajan näkemyksen mukaan ole sisältynyt maakuntarakenteen muutoksia, eikä myöskään Etelä-Savon maakuntaa koskevaa muutosta ja sen osan, Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien siirtämistä Pohjois-Savoon.

Hallituksen esitysluonnoksen perustuslainmukaisuuden arviointia koskevassa osassa sivulla 872 (kohta 12.3) todetaan seuraavaa:

> Esityksessä ehdotetut sote-maakunnat vastaavat Uudenmaan erillisratkaisun perusteella perustettavia sote-maakuntia sekä Etelä- ja Pohjois-Savon sote-maakuntia lukuun ottamatta viime vaalikaudelle ehdotettuja maakuntia. Aluejako perustuu edellä mainittuja poikkeuksia lukuun ottamatta lähtökohtaisesti pitkäaikaisen tradition mukaiseen maakuntajakoon, jolloin tarkoituksenmukaisen toiminnallisen alueellisen kokonaisuuden vaatimuksen voidaan katsoa täyttyvän. Pääosin nykyiseen maakuntajakoon perustuvan aluejaon perusteella sote-maakunnat voivat hyödyntää olemassa olevia kunnallisia yhteistyön rakenteita ja perinteitä sekä yhteistyösuhteita kokonaan uusia aluejakoja helpommin.

Esitysluonnoksessa todetaan sivulla 872 edelleen, että

> esityksessä on otettu huomioon perustuslain julkisen hallinnon järjestämistä, aluejakoa ja oikeusturvaa (PL 21 §) koskevat säännökset sekä myös voimassa olevaan lainsäädäntöön sisältyvä aluejakosääntely. Ehdotetun sääntelyratkaisun ei voida katsoa olevan ristiriidassa näiden säännösten tai niitä koskevan vakiintuneen tulkintakäytännön kanssa taikka poikkeavan

voimassa olevaan lainsäädäntöön sisältyvistä sääntelyratkaisuista.

Lausunnonantaja kiinnittää huomiota siihen, että esitetty maakuntajaon muutos Etelä- ja Pohjois-Savon osalta johtaisi yllä viitatun pitkäaikaisen tradition mukaisen maakuntajaon muutokseen. Muutosratkaisu ei mahdollistaisi nykyisten olemassa olevien kunnallisten yhteistyörakenteiden ja perinteiden sekä yhteistyösuhteiden hyödyntämistä nykyisen kaltaisena.

Hallituksen esitysluonnoksessa ei käytännössä perustella lainkaan, miten Etelä-Savon maakunta esitetyn kaltaisena muodostaisi tarkoituksenmukaisen toiminnallisen kokonaisuuden, kun otetaan huomioon perustuslain ja sote-maakuntarakennelakiehdotuksen 1 §:n 1 momentin edellytykset. Tästä syystä tulee arvioida tarkemmin näiden esitettyjen seikkojen vaikutusta osana aluejaon toiminnallisuuden ja taloudellisuuden arviointia siten kuin tästä tässä lausunnossa myöhemmin esitetään.

Esitysluonnoksessa on sivulla 872 Etelä- ja Pohjois-Savon aluejakoa perusteltu vaihtoehdon S1 osalta sillä, että maakuntajaon muutos olisi perusteltu sosiaali- ja terveydenhuollon vahvemman järjestämiskyvyn näkökulmasta. Lausunnonantaja toteaa, että esitysluonnoksessa esitetyn vaihtoehdon S1 tulisi oletettavasti siten vahventaa Etelä-Savon sote-maakunnan ja Pohjois-Savon sote-maakunnan järjestämiskykyä perusoikeuksien näkökulmasta. Näin ei kuitenkaan osoiteta tapahtuvan sen paremmin hallituksen esitysluonnoksen, sen liitemateriaalin kuin myöskään lausunnonantajan tässä lausumassaan esittämän vaikutuksenarvioinnin perusteella.

Esitysluonnoksen sivulla 873 on otsikon ”Aluejaon yhteys perusoikeuksien toteutumiseen” alla kuvailtu lainsäätäjän harkintavallan perusteita ja sen mukaan:

> Perustuslain 22 §:n julkisen vallan velvoite turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen rajoittaa aluejaossa lainsäätäjän harkintavaltaa. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän sekä näiden palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta perustuslakinäkökohdat liittyvät erityisesti siihen, onko tulevilla sote-maakunnilla edellytykset huolehtia riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista (PL 19 §) yhdenvertaisesti (PL 6 §). Punnittaessa aluejakoon liittyviä kysymyksiä lainsäätäjän on arvioitava perusoikeuksien toteutumisen edellytykset ja antaa perusoikeuksien toteutumiselle kokonaisuutena riittävä painoarvo suhteessa muihin näkökohtiin. Aluejakoratkaisujen on osaltaan turvattava riittävästi oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin yhdenvertaisella tavalla.

Edellä tässä lausunnossa kuvatuin tavoin vaihtoehto S1 aiheuttaisi sen, että Etelä-Savon sote-maakunnasta muodostuisi noin 90.000 asukkaan pieni sote-maakunta, jossa palvelutarve olisi erittäin suurta ja väestö sekä vanheneva että pienenevä, jolloin Etelä-Savon taloudellinen kantokyky sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen järjestäjänä olisi jo lähtötilanteessa heikko.

Kun hallituksen esitysluonnoksessa kuitenkin useassa kohdassa korostetaan perustuslain 19 §:stä ja 6 §:stä sekä 22 §:stä ilmenevää julkisen vallan velvollisuutta turvata riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen palvelut, ei esitysluonnoksessa valittu vaihtoehto S1 noudata hallituksen esitysluonnoksen perusteluja erityisesti perustuslain, eikä myöskään jäljempänä tarkemmin mainitun, sote-maakuntarakennelain 1 §:n 1 momentin kannalta.

Päinvastoin, viitatussa hallituksen esitysluonnoksen liitteessä 3 (”Taustamuistio”) todetaan Etelä-Savon sote-maakunnan järjestämiskyvyn olevan vaihtoehto S1 tapauksessa valmiiksi heikko, kun se vaihtoehdossa S2 ei heikentyisi. Lisäksi tässä lausunnossa on osoitettu, että aluejako vaihtoehdon S1 mukaisena ei toteuttaisi myöskään peruspalvelujen vahvistamistavoitetta Etelä-Savon sote-maakunnassa.

Lausunnonantajan näkemyksen mukaan kunta tai sote-maakunta ei voi olla perusoikeussääntelyn subjekti, vaan objekti, joka on perusoikeussääntelyn velvoitteiden kohde. Perusoikeusvaikutuksia tuleekin arvioida nimenomaan perusoikeussääntelyn subjektien, alueen asukkaiden kannalta. Perustuslakivaliokunta on perusoikeuksia koskevassa tulkintakäytännössään -Kainuun hallintokokeilua koskevassa lainsäätämisjärjestystä koskevassa arvioissaan- todennut, että erilaista kohtelua voitiin pitää perustuslain kannalta hyväksyttävänä, kun sillä pyrittiin julkiseen valtaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa ja 16 §:n 2 momentissa kohdistettujen velvoitteiden mukaisesti turvaamaan maakunnan asukkaiden oikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä kehittää itseään ja saada yhtäläisesti myös muuta kuin perusopetusta (perustuslakiasiantuntijoiden lausunnot Uudenmaan erillisratkaisusta: julkisoikeuden professori Juha Lavapuron 7.10.2019 päivätty asiantuntijalausunto s. 6).

Edelleen lausunnonantaja viittaa Lavapuron asiantuntijalausunnon sivulta 21 ilmenevään perustuslakivaliokunnan tulkintakäytäntöön (PeVL 63/2017 vp,) asiassa, joka koski laajan ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin asukkaille. Lavapuron mukaan perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että kielellisten oikeuksien arvioinnin ja punninnan lisäksi ehdotuksella oli myös sosiaalisten perusoikeuksien turvaamiseen liittyviä tavoitteita. Perustuslakivaliokunta korosti, että tällaisessa harkintatilanteessa, joka liittyy perimmiltään perustuslaissa turvattuihin välttämättömään

huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, on pyrittävä ratkaisuun, joka samanaikaisesti toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla myös muita [kuin kielellisiä] perusoikeuksia. Lavapuro on asiantuntijalausunnossaan viitannut po. valiokunnan ottamaan tulkintaan toteamalla osuvasti, että

> Perustuslakivaliokunnan yllä omaksumaa kantaa yhtäältä aluejaotuksen hyväksyttävyydestä ja toisaalta kielellisten oikeuksien turvaamisesta voidaan lukea ilmaisuna eräänlaisesta valtiosääntöoikeudellisesta optimointikäskystä. Hallinnollisista jaotuksista säädettäessä on pyrittävä valitsemaan sellainen vaihtoehto, joka turvaa parhaiten kaikki tapauksessa relevantit perusoikeudet.

Sen lisäksi, että lakiuudistuksessa tulisi valita aluejaotuksessa parhaiten perusoikeuksia ja lakiuudistuksen tavoitteita toteuttava vaihtoehto S2, lausunnonantaja kiinnittää huomiota hallituksen esitysluonnoksen perustelujen puutteellisuuteen ja tässä tarkoituksessa viittaa Lavapuron asiantuntijalausunnon sivulla 12 ilmenevään kappaleeseen:

> Toisaalta selvää myös on, että erilaiset ratkaisut eivät saa vaarantaa perusoikeuksien toteutumista. Yhdenvertaisuusvaatimuksesta myös seuraa, että mitä enemmän sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen tavassa on alueellisia eroja, sitä selvemmin valmisteluvaiheessa on pyrittävä selvittämään erilaisten ratkaisujen perusoikeusvaikutuksia.

Lausunnonantaja viittaa myös OTT, valtiosääntöoikeuden professori Tuomas Ojasen 5.10.2019 päivättyyn asiantuntijalausuntoon sivulla 3 lausuttuun siitä, että lainsäätäjän velvollisuutena on osoittaa hallituksen esityksessä sekä mahdollisessa lisäselvityksessä, että esitysluonnoksessa oleva sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen vaihtoehto turvaa perusoikeuksien toteutumisen. Tässä yhteydessä lausunnonantaja viittaa edelleen Ojasen asiantuntijalausuntoon (s. 7), jossa hän mainitsee alaviitteessä 4, että mahdollisuus huomioida paikallisia ja alueellisia erityisolosuhteita yhdenvertaisuussääntelyn estämättä voidaan ulottaa myös sosiaali- ja terveyspalveluihin, etenkin jos esimerkiksi vaikutuksenarviointien tai sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden arvioiden perusteella tällaisten olosuhteiden huomioiminen on tarpeellista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja yleisemmin perustuslain 19 §:n 3 momentin, 6 §:n ja 22 §:n normikokonaisuuden turvaamisen kannalta. Ojanen siis korostaa perusoikeusvaikutusten selvittämistä tai asiantuntija-analyysien laatimista arvioitaessa lakiuudistusten toteuttamista erityisesti niiden paikallisten ja alueellisten vaikutusten osalta.

<u>Lausunnonantajan näkemyksen mukaan tulisi erityisesti ottaa huomioon perustuslain 19 §:n vaikutus siltä osin, että</u>

lainvalmisteluaineistoon liitettäisiin aluejakomuutoksien osalta vähintään sote-maakuntarakennelain 1 §:n 1 momentin ja puheena olevan lain muiden sote-maakunnan muuttamisella asetettujen edellytysten ja siihen liittyvän menettelyn mukainen vaikutustenarviointia vastaava ja riittävä selvitys. Kuten kuntarakennetta koskevassa lainsäädännössä, muutosten tulisi perustua selvitykseen, jossa on yksityiskohtaisesti selvitetty hallinnon ja palveluiden järjestämismahdollisuuksia, asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia sekä kielellisiä oikeuksia. Kysymys on tällöin riittävästä punninnasta perusoikeuksien (PL19 §) suhteesta muihin näkökohtiin.

Nyt vaikuttaa siltä, että muut näkökohdat ovat hallituksen esitysluonnoksessa ja sen taustamuistiossa (liite 3.) saaneet perusteettoman suuren merkityksen. Esimerkiksi edellä viitatussa taustamuistiossa viitataan hyvin suppeasti vaihtoehdon S1 yliopistosairaalan ja Savonlinnan sairaalan väliseen toiminnalliseen yhteistyöhön mahdollisuuteen ilman, että vastaavaa analyysiä olisi tehty vaihtoehdon S2 osalta ja sisällytetty tarkasteluun myös Mikkelin keskussairaala.

Kuitenkin, kuten edellä on lausuttu, vastaavanlaisia toiminnallisia yhteensovittamisen mahdollisuuksia on myös vaihtoehdossa S2. Ilman riittävää punnintaa ja selvitystä lainsäätämisellä tapahtuva sote-maakuntajako toteutettaisiin käytännössä suppeimmilla tiedoilla kuin siitä on säädetty tapahtuvaksi sote-uudistuslainsäädännön voimaantulon jälkeen toteutettavissa muutoksissa.

Toisin sanoen olisi jossain määrin erikoista, että lainsäätämisvaiheessa muutosedellytysten arviointi tapahtuisi kevyemmin perustein kuin sote-maakuntarakennelain voimaan tullessa. Lakiesitys ei tässä muodossaan lausunnonantajan näkemyksen mukaan liitemateriaaleineen anna Etelä- ja Pohjois-Savon aluejakoehdotuksessa vastausta siihen, miten perusoikeuksien toteutumista on punnittu vaihtoehdossa S2, jossa edellä mainitut Itä-Savon kunnat ovat osa Etelä-Savon sote-maakuntaa.

Perustuslain 121 §:n 4 momentissa säädetään nyt kyseessä olevan hallituksen esitysluonnoksen mukaisesti kuntia suuremmista itsehallintoalueista. Hallituksen esitysluonnoksessa on arvioitu edellä mainittuja tarkoittavien sote-maakuntien itsehallinnollista asemaa ja kansanvaltaisuutta perustuslain vaatimusten kannalta.

Lausunnonantajan näkemyksen mukaan perustuslain vaatimuksia paremmin vastaavana ja nimenomaisesti kansanvaltaisuuden huomioivana voidaan pitää jäljempänä tarkemmin mainitun sote-maakuntarakennelain lainsäädäntötekniikkaa, jossa alueen asukkaiden valitsemat valtuustot lausuvat maakuntaa koskevista muutoksista ja niitä koskevista edellytyksistä ja muutoksen edellytykset harkitaan selvitysmiehen johdolla huolellisesti.

Hallituksen esitysluonnoksessa on korostettu kansanvaltaisuutta muutoinkin sote-maakunnan jäsenten osallistumismahdollisuuksia korostamalla. Sote-maakuntalain 1 §:n 1 momentissa säädettäisiin siitä, että lain tarkoituksena on luoda edellytykset itsehallinnolle kuntia suuremmalla hallinto-alueella (sote-maakunta) sekä asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien toteuttamisella sote-maakunnan toiminnassa.

Lausunnonantajan käsityksen mukaan lakiuudistuksessa tulee lähteä siitä, että nykyisin Etelä-Savon maakuntaan kuuluvat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava kuuluisivat lakiesityksessä Etelä-Savon maakuntaan ja, mikäli lakien voimaan tulon jälkeen sote-maakuntarakennelain tarkoittamat tarpeet ja edellytykset sote-maakuntajaon muutoksella täyttyisivät, noudatettaisiin tuolloin voimassa olevia säännöksiä sote-maakunnan muuttamisesta.

Hallituksen esitysluonnoksessa sote-lainsäädäntöuudistukseksi on hallituksen esitysluonnos sote-maakuntarakennelaiksi.

Sote-maakuntarakennelakiesityksen mukaan sote-maakunnan alueena on maakunta. Sote-maakunnan on muodostuttava yhtenäisestä alueesta, joka muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden (1 § 1 momentti).

Esitysluonnoksessa (sote-maakuntarakennelaki) on nykyisin voimassa olevan kuntarakennelain tapaan määritelty sote-maakunnan muuttamisen edellytykset (5 §), vireillepano (6 §) ja muuttamista koskevan esityksen sisältö (7 §) sekä valtioneuvoston päätöksenteon edellytykset sote-maakuntajaon muuttamiseksi (10 §). Lisäksi esityksessä on lainkohdat sote-maakunnan muuttamista koskevan selvityksen määräämisestä ja selvityksen toimittamisesta.

Kuntarakennelain tapaan lakiesityksessä mm. määritellään, että erityisen selvityksen perusteella selvittäjän on liitettävä muutoksen kohteena olevien sote-maakuntien valtuustojen ja kuntien lausunnot muutosehdotukseen. Valtiovarainministeriön on kuultava sote-maakunnan muuttamista koskevaa päätöstä valmistellessaan muutoksen kohteena olevia sote-maakuntia ja kuntia sekä selvitettävä, miten muutos vaikuttaa valtion viranomaisen toimialuejakoon ja EU:n toiminnassa noudatettaviin aluejakoihin.

Sen lisäksi, että sote-maakunnan alueena on maakunta ja sote-maakunnan on muodostuttava yhtenäisestä alueesta, joka muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden, lakiesityksen mukaan sote-maakuntaa voidaan muuttaa, mikäli muutos parantaa 1) sote-maakunnan toiminnallisia ja taloudellisia edellytyksiä vastata palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta tai muuten edistää sote-maakunnan toimintakykyä tai 2) sote-maakunnan asukkaisen palveluja ja elinolosuhteita.

Valtioneuvosto voi tehdä päätöksen sote-maakuntajaon muutoksesta, mikäli edellä esitetyt edellytykset täyttyvät. Lisäksi edellytetään, että yhdistyminen perustuu yhdistyvien sote-maakuntien yhteiseen esitykseen tai selvittäjän ehdotukseen, joka on hyväksytty yhdistyvien sote-maakuntien valtuustoissa. Arviointimenettelyssä olleen sote-maakunnan yhdistymisestä valtioneuvosto voi päättää selvittäjän esityksestä valtuustojen vastuksesta huolimatta.

Yhteenvetona lausunnonantaja toteaa, että hallituksen esitysluonnos tai sen liitemateriaalit eivät anna oikeaa ja riittävää kuvaa vaihtoehto S1 toteuttamisen vaikutuksista erityisesti perusoikeuksien kannalta verrattuna vaihtoehto S2:een.

Liitemateriaaleista kuitenkin ilmenee, että vaihtoehto S1 aiheuttaisi sen, että Etelä-Savon sote-maakunnan järjestämiskyky olisi jo alkujaan heikko ja siten se olisi lakiuudistuksen tavoitteiden vastainen vaihtoehto. Vaihtoehto S2 sen sijaan täyttäisi lakiehdotuksen tavoitteena olevan järjestämisvastuun vahvistamisen sekä alueellisen, taloudellisen ja toiminnallisen kokonaisuuden periaatteen myös esitysluonnoksen ja sen liitemateriaalin perusteella.

Lausunnonantajan tässä esittämät perusteet osoittavat myös vaihtoehdon S2 täyttävän lakiuudistuksen tavoitteet selvästi paremmin kuin vaihtoehto S1. Lainsäädännön toteuttaminen siten, että Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava ovat osa Etelä-Savon maakuntaa, säilyttäisi kaikkien sote-maakuntien kyvyn toteuttaa ”leveämpiä harteita” tavalla, joka sallisi myös muutostilanteissa itsehallinnon periaatteiden ja kansanvaltaisuuden vaatimusten noudattamisen nykyistä sääntelyä vastaavasti.

Vaihtoehto S2 vastaisi myös pääministeri Marinin hallitusohjelman sisältöä. Käytännössä tulevaisuudessa esiin tulevien tarpeiden niin vaatiessa sote-maakuntaa voitaisiin muuttaa sote-maakuntarakennelain ehdotettujen säännösten mukaisesti. Olisi jossain määrin erikoista, että lainsäätämisvaiheessa muutosedellytysten arviointi tapahtuisi kevyemmin perustein kuin sote-maakuntarakennelain voimaan tullessa.

Lausunnonantaja katsoo, että hallituksen esitysluonnosta tulee muuttaa siten, että perustettavan Etelä-Savon sote-maakunnan aluejako vastaa vaihtoehtoa S2 ja poistaa vaihtoehto S1 hallituksen esityksestä.

5. Etelä-Savon sote-maakuntajaon kahden vaihtoehdon, S1 ja S2, toiminnallisten ja taloudellisten vaikutusten arviointi

5.1 Vaikutusten arvioinnin kokonaisuudet ja -kohteet

Vaikutusten arvioinnissa keskitytään seuraaviin arviointikohteisiin ja -kokonaisuuksiin:

Arvioinnin kohde 1

Vaihtoehdossa S1 arvioidaan vaikutukset Etelä-Savon sote-maakuntaan jäävän osan rahoituspohjaan, sopeutustarpeeseen, palvelujen järjestämiseen ja palvelujen tuotantoon sekä näiden yhteisvaikutusta henkilöstön määrään, jos nykyisen Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat ovat osa Pohjois-Savon maakuntaa.

Jäävään osaan kuuluvat Mikkelin ja Pieksämäen kaupungit sekä Hirvensalmen, Juvan, Kangasniemen, Mäntyharjun, Pertunmaan ja Puumalan kunnat. Joroinen siirtyy 2021 alusta osaksi Pohjois-Savon maakuntaa. Essote-kuntayhtymä järjestää nykyisin seitsemän edellä mainitun kunnan kaikki sote-peruspalvelut sekä Pieksämäen ja Joroisten erikoissairaanhoidon. Pieksämäki järjestää omat sote-peruspalvelunsa ja Varkauden kaupunki Joroisten peruspalvelut.

Etelä-Savon maakunnassa on pelastuslaitos, joka järjestää pelastuspalvelut koko nykyisen Etelä-Savon maakunnan alueella. Vaihtoehdossa S1 pelastuspalvelut siirtyisivät Itä-Savon osalta Pohjois-Savon maakunnan järjestettäviksi.

Arvioinnin kohde 2

Vaihtoehdossa S2 arvioidaan vaikutukset Etelä-Savon sote-maakunnan rahoituspohjaan, sopeutustarpeeseen, palvelujen järjestämiseen ja palvelujen tuotantoon sekä näiden yhteisvaikutusta henkilöstön määrään, jos nykyisen Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat pysyvät nykyisen maakuntajaon mukaisesti Etelä-Savon maakunnassa.

Nykyisen Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ovat Savonlinnan kaupunki, Enonkosken, Rantasalmen ja Sulkavan kunnat. Heinäveden kunta siirtyy vuoden 2021 alusta osaksi Pohjois-Karjalan maakuntaa. Rantasalmen ja Sulkavan kunnat ovat kokonaisulkoistaneet sote-peruspalvelunsa.

Arvioinnin kohde 3

Vaihtoehdosta S1 arvioidaan lisäksi vaikutukset nykyisen Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntien alueen rahoituspohjaan, sopeutustarpeeseen, palvelujen järjestämiseen ja palvelujen tuotantoon sekä näiden yhteisvaikutusta henkilöstön määrään, jos nykyiset Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat ovat osa Pohjois-Savon sote-maakuntaa.

Pohjois-Savon sote-maakuntaan kohdistuvien vaikutusten arviointi ei kuulu lausunnon ytimeen, mutta niitä sivutaan S1 osalta silloin kun se on välttämätöntä vaikutusten arvioinnin kannalta.

Vaikutusarvioinnin tarkoituksena on antaa tiivistetysti perusteltu näkemys, kumpi luonnoksessa esitetty sote-maakuntajaon vaihtoehto

toteuttaa paremmin sote-uudistuksen ydintavoitteita ja vaikuttaa alueisiin sote-näkökulmasta.

Etelä-Savon liitto esittää omassa lausunnossaan vaikutusten arvion Etelä-Savon maakunnan aluekehitykseen, aluejakokokonaisuuteen ja alueen toimintaan jatkossa, mikäli Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ovat osa Pohjois-Savon sote-maakuntaa ja näin Pohjois-Savon maakuntaa kaikkien aluejakojen osalta.

5.2 Arvio vaihtoehdosta S1: Etelä-Savon sote-maakunta, josta Joroinen vuoden 2021 alusta ja myöhemmin Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat siirtyvät osaksi Pohjois-Savon sote-maakuntaa

Rahoituspohja

Yleiskatteellinen rahoituspohja paranee hieman siirtymäajan jälkeen. Etelä-Savo järjestää ja tuottaa sote-palvelut tällä hetkellä laskennallisen rahoituspohjan mukaisesti eikä lyhyen aikavälin uudistuksen aiheuttamaa sopeutustarvetta ole. Siirtymätasaus pienentää Etelä-Savon rahoituspohjaa vuosina 2023–2025. Sote-menojen luonnollinen kasvu ja ennustettu asukasluvun lasku tuovat maltillisesti sopeutustarvetta vuoteen 2030 mennessä.

Yhdistymisen vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuotantoon

Vaihtoehdossa S1 Essote-kuntayhtymän ja Pieksämäen sote-peruspalvelut yhdistyvät. Lisäksi alueella toimii erityispalvelujen 33 jäsenkunnan Vaalijalan kuntayhtymä, jonka sijaintipaikka on Pieksämäellä.

Sote-järjestämisfunktio ei vahvistu, koska väestöpohja pienenee Joroisten siirtyessä Pohjois-Savon maakuntaan vuoden 2021 alusta ja asukasluvun ennustetun laskun seurauksena. Yhdistymishyödyt jäävät sote-maakunnassa pieniksi ja koituvat ensisijaisesti Pieksämäen sote-peruspalvelujen yhdistymisestä palvelutuotantoon. Sote-maakunnan väestöpohja on riittävä peruspalveluiden laadukkaaseen ja tehokkaaseen tuotantoon.

Vaihtoehdossa Mikkelin keskussairaala kärsii jatkossa lisääntyvästi väestöpohjan pienentymisestä (2030 väestöennuste 86.450 asukasta). Tämä nostaa erikoissairaanhoidon palveluiden tuotantokustannuksia, lisää palvelutuotannon haavoittuvuutta ja haittaa sote-peruspalvelujen vahvistamista.

Etelä-Savon pelastuslaitos, joka toimii nykyään myös Itä-Savon alueella, kärsii vastuuväestön pienenemisen mukanaan tuomista tuotannollisista haitoista erityisesti hallinnossa ja tukipalveluissa, päällystön erityisvastuissa ja miehistön käytössä äkillisissä poissaolotapauksissa.

Lyhyellä aikavälillä sote-maakunta voi keskittyä laajan organisaatiofuusion häiritsemättä peruspalveluiden vahvistamiseen ja sote-palveluiden integraation edelleen kehittämiseen. Pidemmällä aikavälillä Mikkelin keskussairaalan pienenevä väestöpohja nostaa erikoissairaanhoidon osuutta kustannuksista. Tämä haittaa ratkaisevasti peruspalvelujen vahvistamista ja sote-palveluiden integraatiota.

Sote-maakuntajaon muutos ja sote-maakunnan supistuminen kolmanneksella kaventaa maakunnan keinovalikoimaa solmia kumppanuuksia ja muutoin tehostaa toimintaansa verrattuna nykyiseen maakuntajakoon (mm. sote-maakuntalain esitysluonnoksen 58 §:ssä rajaus sote-maakuntayhtymän käyttöalasta tukipalveluihin).

Vaikutukset henkilötyövuosiin

Uudistus ei tuo lyhyellä aikavälillä henkilötyövuosien vähennystarvetta. Palvelutarpeen kasvu ja väestörakenteen muutos pitävät yllä henkilöstön määrän sopeuttamistarvetta ja erityisesti henkilöstön osaamisalueiden muutostarvetta. Erikoissairaanhoidon volyymin supistuminen vaikuttaa kuitenkin Mikkelin keskussairaalan erikoisalojen profiileihin ja terveydenhuollon korkeakoulutettujen rekrytointiin heikentävästi.

Johtopäätökset

Sote-maakunnan asema näyttää lyhyellä tähtäimellä riittävän vahvalta. Toiminta on valmiiksi sopeutettu laskennalliseen rahoituspohjaan ja sote-integraatio on tehty. Sote-uudistuksesta johtuvaa henkilöstön vähennystarvetta ei ole. Volyyminen pieneminen kuitenkin supistaa erikoissairaanhoidon erikoisalaprofiilia ja vaikeuttaa alan korkeakoulutettujen rekrytointia. Valmiudet maakunnalliseen ajatteluun ja päätöksentekoon ovat hyvät. Järjestämisfunktio ei kuitenkaan vahvistu ja yhdistymishyödyt jäävät pieniksi, ”leveämpiä hartioita” ei saavuteta.

Pidemmällä aikavälillä sosiaali- ja terveyspalvelujen yleinen kustannusten nousu yhdessä pienenevän väestöpohjan sekä asiakas- ja potilasvolyymin kanssa vaikeuttaa selvästi erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Pahimmillaan tämä lukitsee kasvavan osan maakunnan rahoituksesta erikoissairaanhoidon, Mikkelin keskussairaalan, ylläpitämiseen sekä muodostaa esteen sote-peruspalveluiden vahvistamiselle ja sote-palvelujen integraation jatkokehittämiselle varsinkin, kun samalla ikääntyneen väestönosan palvelutarpeet edelleen kasvavat.

Lisäksi esitysluonnoksessa on lainkohtia, jotka vähentävät sote-maakunnan keinoja sopeuttaa toimintaansa ja solmia rakenteellisia kumppanuuksia yli maakuntarajojen verrattuna nykytilanteeseen. Esimerkiksi sote-maakuntalain 58 §:ssa sote-maakuntien yhteisen

sote-maakuntayhtymän tehtävät rajataan sote-maakuntien toimialaan kuuluvien tukipalvelujen tuottamiseen, vaikka erikoissairaanhoidon joillakin erikoisaloilla sote-maakuntayhtymien tai vähäriskisten yhtiöiden perustaminen on perustelua ja sote-maakuntien yhteistoimintaa vahvistavaa.

5.3 Arvio vaihtoehdosta S2: Etelä-Savon sote-maakunta, johon kuuluvat nykyiset Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien jäsenkunnat lukuun ottamatta Joroista ja Heinävettä, joiden maakunta vaihtuu vuoden 2021 alusta

Rahoituspohja

Yleiskatteellinen rahoituspohja säilyy alkuun kohtalaisena. Rahoitus supistuu 3,1 miljoona euroa eli 23 euroa/asukas. Sote-menojen ennustettu kasvu vuoteen 2030 pitää kuitenkin todellisen sopeutustarpeen huomattavasti suurempana koko maakunnan alueella. Itä-Savon alueen väestön palveluihin kohdistuu 8,1 miljoonan euron eli 198 euroa/asukas sopeutustarve vuositasolla.

Valtio rahoittaa sopeutumisvaihetta siirtymäkorvauksella vain osin, 5 miljoonaa euroa vuosina 2023 ja 2024. Koska julkisen sote-palvelutuotannon sopeuttaminen ei ole ilmeistä tässä aikataulussa, Etelä-Savon sote-maakunta rahoittaa Itä-Savon alueen väestön palvelujen sopeuttamista vuosia vuoden 2024 jälkeenkin.

Yhdistymisen vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuotantoon

Essote ja Sosteri sote-kuntayhtymien, Vaalijalan kuntayhtymän ja Pieksämäen sote-peruspalvelujen sekä Rantasalmen ja Sulkavan ulkoistettujen sote-peruspalvelujen ja maakunnan pelastuspalvelujen yhdistymisestä saadaan merkittäviä integraatio- ja yhdistymishyötyjä. Sote-maakunnan järjestämisfunktio vahvistuu selvästi, ”leveämmät hartiat” toteutuvat.

Arviolta Etelä-Savon maakunnan palveluita järjestävien ja tuottavien sote-organisaatioiden yhdistymisestä saadaan huomattavia tuotannollisia hyötyjä. Etelä-Savon maakunnan nykyisten sote-organisaatioiden yhdistymishyödyt voidaan arvioida 28,9 miljoonan euron (sisältävät sekä palvelujen järjestämisen että palvelujen tuotannon hyödyt) suuruisiksi. Yhdistymishyötyjen saavuttaminen riippuu siitä, onnistutaanko ja millä aikavälillä Mikkelin ja Savonlinnan sairaaloiden profiilit ja työnjako optimoimaan toisiaan täydentäviksi sote-integraation edelleen kehittämisen lisäksi.

Täysimääräisten yhdistymishyötyjen saavuttamiseen menee ainakin sote-maakunnan ensimmäinen valtuustokausi. Sairaaloiden profiilien ja työnjaon maakunnallinen optimointi ja yhdistyvien organisaatioiden jo nyt pitkälle viety sote-integraatio mahdollistaa peruspalvelujen pitkäjänteisen vahvistamisen ja sote-palvelujen kehittämisen. Pelastustoimen vastuualue on jo nyt S2 sote-maakuntajaon

mukainen, joten saavutetut hyödyt säilyvät sote-palvelujen sekä pelastuspalvelujen toiminnallista integraatiota päästään nopeasti kehittämään edelleen.

Vaikutukset henkilötyövuosiin

Uudistuksen aiheuttama henkilöstön vähennystarve on vähäinen. Kustannuseron vuoksi lähtökohtaisesti se kohdistuu Itä-Savon alueen asukkaiden palvelutuotantoon. Laskennallinen vaikutus on 76 henkilötyövuotta. Koska sote-maakunnan toiminnan alkuvuosina valtaosa sote-palveluista tuotetaan vielä lähellä asiakkaan kotikuntaa niin työpaikkavaikutuksetkin kohdistuvat voimakkaampana Itä-Savon alueelle. Pelastustoimen palvelut tuotetaan jatkossakin läheisyysperiaatteella. Sote-henkilöstön saatavuus parantuu oletettavasti sote-organisaation koon ja profiilin kasvaessa. Samalla voidaan ennakoida ja suunnitella aiempaa paremmin ammatillisen koulutuksen toteuttamista maakunnan kolmessa kaupungissa.

Johtopäätökset

Sote-maakunnan alkuvuosina tilanne on monin tavoin vaativa myös Etelä-Savon sote-maakunnalle. Rahoituspohja supistuu jossain määrin ja henkilöstön vähennystarve on pieni, mutta sopeutustarve jakautuu eri tavalla yhdistyvien osa-alueiden välillä. Maakunnan on pystyttävä tasaamaan palveluiden käyttöä nykyistä paremmin tarvetta vastaavaksi myös alueellisesti.

Yhdistymisen hyödyt ovat suuret, mutta niiden täysimittainen saavuttaminen kestää ainakin ensimmäisen valtuustokauden. Avainasemassa ovat järjestämisfunktion vahvistuminen ja nykyisin erillään olevien sairaaloiden profiilien muuttaminen toisiaan täydentäviksi. Edellytyksiä ja valmiutta maakunnalliseen ajatteluun ja päätöksentekoon on olemassa, mutta prosessin eteneminen vaatii hyvin kohdennetun ja vaikuttavan sote-maakunnan palvelustrategian tekemistä ja voimavarojen suuntaamista muutoksen aikaan saamiseen.

Pidemmällä aikavälillä maakunnan tilanne selkiytyy. Tuotettujen palvelujen määrä suhteessa tarpeeseen voidaan tuoda onnistuneesti lähemmäksi maan keskitasoa. Palvelut kohdistuvat nykyistä paremmin tarpeen mukaan maakunnan sisällä. Tuotantokustannukset tulevat laskemaan verrattuna lähtötilanteeseen. Kutistuvasta väestöpohjasta huolimatta maakunnalla on kohtuulliset edellytykset ylläpitää asukkaidensa terveyttä ja toimintakykyä sekä vastata palvelutarpeisiin. Myös kumppanuudet muiden sote-maakuntien kanssa korostuvat.

5.4. Arvio vaihtoehdosta S1 tarkasteltuna Itä-Savon alueen näkökulmasta (arvioinnin kohde 3), jos Itä-Savon alueen kunnat ovat osa Pohjois-Savon sote-maakuntaa

Rahoituspohja

Pohjois-Savon yleiskatteellinen rahoituspohja supistuu. Pohjois-Savon maakunta järjestää sote-ja pelastustoimen palvelut tällä hetkellä 27,1 miljoonaa euroa kalliimmalla kuin laskennallisen rahoituspohjan mukaisesti. Sopeutustarve on 93 euroa/asukas. Tämä on selvästi suurempi maakunnallinen sopeutustarve kuin S2 mukaisessa Etelä-Savon sote-maakunnassa, jonka osana on myös Itä-Savon alue. Itä-Savon alueen väestön palveluihin kohdistuu 8,1 miljoonan euron eli 198 euroa/asukas sopeutustarve.

Sote-maakuntajaon muutos ei vaikuta alueelliseen sopeutustarpeeseen. Valtio rahoittaa mahdollisen uuden Pohjois-Savon sote-maakunnan sopeutumisvaihetta siirtymäkorvauksella, joka on yhteensä 79 miljoonaa euroa vuosina 2023–2027. Sote-menojen ennustettu kasvu pitää kuitenkin todellisen sopeutustarpeen huomattavasti suurempana koko maakunnan alueella. Asukaskohtainen sopeutustarve vaikuttaa kasvavan nopeammin Itä-Savon alueella kuin muulla Pohjois-Savon alueella.

Yhdistymisen vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuotantoon

Itä-Savon alue saa hyötyä uudistuksen molemmissa vaihtoehdoissa, S1 ja S2. Järjestämisfunktio vahvistuu osana Pohjois-Savon sote-maakuntaa, mutta yhdistymisen hyötyjen täysimääräinen saavuttaminen on paljon hitaampaa kuin osana Etelä-Savon maakuntaa.

Pohjois-Savon sote-maakunnassa yhdistyviä sote-organisaatioita on useita. Ne ovat sisällään integroineet toimintansa vaihtelevasti. Eri sote-organisaatioiden peruspalvelujen välinen sekä erityisesti peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon sote-integraatio on alkutilanteessa Etelä-Savon sote-maakunnan sote-integraatioon verrattuna.

Tuotannolliset hyödyt ovat huomattavat. Ne saavutetaan kuitenkin hitaammin kuin osana Etelä-Savon sote-maakuntaa. Yhdistymisen taloudelliset vaikutukset Itä-Savon osalta arvioidaan saman suuruisiksi osana Pohjois-Savon sote-maakuntaa kuin osana Etelä-Savon sote-maakuntaa.

Pohjois-Savon sote-maakunnalla on siis voimakas paine optimoida alueensa sairaaloiden profiilit. Todennäköisesti Pohjois-Savon laajempi väestöpohja ja KYS yliopistosairaalastatus mahdollistavat enemmän vaihtoehtoja Savonlinnan sairaalan profiilin muodostamisessa.

Sote-integraatio ja peruspalvelujen vahvistaminen etenee kuitenkin selvästi hitaammin Pohjois-Savon sote-maakunnan osana kuin Etelä-Savon. Pelastustoimen roolista ensihoidossa päätetään Pohjois-

Savon maakunnassa eikä pelastustoimen ja sote-palvelujen synergian tarvitse hävitä.

Vaikutukset henkilötyövuosiin

Uudistus aiheuttaa 323 henkilötyövuoden vähennystarpeen Pohjois-Savon sote-maakuntaan. Tästä 98 henkilötyövuotta kohdistuu Itä-Savon väestölle tuotettaviin palveluihin. Koska sote-maakunnan toiminnan alkuvuosina valtaosa sote-palveluista tuotetaan vielä lähellä asiakkaan kotikuntaa, työpaikkavaikutuksetkin kohdistuvat voimakkaampana Itä-Savon alueelle. Maakuntajaolla ei ole vaikutusta henkilötyövuosien laskennallisiin sopeutustarpeisiin Itä-Savon alueella. Pelastustoimen palvelut tuotetaan jatkossakin läheisyysperiaatteella. Sote-henkilöstön saatavuus voi parantua organisaation koon ja profiilin kasvaessa.

Johtopäätökset

Lyhyellä aikavälillä Itä-Savon alue saa hyötyä kummassakin vaihtoehdossa, S1 ja S2. Järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu siirtyy kunnilta sote-maakunnalle. Itä-Savon alueella on suuri sopeutustarve eikä se riipu kumpaan sote-maakuntaan Itä-Savon alue kuuluu. Palvelutason ja palvelutuotannon sopeuttaminen kestää vuosia siirtymätasauksen loppumisen jälkeenkin. Itä-Savon alueen yhdistymishyödyt ovat molemmissa vaihtoehdoissa huomattavat ja samaa suuruusluokkaa. Molemmilla sote-maakunnilla on voimakas tarve optimoida alueensa sairaaloiden toimintaprofiilit.

Lyhyellä aikavälillä Pohjois-Savo sote-maakunta saattaa näyttäytyä houkuttelevammalta sote-maakunnalta useampien vaihtoehtoisten sairaalaprofiilien mahdollistajana ja suuremman asukaskohtaisen siirtymätasauksen johdosta. Toisaalta Etelä-Savon sote-maakunnassa sopeutus on jo suurelta osin tehty ja valmiudet peruspalvelujen lisävahvistamiseen ovat paremmat. Henkilötyövuosien vähentämistarpeessa ei ole eroja sote-maakuntajakojen välillä.

Pitkällä tähtäimellä Itä-Savon alueen sote-palveluihin vaikuttaa ratkaisevasti maakunnan päättäjien kyky ymmärtää Itä-Savon alueen väestön koko maan mittakaavassa poikkeuksellisen suurta palveluntarvetta ja maantieteen vaikutuksia palvelutuotantoon. Itä-Savon alueen asukkaiden vaikutusmahdollisuudet maakunnallisessa päätöksenteossa osana Pohjois-Savon sote-maakuntaa on selvästi pienemmät kuin osana Etelä-Savon sote-maakuntaa.

5.5 Arvio uudistuksen tavoitteita toteuttavasta sote-maakuntajaosta

Uudistukselle asetettujen tavoitteiden (Perustelujen osa 3 ”Tavoitteet”) joukossa on tavoitteita, joiden toteutumiseen Etelä-Savon ja Itä-Savon alueella sote-maakuntajako vaikuttaa

ratkaisevasti. Uudistuksen aluejakoa tuleekin arvioida erityisesti seuraavien tavoitteiden näkökulmasta:

1. ”Tavoitteena on vahvistaa sote-maakuntien järjestämisvastuuta.”

Uudistuksen tärkeimpiä tavoitteita vahvistaa järjestämisfunktioita on järjestäjän vastuulla olevan väestöpohjan merkittävä kasvattaminen siirtämällä järjestämisvastuu kunnilta maakunnille.

Perusteluissa todetaan mm., että

”THL:n tekemän vaikutusten ennakkoarvioinnin perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjien koon kasvun ja järjestämisen integraation voidaan odottaa tukevan yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta.”

”Ehdotetussa uudistuksen aluejaossa osa sote-maakunnista olisi asukasmäärältään ja taloudelliselta kantokyvyltään suhteellisen pieniä. Näillä alueilla kyky väestön palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen suunnittelussa voisi olla rajallista.”

”Ehdotus kasvattaisi siten ainakin jossain määrin sote-maakuntien hallinnollista taakkaa”

Arvio

Vaihtoehdossa S1 Etelä-Savon sote-maakunnan järjestämisfunktio ei vahvistuisi. Pidemmällä aikavälillä järjestämisfunktio saattaisi heikentyä väestöpohjan kutistuessa väestöennusteen mukaisesti. Vaihtoehdossa S2 Etelä-Savon ja Pohjois-Savon sote-maakuntien järjestämisfunktiot vahvistuvat jo sen vuoksi että nykyiset sote-organisaatiot ja nykyiset sairaanhoitopiirit toimivat yhden päätöksenteon, johdon ja talouden alla.

Esityksen vaihtoehdossa S2 toteutuu maakuntien järjestämisvastuun vahvistaminen tavoitteen 1 mukaan.

2. ”Tavoitteena on muodostaa nykyistä kantokykyisempien toimijoiden yhtenäinen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelurakenne, jolloin palvelut koottaisiin yhden päätöksenteon, johtamisen ja budjetoinnin alle. Hallinnollisilla, rakenteellisilla ja toiminnallisilla muutoksilla tehostettaisiin palvelutuotantoa sekä tavoiteltaisiin tehokkuutta ja vaikuttavuutta kustannusten kasvun hillitsemiseksi”

Arvio

Vaihtoehdossa S1 sote-organisaatioiden yhdistymisen hyödyt jäisivät erittäin vähäisiksi Etelä-Savon sote-maakunnan osalta. Tämän lisäksi nykyinen yhtenäinen ja toimiva pelastustoimen palvelurakenne pilkottaisiin. Vaihtoehdossa S2 Etelä-Savon sote-maakunta ja

Pohjois-Savon sote-maakunta saisivat suuret yhdistymishyödyt ja nykyinen toimiva pelastustoimen palvelurakenne säilyisi Etelä-Savon alueella.

Sote-maakuntajaon vaihtoehto S2 on uudistuksen tavoitteen 2 mukainen. Etelä-Savon maakunnan kantokyky vahvistuisi ja palvelutuotanto tehostuisi uudistuksen ansiosta vain vaihtoehdossa S2.

3. ”Tavoitteena on aikaansaada toiminnan muutoksia, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ensisijainen painopiste siirtyy perustason palveluihin ja ehkäisevään työhön.”

Arvio

Vaihtoehdossa S1 perustason palvelut vahvistuisivat Etelä-Savon maakunnassa vain vähän. Pidemmällä aikavälillä Mikkelin keskussairaalan pienenevä väestöpohja uhkaa pysäyttää sote-peruspalvelujen vahvistamisen ja integraation etenemisen koko Etelä-Savon sote-maakunnan alueella. Vaihtoehdossa S2 molempien maakuntien peruspalvelut vahvistuisivat ja sote-integraatio paranisi. Itä-Savon alueen peruspalvelujen vahvistuminen ja integraation eteneminen olisi selvästi nopeampaa osana Etelä-Savon sote-maakuntaa.

Vaihtoehto S2 toteuttaa paremmin uudistuksen tavoitetta 3.

4. ”Tavoitteena on myös vahvistaa maakunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia.” ja ”Tehtävien kokoamisella suorilla vaaleilla valitun maakuntavaltuuston ohjaukseen vahvistettaisiin maakuntien lakisääteisten tehtävien demokraattista ohjausta.”

Arvio

Vaihtoehdossa S1 Itä-Savon alueen kahden kunnan asukasluku jäisi jo ensimmäisissä vuoden 2022 maakuntavaaleissa selvästi alle laskennallisen äänikynnyksen (Enonkoski 0,47 prosenttia ja Sulkava 0,8 prosenttia) Pohjois-Savon sote-maakunnan osana. Koko Itä-Savon alueen väestömäärä olisi noin 13 prosenttia Pohjois-Savon sote-maakunnassa. Vaihtoehdossa S2 Etelä-Savon maakunnassa yhdenkään kunnan äänioikeutettujen määrä ei alittaisi yhtä prosenttia ja Itä-Savon kuntien asukasluku olisi 27 prosenttia Etelä-Savon maakunnan väestömäärästä.

Vaihtoehto S2 toteuttaa uudistuksen tavoitetta 4 paremmin Itä-Savon alueella eikä laskennallisen äänikynnyksen alittavia kuntia ole.

Yhteenveto

Arvioitujen seikkojen perusteella vaihtoehdon S2 mukainen sote-maakuntajako on uudistuksen tavoitteiden mukainen ja vaihtoehdon S1 mukainen sote-maakuntajako ei ole uudistuksen tavoitteiden mukainen.

Esitysluonnoksen perusteluiden kokonaisarvio vaihtoehdon S1 mukaisesta sote-maakuntajaosta on samansuuntainen. ”Ehdotuksen seurauksena Etelä-Savon sote-maakunta olisi yksi pienimmistä ja kantokyvyltään heikoimmista sote-maakunnista.” (Perustelujen kohta 5.2.6 ”Etelä- ja Pohjois-Savon maakuntajaon muuttaminen).

Essote-kuntayhtymän ja jäsenkuntien 5.11.2019 linjauksen pohjalta voidaan tiivistetysti todeta, että

- Etelä-Savo sote-maakunta tarvitsee Itä-Savon alueen ja sen väestöpohjan ja volyymit

- Pohjois-Savo ei tarvitse välttämättä Itä-Savon väestöpohjaa

- KYS-erityisvastuualue ja sen eheyden varmistaminen tarvitsee nykyisen maakuntajaon mukaisen Etelä-Savon sote-maakunnan sekä

- Sote-maakuntien toimintaa on kaikissa maakunnissa kehitettävä ja taloutta sopeutettava uudistuksen tavoitteiden mukaisesti.

Oheisliite n:o 3: Vaikutusarvio Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon muuttamisesta. Vaakataso Oy, Eetu Salunen 17.8.2020.

6. Rahoitus, rahoituksen leikkurit ja palvelutarvetekijät

Sote-lakiuudistuksen esitysluonnoksessa laissa sote-maakuntien rahoituksesta on keskeiset säännökset rahoituksen toteuttamisesta.

Sote-maakunnille myönnetään valtion rahoitusta sote-maakunnan asukasmäärän, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien perusteella.

Tarkoitetut määräytymistekijöiden painot muuttuvat vuosittain määräytymistekijöiden ja sote-maakuntien tehtävämuutosten perusteella kohdistuvan rahoituksen muutosten mukaisesti. Kullekin sote-maakunnalle myönnetään valtion rahoituksena euromäärä, joka saadaan laskettaessa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen laskennalliset kustannukset.

Lausunnonantaja kiinnittää rahoituksessa huomiota seuraaviin asioihin:

Itä-Savon mahdollinen siirtyminen Pohjois-Savon sote-maakuntaan merkitsee pidemmällä aikavälillä kustannusten kasvua ja vaikeuksia järjestää lakisääteiset ja kattavat sote-peruspalvelut ja erikoissairaanhoito alueen asukkaille. Siirtyminen sote-maakuntaan voi merkitä myös sinällään yhdistymishyötyjen kaventumista ja ylimääräisiä sopeuttamistarpeita, jota rahoitusmalli ei ota huomioon.

Esitysluonnoksen kustannusten kasvun 80 prosentin leikkuri on liikaa maan muuttotappioalueille ja erityisesti Etelä-Savon sote-maakunnalle. Lisäksi leikkuri perustuu koko maan keskiarvoon, joka lisää vääristymää edelleen ja vaikeuttaa yhdenvertaisuuden toteutumista.

Tuotantokustannuksien kattava selvittäminen yhtenäisesti vaatii oman tarkastelunsa. Asukasosuus 508 euroa/asukas, tarvevakioidun rahoituksen esimerkkilaskelmassa ei ole läpinäkyvä, eikä sille ole laskennallista perustetta. Lähtökohtaisesti väestön tiedot tulevat tarvekertoimien kautta ilmi.

Tarvevakioidun rahoituksen tulee olla oikeudenmukainen ja ottaa huomioon sote-maakuntien erityispiirteet, jotka ovat syntyneet pitkän ajan kuluessa. Nyt tarvevakioidun rahoituksen tietopohjan perusta ei ole riittävä eikä kuvaa kaikin osin oikein Etelä-Savon maakunnan tilannetta. Rahoitustarpeen oikeudenmukainen arviointi ja kriteeristö pitää tehdä kattavan sairausluokituksen kautta.

Väestöltään ikääntyneessä ja asukasmäärältään supistuvassa Etelä-Savon sote-maakunnassa on kolme kaupunkikeskusta (Mikkeli, Savonlinna ja Pieksämäki), mikä on otettava huomioon tarvevakioinnissa. Alueen saaristoisuuden vuoksi saaristokertoimen kautta saatavaa tarvevakioitua rahoitusosaa tulee nostaa.

Perusterveydenhuollon rahoitus on turvattava tarvevakioinnissa selkein perustein. Tarvevakioinnin tekijöiden osalta on puutteita, jotka vaikuttavat rahoituslaskelmien kokonaisluotettavuuteen Perusterveydenhuollon kannalta tietoja työterveyshuollosta ei ole täysimittaisesti saatavilla. Jotta työterveyshuolto voitaisiin ottaa riittävän hyvin huomioon, näkyvissä pitäisi olla korvausoikeudet ja korvauksien määrä. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välinen suhde eri alueilla on tuotava esille.

Sote-maakunnassa ei ole toistaiseksi laajan päivystyksen keskussairaalaa, joka pitää olla turvaamassa tarvittavaa päivystyskapasiteetti läpi vuoden valtatie viiden ja vahvan kausiasumisen maakunnassa. Etelä-Savossa on esimerkiksi heinäkuussa keskimäärin 83.000 asukasta enemmän kuin talvikuukausina. Päivystykseen ei lasketa akuuttihoitoa, joka on otettava huomioon alueen tarvevakioinnissa.

Elintapasairaudet ja mielenterveyden hoito ei näy riittävällä tavalla tarvevakioidun rahoituksen kriteereissä, jolla on merkittävä vaikutus

alueelle. Usein kuolemaan johtavien elintapasairauksien painotuksen tulee olla vahvempi. Mielenterveyssairaudet tulee myös olla selkeämmin esillä.

Etelä-Savon alue edellyttää huomattavasti suurempaa rahoitusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, joka huomioi myös kannusteet, kun saadaan aikaan oikean suuntaisia vaikutuksia.

Kirjaamiskäytännöt ovat erilaisia maan eri alueilla. Erikoissairaanhoidon kannalta kirjausten yhdenmukaisuudessa on puutteita erityisesti alueilla, joilla palvelut on ulkoistettu yksityisille toimijoille. Koko maan tasolla kirjaukset eivät ole yhtenäisiä, mikä vaikuttaa diagnooseihin ja niiden määrään, joihin tarvekertoimet pohjautuvat.

Tarvetekijät eivät selitä kaikkia maakunnille siirtyviä kustannuksia. Osa liittyy muihin tuotantokustannuksiin, kuten useamman yksikön välisiin matkoihin/etäisyyksiin tai yksityisen ja julkisen sektorin väliseen kilpailuun henkilöstöstä.

Rahoitusmalli ei myöskään ota riittävästi huomioon toimeentulon vajeita ja vähävaraisuutta. Ns. köyhyysindeksi tulee olla mukana yhtenä kriteerinä. Sosiaalihuollon ja -palvelujen tarvevakioinnin kriteerit tulee perustua koko maata koskeviin tilastoihin ja diagnooseihin. Rahoituksen kautta tulee turvata riittävä määrä koulutuspaikkoja Etelä-Savon sote-maakunnassa.

Sote-maakuntien rahoitusmalli voi turvata edelleen kehitettynä parhaimmillaan perusoikeuksien toteutumisen oikean suuntaisesti eri puolilla maata, kun rahoituksessa otetaan huomioon kattavasti palvelutarpeiden eri tekijät. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvun arviointi sote-menojen kehityksen pitkän aikavälin ennustemallin (some-malli) osoittaman muutoksen mukaisesti on perusteltua.

Rahoituksen laskennan perusteena oleva aineisto perustuu vuosien 2015–2016 aineistoon. Tämä on hyvä pohja, mutta ei riittävä todellisten kriteerien ja rahoitustarpeen arviointiin. Kriteerit ja pohja-aineisto tulee olla kattavammat kuin nyt käytetyt.

Maakuntien tilojen ja muiden merkittävien investointien kannalta on tärkeää, että sote-maakunnilla on riittävät omat investointivaltuudet ja -mahdollisuudet. Etenkin uudisinvestointien osalta sote-maakunnat tulevat tarvitsemaan lainarahoitusta. Mikäli sote-maakunta kykenee investoimaan tulorahoituksella tai valtion maakunnille säätämillä lainanottovaltuuksilla, se voi toteuttaa investoinnit omilla päätöksillä.

Sote-maakuntien lainarahoituksen saamisen edellytyksenä voi olla valtion takaus, jolla on vaikutusta rahoituskustannuksiin. Jos valtio takaa sote-maakunnan rahoitusta, sote-maakunta saa toteuttaa investoinnin vain, jos ministeriö on hyväksynyt sen osana sote-

maakunnan investointi-suunnitelmaa. Maakuntien leasing-vastuiden kasvattaminen voi johtaa nopeasti tulorahoituksen riittämättömyyteen vastuiden kasvaessa.

Lausunnonantajan käsityksen mukaan sote-maakunnille on turvattava riittävä mahdollisuus tarvittavien investointien tekemiseen. Tämä korostuu sen vuoksi, että sote-uudistuksen voimaantulon ja toimeenpanon pitkittyminen on lykännyt merkittävästi sote-investointien tekemistä nykyisessä kuntaperustaisessa sote-järjestämisen rakenteessa.

Investointeja koskevaan osuuteen pitää saada riittävän pitkä siirtymäaika, nyt ei ole siirtymäaikoja.

Kuntalakia tulee muuttaa niin, että nykyisten sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja sote-kuntayhtymien kertyneiden alijäämien kattaminen olisi mahdollista tehdä alentamalla kuntayhtymien peruspääomaa enintään peruspääoman verran.

7. Etelä-Savon maakunnan nykyiset erikoissairaanhoidon palvelut: Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaalat

Etelä-Savon maakunnassa on kaksi keskussairaalaa, joissa molemmissa ylläpidetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystysyksikköä. Päivystysvalmiudeltaan sairaalat ovat hyvin erilaisia.

Savonlinnan keskussairaalassa päivystäviä erikoisaloja on kolme. Mikkelin keskussairaalassa on järjestetty päivystys 11 erikoisalalla ja kirurgian erikoisalan päivystys on lisäksi jaettu erikseen pehmytosakirurgian erikoisaloille sekä ortopedialle ja traumatologialle. Mikkelissä päivystysvalmiutta vahvistaa myös 12-paikkainen ympärivuorokautinen tehohoito-osasto. Mikkelin keskussairaala toimii synnytyssairaalana, jossa ympärivuorokautinen päivystys on järjestetty naistentautien ja synnytysten sekä lastentautien erikoisaloilla.

Kirurgian vahvistetun päivystysresurssin, sairaalassa ympärivuorokautisesti päivystävien naistentautien ja synnytysten sekä päivystävien anestesiologian ja radiologian erikoislääkäreiden sekä tehohoito-osaston myötä Mikkelin keskussairaalalla on valmius toteuttaa päivystysasetuksen mukaista päivystysleikkaustoimintaa.

Päivystysleikkauksella tarkoitetaan äkillisen sairastapauksen, ulkoisen trauman tai komplikaation aiheuttaman ongelman hoitoa leikkaustoimenpiteellä, joka hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi tulee tehdä 24 tunnin sisällä. Määritelmä sisältää sekä hätäleikkaukset, jotka on tehtävä välittömästi ilman viivytystä, että leikkaukset, jotka voi siirtää seuraavaan päiväsaikaan tehtäviksi.

Maakunnan läpäisevä valtatie 5 kulkee Mikkelin kautta. Sen, erityisesti kesäaikaan painottuva, vilkas liikenne sekä maakunnan runsas kausiasukaskunta tuo runsaasti, erityisesti tapaturmiin, ja muihinkin terveyspalvelutarpeisiin liittyviä, päivystyspäivystyspalvelutarpeita. Alueen oma väestö korkeine palvelutarpeineen sekä ulkokuntalaisten/ kausiasukkaiden suuri määrä ja akuutit sekä traumatologiset ja kardiologiset päivystyspalvelutarpeet edellyttävät Mikkelin vahvaa päivystyssairaalaa. Useana kesänä Mikkelin keskussairaala on ollut valtakunnallisesti vilkkaimpia traumasairaaloita. Kardiologian erikoislääkäreiden toteuttama takapäivystys turvaa myös kardiologisten päivystyspotilaiden hoitoa.

Mikkeliä lähimpinä laajan päivystyksen sairaaloina ovat Keski-Suomen keskussairaala (etäisyys Mikkelistä 118 km), Päijät-Hämeen keskussairaala (etäisyys Mikkelistä 136 km) sekä Kuopion yliopistollinen sairaala (etäisyys Mikkelistä 167 km). Savonlinnan ja Mikkelin keskussairaaloiden etäisyys on 103 km.

Edellä kuvatun erikoissairaanhoidon päivystysvalmiuden ja päivystyksellisten päivystyspalvelutarpeiden vuoksi, on perusteltua, että Mikkelin keskussairaala voidaan määritellä Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentin mukaiseksi laajan päivystyksen sairaalaksi, jonka edellytykset sairaala jo nykyisellään suurelta osin täyttää.

Luonnonvarakeskuksen laskelmien mukaan Suomen maakunnista Etelä-Savon väkiluku vaihtelee eniten vuoden aikana, sillä kausiväestö on maakunnassa suuruudeltaan yli kaksinkertainen tilastoituun väkilukuun nähden. Vuonna 2016 maakunnan tilastoitu väkiluku oli noin 145.000 asukasta, kun vastaavasti kausiväestön suuruus oli arvioitu olevan kokonaisuudessaan 294.000 asukasta. Kesäasuntoja maakunnassa oli vuonna 2019 yhteensä 55.100 ja suhteellisesti eniten kaikista maakunnista.

Väkilukua voidaan arvioida myös kuukausittain keskiväkiluvulla, jossa Etelä-Savossa kuukausien väliset erot talvi- ja kesäkuukausien välillä ovat suuret. Etelä-Savossa on heinäkuussa keskimäärin 83.000 asukasta enemmän kuin virallisessa väestötilastossa.

Etelä-Savon maakunnassa on perusteltua arvioida Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden ympärivuorokautisten päivystyspalvelujen profiileita.

Itä-Savon alueella on joka tapauksessa perusteltua huolehtia kaikissa tilanteissa sairaalan akuuttilääketieteen päivystysvalmiudesta. Mikkelin keskussairaalan on mahdollista toimia koko Etelä-Savon maakunnan ja laajemminkin päivystysleikkauksia suorittavana sairaalana.

Mikkelin keskussairaalasta voidaan tukea Savonlinnassa toteutettavaa päivystyspalvelua etäyhteyksillä sisätautien, kirurgian,

lastentautien ja naistentautien ja synnytysten erikoislääkärityöpanoksella sekä antamalla ympärivuorokautista radiologien toteuttamaa kuvakonsultaatiota. Mikkelin keskussairaalasta toteutettava päivystysaikainen yleislääketieteen etätakapäivystyspalvelu voidaan suunnata Savonlinnan päivystysyksikön, vanhuspalvelujen ja sosiaalihuollon käyttöön.

Mikkelin keskussairaalasta on tuettu Savonlinnan äitiyspoliklinikkatoimintaa vuodesta 2018 lähtien erikoislääkärin työpanoksella. Savonlinnan verisuonikirurgi on työskennellyt Mikkelissä 2-3 päivänä viikossa toteuttaen yhteisleikkauksia, verisuonikirurgisia toimenpiteitä sekä polikliinistä vastaanottotoimintaa. Mikkelin urologian, verisuonikirurgian, gastroenterologisen kirurgian sekä ortopedian ja traumatologian erikoislääkäreiden työpanosta on mahdollista tarpeen mukaan suunnattavissa Savonlinnan polikliiniseen vastaanottotoimintaan ja päiväkirurgisiin leikkaustoimenpiteisiin. Mikkelin keskussairaala voi tukea, Savonlinnan sairaalan polikliinista toimintaa lastentaudeilla.

Mikkelin keskussairaalalla on valmius toteuttaa Etelä-Savon sote-maakunnan psykiatrinen, tahdonvastainen osastohoito, neurologinen vuodeosastohoito, synnytystoiminta, vaativan kuntoutuksen osastohoito ja sekä päihdekuntoutushoito. Mikkelin hyvinvointikeskus-keskussairaala alueelle on rakenteilla uudisinvestointina mielen ja kuntoutuksen talo, joka korvaa Moision sairaalan.

Mikkelin keskussairaalassa toteutetaan keskittämisasetuksen 7 §:n mukaiset ja nykyisinkin volyymimääriltään riittävät lonkka- ja polvitekonivel- sekä selkäleikkaukset ja rinta- ja paksusuolisyöpäleikkaukset. Tätä leikkausresurssia on tarjottavissa Mikkelissä tarvittaessa myös Itä-Savon alueen potilaille.

Erikoissairaanhoidon polikliinisen toiminnan tarjonta on molemmissa sairaaloissa varsin laajaa eikä kirjo olennaisilta osin poikkea toisistaan. Molemmissa sairaaloissa joudutaan turvautumaan myös jossain määrin ostopalveluihin.

Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden palvelutuotantojen volyymit poikkeavat kuitenkin toisistaan merkittävästi. Vuonna 2019 Mikkelissä toteutui runsas 117.000 poliklinikkakäyntejä, kun Savonlinnassa näitä oli runsas 67.000. Hoitopäiviä Mikkelissä oli noin 48.000 ja Savonlinnassa noin 19.000. Leikkauksia Mikkelissä tehtiin vajaa 4.400 ja Savonlinnassa vajaa 2.200.

Essote-kuntayhtymä tekee Aster-asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoa yhdessä Keski-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Siunsote-kuntayhtymän kanssa. Sosteri-kuntayhtymän on mahdollisuus liittyä mukaan. Tämän tulevaisuuden sote-tietojärjestelmän käyttöönotto, ylläpito ja kehittäminen vaativat paljon sote-asiantuntijuutta ja tietojärjestelmäosaamista. Etelä-Savon sote-

maakunnassa osa tästä toiminnasta voi sijoittua Savonlinnan sote-kokonaisuuteen. Yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä palvelisi laajasti integroituja maakunnan yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

8. Etelä-Savon pelastuslaitos ja sote-maakuntajaon muutos

Etelä-Savon ja Pohjois-Savon pelastusjohtajat ovat tehneet yhteisen lausuntoluonnoksen mahdollisesta sote-maakuntajaon muutoksesta:

Lausunnolla olevan lakiluonnoksen mukaan mahdollinen aluejakomuutos koskisi Itä-Savon kuntia (Savonlinna, Rantasalmi, Enonkoski ja Sulkava) myös pelastustoimessa. Pelastustoimen palvelut on perusteltua tuottaa sen maakunnan pelastuslaitoksen toimesta, mihin kunnat kuuluvat.

Aluejakomuutos tarkoittaisi 9 paloaseman ja 4 sopimuspalokunnan sekä henkilöstön siirtymistä Itä-Savon alueelta Pohjois-Savon pelastustoimen piiriin. Pohjois-Savon pelastustoimen alueella olisi muutoksen myötä noin 291.000 asukasta ja reilut 300 päätoimista ja yli 500 sivutoimista työntekijää. Pohjois-Savon pelastustoimi olisi vahva järjestäjä ja sen resurssit sekä kantokyky paranisivat, mutta ikääntyvän väestön palveluntarpeen lisääntyminen kompensoisi osaltaan kantokyvyn paranemista. Etelä-Savon pelastuslaitoksen toimintamahdollisuudet puolestaan heikkenevät oleellisesti maakuntajaon mahdollisen muuttumisen seurauksena.

Etelä-Savon pelastuslaitos on toiminut vuodesta 2004 alkaen nykyisen Etelä-Savon maakunnassa. Toimintaa on kehitetty siten, että palveluita voidaan tuottaa joustavasti ja henkilöstöä hyödynnetään mahdollisimman monipuolisesti koko maakunnan alueella.

Itä-Savon alueen siirtyminen Pohjois-Savon maakuntaan tarkoittaa käytännössä sitä, että pelastuslaitoksen käytettävissä olevat henkilöstö- ja muut resurssit pienenevät oleellisesti ja se puolestaan heikentää Etelä-Savon pelastuslaitoksen toimintamahdollisuuksia.

Etelä-Savon pelastuslaitos on pystynyt pienillä resursseilla kehittämään omia palveluitaan monipuolisesti ja maakuntajaon muuttaminen vaarantaa vakavalla tavalla Etelä-Savon pelastuslaitoksen toimintaedellytykset myös kehittämistoiminnan osalta.

Etelä-Savon maakuntajaon muuttaminen tarkoittaa Etelä-Savon pelastuslaitoksen kannalta sitä, että maakuntauudistuksen tavoitteena oleva lähtökohtana palvelutason turvaamisesta ja kehittämisestä vastaamaan muuttuvan toimintaympäristön tarpeita vaarantuu vakavalla tavalla, eikä välttämättä toteudu jäljelle jäävän huomattavasti pienemmän Etelä-Savon sote-maakunnan alueella.

Pohjois-Savon pelastuslaitoksen toiminta on nykyisin organisoitu Iisalmen, Kuopion ja Varkauden toimialueisiin ja yhteiset palvelut Kuopioon.

Mahdollisessa muutoksessa Itä-Savon, Savonlinnan alue olisi luontevaa muodostaa omaksi toimialueekseen. Savonlinnan pelastustoimen palvelut ja resurssit olisi perusteltua säilyttää läheisyysperiaatteen mukaisesti nykyisellään.

Pohjois-Savon pelastuslaitos tuottaa nykyisin ensivastepalveluita koko maakunnan alueella ja noin puolet maakunnan ensihoitotehtävistä. Jos aluejakomuutos toteutuisi, niin pelastuslaitoksella olisi valmius tuottaa ensihoitopalvelua ja moniammatillista palvelua myös Savonlinnan alueella.

9. Vaalijalan kuntayhtymän ylimaakunnalliset erityispalvelut

Vaalijala on Savon erityishuoltopiirin kuntayhtymä ja valtakunnallisten erityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen julkinen palvelutuottaja. Sen kotipaikka on Pieksämäki ja maakunta Etelä-Savo. Palveluyksiköitä on kolmen maakunnan alueella (Pohjois-Savo, Etelä-Savo ja Keski-Suomi). Kuntoutus palvelee tällä hetkellä 15 maakuntaa Suomessa.

Ylimaakunnallisten palvelujen euromääräinen arvo on tänä vuonna 22 miljoonaa euroa. Etelä-Savon sote-maakunnan ulkopuolelle palvelujen myynti on 46 miljoonaa euroa eli noin 74 prosenttia kaikesta palvelumyynnistä. Vaalijalan ylimaakunnallinen palvelutoiminta merkitsee satoja työpaikkoja Etelä- ja Pohjois-Savossa, joten kysymys on myös aluepoliittinen. Asia on otettava huomioon sote-uudistuksen vaikutusten arvioinnissa.

Erityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen julkinen tuottaminen edellyttää pääsääntöisesti sote-maakuntien välistä yhteistyötä samalla tavalla kuin erikoissairaanhoito.

Yhteistyöalueen yhteistyösopimus neljän vuoden välein ei ole riittävän vakaa pohja pitkäjänteiselle palvelujen kehittämiselle. Vaalijalan kuntoutustoiminta erikoissairaanhoitoon rinnastettavana julkisena palveluna takaa tulevaisuudessakin asiakkaiden palveluketjut, erityisosaamisen sekä erityislainsäädännön mukaiset palvelut.

Esimerkiksi rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten hoito ja kuntoutus ovat valtakunnallista toimintaa, jota Vaalijala toteuttaa. Kaikki jäsenkuntien ulkopuolelta tulevat kuntoutusasiakkaat ovat tarpeiltaan erityisen vaativia.

Hallituksen esitysluonnosta tulee korjata siten, että julkiset erityishuollon ylimaakunnalliset palvelutuottajat voivat olla jatkossa sote-maakuntayhtymiä. Kuntayhtymien muutos sote-maakuntayhtymiksi tulee kirjata lainsäädännön

toimeenpanosäädöksiin ja erityisopetuksen järjestämislupa siirtää uusille erityispalvelujen sote-maakuntayhtymille. Tämä varmistaa sote-uudistuksen keskeisen tavoitteen, julkisten palvelujen toteuttamisen leveillä hartioilla.

Mikäli erityispalvelujen sote-maakuntayhtymiä ei maakuntien yhdenvertaisuuden vastaisesti sallita Uudenmaan nykyisen maakunnan ulkopuolella, tulee säätää erityisen vaativan psykososiaalisen kuntouksen järjestämisestä ”sosiaalihuollon keskittämisasetuksessa”. Palvelut tulee keskittää muutamaan valtakunnalliseen osaamis- ja tukikeskukseen, joista yksi on Vaalijalan Pieksämäen yksikkö. Sote-maakuntien yhteistyösopimuksissa tulee ottaa huomioon erityispalvelujen ylimaakunnallinen toiminta, asiasta sopimisvelvoite kirjataan lainsäädäntöön.

Päätösliitteet:

Liite 1. Vastaus lausuntopyynnön kohdennettuihin kysymyksiin sekä niistä annetut kommentit ja muutosehdotukset lainkohtiin.

Oheismateriaali:

Liite 1. Maan hallituksen sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen uudistuksen valmistelu Etelä-Savon maakunnassa ja lausunnot kahdesta valtioneuvoston asetusluonnoksesta, Essote-kuntayhtymän hallitus 7.11.2019/234

Liite 2: Etelä-Savon maakunnan mahdollisuudet ja suunnat sotessa, Talent Vectia 5.11.2019, erityisesti diat 23–28.

Liite 3. Vaikutusarvio Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon muuttamisesta - sote-näkökulma. Vaakataso Oy, Eetu Salunen 17.8.2020.

Kuntayhtymän johtaja:

Hallitus esittää valtuustolle, että kuntayhtymä lausuu sote- ja pelastuslainsäädännön hallituksen esitysluonnoksesta sosiaali- ja terveysministeriön, sisäministeriön ja valtiovarainministeriön lausuntopyynnön (VN/8871/2019) mukaisesti seuraavaa:

A. Lausuu sote-lainsäädännön esitysluonnoksen kokonaisuudesta vastaamalla lausuntopyynnön kohdennettuihin kysymyksiin sekä antamalla kommentteja ja esittämällä muutosehdotuksia lainkohtiin.

   Vastaukset, kommentit ja muutosehdotukset ovat **päätösliitteessä 1**, josta ne siirretään valtionhallinnon lausuntopalvelut.fi sivuille.

B. Avoimessa lausunnossaan kuntayhtymä kiinnittää ensisijaista huomiota esitysluonnoksen kohtaan ”4.2.6. Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon muuttaminen” sekä luonnoksen liitteeseen 3, jossa on ”Taustamuistio Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien maakuntajaosta” lausuntopyynnön mukaisesti.

   Kuntayhtymä lausuu edellä lausuntotekstissä ja sen oheisliitteissä esitetyt arviot vaikutuksista uudistuksen vaihtoehdoissa S1 ja S2 koskien Etelä- ja Pohjois-Savon sote-maakuntajaon mahdollista muutosta sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien erillisratkaisua siirtyä osaksi Pohjois-Savon sote-maakuntaan uudistuksen toimeenpanon yhteydessä.

C. Kuntayhtymä nostaa esille tiivistäen seuraavat merkittävät näkökohdat koskien Etelä- ja Pohjois-Savon sote-maakuntajaon muutoksen mahdollista toimeenpanoa osana uudistuksen voimaantuloa/toimeenpanoa sekä tekee lausuntonsa perusteella ehdotukset jatkotoimista:

1. Sote-uudistuksen tavoitteet toteutuvat vaihtoehdossa S2, mutta eivät toteudu vaihtoehdossa S1

Hallituksen sote-lakiuudistuksen perustelujen luvussa 3 on asetettu uudistuksen neljä tavoitekokonaisuutta, jotka ovat lyhyesti 1. vahvistaa järjestämisvastuuta, 2. palvelurakenne, tehokkuus ja vaikuttavuus, 3. painopiste sote-peruspalveluihin ja 4. vaikutusmahdollisuudet ja demokratia.

Hallituksen esitysluonnoksen perustelujen kohdassa 2.6 Etelä- ja Pohjois-Savon maakuntajaon muuttaminen arvioidaan suoraan, että ”ehdotuksen seurauksena Etelä-Savon sote-maakunta olisi yksi pienimmistä ja kantokyvyltään heikoimmista sote-maakunnista”.

Perusteluteksti tiivistää päätelmän siitä, etteivät uudistuksen tavoitteet toteudu miltään osin vaihtoehdossa S1, jossa Etelä-Savon sote-maakunta alueellisesti pienenee, järjestämistehtävä supistuu ja nykyisen aluekokonaisuuden yhdistymishyödyt jäävät saavuttamatta nykyisen Etelä-Savon tilalle perustetussa uudessa tynkä sote-maakunnassa. Myös asukkaiden vaikutusmahdollisuudet ja näin maakunnallinen itsehallinto ja demokratian toteutuminen jää vaillinaiseksi.

Vaihtoehto S2, jossa Itä-Savon kuntien alue on edelleen osa Etelä-Savon sote-maakuntaa, turvaa uuden sote-maakunnan toimintakyvyn toteuttaa ”leveämmillä hartioilla” yhden päätöksenteon, johdon ja talouden alla sote-järjestämisvastuuta, tuotannossa nykyisinkin pitkälle kehittynyttä sote-palvelujen integraatiota sekä saavuttaa yhdistymishyötyjä sote-integraation edelläkävijä sote-maakuntana. Myös maakunnallinen itsehallinto ja demokratian edustavuus toteutuu paremmin.

2. Sote-maakuntajaon muutoksen toteuttamisen edellytys on erityinen selvitys

Hallitusohjelman mukaan sote-maakuntajako perustuu nykyiselle maakuntajaolle lukuun ottamatta Uudenmaan maakuntaa. Etelä-Savon maakunta on yksi maakunnista. Sote-maakuntarakennelain esitysluonnoksen mukaan maa jakaantuu jatkossa sote-maakuntiin. Sote-maakunnan alueena on maakunta. Uudenmaan osalta on tehty perusteellinen selvitystyö ja muutenkin Helsingin yliopistollisen sairaalan alue tarvitsee erillisratkaisunsa. Muiden maakuntien osalta vastaavaa sote-maakuntajaon muutoksen selvitysmenettelyä ei ole tehty.

Maakuntajaon muutos nykyisen lainsäädännön ja lakipaketin sote-maakuntarakennelain esitysluonnoksen mukaan edellyttää muutoksen perusteellista vaikutusten arviointia, maakuntajakoselvitystä ja esitystä muutoksesta, aukottomia kuulemismenettelyjä ja muutoksen edellytysten täyttymistä ennen valtioneuvoston päätöstä. Lisäksi on selvitettävä, miten muutos vaikuttaa valtion viranomaisten toimialuejakoon ja Euroopan unionin aluejakoihin. Selvitysmenettelyn kautta tehdystä valtioneuvoston päätöksestä voidaan valittaa korkeimmalle hallinto-oikeudelle.

Luonnoksessa Pohjois- ja Etelä-Savon sote-maakuntien mahdollinen jaonmuutos toteutettaisiin sote-toimeenpanolakiesityksessä lakitasoisesti osana laajaa sote-lakiuudistusta ilman, että aluejakomuutoksen valmistelussa noudatettaisiin nykylainsäädännön ja uudistuksen voimaantulon jälkeen sote-maakuntarakennelaissa määriteltyä tiukkaa menettelyä sote-maakuntajaon muutoksen toteuttamiseksi.

Lausunnonantajan käsityksen mukaan sote-maakuntajaon muutoksen toteuttaminen lakitasoisesti osana sote-uudistusta ilman hallinnollisesti kestävästi tehtyä vaikutusten arviointia, selvitystä ja edellytysten tarkastelua sekä erityisesti kaikkien mukanaolevien tahojen kuulemista on huonoa lainvalmistelua, jossa ohitetaan kevyellä menettelyllä lainsäännössä ja sen toimeenpanossa valitsevat keskeisten aluejakomuutosten päätöksentekoa koskevat menettelytavat ja muutoksenhaku.

Sote-lakipaketin lausuntokierrokseen kuuluva lausunnon antaminen sote-maakuntajaon muutoksesta ei täytä jakomuutoksissa noudatettavia kuulemismenettelyjä. Esimerkiksi on täysin mahdollista, etteivät kaikki jakomuutoksen kohteena olevat tahot anna lausuntoa asiassa. Selvityksen kuulemismenettely edellyttävät asiaan liittyvien tahojen kattavaa ja velvoittavaa kuulemista sekä muutoinkin vaikutusten arvioimiseksi tarvittavan tiedonsaamista.

Kuntayhtymä näkemyksen mukaan esitysluonnoksen kohta ”4.2.6. Etelä- ja Pohjois-Savon aluejaon muuttaminen” sekä luonnoksen

liitteessä 3 oleva ”Taustamuistio Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkuntien maakuntajaosta” eivät millään tavalla täytä sote-maakuntajaon ja samalla maakuntajaon muutoksen selvitystä ja muutoksen toteuttamisen edellytysten arviointia.

Kuntayhtymän esittää, että Pohjois- ja Etelä-Savon sote-maakuntajaon muutoksesta määrätään tarvittaessa toimitettavaksi lainsäädännön mukainen erityinen selvitys. Selvitys voidaan toteuttaa tarvittaessa sote-uudistuksen lainsäädännön voimaantulon jälkeen.

Nyt lausuntokierroksella olevaan toimeenpanolain esitysluonnoksen 5 §:n maakuntajako lainkohtaan lisätään Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kunnat: Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Esitysluonnoksen kohta 4.2.6 ja liitteen 3 taustamuistion sekä muut viitaukset Pohjois- ja Etelä-Savon sote-maakuntajaon muutoksessa sote-uudistuslakipaketin osana voidaan poistaa. Etelä-Savon sote-maakunta perustetaan vaihtoehdon S2 mukaisesti.

3. Sote-maakuntien rahoitus, rahoituksen leikkurit ja palvelutarpeen muutostekijät

Sote-maakuntien valtion rahoitukseen perustuva rahoitusmalli turvaa lähtökohtaisesti perusoikeuksien toteutumisen sote-maakunnissa, kun rahoituksessa otetaan huomioon palvelutarvetekijät. Sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelutarpeen kasvun ottaminen huomioon sote-menojen kehityksen pitkän aikavälin ennustemallin (Some-malli) osoittaman muutoksen mukaisesti on perusteltua.

Valtiorahoitteisessa sote-mallissa vaihtoehto S2 antaa edellytykset talouden sopeuttamiseen ja muutoinkin merkittäviin muutoksiin asukkaiden perusoikeudet turvaavasti ja maakuntaitsehallinnon periaatteiden ja kansanvaltaisuuden vaatimusten mukaisesti.

Arvioinnin mukaan uudella Etelä-Savon sote-maakunnalla on onnistumisen edellytykset sopeuttaa toimintaansa vastaamaan uudistuksen mukaista rahoitusta. Essote-kuntayhtymän alueella sopeuttamistarve on pienempi kuin Pohjois-Savon sote-maakunnassa.

Itä-Savon mahdollinen siirtyminen Pohjois-Savon sote-maakuntaan merkitsee pidemmällä aikavälillä kustannusten kasvua ja vaikeuksia järjestää lakisääteiset ja kattavat sote-peruspalvelut ja erikoissairaanhoito alueen asukkaille. Pohjois-Savon sote-maakuntaan siirtyminen merkitsee yhdistymishyötyjen kaventumista ja ylimääräisiä sopeuttamistarpeita, jota rahoitusmalli ei ota huomioon.

Essote-kuntayhtymä/sairaanhoitopiiri kiinnittää huomiota Kuopion yliopistollisen keskussairaalan palvelujen suurimpana Pohjois-Savon ulkopuolisena käyttäjänä, että S2 vaihtoehto vahvistaa Itä- ja Keski-Suomen KYS-erityisvastuualueen eheyttä ja keskussairaalaverkon

toimivuutta sekä alueen yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammatillisen opetuksen hyvää yhteistyötä ja kehittämistoimintaa. Etelä-Savon sote-maakunnan mahdollinen typistyminen S1 vaihtoehdon mukaan, vaikuttaa heikentävästi edellä mainittuihin vakiintuneisiin yhteistyömuotoihin.

Esitysluonnoksen kustannusten kasvun 80 prosentin leikkuri on liikaa maan muuttotappioalueille ja erityisesti Etelä-Savon sote-maakunnalle. Lisäksi leikkuri perustuu koko maan keskiarvoon, joka lisää vääristymää edelleen ja vaikeuttaa yhdenvertaisuuden toteutumista. Sote-rahoituksen leikkaaminen maakunnilta palvelutarpeen mukaisesta kokonaisrahoituksesta yhtenäisellä prosenttisosuudella kohtelisi maakuntia rahoituksen näkökulmasta tasapuolisemmin.

Tarvevakioidun rahoituksen tulee olla oikeudenmukainen ja ottaa huomioon sote-maakuntien erityispiirteet, jotka ovat syntyneet pitkän ajan kuluessa. Nyt tarvevakioidun rahoituksen tietopohjan perusta ei ole riittävä eikä kuvaa kaikin osin oikein Etelä-Savon maakunnan tilannetta. Rahoitustarpeen oikeudenmukainen arviointi ja kriteeristö pitää tehdä kattavan sairausluokituksen ja myös muiden sote-palvelutekijöiden kautta.

Väestöltään ikääntyneessä ja asukasmäärältään supistuvassa Etelä-Savon sote-maakunnassa on kolme kaupunkikeskusta (Mikkeli, Savonlinna ja Pieksämäki), mikä on otettava huomioon tarvevakioinnissa. Alueen saaristoisuuden vuoksi saaristokertoimen kautta saatavaa tarvevakioitua rahoitusosaa tulee nostaa.

Etelä-Savon sote-maakunnan sote-peruspalvelut ja maakunnan kahden päivystävän sairaalan toiminta edellyttävät, että Itä-Savon 40.000 asukkaan alue on osa sote-maakuntaa. Etelä-Savon alueen sote-peruspalvelut ovat pitkälle jo nykyisin uudistuksen tavoitteiden mukaisia. Muutoinkin Etelä-Savon maakunnassa on edetty sairaalaverkon tiivistämisessä, kun vuonna 2016 Pieksämäen aluesairaala lakkautettiin.

Pelkästään maakunnan maantieteellisten tekijöiden ja saavutettavuuden vuoksi on perusteltua, että Mikkelissä ja Savonlinnassa on päivystävä sairaala. Erikoissairaanhoidon kahden toimiyksikön toiminnan turvaaminen vaatii maakunnan sote-rahoituksen lisäyksen vuositasossa 8 miljoonalla eurolla.

Perusterveydenhuollon rahoitus on turvattava tarvevakioinnissa selkein perustein. Tarvevakioinnin tekijöiden osalta on puutteita, jotka vaikuttavat rahoituslaskelmien kokonaisluotettavuuteen. Perusterveydenhuollon kannalta tietoja työterveyshuollosta ei ole täysimittaisesti saatavilla. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välinen suhde eri alueilla on tuotava esille.

Elintapasairaudet ja mielenterveyden hoito ei näy riittävällä tavalla tarvevakioidun rahoituksen kriteereissä, jolla on merkittävä vaikutus alueelle. Usein kuolemaan johtavien elintapasairauksien painotuksen tulee olla vahvempi. Mielenterveyssairaudet tulee myös olla selkeämmin esillä.

Etelä-Savon alue edellyttää huomattavasti suurempaa rahoitusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, joka huomioi myös kannusteet, kun saadaan aikaan oikean suuntaisia vaikutuksia.

Tarvetekijät eivät selitä kaikkia maakunnille siirtyviä kustannuksia. Osa liittyy muihin tuotantokustannuksiin, kuten useamman toimintayksikön välisiin matkoihin/etäisyyksiin tai yksityisen ja julkisen sektorin väliseen kilpailuun henkilöstöstä.

Rahoitusmalli ei myöskään ota riittävästi huomioon toimeentulon vajeita ja vähävaraisuutta. Rahoituksen kautta tulee turvata riittävä määrä koulutuspaikkoja Etelä-Savon sote-maakunnassa.

Maakuntien tilojen ja muiden merkittävien investointien kannalta on tärkeää, että sote-maakunnilla on riittävät omat investointivaltuudet ja -mahdollisuudet. Etenkin uudisinvestointien osalta sote-maakunnat tulevat tarvitsemaan lainarahoitusta. Mikäli sote-maakunta kykenee investoimaan tulorahoituksella tai valtion maakunnille säätämillä lainanottovaltuuksilla, se voi toteuttaa investoinnit omilla päätöksillä.

Sote-maakuntien lainarahoituksen saamisen edellytyksenä voi olla valtion takaus, jolla on vaikutusta rahoituskustannuksiin. Jos valtio takaa sote-maakunnan rahoitusta, sote-maakunta saa toteuttaa investoinnin vain, jos ministeriö on hyväksynyt sen osana sote-maakunnan investointisuunnitelmaa. Maakuntien leasing-vastuiden kasvattaminen voi johtaa nopeasti tulorahoituksen riittämättömyyteen vastuiden kasvaessa.

Lausunnonantajan käsityksen mukaan sote-maakunnille on turvattava riittävä mahdollisuus tarvittavien investointien tekemiseen. Tämä korostuu sen vuoksi, että sote-uudistuksen voimaantulon ja toimeenpanon pitkittyminen on lykännyt merkittävästi sote-investointien tekemistä nykyisessä kuntaperustaisessa sote-järjestämisen rakenteessa. Investointeja koskevaan osuuteen pitää saada riittävän pitkä siirtymäaika, nyt ei ole siirtymäaikoja.

Kuntalakia tulee muuttaa niin, että nykyisten sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja sote-kuntayhtymien kertyneiden alijäämien kattaminen olisi mahdollista tehdä alentamalla kuntayhtymien peruspääomaa enintään peruspääoman verran.

4. Etelä-Savon sote-maakunnan palvelustrategian tekeminen ja sote-uudistuksen laajojen sisältökehittämishankkeiden eteneminen Etelä-Savon sote-maakunnassa

Etelä-Savon maakunnan sote-uudistuksen palvelustrategian valmistelu on aloitettu koko maakuntaa kattavasti. Essote-kuntayhtymän alueella uudistuksen ohjaus ja johtaminen on organisoitu. Päättäjistä koostuva ohjausryhmä ja virkajohdon johtoryhmä ovat aloittaneet toimintansa. Hankkeiden henkilöstö on rekrytoitu. Itä-Savon sairaanhoitopiirin/Sosteri-kuntayhtymän sekä kuntien edustajat ovat alusta alkaen kutsuttu mukaan uudistuksen ohjausryhmän ja johtoryhmän toimintaan.

Maan hallituksen sote-uudistuksen 1. tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan kuuluvat hankkeet sekä 2. rakenteellista uudistamista tukevat hankkeet valmisteltiin keväällä 2020 Essote-kuntayhtymän ja Sosteri-kuntayhtymän alueella erikseen.

Valtionavustuksia koskevat päätökset on tehty erikseen kumpaisellekin maakunnan alueelle. Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirien/sote-kuntayhtymien ylimaakunnallinen asiakas- ja potilastietojärjestelmän kehittämishanke (ASTER) sai myös huomattavan valtionavustuksen. Lisäksi on haettu lähes kaikkia muita ministeriöiden pienempiä sote-hankkeita.

Edellä mainitut sote-substanssi hankkeet ovat hyvin etenemässä.

Kuntayhtymä pitää erittäin tärkeänä, että Etelä- ja Pohjois-Savon sote-maakuntajaon erillisratkaisu on tehty ja Essote-kuntayhtymän tavoitteen mukaisesti Etelä-Savon ja Itä-Savon hankkeet voidaan yhdistää ja saada Itä-Savon alue mukaan sote-subtanssihankkeisiin ja Aster -sote-tietojärjestelmähankkeeseen, joilla on sote-maakunnan palvelustrategian kannalta suurta merkitystä.

5. Etelä-Savon sote-maakunnan kaksi keskussairaalaa: Mikkelin keskussairaala laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaksi

Etelä-Savon maakunnassa on perusteltua arvioida Mikkelin ja Savonlinnan sairaaloiden ympärivuorokautisten päivystyspalvelujen profiileita.

Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden palvelutuotantojen volyymit poikkeavat toisistaan merkittävästi. Vuonna 2019 Mikkelissä toteutui runsas 117.000 poliklinikkakäyntejä, kun Savonlinnassa näitä oli runsas 67.000. Hoitopäiviä Mikkelissä oli noin 48.000 ja Savonlinnassa noin 19.000. Leikkauksia Mikkelissä tehtiin vajaa 4.400 ja Savonlinnassa vajaa 2.200.

Mikkelin keskussairaalan edellytykset toimia koko Etelä-Savon sote-maakunnan ja myös ylimaakunnallisesti päivystysleikkauksia suorittavana keskussairaalana on turvattava kaikissa oloissa.

Maakunnan läpäisevä valtatie 5 kulkee Etelä-Savon alueen halki ja Mikkelin kautta. Sen, erityisesti kesäaikaan painottuva, vilkas liikenne sekä maakunnan runsas kausiasukaskunta tuo runsaasti, erityisesti tapaturmiin, ja muihinkin terveyspalvelutarpeisiin liittyviä, päivystyspalvelutarpeita. Useana kesänä Mikkelin keskussairaala on ollut valtakunnallisesti vilkkaimpia traumasairaaloita.

Erikoissairaanhoidon päivystysvalmiuden ja päivystyksellisten päivystyspalvelutarpeiden vuoksi, on perusteltua, että Mikkelin keskussairaala voidaan määritellä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentin mukaiseksi laajan päivystyksen sairaalaksi. Nämä vaatimukset sairaala jo nykyisellään suurelta osin täyttää.

Itä-Savon alueella Savonlinnassa on joka tapauksessa kaikissa tilanteissa perusteltua huolehtia sairaalan akuuttilääketieteen riittävästä päivystysvalmiudesta.

Mikkelin keskussairaala tukee Savonlinnassa toteutettavaa päivystyspalvelua etäyhteyksillä sisätautien, kirurgian, lastentautien ja naistentautien ja synnytysten erikoislääkärityöpanoksella sekä antamalla ympärivuorokautista radiologien toteuttamaa kuvakonsultaatiopalvelua. Mikkelissä toteutettava päivystysaikainen yleislääketieteen etätakapäivystyspalvelu suunnataan myös Savonlinnan päivystysyksikön, vanhuspalvelujen ja sosiaalipäivystyksen käyttöön.

Mikkelistä on tuettu Savonlinnan äitiyspoliklinikkatoimintaa vuodesta 2018 lähtien erikoislääkärin työpanoksella. Savonlinnan verisuonikirurgi on työskennellyt Mikkelissä 2-3 päivänä viikossa toteuttaen yhteisleikkauksia, verisuonikirurgisia toimenpiteitä sekä polikliinistä vastaanottotoimintaa. Mikkelin urologian, verisuonikirurgian, gastroenterologisen kirurgian sekä ortopedian ja traumatologian erikoislääkäreiden työpanosta voidaan tarpeen mukaan suunnata Savonlinnan polikliiniseen vastaanottotoimintaan ja päiväkirurgisiin leikkaustoimenpiteisiin.

Mikkelissä on valmius toteuttaa Etelä-Savon maakunnan psykiatrinen, tahdonvastainen osastohoito, neurologinen vuodeosastohoito, synnytystoiminta, vaativan kuntoutuksen osastohoito ja sekä päihdekuntoutushoito. Mikkelin hyvinvointikeskus-keskussairaalan alueelle on rakenteilla uudisinvestointina Mielen- ja kuntoutuksentalo, joka korvaa Moision sairaalan.

Mikkelin keskussairaalassa toteutetaan keskittämisasetuksen 7 §:n mukaiset ja nykyisinkin volyymimääriltään riittävät lonkka- ja polvitekonivel- sekä selkäleikkaukset ja rinta- ja

paksusuolisyöpäleikkaukset. Tätä leikkausresurssia on tarjottavissa myös Itä-Savon alueen asukkaille.

Essote-kuntayhtymä on toteuttamassa Aster -asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoa yhdessä Keski-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Siunsote-kuntayhtymän kanssa. Itä-Savon on mahdollisuus liittyä mukaan.

6. Etelä-Savon pelastuslaitos ja sote-maakuntajaon muutos

Etelä-Savon pelastuslaitos on toiminut vuodesta 2004 alkaen koko nykyisen Etelä-Savon maakunnan alueelle. Toimintaa on kehitetty siten, että palveluita voidaan tuottaa joustavasti ja henkilöstöä hyödynnetään mahdollisimman monipuolisesti koko maakunnan alueella.

Sote-maakuntajaon muuttaminen tarkoittaa pelastuspalvelujen kannalta sitä, että maakuntauudistuksen tavoitteena oleva lähtökohtana palvelutason turvaamisesta ja kehittämisestä vastaamaan muuttuvan toimintaympäristön tarpeita vaarantuu vakavalla tavalla, eikä välttämättä toteudu jäljelle jäävän huomattavasti pienemmän Etelä-Savon maakunnan alueella.

Maakuntajaon muuttaminen heikentää Etelä-Savon pelastuslaitoksen toimintamahdollisuuksia. Savonlinnan alueen siirtyminen Pohjois-Savon maakuntaan tarkoittaa käytännössä sitä, että pelastuslaitoksen käytettävissä olevat henkilöstö- ja muut resurssit pienenevät oleellisesti ja se puolestaan heikentää Etelä-Savon pelastuslaitoksen toiminta-mahdollisuuksia.

7. Vaalijalan ylimaakunnallinen erityispalvelujen kuntayhtymä ja ympäristöterveydenhuolto

Erityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen julkinen tuottaminen edellyttää pääsääntöisesti sote-maakuntien välistä yhteistyötä samalla tavalla kuin erikoissairaanhoito.

Yhteistyöalueen yhteistyösopimus neljän vuoden välein ei ole riittävän vakaa pohja pitkäjänteiselle palvelujen kehittämiselle. Esimerkiksi rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten hoito ja kuntoutus ovat koko maan kattavaa toimintaa, jota Vaalijala toteuttaa.

Hallituksen esitysluonnosta tulee korjata siten, että julkiset erityishuollon ylimaakunnalliset palvelutuottajat voivat olla jatkossa sote-maakuntayhtymiä. Kuntayhtymien muutos sote-maakuntayhtymiksi tulee kirjata lainsäädännön toimeenpanosäädöksiin ja erityisopetuksen järjestämislupa siirtää uusille erityispalvelujen sote-maakuntayhtymille.

Ympäristöterveydenhuollon tehtävät tulee kirjata sote-maakunnan tehtäviksi. Mikäli ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirto jätetään

kuitenkin odottamaan monialaisen maakunnan valmistelua, tulee sote-maakuntalakiin nyt kirjata mahdollisuus kuntien sopimuksella siirtää ympäristöterveydenhuollon järjestäminen sote-maakunnalle.

8. Sote-maakuntajaon muutoksen vaikutukset muihin aluejakoihin ja laajemmin koko alueen ja maakunnan toimintaan

Maakuntajaon muutos Etelä- ja Pohjois-Savon osalta johtaa pitkäaikaisen tradition mukaisen maakuntajaon muutokseen. Muutosratkaisu ei mahdollista nykyisten olemassa olevien valtion aluehallinnon, kunnallisten, järjestöjen sekä yritysten ja liiketoiminnan yhteistyörakenteiden ja perinteiden sekä yhteistyösuhteiden hyödyntämistä nykyisen kaltaisena.

Etelä-Savon Liitto lausunnossaan esittää arvionsa koskien mahdollisen maakuntajaon muutoksen vaikutuksia muiden aluejakojen ja alueellisten toimintojen suhteen. Sote-maakuntajaon muutos vaikuttaa kaikkiin merkittäviin aluejakoihin ja kaikille elämänalueille.

Päätös: Hallitus hyväksyi päätösesityksen yksimielisesti. Lisäksi hallitus valtuutti kuntayhtymän johtajan tekemään lausuntoon mahdollisia tarkennuksia ja stilisointia 14.9.2020 saakka.

Jarmo Korhonen ja Petri Leino Talent Vectia Oy:stä olivat läsnä kokouksessa asiaa selostettaessa ja he poistuivat sen jälkeen kokouksesta ennen päätöksentekoa klo 15.45.

Arto Seppälä ja Eero Aho saapuivat kokoukseen klo 14.20 ja Tuula Vornanen klo 14.52 asian esittelyn aikana.

Hallitus piti tauon klo 16.02-16.15 ja jatkoi sen jälkeen kokousta.

Valtuusto 17.09.2020 § 47
662/00.04.00/2020

Päätös: Valtuusto hyväksyi päätösehdotuksen yksimielisesti.

Eija Peura osallistui kokoukseen tämän asian käsittelyn aikana klo 13.32.