

StV@eduskunta.fi

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

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

Aika: perjantai 12.02.2021 klo 11.30 sosiaali- ja terveysvaliokunta

Arvoisat sosiaali- ja terveysvaliokunnan jäsenet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yhtenäinen ja vahva Etelä-Savon hyvinvointialue

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hyvinvointialueiden rahoituslaki vaatii korjauksen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rahoituksen perustana olevat tietojärjestelmät valmistuvat vasta 2030 mennessä

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hyvinvointialueen itsehallinto

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

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

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

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

Risto Kortelainen

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