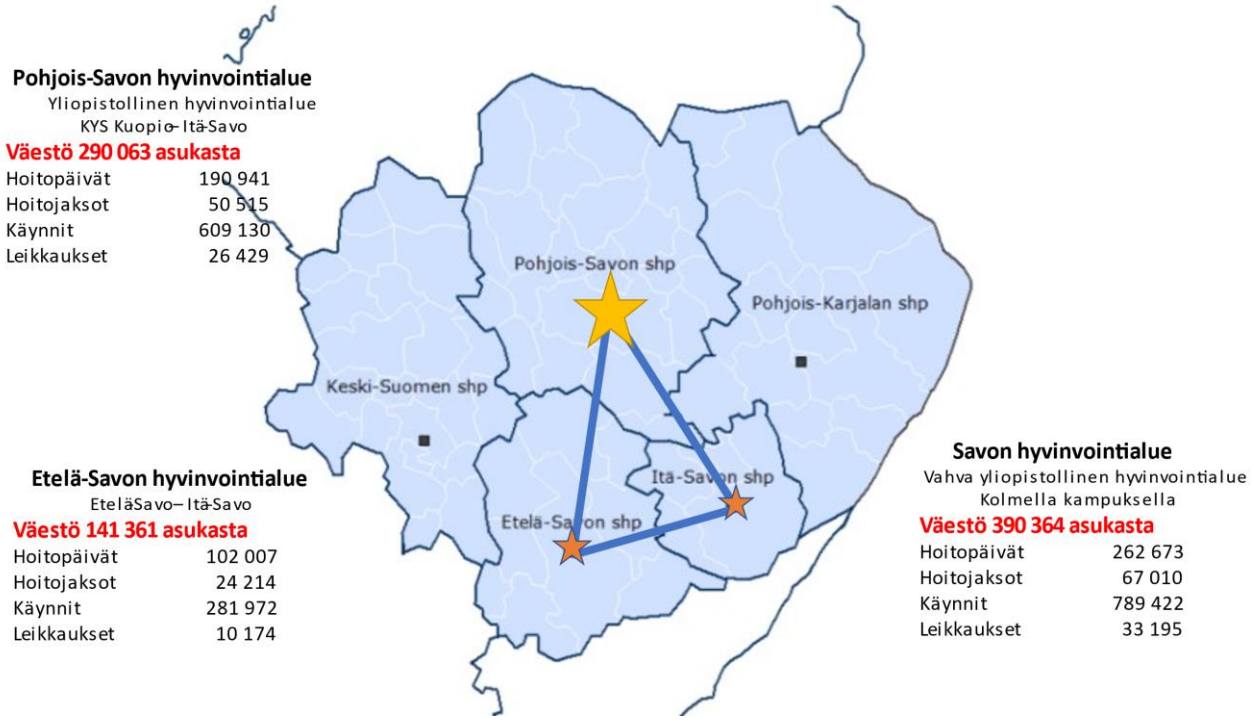
RAPORTTI 31.1.2021

Itä-Savon asema sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointialueiden palapelissä;

näkymä palveluiden saavutettavuuteen ja edellytyksiin



Itä-Savon asema sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointialueiden palapelissä;

näkymä palveluiden saavutettavuuteen ja edellytyksiin

Taustaselvitys Savonlinnan keskussairaalan asemasta sote-uudistuksessa

Savonlinnassa 31.1.2021

Timo Keistinen

TimoKeistinen

Abri oy
Hiirosentie 38, 90140 Oulu

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakiuudistuksessa tavoitteena on turvata laadukkaiden palveluiden saatavuus ja saavutettavuus kaikille Suomessa asuville. Etelä-Savon maakunnan alueella yhdenvertaisten palveluiden turvaaminen asukkaille on haasteellista. Maakunnan alueella on kaksi sairaanhoitopiiriä, joilla molemmilla omat kattavasti toimivat keskussairaalat Mikkelissä ja Savonlinnassa. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslakivaliokunta on aikaisemmin todennut, että maakuntien varsin erilaiset lähtökohdat ja resurssit sekä erot maakuntien välisissä ja sisäisissä olosuhteissa saattavat muodostua myös perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmallisiksi. Perustuslakivaliokunnan mielestä ilmeisenä vaarana on, että palvelujärjestelmään syntyy alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa. Hyvinvointialueista päätettäessä tämä tulee erityisen selvästi esille Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden tulevassa toiminnassa. Se heijastuu koko Itä-Suomen aluetalouteen ja tulevaisuuteen. Molempien sairaaloiden alueella väestö vähenee ja ikääntyy nopeasti, työllisyys ja koulutustaso on matala sekä sairastavuus suurta.

Raportissa arvioidaan pitkän tähtäimen edellytyksiä alueen kahdelle päivystävälle keskussairaalalle väestön palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta. Eduskunnan käsittelyssä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukainen hyvinvointialueiden jako on kuin palapeli, jossa jokainen pala muuttaa aiemmista paloista syntynyttä kuviota. Merkitykset kelautuvat eteen- ja taaksepäin. Muutosta tehdään tuleville vuosikymmenille. Tärkeintä on perustuslain edellyttämät yhdenvertaiset palvelut alueen asukkaille sekä Itä-Suomen tulevaisuus.

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen keskeisiä tavoitteita on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti. Alueelliset erityispiirteet on luvattu ottaa huomioon uudistuksessa. Perustuslakivaliokunta on todennut, että maakuntien varsin erilaiset lähtökohdat ja resurssit sekä erot maakuntien välisissä ja sisäisissä olosuhteissa saattavat muodostua myös perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmallisiksi. Perustuslakivaliokunnan mielestä ilmeisenä vaarana on, että palvelujärjestelmään syntyy alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa.

Hyvinvointialueista päätettäessä muutosta tehdään tuleville vuosikymmenille. Nyt kumotaan 50 vuotta vanhaa lainsäädäntöä. Parlamentaarinen työryhmä on esittänyt, että tulevien hyvinvointialueiden tehtävät keskittyisivät sosiaali- ja terveydenhuoltoon ympäristöterveydenhuollolla täydennettynä sekä pelastukseen. Hallituksen esityksessä tulisi Etelä-Savon hyvinvointialueelle kaksi toiminnoiltaan ja varustelultaan varsin samanlaista keskussairaalaa, joiden yhteistoimina on vähäistä. Hyvinvointialueen taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys sekä tuleva väestönkehitys on heikointa maassamme.

Lyhyellä tähtäimellä esitetty rahoitusmalli riittäisi kahdelle päivystävälle sairaalalle, mutta väestön väheneminen johtaa 10 vuoden sisällä tarpeeseen keskittää toimintaa yhteen sairaalaan. Etelä-Savon ehdotettu hyvinvointialue ei pysty turvaamaan ammattitaitoisen henkilöstön saantia kahteen yhteispäivystyksen sairaalaan. On pelättävissä, että henkilöstöpulan, lähinnä erikoislääkäreiden saannin takia, yhteispäivystys ja leikkaustoiminta joudutaan lopettamaan nopealla aikataululla Savonlinnan keskussairaalasta, vaikka lainsäädäntöehdotus antaa toiminnalle 10 vuoden jatkomahdollisuuden.

Itä-Savon liittyminen Etelä-Savon hyvinvointialueeseen voisi johtaa yli 40.000 asukkaan joutumisen eriarvoiseen tilanteeseen palveluiden saavutettavuudessa. Ratkaisu voi osoittautua perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmalliseksi. Ratkaisu ei turvaisi tavoitteiden mukaisesti palveluiden saavutettavuutta ja ammattitaitoisen työvoiman saantia, vaan huonontaisi väestön näkökulmasta sitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Pohjois-Savon suunta ja yhteys Kuopion yliopistosairaalaan tarjoaa parhaat mahdollisuudet kehittää Itä-Savon ja Savonlinnan keskussairaalan toimintaa vastaamaan nykyistä paremmin niin koko Itä-Suomen kuin Itä-Savon asukkaiden todellisia tarpeita vahvistaen Kuopion yliopistollista sairaalaa. Yliopistot ovat avainroolissa niin alueiden elinvoiman edistämisessä kuin koulutuetun työvoiman saannissa. Itä-Savon väestö on kansalaiskyselyssä ja palveluiden käytössä vahvasti suuntautunut terveyspalveluissa kohti Kuopion yliopistollista sairaalaa, kun tarvitaan hoitoa, jota omasta Savonlinnan keskussairaalasta ei ole saatavissa. Erikoissairaanhoidossa olisi mahdollista luoda sote-uudistuksessa Kuopion yliopistolliselle sairaalalle ja Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako. Yliopistosairaalan osana Savonlinnan keskussairaalalla on mahdollisuus rekrytoida osaajia. Itä-Savolla ja Savonlinnan keskussairaalalla on oltava luottamus tulevaisuuteen ja työvoiman saatavuuteen – siihen, että uudet säädökset kantavat tulevaisuuteen. Ilman tätä ei synny uutta eikä tulevaisuutta Itä-Suomessa.

Sisältö

Johdanto 6

Lainsäädäntö 6

Sote-lakipaketti: Hallituksen esitys 8.12.2020 7

Lausunnolle 15.6.2020 lähtenyt esitys 9

Lakiesityksestä annetut lausunnot 11

Itä-Savon shp:n ja Savonlinnan lausunto 12

Muut lausunnot 14

Lainsäädännön arviointineuvoston kannanotto 14

Voimassa oleva lainsäädäntö 15

Hyvinvointialueen kyky tarjota palveluita 16

Aluetaloudellinen näkökulma 17

Itä-Suomen väestökehitys 18

Sairastavuus Itä-Suomessa 21

Henkilöstö 23

Erikoislääkäritilanne Etelä-Savossa 25

Yliopistosairaalan merkitys 26

Tilat ja laitteet 29

Toiminnan rahoitus 31

Savonlinnan keskussairaalan toimintaedellytykset 35

Itä-Savo osana Etelä-Savon hyvinvointialuetta 35

Sairaaloiden nykyinen toiminta 35

Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden yhteistyö 39

Taloudellinen kantokyky 40

Henkilöstön saatavuus 42

Etelä-Savon hyvinvointialueen tuleva kehitysennuste 43

Itä-Savo osana Pohjos-Savon hyvinvointialuetta 44

Laaja Savon hyvinvointialue 48

Johtopäätökset 50

Johdanto

Hallituksen esitys hyvinvointialueiden perustamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistamista (sote-lainsäädäntöesitys) on annettu 8.12.2020 eduskunnalle. Ehdotuksen mukaiset hyvinvointialueet perustettaisiin mahdollisimman pian lakien hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen. Lait tulisivat voimaan porrastetusti siten, että osa tulisi voimaan heinäkuussa 2021 ja viimeiset osat tammikuussa 2023. Kokonaisuuden voimaantulo vaatii eduskunnan hyväksynnän. Käsittelyprosessi etenee kevään 2021 aikana eduskunnassa.

Esityksen mukaan Suomeen muodostettaisiin 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettäisiin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät. Itä-Savon sairaanhoitopiiri ja sen jäsenkunnat olivat tukeneet vaihtoehtoa, jossa Itä-Savon suuntautuminen tulisi olemaan Pohjois-Savo. Tämä oli myös valtioneuvoston lausunnolle lähetetyssä lakiluonnoksessa suunta Itä-Savolle. Tällöin erikoissairaanhoidossa arvioitiin olevan mahdollista luoda Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) ja nykyiselle Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat on sijoitettu eduskunnalle menneessä sote-lakiesityksessä Etelä-Savon hyvinvointialueelle. Nykyinen lainsäädäntö ei antaisi tällöin Etelä-Savon kaltaiselle hyvinvointialueelle oikeutta ylläpitää kahta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitävää sairaalaa. Lakiesitys antaa kuitenkin Etelä-Savon hyvinvointialueille mahdollisuuden terveydenhuoltolaista poiketen ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka. Tällöin leikkaustoiminta olisi mahdollista sekä Mikkelin että Savonlinnan keskussairaaloissa kymmenen tulevan vuoden ajan. Kahdesta päivystyksestä aiheutuviin kustannuksiin ei maksettaisi erilliskorvausta, vaan kustannukset tulisi kattaa hyvinvointialueen rahoituslain mukaisella yleiskatteellisella rahoituksella

Tässä selvityksessä arvioidaan Etelä-Savon hyvinvointialueen toimintaedellytyksiä kahdelle yhteispäivystyssairaalalle ja vaihtoehtoisesti Savonlinnan keskussairaalan edellytykset toiminnalle Pohjois-Savon hyvinvointialueella.

Lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen keskeisinä tavoitteina on ollut 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. Lainsäädännön tavoitteet ovat pysyneet pitkälti samoina, vaikka lainsäädäntöä on valmisteltu vuosia eri hallitusten toimesta. Ainoastaan painotukset ovat muuttuneet eri esityksissä. Pääministeri Marinin hallitusohjelmassa todetaan, että palvelujärjestelmän haasteet ovat erilaisia eri puolilla maatamme. Väestöä menettävillä, ikääntyvillä alueilla sosiaali- ja terveyspalveluiden

saatavuudessa on todettu olevan ongelmia. Tavoitteeksi on kirjattu, että alueelliset erityispiirteet otettaisiin huomioon mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja palveluiden järjestämisessä.

Sote-lakipaketti: Hallituksen esitys 8.12.2020

Sosiaali- ja terveydenhuollon uuden lainsäädännön esityksessä ehdotetaan säädettäväksi uuden hallintotason, hyvinvointialueiden, perustamisen ja toiminnan kannalta keskeiset lait, joita ovat laki hyvinvointialueista, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, laki pelastustoimen järjestämisestä, laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla sekä niiden yhteinen voimaanpanolaki, laki hyvinvointialueiden rahoituksesta sekä ehdotukset kuntien valtionosuutta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, hyvinvointialueiden henkilöstöä koskevan lainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi. Hallituksen esitys eduskunnalle on hyvin laaja käsittäen 1.669 sivua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon pitkäaikaisen toiminnan näkökulmasta seuraavat lakiesitykset ovat keskeisimpiä:

Lain hyvinvointialueista tarkoituksena on luoda edellytykset itsehallinnolle kuntia suuremmalla hallintoalueella (hyvinvointialue) sekä asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien toteuttamiselle hyvinvointialueen toiminnassa. *Lain tarkoituksena on myös edistää hyvinvointialueen toiminnan suunnitelmallisuutta ja* ***taloudellista kestävyyttä*** *sekä luoda hyvinvointialueelle edellytykset tukea asukkaidensa hyvinvointia.* Hyvinvointialueella on oltava strategia, jossa aluevaltuusto päättää hyvinvointialueen toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteista. Hyvinvointialueen strategian tulee perustua arvioon hyvinvointialueen tilanteesta strategian laatimishetkellä sekä tulevista toimintaympäristön muutoksista ja niiden vaikutuksista hyvinvointialueen tehtävien toteuttamiseen. Valtiovarainministeriö voi käynnistää hyvinvointialueen arviointimenettelyn laissa esitetyin edellytyksin. Arviointiryhmä tekee ehdotuksen hyvinvointialueen talouden tervehdyttämiseksi sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen palvelujen järjestämisen edellytysten turvaamiseksi tarvittavista toimista.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. *Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toteutettaessa on* ***edistettävä*** *niiden esteettömyyttä ja* ***saavutettavuutta****.* Hyvinvointialueen on laadittava taloutensa ja toimintansa suunnittelua ja johtamista varten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia osana hyvinvointialuestrategiaa. Palvelustrategiassa hyvinvointialue päättää järjestämisvastuulleen kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet. Lisäksi hyvinvointialue asettaa palvelustrategiassa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon hyvinvointialueen asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet sekä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.

Järjestämislain mukaan (27§) sosiaali- ja terveysministeriö voi tehdä valtiovarainministeriölle aloitteen hyvinvointialueesta annetun lain 122 §:ssä tarkoitetun hyvinvointialueen ***arviointimenettelyn*** *käynnistämiseksi*, jos on osoittautunut, että hyvinvointialueen kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto on ilmeisesti vaarantunut muutoin kuin tilapäisesti. Tällaisia indikaattoreita ovat lain mukaan muun muassa se, että (3) *sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut asukaskohtaiset* ***kustannukset*** *tai niiden kehitys vaarantavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisen ja riittävän saatavuuden*; 4) *hyvinvointialueella ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon* ***järjestämisen edellyttämää henkilöstöä****, osaamista, toimintakykyä, valmiutta tai omaa palvelutuotantoa*. Lain mukaan (28§) sosiaali- ja terveysministeriö voi tehdä aloitteen hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain 11 §:ssä tarkoitetun lisärahoituksen myöntämiseksi hyvinvointialueelle ja lisärahoituksen ehdoista siten kuin mainitun lain 26 §:ssä säädetään.

Hyvinvointialue- ja maakuntajakolain mukaa hyvinvointialueen alueena on maakunta. Suomi jakaantuisi hyvinvointialueisiin. *Hyvinvointialuetta voitaisiin muuttaa, jos muutos parantaa hyvinvointialueen toiminnallisia ja taloudellisia edellytyksiä* vastata palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta tai muuten edistää hyvinvointialueen toimintakykyä tai hyvinvointialueen asukkaiden palveluja tai elinolosuhteita. Hyvinvointialueen muuttaminen, hyvinvointialueiden yhdistyminen ja hyvinvointialueen jakaminen muuttaa maakuntajakoa hyvinvointialueen tai hyvinvointialueiden muutosta vastaavasti. Hyvinvointialueita voidaan muuttaa myös siten, että *kunta siirretään kuuluvaksi toiseen maakuntaan*, jolloin hyvinvointialueiden lukumäärä ei muutu (kunnan siirtäminen) (2§). Hyvinvointialuetta voidaan muuttaa, jos hyvinvointialueet täyttävät muutoksen jälkeen 1 §:n 2 momentissa säädetyt edellytykset ja muutos parantaa: 1) hyvinvointialueen toiminnallisia ja taloudellisia edellytyksiä vastata palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta tai muuten edistää hyvinvointialueen toimintakykyä. Esityksen hyvinvointialueen muuttamisesta voi tehdä muutoksen kohteena oleva hyvinvointialue tai muutoksen kohteena olevalla alueella oleva kunta (6§).

Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta säätää maakuntajaosta ja hyvinvointialueiden nimistä ja alueista. Ensimmäiset aluevaalit olisivat sunnuntaina 23. päivänä tammikuuta 2022. Toiminnan järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille 1. päivänä tammikuuta 2023. *Lakiesityksessä muodostuisi (6§) Etelä-Savon maakunta, jonka alue muodostuu* ***Enonkosken, Hirvensalmen, Juvan, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun, Pertunmaan, Pieksämäen, Puumalan, Rantasalmen, Savonlinnan ja Sulkavan kunnista.*** Hyvinvointialueen nimi olisi Etelä-Savon hyvinvointialue***.*** *Lakiin on kirjattu, että Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden ympärivuorokautisesta yhteispäivystyksestä, että sen estämättä, mitä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momenteissa säädetään, Lapin ja* ***EteläSavon hyvinvointialueet voivat ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka.***

Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta määrittää hyvinvointialueille myönnetään valtion rahoitusta hyvinvointialueen asukasmäärän, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien ja pelastustoimen riskitekijöiden perusteella siten kuin jäljempänä tarkemmin säädetään. Määräytymistekijöiden

osuudet muuttuvat vuosittain määräytymistekijöiden ja hyvinvointialueiden tehtävämuutosten perusteella kohdistuvan rahoituksen muutosten mukaisesti. Valtion rahoituksen taso kullekin varainhoitovuodelle perustuu hyvinvointialueiden edellisen vuoden laskennallisiin kustannuksiin. Edellä tarkoitetuista palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavista tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista säädetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen perustuen vähintään neljän vuoden välein.

Lausunnolle 15.6.2020 lähtenyt esitys

Ministeriöiden valmistelema sote-lakipaketti lähetettiin lausuntokierroksella 15.6.-25.9.2020. Siihen liittyi laaja taustamuistio Itä-Savon asemasta sote-uudistuksessa. Taustamuistion pohjalta esitettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntien liittämistä Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen. Lausunnolle lähteneen ehdotuksen taustamuistiossa käydään läpi muun muassa niitä asioita, jotka tukisivat lausunnolle lähteneen ehdotuksen ajatusta sijoittaa Itä-Savo Pohjois-Savon yhteyteen.

Taustamuistion mukaan Etelä-Savon maakunnan alue on kaikin puolin heikko kantamaan vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä.

Itä-Savon ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirit kuuluvat nyt Etelä-Savon maakuntaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri Pohjois-Savon maakuntaan. Pohjois-Savon väestömäärä (245.602) on maan kuuden suurimman joukossa. Itä-Savon väestömäärä (41.060) on maan pienin ja Etelä-Savon väestömäärä (100.226) on maan pienimpien joukossa. Etelä-Savon väkiluvun ennakoidaan pienenevän vajaalla kymmenellä prosentilla ja Itä-Savon vastaavasti noin 16 prosentilla vuoteen 2030 mennessä. PohjoisSavon väestön ennustetaan vähenevän noin viiden prosentin verran. Kaikki kolme aluetta ovat väestöltään maan keskiarvoa iäkkäämpiä. Itä-Savon ja Etelä-Savon alueilla 65 vuotta täyttäneiden suhteelliset osuudet ovat maan suurimmat. Yli 65-vuotiaiden suhteellisen osuuden ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä edelleen merkittävästi kaikilla kolmella alueella. Itä-Savon alueella syntyvyys on koko maan pienintä. Väestörakenteessa 0 – 17-vuotiaiden prosenttiosuudet ovat Itä-Savon ja Etelä-Savon alueella maan pienimmät. Huoltosuhteet ovat maan korkeimmat Itä-Savon ja Etelä-Savon alueilla. Itä-Savon alueella koulutustaso ja työllisten osuus väestöstä ovat koko maan matalimmat. Työllisten osuus väestöstä jää myös Etelä-Savon alueella alle maan keskiarvon. Pienituloisia on paljon. Väestö sairastaa kaikilla kolmella alueella maan keskiarvoa enemmän. Väestön sairastavuus on ikävakioimattoman indeksin mukaan huomattavan suurta. Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus ylittää merkittävästi maan keskiarvon. Väestön suuri palvelutarve vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen nettokäyttökustannuksiin. Etelä-Savon maakunnan alue on siten kaikin puolin heikko kantamaan vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä.

Taustamuistiossa todetaan, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Sosteri tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut kaikille neljälle kunnalle: Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja

Sulkava. Savonlinnalle ja Enonkoskelle kuntayhtymä tuottaa myös perustason sosiaali- ja terveyspalvelut. **Savonlinnan keskussairaalassa** on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystys. Synnytystoimintaa sairaalassa ei ole ollut vuoden 2015 alusta lähtien. Savonlinnan keskussairaala tarjoaa laajasti peruserikoissairaanhoidon palveluita monen erikoisalan osalta. Sairaalassa on modernit, hyvin varustetut leikkaussalit ja leikkausosastolla päivystysvalmius. Vuodeosastokapasiteettia on muutettu erikoissairaanhoidosta myös perusterveydenhuoltoa palvelevaksi. Sairaalan varustelutaso on hyvä ja sillä on pitkälle hiottu laatujärjestelmä, mutta pieni väestö aiheuttaa haavoittuvuutta ja vaikeuttaa toiminnan optimointia tehokkaaksi. Savonlinnan keskussairaalan yhteyteen valmistuu keväällä 2022 uusi, kiinteästi keskussairaalan yhteydessä toimiva sotekeskus, joka tarjoaa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelut -kuntayhtymä (Essote). **Mikkelin keskussairaalassa** on yhteispäivystys (monitoimijapäivystys) ja yhdentoista erikoisalan päivystyksiä, mukaan luettuna suun terveydenhuollon päivystys. Psykiatrian sairaalapalvelut tuotetaan Moision sairaalassa, kunnes suunniteltu Mielen ja kuntoutuksen talo valmistuu sairaalan yhteyteen. Mikkelin keskussairaalan investointihankkeessa tarkoituksena on modernin päivystyssairaalan ja hyvinvointikeskuksen rakentaminen. Mikkelin keskussairaalaan on tehty laaja korjaus ja uudisrakentaminen käsittäen muun muassa Kuuman sairaalan ja Perhetalon. Essote järjestää seitsemän kunnan perustason sote-palvelut Joroisten kuntaa ja Pieksämäen kaupunkia lukuun ottamatta. Väestöllä on suuri sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve. Tämä vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksiin, jotka ylittävät noin 18 prosentilla maan keskiarvon. Essoten kuntayhtymän tilinpäätöksen ja toimintakertomuksen mukaan henkilöstön määrä oli vuoden 2018 lopussa 3.719 työntekijää. Mikkelin alueella pulaa oli myös erikoislääkäreistä. Terveyskeskuksien lääkärivaje oli 19,5 prosenttia eli huomattavasti koko maata korkeampi.

Kuopion yliopistollinen sairaala on yksi maan kolmestatoista laajan päivystyksen sairaalasta ja yksi viidestä yliopistosairaalasta. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tilinpäätöksen ja toimintakertomuksen mukaan sen palveluksessa oli vuoden 2018 lopussa yhteensä 4.465 henkilöä. Ylä-Savon SOTE -kuntayhtymän sairaala Iisalmessa, Varkauden sairaala ja Kuopion kaupungin Harjulan sairaala sekä valtion omistama Niuvanniemen oikeuspsykiatrinen sairaala tarjoavat erikoissairaanhoidon palveluita. Kuntien kustannuksia tulevina vuosina rasittavat myös sote-kiinteistöihin kohdistuvat laajat investoinnit. Näistä merkittävimpiä ovat Kuopion yliopistollisen sairaalan noin 133 miljoonan, Varkauden sairaalan noin 30 miljoonan ja Ylä-Savon sairaalan noin 23 miljoonan euron investoinnit. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella perustason sosiaali- ja terveyspalveluista vastaa viisi eri organisaatiota. Kaikkien kolmen sairaanhoitopiirin alueella on tehty väestöön nähden varsin runsaasti sairaalainvestointeja. Tämä saattaa osaltaan kertoa tilanteesta, jossa sairaaloiden työnjakoa ei ole saatu tehtyä kestävällä tavalla ja sairaanhoitopiirien välillä on ”kilpavarustelua”.

Pohjois-Savon maakunnan väkiluku on nykyhetkellä noin 244.000 asukasta. Kun Joroinen liitetään osaksi Pohjois-Savoa 1.1.2021, uusi asukasluku tulee olemaan noin 249.000 henkeä. Aluejaon muutos Itä-Savon osalta kasvattaisi maakunnan väkiluvun noin 289.500 asukkaaseen, nousua olisi noin 16 prosenttia. Vaihtoehdossa, jossa Itä-Savon kunnat yhdistettäisiin Pohjois-Savon sote-

maakuntaan, muodostuisi Pohjois-Savon sote-maakunnasta noin 290.000 asukkaan vahva sosiaali- ja terveyspalveluiden ja pelastustoimen järjestäjä. Erikoissairaanhoidolle olisi mahdollista luoda Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) ja nykyiselle Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako. Esimerkiksi tehohoitoa vaativaa raskasta kirurgia ja vaativaa kuvantamista olisi mahdollista sijoittaa KYS:iin ja esimerkiksi osa lyhyttä jälkihoitoa vaativista kirurgian toimenpiteistä ja vaativaa laitoskuntoutusta olisi mahdollista sijoittaa nykyiseen Savonlinnan keskussairaalaan. Savonlinnan yksiköt voisivat toimia eräänlaisina ”satelliittiyksiköinä” KYS:n kyseisen erikoisalan toimintamalleja ja –periaatteita noudattaen. Tästä voisi syntyä toiminnallista ja taloudellista hyötyä henkilöstön tehokkaamman käytön ja etävastaanottojen kautta sekä muita hyötyjä, kuten erikoislääkärikoulutuksen monipuolistuminen.

Erikoissairaanhoidolle olisi mahdollista luoda Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) ja nykyiselle Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako.

Alueet, joissa sijaitsee yliopistollinen keskussairaala ovat työntekijöille vetovoimaisempia kuin muut. Jos Itä-Savon kunnat liitettäisiin Pohjois-Savon sote-maakuntaan, niiden perusterveydenhuolto ei todennäköisesti ainakaan heikkenisi verrattuna nykytilaan.

Vaihtoehdossa Etelä-Savon sote-maakunnasta muodostuisi noin 90.000 asukkaan pieni sote-maakunta, jossa palvelutarve olisi erittäin suurta ja väestö sekä vanheneva että pienenevä. Tällöin Etelä-Savon taloudellinen kantokyky sosiaali- ja terveyspalveluin ja pelastustoimen järjestäjänä olisi jo lähtötilanteessa melko heikko. Vaihtoehdossa, jossa Itä-Savon kunnat jäisivät Etelä-Savon sote-maakuntaan, toimisi noin 134.000 asukkaan palvelujen järjestäjänä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ikääntyvän väestön palvelutarve olisi todennäköisesti jatkossakin maan suurin. ***Taustamuistossa todetaan, että erikoissairaanhoidossa kahden pienen, maantieteellisesti suhteellisen lähellä toisiaan olevan ja tällä hetkellä toimintaprofiililtaan varsin samanlaisen sairaalan työnjaosta sopiminen olisi vaikeaa.*** Etelä-Savon sote-maakunnassa olisi päätettävä, sijoitettaisiinko esimerkiksi tehohoitoa vaativa raskas kirurgia ja muu vaativa lääketieteellinen toiminta vain toiseen sairaalaan vai jatkuisiko se molemmissa sairaaloissa. Jos Itä-Savon kunnat jäisivät Etelä-Savon sote-maakuntaan, jatkuisi nykytilanne henkilöstöpulan osalta. Itä-Savon, Etelä-Savon ja Pohjois-Savon väestöt ovat koko maan väestöön verrattaessa varsin samanlaisia. Perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa eri vaihtoehtojen toiminnalliset erot eivät ole yhtä merkittäviä kuin erikoissairaanhoidossa. Itä-Savossa on vuoden 2007 alusta lähtien toiminut Sosteri, kuntayhtymä, jossa perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi yhdistyivät. Sosterin kokemuksista voisi olla hyötyä Pohjois-Savon sote-maakunnan toiminnan suunnittelussa.

Lakiesityksestä annetut lausunnot

Lausuntonsa määräajan loppuun mennessä antoi yhteensä 804 toimijaa. Lausunnonantajat pitävät sote-uudistusta tarpeellisena ja sen tavoitteita hyväksyttävinä. Valtaosa lausujista arvioi esityksellä voitavan parantaa asukkaiden palveluiden saatavuutta. Lausuntokierroksen keskeinen palaute liittyi kuntien, hyvinvointialueiden ja pelastuslaitoksen rahoitukseen, hyvinvointialueiden

verotusoikeuteen, itsehallintoon ja ohjaukseen, palvelujen järjestämisvastuuseen, hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoon ja ostopalveluihin, sopimuksien mitättömyyteen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuisiin sekä toimeenpanon ja uudistuksen aikatauluun.

Lausuntokierroksen jälkeen lakipaketin keskeisimpinä muutoksina eduskunnalle mennessä versiossa olivat alueiden nimen muuttaminen maakunnasta hyvinvointialueeksi ja Itä-Savon alueen kuntien siirtäminen kuuluviksi Etelä-Savon hyvinvointialueeseen. Voimaanpanolakiin lisättiin Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien sairaaloita ja niiden yhteydessä järjestettyä yhteispäivystystä koskeva siirtymäsäännös vuoteen 2033 saakka.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja Savonlinnan kaupungin lausunto

Lausunnoissaan Savonlinnan kaupunki ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri käsittelevät laajasti syitä, miksi pohjoisen suunta olisi alueelle parempi. Kesällä lausunnolle lähteneessä lakiehdotuksessa Etelä-Savon ja Pohjois-Savon maakuntia ehdotettiin muutettavaksi siten, että Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava siirtyisivät Etelä-Savosta Pohjois- Savoon. Tätä ovat kannattaneet Itä-Savon kunnat ja kuntayhtymä. Perusteena on se, että asiassa tulisi kiinnittää huomiota Itä-Savon väestörakenteeseen, maantieteelliseen asemaan, palvelutasoon sekä elinkeinoelämän ja elinvoiman säilymiseen. Pohjois-Savon sote-maakunnassa olisi paremmat edellytykset säilyttää Savonlinnassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen ylläpitävä sairaala. Lausunnon mukaan sairaalan lakkauttamisella olisi suuri negatiivinen vaikutus alueen väestön hyvinvointiin ja työllisyyteen. Itä-Savon sairaanhoitopiiri on tehnyt aktiivista yhteistyötä Pohjois-Savon kanssa, ja Itä-Savon ja Pohjois-Savon erikoissairaanhoidon yhdistymisen vaikutukset olisivat Itä-Savolle positiiviset. Etelä-Savossa toimenpiteiden kokonaismäärä on niin pieni, ettei kahden päivystävän ja leikkauksia tekevän sairaalan ylläpito olisi mahdollista.

Savonlinnan kaupunki ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri) toteavat lausunnoissaan, että mikäli Savonlinna siirtyy aluejaossa Pohjois-Savoon, voidaan alueen väestön terveys- ja hyvinvointieroja kaventaa ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta parantaa. Tämä toteutuu osana yliopistosairaalaa, jossa on kattavat palvelut alueen väestön tarpeisiin, jolloin palvelujen yhdenvertainen saatavuus paranee. Selvitysten mukaa savonlinnalaisten enemmistön kanta on, että Savonlinnan talousalue asukkaineen ja sotetoimintoineen siirtyvät Pohjois-Savon sote-maakuntaan. Alueella on jo kysytty sotemaakuntalakiesityksen hengessä asukkaiden mielipidettä sote-maakuntasuunnasta. Asiasta järjestettiin ***Savonlinnassa kansalaiskysely, jonka tulos osoitti selkeän enemmistön olevan Pohjois-Savon kannalla.***

Savonlinnan kaupungin asukkaista selkeä enemmistö haluaa Pohjois-Savon suuntaan kansalaiskyselyssä.

Lausunnossa todetaan, että Savonlinnan väestö on maan keskiarvoa iäkkäämpi ja vähenevä. Syntyvyys on maan pienintä. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on suuri ja 17-vuotiaiden ja sitä nuorempien osuus on maan pienin. Vuosina 2019 – 2035 Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella yli 70-vuotiaiden määrä kasvaa noin 40%, mikä vaikuttaa myös sosiaali- ja terveyspalveluiden

tarpeeseen, joten erikoissairaanhoidon palvelujen tarve säilyy merkittävänä osana sote-palveluita. Savonlinnan maantieteellinen asema luo omat haasteensa palvelujen tuotannolle. Savonlinnan seutu on harvaan asuttu, vesistöinen ja saaristoinen. Etäisyydet ovat pitkät. Savonlinnan kaupunginvaltuusto on tehnyt sote-tuotantosuuntavalintapäätökset Pohjois- Savoon 30.3.2015 ja 17.10.2016. Näiden valtuustopäätöksien pohjalta Itä-Savon sairaanhoitopiiri on tehnyt aktiivista yhteistyötä mm. rakentamalla laadukkaita, vaikuttavia ja suoria asiakaslähtöisiä palveluketjuja erikoissairaanhoitopalveluiden osalta yliopistosairaalan suuntaan. Lisäksi 28.10.2019 Savonlinnan kaupunginvaltuusto päätti, että Itä-Savon sairaanhoitopiiri voi jatkaa valmistelua erikoissairaanhoidon, sekä jatkossa myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden turvaamiseksi ja kehittämiseksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kanssa. ***Itä-Savon ja Pohjois-Savon erikoissairaanhoitojen yhdistämisestä julkaistiin loppuraportti 1.10.2019***. Yhdistämisselvitys on varsin seikkaperäinen huomioiden palvelut, toiminnan sekä talouden ja myös alueellisia vaikutuksia Sosterille. Selvitysten ja kokemusten pohjalta voidaan todeta, että Pohjois-Savon sote maakunnassa on paremmat edellytykset säilyttää Savonlinnassa laintarkoittama erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen ylläpitävä sairaala, jossa toteutetaan myös nukutuksessa tapahtuvaa leikkaustoimintaa.

Savonlinnan kaupunginvaltuusto on toistuvasti tehnyt päätökset Pohjois-Savon suunnasta ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri aktiivisti yhteistyötä Pohjois-Savon yliopistollisen sairaanhoitopiirin kanssa.

Pohjois-Savon sotemaakunnassa nykyisten Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Savonlinnan ja Kuopion sairaaloiden toimintavolyymit yhteenlaskettuna ovat niin isot, että niistä voidaan tehdä molempia sairaaloita tukeva työnjako nykyinen päivystys- ja keskittämisasetus huomioiden. Etelä-Savossa työnjakoa on yritetty valmistella jo vuosien ajan mutta toimenpiteiden kokonaismäärä on niin pieni, että ei ole mahdollista toteuttaa sellaista työnjakoa, joka tukisi kahden päivystävän ja leikkauksia tekevän sairaalan ylläpitämistä.

Lausunnossa todetaan edelleen, että erikoislääkäreitä on saatavissa riittävästi Savonlinnan keskussairaalaan vain Kuopion yliopistollisen sairaalan tuella. Olemalla suoraan osa yliopistollista sairaalaa, on mahdollista hyödyntää Kuopion sairaalan henkilöstöä sekä peruskoulutettavia lääkäriopiskelijoita että erikoistuvia lääkäreitä Savonlinnassa. Rekrytointi on tällöin helpompaa. Savonlinnan keskussairaalan ollessa osa Kuopion yliopistollista sairaalaa voidaan käytännössä alueemme väestön koko erikoissairaanhoidon palvelu tuottaa omassa organisaatiossa yliopistollisen sairaalan hoitokäytäntöjä ja hoitopolkuja noudattaen. Yhden organisaation sisällä voidaan toiminta optimoida koskien asiakkaille kohdentuvia palveluita ja myös tukipalveluita kuten tietopalveluita, talous- ja henkilöstöpalveluita, ruokahuoltoa, materiaalikeskusta, sairaala-apteekkia, teknisiä- ja tekstiilipalveluita. Näin on saavutettavissa myös merkittävää kustannustehokkuutta, kun sote-maakunnan väestöpohja alkuvaiheessa on lähes 300 000 asukasta.

Muut lausunnot

Pieksämäen kaupunki ehdotti yhteisen **Savon sote-maakunnan** muodostamista eli Etelä- ja Pohjois-Savon maakuntien yhdistämistä.

Muutamat lausunnonantajat kuten ***Pieksämäen kaupunki*** *ehdottivat yhteisen Savon sote-maakunnan muodostamista eli Etelä- ja Pohjois-Savon maakuntien* yhdistämistä. Pieksämäen kaupunki näkee lausunnossaan, että voimaanpanolaki luonnoksen 5 § ei tue uudistuksen alkuperäistä tarkoitusta Etelä-Savon maakunnan osalta. Parempana vaihtoehtona lakiluonnoksessa esitetylle maakuntajaolle Pieksämäen kaupunki näkee yhteisen Savon muodostamisen nykyisistä Etelä- ja Pohjois-Savon maakunnista. Muutamat lausunnonantajista korostivat, että asiassa tulee kuulla alueen kuntien omaa näkemystä ja sen on oltava ratkaiseva mahdollisesta maakuntajaon muutoksesta päätettäessä.

Varsinkin **Länsi-Savon alueen kunnat, kuntayhtymät, yritykset ja järjestöt sekä alueella toimivat valtion viranomaiset** ehdottivat, että Enonkosken, Rantasalmen, Savonlinnan ja Sulkavan tulisi säilyä osana Etelä-Savoa ja perustettavaa Etelä-Savon sotemaakuntaa. Samalla kannalla olivat myös esimerkiksi Kuopion kaupunki Pohjois-Savossa ja Sulkavan kunta Itä-Savossa. He toteavat, että Etelä-Savon kyky ylläpitää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystystä heikkenisi oleellisesti, jos Itä-Savo ei ole mukana hyvinvointialueessa. Savonlinnan keskussairaalan rooli ja työnjako muiden sairaaloiden kanssa tulisi sopia uudistuksesta erillisenä asiana. Näissä lausunnoissa esitetään, että esitysluonnokseen ei sisältynyt laaja-alaista kokonaistarkastelua ehdotetun siirron vaikutuksia muille kuin sosiaali- ja terveydenhuollon alalle eikä ehdotettua muutosta siten voida perustellusti tehdä.

Lainsäädännön arviointineuvoston kannanotto

Arviointineuvosto katsoo, että sote-lain esityksessä nykytilan kuvauksessa on käsitelty olennaisia seikkoja sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilasta ja järjestelmän kustannuksista. Nykyjärjestelmän ongelmat on hyvin kuvattu ja tarve uudistukselle on kokonaisuudessaan hyvin perusteltu. Esityksen vaikutusarviointiin liittyy poikkeuksellisen paljon epävarmuutta. ***Esityksen tavoitteiden toteutuminen riippuu lain toimeenpanosta, ja siitä miten hyvinvointialueet käytännössä tuottavat palveluja.*** Tämä koskee erityisesti käsillä olevan ehdotuksen vaikutuksia sen perustavoitteisiin, joiksi on asetettu palvelujen saatavuus, laatu, yhdenvertaisuus ja kustannusten hillintä. Neuvosto toteaa, että esitysluonnoksessa tulisi tarkentaa valitun mallin hyötyjä ja kustannuksia verrattuna muihin malleihin tai siihen, ettei tehtäisi mitään muutoksia. Kannanoton mukaan ***esitysluonnoksessa käsitellään melko vähän palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta kansalaisen näkökulmasta****.* Julkisen talouden kokonaisvaikutuksista ja sen kestävyydestä on vaikea saada selkoa. Valtionvarainministeriö on aiemmin arvioinut kestävyysvajeen olevan nykytilanteessa merkittävä. Hyvinvointialueiden palveluntuotannon uudelleenjärjestely sisältää riskin henkilöstön saatavuudelle, koska lääkäreiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosaamista edellyttävien asiantuntijoiden rekrytointi voi vaikeutua.

Arviointineuvoston mukaan lakiesityksessä käsitellään niukasti palveluiden saatavuutta ja **saavutettavuutta** kansalaisen näkökulmasta.

Arviointineuvosto katsoo myös, että esitysluonnoksessa on käsitelty eri vaihtoehtoja tavoitteisiin pääsemiseksi ja jonkin verran myös vaihtoehtoihin liittyviä hyötyjä ja kustannuksia. Tästä huolimatta jää epäselväksi, ***miksi valittu malli on kokonaisuudessaan tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta parempi kuin esimerkiksi pienempi hyvinvointialueiden lukumäärä***. Esitysluonnoksessa tulisi tarkentaa valitun mallin hyötyjä ja kustannuksia verrattuna muihin malleihin tai siihen, ettei tehtäisi mitään muutoksia. Muun muassa edellisellä vaalikaudella selvityshenkilöryhmä totesi, että kuntaa suuremmat itsehallintoalueet tulisi perustaa niin, että alueiden väestöpohja, sote-infrastruktuuri ja taloudellinen kantokyky riittävät kattavien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen nyt ja tulevaisuudessa. *Itsehallintoalueiden perustelluksi määräksi arvioitiin silloin noin 9–12 aluetta.* Nyt poliittisen päätöksenteon reunaehdot ovat heikentäneet virkamiesvalmistelun mahdollisuuksia arvioida eri vaihtoehtoja.

Arviointineuvoston mukaan lakiluonnoksesta 15.6.2020 pyydetyn lausuntojen yhteenvedosta jää epäselväksi lausuntokierroksen jälkeen tehdyt muutokset lakeihin. Myös uudistuksen tuloksia pitää alkaa arvioida viimeistään 2-5 vuoden kuluttua lain voimaantulosta ja aineistoa on kerättävä alusta asti. Neuvosto pitää tärkeänä, että palvelujen saatavuutta ja kehittämistarpeita seurataan muun muassa yhteisen tietopohjan avulla ja THL:n asiantuntija-arvion perusteella.

Voimassa oleva lainsäädäntö

Suomen perustuslaki korostaa ***yhdenvertaisuutta*** ja sitä, että ketään ei ilman hyväksyttyä perustetta saa asettaa eri asemaan. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Nykyisen terveydenhuoltolain mukaan (10§) kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. Tämä korostuu lainsäädännössä erityisesti kiireellisen hoidon osalta.

Terveydenhuoltolaissa säädetään erikoissairaanhoidon ***työnjaosta*** ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista tulee keskittää. Uusi päivitetty valtioneuvoston ***asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta*** mahdollistaa erityisvastuualueella sopia keskitettyjen leikkausten hajauttamisesta alueen keskussairaaloihin. Asetusmuutoksella mahdollistetaan useamman kohtalaisen yleisen syöpäsairauden leikkaushoito jatkossa muuallakin kuin yliopistosairaaloissa. Asetus edellyttäisi, että tekonivel ja selkäleikkauksia tekevässä sairaalassa on ortopedian ja traumatologian erikoisalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus yhteistyössä alueen yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin

kanssa. Ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautinen päivystys tulee järjestää leikkaavaan sairaalaan tekonivel- tai selkäleikkauksen tekopäiväksi ja sitä seuraavaksi päiväksi, jotta akuutteihin komplikaatioihin on valmius vastata viipymättä. Syöpäkirurgiassa edellytetään, että leikkaavassa sairaalassa on soveltuvan kirurgisen erikoisalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti ja alueellisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt.

Asetusmuutos mahdollistaa Savonlinnan sairaalalle tekonivelleikkausten jatkamisen. Koska kyseessä on varsin vaativa leikkaus, joka edellyttää kuntoutusta, sen työllistävä vaikutus sairaalalle on suuri. Myös sairaalan vuodeosastopalvelut tulevat silloin tarpeeseen. Asetus korostaa yliopistosairaalan vastuuta ja merkitystä erityisesti vaativissa syöpäleikkauksissa. Koska niissä tarvitaan laajempi osaava tiimi, tulisi ne Itä-Savon kohdalla keskittää yliopistosairaalaan. Sama koskee selkäleikkauksia. Mikkelin keskussairaalalla on mahdollisuus tietyin osin tehdä myös selkäleikkauksia ja suurten kansantautisyöpien leikkaushoitoa, koska volyymit ovat suurempia ja sairaalassa on sekä pehmytkirurgian että ortopedian ympärivuorokautinen päivystys.

Nykyinen voimassa oleva ***maakuntajakolaki*** (1159/1997) toteaa 1 §:ssä, että maakunnaksi määrätään alue, johon kuuluvat kunnat muodostavat toiminnallisesti ja taloudellisesti sekä alueen suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. Lain yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että ***maakunnaksi määrättäisiin alue, johon kuuluvat kunnat muodostavat toiminnallisesti ja taloudellisesti sekä alueen suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden.*** Maakunnan tulisi muodostaa tältä pohjalta mahdollisimman yhtenäinen alue, jonka väestöllä on yhteinen kulttuuri ja intressiympäristö. Maakunnan alueen määräämisessä käytettävät keskeiset kriteerit olisivat asiointi- ja palveluyhteydet, työssäkäyntiliikenne, kuntien yhteistoiminta, laaja-alueisiin kuntayhtymiin kuuluminen, elinkeinoelämän yhteydet, yhdistystoiminta-alueet sekä kulttuuri- ja historialliset perinteet.

Hyvinvointialueen kyky tarjota palveluita

Hyvinvointialueen kykyä tarjota laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita riippuu pitkälti alueen väestörakenteesta ja aluetaloudellisesta kilpailukyvystä, joita kuvaavat väestön määrä, ikärakenne, työllisyysaste, huoltosuhde, tulonsaajien keskimääräinen tulotaso ja koulutustaso. Koska ensivaiheessa valtio rahoittaa toiminnan, ei kuntataloudellisella tilanteella ole ratkaisevaa roolia. Lakiesityksen mukaisessa laskentamallissa alueen nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon menot vaikuttavat alkuvaiheessa. Alueen väestön tulevan veronmaksukyvyn merkitys korostunee, kun siirrytään valmistelussa olevaan maakuntaveron käyttöön. Alueen asukkaiden sairastavuus ja sosiaalinen asema kytkeytyvät vahvasti alueen palvelutarpeisiin ja siten kustannuksiin.

Suunnitellussa laskentamallissa runsas laskennallinen palvelutarve antaa hyvinvointialueelle tuloja, mutta samalla tarve kertoo menokehityksestä.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat hyvin henkilöstövoimavaroja vaativaa, korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja siihen liittyvä osaaminen. Saatavuuteen vaikuttavat monet tekijät kuten alueen ja työpaikan houkuttelevuus. Pitkällä aikavälillä hyvin tärkeänä tekijänä on se, miten omalla alueella pystytään kouluttamaan ammattitaitoista henkilöstöä. Tyypillisesti omalla alueella syntyneet ja kouluttautuneet pysyvät parhaiten paikkakunnalla. Koulutuspaikkakunta sitoo tulevaa henkilöstöä alueelle, sillä opiskeluaikana on usein rakennettu sosiaalisia suhteita tai perhettä. Terveydenhuollossa tämä koskee niin lähihoitajakoulutusta, sairaanhoitajakoulutusta kuin lääkäri- ja erikoislääkärikoulutusta. Käytössä olevien kiinteistöjen resurssit kuvaavat niiden kuntoa ja käytettävyyttä muuttuvassa toimintaympäristössä. Ne betonoivat toimintaa ja toimintatapoja ja siten muodostavat tukevan alustan toiminnalle. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi leikkaussalit laitteistoineen.

Koska hyvinvointialuemalli ja aluejako tulee vaikuttamaan pitkälle tulevaisuuteen, ovat alueen tulevaisuutta kuvaavat indeksit kaikkein tärkeimpiä kertomaan suunnitellun hyvinvointialuemallin toimivuudesta pitkällä tähtäimellä. On syytä muistaa, että nyt uudella lainsäädännöllä kumotaan vuoden 1972 kansanterveyslaki ja vuoden 1989 erikoissairaanhoitolaki, jonka perustana on itse asiassa vuoden 1956 sairaalalaki ja sen taustalla vuoden 1943 keskussairaalalaki. Kumottava lainsäädäntö on siten pitkälti 50 vuotta vanhaa. Vaikka on arvioitavissa, että rakenteellinen muutostahti on edelleen nopeutumassa, hyvinvointialueiden kohdalla tehdään päätöksiä vuosikymmeniksi eteenpäin.

Syntyvyys ja alueella syntyvien lasten määrä kertoo uskosta tulevaisuuteen. Se on tärkein tulevaisuusindikaattori.

Hyvinvointialueen toimintaedellytyksiä arvioitaessa tulisi kaikkein vahvimmin ottaa huomioon alueen näkyvissä oleva tulevaisuus. Muutosta ei olla nyt tekemässä tätä päivää varten, vaan tulevia vuosikymmeniä varten. Tulevaisuuteen liittyvät tekijät ovat kantokyvyn ja talouden näkökulmasta väestöennuste, ikärakenteen muutos sekä huoltosuhteen muutos. Näistä tärkein on väestöennuste, jonka ***tulevaisuutta kuvaa parhaiten alueen syntyvyys ja syntyneiden lasten määrä. Se kertoo samalla alueen uskosta tulevaisuuteen ja lapsen orastavan elämän arvosta yhteiskunnassa.*** Pohdittaessa alueen mahdollisuuksia tulevaisuudessa selvitä edessä olevista haasteista keskeinen väline arvioinnin pohjaksi on muun muassa Tilastokeskuksen väestöennuste 2019 - 2040 eri ikäryhmissä ja huoltosuhteen muutos vastaavana aikana.

Aluetaloudellinen näkökulma

Aluetalouksien pitkän aikavälin dynamiikassa korostuu yhdyskuntarakenteen, verkostoinfrastruktuurin ja erityisesti *nuoren väestön merkitys*. Työpaikkakehitys on jäänyt kaikissa Itä-Suomen maakunnissa negatiiviseksi ja huonoin tilanne on Etelä-Savossa. Itä-Suomen kaupunkiseuduilla ei ole käynnistynyt mittavia, uusien tuotannonalojen kehitykseen perustuvia

kasvuprosesseja. Supistumiskierre on muodostunut krooniseksi ja trendi on jatkunut Itä-Suomessa puolensataa vuotta. Itä-Suomeen on muodostunut pienten kaupunkiseutujen järjestelmä. Sen kaikki keskukset ovat eurooppalaisessa vertailussa hyvin pieniä aluetalouksia, jos arviointikriteereinä käytetään uuden aluetaloustieteen hengessä paikallista markkinapotentiaalia ja innovaatiotoiminnan resursseja. Kilpailukykyongelma aiheutuu siitä, etteivät pienen, muista erillään sijaitsevan kaupunkiseudun resurssit välttämättä riitä menestyvien tuotannonalojen kasvupohjaksi.

Aluetalouden dynamiikka riippuu paljon entistä enemmän toimista, joiden kilpailuetu ei perustu paikallisten luonnonvarojen tarjontaan, vaan alueella luotaviin muihin resursseihin. On myös nähtävä, missä määrin vesistöjen muovaama hajautunut yhdyskuntarakenne asettaa esteitä ja myös mahdollisuuksia innovaatiotoimintaan, inhimilliseen pääomaan sekä skaalaetuihin perustuville kasvuprosesseille. ***Tietoliikenneteknologia, joka on kehittynyt hyvin nopeasti, ei aseta Itä-Suomen kaltaisia alueita muita heikompaan asemaan. Digitalisaatio, etätyö ja koronaepidemian opit voivat olla hyödyksi muutoksessa.*** Itä-Suomen maakunnissa tarvitaan järeitä toimia, jotta väkiluvun väheneminen saataisiin edes hidastumaan. Kehityssuunta on käännettävä sekä omin toimin että määrätietoisella valtion politiikalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus on tässä mahdollisuus, jota ei pidä jättää käyttämättä. Aluetalouden ja terveydenhuollon näkökulmasta Itä-Suomi tarvitsee vahvan yliopistosairaalan. Nyt sellainen Itä-Suomesta puuttuu.

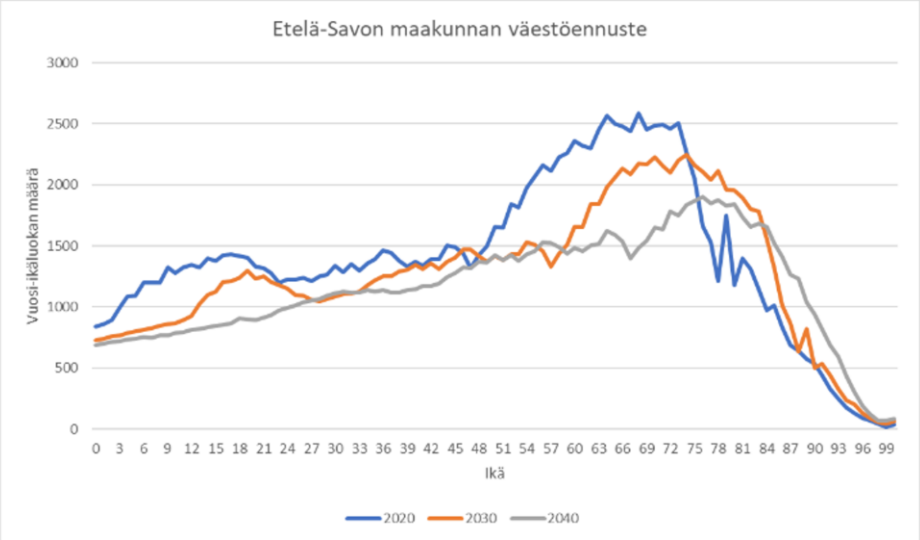
Etelä-Savon työikäisen väestönkehitys on heikointa kaikista maakunnista. Työpaikkojen määrä on vähentynyt etenkin teollisuuden ja maatalouden aloilla, työpaikkojen määrä kasvoi käytännössä ainoastaan sotepalveluissa. Etelä-Savossa sotepalvelut selittävät 23 prosenttia maakunnan työpaikoista. Maakunnan väestön koulutustaso on alueen vähäisen koulutustoiminnan ja elinkeinorakenteen vaikutuksesta erittäin matala. Erittäin voimakas väestön supistuminen ja erityisesti työikäisen väestön supistuminen tulee leimaamaan Etelä-Savon toimintaympäristöä tulevina vuosikymmeninä. Erityistä koulutusta tai työkokemusta omaavan työvoiman saanti Etelä-Savoon voi osoittautua erittäin haastavaksi. Tämä näkyy jo voimakkaana muun muassa lääkärityövoiman saannissa.

Itä-Suomen väestökehitys

Arvioiden mukaan Itä-Suomesta ja Kaakkois-Suomesta voi hävitä 20 vuoden aikana yhden maakunnan väkiluvun verran asukkaita. Lapsia ei tehdä ja työikäiset muuttavat pois. Itä-Suomen väki on vähentynyt paljon jyrkemmin, kun Tilastokeskuksen vuoden 2015 ennusteet ovat näyttäneet. Suhteellisesti eniten on vähentynyt lasten ja nuorten määrä. Mikäli asukkaiden määrä vähenee viime vuosien tahtiin, ***häviää itäisestä Suomesta 20 vuoden aikana liki 130 000 asukasta***. Se tarkoittaa palvelussa isoja haasteita siitä, miten nykyinen hyvinvointiyhteiskunta pystytään turvaamaan. Palvelujen järjestäminen tulee miettiä uudelleen, kun veronmaksajia on vähemmän. Samalla sosiaali- ja terveyspuolen menot kasvavat, kun väestö ikääntyy.

Pohjois-Savo on Itä-Savon terveydenhuollon pitkäaikaisen kehityksen kannalta tärkein naapurimaakunta koska siellä on yliopistosairaala ja lääkärikoulutus. Se on menestynyt viimeksi kuluneen neljännesvuosisadan aikana parhaiten Itä-Suomen maakunnista, joskin sekin on jäänyt selkeästi valtakunnan keskiarvosta. Kuopion kaupungin väestönkehitys sinnittelee koko väestön osalta maltillisesti positiivisena ja työikäisen väestön osalta maltillisesti negatiivisena, kun taas koko muu maakunta supistuu erittäin voimakkaasti. Tulevasta väestökehityksestä antaa kuvaa tämän alueen syntyvyys. Vuonna 2019 Pohjois-Savossa syntyi 1.782 lasta, kun vuonna 2018 syntyneitä oli 1.966 ja vuonna 2010 vielä 2.497. Syntyvyys laski siis kymmenen vuoden aikana 29 prosenttia. Kuopion kaupungin kehitys ja toimintaympäristö muistuttaa muita yliopistokaupunkeja. Kaupungin koko on kuitenkin usein liian pieni kahden akateemisesti koulutetun perheelle. Tämä näkyy muuttotappiona Helsingin seudulle, Tampereelle ja Jyväskylään koulutetun väestön kuten erikoislääkäreiden osalta. Kaupunki ei ole pystynyt pysymään kasvukeskuksena koko Itä-Suomelle ja siten patoamaan muuttoliikettä.

Naapurimaakunta **Pohjois-Karjala** erottuu joukosta siinä, että se on menettänyt asemiaan vähemmän kuin muut Itä-Suomen alueet. Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa, joissa on merkittävää ammattikorkea- ja yliopistokoulutustoimintaa, väestön koulutustaso on huomattavasti korkeampi kuin Etelä-Savossa. Joensuun ydinkaupunkiseutu ja vähäisemmässä määrin Joensuun työssäkäyntialue muodostavat kohtuullisesti kasvavan kaupunkialueen, jonka kasvu perustuu muuttovoittoihin muusta maakunnasta. Joensuu kaupunki pystyy tällöin osittain pysäyttämään nuorten muuttoa etelään.



Etelä-Savon maakunta menestyy heikoimmin valtakunnallisessa vertailussa. Etelä-Savon maakunnan väestö supistui vuosien 2007-2018 aikana 8,9 prosentilla ja työikäinen väestö jopa 18,1 prosentilla. Heikkoa väestönkehitystä selittää maakunnan ikärakenne ja laskenut syntyvyys, mutta myös erittäin suuret muuttotappiot maan sisäisessä muuttoliikkeessä. Etelä-Savon tuleva väestönkehitys tulee myös olemaan erittäin negatiivista ennusteen mukaan. *Tilastokeskuksen*

väestöennuste toteaa, että maakunnan työikäisen väestö ***supistuu jopa neljänneksellä***. Mikkelin ja Savonlinnan kaupungit eivät ole pystyneet pysäyttämään maaseudun viimeisten nuorten muuttoa. Osittain tämä liittyy alueen vähäisiin koulutuspaikkoihin. Savonlinnassa opettajankoulutuksen lopettaminen aiheutti hetkellisen, reilusti alaspäin menevän piikin asukkaiden määrässä.

Tilastokeskuksen vuoden 2019 väestöennusteen mukaan Etelä-Savon maakunnassa olisi vuonna 2020 yhteensä 141.332 asukasta ja 127.605 vuonna 2030 (-9,7%) sekä 116.522 vuonna 2040 (-17,6%). Ennusteen mukaa syntyneiden määrä olisi vuonna 2020 yhteensä 837 ja 726 vuonna 2030 (-13,3%) ja 685 vuonna 2040 (-18,2%). Vastaavasti 65-74 – vuotiaiden, 75-84 – vuotiaiden ja yli 85 – vuotiaiden lukumäärät muuttuisivat vuoden 2020 ennustetuista 24.636, 13.820, 5.682 henkilöstä vuoteen 2030 mennessä olisivat 21.554 (-12.6%), 19.380 (+36,3%), 7.291 (+24,3%) ja vuoteen 2040 mennessä 16.221 (-34,3%), 17.900 (+25,9%), 10.791 (+84,0%) henkilöön.

Ennusteen mukaan väestön kokonaismäärä vähenisi kymmenen vuoden jaksoissa noin 10 prosenttia ja syntyvien määrä tätä nopeammin. Eniten erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevien nuorten ikääntyneiden määrä laskisi varsin nopeasti kolmanneksen aikaisemmasta, mutta vastaavasti yli 75-vuotiaiden ja erityisesti yli 85-vuotiaiden määrä lisääntyisi. Tämä kuormittaisi erityisesti perusterveydenhuoltoa ja hoivapalveluita.

Useassa Etelä-Savon maakunnan kunnassa seuraavan 20 vuoden aikana työikäisen väestön määrä laskisi yli 40 prosenttia Tilastokeskuksen ennusteen mukaan.

Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestö vähenisi alueen kaikissa kunnissa yli 20 prosenttia Puumalaa ja Mikkeliä lukuun ottamatta. Vähennys olisi suurin Sulkavalla 29 prosenttia ja pienin Mikkelissä 11 prosenttia. Työikäisen väestön väheneminen olisi vielä nopeampaa. Ennusteen mukaan Hirvensalmella, Rantasalmella ja Sulkavalla se vähenisi yli 40 prosenttia, mutta myös Savonlinnassa 34 prosenttia.

Väestökato keskittyy lähinnä nuoriin aikuisiin eli 20 – 35 vuotiaisiin. Lisäksi väestöpyramidissa nähdään suuri sukupuolten välinen ero. Nuoret naiset muuttavat maakunnasta pois ja nuoria miehiä on maakunnassa enemmän kuin naisia. Naiset hakeutuvat opiskelemaan yliopistopaikkakunnille, joissa koulutuspaikkoja on paremmin tarjolla. He myös jäävät opiskelun jälkeen kasvukeskuksiin. Vanhoissa ikäluokissa taasen naiset ovat vahvasti yliedustettuina miesten korkeamman kuolleisuuden takia.

Tilastokeskuksen väestöennusteet perustuvat havaintoihin syntyvyyden, kuolevuuden ja muuttoliikkeen menneestä kehityksestä. Tilastokeskuksen vuoden 2019 valtakunnallisessa ennusteessa alle 15-vuotiaiden määrä vuonna 2040 olisi 688.000, mikä on 178.000 vähemmän kuin 2015 ennusteessa ja 47.000 vähemmän kuin 2018 ennusteessa. Muutos syntyvyydessä on ollut suurempaa kuin, mitä on osattu ennustaa. Sama on nähtävissä myös alueellisessa väestökehityksessä. Itä-Suomi on tyhjentynyt erityisesti nuoresta väestöstä nopeammin kuin on osattu ennustaa.

Neljä viidesosaa muuttajista on alle 35-vuotiaita ja erityisesti nuoret naiset muuttavat pois maakunnasta. Tämä voi vaikuttaa alueen syntyvyyteen huomattavasti enemmän kuin, mitä Tilastokeskuksen ennuste esittää. Tampere on Helsingin jälkeen seuraava kestomenestyjä ja sen kasvukehä vain laajenee. Suomen kasvukäytävä kulkee linjalla Helsinki–Riihimäki–Hämeenlinna–Tampere. Tässä yksi tärkeä tekijä on päärata. Hyvät liikenneyhteydet ja koulutuspaikat houkuttelevat muuttajia. Kovia tekijöitä ovat työpaikkakehitys, koulutustarjonta, alue- ja paikallistalouden dynamiikka sekä tulevaisuutta tukevat investoinnit. Pehmeitä vetovoimatekijöitä ovat ”urbaania pöhinää” tuovat asiat, kuten kaupungin maine, sen tarjoamat elämykset, palvelut, ympäristön houkuttavuus ja luontoarvot. Kolmas tekijä liittyy puhtaasti sijaintiin ja liikenneyhteyksiin. On perinteisesti ajateltu, että jokaisen menestyvän alueen tulevaisuus perustuu kasvuun. Se suo positiivisen kierteen. Kansallinen etu on myös se, että aidosti kasvavia ja elinvoimaisia alueita tuetaan. Korkeakoulutettujen muuttoliikkeestä hyötyvät erityisesti Helsingin, Tampereen ja Oulun vaikutusalueet.

Sairastavuus Itä-Suomessa

Hyvinvointialueen rahoituksen määrästä noin 80 % tulee alueen sairastavuusindeksin perusteella.

Sairastavuus suurenee Suomessa siirryttäessä etelästä ja lännestä koilliseen. Tämä on ollut alueellisten terveyserojen keskeinen piirre jo toistasataa vuotta. Kuntien ja alueiden välillä on merkittäviä eroja sairastavuudessa. Suomalaisten kokonaissairastavuus on laskenut tasaisesti. Koko maassa 2000-luvun aikana sairastavuus on pienentynyt 16 prosenttia. Länsi- ja Etelä-Suomessa väestö on koko ajan ollut kuitenkin terveempää kuin idässä ja pohjoisessa. Sama trendi jatkuu edelleen. Sairastavuuden erojen taustalla on elinoloihin, elintapoihin, perinnöllisiin tekijöihin ja terveydenhuollon toimintaan liittyviä syitä. Elintavat, kuten tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta, uni- ja ravintotottumukset vaikuttavat, mutta elintapoihin vaikuttavat monet seikat. Työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutus heijastuvat väestön terveyteen. Myös sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuudella sekä kulttuurisilla ja geneettisillä tekijöillä on merkitystä. Useimmat sairaudet ovat iäkkäillä paljon yleisempiä kuin nuoremmilla. Tällaisia iän myötä yleistyviä sairauksia ovat muun muassa dementia, sydän- ja verisuonisairaudet ja syöpä.

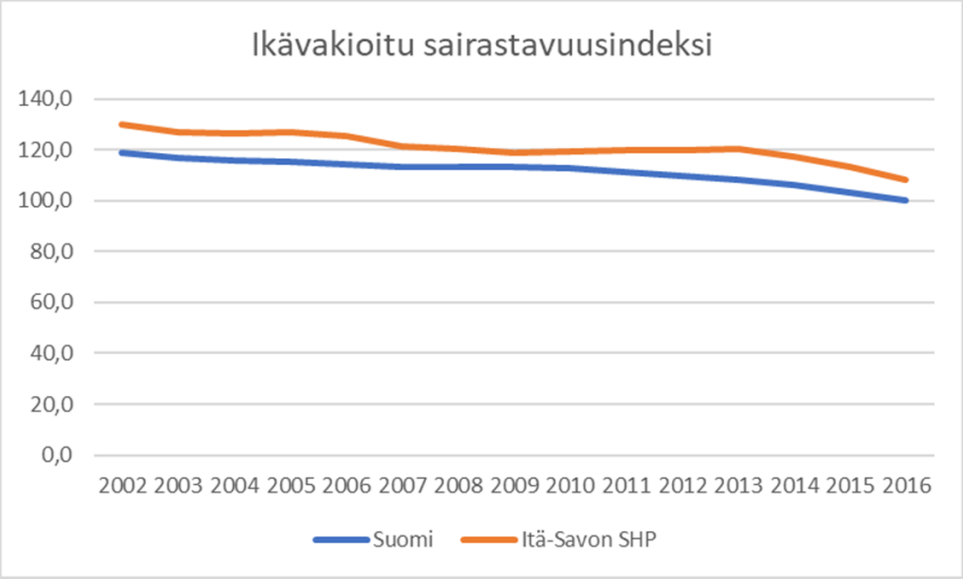
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on huomioitu seitsemän eri sairausryhmää kuten syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Kunkin sairausryhmän yleisyyttä painotetaan kyseisen sairausryhmän merkityksellä väestön kuolleisuuteen, työkyvyttömyyteen, elämänlaatuun ja terveydenhuollon kustannuksiin. Sairastavuusindeksi kuvaa kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maahan, jonka vertailuluku on 100. Mitä pienempi luku on, sitä terveempi väestö. Sairastavuusindeksin lukuja vertaillessa on huomioitava, että myös hyvin toimiva terveydenhuolto voi näkyä korkeampana sairastavuutena,

kun tauteja seulotaan, löydetään ja hoidetaan tehokkaasti. Sairastavuusindeksi on tärkein tekijä, jolla määrittelee noin 80 prosenttia tulevan hyvinvointialueen saamasta rahoituksesta.

Ikävakioidussa arvossa alueittainen ikäjakauman vaikutus on poistettu, jolloin luku soveltuu kuntien tai muiden alueiden väliseen vertailuun. Vakioimaton arvo taas kuvaa alueiden todellista sairaustaakkaa ja siten palvelutarvetta. Alueelliseen tarpeeseen vaikuttaa siis yleissairastavuuden lisäksi myös iäkkäiden ihmisten lukumäärä. Väestön vanhenemisesta johtuen sairaiden ihmisten kokonaismäärä kasvaa sairastavuuden vähenemisestä huolimatta. Vaikka sairastavuus on vähentynyt ja tämä myönteinen kehitys näyttää jatkuvan, iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa, jolloin sairaiden ihmisten kokonaismäärä lisääntyy. Sairastavuusindeksi ei kuvaa väestön määrästä aiheutuvaa palvelujen todellisen tarpeen kokonaismäärää. Ikääntyvän väestön määrä ja sen kehitys on merkittävin tekijä, kun ajatellaan alueen tulevaa sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta.

Raskaampia palveluja tarvitaan erityisesti elämän loppuvaiheissa taudin tai ongelmien mukaan. ***Suurin hoidon tarve keskittyy kuolemaa edeltävän kahden vuoden aikaan.*** Väestöennusteen mukaan Suomessa yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa vuoden 2019 tasosta 548.000 vuoteen 2040 mennessä tasolle 910.000 eli 66 %. Vastaavasti kuolemien määrä kasvaa vuoden 2019 ennustetusta tasosta 53.800 vuoteen 2040 mennessä tasolle 65.500 eli 21 %. Kuolemien määrän ja samalla hoivan tarpeen kasvu voi olla paljon maltillisempaa kuin ikäluokan kasvu. Vanhenevat ikäluokat ovat yhä terveempiä ja omatoimisempia. Kahtena viimeisenä vuotena ennen kuolemaa kertyvä lisääntynyt tuettujen palveluiden käyttö on 8,8 kuukautta eli pyöreästi yhdeksän kuukautta. Hoito-aika jakaantuu eri hoitomuotoihin seuraavasti: erikoissairaanhoito 7 %, perusterveydenhuolto 24 % ja sosiaalisektori 68 %.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella väestön sairastavuusindeksi on parantunut 2000-luvulla merkittävästi. Ero koko maahan on kuitenkin pysynyt. Itä-Savossa iäkkääseen väestöön vakioimaton arvo on THL:n tilaston mukaan 121,3, kun koko maan arvio on 100. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin arvo on 124,6 ja Pohjois-Savon maan korkein 136,3. ***Itä-Savon ikävakioitu arvo on 108,1 eli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin luokkaa, kun se on Etelä-Savon 112,6 ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 130,0, joka on maan korkein.***



On arvioitavissa, että sairastavuus vähenee, mutta samalla erityisesti yli 85-vuotiaiden määrän nousu ei vähennä palveluiden tarvetta. Painopiste palvelutarpeessa tulee kuitenkin enemmän keskittymään ikääntyneiden peruspalveluihin ja hoivapalveluihin. Väestörakenteen ja sairastavuuden osalta Itä-Suomi on hyvin samanlaista, mutta Itä-Savon terveyden edistämisen onnistumisesta voi myös oppia.

Henkilöstö

Sote-lakiesityksessä määritellään nykyistä tarkemmin hyvinvointialueiden toimintaa ja järjestämisvastuuta. Hyvinvointialueella olisi oltava ***riittävä osaaminen***, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistehtävästään kaikissa tilanteissa mukaan lukien häiriö- ja poikkeustilanteet. Sillä olisi oltava palveluksessaan ***toiminnan edellyttämä ammattihenkilöstö ja muu henkilöstö*** sekä hallinnassaan asianmukaiset toimitilat, toimintavälineet ja muut tarvittavat toimintaedellytykset. Sillä olisi oltava myös riittävä oma sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto. Lakiesitykseen on kirjattu myös toimenpiteet, mitä valtiovalta voi tehdä, jos hyvinvointialue ei pysty täyttämään sille annettuja tehtäviä.

Henkilöstön saatavuus on taloudellisten resurssien lisäksi toinen tärkeä toiminnan edellytys. Henkilöstön saatavuus edellyttää vahvaa paikallista koulutusta. Tämä koskee niin lääkäreiden peruskoulutusta kuin erikoislääkärikoulutusta ja myös paikallista sairaanhoitajien ja lähihoitajien koulutusta. Lääkärien peruskoulutusmääriä ollaan nostettu ja myös ulkomailla kouluttautuu paljon suomalaisia lääkärin pätevyyteen. Valtakunnallisesti voidaan arvioida lääkärien peruskoulutusmäärien riittävän, mutta ongelmaksi voi nousta heidän hakeutumisensa Etelä-Savon maakunnan alueelle. Nuoret ikäluokat Etelä-Savon ja läheisten maakuntien alueella ovat pienentyneet voimakkaasti. Tämän takia Kuopion lääketieteelliseen tiedekuntaan hakeutuu varsin paljon Etelä-Suomessa syntyneitä. He kuitenkin näyttävät valmistumisen jälkeen suuntavan takiaisin Etelä-Suomeen. Kuopion yliopistosairaalan pieni erikoislääkärikoulutus näkyy alueella. Myös valmistuneista erikoislääkäreistä useat hakeutuvat etelän ja lännen suuntaan.

Keskeistä tulevan palvelujärjestelmän näkökulmasta on, että paikallinen sairaanhoitaja ja lähihoitajakoulutus voi jatkua ja tuottaa riittävästi osaavaa hoitohenkilökuntaa. Tämä edellyttää riittävästi harjoittelupaikkoja, joissa voi tutustua kaikenlaiseen terveydenhuollon toimintaan kuten leikkaussalitoimintaan ja leikattujen potilaiden seurantaan.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosteri) henkilöstön määrä oli yhteensä 1.734 henkilöä vuonna 2019. Henkilöstöstä vakinaisessa palvelussuhteessa oli 1.397 henkilöä, määräaikaisessa palvelussuhteessa 327 henkilöä, työllisyysvaroin palkattuna viisi henkilöä ja ulkopuolisena työntekijänä viisi henkilöä. Henkilöstön palkkakulut ja niiden varsinaiset sivukulut vuonna 2019 olivat 80.244.567 euroa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä on huomattava ja sillä on hyvin keskeinen merkitys paikalliseen aluetalouteen.

Terveydenhuollossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa palvelee paljon pitkälle kouluttautunutta henkilöstöä. Sosterin palveluksessa on noin 600 ammattikorkeakoulutasoista hoitohenkilökuntaan kuuluvaa eli pääosin sairaanhoitaja, joista vajaa puolet toimii erikoissairaanhoidossa. Seuraavan viiden vuoden aikana heistä eläköityy lähes 100 ikäperusteisesti. Toisen asteen koulutuksen suorittaneita vastaavasti on palveluksessa 500. Heistä suurin osa lähihoitajia. Lähihoitajat työskentelevät pääosin sosiaalipalveluissa. Heistä eläköityy ikäperusteisesti viiden vuoden aikana noin 70. Eläköityvien määrä osoittaa jatkuvasti kasvavaa henkilöstötarvetta. Sosteri organisaationa on pystynyt työllistämään kaikki Savonlinnan kampukselta valmistuvat, alueelle jäävät sairaanhoitajat. Näiden opiskelijoiden merkitys lyhyissä akuuteissa ja pidempiaikaisissa sijaisuuksissa jo opiskeluaikana ennen valmistumista on aivan oleellinen alueen niukan koulutetun henkilöstöreservin vuoksi.

Paikallinen ja alueellinen ammattikoulutus on keskeistä tulevan työvoiman saannissa.

Paikallisella ammattikorkeakoululla on merkittävä aluetaloudellinen ja työvoimapoliittinen rooli terveysalan kouluttajana Savonlinnan seudulla. Kattavasti erikoissairaanhoitoa tuottava Savonlinnan keskussairaalan merkitys yhteistyökumppanina ja opiskelijoiden harjoittelupaikkana on tärkeä. Paikallinen erikoissairaanhoito ja esimerkiksi leikkaustoiminta mahdollistaa laajasti sairaanhoitajakoulutuksen edellyttämän harjoittelun erilaisissa työyksiköissä ja potilaan vuoteen vierellä esimerkiksi hänen toipuessaan leikkauksesta ja nukutuksesta.

Keskeistä tulevan palvelujärjestelmän näkökulmasta on, että paikallinen sairaanhoitaja ja lähihoitajakoulutus voi jatkua ja tuottaa riittävästi osaavaa hoitohenkilökuntaa. Henkilöstön saatavuus edellyttää paikallista koulutusta.

Vuonna 2020 lääketieteen opinnot on Suomessa aloittanut 725 uutta opiskelijaa, joista 155 aloitti Itä-Suomen yliopiston lääketieteen laitoksessa Kuopiossa. Itä-Suomen yliopiston lääketieteen laitos on sisäänotoilla Suomen suurin lääkärien peruskouluttaja. Kelan opintotuella lääkäriksi ulkomailla kouluttautuu 1.120 opiskelijaa Suomesta. Vuonna 2019 lääkäreitä valmistui kotimaasta 657.

Suomessa asuvista työikäisistä lääkäreistä 59 % on erikoistunut. Lääkärien määrä Suomessa jatkanee edelleen kasvuaan ja lääkäritiheytemme on kansainvälistä eurooppalaista tasoa. Lääkäriliiton arvion mukaan peruskoulutettuja lääkäreitä Suomessa on riittämiin. Painopiste tulisi liiton mukaan keskittää lääkärikoulutuksen resurssien ja laadun turvaamiseen sekä erikoislääkärikoulutusta tulee lisätä monilla aloilla tulevien vuosien eläköitymisen vuoksi. Erikoislääkärien eläköityminen kiihtyy lähivuosina ja on suurimmillaan vuosina 2020–2028, jolloin noin 470 erikoislääkäriä jää vuosittain eläkkeelle. Työvoimaennusteissa johtopäätelmänä on ollut korostetusti tarve arvioida lääkäritarjontaa alueellisesti. Jos erikoistumisvirkoja ei ole riittävästi tarjolla tai erikoistumisputki ei toimi, erikoislääkäritutkinnon suorittaminen hidastuu. Erikoistuminen kestää pääsääntöisesti noin kahdeksan vuotta. Erikoistumispaikkoja on siten oltava riittävästi, jotta voidaan korvata 2020-luvulla eläkeiän saavuttavat erikoislääkärit.

Erikoislääkäritarpeen arvioinnissa tarvitaan sairastavuuden lisäksi alueen väestömäärään, väestönrakenteeseen ja väestöliikkeeseen liittyviä tietoja ja arvio siitä, miten nämä vaikuttavat

lääkäritarpeeseen eri erikoisaloilla. Alueellista erikoislääkärien koulutustarvetta arvioitaessa täytyy huomioida uusien erikoislääkärien liikkuvuus. Lääkäriliiton tutkimusten mukaan esim. Helsingin yliopistossa erikoislääkärikoulutuksen suorittaneista lähes 90 % jää töihin HYKS-Erva-alueelle. Vastaavasti esim. Kuopion yliopistossa erikoislääkäriksi valmistuneista neljännes siirtyy alueelta muualle Suomeen, pääasiassa Helsingin seudulle, mutta KYS-Erva saa muista yliopistoista valmistuneita erikoislääkäreitä erikoisalakohtaisesti vain muutamia vuosittain. Jos siis erikoislääkärimäärää halutaan lisätä alueilla, jotka tällä hetkellä kärsivät erikoislääkäripulasta, on koulutusta lisättävä kyseisen alueen yliopistossa. Erityisesti tämä koskee KYS-aluetta, joille muissa yliopistossa tutkintonsa suorittaneita erikoislääkäreitä siirtyy hyvin vähän.

Vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan erikoislääkärien eläkepoistuma olisi erityisen voimakasta KYS:in erityisvastuualueella. Selvityksen mukaan koko KYS-erityisvastuualueella vuoteen 2020 mennessä jäisi eläkkeelle 45 % silloisesta erikoislääkärityövoimasta. Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä vuoteen 2020 mennessä jäisi eläkkeelle yli puolet erikoislääkäreistä. Raportin mukaan Kuopion yliopisto ei kykene nykyisellä koulutusvolyymilla vastaamaan kasvavaan tarpeeseen. Silloisen selvityksen mukaan tilanne vaatii nopeita toimenpiteitä sekä erikoisalakohtaisesti että sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueen tasolla. Raportin julkaisun jälkeen tilanne ei kuitenkaan ole merkittävästi parantunut. (Teppo Heikkilä. Erikoisalakohtainen erikoislääkäritilanne vuoteen 2020 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 71 / 2009). Vuodesta 2006 alkaen erikoislääkäreitä on valmistunut vuosittain noin 55-65. Koulutettujen erikoislääkäreiden määrä on viime vuosina jonkin verran noussut. Vuonna 2016 valmistui Kuopiosta 64 erikoislääkäriä, vuonna 2017 yhteensä 77, vuonna 2018 yhteensä 107 ja vuonna 2019 yhteensä 83 erikoislääkäriä. Kuopion erikoislääkärituotanto oli pienintä verrattuna muihin yliopistoihin. Esimerkiksi vuonna 2019 Helsingin yliopistosta valmistui 243 erikoislääkäriä samalla kun Helsingin yliopiston suomenkielisen ja ruotsinkieliseen lääkärikoulutukseen otettiin yhteensä vain 145 opiskelijaa. Tilastojen mukaan nämä myös jäivät pääosin Helsingin erityisvastuualueelle.

Erikoislääkäritilanne Etelä-Savossa

Savonlinnan keskussairaalassa (Sosteri) virassa olevien erikoislääkäreiden määrä on huolestuttavan pieni ja lisäksi useita lääkäreitä on seuraavan vuoden aikana siirtymässä eläkkeelle. Ostopalveluja joudutaan käyttämään useilla erikoisalolla. Mikkelin keskussairaalassa (Essote) tilanne Savonlinnaa parempi, mutta myös Mikkelissä on paljon haasteita. Huolimatta runsaammasta lääkärien määrästä myös Mikkelin keskussairaalassa on paljon osa-aikaisia ja/tai eläkkeelle lähivuosina siirtyviä. Ostopalveluja käytetään myös Mikkelin keskussairaalassa monella erikoisalalla.

Savonlinnan keskussairaalassa anestesialääkäripäivystyksen ylläpito on haasteellista erikoislääkäripulasta johtuen. Vaikeuksia on myös sisätautien ja kirurgian päivystyksessä. Sote-esitys näkyy jo rekrytoinnin vaikeutumisena.

Etelä-Savon (Essote) ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit (Sosteri) ovat käyneet neuvotteluja siitä, mikä on vakituisten virkalääkäreiden

tilanne sairaaloissa ja onko mahdollista tehdä yhteistyötä kriittisimpien erikoisalojen kohdalla ja saada mahdollisesti apua päivystyksen turvaamiseen. Kaikkein kriittisin tilanne on Itä-Savossa anestesiologiassa, jossa päivystys on vaarantunut. Päivystyksen turvaaminen on haasteellista myös sisätaudeilla ja kirurgialla vähäisen oman erikoislääkärimäärän vuoksi. Lisäksi on useita erikoisaloja, joilla on vain yksi tekijä, esim. neurologia ja lastentaudit.

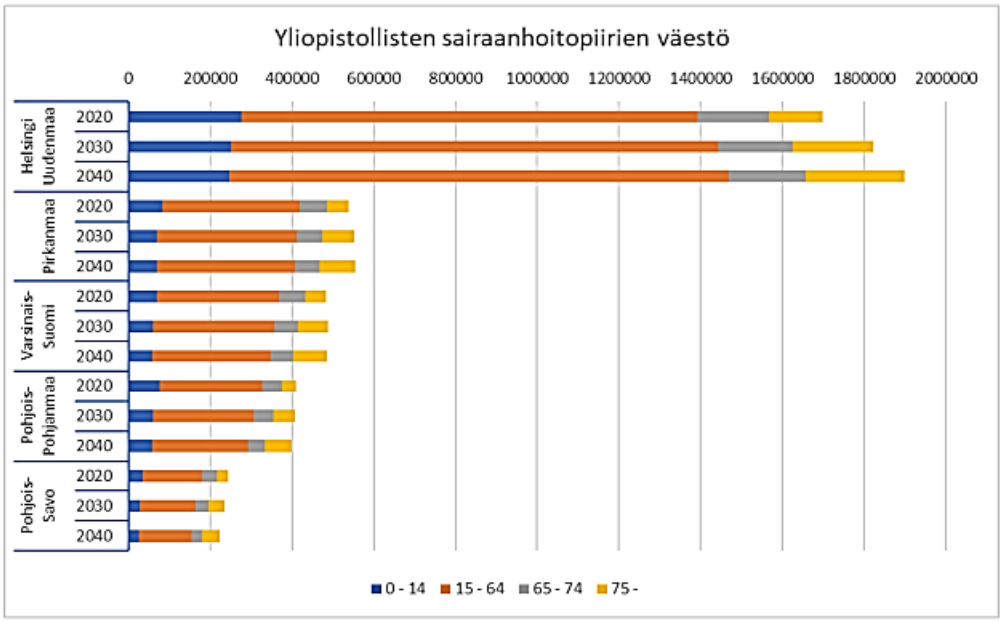
Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden välisissä neuvotteluissa on todettu, että sairaaloilla ei ole mahdollisuutta auttaa paljonkaan toisiaan. Anestesiologian palveluita ei ole mahdollista auttaa päivystysjärjestelyissä tai päiväaikaisessa työssä, jossa tilanne on Savonlinnassa kaikkien kriittisin. Sama tilanne on myös sisätautien erikoisalalla. Kirurgiassa Mikkelillä on mahdollisuus auttaa Savonlinnaa pienimuotoisesti polikliinisessä tai leikkaustyössä esim. urologialla, ortopedialla ja suolistokirurgialla. Päivystysapua kirurgiaan ei ole mahdollisuus saada sairaaloiden yhteistyöllä. Lastenlääkäritilanne Mikkelissä on hyvä, joten polikliinisessä työssä ja etävastaanotoissa on mahdollista tukea Savonlinnaa. Sama tilanne on naistentaudeilla. Sen sijaan neurologiassa, keuhkosairauksissa ja onkologiassa ei ole mahdollisuutta avustaa Savonlinnan puutetta. Patologiassa molemmat sairaalat ovat joutuneet hankkimaan palvelut ostopalveluina.

Savonlinnan keskussairaalassa lääkärirekrytointi on erityisen haasteellista tilanteessa, jossa sote-uudistusta esitetään eduskunnan hyväksyttäväksi siten, että Savonlinnassa säilyisi keskussairaala noin 10 vuoden määräajan, mikäli tuleva sote-maakunta niin päättää. Tämä on jo näkynyt rekrytoinnissa. On vaikea saada muuttamaan paikkakunnalle erikoislääkäriä ja hänen hankkimaan perheelle asuntoa, jos esiintyy epävarmuutta työn jatkumisesta.

Yliopistosairaalan merkitys

Kuopion yliopistollinen sairaala on Suomen pienin yliopistosairaala. Se väestöpohja on lähes puolta pienempi kuin muiden maakunnallisten yliopistosairaaloiden kuten Oulun, Turun ja Tampereen. Tämä näkyy myös suoritteiden määrässä. Pienuudestaan huolimatta Kuopion yliopistosairaala on tehnyt ja tekemässä laajaa kiinteistöinvestointia. Investoinnit rakentuvat kuitenkin vanhan pohjalle ja osittain vanhojen tilojen saneeraamiseen. Uusia vuodeosastopaikkoja on tulossa hankkeen myötä yliopistosairaalaan noin 400 vuodepaikkaa. Uuden pääsairaalan kampukselle tulevan psykiatrisen sairaalan suunnittelu on myös pitkällä. Maakuntien tilakeskuksen vuonna 2018 tekemien kiinteistövuokralaskelmien mukaan väestöä kohden sisäiset sote-kiinteistöjen vuokrakulut olisivat Pohjois-Savossa asukasta kohden Suomen toiseksi kalleimmat.

Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella **Keski-Suomen keskussairaala** on väestöpohjaltaan suurempi. Keski-Suomen keskussairaalalla on varsin laaja akateeminen tutkimustoiminta, vaikka sillä ei ole yliopistosairaalan asemaa. Sillä on valtakunnallista erityisosaamista ja se saa myös esimerkiksi vaativan syöpäkirurgian potilaita oman alueen ulkopuolelta. Joissain vaativissa syöpäleikkauksissa sairaalan suoritemäärät ovat lähes kaksinkertaiset Kuopion yliopistosairaalaan verrattuna. Toisto tuo osaamista ja siten usein laatua toimintaan.

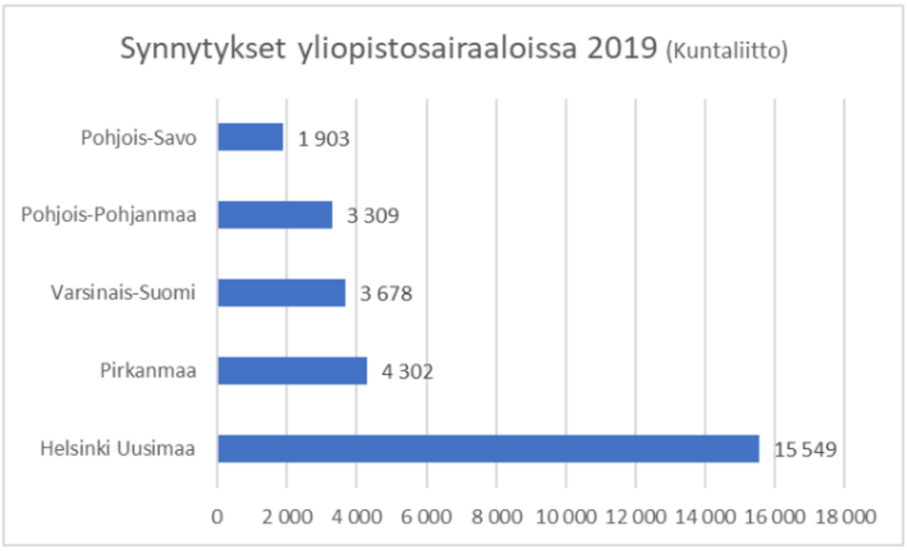


Keski-Suomen keskussairaalaan täysin uusi sairaala on otettu juuri käyttöön ja sitä on päästy suunnittelemaan tyhjältä pöydältä tavoitteena tehokkaat terveydenhuollon prosessit. Laitekanta on täysin uusittu. Sairaalassa on 368 yhden hengen vuodeosastopaikkaa, 360 vastaanotto ja tutkimushuonetta, 24 leikkaussalia ja 10 synnytyshuoneen synnytysosasto ja siihen liittyvät kaksi sektiosalia. Sairaalan kokonaishenkilökunnan määrä on noin 3.800, joista noin 470 lääkäriä. Tämä tuo merkittävän kilpailuedun Keski-Suomen keskussairaalalle. Samalla se tarkoittaa sitä, että erityisvastuualueen vaativa toiminta jakaantuu kahden sairaalan välille, jolloin suhteellinen suoritteiden määrä vaativassa hoidossa jää pieneksi muutenkin vähäväkisessä yliopistosairaalassa. Muualla maassa vaativa toiminta on keskittynyt erityisvastuualueilla alueen yliopistosairaalaan. Siten Itä-Suomen suhteellisen pienen väestön vaativa erikoissairaanhoito jakautuu kahden sairaalan kesken muusta maasta poiketen. Tämä heikentää yliopistosairaalan osaamista ja mahdollisuutta toimia alueen johtavana sairaalana. Tämä näkyy myös erikoislääkärikoulutuksessa.

Sote-uudistuksessa Jämsän kaupunki tulee mukaan Keski-Suomen hyvinvointialueeseen siirtyen pois Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Tämä lisää entisestään Keski-Suomen keskussairaalan käyttäjien väestöpohjaa. Keski-Suomen keskussairaala on rakentanut myös tiiviin yhteistyön Mikkelin keskussairaalan (Essote) kanssa yhteisyritysten ja kliinisen lääkäri- ja potilasvaihdon avulla. Mikkelin keskussairaalan synnytysten määrä on nopeasti vähentynyt ja sairaalassa on jo vuosia toimittu synnytysten osalta poikkeusluvalla. Uusi Keski-Suomen keskussairaala voin ilman minkäänlaista resurssilisää tai investointia ottaa Mikkelin synnytykset Jyväskylään. Tampereen yliopistosairaalan Sydänsairaalan alettua nyt toimia uudessa Keski-Suomen keskussairaalassa vastaten maakunnan sydänsairauksien erikoissairaanhoidosta yhteydet lounaaseen kohti Tamperetta vahvistuvat. Samalla se vähentää Kuopion yliopistosairaalan asemaa sydänsairauksien hoidossa erityisvastuualueella.

Kuopion yliopistosairaala on sisäänottojen määrässä Suomen suurin lääkärikouluttaja Itä-Suomen yliopiston kautta. Yliopisto vetää koulutettavia ympäröivien maakuntien lisäksi muualta Suomesta.

Näistä opiskelijoista kuitenkin merkittävä osa muuttaa pois valmistuttuaan etenkin Uudellemaalle. Tämä painaa Savon työllisten muuttoliikkeen taseen huomattavan negatiiviseksi. Vuosien 2007-2018 aikana Pohjois-Savo kärsi 1.991 korkeakoulutettua muuttotappioina muulle maalle, lähinnä Uudellemaalle ja Pirkanmaalle. Vaikka Kuopiossa on sisäänotoissa laskettuna Suomen suurin lääketieteen laitos, on yliopistosairaala Suomen pienin erikoislääkärikouluttaja. Lisäksi Lääkäriliiton tilastojen mukaan koulutetut erikoislääkärit hakeutuvat eniten pois alueelta, kun verrataan muihin yliopistosairaaloiden vastuualueisiin. Tämä selittää osaltaan Itä-Suomen erikoislääkäripulaa. Pienessä yliopistosairaalassa on vähän koulutusvirkoja eikä se pysty kouluttamaan erikoislääkäreitä oman erityisvastuualeensa keskussairaaloihin.



Itä-Suomeen tarvitaan vahva yliopistosairaala, joka pystyy ottamaan vastuun vaativasta erikoissairaanhoidosta ja väestön yhtenäisestä laadukkaasta palveluiden saannista. Tämä edellyttää yliopistolliselta hyvinvointialueelta merkittävästi nykyistä suurempaa väestöpohjaa.

Vahvan yliopistosairaalan merkitys aluetaloudellisesti koko Itä-Suomelle on merkittävä eikä vain Kuopion kaupungille tai omalle maakunnalle. Suuri yliopistosairaala pystyy ottamaan vastuun vaativasta erikoissairaanhoidosta ja väestön yhtenäisestä laadukkaasta palveluiden saannista. Se on pystyttävä kouluttamaan lääkäreitä ja erikoislääkäreitä erityisvastuualueen terveydenhuollon käyttöön. Tämä edellyttää yliopistolliselta hyvinvointialueelta merkittävästi nykyistä suurempaa väestöpohjaa.

Tilat ja laitteet

Toimivan ja tehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon pohja on toimiva infrastruktuuri ja tarkoituksenmukaiset toimitilat. Osaava henkilöstö ja sen kehittämisinto muodostavat toiminnan sydämen. Hallintorakenne ja johtaminen sitovat sitä yhteen. Kiinteistöt ja seinät pitävät sen koossa tarjoten kokoavan fyysisen ympäristön toiminnalle, jolla luodaan laadukkaat palvelut väestölle. Fyysiset seinät pitävät osaamisen koossa ja lämpimänä. Ilman niitä on vaikea rakentaa toimivaa kokonaisuutta. Tiloilla on siten strateginen merkitys toiminnalle. Ne tukevat vahvasti toimintaa ja sen rakenteita, mutta voivat pahimmillaan jäykistää kehittämistä.

Maan kattavan keskussairaalaverkon rakentaminen oli aikanaan osa suomalaisen yhteiskunnan muutosta, joka tapahtui lyhyessä ajassa. Keskussairaalarakentamisen johtoajatuksena oli sairaaloiden muuttuminen lääketieteellistä tutkimusta tekeviksi erikoissairaanhoitoa tarjoaviksi akuuttisairaaloiksi. Keskussairaalarakennusten kehittymiseen on vaikuttanut erityisesti lääketieteen ja teknologian kehitys, mikä on johtanut sairaaloiden laajentamiseen ja uusien toiminnallisten yksiköiden rakentamiseen. Ensimmäiset keskussairaalat (Joensuu, Jyväskylä, Savonlinna, Lappeenranta ja Vaasa) valmistuivat 1950-luvun alkupuolella ja rakentaminen jatkui 1960-luvulle ja pidempään.

Koska keskussairaalaverkosto rakennettiin varsin nopeassa tahdissa, ovat kiinteistöt vanhentuneet ja tulleet epätarkoituksenmukaisiksi samanaikaisesti. Tämän takia viime vuosina sairaanhoitopiirit ovat investoineet merkittävästi uusiin kiinteistöihin. Rakennushankkeet jatkuvat monin paikoin edelleen. Runsaan viiden vuoden aikana Suomessa käytetään sairaalarakentamiseen noin 5 miljardia euroa.

Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (548/2016) on antanut poikkeuksellisen luvan puuttua kuntien itsehallintoon määräaikaisesti ja rajatusti. Investointisuunnitelmaa ja sen hyväksymismenettelyä koskevan sääntelyn tarkoituksena olisi varmistaa, että hyvinvointialue tulisi suunnittelemaan investoinnit taloudellisesti kestävästi siten, että niihin käytettävissä oleva rahoitus olisi riittävä. Lisäksi tarkoituksena olisi varmistaa, että eri hyvinvointialueiden laajoja investointeja koskevat hankkeet suunniteltaisiin valtakunnallisten strategisten tavoitteiden mukaisesti ja kustannusvaikuttavasti huomioiden muiden hyvinvointialueiden vastaavat suunnitelmat. Lainsäädäntö ei ole merkittävästi rajoittanut sairaalarakentamista. Kuopion erityisvastuualueella kaikki keskussairaalat ovat tehneet kiinteistöinvestointeja. Jyväskylään on rakennettu kokonaan uuden sairaala ja Mikkelin keskussairaala on käytännössä uudistunut kokonaan laajan rakentamisen myötä.

Sote-uudistuksen ja väestökehityksen lisäksi oleellinen muutos lähitulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä tulee olemaan digitaalisten palveluiden nopea yleistyminen. Tämä tulee vaikuttamaan huomattavasti tarvittavien kiinteistöjen määrään ja muotoiltavuuteen. Etäpalveluiden kehittämistä tullaan jatkamaan kaikilla palvelualoilla ja sen eri muodot lisäävät saavutettavuutta niilläkin alueilla, joilla se on esimerkiksi välimatkojen vuoksi ollut haastavaa – vaikkakin digitaalisten palveluiden kohdalla on omat saavutettavuuden haasteensa. Alueiden välinen palvelutuotanto kohtaa murroksen, kun palvelun käyttäjän ja tarjoajan ei tarvitse olla fyysisesti lähellä toisiaan. Koronaepidemia on nopeuttanut tätä kehitystä ja esimerkiksi avohoidon

mielenterveyspalveluissa 70 prosenttia käynneistä on muuttunut digitaalisiksi epidemian aikana. Kansainvälisesti on katsottu, että jopa 75 prosenttia lääkärin vastaanottokäynneistä voidaan siirtää etäyhteydellä hoidettaviksi. Tämä on pitkälti toteutunut työterveydenhuollossa ja opiskelijaterveydenhuollossa.

Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella rakennusinvestointeja on tehty paljon. Maakuntien tilakeskuksen tekemien selvitysten arvion mukaan tilavuokrat muodostavat noin 10 prosentin osuuden maakuntien kokonaisbudjeteista. Jokainen investointi on kuitenkin sidottu rahasumma, joka pienentää toiseen mahdolliseen kohteeseen käytettävissä olevaa rahoitusta. Maakuntien tilakeskus arvioi vuonna 2018 suunnitelluille maakunnille kiinteistöjen hoidosta ja ylläpidosta seuraavat vuosittaiset vuokrat vuodelle 2020. Valtakunnallinen arvio oli tällöin koko maan osalta 1.883 miljoonaa euroa. Kun laskennalliset vuokrat suhteuttaa hyvinvointialueiden väestön määrään, niin matalin asukasta kohden tuleva laskennallinen vuokra olisi koko Uudenmaan maakunnan osalta 273 € vuodessa ja koko Manner-Suomessa keskimäärin 340 € asukasta kohden vuodessa. Korkein asukaskohtainen vuosivuokra olisi laskelman mukaan Etelä-Savon hyvinvointialueella 474 €. Etelä-Savossa on toteutettu laaja Mikkelin keskussairaalan uudisrakentaminen, joka osa on vasta nyt toteutumassa ja lisäksi Savonlinnan keskussairaalan kampuksella peruspalveluiden siirtymiseen keskussairaalan yhteyteen liittyvä rakentaminen. Näitä ei välttämättä ole vielä pari vuotta sitten pystytty sisällyttämään tuleviin kiinteistökustannuksiin. On syytä muistaa, että vuosittainen laskennallinen vuokra on poissa muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon resurssista. Etelä-Savon hyvinvointialueen vuokra vastaisi noin 1.000 lähihoitajan palkkaa, jos käytetään valtakunnallista keskimääräistä lähihoitajan kokonaisansioita huomioiden sosiaaliturvan kustannukset ja muut välilliset palkkakustannukset.

VUOKRAT MAAKUNNITTAIN 2020

Maakunta	Kokonaisvuokra
Etelä-Karjala	40,1 Me
Etelä-Pohjanmaa	72,7 Me
Etelä-Savo	67,0 Me
Kainuu	26,0 Me
Kanta-Häme	55,6 Me
Keski-Pohjanmaa	26,8 Me
Keski-Suomi	101,7 Me
Kymenlaakso	61,7 Me
Lappi	64,0 Me

Maakunta	Kokonaisvuokra
Pirkanmaa	193,7 Me
Pohjanmaa	65,3 Me
Pohjois-Karjala	64,2 Me
Pohjois-Pohjanmaa	139,5 Me
Pohjois-Savo	112,4 Me
Päijät-Häme	61,7 Me
Satakunta	77,7 Me
Uusimaa	463,3 Me
Varsinais-Suomi	190,9 Me

Lähde: Maakuntien tilakeskus Oy

Savonlinnan keskussairaalan kiinteistö ja varustelu on hyvässä kunnossa palvelemaan kattavaa erikoissairaanhoitoa. Valmistuva sote-keskus kytkee peruspalvelut kiinteästi sairaalan yhteyteen.

Alueen kaikissa keskussairaaloissa on tehty merkittäviä kiinteistöinvestointeja ja kaikki **kiinteistöt** ovat hyvässä kunnossa tai nykyiset rakennushankkeet korjaavat ongelmat. Täten uusia suuria rakennusinvestointeja nykyisten suunniteltujen lisäksi ei ole kovin paljon nähtävissä. Leikkaussalien määrä on riittävä ja niissä on kaikissa hyvä varustelutaso. Laitteistojen uusiminen on luonnollinen osa jatkuvaa toiminnan kehittämistä. Käytössä olevat tilat on rakenneuudistuksessa käytettävä tehokkaasti hyväksi.

Savonlinnan keskussairaala aloitti toimintansa vuonna 1955. Sairaalaa on sen jälkeen laajennettu useaan otteeseen. Kymmenen leikkaussalia käsittävä leikkausyksikkö yhdessä päivystystilojen kanssa laajennettiin ja peruskorjattiin vuosina 2009–2010. Sairaala sijaitsee Pihlajaveden rannalla noin kilometrin päässä Savonlinnan ydinkeskustasta ja sairaalakampus muodostaa toimivan kokonaisuuden aivan asutuskeskittymän sisällä. Sairaalan yhteyteen valmistuu keväällä 2022 uusi sotekeskus, joka tarjoaa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Kampuksella on jo sosiaali- ja terveydenhuollon koulutustoimintaa ja läheisyydessä ympärivuorokautista palveluasumista. Sairaalakiinteistö on hyvässä kunnossa ja laitteistoja on pystytty uudistamaan tarpeen mukaan kattavan erikoissairaanhoidon tarpeeseen.

Toiminnan rahoitus

Kun ajatellaan palveluiden tuottamista väestölle, on ***hyvinvointialueen taloudellisten edellytysten takaaminen kaikkein tärkeintä.*** Lakiesityksen mukaan hyvinvointialueiden toiminta rahoitettaisiin pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. *Hyvinvointialueiden rahoitus olisi yleiskatteista*. Se jaettaisiin alueille asukkaiden laskennallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden perusteella. Lisäksi osa rahoituksesta määräytyisi asukasmäärän mukaisesti sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerin perusteella. Palvelutarvekertoimien laskennassa hyödynnettäisiin tietoja mm. väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisista tekijöistä sekä palvelujen käytöstä ja palvelujen käytön aiheuttamista kustannuksista.

Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen koko maan taso vuonna 2023 perustuisi kunnilta hyvinvointialueille siirtyvien kustannusten vuoden 2021 tilinpäätöksen ja vuoden 2022 kuntien talousarviotietojen keskiarvon perusteella laskettuun yhteismäärään. Valtion rahoituksen tasoa korotettaisiin vuosittain laissa säädetyllä tavalla. Vuodesta 2025 lähtien palvelutarpeen kasvusta otettaisiin huomioon 80 prosenttia. Hyvinvointialueille myönnettäisiin valtion rahoitusta hyvinvointialueen asukasmäärän (n. 15 %) ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden (n. 80 %) perusteella. Lisäksi rahoitusta myönnettäisiin muista alueellisista olosuhdetekijöistä. Hyvinvointialueiden rahoituksen koelaskelmia sote-tehtävistä on tehty valtiovarainministeriön toimesta. Etelä-Savon hyvinvointialueen näkökulmasta joulukuun 2020

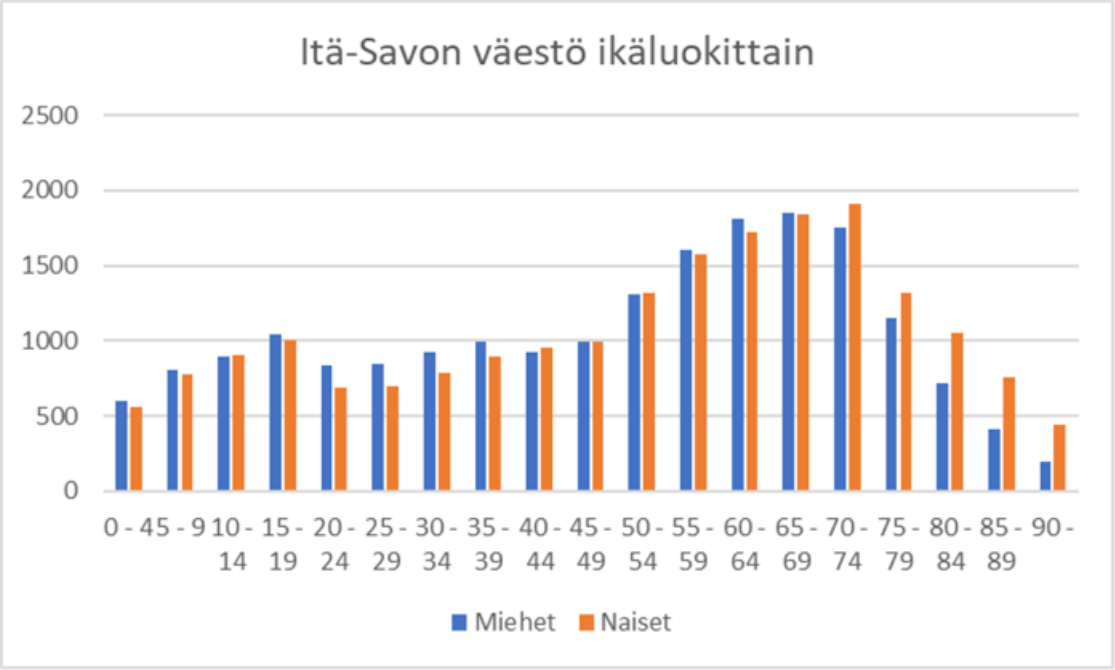
koelaskeman mukaan rahoitus laskisi noin 14 miljoonaa euroa eli asukasta kohden 102 euroa olleen asukasta kohden 4.264 euroa. Valtakunnallinen asukaskohtaisen rahoituksen keskiarvon ollessa 3.536 euroa ja pienin Länsi-Uudellamaalla 2.934 euroa eli 1.330 euroa pienempi asukasta kohden kuin Etelä-Savon hyvinvointialueella. Koelaskennat vielä tarkentuvat ja laskentamalliin liittyy myös tasausjärjestelmä, joka estää nopeat ja suuret muutokset hyvinvointialueiden kohdalla. Tämän takia muutokset rahoituksessa Etelä-Savon kohdalla seuraavan viiden vuoden aikana eivät tule olemaan kovin suuria, mutta silti alueen toiminnalle haastavia.

Koelaskennat osoittavat, että suunniteltu Etelä-Savon hyvinvointialue joutuisi toimimaan tulevina vuosina hyvin pienin kustannusnousuin. Laskentamalli on kuitenkin ikääntyneitä ja korkean sairastavuuden alueita tukeva verrattuna Etelä-Suomen suuriin keskuksiin. Etelä-Savo saisi alkuvaiheessa 21 % enemmän rahoitusta asukasta kohden kuin Suomi keskimäärin ja 45 % enemmän kuin Länsi-Uusimaa. Summat kuvaavat alueen ikääntynyttä ja runsaasti pitkäaikaissairauksia sairastavaa väestöä. Etelä-Savon hyvinvointialueen Tilastokeskuksen väestöennusteen mukainen alueen asukkaisen määrä vähenee keskimäärin noin 1.300 asukasta vuodessa. Tämä väheneminen pienentää kokonaisrahoituksen määrää ja luo jatkuvan kokonaiskustannusten sopeuttamistarpeen. Samalla on syytä huomioida, että viime vuosien asukkaiden määrän väheneminen on ollut selkeästi suurempaa, kuin Tilastokeskus on ennustanut.

Itä-Savon väestön vuosien 2000-2001 sairastavuusindeksi **129,8** laskenut **108,1** vajaassa 20 vuodessa. (THL)

Rahoituksen riittävyyden pitkäaikaismalleja ei ole kuitenkaan toistaiseksi tehty. On nähtävissä, että Etelä-Savo maakunnan ikävakioitu sairastavuus on pienentynyt ollen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusten mukaan 2001-2003 indeksinä 133,1 ja 2014-2016 indeksinä 111,6, kun koko maan taso on 100. Itä-Savon sairaanhoitopiiri on onnistunut vielä paremmin ja viimeinen laskettu arvo vuosien 2014-2016 tilanteesta on 108,1. Ero erityisesti Etelä-Suomeen on säilynyt, mutta erityisesti Itä-Savon asukkaiden terveydentila on parantunut. On toivottavaa, että Etelä-Savon väestön sairastavuutta saadaan edelleen pienemään, mutta tämä toisaalta johtaa laskentamallissa valtion rahoituksen pienemiseen. ***Laskentamallista seuraa, että väestön terveyden paraneminen vähentää palveluihin käytettävissä olevaa rahoitusta.***

Väestön väheneminen Itä-Suomen alueella ja samanaikainen voimakas kasvu etelän suurissa keskuksissa, joissa ikääntyminen tulee olemaan muuta maata nopeampaa tulee aiheuttamaan uhkan tulevalle Itä-Suomen hyvinvointialueille. **Rahoitus *riippuu paljon laskentamalleista.*** Vaikka nykyiset mallit mahdollistavat suhteellisen runsaan rahoituksen ikääntyvän ja sairastavan väestön hoitoon ja huolenpitoon Itä-Suomen hyvinvointialueilla, niin paineet tulevina vuosina tulevat olemaan kovat muuttaa rahoituksen alueellista jakoa. Pidemmällä aikavälillä nykyinen rahoitusmalli tulee suuntaamaan rahoitusta jatkossa enemmän etelän keskuksiin, samalla kun kokonaisrahoitusta tuskin pystytään kovin paljon nostamaan valtion taloudellisen tilanteen johdosta. Kovin paine rahoituksen riittävyyden suhteen tulee Etelä-Savon hyvinvointialueelle. Toiminnan organisointi ja kehittäminen tulee olemaan suuri haaste Itä-Savon alueella. Se edellyttää uutta tapaa toimia ja laajaa yhteistä kehittämistä. Tarvitaan vahvaa osaavaa organisaatiota, jonka takana on suuri väestöpohja.



Itä-Savossa väestön määrä vähenee erityisesti nuorten ja työikäisten kohdalla. Ikääntyneiden määrä ei kasva paljonkaan verrattuna muuhun Suomeen. Ikääntyneiden määrän kasvu keskittyy yli 74-vuotiaisiin. Tilastokeskuksen ennuste kertoo, että Etelä-Savon maakunnassa olisi nuoria 40 prosenttia vähemmän 20 vuoden kuluttua kuin nyt ja lähemmäs neljännes vähemmän työikäisiä. Myös 65-74 – vuotiaiden määrä vähenisi 35 prosenttia, mutta tätä iäkkäämpien määrä kasvaisi.

Sen sijaan Etelä-Suomen väestö ikääntyy nopeasti kasvukeskuksissa. Esimerkiksi Uudenmaan maakunnan alueella on vajaan kahdenkymmenen vuoden kuluttua yli 74-vuotiaita Tilastokeskuksen ennusteen mukaan enemmän kuin Pohjois-Savon hyvinvointialueella on asukkaita. Yli 74-vuotiaiden määrä kasvaa Uudellamaalla lähemmäs 120.000 henkeä. Ennusteen mukaan täällä 75-84 – vuotiaiden määrä kasvaisi yli 60 prosenttia ja yli 85 – vuotiaisen yli 160 prosenttia.

Vaikka etelän kaupunkiseutujen iäkkäät olisivat suhteellisesti terveempiä, niin keskimäärin jokainen käyttää runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluita kahden viimeisen elinvuotensa aikana. Hoivapalveluita tarvitaan tästä ajasta keskimäärin yhdeksän kuukauden ajan. ***Helsingin seudun ikääntyneiden kasvu tarkoittaa 20 vuoden sisällä tämän alueen hoivamenoissa lähemmäksi 90 prosentin kasvua*** ja vuosittaisista noin miljardin euron lisämenoa, jos toimintatavat ovat valtakunnallisen käytännön mukaiset eikä toimintaprosesseissa tehdä muutoksia. Terveydenhuollon kustannukset kasvaisivat Helsingin seudulla vajaat 40 prosenttia, joka merkitsisi yli kahden miljardin euron kasvua kustannuksissa. Ikääntyminen nostaa kustannuksia myös Etelä-Savon alueella, mutta nousu olisi maltillisempaa.

> Helsingin seudulla on 20 vuoden kuluttua yli 74-vuotiaita enemmän kuin Pohjois-Savossa asukkaita. Kasvu on lähemmäs 120.000 henkeä.

Pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa eläköityneet siirtyvät myös pois työterveydenhuollon piiristä. Tämä lisää julkisen terveydenhuollon palveluiden kysyntää. Helsingin seudulla yli puolella lapsista on yksityinen terveysvakuutus kuvaten alueen peruspalveluiden puutetta. Vanhemmat ostavat lapsilleen terveyspalvelut yksityiseltä puolelta vakuutusta käyttäen, vaikka heidän kuuluisi saada ne julkisesta terveydenhuollosta, jos se toimisi toivotulla tavalla. Alle 18-vuotiailla olisi oikeus maksuttomaan perusterveydenhoitoon, mutta noin puolet suomalaisperheistä ei koe niitä saavansa. Tämä näkyy erityisesti kasvukeskuksissa. Vuoden 2018 lopussa yksityinen terveysvakuutus oli jo 467.155 lapsella – eli noin 44 prosentilla Suomessa asuvista lapsista. Tämä luo poliittisen paineen kohdentaa hyvinvointialueiden rahoitusta kasvukeskuksiin.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset kokonaiskustannukset eivät voi nousta nopeasti, johtaa nykyinen laskentamalli siihen, että valtakunnan kokonaisrahoituksesta yhä suurempi suhteellinen osa suuntautuu muualle, kuin Etelä-Savon alueelle. Vaikka rahoitusta vielä pystyttäisiin nostamaan, niin valtakunnallisesti pienenevät työikäisten määrät johtavat vaikeuteen lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärää. On siis löydettävä keinot terveydenhuollon ja hoivapalveluiden tehostamiseen. Terveysmenojen nopea bruttokansantuoteosuuden kasvattaminen johtaa siihen, että se on poissa muusta yhteiskunnan toiminnasta. Tämä johtaa pitkän päälle väestön hyvinvoinnin huononemiseen ja helposti myös kansanterveyden heikkenemiseen.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa joudutaan siten tehostamaan toimintaa huomattavasti. Digitaaliset ja mobiilit palvelut ratkaisevat varmasti osan tehostamistarpeesta, mutta ainakin tällä hetkellä ne soveltuvat huonosti ikääntyneiden terveyspalveluihin ja vielä huonommin hoivapalveluihin. Hoivapalvelut edellyttävät usein henkilökohtaista asiakkaan kohtaamista ja sitä on vaikea tietoteknisin keinoin korvata. On siis arvioitavissa, että suunniteltu Etelä-Savon hyvinvointialue viimeistään runsaan viiden vuoden kuluttua hyvinvointialueen toiminnan aloittamisesta joutuu saneeraamaan toimintaansa voimakkaasti.

Etelän keskusten painostuksesta rahoituksen laskentamallia on jo korjattu kesällä 2020 lausunnolle lähteneestä esityksestä. Eduskunnalle 8.12.2020 annetussa lakiehdotukseen perustuvissa valtiovarainministeriön laskelmissa on Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoituksen määrä pienentynyt 11 miljoonaa euroa valtionvarainministeriön aiemmin syksyllä esittämiin kesäkuun lakiluonnokseen perustuviin laskelmiin verrattuna. Vastaavasti Etelä-Suomen kasvukeskusten rahoituksen määrä on kasvanut liki 150 miljoonaa euroa.

Mahdollisen maakuntaveron toteuttamisen valmistelu on parhaillaan menossa. Esitys on, että maakuntavero hyvinvointialueen tehtäviin liittyen päätetäisiin ottaa käyttöön viimeistään vuoden 2026 alussa. Koska työllisten määrä on pieni Etelä-Savossa ja erityisesti Itä-Savossa, ei alueen keräämä verotulo voi nousta korkeaksi. Valtionosuuksien tasausjärjestelmän täytyy tällöin merkittävästi täydentää Etelä-Savon matalaa tuloveropohjaista verokertymää kompensoimaan palvelutarpeen todellisesta kasvusta johtuvaa kustannusten nousua. Maakuntaverotuksen toteuttaminen ei ratkaise Etelä-Savon hyvinvointialueen tulevaa rahoitusongelmaa.

Savonlinnan keskussairaalan toimintaedellytykset

Itä-Savo osana Etelä-Savon hyvinvointialuetta

Hallitus toi eduskunnalle 8.12.2020 esityksen, jossa Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava muodostaisivat Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntien kanssa yhdessä Etelä-Savon hyvinvointialueen. *Hallitus totesi esityksessään, että* ***erikoissairaanhoidossa kahden Mikkelissä ja Savonlinnassa maantieteellisesti suhteellisen lähellä toisiaan olevan ja toimintaprofiililtaan varsin samanlaisen keskussairaalan työnjaosta sopiminen olisi todennäköisesti haasteellista.*** Tämän takia esityksessä ehdotetaan voimaanpanolakiin säädöstä, jonka mukaan Etelä-Savon hyvinvointialue voisi ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka. Hallituksen esityksen perustelujen mukaan tämä mahdollistaisi keskussairaalatasoisen erikoissairaanhoidon, mukaan lukien leikkaustoiminnan, jatkumisen molemmissa sairaaloissa siihen saakka, että erikoissairaanhoidon toteutus hyvinvointialueella on suunniteltu väestön tarpeita vastaavaksi. Kahdesta päivystyksestä aiheutuviin kustannuksiin ei maksettaisi kuitenkaan erilliskorvausta, vaan kustannukset tulisi kattaa hyvinvointialueen rahoituslain mukaisella yleiskatteellisella rahoituksella.

Lakiesitys antaa mahdollisuuden kahteen päivystävään sairaalaan vuoteen 2032 asti. Kustannuksiin ei maksettaisi erilliskorvausta.

Sairaaloiden nykyinen toiminta

Hallituksen esitys Etelä-Savon hyvinvointialueen tulevalle toiminnalle antaa paljon haasteita. Alueella toimii kaksi varsin samanlaista keskussairaalaa, joiden etäisyys toisistaan on yli 100 kilometriä ja ajoaika puolitoista tuntia. Mikkelin ja Savonlinna välinen pendelöinti oli erittäin vähäistä. Maakunnassa on selkeästi kaksi työssäkäyntialuetta: Mikkelin ja Savonlinnan työssäkäyntialueet. Etelä-Savosta ei pendelöidä merkittävässä määrin myöskään maakunnan ulkopuolelle. Väestö ei käytä naapurikaupunkien palveluita, vaan tarvittaessa väestö hakeutuu palveluita varten kauemmaksi. Pitkän etäisyyden takia palveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi korostuu tarve kahdesta varsin laajasti palveluita tarjoavasta erikoissairaanhoidon yksiköstä hyvinvointialueen sisälle. Lainsäädäntöesitys mahdollistaa kahden yhteispäivystyssairaalan olemassaolon määräaikaisesti ja siten leikkaustoiminnasta molemmissa sairaaloissa, mutta ei tuo rahoituksellista tai muuta tukea sille.

Mikkelin keskussairaalan väestöpohja on kaksinkertainen Savonlinnan keskussairaalaan verrattuna. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin väestöpohja on 100.226 ja Itä-Savon 41.060 (väestö

31.12.2018). Joroisten kunnan vaihdettua Etelä-Savon maakunnasta Pohjois-Savoon, vaikuttaa tämä esitetyn hyvinvointialueen väestömäärään. Tilastokeskuksen ennakkotiedon mukaisesti tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen väestön määrä tulisi olemaan vuoden 2020 lopun lukujen mukaan noin 132.726 henkeä. Vuoden 2020 aikana Etelä-Savon maakunnan väkiluku on vähentynyt 1.725 hengellä. Väen vähenemistä selittää väestön kuolleisuuden suuruus syntyvyyteen verrattuna (-1.306 henkeä), mutta myös maakuntien välinen nettomuutto.

Molemmat sairaalat ovat toimitiloiltaan ja varustelultaan varsin samanlaisia ja molemmissa sairaaloissa on muun muassa kymmenen leikkaussalia käsittävät leikkausyksiköt sekä tietokonekuvauslaitteet, MR-kuvantaminen sekä sydänangiografialaitteet ja sepelvaltimoiden pallolaajennusmahdollisuus. Mikkelin keskussairaalaa on laajennettu ja peruskorjattu viime vuosina voimakkaasti. Toiminnassa ovat uusi Kuuma sairaala ja Perhetalo. Kuumassa sairaalassa ovat juuri käyttöön otetut uudet leikkaussalit modernein varustein sekä Perhetalossa uudet synnytyssalit. Mielen ja kuntoutuksen talon rakentaminen on parhaillaan menossa. Savonlinnan keskussairaalassa on kymmenen vuotta sitten uusitut ja hyvin varustetut leikkaussalit ja sairaalan yhteyteen rakennetaan parhaillaan perusterveydenhuollon uudisrakennusta.

Sairaaloiden väestöpohjien ero näkyy sairaaloiden suoritemäärissä. Savonlinnan keskussairaala vuonna 2019 vastaanotti 15.033 lähetettä ja hoiti 27.040 päivystyskäyntiä, 101.681 poliklinikkavastaanottoa sekä 30.275 hoitopäivää. Vastaavat luvut Mikkelin keskussairaalan kohdalla olivat 39.257 lähetettä, 19.785 erikoissairaanhoidon päivystyskäyntiä ja 30.850 yhteispäivystyskäyntiä, 180.292 poliklinikkakäyntiä sekä 71.732 hoitopäivää. Mikkelin keskussairaala oli suoritteissa vähän yli kaksi kertaa suurempi kuin Savonlinnan keskussairaala.

Kirurgia muodostaa tärkeän erikoisalan sairaaloissa. Sen vaatimat investoinnit kiinteistöihin, laitteisiin ja henkilöstöön ovat suuret. Lisäksi tarvittavan valmiuden ylläpito on kallista. Vaikka suoritteita tulee vähemmän konservatiivisiin erikoisaloihin nähden, kuvaa kirurgian erikoisala varsin hyvin sairaalan toiminnan laajuutta. Savonlinnan keskussairaalassa tehtiin vuonna 2019 yhteensä 3.410 leikkausta, joista kiireettömiä leikkauksia oli 86,0 % ja näistä 53,2 % päiväkirurgisia. Mikkelin keskussairaalassa tehtiin yhteensä 6.766 leikkausta, joista kiireettömiä oli 78,3 % ja näistä päiväkirurgisia 62,8 %. Kaihileikkauksia Savonlinnassa tehtiin 555 ja Mikkelissä 1.054. Yli puolet kaikista leikkauksista oli siis sellaisia, missä potilas kotiutuu jo leikkauspäivänä.

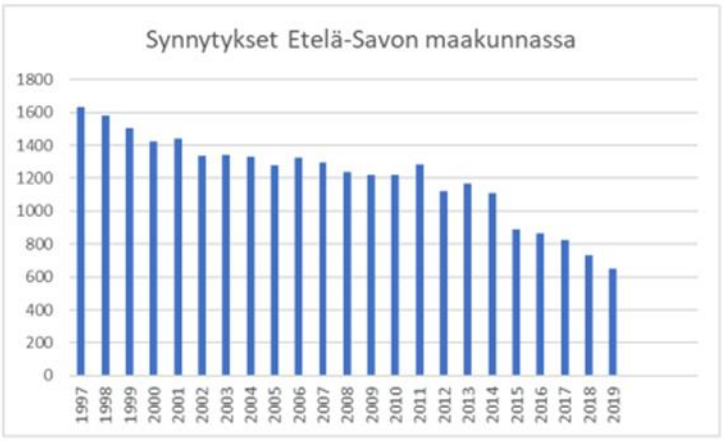
Konservatiiviset erikoisalat kuten sisätaudit ja neurologia eivät vaadi yleensä suuria investointeja. Työ liittyy pitkälti osaamiseen ja potilaan kohtaamiseen. Potilasvolyymit ovat suuria ja ikääntynyt väestö tarvitsee juuri tällaisia peruserikoissairaanhoidon palveluita. Molemmat keskussairaalat ovat integroineet perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut hyvin erikoissairaanhoitoon ja toimivat jo pitkälti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitellun integraatiomallin mukaisesti.

Psykiatrian osalta Savonlinnan sairaala on luopunut tahdonvastaisen vuodeosastohoidon toteuttamisesta ja suunnannut psykiatrian painopisteen avohoitoon ja vapaaehtoiseen hoitoon. Suomessa koronaepidemian aikana noin 70 prosenttia psykiatrian avohoitokäynneistä voitiin korvata sähköisin yhteyksin ja monet potilaat hyötyivät uudesta toimintatavasta. Samalla epidemia opetti, että kaikkea psykiatriaa ei voida siirtää virtuaaliseksi, vaan tarvitaan ihmiskontaktia ja etsivää työtä. Psykiatrian siirtyminen avohoitopainotteiseksi on jatkunut pitkään. Mikkeli on parhaillaan luopumassa Moision psykiatrisesta sairaalasta ja rakentamassa uutta

Mielen ja kuntoutuksen taloa Mikkelin keskussairaalan yhteyteen. Kuopion yliopistollisella sairaalalla on valmiit suunnitelmat rakennushankkeen aloittamiseen, jolla siirretään psykiatrian hoitoa yliopistosairaalan yhteyteen Julkulan sairaalasta. Tavoitteena on, että uusi rakennus voitaisiin ottaa käyttöön vuonna 2023. Pohjois-Karjalan keskussairaalan uusi psykiatriatalo valmistui vuonna 2016 keskussairaalan yhteyteen. Keski-Suomen keskussairaalan Sairaala Novan uudet psykiatrian tilat on juuri otettu käyttöön. Erityisvastuualueelle on siis tulossa paljon uutta myös tahdonvastaiseen hoitoon soveltuvaa psykiatrian erikoisalan kiinteistökapasiteettia. Savonlinnan keskussairaalassa ei ole psykiatrian ympärivuorokautista päivystystä, mutta se on Mikkelissä ja muissa Kuopion erityisvastuualueen keskussairaaloissa.

Savonlinnan keskussairaalassa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Yleislääketieteen lisäksi sairaalassa on päivystys anestesiologiassa, sisätaudeilla ja kirurgiassa. Mikkelin keskussairaalassa yhteispäivystys on huomattavasti laajempi käsittäen noin 11 erikoisalan päivystyksen. Muun muassa synnytystoiminnan ylläpito edellyttää sairaalalta varsin laajaa eri erikoisalojen päivystystä.

Etelä-Savon maakunnassa synnytysten määrä on nopeasti vähentynyt. Savonlinnan keskussairaalan synnytykset ovat loppuneet vuonna 2015 väestön ikääntymisen ja nuorten erityisesti naisten muuttaessa pois paikkakunnalta. Synnytysten määrä on Etelä-Savon maakunnassa vähentynyt kymmenessä vuodessa puoleen. Terveydenhuoltolain perusteella annettu asetus kiireellisetä hoidosta edellyttää sairaalalta vähintään 1.000 synnytystä vuodessa. Pienempi määrä vaatii sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupaa ja Mikkelin keskussairaala on saanut sellaisen toistuvasti. Nykyinen poikkeuslupa on voimassa vuoden 2022 loppuun.



Mikkelin ja Savonlinna keskussairaalat yhdessä (THL)

2004	1330
2005	1276
2006	1326
2007	1296
2008	1236
2009	1219
2010	1220
2011	1285
2012	1124
2013	1166
2014	1109
2015	888
2016	866
2017	822
2018	732
2019	648

Tilastokeskus ennustaa erityisesti nuorten aikuisten määrän voimakasta vähenemistä Etelä-Savon maakunnassa. Tuorein väestöennuste katsoo, että syntyvyydessä ei tapahdu nopeita muutoksia, vaan syntyvien lasten määrä laskee kymmenen vuoden aikana maakunnassa vain runsaalla sadalla. Synnytysten suhteen Tilastokeskuksen ennuste on hyvin optimistinen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot osoittavat, että maakunnan synnytysikäiset naiset synnyttävät vähiten lapsia Suomessa. Lasku maakunnan synnytyksissä on siis ollut arvioitua nopeampaa. Jos Etelä-Savon maakunnan keskussairaaloissa synnytysten määrä laskee vuosittain samalla tavalla kuin viimeisen kymmenen vuoden aikana, niin se on nopeasti liian matala potilasturvallisuuden ja laadun takaamiseksi.

Synnytystoiminta edellyttää laajaa valmiutta hoitaa kaikenlaisia yllättäviäkin hätätilanteita, joita synnytyksen yhteydessä voi ilmetä. Ne ilmenevät yleensä synnytyksen loppuvaiheessa, kun synnytys pitkittyy. Täten pitkätkään matkat synnytyssairaalaan eivät olen välttämättä ongelma, kuten kokemukset Lapista ovat osoittaneet. Valmiuden ylläpito edellyttää sairaalalta laajaa ja monierikoisalaista päivystystä, jotta potilasturvallisuus voidaan taata. Samalla se tarkoittaa sairaalalle synnytystä kohden huomattavia kustannuksia. Suomalaiset asiantuntijat ovat esittäneet, että toimivin ja turvallisin synnytysten määrä sairaalalle olisi 2.000 synnytystä vuodessa. Tällöin pystyttäisiin pitämään asiantuntemus ja osaaminen parhaana muun muassa erilaisten tilanteiden toistumisen kautta. Tämä määrä on kuitenkin Suomen oloihin liian suuri, joten se on asetuksessa puolitettu. Joissain tilanteissa tätäkin pienemmät synnytysyksiköt joudutaan maantieteellisistä syistä hyväksymään, mutta tämä edellyttää varautumista erityisesti henkilökunnan lisäkoulutuksella ja tukena alueen yliopistosairaalalta.

Jo muutaman vuoden kuluttua joudutaan Mikkelin keskussairaalassa miettimään, voidaanko synnytystoimintaa jatkaa. Tähän vaikuttaa se, miten osaavaa henkilökuntaa saadaan ja minkälaisia mahdollisuuksia sairaalalla on taloudellisesti ylläpitää synnytyksiä. Tämä arviointi voi tulla nopeasti esille, vaikka lyhyellä tähtäimellä toiminta jatkuisikin poikkeusluvin ja erityisjärjestelyin. Muun muassa Keski-Suomen keskussairaalalla on mahdollisuus ilman minkäänlaista lisäresursointia tiloihin tai henkilöstöön ottaa uuteen sairaalaan kaikki Etelä-Savon hyvinvointialueen synnytykset.

Uusittu työnjaon asetus antaa Savonlinnan keskussairaalalle mahdollisuuden jatkaa tekonivelleikkauksia. Syöpäkirurgia kannattaa siirtää yliopistosairaalaan.

Uudistunut terveydenhuoltolain voimalla annettu erikoissairaanhoidon työnjaon asetus (keskittämisasetus) antaa Savonlinnan keskussairaalalle mahdollisuuden jatkaa tekonivelleikkauksia. Vuonna 2019 näitä tehtiin 251 Savonlinnassa ja 639 Mikkelissä. Sote-lakiluonnoksen säädökset mahdollistavat myös muun leikkaustoiminnan jatkossa. Tekonivelleikkauksissa kirurgiset ongelmat ovat harvinaisia. Koska tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat ovat iäkkäitä, on heillä usein muita sairauksia kuten sydänsairauksia. Tekonivelleikkaus on varsin suuri leikkaus ja rasittaa potilasta. Tällöin leikkauksesta toipumiseen voi liittyä esimerkiksi sydänsairauden pahenemista. Tämän takia leikkauksen jälkeen tarvitaan toimiva sisätautilääkärin ja anestesialääkärin päivystys.

Syöpäleikkauksiin liittyy useammin kirurgisia ongelmia ja esimerkiksi tehohoidon tarvetta. Syövän hoito on myös kehittynyt nopeasti ja siinä tarvitaan hyvin monen eri erikoisalan osaamista ja

laajaa laboratoriotoimintaa. On nähtävissä, että syövän leikkaushoito keskittyy lisääntyvässä määrin yliopistosairaaloihin. Savonlinnan keskussairaala on pääosin keskittänyt syöpäleikkaukset yliopistosairaalaan ja tämä on oikea suunta. Myös Mikkelin keskussairaalan tulisi lisääntyvässä määrin lähettää syöpäleikkaukset yliopistosairaalaan. Nyt sinne lähetetään vaativimmat leikkaukset. Mikkeli käyttää myös Keski-Suomen keskussairaalan palveluja syövän hoidossa.

Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloiden yhteistyö

Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaalat ovat useaan otteeseen neuvotelleet kliinisen potilashoidon yhteisteistyön mahdollisuuksista. Neuvottelut eivät ole kuitenkaan johtaneet konkreettisiin tuloksiin. Kuopion erityisvastuualueella ei muidenkaan keskussairaaloiden välillä ole onnistuttu pääsemään yhteisymmärrykseen työnjaosta. Terveydenhuoltolain edellyttämää erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta ei erityisvastuualueella ole saatu sovittua.

Neuvotteluissa leikkaustoiminnasta nostettiin sairaaloiden välille malli, jossa Savonlinna vastaisi tekonivelkirurgiasta ja Mikkeli päivystyskirurgiasta ja muusta riskialttiista ja vaativammasta kirurgiasta. Molemmat yksiköt tekisivät päiväkirurgiaa ja kevyempää kirurgiaa. Tällöin molempien sairaaloiden leikkaussalikapasiteettia, kirurgian vuodeosastoja sekä kirurgian hoitohenkilöstöä voitaisiin käyttää tarkoituksenmukaisesti hyväksi. Tällainen ehdotus ei kuitenkaan aikanaan edennyt lähinnä Mikkelin kirurgien esityksestä, koska he katsoivat sen vaarantavan Mikkelin keskussairaalan päivystyksen.

Itä-Savon asukkaat käyttävät Kuopion yliopistosairaalaa somaattisten erikoisalojen palveluja **yli 6 kertaa enemmän** kuin Mikkelin keskussairaalan palveluja. Myös Pohjois-Karjalan keskussairaalaan käyttö on runsasta.

Sairaaloiden välinen yhteistyö on siten ollut varsin vähäistä kliinisessä potilastyössä. Yhteistyön vaihtoehdoista on neuvoteltu paljon, mutta yhteisymmärrystä ei ole löytynyt. Väestöt käyttävät toistensa palveluita vähän. Savonlinnan keskussairaala käyttää lähinnä Mikkelin Moision psykiatrisen sairaalan palveluita tahdonvastaisessa hoidossa. Muussa erikoissairaanhoidossa ostopalvelut Mikkelistä ovat vähäiset. Vuonna 2019 Savonlinnan keskussairaala (Sosteri) hankki somaattisen erikoissairaanhoidon palveluita Mikkelin keskussairaalasta (Essote) 1.534.155 eurolla, Pohjos-Karjalan keskussairaalasta 651.441 eurolla ja Pohjois-Savon yliopistollisesta sairaalasta 9.660.889 eurolla. Kuopion palvelujen käyttö oli Mikkeliin verrattuna siis 630 prosenttia suurempaa. Savonlinnan keskussairaala käyttää myös varsin paljon Pohjois-Karjalan keskussairaalan palveluita, jos niitä verrataan Mikkelin keskussairaalaan. Mikkelin keskussairaala ei varsinaisesti ohjaa mitään potilasryhmiä Savonlinnan keskussairaalaan eikä siten hyödynnä Savonlinnan keskussairaalaa. Etelä-Savon (Essote) ostot olivat 331.615 euroa Itä-Savosta.

Sairaalat ovat toiminnaltaan hyvin samanlaisia myös hoitoprosessien osalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keskussairaaloiden episodituottavuudessa 2019 Mikkelin keskussairaalan tuottavuusluku oli 96 ja Savonlinnan keskussairaalan 95, kun valtakunnan keskimääräinen

tuotavuus oli 100. Viime vuosina Savonlinna on hyvin pystynyt nostamaan toimintansa tuottavuutta pienuudestaan huolimatta.

Koska sairaalat ovat perustoiminnaltaan ja varustelutasoltaan hyvin samanlaisia, ei hyvinvointialuemallin mukainen yhteinen hallinto automaattisesti sairaaloiden toimintojen osalta johda synergiaetuihin. Niitä on saatavissa vain selkeillä ja vahvoilla päätöksillä. Tuotannollisen yhteistoiminnan vaikeus on tullut esille aikaisemmissa neuvotteluissa, jota eivät ole johtaneet käytännön toteutuksiin. Mikkelin keskussairaala on investoinut paljon ja kalliisti oman laajan tuotannon luomiseen. Savonlinnan keskussairaala on investoinut vähemmän ja pyrkinyt enemmänkin toteuttamaan peruserikoissairaanhoitoa ja luomaan hyvän yhteistyön perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kanssa. Pienestä väestöstä huolimatta se on viime vuosina pystynyt parantamaan erikoissairaanhoidon tuottavuutta merkittävästi.

Koska Mikkelin keskussairaalassa on tehty laajat investoinnit akuutin päivystyssairaalan suuntaan ja se on hyvinvointialueen suurempi sairaala, olisi luonnollista, että sinne keskitettäisiin vaativampi ja päivystysvalmiutta edellyttävä hoito. Tällaista olisi esimerkiksi päivystysleikkaukset ja suolistokirurgia sekä suurten kansantautien syöpäkirurgia. Uudistettu erikoissairaanhoidon työnjaon asetus (keskittämisasetus) antaa tähän mahdollisuuden, vaikka esimerkiksi syöpäleikkauksissa lukumäärät Etelä-Savon hyvinvointialueella jäävät pieniksi. On myös huomioitava, että syövän hoito kehittyy nopeasti ja vaatii suuremman hoitavien erikoisalojen tiimin. Kummallakaan sairaalalla ei esimerkiksi ole omaa patologian erikoislääkäriä. On myös nähtävissä, että potilaat voivat syövän hoidossa alkaa käyttää enemmän vapaata hoitopaikan valintaa. Tämä voi tulla esille ensimmäisenä rintasyövän hoidossa, jossa hoitomenetelmät ja myös leikkaushoidot ovat kehittyneet erittäin nopeasti. Koska puolet potilasta on nuoria alle 60-vuotiaita hyväkuntoisia naisia, joilla onnistuneella hoidolla on odotettavissa vuosikymmeniä tervettä elämää, he voivat hakeutua yliopistosairaaloihin hoitoon. Yliopistosairaaloilla on paremmat edellytykset tarjota viimeiseen tietoon perustuvaa hoitoa. Kansainväliset raportit osoittavat, että isoissa keskuksissa pystytään keskimäärin vaikuttavampaan hoitoon kuin pienissä keskuksissa.

Koska Savonlinnan sairaalassa on hyvät ja modernit leikkaussalit sekä vuodeosastokapasiteettia ja osaavaa hoitohenkilökuntaa, tulisi tämä resurssi käyttää hyväksi. Konservatiivisen peruserikoissairaanhoidon lisäksi leikkaussalitoiminta voisi keskittyä kevyempään kirurgiaan kuten sappileikkauksiin ja tyräleikkauksiin sekä ortopediaan, joissa päivystysongelmat ja tehohoidon tarve on pieni. Volyymituotteena sairaalaan sopisi hyvin kiireetön tekonivelkirurgia sillä käytössä olisi vuodeosastokapasiteettia ja hyvät mahdollisuudet kuntoutukseen. Tekonivelleikkauksissa kirurgiset komplikaatiot ovat harvinaisia, mutta ikääntyneille potilaille voi tulla sisätautisia ongelmia kuten sydänvaivoja leikkaukseen liittyen. Tällöin sairaalan sisätautien päivystystä tarvitaan enemmän kuin ortopedian erikoisalan päivystystä. Tämän mukaista työnjakoa on sairaaloiden välille ehdotettu, mutta sovintoa ei ole saatu aikaiseksi.

Taloudellinen kantokyky

Lyhyellä 3 – 4 vuoden tähtäimellä rahoituksen näkökulmasta Etelä-Savon hyvinvointialue voisi varsin helposti ylläpitää molemmissa sairaaloissa pitkälti nykyisen kaltaista toimintaa ja

päivystystä. Vaikka taloustilanne valtion hyvinvointialueille antaman rahoituksen suhteen olisi tiukka ja kasvuvara palveluiden tarpeen kasvusta huolimatta pieni, Etelä-Savon saama rahoitus voisi riittää toiminnan ylläpitoon entisen kaltaisena. Myöhemmässä vaiheessa hyvinvointialue joutuisi kuitenkin toteuttamaan suurempia toiminnan muutoksia ja saneerauksia, jotta rahoitus riittäisi.

Kun esimerkiksi vuonna 2020 Etelä-Savon maakunnan väkiluku laski yli 1.700 asukkaalla ja sitä edellisenä vuotena 2.554 henkilöllä ja samanaikaisesti Suomen kasvukeskuksissa nähtiin voimakasta väestön kasvua, alkaa väestön määrän pieneminen nopeasti näkyä laskennallisessa rahoituksessa tasausjärjestelmän poistuessa. Samalla on nähtävissä, että Tilastokeskuksen ennusteet osoittavat, että kasvukeskusten väestö vanhenee nopeasti. Tämä johtaa rahanjaon uusjakoon, joka tulee johtamaan Etelä-Savon suhteellisen rahoituksen pienemiseen. Laskentamallia voidaan myös muuttaa poliittisin päätöksin. Siitä esimerkkinä on hallituksen joulukuun 2020 esitys, jossa kesäkuun esitykseen verrattuna kasvukeskukseen siirtyi varsin paljon rahoitusta. Laskentamallin muutokset tapahtuvat hitaasti, mutta väestökehitystä ajatellen ne ovat väistämättömiä ja tulevat edellyttämään Etelä-Savon hyvinvointialueella hyvin suuria rationalisointeja palveluiden tuotannossa. Lisäisi vanhenevan väestön takia joudutaan toiminnan pääpainoa siirtämään hoivapalveluihin ja perustason palveluihin erikoissairaanhoidosta.

Väestön väheneminen ja toivottu väestön suhteellinen terveydentilan paraneminen sekä muualla maassa lähinnä pääkaupunkiseudulla tapahtuva väestön nopea ikääntyminen ja sen mukanaan tuoma näiden alueiden palvelutarpeen kasvu johtanee Etelä-Savon laskennallisen valtion rahoituksen pienenemiseen. Mahdollinen hyvinvointialueen oman verotuksen toteutuminen ei tuo helpotusta, koska alueen väestön tulotaso on matala. Työikäinen väestö vähenee nopeasti ja pelkona on, että työllistyneiden määrä vähenee vielä nopeammin. Näin on tapahtunut maakunnassa jo pitkään eikä ole nähtävissä muutosta tässä. Jo viiden vuoden kuluessa hyvinvointialueen toiminnan alettua jouduttaneen miettimään laajempia rakenteellisia muutoksia. Väestörakenteesta johtuen muutostarpeet tulevat pääosin keskittymään erikoissairaanhoitoon.

Seuraavien vuosien aikana joudutaan arvioimaan, voiko synnytystoiminta jatkua Mikkelin keskussairaalassa. Jos kehitys jatkuu syntyvyyden osalta samanlaisena kuin viimeisen kymmenen vuoden aikana, tällöin synnytysten määrä on hyvinvointialueella alle 500 synnytystä vuodessa. Silloin synnytysten ylläpito ei potilasturvallisuuden näkökulmasta ole toivottavaa eikä myöskään taloudellisesti mahdollista. Silloin on luultavaa, että synnytykset pääosin Mikkelin alueelta suuntautuvat Jyväskylään, Pieksämäen ja Savonlinnan alueelta Kuopioon. Synnytysten loppuminen Mikkelin keskussairaalassa aiheuttaa tarpeen tehdä suurempia rakenteellisia muutoksia, jotka helposti kohdistuvat hyvinvointialueen pienempään keskussairaalaan eli Savonlinnan keskussairaalaan. Silloin joudutaan arvioimaan viimeistään kahden päivystävän sairaalan ylläpidon mahdollisuus.

Molemmissa sairaaloissa ovat kiinteistöinvestoinnit pääosin tehty ja valmistumassa, mutta niiden maksaminen edessä. Edellisen hallituksen aikana perustettu Maakuntien tilakeskus arvioi Etelä-Savon maakunnan laskennallisen sote-kiinteistöjen vuosivuokran olevan vuonna 2020 yhteensä 67 miljoonaa euroa. Tämä tarkoitta asukasta kohden 474 euroa vuodessa, joka on valtakunnan

korkein. Nyt on lisäksi toteumassa lisää kiinteistöinvestointeja Mikkelissä ja Savonlinnassa. Erityisesti Mikkelin keskussairaalan rakennusinvestointeihin on uhrattu paljon varoja ja tilat ovat toimivat, mutta kalliit. Hyvinvointialueen kiinteistöjen laskennallinen kustannus vastaa 1.000 lähihoitajan vuosittaisia palkkakustannuksia sivukuluineen.



Etelä-Savo	**473,96 €**
Pohjois-Savo	451,40 €
Pohjois-Karjala	400,60 €
Varsinais-Suomi	397,11 €
Keski-Pohjanmaa	394,28 €
Etelä-Pohjanmaa	386,71 €
Pirkanmaa	372,38 €
Keski-Suomi	369,80 €
Kymenlaakso	362,68 €
Lappi	362,13 €
Pohjanmaa	361,77 €
Kainuu	361,53 €
Satakunta	359,94 €
KOKO MAA	**340,42 €**
Pohjois-Pohjanmaa	335,04 €
Kanta-Häme	325,59 €
Etelä-Karjala	315,01 €
Päijät-Häme	309,66 €
Uusimaa	272,62 €

Henkilöstön saatavuus

Suurin uhka kahden päivystävän sairaalan mallille tulee kuitenkin henkilökunnan saatavuudesta. Jo tällä hetkellä on vaikeuksia saada riittävästi erikoislääkäreitä molempiin sairaaloihin. Sairaalan erikoislääkäripulan lisäksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella on myös pula perusterveydenhuollon lääkäreistä. Hallituksen sote-esitys on jo johtanut siihen, että Savonlinnan keskussairaalalla on lisääntyvästi vaikeuksia saada erikoislääkärin virkoihin pysyviä viranhaltijoita. Koska on epäselvää, miten Savonlinnan keskussairaala voi toimia nykyisessä muodossa, eivät valtavalmistuneet erikoislääkärit uskalla muuttaa paikkakunnalle perheineen. On ymmärrettävää, että tällaisessa tilanteessa ei paikkakunnalle muuttanut lääkäri myöskään uskalla hankkia itselleen omaa omistusasuntoa. Samalla on huomioitava myös puolison työpaikka, jolloin suunta on helposti kohti suuria kasvukeskuksia, joista kaksi akateemisesti koulutettua löytää helpommin työpaikan.

Tilanne on jo kärjistynyt Savonlinnan keskussairaalassa anestesiapäivystyksen ylläpidon kohdalla, mutta vaikeuksia on myös sisätautien ja kirurgian päivystyksessä. Ratkaisuksi on jouduttu käyttämään varsin runsaasti kallista ostopalvelua. Sairaalan leikkaustoiminta ei voi jatkua, jos sairaala ei pysty toteuttamaan anestesiapäivystystä. Muutokset voivat siis tulla huomattavasti nopeammin, kun taloustilanteen aiheuttama muutoksen tarve. Koska erikoislääkäreistä on puutetta molemmissa sairaaloissa, voi muodostettu hyvinvointialue hyvin nopeasti joutua tilanteeseen, jossa henkilöstöpulan takia toiminta joudutaan keskittämään vain yhteen sairaalaan.

Koska suuret kiinteistöinvestoinnit on tehty Mikkelin keskussairaalaan ja se on hyvinvointialueen suurempi sairaala, ei ole epäilystä, mihin hyvinvointialueen hallinto joutuu keskittämään toimintaa. Sairaaloiden välisissä neuvotteluissa on todettu, että sairaalat eivät voi auttaa toisiaan päivystysten ylläpidossa henkilöstö osalta.

Hallituksen esityksen mukaisessa hyvinvointialuemallissa eivät Kuopion yliopistosairaalan mahdollisuudet kouluttaa riittävästi alueelle erikoislääkäreitä parane. Pohjois-Savon yliopistollisen hyvinvointialueen väestöpohja jää puolta pienemmäksi kuin Varsinais-Suomen ja Pohjois-Pohjanmaan yliopistollisilla hyvinvointialueilla. Tämä vaikuttaa yliopistosairaalan toimintaan ja kykyyn kouluttaa erikoislääkäreitä.

Erikoislääkäripula voi nopeasti johtaa tarpeeseen keskittää toiminnot hyvinvointialueella yhteen sairaalaan.

Paikallinen sairaanhoitaja ja lähihoitajakoulutus on pystynyt reagoimaan lisääntyvään hoitohenkilökunnan eläköitymiseen. Sairaala on pystynyt tarjoamaan työtä paikkakunnalle jääville. Jos joudutaan tilanteeseen, jolloin Savonlinnan keskussairaalan toiminta kapenee esimerkiksi leikkaustoiminnan loppumisen kautta, vaarantaa tämä samalla hoitoalan ammattikorkeakoulutoimintaa harjoittelupaikkojen kattavien harjoittelupaikkojen hävitessä.

Savonlinnan keskussairaalan yhteispäivystyksen loppumisella olisi suuri aluetaloudellinen merkitys Savonlinnan talousalueelle. Muutos olisi huomattavasti suurempi kuin opettajakoulutuksen siirto Joensuuhun. Yhteispäivystyksen lopettaminen lopettaisi myös leikkaustoiminnan sairaalassa. Samalla sairaalan toiminnan kokonaiskuva muuttuisi radikaalisti. Se näkyisi henkilöstön vähenemisenä ja siten alueen työpaikkojen vähenemisenä erityisesti akateemisten ja ammattikorkeakoulutuksen saaneiden kohdalla. Sillä olisi nopeasti seurannaisvaikutus myös terveydenhuollon ammattikorkeakoulutoimintaan. Sairaanhoitajat eivät enää voisi saada kattavaa harjoittelua Savonlinnan keskussairaalasta muun muassa leikkaussalitoiminnasta.

Etelä-Savon hyvinvointialueen tuleva kehitysennuste

Lyhyellä aikavälillä hallituksen esityksen mukainen Etelä-Savon hyvinvointialue mahdollistaa entisen kaltaisen erikoissairaanhoidon toiminnan Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloissa, jolloin molemmissa sairaaloissa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys ja leikkaustoiminta. Mikkelin keskussairaalassa päivystys on monialainen ja laajempi. Savonlinnassa lääkäripäivystys käsittää yleislääketieteen lisäksi sisätaudit, kirurgian ja anestesiologian. Molemmissa tehdään tekonivelleikkauksia ja perustason leikkaustoimintaa siten, että vaativampi ja päivystyksellinen osuus keskittyy Mikkelin keskussairaalaan. Vaativa kirurgia tapahtuu Itä-Savon osalta Kuopiossa ja Mikkelin keskussairaalan vaikutusalueelta osittain Kuopiossa ja osittain Jyväskylässä.

Muutaman vuoden kuluttua päädytään kuitenkin tilanteeseen, jossa joudutaan toimintaa hyvinvointialueen toimesta saneeraamaan. Jos se ei tapahdu erikoissairaanhoidon toiminnassa, niin peruspalveluja perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa joudutaan saneeraamaan. Tämä

on vaikea tehdä siten, että se ei vaikuttaisi negatiivisesti vanhenevan väestön peruspalveluihin. Henkilöstön saatavuus ja toiminnan rahoituksen riittävyys muodostaa keskeisimmän ajurin muutoksille.

Keskussairaalan toiminnan saneeraus ja paikallisen keskussairaalan toiminnan kapeutuminen aiheuttaa merkittävät aluetaloudelliset vaikutukset Itä-Savon alueella. Ne ovat suuremmat kuin opettajakoulutuksen siirtyminen. Vaikutus ei kohdistu pelkästään terveydenhuollon työpaikkoihin vaan koko kaupunkiin ja sen vaikutusalueeseen. Väestön palveluiden näkökulmasta leikkaustoiminnan loppumisen merkitys on pienempi, koska kirurgiseen leikkauksen joudutaan lopultaan harvoin, ei aina edes kerran elämässä. Sairaalan osaamisen kapeutumisen merkitys on suurempi. Vaikutus tulee siten epäsuorasti sosiaali- ja terveydenhuoltoon, kun päivystystoiminta ja siten varautuminen vähenee sekä myös paikallisen kulutuksen sisältöä joudutaan muuttaman.

Väestöltään pieni Kuopion yliopistosairaala jää muista yliopistosairaaloista jälkeen osaamisessa ja resursseissa.

Hallituksen esityksen hyvinvointialuejaosta suurin vaikutus koskee koko Itä-Suomea. Kuopion yliopistollinen sairaala ja tuleva Pohjois-Savon yliopistollinen hyvinvointialue on selkeästi pienin yliopistollinen hyvinvointialue. Se väestöpohja on lähes puolta pienempi kuin muiden maakunnallisten yliopistosairaaloiden. Se jää myös pienimmäksi. Pohjois-Savon maakunnan väestö myös vähenee ja ikääntyy nopeasti. Jo nyt on nähtävissä, että painopiste vaativassa erikoissairaanhoidossa on siirtymässä kohti Jyväskylää ja Tamperetta. Vaikka lääketieteellinen tiedekunta jatkaisikin perusopetuksen suhteen Kuopiossa, niin pieni yliopistosairaala ei pysty kouluttamaan alueelle riittävästi erikoislääkäreitä eikä esimerkiksi hyödyntämään Savonlinnan keskussairaalaa koulutuspaikkana osana yliopistosairaalaa. Kuopion yliopistosairaala on myös investoinut ja investoimassa kiinteistöihin paljon. Maakuntien Tilakeskus arvioi Pohjois-Savon sote-kiinteistöjen laskennallisten vuokramenojen olevan vuonna 2020 yhteensä 112,45 miljoonaa euroa eli asukasta kohden Suomen toiseksi eniten (451,40 €). Tämä yhtenä tekijänä aiheuttaa yliopistosairaalan toiminnassa tulevina vuosina saneeraustarpeen ja heikentää sairaalan kilpailukykyä muihin yliopistosairaaloihin ja Keski-Suomen keskussairaalaan nähden. Pitkällä aikavälillä voidaan kyseenalaistaa vähäväkisen yliopistosairaalan asema lääkärikoulutusta tuottavana yksikkönä ja vaativan erikoissairaanhoidon tuottajana.

Itä-Savo osana Pohjos-Savon hyvinvointialuetta

Vuoden 2019 aikana Pohjois-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiiri tekivät selvitystä erikoissairaanhoidon toimintojen yhdistämisestä. Erikoissairaanhoidon yhdistyminen olisi luonut Itä-Suomeen kahden kampuksen yliopistollisen sairaanhoitopiirin. Yhdistymisen jälkeen kahdessa sairaalassa olisi hoidettu vuosittain yli 120.000 erikoissairaanhoidon potilasta. Pohjois-Savon

sairaanhoitopiiristä olisi tullut Suomen viidenneksi suurin sairaanhoitopiiri ja lähestynyt muita yliopistollisia piirejä koossaan. Toiminnalla olisi luotu KYS Kuopiolle ja KYS Savonlinnalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit. Henkilöstön rekrytointi ja koulutus olisi helpottunut. Kliinisen työn osalta havaittiin olevan saavutettavan paljon etuja tuotantoresurssien optimaalisen käytön, toiminnan laadun, potilasturvallisuuden ja kustannuskehityksen näkökulmasta. Yhdistyminen olisi edellyttänyt runsaasti hallinnollisia järjestelyjä koskien perussopimuksia, peruspääomaa, kuntalaskutusta ja toiminnan tuotteistusta. Sote-lainsäädäntö antaisi nyt selkeät juridiset mallit hallinnolliselle yhdistämiselle. Kliinisen potilastyön yhdistämiseen mallit tulivat selvitystyön myötä pitkälti jo rakennettua.

Lausunnolle lähteneessä lakiesityksessä esitettiin Itä-Savon kuntien liittämistä Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen. Taustamuistiossa todettiin tällöin muodostuvan Pohjois-Savon sote-maakunnasta noin 290.000 asukkaan vahva sosiaali- ja terveyspalveluiden ja pelastustoimen järjestäjä. ***Taustamuistio toteaa, että tällöin erikoissairaanhoidolle olisi mahdollista luoda Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) ja nykyiselle Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako.***

Pohjosen suuntaa ovat kannattaneet savonlinnalaiset kansalaiskyselyssä sekä Itä-Savon kunnat Sulkavaa lukuun ottamatta. Itä-Savon sairaanhoitopiiri totesi lausunnossaan pohjoisen suunnan sairaalan toiminnan jatkon kannalta oikeaksi. Myös sairaalan henkilökunta on ollut tällä kannalla. ***Väestö käyttää Kuopion yliopistosairaalan palveluita somaattisessa sairaanhoidossa kuusi kertaa enemmän kuin Mikkelin keskussairaalaa.***

Pohjois-Savon suunta mahdollistaisi 290.000 asukkaan vahvan yliopistollisen hyvinvointialueen luomisen.

Itä-Savon suuntautumisessa pohjoiseen suurin merkitys koko Itä-Suomen näkökulmasta olisi Kuopion yliopistollisen sairaalan väestöpohjan vahvistuminen. Siitä tulisi selkeästi erityisvastuualueensa suurin hyvinvointialue. Tämä lisäisi sen kykyä hoitaa vaativaa erikoissairaanhoitoa. Lääkärikoulutuksen toteuttamisen edellytykset paranisivat erityisesti erikoislääkärikoulutuksen osalta, kun Savonlinnan keskussairaalaa lääkärikoulutuksessa voitaisiin käyttää hyväksi. Nykyiset tietotekniset välineet antavat hyvät mahdollisuudet näin muodostuvien monipaikkaisten klinikoiden johtamiseen ja esimerkiksi yhteisiin päivittäisiin klinikkakokouksiin.

Pelkkä Itä-Savon liittäminen Pohjois-Savon hyvinvointialueeseen ei vielä tekisi siitä väestöltään vertailukelpoista muiden yliopistollisten hyvinvointialueiden kanssa. Se olisi kuitenkin ensimmäinen askel siinä ja vahvistaisi siten koko Itä-Suomen asemaa. Sillä voisi siten olla paikkansa niissä työvälineissä, millä parannetaan Itä-Suomen aluetaloutta ja jarrutetaan väestökatoa.

Savonlinnan keskussairaalan näkökulmasta edellytykset lääkärityövoiman saannille paranisivat merkittävästi ja lääkärikunta voisi kokea olevansa osa isompaa osaavaa tiimiä. Kouluttautumismahdollisuudet olisi helppo luoda toimiviksi samassa yliopistollisessa organisaatiossa. Yhtenäisten laatujärjestelmien ja hoitopolkujen rakentaminen potilaan hyväksi helpottuisi. Suuren yhtenäisen hyvinvointialueen toimesta voitaisiin rakentaa toimiva kokonaisuus verrattuna tilanteeseen, jossa kahden hyvin samanlaisen sairaalan työnjaosta pitäisi sopia.

Itä-Savon suuntautuminen pohjoiseen turvaisi pitkällä tähtäimellä Savonlinnan keskussairaalan toiminnan. Kliinisesti vaativa toiminta voitaisiin sijoittaa Kuopioon yliopistosairaalaan. Esimerkiksi tehohoitoa vaativaa raskasta kirurgia ja vaativaa kuvantamista olisi mahdollista sijoittaa KYS:iin ja esimerkiksi osa lyhyttä jälkihoitoa vaativista kirurgian toimenpiteistä ja vaativaa laitoskuntoutusta olisi mahdollista sijoittaa Savonlinnan keskussairaalaan. Jo nyt Kuopion yliopistosairaala on käyttänyt Savonlinnan sairaalaa kevyessä kirurgiassa jononpurkuun. Savonlinnan yksiköt voisivat toimia eräänlaisina ”satelliittiyksiköinä” KYS:n kyseisen erikoisalan toimintamalleja ja –periaatteita noudattaen. Tästä syntyisi toiminnallista ja taloudellista hyötyä henkilöstön tehokkaamman käytön ja etävastaanottojen kautta sekä muita hyötyjä, kuten erikoislääkärikoulutuksen monipuolistuminen. Myös kalliista hankituista ostopalveluista muun muassa vaativassa gastrokirurgiassa ja gastroenterologiassa sekä silmätautien leikkaustoiminnassa Savonlinnan keskussairaalassa voitaisiin luopua. Monet edut todettiin vuoden 2019 selvityksessä, kun käytiin toimintamallia läpi yliopistosairaalan eri osaamiskeskusten kanssa.

Savonlinnan yksiköt voisivat toimia ”satelliittiyksiköinä” KYS:n kyseisen erikoisalan toimintamalleja ja –periaatteita noudattaen.

Erikoissairaanhoidon toimintojen yhdistyminen hyödyttäisi potilaita toiminnan sujuvoittamisen kautta, tukisi taloutta kustannusten jakamisen muodossa, edistäisi henkilöstön strategista kehittämistä sekä tukisi alueellista elinvoimaa Pohjois- ja Itä-Savossa. Rakenne mahdollistaisi Kuopion yliopistollisen sairaalan vahvistamisen ja siten vaikutus koko Itä-Suomen alueelle voisi olla merkittävä aluetaloutta ajatellen. Se olisi yksi tapa padota Itä-Suomen nopeaa väestökatoa.

Pohjois-Savon hyvinvointialue voisi kehittää toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut hyödyntämällä niitä oppeja, joita on saatu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Kysterin perusterveydenhuollon liikelaitoksesta, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymästä, Varkauden sosiaali- ja terveyspalveluista sekä Itä-Savon Sosterista. Yhdistettynä yliopistosairaalan erikoissairaanhoitoon on mahdollista muodostaa toimiva kokonaisuus ja palveluiden integraation. Lausunnolla olleen taustamuistossa todetaan, että Itä-Savossa vuoden 2007 alusta lähtien toiminut Sosteri kuntayhtymä perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimien mallina voisi olla mallina Pohjois-Savon sote-hyvinvointialueen toiminnan suunnittelussa. Lisäksi alueet, joissa sijaitsee yliopistollinen keskussairaala ovat työntekijöille vetovoimaisempia kuin muut. Jos Itä-Savon kunnat liitettäisiin Pohjois-Savoon, niiden perusterveydenhuolto ei todennäköisesti ainakaan heikkenisi verrattuna nykytilaan.

Itä-Savon suuntautuminen Pohjois-Savoon pienentäisi hallituksen esityksen mukaista Etelä-Savon hyvinvointialueen väestöpohjaa vuoden 2020 Tilastokeskuksen ennakkotiedon mukaisesti noin 92.845 henkeen. Alue on kuitenkin hyvin kompakti, koska Mikkelin kaupungin väkiluku on ennakkotiedon mukaan 52.604 asukasta eli yli puolet. Pieksämäen 17.376 asukkaan kaupungista kuitenkin hakeudutaan myös Kuopion yliopistosairaalaan käyttäen hyväksi hoitopaikan valinnanvapautta. Alle 100.000 asukkaan Etelä-Savon hyvinvointialue olisi kuitenkin samaa kokoluokkaa kuin Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, joka on alueeltaan huomattavasti hajanaisempi. Kainuun ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueet ovat väestöltään merkittävästi pienempiä kuin

näin muodostuva Etelä-Savon hyvinvointialue. Samalla ne ovat Mikkelin seudun tapaan kulttuuriltaan ja toiminnaltaan kompakteja ja niissä on samalla tavalla vahva keskuskaupunki.

Mikkelin keskussairaalan toiminta ei oleellisesti muuttuisi, koska Itä-Savon väestö käyttää kohtalaisen vähän Mikkelin sairaalan palveluita. Suurempi muutos olisi tahdonvastaisessa hoidossa, jossa Itä-Savon sairaanhoitopiiri on käyttänyt Mikkelissä olevaa Moision psykiatrista sairaalaa. Mikkelin keskussairaalaan on viime vuosina investoitu paljon ja tehty laajat uudisrakennukset. Meneillään on parhaillaan myös uuden Mielen ja kuntouksen talon rakentaminen keskussairaalan yhteyteen. Mikkelin keskussairaalaan on lisäksi rakennettu juuri uusi synnytysyksikkö, vaikka synnytykset ovat pitkään toimineet poikkeusluvalla ja synnytysten määrä nopeasti vähentynyt. Erikoissairaanhoidon keskittäminen koko nykyisen Etelä-Savon maakunnan alueella uuteen Mikkelin keskussairaalaan ei tällöin tapahtuisi. Silloin voi osoittautua, että kiinteistöinvestoinnit Mikkelin keskussairaalaan ovat olleet liian suuret väestön vähentyessä.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin väestön ikävakioimaton sairastavuusindeksi on korkea (126,0) ja korkeampi kuin Itä-Savossa. Tämä tarkoittaa sitä, että Etelä-Savon hyvinvointialueen rahoitus korkean sairastavuuden ja väestön ikärakenteen takia on muuhun maahan nähden runsas, joskin palvelutarve on myös korkea. Pitkällä aikavälillä pienevä väestö tulee pienentämään suhteellista rahoitusta. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri (Essote) on myös jo toteuttanut sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation, joten hyvinvointialueen ei tarvitse tehdä suuria rakenteellisia muutoksia toiminnassaan ja sen organisoinnissa. Täten on nähtävä, että nykyisen Essoten alueella ei olisi tarpeen tehdä suuria muutoksia eikä Itä-Savon siirtyminen Pohjois-Savoon ainakaan lyhyellä tähtäimellä aiheuttaisi ongelmia.

Itä-Savon väestön, ammattilaisten, kuntien ja sairaanhoitopiirin mielipide on vahvasti ollut hyvinvointialueen yhteistyö Pohjois-Savon suuntaan. Hallitusohjelmassa on todettu, että alueelliset erityispiirteet otetaan huomioon mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja palveluiden järjestämisessä. Yhteistyöselvitys vuodelta 2019 on osoittanut, että Pohjois-Savon ja Itä-Savon yhteistyön hyödyt erikoissairaanhoidon toiminnan näkökulmasta ovat merkittävät ja kliinisen potilastyön osalta valmiit mallit olemassa. Parlamentaarisen työryhmän todettua selvityksessä, että hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveystointa sekä pelastusta täydennetään vain ympäristöterveydenhuollolla eikä monialaiseen maakuntamalliin lähdetä, on Itä-Savon liittyminen helpompi toteuttaa. Etelä-Savon suunnan perusteluna on aikaisemmin ollut pitkälti monialaisen maakuntamallin toteuttaminen.

Yliopistollisen Savonlinnan sairaalan on helppo rekrytoida osaajia. Lääkärit voivat tuntea olevansa osa suurempaa osaavaa työyhteisöä ja klinikkaa.

Suurin hyöty Pohjois-Savon hyvinvointialueen ja samalla Kuopion yliopistosairaalan väestöllisestä vahvistumisesta tulee Itä-Suomen aluetaloudelle. Se vahvistaa yliopistosairaalan lisäksi alueen yliopistoa ja vahvistaa Kuopion kaupunkia Itä-Suomen keskuksena. Tämä luo yhden mahdollisuuden lisää padota Itä-Suomen vaikeaa väestökehitystä. Savonlinnan keskussairaalalle suunta mahdollistaa erikoissairaalatoiminnan jatkumisen.

Jatkuvuudessa tärkein edellytys on osaavan henkilökunnan saanti erityisesti koskien erikoislääkäreitä. Yliopistollisella Savonlinnan sairaalalla on helppo rekrytoida osaajia ja siellä palvelevilla lääkäreillä kouluttautua. He voivat tuntea olevansa osa suurempaa osaavaa työyhteisöä ja klinikkaa. Tämä edellyttää osaavaa johtamista ja modernin digitaalisen monipaikkaisen teknologian käyttämistä. Erikoissairaanhoidon jatkuminen Savonlinnassa turvaa myös terveydenhuollon ammattikorkeakouluopetuksen jatkumisen paikkakunnalla ja siten osaavan hoitohenkilökunnan saannin.

Laaja Savon hyvinvointialue

Itä-Suomen ja erityisesti Etelä-Savon maakunnan väestökehitys ja syntyvyyden lasku on ollut rajua. Ennusteet kertovat tilantee jatkuvan ja erityisesti työikäiset ja nuoret muuttavat alueelta pois. Hyvinvointialueita rakennettaessa tulisi päätöksenteon suuntautua pitkälle tulevaisuuteen. Nyt luotava rakenne tulee toimimaan vuosikymmeniä. Parhaillaan ollaan kumoamassa 50 vuotta vanhaa kansanterveyslakia ja pohjaltaan vielä vanhempaa sairaalatoiminnan lainsäädäntöä. Vaikka lainsäädäntöön on kirjattu mahdollisuus hyvinvointialueiden muuttaminen, on sen toteuttaminen käytännössä vaikeaa toimintojen ja rakenteiden alettua käytännössä.

Laaja lakiluonnoksen perustelumuistio käy hyvin seikkaperäisesi läpi nykytilannetta, mutta siitä puuttuu tulevaisuuteen orientoituminen niin tuotannon kuin rahoituksen osalta. Aluetaloudellisesti Itä-Suomi tarvitsee vahvan kasvukeskuksen, joka voi pysäyttää väestön muuttoa pois alueelta. Käytännössä se tarkoittaa Kuopion kaupungin vahvistamista. Tällöin Kuopion kaupunkiin tarvitaan vahva yliopistosairaala, joka voi tukea myös paikallista yliopistoa koulutuksen ja tutkimuksen alalla. Nyt tilanne on se, että yliopistopistollisen hyvinvointialueen ja yliopistosairaalan väestöpohjaksi on tulossa väestömäärä, joka on vain noin puolet muista maakunnallisista yliopistollisista hyvinvointialueista. Kun lisäksi yliopistosairaalan erityisvastuualueella on sitä väestöltään ja monin osin osaamiselta vahvempi hyvinvointialue ja keskussairaala, ei yliopistosairaalalla ole mahdollisuutta päästä muiden maamme yliopistosairaaloiden tasolle. Tämä näkyy erikoislääkärikoulutuksessa ja osaajien muuttoliikkeenä pois alueelta.

Pieksämäen kaupunki näkee omassa lausunnossaan yhteisen Savon hyvinvointialueen muodostamisen nykyisistä Etelä- ja Pohjois-Savon maakunnista parhaana vaihtoehtona. Myös lainsäädännön arviointineuvosto nostaa asian esille arvioissaan hallituksen esitystä eduskunnalle. Neuvostolle jää epäselväksi, miksi valittu jakomalli on kokonaisuudessaan tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta parempi kuin esimerkiksi pienempi hyvinvointialueiden lukumäärä. Arviointineuvosto viittaa edellisellä vaalikaudella selvityshenkilöryhmä toteamukseen, että kuntaa suuremmat itsehallintoalueet tulisi perustaa niin, että alueiden väestöpohja, sote-infrastruktuuri ja taloudellinen kantokyky riittävät kattavien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen nyt ja tulevaisuudessa. ***Itsehallintoalueiden perustelluksi määräksi arvioitiin asiantuntijoiden toimesta silloin noin 9–12***. Joitain ongelmia voitaisiin korjata hyvinvointialueiden määrää pienentämällä pyrittäessä käsittelemään tavoitteisiin pääsemistäi sekä hyötyjä ja kustannuksia.

Vahva Savon hyvinvointialue voisi rakentaa väestöä palvelevan yhtenäisen sosiaali- ja palvelukokonaisuuden. Erikoissairaanhoidon korkeatasoisin osaaminen kerääntyisi Kuopion yliopistosairaalaan. Mikkelin keskussairaalassa olisi laaja-alainen päivystys ja Savonlinnassa väestöä palveleva perusterveydenhuollon ja keskeisten erikoisalojen erikoislääkäripäivystys. Leikkaustoiminta voisi jatkua kaikissa kolmessa sairaalassa yhtenäisin käytännöin siten, että muodostuisi toimiva ja tehokas kokonaisuus yliopistosairaalan ohjauksessa. Konservatiivista ja kuntouttavaa erikoissairaanhoitoa näiden lisäksi yhtenäisin tavoin voitaisiin toteuttaa alueen vanhoissa aluesairaaloissa Iisalmessa, Varkaudessa ja Pieksämäellä. Hyvällä johtamisella tämä lähes 400.000 asukkaan hyvinvointialue pystyisi kilpailemaan muiden yliopistollisten hyvinvointialueiden kanssa osaamisesta ja henkilöstöstä. Samalla tällainen yksikkö pystyisi aluetaloudellisella vaikutuksellaan patoamaan Itä-Suomen väestökatoa. Ratkaisu tukisi niin Savonlinnan kuin Mikkelin keskussairaaloiden asemaa sekä mahdollistaisi vanhojen aluesairaaloiden kehittämisen kuntoutumista ja peruspalveluita tukeviksi peruserikoissairaanhoidon sairaaloiksi. Savon yhteinen hyvinvointialue voisi hyödyntää niitä oppeja, joita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen toiminta on opettanut Sosterissa, Essotessa, Kysterissä, Ylä-Savon sotessa sekä Pieksämäellä ja Varkaudessa luodakseen toimivan kokonaisuuden hoidon ja hoivan alueelle.

> Vahva yhtenäinen yli 390.000 asukkaan **Savon hyvinvointialue** voisi rakentaa väestöä palvelevan tehokkaan sosiaali- ja palvelukokonaisuuden.

Suuren yksikön on mahdollista ottaa käyttöön yhtenäisiä tapoja toimia. Digitaaliset palvelut mahdollistavat uusia toimintamalleja. Niitä pystytään kehittämään ja ottamana käyttöön joustavasti yhdessä. Siirtyminen sähköiseen viestintään ja puolesta asiointiin tuottaa pitkällä aikavälillä palveluiden kehittyessä kustannushyötyjä, parempaa palvelua kansalaisille ja mahdollistaa vaikuttavuustavoitteiden toteutumisen. Näin voidaan kohdentaa resursseja ja palveluita nykyistä oikea-aikaisemmin ja vaikuttavammin. Hyötyjen realisoituminen edellyttää uudenlaisia tapoja järjestää ja tuottaa palveluita, mikä voi tarkoittaa merkittäviäkin muutoksia ammattilaisten työtapoihin sekä palveluiden johtamiseen, ohjaukseen ja valvontaan. Suuri yksikkö pystyy tähän. Muutos on välttämätöntä, jotta pystytään vastaamaan tulevaan palvelujen tarpeen kasvuun.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä tehdään tuleviksi vuosikymmeniksi. Etelä-Savon maakunta on monella indikaattorilla tällä hetkellä Suomen heikoin maakunta. Väestö muuttaa runsaasti pois alueelta ja väestö vanhenee ja sairastaa paljon. Nykykyseen kierteeseen ei ole nähtävissä valoa. Lainsäädäntö antaa mahdollisuuden hyvinvointialueen liittämisen toiseen, jos se ei pysty suoriutumaan järjestämisvastuustaan. Tämä tie on kuitenkin pitkä ja sitä ennen perusoikeusvaikutuksia heikossa ja haavoittuvassa asemassa oleviin väestöryhmiin voivat olla suuret.

Lakiesityksen tässä vaiheessa vahvan Savon hyvinvointialueen luominen voi osoittautua poliittisesti liian vaikeaksi. Etelä-Savon hyvinvointialueen kohdalla varsin erilaiset lähtökohdat ja resurssit sekä erot hyvinvointialueiden välisissä ja sisäisissä olosuhteissa saattavat muodostua myös perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmallisiksi.

Johtopäätökset

Hallituksen esitykset hyvinvointialueiden perustamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistamista pitävät sisällään tavoitteen yhdenvertaisista laadukkaista palveluita kaikkialla Suomessa. Tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. Itä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat on sijoitettu eduskunnalle menneessä sote-lakiesityksessä Etelä-Savon hyvinvointialueelle. Lakiesitys antaa Etelä-Savon hyvinvointialueille mahdollisuuden terveydenhuoltolaista poiketen ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka ja siten leikkaustoimintaa molemmissa sairaaloissa. Syntyvät kustannukset tulisi kattaa hyvinvointialueen normaalilla rahoituslain mukaisella yleiskatteellisella rahoituksella.

Hyvinvointialueen kykyä tarjota laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita riippuu pitkälti alueen väestörakenteesta ja aluetaloudellisesta kilpailukyvystä, joita kuvaavat väestön määrä, ikärakenne, työllisyysaste, huoltosuhde, tulonsaajien keskimääräinen tulotaso ja koulutustaso. Etelä-Savon maakunta menestyy heikoimmin valtakunnallisessa vertailussa näillä mittareilla. Tilastokeskuksen ennuste kertoo, että Etelä-Savon maakunnassa olisi nuoria 40 prosenttia vähemmän 20 vuoden kuluttua kuin nyt ja lähemmäs neljännes vähemmän työikäisiä.

Itä-Savo osana Etelä-Savon hyvinvointialuetta

Kun ajatellaan palveluiden tuottamista väestölle, on hyvinvointialueen taloudellisten edellytysten takaaminen kaikkein tärkeintä. Lakiesityksen mukaan hyvinvointialueiden toiminta rahoitettaisiin pääosin valtion rahoituksella. Rahoitus perustuu alueen väestön palvelutarpeeseen, jota kuvaavat ikärakenne ja sairastavuus. Aluksi käytössä olisi myös tasausjärjestelmä. Seuraavan viiden vuoden aikana Etelä-Savon rahoitus ei kovin oleellisesti muuttuisi, mutta silti olisi alueen toiminnalle haastava. Laskentamallista seuraa, että väestön terveyden paraneminen ja väestön väheneminen pienentää käytettävissä olevaa rahoitusta. Pidemmällä aikavälillä kahden päivystävän sairaalan ylläpito ei olisi mahdollista rahoitustarpeesta johtuen.

Henkilöstön saatavuus on taloudellisten resurssien lisäksi toinen tärkeä toiminnan edellytys. Savonlinnan keskussairaalassa virassa olevien erikoislääkäreiden määrä on huolestuttavan pieni ja lisäksi useita lääkäreitä on seuraavien vuosien aikana siirtymässä eläkkeelle. Ongelmia rekrytoinnissa on myös Mikkelin keskussairaalassa. Juurisyynä tähän on pienen Kuopion yliopistollisen sairaalan vajavainen koulutuskapasiteetti. Kaikkein kriittisin tilanne on Itä-Savossa anestesiologiassa, jossa päivystys on vaarantunut. Päivystyksen turvaaminen on haasteellista myös sisätaudeilla ja kirurgialla vähäisen oman erikoislääkärimäärän vuoksi. Jos anestesiapäivystystä ei voida toteuttaa, loppuu sairaalassa myös leikkaustoiminta. Hyvinvointialueen sairaalat eivät voi auttaa toisiaan päivystyksen ylläpidossa.

Molemmat sairaalat ovat toimitiloiltaan ja varustelultaan varsin samanlaisia ja molemmissa sairaaloissa on muun muassa kymmenen leikkaussalia käsittävät leikkausyksiköt sekä tietokonekuvauslaitteet, MR-kuvantaminen sekä sydänangiografialaitteet ja sepelvaltimoiden

pallolaajennusmahdollisuus. Savonlinnan keskussairaalassa on kymmenen vuotta sitten uusitut ja hyvin varustetut leikkaussalit ja sairaalan yhteyteen rakennetaan parhaillaan perusterveydenhuollon uudisrakennusta. Valmistuva sote-keskus kytkee peruspalvelut kiinteästi sairaalan yhteyteen. Mikkelin keskussairaalassa ovat juuri otettu käyttöön uusi leikkausosasto käsittäen kymmenen hyvin varustettua leikkaussalia uudessa Kuumassa sairaalassa.

Koska sairaalat ovat perustoiminnaltaan ja varustelutasoltaan hyvin samanlaisia, ei hyvinvointialuemallin mukainen yhteinen hallinto yksin johda synergiaetuihin. Hyvinvointialue joutuu pian toiminnan alettua arvioimaan kahden päivystävän sairaalan ylläpidon mahdollisuus. Suurin uhka kahden päivystävän sairaalan mallille tulee henkilökunnan saatavuudesta. Koska erikoislääkäreistä on puutetta molemmissa sairaaloissa, voi muodostettu hyvinvointialue hyvin nopeasti joutua tilanteeseen, jossa henkilöstöpulan takia toiminta joudutaan keskittämään vain yhteen sairaalaan. Vähenevät synnytykset ja niiden ylläpitoon tarvittavat toistuvat poikkeusluvat voivat johtaa synnytysten loppuminen Mikkelin keskussairaalassa. Tämä viimeistään aiheuttaa tarpeen tehdä toiminnassa suurempia rakenteellisia muutoksia, jotka helposti kohdistuvat hyvinvointialueen pienempään keskussairaalaan eli Savonlinnan keskussairaalaan.

Jos joudutaan tilanteeseen, jolloin Savonlinnan keskussairaalan toiminta kapenee esimerkiksi leikkaustoiminnan loppumisen kautta, vaarantaa tämä samalla hoitoalan ammattikorkeakoulutoimintaa monimuotoisten harjoittelupaikkojen hävitessä. Savonlinnan keskussairaalan yhteispäivystyksen loppumisella olisi suuri aluetaloudellinen merkitys Savonlinnan talousalueelle. Muutos olisi huomattavasti suurempi kuin opettajakoulutuksen siirto Joensuuhun.

Hallituksen esityksen hyvinvointialuejaosta suurin vaikutus koskee koko Itä-Suomea. Kuopion yliopistollinen sairaala ja tuleva Pohjois-Savon yliopistollinen hyvinvointialue jää Suomen pienimmäksi yliopistollinen hyvinvointialueeksi ja myös Keski-Suomen hyvinvointialue on sitä suurempi. Yliopistosairaala ei silloin voi kilpailla muiden yliopistosairaaloiden kanssa henkilöstöstä ja osaamisesta. Samalla sen kyky erikoislääkärikoulutuksessa on Itä-Suomen tarpeita ajatellen vajaa.

Itä-Savo osana Pohjos-Savon hyvinvointialuetta

Pohjos-Savon ja Itä-Savon yhtenäisen hyvinvointialueen toimesta voitaisiin rakentaa toimiva kokonaisuus verrattuna tilanteeseen, jossa kahden hyvin samanlaisen sairaalan työnjaosta pitäisi sopia. Itä-Savon suuntautuminen pohjoiseen turvaisi pitkällä tähtäimellä Savonlinnan keskussairaalan toimintaa. Erikoissairaanhoidon toimintojen yhdistyminen hyödyttäisi potilaita toiminnan sujuvoittamisen kautta, tukisi taloutta kustannusten jakamisen muodossa, edistäisi henkilöstön strategista kehittämistä sekä tukisi alueellista elinvoimaa Pohjois- ja Itä Savossa. Rakenne mahdollistaisi Kuopion yliopistollisen sairaalan vahvistamisen ja siten vaikutus koko Itä-Suomen alueelle voisi olla merkittävä aluetaloutta ajatellen. Se olisi yksi tapa padota Itä-Suomen nopeaa väestökatoa.

Tällöin alle 100.000 asukkaan Etelä-Savon hyvinvointialue olisi samaa kokoluokkaa kuin Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, joka on alueeltaan huomattavasti hajanaisempi. Kainuun ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueet ovat väestöltään merkittävästi pienempiä kuin näin muodostuva

Etelä-Savon hyvinvointialue. Vahvana keskuskaupungin ja yhtenäisen kulttuurin omaavana voisi Etelä-Savon hyvinvointialue toimia jopa paremmin kuin pienemmät Kainuun ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueet. Mikkelin keskussairaalan toiminta ei oleellisesti muuttuisi, koska Itä-Savon väestö käyttää vähän Mikkelin keskussairaalan palveluita.

Savon yhteinen hyvinvointialue

Itä-Suomi tarvitsisi vahvan keskuskaupungin, joka pystyisi patoamaan alueen väestökadon. Pohjois-Savon ja Etelä-Savon maakunnan yhteinen Savon hyvinvointialue olisi lähes 400.000 asukkaan yliopistollinen hyvinvointialue. Se voisi rakentaa väestöä palvelevan yhtenäisen sosiaali- ja palvelukokonaisuuden. Erikoissairaanhoidon korkeatasoisin osaaminen kerääntyisi Kuopion yliopistosairaalaan. Mikkelin keskussairaalassa olisi laaja-alainen päivystys ja Savonlinnassa väestöä palveleva perusterveydenhuollon ja keskeisten erikoisalojen erikoislääkäripäivystys. Leikkaustoiminta voisi jatkua kaikissa kolmessa sairaalassa yhtenäisin käytännöin siten, että muodostuisi toimiva ja tehokas kokonaisuus yliopistosairaalan ohjauksessa. Perustasoa palveleva konservatiivista ja kuntouttavaa erikoissairaanhoitoa toteutettaisiin näiden lisäksi alueen vanhoissa aluesairaaloissa Iisalmessa, Varkaudessa ja Pieksämäellä. Alue pystyisi kilpailemaan muiden yliopistollisten hyvinvointialueiden kanssa osaamisesta ja henkilöstöstä. Ratkaisu tukisi niin Savonlinnan kuin Mikkelin keskussairaaloiden asemaa.

Suuren yksikön on mahdollista ottaa käyttöön yhtenäisiä tapoja toimia. Digitaaliset palvelut mahdollistavat uusia toimintamalleja. Niitä pystytään kehittämään ja ottamana käyttöön joustavasti yhdessä. Siirtyminen sähköiseen viestintään ja puolesta asiointiin tuottaa pitkällä aikavälillä palveluiden kehittyessä kustannushyötyjä, parempaa palvelua kansalaisille ja mahdollistaa vaikuttavuustavoitteiden toteutumisen. Alue pystyisi kouluttamaan kaiken tarvitsemansa henkilöstön.

Päätelmä

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen keskeisiä tavoitteita on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta sekä turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti. Alueelliset erityispiirteet on luvattu ottaa huomioon uudistuksessa. Perustuslakivaliokunta on todennut, että maakuntien varsin erilaiset lähtökohdat ja resurssit sekä erot maakuntien välisissä ja sisäisissä olosuhteissa saattavat muodostua myös perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmallisiksi. Perustuslakivaliokunnan mielestä ilmeisenä vaarana on, että palvelujärjestelmään syntyy alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa.

Itä-Savon liittyminen Etelä-Savon hyvinvointialueeseen voisi johtaa yli 40.000 asukkaan joutumisen eriarvoiseen tilanteeseen palveluiden saavutettavuudessa. Ratkaisu voi osoittautua perustuslaillisessa tarkastelussa ongelmalliseksi. Ratkaisu ei turvaisi tavoitteiden mukaisesti palveluiden saavutettavuutta ja ammattitaitoisen työvoiman saantia, vaan huonontaisi väestön näkökulmasta sitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Pohjois-Savon suunta ja yhteys Kuopion yliopistosairaalaan tarjoaa parhaat mahdollisuudet kehittää Itä-Savon ja Savonlinnan

keskussairaalan toimintaa vastaamaan nykyistä paremmin niin koko Itä-Suomen kuin Itä-Savon asukkaiden todellisia tarpeita vahvistaen Kuopion yliopistollista sairaalaa. Yliopistot ovat avainroolissa niin alueiden elinvoiman edistämisessä kuin koulutetun työvoiman saannissa. Itä-Savolla ja Savonlinnan keskussairaalalla on oltava luottamus tulevaisuuteen ja työvoiman saatavuuteen – siihen, että uudet säädökset kantavat tulevaisuuteen. Ilman tätä ei synny uutta eikä tulevaisuutta Itä-Suomessa.