

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

**Sosiaali- ja
terveydenhuollon
järjestäminen
Etelä-Savon
hyvinvointialueella**

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 11/2022



**Alueellinen
asiantuntija-arvio,
syksy 2022**



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut arviointijohtaja, dosentti **Nina Knape**.

Asiantuntija-arvioita ovat laatineet seuraavat arviointipäälliköt:

Katja Croell – Pohjanmaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Tiina Hetemaa – Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Jaana Leipälä – Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

Tuulikki Louet-Lehtoniemi – Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Hannele Ridanpää – Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue

Taru Syrjänen – Etelä-Karjalan hyvinvointialue, HUS-yhtymä, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Arviointityötä on koordinoanut kehittämisspäälikkö **Vesa Syrjä**. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus -osion vastuuhenkilönä on toiminut erityisasiantuntija **Jutta Nieminen**. Arvioinnin viestinnästä on vastannut viestintäpäälikkö **Jari Kirsilä**, julkaisemisesta suunnittelija **Päivi Kiuru** ja tietopohjasta asiantuntija **Tuuli Suomela**.



Päätösten tueksi 11/2022

ISBN: 978-952-343-946-7 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-946-7>

Sisällys

Lukijalle	4
Asiantuntija-arvio	5
Väestö ja palvelutarve	7
Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen	10
Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys	13
Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet	15
Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	18
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus	22
Menetelmät ja laatuseloste	28
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	30

Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on 1.7.2021 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) mukaisesti laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arvioilla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy vuoden 2023 alusta kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Lisäksi Helsingin kaupungilla säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu ja HUS-yhtymällä on erikseen säädetty järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon liittyvistä tehtävistä omalla alueellaan. THL:n kesän ja syksyn 2022 aikana laatimissa arvioissa tarkastellaan uusien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtötilannetta.

THL:n laatimat arviot perustuvat sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Arvioinnissa on hyödynnetty aluekohtaisia indikaattoritietoja, joista merkittävä osa pohjautuu kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA). Mittariston tarjoamat indikaattoritiedot sekä niiden alueellinen ja valtakunnallinen kehitys on raportoitu THL:n vuoden 2022 alkupuolella julkistamassa [Sotekuva.fi](https://www.sotekuv.fi)-verkkopalvelussa. Asiantuntija-arvion KUVA-mittaristoon perustuva tietopohja on ajankohdan 17.6.2022 mukainen.

Arviointien keskeisenä tietopohjana ovat toimineet lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavainnot. Ajantasaisen tilannekuvan muodostamisessa on hyödynnetty alueiden hallinnollisia dokumentteja sekä kansallisten viranomaisten tuoreimpia laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kiitämme lämpimästi Etelä-Savon alueen yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme työntäyteisessä hyvinvointialueiden toimeenpanovaiheessa. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta.

Helsingissä 31.1.2023

Nina Knape
Arviointijohtaja

Jaana Leipälä
Arviointipäällikkö

Asiantuntija-arvio

Väestö on ikääntynyt ja palvelutarve suuri

Etelä-Savossa ikääntyneiden osuus on maan suurin ja väestö jatkaa ikääntymistään. Ennusteiden mukaan väestö vähenee muuta maata voimakkaammin. Alueen väestön palvelutarve on maan suurimpia, ja suuri sairastavuus haastaa palvelujärjestelmää.

Kuntayhtymillä jo kokemusta integroidusta järjestämisvastuusta

Alueella toimii kaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää (Essote ja Sosteri) ja näiden kaksi sairaalaa. Sosteri on väestöpohjaltaan maan pienin sairaanhoitopiiri. Lisäksi alueella toimii vammaispalveluja tuottava Vaalijalan kuntayhtymä, jolla on ollut rinnakkainen erityishuoltopalvelujen järjestämisvelvollisuus kuntien, Essoten ja Sosterin kanssa. Integroidusta palvelujen järjestämisestä on molemmilla nykyisillä kuntayhtymillä kokemusta vuosien ajalta. Hyvinvointialueen valmistelu on sujunut hyvin. Alueella on tehty selvitykset palveluverkon nykytilasta ja yhdyspintayhteistyöstä sekä laadittu palvelu- ja prosessikuvauksia; niissä kaikissa on huomioitu integraatio. Palveluja kehitetään yhteistyössä yli toimialarajojen. Palvelukriteerit on kattavasti yhtenäistetty.

Vaikeutunut henkilöstöpula heikensi useiden palveluiden saatavuutta

Palveluiden saavutettavuudelle asettavat haasteita väestön ikärakenne sekä vesistöjen katkomat kulureitit huonoine julkisine liikenneyhteyksineen. Vapaa-ajan asukkaiden suuri määrä lisää palvelukysyntää. Avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle vastaanotolle pääsee seitsemän vuorokauden kuluessa jonkin verran pienempi osuus kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta odottaneiden osuus väestöstä puolestaan oli alueen kahdessa sairaanhoitopiirissä maan pienimpien joukossa vuonna 2021.

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuudessa on ollut suuria haasteita, jotka ennusteiden mukaan pahenevat. Sosterin alueella oli Lääkäriliiton selvityksen mukaan vuonna 2021 maan suurin terveyskeskuslääkärivaje. Etelä-Savon kahden sairaanhoitopiirin alueiden terveyskeskusten lääkärivajeet ovat vuoteen 2020 verrattuna muuttuneet vastakkaisiin suuntiin: Sosterin alueella lääkärivaje on kasvanut ja Essoten alueella pienentynyt. Henkilöstöpulaa on ollut erityisesti iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa, joihin on säädetty vähimmäishenkilöstömitoitus. Pulaa on ollut myös lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä. Psykiatripula on vaikeuttanut mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta erityisesti aikuisten avohoidossa. Usein osa-aikaisina ja etänä toimivien ostopalvelulääkärien käyttö on heikentänyt hoidon jatkuvuutta.

Suuri palvelutarve ja henkilöstöpula kriittisimmät haasteet hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa

Suuri palvelutarve ja henkilöstöpula ovat Etelä-Savon kriittisimpiä haasteita hyvinvointialueen aloittaessa toimintaansa. Näihin haasteisiin alueella vastataan panostamalla monialaiseen toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja palvelujen integraatioon. Henkilöstön saatavuutta ja riittävyttä kehitetään mm. toteuttamalla ympärivuorokautista hoivaa yhteistyössä pelastus- ja turvallisuuspalveluiden kanssa ja tarjoamalla kotihoitoon liikkuvan yksikön palveluja. Hoiva-avustajien määrää on lisätty oppisopimuskoulutuksella ja kansainvälisellä rekrytoinnilla. Itä-Suomen hyvinvointialueiden yhteistyö saattaisi tehostaa henkilöstön

saatavuuden parantamista. Alueella pääsee hyvin erikoissairaanhoidon, mutta perusterveydenhuoltoon huonommin. Etelä-Savossa on tarve kehittää erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta.

Merkittäviä talouden sopeuttamistoimia tarvitaan

Etelä-Savon alueen kunnista valtaosa saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021 valtion koronatuikien ja myönteisen verotulokehityksen ansiosta. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri saavutti nollatuloksen vuonna 2021. Kuntayhtymän tammi-elokuun 2022 talouskatsauksen mukaan tilikauden alijäämäennuste on liki 30 miljoonaa euroa. Alijäämä jäänee taseen kumulatiivisen alijäämän lisäksi jäsenkuntien katettavaksi vuoden 2022 tilinpäätöksen yhteydessä.

Essoten pääsopijajärjestöjen välisissä keskustason neuvotteluissa saavutettiin sovintoesitys, jonka mukaan Essoten palkat harmonisoidaan kunkin hinnoittelukohtaan korkeimpaan TVA-tason tehtäväkohtaiseen palkkaan. Lokakuusta 2020 alkaen takautuvasti maksettavien palkkasaatavien on arvioitu olevan 21,5 miljoonaa euroa.

Essoten investointimenot jäivät suunniteltua pienemmiksi vuonna 2021, sillä tietojärjestelmähanke Aster keskeytettiin. Tulevina vuosina ICT-investointeja mm. asiakasjärjestelmän uudistamiseksi on välttämätöntä tehdä. Etelä-Savossa ei kuitenkaan, kuten ei muillakaan Itä-Suomen hyvinvointialueilla, ole mahdollisuutta toteuttaa mittavia hankkeita yksinään ilman yhteistyötä muiden alueiden kanssa. Kansallisenkin yhteistyön ja ohjauksen mahdollisuuksia on toivottu pohdittavan. Investointisuunnitelman merkittävin rakenusinvestointi on Mikkelin keskussairaalan peruskorjaushanke.

Vuonna 2020 Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 24 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli 13 prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin ja palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot yhdeksän prosenttia keskiarvoa suuremmat.

Valtiovarainministeriön syyskuun 2022 rahoituslaskelmien mukaan Etelä-Savon hyvinvointialueen vuoden 2023 kokonaisrahoitus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen, on lähes 669 miljoonaa euroa eli 5 076 euroa asukasta kohti. Alueen väestön keskimääräistä suuremmaksi arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve vuodelle 2023 näkyy myös alueen asukaskohtaisessa rahoituksessa. Alueen siirtyvät kustannukset ovat kuitenkin laskennallista rahoitusta suuremmat, minkä seurauksena positiivinen siirtymätasaus lisää alueen rahoitusta siirtymäkaudella ja antaa aikaa toiminnan sopeutukseen siirryttäessä kohti täysimääräistä laskennallista rahoitusta.

Etelä-Savon hyvinvointialueen aluehallitus on esittänyt lausunnossaan rahoituslakia koskeviin muutoksiin, että rahoitusmalliin määritetään pysyvä lisärahoitus olosuhdetekijäksi kahden päivystävän sairaalan ylläpitämiseen. Epävirallisen ministerityöryhmän linjauksen mukaisesti Savonlinnan keskussairaalan ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidosta aiheutuvat kustannukset valmistaudutaan korvaamaan vuodesta 2024 alkaen.

Väestö ja palvelutarve

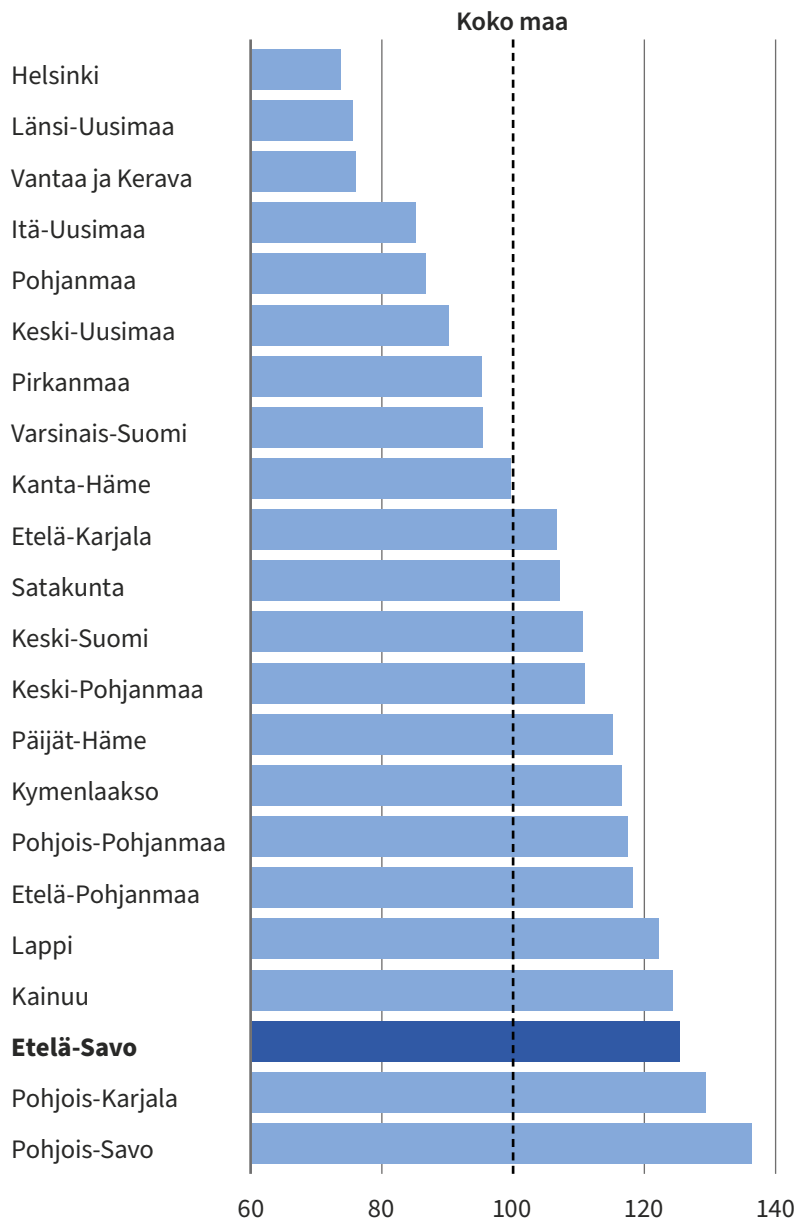
Etelä-Savon hyvinvointialue on asukasluvultaan maan viidenneksi pienin sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestäjä. Väkiluku oli vuoden 2021 lopussa 131 688. Noin puolet väestöstä asui Mikkelin seutukunnan alueella, loput selvästi pienemmissä Savonlinnan ja Pieksämäen seutukunnissa. Sairaanhoidopiirejä on kaksi: Itä-Savon (noin 40 000 asukasta) ja Etelä-Savon sairaanhoidopiiri (noin 97 500 asukasta). Vakinaisen väestön lisäksi Etelä-Savossa oleskeli vuonna 2021 noin 52 000 maakunnan ulkopuolista vapaa-ajan asuntojen käyttäjä. Alueen ulkopuolelta tulevien vapaa-ajan asuntojen käyttäjien määrä suhteutettuna alueen vakinaisen väestön määrään oli maakuntien keskinäisessä vertailussa Etelä-Savossa koko maan suurin.¹

Etelä-Savon väestö on maan vanhinta ja syntyvyys maan pienintä. Väestöennusteiden mukaan alueen väkiluku pienenee noin 10 prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja noin 19 prosentilla vuoteen 2040 mennessä, eniten koko maassa. Työttömien ja vaikeasti työllistyvien osuudet olivat Etelä-Savossa lähellä maan keskiarvoa. Pitkäaikaistyöttömien osuus oli hieman pienempi ja nuorisotyöttömien osuus hieman suurempi kuin maassa keskimäärin. Kuntien yleinen pienituloisuusaste oli selvästi suurempi ja käytävissä olevat tulot pienemmät kuin maassa keskimäärin. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden osuus oli kuitenkin hieman koko maan keskiarvoa pienempi. Yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä oli hiukan maan keskiarvoa suurempi.

THL:n vuonna 2022 päivitetty ikävakiomatton sairastavuusindeksi oli Etelä-Savossa maan kolmanneksi suurin (kuvio 1). Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisestä väestöstä oli Etelä-Savossa selvästi suurempi kuin maassa keskimäärin. Menetettyjä elinvuosia mittaava PYLL-indeksi oli selvästi maan keskiarvoa suurempi.

Tarkempia väestötietoja esitetään taulukossa 1.

Kuvio 1. THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi



◀ Kuviossa esitetään THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa ajanjaksolla 2017–2019. Sairastavuusindeksi kuvaa väestön sairastavuutta suhteessa koko maahan, jonka vertailuluku on 100. Mitä pienempi alueen luku on, sitä terveempää väestö on.

Taulukko 1. Perustietoja alueen väestöstä

	Pohjois-Savo	Keski-Suomi	Etelä-Savo	Pohjois-Karjala	Koko maa (vaihteluväli)
Väestörakenne					
Väestö 31.12.	248 363	272 683	131 688	163 281	5 548 241 (67 915–658 457)
Väestöennuste 2030	239 850	269 281	118 190	155 368	5 598 821 (65 348–703 540)
Väestöennuste 2040	230 413	262 332	107 041	147 328	5 588 011 (60 312–730 098)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	39,4	38,4	34,5	37,9	40,9 (34,5–51,7)
0–17-vuotiaat, % väestöstä	17,3	18,6	15,1	16,4	18,7 (15,1–22,5)
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	11,6	10,8	14,8	12,1	10,4 (7,1–14,8)
Väestöennuste 2030, 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	16,5	14,9	21,3	17,2	14,1 (9,2–21,3)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	0,1	0,2	0,2	0,1	5,2 (0,1–50,6)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	35,0	38,7	36,4	44,4	84,6 (26,9–221,2)
Väestön sosioekonominen asema					
Työttömät, % työvoimasta	10,9	13,2	11,0	14,2	11,4 (6,7–14,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	4,2	4,9	3,5	5,3	4,1 (1,7–6,1)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	5,3	6,4	5,4	6,9	5,3 (3,1–7,2)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	14,8	19,2	14,9	17,5	14,0 (7,3–19,2)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *	25,2	26,4	24,2	25,9	27,7 (23,7–33,9)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä *	22,6	22,9	24,7	23,5	23,3 (15,8–28,0)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä *	2,6	2,7	2,4	2,6	3,0 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	14,4	15,8	15,2	17,8	12,5 (7,7–17,8)
Väestön sairastavuus					
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakiomaton **	136,1	110,5	125,4	129,4	100,0 (73,9–136,1)
Menetetty elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	6 297	5 532	6 527	6 603	5 685 (4 657–7 013)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16–64-vuotiaista	8,2	6,0	8,2	7,2	5,5 (3,5–8,7)

* 2020

**2017–2019

▲ Taulukossa esitetään väestörakennetta, väestön sosioekonomista asemaa ja väestön sairastavuutta kuvaavia indikaattoritietoja Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotekuva-palvelusta (sotekuva.fi), ja ne kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen. Väestöennusteet on saatu THL:n Sotkanet-palvelusta (sotkanet.fi), ja Tilastokeskus on laskenut ne vuonna 2021.

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

Lähtötilanne

Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastuspalvelujen järjestäminen siirtyy vuoden 2023 alussa hyvinvointialueen vastuulle seitsemältä nykyiseltä järjestäjätaholta: Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymältä (Essote), Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä (Sosteri), Pieksämäen kaupungilta, Etelä-Savon pelastuslaitokselta, Rantasalmen ja Sulkavan kunnilta sekä Vaalijalan kuntayhtymältä.

Etelä-Savon hyvinvointialueella kaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää, Essote ja Sosteri, ovat vastanneet toiminta-alueensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Essote, jonka keskuskaupunki on Mikkeli, on järjestänyt kaikki sote-palvelut seitsemälle kunnalle. Pieksämäki on järjestänyt perustason palvelut omalla toimintanaan. Joroisten kunta toimi jo vuonna 2020 osittain Pohjois-Savoon kuuluvan Varkauden yhteistoiminta-alueessa ja siirtyi vuoden 2021 alusta Pohjois-Savon maakuntaan, mutta on vuoden 2022 loppuun saakka Essoten kuntayhtymän jäsen. Heinäveden kunta siirtyi vuoden 2021 alusta Etelä-Savon maakunnasta Pohjois-Karjalan maakuntaan. Neljän kunnan kuntayhtymä Sosteri, jonka keskuskaupunki on Savonlinna, järjesti kaikki sote-palvelut kahdelle kunnalle (Savonlinna ja Enonkoski). Sosteri järjesti kahden jäsenkunnan (Rantasalmi ja Sulkava) erikoissairaanhoidon ja ympäristöterveydenhuollon palvelut sekä sosiaalipalvelujen viranomaistehtävät. Lisäksi nämä kaksi kuntaa ostivat sosiaalipalveluja ja perusterveydenhuollon palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta. Vaalijalan 33 jäsenkunnan kuntayhtymä tuottaa kuntoutus-, asumis- ja asiantuntijapalveluja kehitysvammalain mukaisena Savon erityishuoltopiirinä.² Kaikki Etelä-Savon kunnat kuuluvat Vaalijalan kuntayhtymään, jonka pääpaikka on Pieksämäellä. Vaalijalan toiminnasta sote-palvelujen osuus siirtyy 1.1.2023 Etelä-Savon hyvinvointialueen järjestämisvastuulle.

Valmistelua ohjaava lainsäädäntö

Hyvinvointialueen hallinnollista ja toiminnallista rakentumista ohjaa laki hyvinvointialueesta.³ Hallintosäännössä hyvinvointialue määrää muun muassa hallinnon ja toiminnan järjestämiseen, päätöksenteko- ja hallintomenettelyyn sekä kielellisten oikeuksien toteutumiseen liittyvistä asioista. Etelä-Savon aluevaltuusto hyväksyi hallintosäännön kesäkuun 2022 kokouksessaan, ja seuraavan vaiheen hyväksyminen on aluevaltuuston kokouksen esityslistalla marraskuussa 2022.⁴ Hyvinvointialuetta johdetaan hyvinvointialuestrategian mukaisesti, ja sen pohjalta toteutetaan myös palveluverkkosuunnitelmaa. Hyvinvointialuestrategiassa linjataan palvelujen järjestäminen ja tuottaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueiden aluejaosta säädetään valtioneuvoston asetuksessa 91/2022.⁵ Samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksen valmistelua ja toteutumisen seuranta ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021).⁶

Itä-Suomen yhteistyöalueen neljän hyvinvointialueen valmistelu on käynnistynyt yhteistyösopimuksen sisältöjen valitsemisella. Yhteistyösopimuksen valmistelun aikataulu on vielä avoinna, valmisteluryhmä on perusteilla. Lain mukaan sopimus tulee hyväksyä ensimmäisen kerran vuoteen 2025 mennessä. Osia siitä tulee sovittavaksi jo hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa. Valmiuskeskusta valmistellaan yhteistyössä STM:n kanssa. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus hyväksyttiin syksyllä 2021, ja sen päivittämistä vuodelle 2023 valmistellaan. Kehitysvammahuollon siirtymisestä hyvinvointialueille on sovittu. Vaativin hoito on suunniteltu toteutettavaksi yhteistyöaluetasoisesti. Itä-Suomen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä ISLAB muuttuu 1.1.2023 hyvinvointikuntayhtymäksi.⁷

Palveluverkon nykytila selvitetty, hyvinvointialuestrategia ja palvelustrategia valmistumassa

Etelä-Savon palveluverkon nykytila on alueelta saadun tiedon mukaan selvitetty keväällä 2022. Hyvinvointialueen palvelustrategiaa alettiin valmistella jo aiemman, maakuntapohjaisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusesityksen aikana, ja valmistelusta julkaistiin loppuraportti keväällä 2021.⁸ Valmisteluprojektin tavoitteena oli palvelumuotoilun keinoin tukea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategian kehitystä osana hyvinvointialueen strategiatyötä. Projektissa työstettiin palvelupolkuja, kuntalaisten asiakasprofiileja, hyvinvointialueen palvelustrategian visiota ja palvelulupausta kuntalaisen näkökulmasta. Strategiatyöhön osallistettiin henkilöstöä kolmessa virtuaalityöpajassa. Lisäksi tehtiin kysely asukkaille ja ammattilaisille. Palvelustrategian kehittämistä jatketaan tarkastelemalla palveluverkkoa suhteessa käytettäviin resursseihin ja strategiisiin linjauksiin. Palvelustrategiatyötä hyödynnetään hyvinvointialuestrategian valmistelussa. Aluevaltuuston on tarkoitus hyväksyä hyvinvointialuestrategia vuoden 2022 aikana.

Tavoitteena on, että Etelä-Savon sosiaali- ja terveys- sekä pelastuspalvelut muodostavat integroidun, tiedolla johdetun palvelukokonaisuuden, joka vastaa asukkaiden tarpeita, huomioi yhdyspinnat ja alueiden erityispiirteet sekä pitää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehityksen hallittuna. Palvelukriteerit on kattavasti yhtenäistetty. Niitä ja asiakasmaksuja Etelä-Savon aluehallitus käsittelee joulukuun 2022 kokouksessaan.

Toimielinorganisaatiossa kolme vaikuttamistoimielintä ja yhteistyöfoorumia

Aluevaltuusto vastaa hyvinvointialueen toiminnasta ja taloudesta sekä käyttää hyvinvointialueen ylintä päätösvaltaa. Aluehallitus johtaa hyvinvointialueen toimintaa, hallintoa ja taloutta. Aluehallituksen yksilöasioiden jaostossa on viisi jäsentä.

Palvelu- ja tulevaisuuslautakunnassa on yhdeksän jäsentä, samoin turvallisuuslautakunnassa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunnassa on 13 jäsentä. Nuorisovaltuustolla, vanhusneuvostolla ja vammaisneuvostolla on kullakin oikeus nimetä yksi edustaja puhe- ja läsnäolo-oikeudella aluevaltuustoon sekä edellä mainittuihin kolmeen lautakuntaan.

Palvelu- ja tulevaisuuslautakunta vastaa tutkimus-, tuotekehitys-, innovaatio- ja osaamistoiminnan ohjauksesta ja hyväksyy innovaatiotoimintaa koskevat yhteistyö- ja kumppanuussopimukset. Se myös tukee, ennakoi ja arvioi järjestämisen ja palvelutuotannon toimintaa ja voimavarojen hyödyntämistä ja kehittämistä sekä tekee esitykset hyvinvointialueen palvelustrategiasta ja hyvinvointialueen käytössä olevien kiinteistöjen ylläpidosta ja kehittämisestä osana hyvinvointialuestrategiaa.

Lisäksi hyvinvointialueella on tarkastuslautakunta, aluevaltuustokunta, yhteistoimintaelin ja työsuojelutoimikunta, jotka koostuvat työnantajan ja henkilöstön edustajista.

Vaikuttamistoimielimet ovat nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto, joille aluehallitus hyväksyy valtuustokausittain toimintasäännöt. Lisäksi hyvinvointialueella toimii kolme yhteistyöfoorumia: valmiusfoorumi ja valmiusjohtoryhmä, koulutuksen ja osaamisen yhteistyöfoorumi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien ja järjestöyhteistyön foorumi. Foorumit eivät osallistu päätöksentekoon. Aluehallitus päättää yhteistyöfoorumien toimintasäännöstä ja voi päätöksellään lisätä foorumeita tai muita yhteistyöryhmiä.

Henkilöstöorganisaatiossa viisi toimialaa

Etelä-Savon hyvinvointialueen toiminta jakautuu viiteen palveluja tuottavaan toimialaan: sosiaalipalvelut, ikääntyneiden palvelut, terveyspalvelut, pelastus- ja turvallisuuspalvelut ja konsernipalvelut. Kuviossa 2 on aluehallituksen 21.10.2022 hyväksymän hallintosäännön mukainen henkilöstöorganisaatiokaavion luonnos.

Kuvio 2. Etelä-Savon henkilöstöorganisaatio



Kuviossa esitetään aluehallituksen 21.10.2022 hyväksymän hallintosäännön mukainen henkilöstöorganisaation luonnos.

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

Hyvinvointialueelle siirtyvä henkilöstö

Etelä-Savon hyvinvointialueelle siirtyy 1.1.2023 noin 8 000 työntekijää alueen kuntien ja kuntayhtymien sosiaali-, terveys- ja pelastustoimesta. Henkilötyövuosia siirtyy yhteensä noin 7 482. Eniten henkilöitä siirtyy Mikkelistä ja toiseksi eniten Savonlinnasta. Vakainaisista tehtävistä siirtyy noin 6 400 henkilöä. Ammattiryhmistä siirtyy eniten sairaanhoitajia, noin 1 540, ja toiseksi eniten lähihoitajia, noin 1 450.

Henkilöstön saatavuudessa suuria ja ennusteiden mukaan pahenevia haasteita

Lääkäriliiton terveyskeskusten lääkäritilanteesta sairaanhoitopiireittäin syksyllä 2021 tekemässä selvityksessä Itä-Savon sairaanhoitopiirissä lääkärintehtävistä oli kokonaan hoitamatta maan suurin osuus, 26,2 prosenttia. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella vastaava osuus oli 7,1 prosenttia. Näiden kahden sairaanhoitopiirin alueiden terveyskeskusten lääkärivajeet olivat vuoteen 2020 verrattuna muuttuneet vastakäisiin suuntiin: Itä-Savossa lääkärivaje oli kasvanut 15,8 prosenttiyksikköä ja Etelä-Savossa pienentynyt 12,1 prosenttiyksikköä.¹⁰

Ammattibarometri kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa Etelä-Savon hyvinvointialueella oli tammi-kesäkuussa 2022 paljon pulaa lähihoitajista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista, yleislääkäreistä sekä yli- ja erikoislääkäreistä.¹¹ Hieman vähemmän pulaa oli psykologeista, fysioterapeuteista, suuhygienisteistä, hammaslääkäreistä, sosiaalialan ohjaajista ja neuvojista sekä röntgenhoitajista.¹¹ Kevan vuoteen 2030 ulottuvan kuntasektorin työvoimaennusteen mukaan useiden ammattinimikkeiden työntekijöiden tarjonta on vuoteen 2030 mennessä heikkenemässä muun maan tavoin.¹²

Aluehallintoviranomaisen selvityksen mukaan henkilöstön saatavuuden haasteita ilmeni erityisesti ikäihmistien palveluissa, joihin on säädetty vähimmäishenkilöstömitoitus. Yksityisten palveluntuottajien palvelu- ja hoitajien saatavuudessa ja kelpoisuusehdot täyttävien sosiaalihuollon ammattihenkilöiden saatavuudessa oli suuria ongelmia. Pulaa oli myös lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä. Muutamissa yksityisissä lastensuojeluyksiköissä oli merkittävä henkilöstövaje ja puutteita toiminnan johtamisessa. Psykiatripula vaikeutti mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta aikuisten avohoidossa, ja psykologipula heikensi lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuutta.¹³

Ikääntyneiden ympärivuorokautisen kotihoidon järjestämiseen valmistaudutaan yhteistyössä pelastus- ja turvallisuuspalvelujen kanssa

Ikääntyneiden palvelujen henkilöstömitoituksen ja perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentuminen lisää henkilöstön tarvetta vuonna 2023. Alueen oman arvion mukaan nämä uudet velvoitteet lisäävät hyvinvointialueen kustannuksia 12–15 miljoonalla eurolla. Vuoden 2023 alusta tulee voimaan myös ympärivuorokautisen kotihoidon järjestämisen velvoite, joka lisää kotihoidon henkilöstön tarvetta. Ympärivuorokautista hoivaa aiotaan toteuttaa yhteistyössä pelastus- ja turvallisuuspalveluiden kanssa. Tulevaisuus kotona -hankkeessa tuetaan kotihoitoa ja muun muassa pilotoidaan liikkuvan yksikön kotihoitoon tarjoamia palveluja. Hoiva-avustajia on lisätty oppisopimuskoulutuksella ja kansainvälisellä rekrytoinnilla. Henkilöstörakennetta monipuolistetaan. Sosiaalityön rakennetta arvioidaan. Muihin kuin sosiaalityöntekijän kelpoisuutta vaativiin tehtäviin sijoitetaan sosionomeja ja geronomeja. Rakenteellisen sosiaalityön ja gerontologisen sosiaalityön toimintamalleja valmistellaan.

Etelä-Savon aluehallituksen päätöksellä koko hyvinvointialueella järjestetään iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen, tavallisen palveluasumisen ja lyhytaikaisen hoivan palveluasumisen kilpailutusta. Uusi sopimuskausi alkaa 1.4.2023.¹⁴

Henkilöstö yhtenä hyvinvointialueen strategian painopisteenä

Etelä-Savon hyvinvointialueen vuosien 2023–2030 strategiatyön valmistelussa yksi neljästä toiminnan painopisteestä on ”Parhaat osaajat”. Alueen tavoitteena on olla arvostettu ja vetovoimainen työnantaja, joka tukee henkilöstön työhyvinvointia ja osaamisen kehittämistä. Tavoitteena on myös henkilöstön osallistuminen ja vaikuttaminen hyvinvointialueen toimintaan ja palvelujen kehittämistyöhön.

Työnantajan vetovoimaisuuden indikaattoreina alueella käytetään henkilöstön vaihtuvuustietoja sekä sairauspoissaolojen määrää, kehitystä ja kustannuksia. Lisäksi seurataan työhyvinvointi-indeksiä ja työtaturmaindeksiä. Henkilöstöjohtamisessa indikaattoreina seurataan henkilöstön koulutus-, kehittämis- ja työhyvinvointisuunnitelmien toteutumista sekä koulutuspäivien määrää. Henkilöstön osallistumista toiminnan kehittämiseen seurataan lisäksi kehittämisideoiden ja niiden käytäntöön viemisen määrällä sekä henkilöstön kokemuksilla kehittämistyöhön osallistumisesta.

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

Lainsäädäntö ja kansalliset tavoitteet

Hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuudeksi.¹⁵ Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.¹⁶ Hyvinvointialueen on sovitettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan yhteen kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa ja edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista muiden toimijoiden palvelujen kanssa.¹⁷

Palvelujen integraatio toteutui kohtalaisen hyvin – vammais- ja mielenterveyspalvelujen integraatiossa kehitettävää

Sosiaalipalveluja käyttäneistä hieman useampi (52,2 %) kuin maassa keskimäärin koki palvelut sujuviksi. Terveyspalveluja käyttäneistä palveluja piti sujuvina 60,8 prosenttia eli suurin osuus maassa. Terveyskeskukslääkärin vastaanotoilla käyneistä 0,4 prosenttia kävi vastaanotolla yli kymmenen kertaa vuodessa, mikä oli hiukan maan keskiarvoa pienempi osuus. Päivystyskäyntejä (myös yhteispäivystyksessä) oli Etelä-Savossa vähemmän kuin maassa keskimäärin (taulukko 2). Astman ja diabeteksen osastohoitojaksoja oli suunnilleen yhtä paljon kuin maassa keskimäärin, mutta sydämen vajaatoiminnan hoitojaksoja oli selvästi maan keskiarvoa enemmän. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian osastojaksot puolestaan uusiutuivat 30 päivän kuluessa hieman harvemmin kuin maassa keskimäärin. Taulukossa 2 esitetään tarkempia indikaattoritietoja.

Valvontaviranomaisten havaintojen perusteella kehitysvammaisten asiakkaiden palvelujen integraatiossa ongelmana on ollut Vaalijalan kuntayhtymän ja Essoten vastuunjaon epäselvyys. Perusterveydenhuollon ja kehitysvammahuollon näkemykset terapiapalvelujen tarpeesta erosivat, ja palveluja jäi järjestämättä. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota vaikeutti psykiatripula. Sen takia jouduttiin turvautumaan ostopalvelulääkäreihin, mikä ei mahdollistanut täysipainoista toiminnan ja laadun kehittämistä. Usein osa-aikaisina ja etänä toimivien ostopalvelulääkärien käyttö vaikeutti pitkäaikaisten hoitosuhteiden syntymistä ja siten hoidon jatkuvuutta. Palveluintegraation kannalta haasteena oli, etteivät ostopalvelulääkärit tunteneet paikallisia oloja ja muuta palvelurakennetta. Vaihtuvien ostopalvelulääkärien työskentelyyn liittyvät haasteet kuormittivat muuta työyhteisöä. Covid-19-pandemian torjunta- ja ohjaustyössä integroitu sote-kuntayhtymämalli toimi tehokkaasti. Tiedotus ja viranomaisyhteistyö oli yhtenäistä, oikea-aikaista ja sujuvaa.¹⁹

Palvelustrategia pohjustaa toimialarajoja ylittävää yhteistyötä palvelujen kehittämisessä

Palvelustrategiatyössä selvitettiin kuntalaisten asiakasprofiileja ja palvelupolkuja. Asiakassegmentoinnissa kuvattiin, miten eri ikäryhmien palvelutarpeet otetaan huomioon ja miten palvelut on järjestetty. Asiakassegmenttejä kuvattiin kolme: lapsiperheet ja nuoret, työikäiset ja ikääntyneet. Näille asiakassegmenteille laadittiin asiakkuusstrategiat ja palvelukokonaisuuksien kuvaukset. Palvelukokonaisuuksia tunnistettiin kuusi: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja ympäristöterveydenhuollon kokonaisuus, ennakoivan ja

varhaisen tuen palvelukokonaisuus, pelastuspalvelujen kokonaisuus, erikoissairaanhoidon ja erityistason palvelujen kokonaisuus, liikkuvien ja jalkautuvien palvelujen kokonaisuus sekä kolmannen sektorin palvelukokonaisuus. Palvelun- ja hoidontarve luokiteltiin äkilliseksi/ennakoimattomaksi, lyhytkestoiseksi tai pitkäkestoiseksi. Palveluintegraatiota erityisesti haastavaksi tunnistettiin monen palvelun tarve. Tarvelähtöisten palvelujen tarjoamista havainnollistettiin esimerkkiasiakkuusprofiileilla. Palvelustrategian valmistelua jatketaan määrittelemällä tulevaisuuden palveluverkon tarpeet ja skenaariot ja tekemällä myös kustannuskehityslaskelmia. Skenaarioilla mallinnetaan palvelujen ja kustannusten kehitystä vuoteen 2030.

Alueella on tehty selvitys yhdyspintayhteistyöstä ja järjestöyhteistyöstä. Palvelukuvaukset on tehty, integraatio niissä huomioitu, ja palveluprosessikuvauksia on viety IMS-järjestelmään. Palveluja kehitetään yhteistyössä yli toimialarajojen, esimerkkinä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyö pelastustoimen kanssa kotihoidon yöaikaisessa toiminnassa. Keskitettyä asiakasohjausta on valmisteltu, ja asiakasohjaajat saadaan koulutettua vuoden 2022 loppuun mennessä. Keskitetyn asiakasohjauksen mallin mukaan toimitaan vuoden 2023 alusta alkaen.

Vammaispalvelujen tuottamisen ja kustannusten haasteisiin pyritään vastaamaan parantamalla peruspalvelujen ja erityishuoltopiirin yhteistyötä ja purkamalla päällekkäisyyksiä. Kaikkia palveluja kehitetään koko hyvinvointialueen kattaviksi; tähän asti esimerkiksi terveyspalvelujen kotisairaalan palveluita on ollut vain kaupungeissa. Kahden sairaalan välisen yhteistyön ja työnjaon kehittäminen on välttämätöntä integraation edistämiseksi. Konsernipalvelujen kehittämisessä missiona on hallinto-organisaation muuttaminen palveluorganisaatioksi. Kaikki turvallisuuspalvelut on koottu pelastus- ja turvallisuuspalvelujen toimialalle.

Hallitusohjelman mukaisessa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa 2020–2023 tuetaan hyvinvointialuetta uudenlaisen, laaja-alaisen sote-keskuksen valmistelussa ja käyttöönotossa.²⁰ Tavoitteena on vastata alueellisiin haasteisiin, jotka nousivat esiin sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Etelä-Savon hyvinvointialueen välisissä keskusteluissa sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointiraportissa.²¹ Yksi STM:n asettamista hyötytavoitteista on palvelujen monialaisuus ja yhteen toimivuus. Alueen kehittämistyön yhtenä tuloksena on paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita varten laadittu toimintamalli, joka jalkautetaan hyvinvointialueelle.

Taulukko 2. Indikaattoritietoja palvelujen integraatiosta

Indikaattori	Pohjois-Savo	Keski-Suomi	Etelä-Savo	Pohjois-Karjala	Koko maa (vaihteluväli)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla astman vuoksi / 100 000 asukasta	33,3	33,1	25,8	62,6	25,1 (13,2–80,6)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla diabeteksen vuoksi / 100 000 asukasta	115,0	115,0	100,3	144,3	98,2 (46,0–159,9)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta	65,6	100,4	61,0	95,5	87,0 (44,8–166,5)
15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi / 100 000 asukasta	331,2	295,4	346,7	296,9	244,0 (144,5–448,1)
Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista	23,5	22,3	17,7	19,9	22,5 (8,4–28,7)
Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu	33,6	28,2	23,7	26,8	26,4 (15,0–37,9)
Koki palvelun sujuvaksi, % sosiaalipalveluita käyttäneistä *	51,8	47,5	52,2	57,8	51,6 (43,4–59,0)
Koki palvelun sujuvaksi, % terveyspalveluita käyttäneistä *	58,6	53,5	60,8	49,5	54,3 (49,5–60,8)
Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen (takaisin kotihoidossa), % *	67,3	77,8	66,2	66,7	67,3 (37,7–77,8)
Kotihoidon 75 v täyttäneet asiakkaat, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista *	29,1	21,1	26,9	26,7	23,6 (10,8–32,6)
Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta	1064,7	616,3	313,9	193,5	448,9 (130,5–1082,4)
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	0,9	0,8	0,4	0,2	0,6 (0,2–1,3)
Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista **					12,2

* 2020

** Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä -kyselytutkimus (THL) ajalta 2010-2021, tieto päivitetty 11.2.2022. Kohdejoukkona työikäiset, Suomessa asuvat ja potilastyötä tekevät lääkärit Lääkäriliiton rekisteristä. Käytettävissä vain koko maan tieto.

▲ Taulukossa esitetään palvelujen integraatiota kuvaavia indikaattoriarvoja Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotekuva -palvelusta (sotekuva.fi). Luvut kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen.

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Kansalliset tavoitteet ja lainsäädäntö

Hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Palvelujen esteettömyys ja saavutettavuus on turvattava.²²

Hyvinvointialue laatii palvelustrategian talouden ja toiminnan suunnittelua ja johtamista varten osana hyvinvointialuestrategiaa. Strategiassa on valtakunnallisten tavoitteiden huomioimisen lisäksi asetettava pitkän aikavälin tavoitteet sote-palveluille. Lisäksi tavoitteet asetetaan sille, miten palvelut toteutetaan huomioiden asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä kustannusvaikuttavuus.²²

Ikääntyneiden, vammaisten ja mielenterveyspalvelujen saatavuudessa haasteita

Aluehallintoviranomaisen havaintojen mukaan palvelujen saatavuuden haasteita ilmeni erityisesti ikäihmistien palveluissa, joihin on säädetty vähimmäishenkilöstömitoitus. Haasteita oli myös lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa. Muutamissa yksityisissä lastensuojeluyksiköissä oli merkittävää henkilöstövajetta ja puutteita toiminnan johtamisessa.²³ Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit kuitenkin aloitettiin ja saatiin valmiiksi määräajassa 1.10.2021–31.3.2022: arvioinneista 99,7 prosenttia aloitettiin seitsemän arkipäivän määräajassa ja 99,2 prosenttia valmistui kolmen kuukauden määräajassa. Sekä määräajassa aloitettujen että valmistuneiden arviointien osuudet olivat maan kärkitasoa.²⁴

Valvontaviranomaisen havaintojen mukaan psykiatripula vaikeutti edelleen mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta erityisesti aikuisten avohoidossa. Valvontaviranomaisen vuotta 2020 koskeneessa valvontahavaintoraportissa kuvatut menettelyyn ja itsemääräämisoikeuteen liittyvät puutteet eivät olleet korjaantuneet. Valvonta johti yksityisen tehostetun palveluasumisyksikön toiminnan keskeyttämiseen. Vaikeavammaisten lasten kuntoutuspalveluja jäi järjestämättä, koska perusterveydenhuollon ja kehitysvammanhuollon näkemykset terapiapalvelujen tarpeesta erosivat toisistaan.²³

Avosairaanhoidon lääkärin kiireettömälle fyysiselle vastaanotolle pääsi seitsemän vuorokauden kuluessa 42 prosenttia kaikista kiireettömällä vastaanotolla käyneistä (koko maassa 44 %) ja etävastaanotolle vajaa kolmannes (koko maassa 55 %) kaikista kiireettömällä etävastaanotolla käyneistä (taulukko 3). Hammaslääkärin kiireettömän käynnin kolmen kuukauden odotusaika ylittyi 26 prosentilla (vuoden 2022 tieto, koko maassa keskimäärin 15 %:lla).²⁵ Alueen asukkaista harvempi kuin maassa keskimäärin koki saaneensa hoitajan, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottopalveluja riittämättömästi (taulukko 4). Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneiden osuus hoitoon lähetetyistä oli Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä maan toiseksi pienin (1 %) ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä maan neljänneksi pienin (3,5 %).²⁶ Pääsy koulukuraattorille ja kouluterveydenhoitajalle toteutui paremmin kuin maassa keskimäärin (taulukko 4). Vanhusten palveluja, vammaispalveluja, lapsiperhepalveluja ja sosiaalityön palveluja kokemuksensa mukaan riittämättömästi saaneiden osuudet olivat maan keskiarvoja pienemmät (taulukko 4).

Ikääntyneiden palvelujen yhdenvertaista saatavuutta edistävät yhteiset palvelutarpeen arviointikriteerit. Lakisääteisen RAI-järjestelmän käyttöönotto yhdenmukaistaa jatkossa ikääntyneiden palvelutarpeiden arviointia. RAI-välineistö on otettava käyttöön viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023.²⁷ Vuonna 2021 RAI-arviointi oli Etelä-Savossa tehty 20,2 prosentille 75 vuotta täyttäneistä (maassa keskimäärin 16,6 %:lle).

Palveluverkon nykytila selvitetty, palvelut hyvin saavutettavissa

Etelä-Savon palvelutarpeen ja palveluverkon nykytilanteen selvitys valmistui huhtikuussa 2022. Siinä tarkasteltiin palveluverkon saavutettavuutta sekä väestöennusteita ja väestötietoja ikäryhmittäin vuoden 2018 tietoihin perustuvilla väestökartoilla. Sosiaali- ja terveyspalvelupisteet olivat saavutettavissa 30 minuutin aikaetaisyydellä 99 prosentille väestöstä ja 76 prosentille vapaa-ajan asunnoista. Pelastustoimen palveluverkko saavutti 60 minuutin aikaetaisyydellä 99 prosenttia väestöstä ja 78 prosenttia vapaa-ajan asunnoista. Ensihoidon palveluverkko saavutti ympärivuorokautisesti 30 minuutin aikaetaisyydellä 97 prosenttia väestöstä ja 65 prosenttia vapaa-ajan asunnoista. Kotiin annettavat palvelut saavuttivat 30 minuutin aikaetaisyydellä 98 prosenttia yli 65-vuotiaista. Sairaalapalvelut (Mikkelissä tai Savonlinnassa) saavuttivat 60 minuutin aikaetaisyydellä 97 prosenttia eteläsavolaisista. Etäasiointikäyntien osuus perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä oli vuonna 2021 Etelä-Savossa 16,9 prosenttia, selvästi pienempi kuin maassa keskimäärin (22,9 %).

Palvelustrategiatyö saatavuuden ja saavutettavuuden kehittämisen perustana

Etelä-Savon hyvinvointialueen keväällä 2021 julkaistu palvelustrategian valmisteleva työ²⁸ toimii alueen palvelujen integraation, saatavuuden ja saavutettavuuden kehittämisen perustana. Sitä on tässä arvioinnissa käsitelty osiossa ”Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet”. Sen lisäksi edellä on omassa osiossaan käsitelty toista palvelujen saatavuuden kannalta keskeistä teemaa, ammattitaitoisen henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta.

Väestön ikääntyminen on hyvinvointialueen keskeisin haaste. Etelä-Savon ikäohjelmassa pyritään parantamaan ikääntyvien hyvinvointia ja edistämään heidän toimintakykyään. Kotona asuvien ikääntyneiden määrän ennustetun kasvun perusteella kehitetään kotiin tarjottavia palveluja ja kattavaa palveluverkkoa. Vaikeavammaisten lasten kuntoutuspalvelujen saatavuutta parannetaan kehittämällä perusterveydenhuollon ja erityishuoltopiirin palveluntuottajan (Vaalijala) yhteistyötä ja yhtenäistä näkemystä terapiapalvelujen tarpeesta.

Etä- ja mobiilipalvelujen, sähköisten asiointipalvelujen ja omahoitopalvelujen kehittäminen on huomioitu alueen palvelustrategiatyössä. Mobiili- ja sensoriteknologian kehittyminen ja sähköiset palvelut tuovat uusia työkaluja omahoitoon. Esimerkiksi potilaiden omatoiminen terveyden seuranta lisääntyy. Sairauksien ennaltaehkäisyn merkitys korostuu. Terveyden edistämässä hyödynnettävän tiedon määrä, saatavuus ja ymmärrettävyys lisääntyvät. Omahoitopalvelujen käyttäminen vaatii asiakkailta uudenlaista osaamista ja henkilöstöltä asiakkaiden tukemista ja ohjausta uusien palvelujen käyttöönotossa. Sähköisten omahoidon palvelujen avulla järjestelmää kehitetään ympärivuorokautisia palveluja tarjoavaksi kokonaisuudeksi.

Taulukko 3. Odotusaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle (% kaikista kiireettömistä käynneistä)

	0-7 vuorokautta		8-14 vuorokautta		15-30 vuorokautta	
	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit
Kaikki palveluntuottajat	44	55	9	12	16	13
Helsinki	60	41	5	20	16	21
Itä-Uusimaa ^{1,2}	4-41	21-81	2-26	11-19	4-36	6-29
Keski-Uusimaa	60	78	12	7	11	5
Länsi-Uusimaa ¹	17-76	30-89	5-25	5-21	8-43	2-25
Vantaa ja Kerava ¹	43-71	62-73	4-12	11-15	10-24	10-15
Etelä-Karjala	26	28	19	11	23	13
Kymenlaakso	40	37	10	18	18	23
Päijät-Häme ²	22	16	6	7	11	7
Pohjois-Savo	38	59	16	20	27	18
Keski-Suomi ³	34	44	11	19	27	22
Etelä-Savo	42	31	9	14	15	13
Pohjois-Karjala	58	94	16	4	14	1
Pirkanmaa ³	43	57	9	14	21	19
Kanta-Häme	35	38	12	15	14	14
Etelä-Pohjanmaa	53	45	7	10	9	6
Varsinais-Suomi	42	57	10	13	18	18
Satakunta	57	57	11	15	13	12
Pohjanmaa ⁴	51	51	12	8	21	7
Pohjois-Pohjanmaa ⁵	36	43	8	11	15	12
Keski-Pohjanmaa ⁴	49	61	19	14	15	6
Kainuu	75	69	9	5	5	4
Lappi ⁵	43	61	12	9	17	7

¹ Tiedot kunnittain, taulukossa ilmoitettu suurin ja pienin arvo

² Myrskylän ja Pukkilan kuntien tiedot sisältyvät Päijät-Hämeen lukuihin

³ Kuhmoisten kunnan tiedot sisältyvät Keski-Suomen lukuihin

⁴ Kruunupyyn kunnan tiedot sisältyvät Keski-Pohjanmaan lukuihin

⁵ Simon kunnan tiedot sisältyvät Pohjois-Pohjanmaan lukuihin

▲ Taulukossa esitetään odotusajat perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle prosenttiosuutena kaikista kiireettömistä käynneistä tammi-toukokuussa 2022. Odotusaika lasketaan varhaisimmasta kontaktista toteutuneeseen käyntiin. Fyysiset asioinnit ja etäasioinnit on jaoteltu erikseen. Tiedot esitetään hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja kaikkien palveluntuottajien tasolla. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo).

Taulukko 4. Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus palveluja tarvinneista

	Ei ole päässyt yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana (%-osuus oppilaista tai opiskelijoista)				Vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			
	Koulu-kuraattorille	Kouluterveydenhoitajalle			Hoitaja-palvelut	Lääkäri-palvelut	Hammas-lääkäri-palvelut	Vanhusten kotihoito-palvelut	Vammais-palvelut	Lapsi-perhe-palvelut	Sosiaali-työn palvelut
		Yläkoulu 8. ja 9. lk	Yläkoulu 8. ja 9. lk	Ammatillinen oppilaitos 1. ja 2. vuosi							
Koko maa	10	5	5	4	14	20	24	37	48	35	47
Helsinki	13	7	5	7	17	24	33	52	63	38	60
Itä-Uusimaa	10	6	10	6	14	20	27	38	51	24	45
Keski-Uusimaa	10	7	6	3	14	20	24	42	64	26	47
Länsi-Uusimaa	11	7	5	6	16	19	28	44	40	40	39
Vantaa ja Kerava	13	8	4	4	20	25	24	51	44	33	45
Etelä-Karjala	8	4	3	2	13	21	25	35	48	35	56
Kymenlaakso	5	4	4	0	13	19	23	34	55	20	38
Päijät-Häme	11	6	5	4	16	23	22	42	32	21	45
Pohjois-Savo	10	6	3	3	10	14	19	38	52	27	47
Keski-Suomi	14	5	6	5	11	17	23	32	66	44	48
Etelä-Savo	7	4	3	2	10	18	19	30	36	32	42
Pohjois-Karjala	9	6	6	6	16	23	24	32	43	22	35
Pirkanmaa	9	6	5	5	14	19	24	35	38	49	54
Kanta-Häme	10	5	4	3	11	17	19	40	50	43	47
Etelä-Pohjanmaa	7	4	6	3	9	14	14	24	33	29	36
Varsinais-Suomi	9	5	4	5	11	19	20	36	47	29	63
Satakunta	7	5	3	2	14	21	24	23	44	37	44
Pohjanmaa	9	5	3	7	13	22	23	28	61	33	45
Pohjois-Pohjanmaa	9	5	8	4	13	19	22	39	42	33	32
Keski-Pohjanmaa	7	4	4	3	11	15	22	26	42	25	36
Kainuu	10	5	4	2	14	23	32	40	48	28	53
Lappi	10	4	4	5	12	19	19	43	40	20	42

Yli maan keskiarvon

Maan suurin osuus

▲ Taulukossa esitetään palvelujen saannin riittämättömäksi kokeneiden osuus palveluja tarvinneista hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja koko maassa. Tiedot perustuvat THL:n Kouluterveyskyselyyn vuodelta 2021 ja kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten tutkimuskyselyyn vuodelta 2020.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

Hyvinvointialueen rahoitusmalli

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitetaan valtion rahoituksena laskennallisin perustein, ja lisäksi hyvinvointialueilla on mahdollisuus periä asiakas- ja käyttömaksuja. Käytännössä rahoitus toteutetaan siirtämällä sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen tuottamisen kustannukset kunnilta hyvinvointialueille. Rahoituksen siirto toteutetaan vähentämällä kunnilta peruspalvelujen valtionosuuksia, kunnallisveroa, kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta sekä veroperustemuutoksista johtuvien verotulomenetysten korvausta.²⁹ Hyvinvointialueen velvollisuudesta toimittaa investointisuunnitelmaa koskeva esitys kalenterivuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle, sisäministeriölle ja valtiovarainministeriölle säädetään hyvinvointialueesta annetun lain 16 §:ssä.³⁰ Hyvinvointialueen on vuosittain laadittava investointisuunnitelma seuraavaa tilikautta seuraavien neljän tilikauden aikana aloitettavista hyvinvointialuekonsernin investoinneista ja niiden rahoituksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö hylkää hyvinvointialueen investointisuunnitelmaa koskevan esityksen, jos se on ristiriidassa hyvinvointialueesta annetun lain 15 §:ssä tarkoitetun hyvinvointialueen lainanottovaltuuden kanssa.

Kuntayhtymien ja HUS-sairaanhoidopiirin jäsenkuntien on katettava kuntayhtymän taseeseen kertynyt alijäämä kuntalain säännösten mukaisesti ennen kuntayhtymän siirtämistä hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymään.³¹ Taseeseen kertyneen ylijäämän käsittelystä kuntayhtymän jäsenkunnat päättävät kuntayhtymän perussopimuksen mukaisesti.³²

Valtion tukitoimet vakauttavat kuntien taloutta

Etelä-Savon 12 kunnasta 10 saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021. Tulorahoituksen riittävyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen yhtä lukuun ottamatta kaikilla kunnilla. Asukaskohtainen vuosikate vaihteli -207 eurosta (Pertunmaa) 8 120 euroon (Puumala).

Kuntien tuloskehitykseen vaikuttivat merkittävästi valtion tukitoimet sekä verotulojen hyvä kehitys. Vuosina 2020–2021 valtio tuki kuntasektoria koronavirusepidemiasta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten ja tulonmenetysten vuoksi yhteensä yli 5 miljardilla eurolla. Kunnille ja kuntayhtymille on aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia koronapotilaiden hoidon lisäksi mm. testauksesta, rokotuksesta sekä suojavarusteista. Vastaavasti epidemia on kasvattanut hoito- ja palveluelkaa kiireettömän hoidon resurssien ja toiminnan karsimisen vuoksi.^{33, 34}

Vuonna 2020 valtio kohdisti koronatuet kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin ja korotti kuntien osuutta yhteisöverosta 10 prosentilla. Lisäksi valtio myönsi avustuksia sairaanhoidopiireille, joista osa kohdisti avustuksia myös kuntien maksuosuuksiin. Vuonna 2021 valtio tuki kuntia peruspalvelujen valtionosuuden kautta edellisvuotta vähemmän ja jatkoi yhteisöveron määräaikaista 10 prosentin korotusta. Vastaavasti sairaanhoidopiirien tukemista jatkettiin edelleen myöntämällä avustusta Covid-19-kustannuksiin sekä alijäämän kattamiseen. Valtion koronatukien painopiste siirtyi kuntien osalta valtionavustuksiin, minkä lisäksi korvauksia maksettiin myös rajojen terveysturvallisuudesta aiheutuvista kustannuksista.^{33, 34}

Vuonna 2021 Etelä-Savon kunnille myönnetty korotukset peruspalveluiden valtionosuuteen ja yhteisöverosuuden korottamiseen olivat yhteensä noin 19,7 miljoonaa euroa (42,5 miljoonaa euroa vuonna 2020). Alueen sairaanhoidopiireille (Essote ja Sosteri) myönnettiin yhteensä 13,4 miljoonan euron avustus vuonna 2021 (6,1 miljoonaa euroa vuonna 2020). Alueen kunnille myönnettiin Covid-19-epidemian vuoksi yhteensä 12,8 miljoonan euron avustukset vuonna 2021.^{33, 34}

Valtion tukitoimien painopisteen siirtyminen valtionosuuksista avustuksiin vaikuttaa osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksiin ja siten myös palvelukokonaisuuksissa tapahtuneisiin kustannustason muutoksiin. Kuntataloustilaston raportointi uudistui vuoden 2021 alussa. Uudistus laajensi kuntien ja kuntayhtymien raportointivelvoitteita tarkentaen sosiaali- ja terveydenhuollon taloustietojen raportointia 17 tehtäväluokasta yli 60 palveluluokkaan. Palveluluokkakohtaisen raportoinnin aikataulua jouduttiin siirtämään kuntien raportoimissa tiedoissa havaittujen vakavien laatupoikkeamien vuoksi, eivätkä nettokäyttökustannukset olleet käytettävissä tämän arvioinnin pohjana.

Etelä-Savon kuntayhtymän taseessa kertyneitä alijäämiä

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (Essote) vuoden 2021 talousarviota muutettiin kahdesti koronapandemian muuttaessa toimintaympäristöä. Suurimmat muutospaineet aiheutuivat koronakuluista, palkkaharmonisoinnista sekä palvelujen ostoista. Kuntayhtymän toimintakate parani edellisvuodesta kuusi prosenttia, sillä keskeiset tuloerät toteutuivat ennustettua parempina. Vastaavasti vuosikate kasvoi 13 prosenttia edellisvuodesta ja riitti kattamaan poistot ja arvonalentumiset. Kuntayhtymä tasasi perussopimuksen mukaisessa loppulaskennassa kertyneen ylijäämän pienentämällä kuntien mak-suosuuksia 1,3 miljoonalla eurolla ja saavutti lopulta nollatuloksen.³⁵

Vuoden 2022 alussa Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymällä oli taseessa kertyneitä alijäämiä 3,8 miljoonaa euroa, jotka tulee kattaa vuoden 2022 loppuun mennessä. Kuntayhtymän tammi-syyskuun 2022 talouskatsauksen mukaan tilikauden alijäämäennuste on 28,2 miljoonaa euroa.³⁶ Ennuste sisältää arvioidun palkkaharmonisointikustannuksen (13,1 miljoonaa euroa) sekä rokotuksista saatavat korona-avustukset. Kuntayhtymä on valtuustoaloitteen myötä selvittänyt peruspääoman alentamista kuntayhtymän alijäämän kattamiseksi välttääkseen kuntatalouden rasittamisen. Ehdot alijäämän kattamiselle peruspääoman alentamisen kautta eivät kuitenkaan Essoten osalta täyty.³⁷

Essoten pääsopijajärjestöjen välisissä keskustelussa saavutettiin sovintoesitys, jonka mukaan Essoten palkat harmonisoidaan kunkin hinnoittelukohtaan korkeimpaan TVA-tason tehtäväkohtaiseen palkkaan. Saatavat maksetaan takautuvasti 1.10.2020 alkaen purkamalla vuoden 2021 talousarvioon tehty pakollinen varaus sekä käyttämällä valtuuston 26.10.2022 myöntämää 10 miljoonan euron määrärahaa; takautuvat palkat ovat noin 21,5 miljoonaa euroa.³⁸

Etä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (Sosteri) perussopimuksen mukaisesti tilinpäätöksessä ei muodostu yli- eikä alijäämiä. Vuoden 2021 kuntalaskutuksessa on huomioitu 10,4 miljoonan euron ylijäämän hyvitys jäsenkunnille sekä ympäristöterveydenhuollon sopimuksen piiriin kuuluville kunnille.³⁹

Kuntayhtymien investointimenot jäivät talousarviosta

Essoten investointimenot (24,0 miljoonaa euroa) jäivät 30,6 miljoonaa euroa talousarvioita pienemmiksi, sillä Aster-tietojärjestelmähänke lopetettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päätöksellä. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän uudistamishankeen Esperin investoinnit etenivät suunnitellusti, minkä vuoksi rahoituslaskelman tunnusluvut heikkenivät edellisvuodesta.³⁸

Sosterin investointimenot olivat 12,6 miljoonaa euroa. Kuntayhtymän merkittävin investointi on perusterveydenhuollon uudisrakennushanke, jonka lopullinen kokonaiskustannusarvio on 27,8 miljoonaa euroa. Lainarahalla toteutettava investointi on kasvattanut kuntayhtymän velanottoa, ja sen on suunniteltu valmistuvan vuoden 2022 aikana.

Hyvinvointialueen lainanottovaltuus riittää kattamaan alueen investointisuunnitelmat

Etelä-Savon hyvinvointialueen investoinnit toteutetaan lainarahoituksella, sillä tulo-rahoitus (vuosikate) ei alustavasti mahdollista investointien rahoittamista ja vastaavasti kuntayhtymiltä siirtyvillä kassavaroilla turvataan hyvinvointialueen maksuvalmius. Etelä-Savon hyvinvointialueen investointisuunnitelma suunnitelmavuosille 2023–2027 on yhteensä 132 miljoonaa euroa. Siihen sisältyvät omaan taseeseen toteutettavat investoinnit (115 miljoonaa euroa) sekä investointeja vastaavat sopimukset (17 miljoonaa euroa).

Etelä-Savon investointisuunnitelman omaan taseeseen toteutettavien rakennusinvestointien osuus on 57,2 miljoonaa euroa. Taloudellisesti merkittävin rakennusinvestointi on Mikkelin keskussairaalan D-, E- ja O-osat sisältävä peruskorjaushanke (kustannusarvio investointikaudelle 26,7 miljoonaa euroa). Lisäksi hyvinvointialue on sitoutunut suunnitelmakaudella 12,5 miljoonan euron vuokrasopimukseen, joista merkittävintä on 20-vuotinen vuodesta 2023 alkava sopimus Vaahterapihan hoivakodista.

Hyvinvointialueen omaan taseeseen toteutettavat ICT-investoinnit ovat suunnitelmakaudella yhteensä 22 miljoonaa euroa. Taloudellisesti merkittävimmät investoinnit kohdistuvat asiakas- ja potilastietojärjestelmien hankintaan sekä kehittämiseen.

Etelä-Savon hyvinvointialueen lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 102 miljoonaa euroa. Lainanottovaltuus riittää kattamaan alueen investointisuunnitelman sisältämät investoinnit vuodelle 2023. Kaikkien hyvinvointialueiden asukaskohtaiset investointisuunnitelmat esitetään kuviossa 3.

Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat keskimääräistä suuremmat

THL:n vuonna 2022 julkaisemat tarvevakioidut menot vuodelle 2020 on laskettu päivitetyn tarvevakioinnin mukaisesti. Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt tarvekertoimet eroavat hyvinvointialueiden rahoituksen perusteena olevien tarvekertoimien laskennasta, sillä edeltävissä tarkastellaan tarvetekijöiden ja palvelukäytön suhdetta samana vuonna ja jälkimmäisissä tarvetekijöiden ja tulevan palvelukäytön suhdetta. Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 497 euroa asukasta kohti koko maassa. Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 4 331 euroa asukasta kohti eli 24 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli 13 prosenttia suurempi ja vastaavasti palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot yhdeksän prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuvio 4).

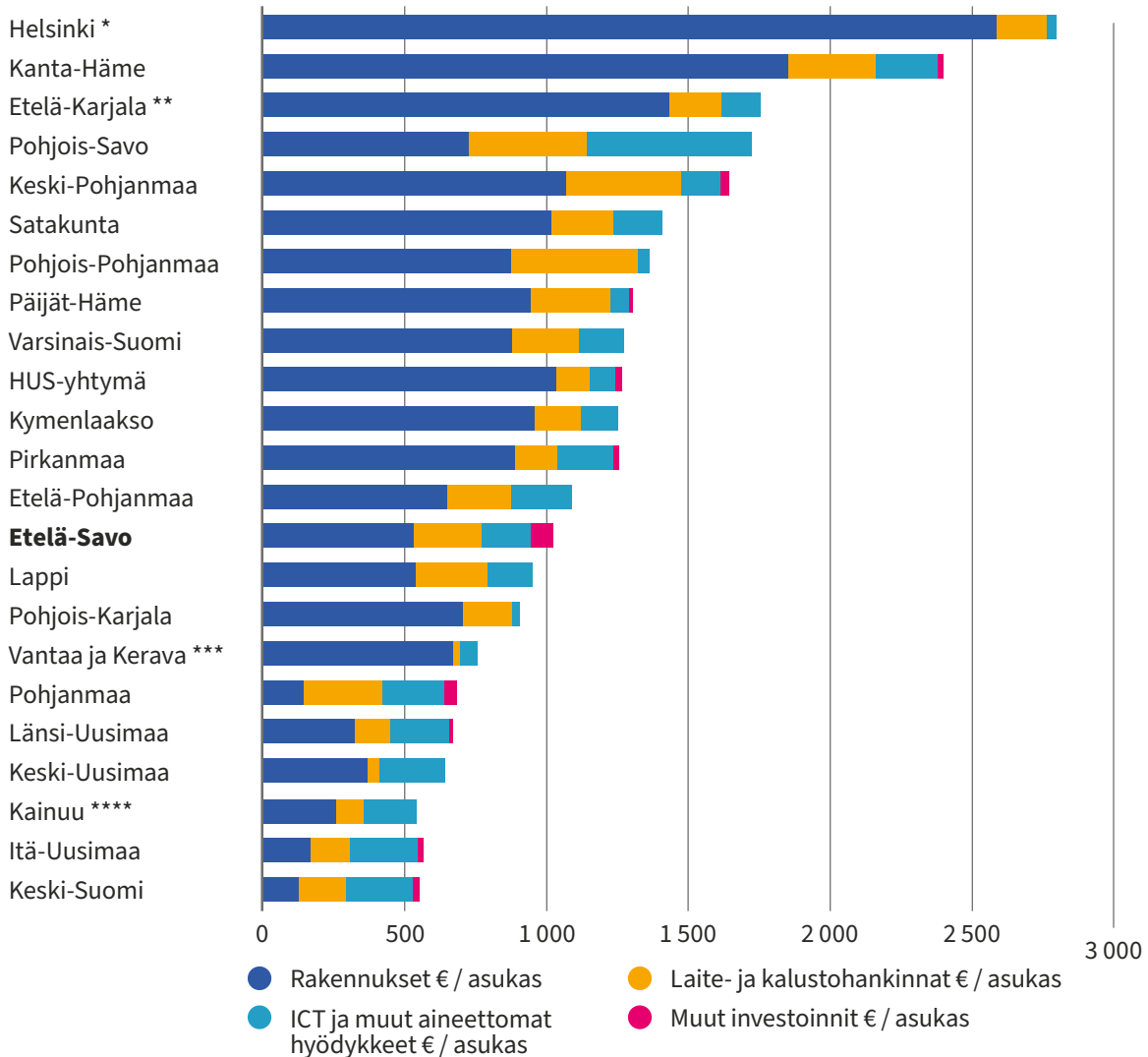
Hyvinvointialueelle siirtyvät kustannukset laskennallista rahoitusta suuremmat

Valtiovarainministeriö on julkaissut syyskuussa 2022 hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat, jotka perustuvat vuoden 2021 alustaviin tilinpäätöstietoihin sekä vuoden 2022 talousarviotietoihin. Vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella tarkistetaan vielä lopullinen vuoden 2023 rahoitus, jonka perusteella hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään kertaluonteinen korjaus alkuvuonna 2024. Laskelmassa on huomioitu siirtyvien kustannusten lisäksi hyvinvointialueiden uudet tehtävät, hyvinvointialueindeksi sekä palvelutarve. Yliopistosairaalalisä huomioidaan vasta vuoden 2024 rahoituksessa. Etelä-Savon hyvinvointialueen kokonaisrahoitus vuodelle 2023 on 668,5 miljoonaa euroa eli 5 076 euroa asukasta kohti. Alueen laskennallinen rahoitus on 636,5 miljoonaa euroa ja siirtymätasauksen osuus 31,9 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueen siirtyvät kustannukset ovat siis laskennallista rahoitusta suuremmat. Etelä-Savon asukaskohtaisen rahoituksen kasvu on 238 euroa vuoden 2022 rahoituksen tasoon verrattuna.⁴⁰

Etelä-Savon hyvinvointialueen väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarve vuodelle 2023 on selvästi yli maan keskitason, mikä näkyy myös alueen asukaskohtaisessa rahoituksessa.^{40, 41} Alueen siirtyvät kustannukset ovat kuitenkin laskennallista rahoitusta suuremmat, minkä vuoksi positiivinen siirtymätasaus lisää alueen rahoitusta siirtymäkaudella ja antaa aikaa toiminnan sopeuttamiseen siirryttäessä kohti täysimääräistä laskennallista rahoitusta.

Syksyllä 2022 sosiaali- ja terveysministeriö lähetti hyvinvointialueelle lausuntopyynnön hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansaattamista annetun lain 59 §:n ja eräiden muiden lakien muuttamisesta. Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi toistaiseksi voimassa olevana mahdollisuutena, että Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet voisivat ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystyksikköä sairaaloidensa yhteydessä. Voimassa olevassa laissa näillä hyvinvointialueilla on tämä mahdollisuus vuoden 2032 loppuun saakka. Vastauksessaan lausuntopyyntöön Etelä-Savon aluehallitus esitti 2.11.2022, että alueen kahden päivystävän sairaalan malli on määritettävä pysyvällä lisärahoituksella olosuhdetekijäksi ja huomioitava rahoitusmallissa. Hallituksen epävirallinen ministerityöryhmä linjasi 17.11.2022, että Länsi-Pohjan ja Savonlinnan keskussairaaloiden ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidosta aiheutuvat kustannukset valmistaudutaan korvaamaan vuodesta 2024 alkaen.

Kuvio 3. Investointisuunnitelma 2023–2027, pysyvät vastaavat ja investointeja vastaavat sopimukset (euroa asukasta kohti)



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen investointisuunnitelmien kokonaisuus vuosille 2023–2027 (euroa asukasta kohti); investointimenoihin sisältyvät pysyvät vastaavat sekä investointeja vastaavat sopimukset. Investointisuunnitelman vuosi 2023 on sitova, vuodet 2024–2026 ovat viitteellisiä. Vuoden 2027 luku sisältää investoinnit, joihin on sitouduttu vuoden 2023 aikana ja jotka jatkuvat suunnitelmakauden yli. HUS-yhtymä esitetään erillisenä organisaationa, eivätkä sen luvut sisälly Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin lukuihin. Hyvinvointialueesta annetun lain mukaiset investointisuunnitelmat laadittiin nyt ensimmäisen kerran, minkä vuoksi ohjeistusta on voitu tulkita eri tavoin. Erityisesti hajanaisen järjestämisvastuun alueilla investointisuunnitelmat saattavat olla puutteellisia, sillä tietoja on koottu useilta järjestämisvastuullisilta organisaatioilta.

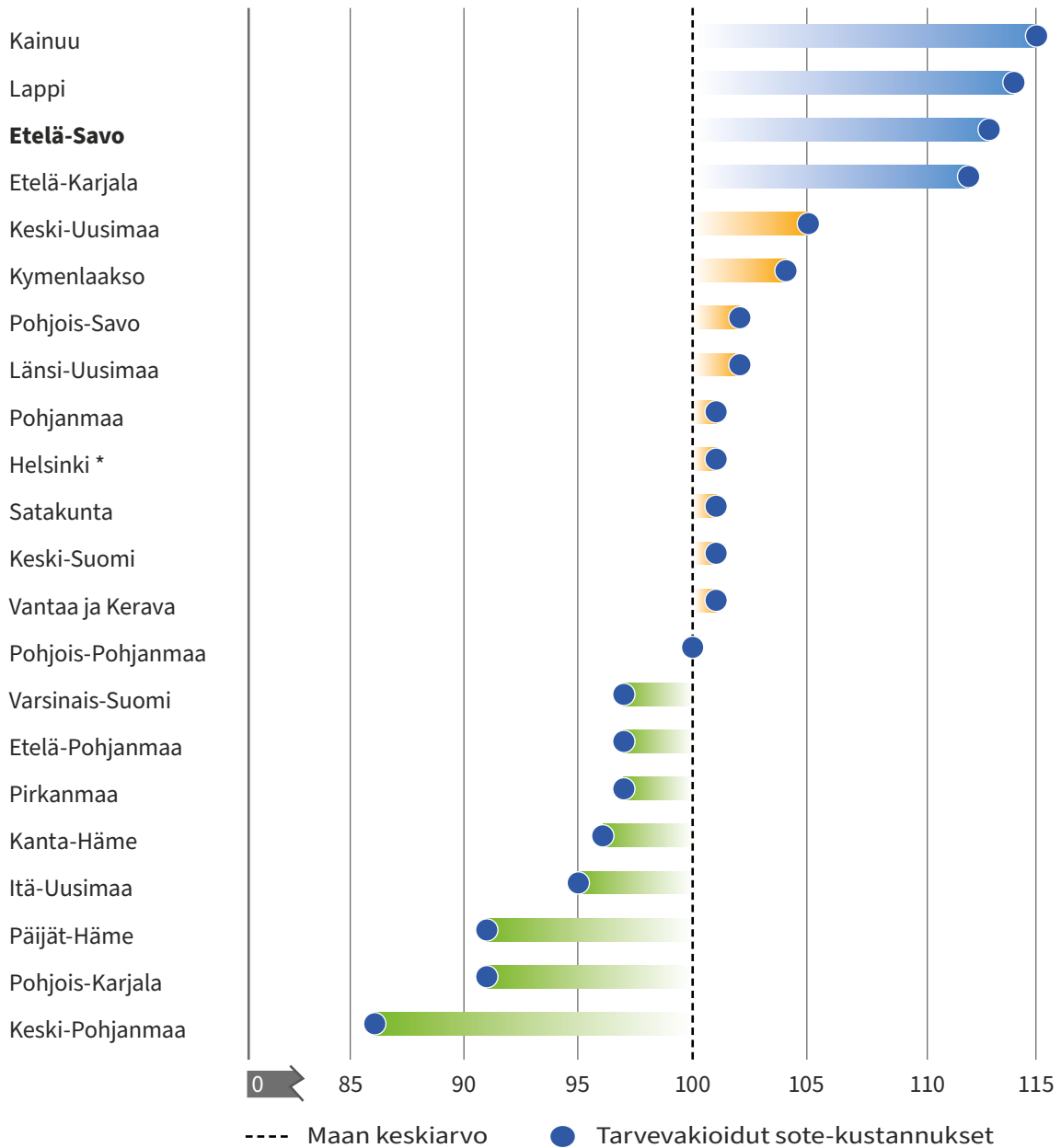
* Alustava tieto: Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025, ehdotus 7.11.2022, liite 3. Kaupunginvaltuusto 16.11.2022, esityslista. Laakson sairaalan investoinnista huomioitu Helsingin osuus.

** Alustava tieto: Etelä-Karjalan hyvinvointialue, aluehallitus 15.9.2022

*** Alustava tieto: Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, aluevaltuusto 22.11.2022, esityslista

**** Alustava tieto: Kainuun hyvinvointialue, aluehallitus 12.9.2022

Kuvio 4. Tarvevakioidut menot 2020, indeksi (Koko maa=100)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvevakioitujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauempana kustannuksia kuvaava palkkiviiva on keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat ovat alueen tarvevakioidut kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston vuoden 2020 tietoihin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamiin kesällä 2022 julkaistuihin vuoden 2020 päivitettyihin tarvekertoimiin.

* Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perustan muodostaa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä myös muita indikaattoritietoja sekä dokumenttiaineistoja hyvinvointialueiden, kuntayhtymien ja kuntien hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa vuonna 2021 ja 2022 olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kansallinen KUVA-mittaristo ja Sotokuva-verkkopalvelu

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostettu noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa. KUVA-mittariston tarkoituksena on varmistaa STM:n ohjauksessa ja THL:n asiantuntija-arvioinnissa käytettävien tietojen yhdenmukaisuus, mikä on edellytys yhteisen tilannekuvan synnylle. KUVA-mittariston indikaattorit on ryhmitelty tehtäväkokonaisuuksiin ja ulottuvuuksiin; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa STM, mittariston teknisestä tuottamisesta puolestaan THL.

Sotokuva (entinen Tietoikkuna) on THL:n kehittämä ja ylläpitämä verkkopalvelu, jossa esitetään KUVA-mittaristoon sisältyvät indikaattorit hyvinvointialueittain. Verkkopalvelu poimii mittaristoon kuuluvat indikaattorit THL:n tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä. Sotokuva on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän seuranta-, ohjaus- ja arviointityöhön osallistuville asiantuntijoille ja hyvinvointialueiden edustajille, mutta se on avoimesti käytettävissä kaikille KUVA-mittaristosta kiinnostuneille käyttäjille. Verkkopalvelussa KUVA-mittaristosta on käytettävissä kaksi eri tietopohjaa, päivittyvä ja kiinnitetty. Ne vastaavat kahteen eri käyttötärpeeseen. Päivittyvässä tietopohjassa indikaattorit päivittyvät vapaasti vuoden mittaan ja mittariston indikaattoreista näkyvät aina tuoreimmat saatavilla olevat luvut. Kiinnitettyssä tietopohjassa mittariston indikaattorien päivittyminen on keskeytetty Sotekuvassa niin, että se kuvaa THL:n asiantuntija-arvion laatimisen aloitusajankohdan tilannetta: indikaattoreista esitetään vuoden ajan ne luvut, jotka olivat käytettävissä tietopohjan kiinnittämisen hetkellä. Palvelu on saatavilla kolmella kielellä: suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.

Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n Sotekuva-verkkopalvelusta (KUVA-mittaristo) ja Sotkanetistä (THL:n kaikki indikaattorit). Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia. Yhteiset keskustelut tarjoavat arviointiin syventäviä näkökulmia kunkin alueen erityispiirteistä ja keskeisistä palvelujen järjestämiseen liittyvistä haasteista ja ratkaisuisista. Alueiden edustajilla on myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2022, kun tietopohja kiinnitettiin, noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2021 tai 2022. Ajantasaisuutta seurattessa tulee huomioida, etteivät kaikki KUVA-indikaattorit päivitty vuosittain; useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista.

Vuoden 2022 arvioinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun ja laatu- puutoksia kuvaavien indikaattorikohtaisten lisätietojen saatavuuteen. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatu- puutteita, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Kuntataloustilaston raportoinnin uudistumisesta johtuvien vakavien laatu- puutosten ja tietojen julkaisuaikataulun muutosten vuoksi nettokäyttökustannustietoja ei ole hyödynnetty vuoden 2022 asiantuntija- arvioinnissa. Puutteet ovat rajoittaneet hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden yhteistarkastelua.

Käynnissä oleva kehittämistyö

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan käynnissä olevassa Toivo-ohjelmassa (Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään alueellisen tilannekuvan yhdistävä ja kansallisesti vertailukelpoinen vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään kansallisten viranomaisten tietotuotantoa. Vuosina 2021–2024 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään Valtava-hankkeessa vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Samalla KUVA-mittariston ja vähimmäistietosisällön tietoja yhteensovitetaan soveltuvin osin.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi

Käynnissä oleva kehittäminen (Toivo-ohjelma): <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Indikaattoriarvot Sotekuvassa: sotekuva.fi

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Väestö ja palvelutarve

1. Niinimäki, K. (2021). Kesämökkeilijöiden vaikutukset kaksoiskuntalaisina ja muuten maakuntien talouksiin. Jyväskylän yliopisto, informaatioteknologian tiedekunta. [Verkkolähde](#).

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

2. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977. [Verkkolähde](#).
3. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
4. Etelä-Savon aluevaltuuston pöytäkirja 21.06.2022. [Verkkolähde](#).
5. Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueista. [Verkkolähde](#).
6. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#).
7. Itä-Suomen yhteistyöalueuuvottelun muistio 1.2.2022. [Verkkolähde](#).
8. Etelä-Savon hyvinvointialueen palvelustrategia. [Verkkolähde](#).
9. Etelä-Savon hyvinvointialueen aluehallituksen pöytäkirja 21.10.2022. [Verkkolähde](#).

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

10. Suomen Lääkäriliitto 2021. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2020. [Verkkolähde](#).
11. Ammattibarometri. [Verkkolähde](#).
12. Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. 16.2.2021. Keva/Aula Research Oy. [Verkkolähde](#).
13. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Etelä-Savon hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#)
14. Etelä-Savon aluehallituksen pöytäkirja 31.08.2022 pykälä 163. [Verkkolähde](#).

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

15. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. [Verkkolähde](#).
16. Palvelujen yhteensovittaminen on hyvinvointialueen tärkeä tehtävä. [Verkkolähde](#).
17. Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyö ja yhdyspinnat. [Verkkolähde](#).
18. Etelä-Savon hyvinvointialueen palvelustrategia. [Verkkolähde](#).
19. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Etelä-Savon hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
20. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2020–2023. [Verkkolähde](#).
21. Etelä-Savon rakenneuudistus. [Verkkolähde](#).

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

22. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. [Verkkolähde](#).
23. Itä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Etelä-Savon hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
24. Tilastoraportti 28/2022. Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2021–31.3.2022. [Verkkolähde](#).
25. Hoitoonpääsy suun terveydenhuollossa. [Verkkolähde](#).
26. Tilastoraportti 37/2022. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2022. [Verkkolähde](#).
27. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012). [Verkkolähde](#).
28. Etelä-Savon hyvinvointialueen palvelustrategia. [Verkkolähde](#).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

29. Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021. [Verkkolähde](#).
30. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
31. Kuntalaki 410/2015. [Verkkolähde](#).
32. Laki sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaannpanosta 616/2021. [Verkkolähde](#).
33. Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. STM. [Verkkolähde](#).
34. Kunnille maksetut koronatuot. VM. [Verkkolähde](#).
35. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvulujuu kuntyhtymän tilinpäätös ja toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
36. Etelä-Savon hyvinvointialueen aluehallituksen kokouspöytäkirja 29.9.2022 pykälä 167. [Verkkolähde](#).
37. Etelä-Savon hyvinvointialueen aluehallituksen kokouspöytäkirja 3.11.2022 pykälä 187. [Verkkolähde](#).
38. Etelä-Savon aluehallituksen pöytäkirja 3.11.2022 pykälä 183. [Verkkolähde](#).
39. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntyhtymän toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
40. Hyvinvointialueiden rahoitus vuonna 2023 (excel), syyskuu 2022. [Verkkolähde](#).
41. Tarvevakioidut menot kunnittain ja hyvinvointialueittain vuonna 2020 (excel, päivitetty 22.6.2022). [Verkkolähde](#).