

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistukset Sopimukset, kustannuskehitys ja saatavuus

Kustannustiedot vuoteen 2017 saakka

27.11.2018

Esa Jokinen

Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Selvityksen on rahoittanut Hyvinvointiala ry

Sisällys

| | |
|---|----|
| Tiivistelmä | 4 |
| Selvityksen keskeiset johtopäätökset | 5 |
| 1 Johdanto | 8 |
| 2 Aineistot ja menetelmät | 10 |
| 2.1 Aineistot | 10 |
| 2.2 Ulkoistuksen yhteys kustannuskehitykseen ja verrokkikuntien määrittäminen | 11 |
| 2.3 Hoitoon pääsyn odotusajat | 13 |
| 3 Ulkoistussopimukset | 14 |
| 3.1 Kokonaisulkoistusten variaatio | 14 |
| 3.2 Ulkoistuksen syyt ja toimeenpanon onnistuminen | 15 |
| 3.3 Järjestäjätahojen kommentit selvitykseen | 15 |
| 4 Ulkoistuskuntien korkeampi palvelutarve | 17 |
| 5 Kokonaisulkoistuskuntien sote-kustannuskehitys - ryhmävertailut | 18 |
| 5.1 Kokonaisindikaattorit | 18 |
| 5.2 Matalan ja korkean kustannustason ulkoistuskunnat | 24 |
| 5.2.1 Perusterveydenhuolto | 24 |
| 5.2.2 Erikoissairaanhoido | 29 |
| 5.2.3 Kotihoito | 34 |
| 5.2.4 Laitoshoido | 40 |
| 6 Kokonaisulkoistuskuntien sote-kustannuskehitys, yksittäiset kunnat | 44 |
| 6.1 Rääkkylä | 46 |
| 6.2 Tohmajärvi | 47 |
| 6.3 Puolanka | 48 |
| 6.4 Mänttä-Vilppula | 48 |
| 6.5 Jämsä | 50 |
| 6.6 Parkano-Kihniön yhteistoiminta-alue | 51 |
| 6.7 Kärsämäki | 53 |
| 6.8 Pyhtää | 54 |
| 6.9 Rantasalmi | 55 |
| 6.10 Alavus | 56 |
| 6.11 Kuortane | 57 |
| 6.12 Posio | 57 |
| 6.13 Ähtäri | 58 |
| 6.14 Muut kunnat (ulkoistus 2017) | 59 |
| 7 Sote-palvelujen saatavuus | 62 |

| | | |
|-----|--|----|
| 7.1 | Odotusajat kokonaisulkoistuskunnissa | 64 |
| 7.2 | Odotusajat vuoteen 2015 mennessä ulkoistaneissa kunnissa | 64 |
| 7.3 | Kärsämäki | 66 |
| 7.4 | Alavus | 67 |
| 7.5 | Kuortane | 68 |
| 7.6 | Posio | 69 |
| 7.7 | Ähtäri | 70 |
| 7.8 | Siikalatva, Sulkava, Sysmä ja Juupajoki | 71 |
| 8 | Yhteenvedo tuloksista aiemman palvelujen tuottamistavan mukaan | 72 |
| 9 | Selvityksen rajoitukset | 74 |
| | Lähteet | 76 |
| | Liitteet | 78 |

Tiivistelmä

Tausta: Sosiaali- ja terveyspalvelut oli vuoden 2018 alkuun mennessä kokonaisulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle 19 kunnassa. Kokonaisulkoistettujen palvelujen piirissä oli noin 2 % Suomen väestöstä. Kuntien määrä ja ulkoistusten piirissä oleva asukas pohja ei ole siis suuri. Kokonaisulkoistukset ovat kuitenkin palvelujärjestelmän kokonaisuuden ja siihen liittyvien rakenteellisten ongelmien näkökulmasta herättäneet laajaa huomiota. Ulkoistuksen keskeiset syyt ovat olleet taloudellisia. Niinpä tässä selvityksessä seurattiin kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan kustannuskehitystä vuoteen 2017 saakka.

Menetelmät: Seuranta toteutettiin THL:n Sotkanet-tietokannan avulla. Lisäksi analysoitiin perusterveydenhuollon saatavuutta vuosina 2015-2018 Avohilmo-tietokantaa hyödyntämällä. Kuntakohtaista kehitystä verrattiin 2–5 verrokkikuntaan, jotka valittiin käyttämällä kaltaistettujen verrokkien menetelmää. Siinä kuntien ulkoistustodennäköisyyttä estimoitiin keskeisten palvelutarveindikaattorien perusteella vuoden 2010 tiedoilla. Kuntien palvelusopimukset yksityisten palveluntuottajien kanssa koottiin yhteen. Järjestäjätahoja haastateltiin koskien ulkoistukseen johtaneita syitä, sopimusten sisältöjä ja kokemuksia palvelusta.

Tulokset: Ulkoistussopimukset olivat kattavuudeltaan melko saman tyyppisiä. Sopimusten hinta suhteutettuna kunnan asukasmäärään vaihteli kuitenkin huomattavasti vaihtelun ollessa 1500–6700 euroa. Tämä saattoi selittää osaltaan kustannusten vaihtelua, mutta mahdollisesti myös hoidon saatavuuden toteutumista. Järjestäjätahot arvioivat yleensä myönteisesti ulkoistuksen onnistuneisuutta, ja haastatteluissa muistutettiin usein kunnan vaikeasta tai jopa vaihtoehdottomasta taloudellisesta tilanteesta, joka ulkoistukseen oli johtanut.

Vuoteen 2017 ulottuvassa seurannassa kustannustiedot ovat saatavilla 18 kokonaisulkoistuskunnasta ja kokonaiskuva alkoi olla melko kattava. Aineiston perusteella ulkoistuskunnat saavuttivat sote-kustannussäästöjä keskimäärin 148 euroa per asukas kolmen vuoden seurannan aikana. Sosiaalipalveluissa kolmen vuoden seurannassa ulkoistuskuntien kustannukset nousivat 15 euroa per asukas verrokkikuntiin nähden. Terveyspalveluissa noin 136 euron keskekustannussäästö verrokkeihin nähden saavutettiin kolmen vuoden seuranta-aikana. Kustannukset eivät näyttäneet kääntyvän kasvuun seuranta-ajan pidentyessä.

Tapauskohtaisessa tarkastelussa eniten kustannussäästöjä oli havaittavissa varhaisimmissa ulkoistuksissa sekä aivan tuoreimmista, joista jälkimmäisistä tosin oli vasta yhden vuoden seurantatieto käytettävissä. Lähes puolet ulkoistuskunnista saavuttivat verrokkejaan enemmän säästöjä perusterveydenhuollossa, joissakin tapauksissa huomattavastikin. Säästöt näkyivät kuitenkin harvoin koko sosiaali- ja terveystoiminnan tasolla. Samanaikaisia säästöjä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa ei myöskään yleensä saavutettu. Erot ulkoistus- ja verrokkikuntien välillä eivät kuitenkaan olleet niin suuria, että voimakkaita johtopäätöksiä voitaisiin tehdä.

Kokonaisulkoistukset tyypillisesti vauhdittivat perinteisen laitoshoidon (vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot) alasajoa. Ympäri vuorokautisen hoivan (tehostettu palveluasuminen) kustannuksia on kansallisesti tilastoitu vasta vuodesta 2015 alkaen, joten selvityksessä ei voitu arvioida, missä määrin laitoshoidon on korvattu ympärivuorokautisella hoivalla.

Hoidon saatavuus oli varhaisemman aallon ulkoistuskunnissa keskimääräistä heikompaa ja hoitoon pääsyn odotusajat pidempiä. Hoidon saatavuuden osalta selvityksessä ei kuitenkaan voitu käyttää tietoja ennen ulkoistusta joten tulkinta on epävarma. Vuodesta 2015 alkaen ulkoistuksen tehneissä kunnissa taas hoidon saatavuus oli keskimääräistä parempaa ja odotusajat lyhyempiä. Sote-palvelujen järjestäjätahojen mukaan hoitoon pääsyn odotusajat ovat kuitenkin merkittävästi lyhentyneet, millä olisi suurta kokonaistaloudellista merkitystä. Olisikin tärkeää kehittää saatavuusseuranta-asetelmia esimerkiksi pienemmällä vertailujoukolla.

Aiempi palvelujen tuottamistapa (oma tuotanto, sairaanhoitopiiri, kuntayhtymä/yhteistoiminta/kokeilualue) ei määrittänyt aineiston perusteella kustannusten muutoksia.

Johtopäätökset: Sote-kustannuseurannan tulosten perusteella tärkeimmäksi kysymykseksi nousee, voidaanko kohtuullisella palvelujen ostohinnalla saavuttaa yhtä hyvää tai laadukkaampaa palvelua kuin aiemmin. Tämän selvittäminen on näiden tulosten valossa erittäin aiheellista jatkotutkimuksin. Lisäksi kokonaisulkoistuskuntien keskimääräistä korkeampi palvelutarve lisää tulosten merkitystä.

Haastatteluiden perusteella kokonaisulkoistus vahvisti ainakin hetkellisesti kuntien autonomiaa, ja sillä oli myös kunnan hallinnon rationalisointiin, kustannusten hallittavuuteen, palvelujen kehittämiseen sekä lähipalveluiden säilyttämiseen liittyviä hyötyjä. Tulokset viittaavat moniin polkuriippuvuuksiin, jotka asettavat haasteita yksityiselle palvelutuotannolle. Näitä ovat kokonaisulkoistukseen päätyneiden kuntien välisten erojen pysyvyys (sekä kustannuksissa että hoidon saatavuudessa), korkea palvelutarve ja pieni väestöpohja sekä omanlaisensa hallintohistoria. Kokonaisulkoistukset ovat myös kokonaisjärjestelmän uudistamisen näkökulmasta ongelmallisia ja voivat yleistyessään hankaloittaa kansallisten reformien läpivientä. Selvityksen asetelmaan liittyy useita haasteita ja epävarmuustekijöitä, joiden vuoksi tuloksia on pidettävä vain suuntaa antavina. Yhdenkin lisävuoden päivittäminen lisää tulosten luotettavuutta.

Tilastointimuutoksesta. Parkano-Kihniön yhteistoiminta-alueen tilastoinnissa tapahtui muutos kokonaisulkoistuksen yhteydessä. Vuonna 2016 (vuosi ulkoistuksen jälkeen) ikääntyneiden laitoshoidon kustannukset siirtyivät tilastoinnissa Kihniön perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon puolelle. Lisäksi muutos vaikutti myös isäntäkunta Parkanon tilastoituihin lukuihin. Lukujen yhdenmukaistaminen aiemman tilastointitavan kanssa ei onnistunut tämän selvityksen puitteissa, sillä molempien kuntien vertailukelpoiset luvut eivät olleet yhteistoiminta-alueellakaan aukottomasti tiedossa. Tässä raportissa ryhmäkeskiarvoja hyödyntävässä laskennassa on täten käytetty Parkanon ja Kihniön osalta pääasiassa Sotkanet-tietokannan tarjoamia autenttisia lukuja, jotka eivät ole täysin luotettavia ulkoistuskuntien perusterveydenhuollon ja laitoshoidon osalta vuonna 2016 (ja ulkoistuksen jälkeisenä vuonna t+1).

Selvityksen keskeiset johtopäätökset

Tässä selvityksessä pyrittiin eri aineistojen avulla tekemään päätelmiä sote-palvelujen kokonaisulkoistuksen yhteyksistä palvelujen kustannuksiin ja saatavuuteen. Aihe on laaja eikä kartoitus käsitellyt sitä tyhjentävästi. Keskeiset rajoitukset on lueteltu kootusti raportin lopussa. Johtopäätökset näissä puitteissa ovat seuraavat:

- 1.** Kokonaisulkoistuskunnat ovat selkeästi omanlaisensa joukko suhteellisen pieniä kuntia. Kokonaisulkoistukseen päätyneissä kunnissa on verrokkeihinsa nähden joidenkin yksittäisten muuttujien osalta korkeampi palvelutarve ja raskaampi kustannusrakenne. Nämä erot tehtiin raportissa mahdollisimman näkyväksi muun muassa asettamalla kunkin ulkoistuskunnan rinnalle useampi verokkikunta. Lisäksi ulkoistuskuntien lähihistoria on ollut erityinen – esimerkiksi Puolangan kuuluminen hallintokokeilualueeseen ja Mänttä-Vilppulan sote-integraatiokokeiluun 2002–2012, jossa sairaanhoitopiiri tuotti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut.
- 2.** Järjestäjätahojen haastateltujen viranhaltijoiden näkökulmasta kokonaisulkoistukset näyttäytyivät onnistuneina. Ulkoistuksiin liitettiin myönteisiä määreitä kuten lähipalveluiden säilyttäminen, julkista yhteistoimintaa suoraviivaisempi yhteistyö palvelun järjestäjän kanssa, kuntahallinnon sisäinen rationalisointi sekä tehokkaampi kunnan viranomaisvastuiden hallinta. Kokonaisulkoistuksilla näytettiin paikkaavan palvelujärjestelmän yhtä keskeistä rakenteellista ongelmaa: monien kuntien liian pienen asukaspuhjan aiheuttamaa kustannusten satunnaista vaihtelua ja ennustamattomuutta. Kokonaisulkoistus näyttää toimivan pienille kunnille vakuutuksen omaisesti tarjoten kiinteää vuosisummaa vastaan ennustettavuutta sote-kustannusten osalta.
- 3.** Kokonaisulkoistus näyttäytyy tuloksissa selvänä ajallisena käännekohtaa tai taitepisteenä kokonaisulkoistuksen tehneille kunnille. Kokonaisulkoistus on varsin todennäköisesti mahdollistanut useissa tapauksissa kustannusten paremman hallinnan ja niiden kasvun hillitsemisen ilman, että esimerkiksi palvelujen saatavuus olisi merkittävästi kärsinyt.

4. Kustannuskehitystä tarkasteltaessa huomataan kuitenkin, että todellisuudessa kokonaisulkoistukset ovat liittyneet hyvin vaihteleviin trendeihin. Kuntatasolla ulkoistuksen jälkeinen kustannuskehitys on ollut monissa tapauksissa vakaampaa verrattuna aiempaan trendiin, mutta monessa ulkoistuksen tehneessä kunnassa kehitys on pysynyt hyvin samankaltaisena ja joissakin jopa muuttunut hieman epäedullisemmaksi aikaisempaan kehitykseen suhteutettuna.
5. Ulkoistuskunnat ovat kokonaisuutena saavuttaneet jonkin verran kustannussäästöjä verrokkikuntiin nähden. Keskiarvotarkastelussa sosiaali- ja terveystoiminnan kustannukset laskivat verrokkeihin nähden noin 141 euroa per asukas. Kolmen vuoden seuranta-aikana ulkoistuksesta alkaen sosiaalipalvelut kallistuivat suhteellisesti 15 euroa, perusterveydenhuolto halpeni noin 10 euroa ja erikoissairaanhoidon hoito halpeni noin 129 euroa.
6. Muutama kustannuksiltaan kasvanut poikkeuskunta vaikuttaa keskiarvotarkasteluihin merkittävästi. Toki usein ainakin yksi *verrokkikunta* on pärjännyt vieläkin paremmin jollain muulla palvelujen järjestämisen- ja tuotantotavalla tai mahdollisesti osaulkoistuksella. Voidaan varovaisesti arvioida, että ulkoistukset ovat tuottaneet säästöpotentiaalia, mutta tämä potentiaali ei ole toteutunut tasaisesti kokonaisulkoistuksen tehneissä kunnissa.
7. Ulkoistuskunnista 7/18 saavutti kustannussäästöjä verrokkeihinsa nähden koko sosiaali- ja terveystoiminnan osalta. 13/18 kunnista saavutti verrokkeihin nähden säästöjä nimenomaan perusterveydenhuollon kustannuksissa. Tämä ei suoraan näy keskiarvolaskelmissa. 6/18 säästi erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Vain kahdessa tapauksessa säästöjä saavutettiin sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Toisaalta kustannukset nousivat verrokkeihin nähden ainoastaan kahdessa tapauksessa.
8. Juuri perusterveydenhuoltoon on satsattu enemmän resursseja ja näin parannettu mahdollisuuksia hoitaa ihmisiä mahdollisimman hyvin perusterveydenhuollossa. Toisaalta on mahdollista, että terveydenhuollon käyntimäärät ovat ylipäättään vähentyneet. Tässä selvityksessä ei ollut mahdollista tarkastella esimerkiksi tarpeettomien sairaalahoitojaksojen kehitystä eikä myöskään sitä, miten hyvin ihmiset pääsivät palvelutarpeensa kannalta oikeanlaisiin palveluihin. Periaatteessa kokonaisulkoistuksiin saattaa liittyä vähintäänkin pieni kannuste kiristää perusterveydenhuollon portinvartijuutta, mutta erikoissairaanhoidon kustannuksissa on nähtävissä pientä nousupainetta ulkoistuskunnissa. Myös sattumalla on osuutensa tuloksiin erityisesti myöhempien ulkoistuksen jälkeisten (t+3 ja t+4 -)vuosien tulosten osalta kuntien pienen määrän vuoksi. Tuloksia onkin tulkittava ottaen tämä varaus huomioon.
9. Sosiaalipalveluiden kustannuksissa on saavutettu säästöä kahtena ensimmäisenä vuonna, mutta kolmantena vuonna kustannukset ovat kohonneet verrokkiryhmää hieman korkeammiksi. Verrokkikunnat näyttävät onnistuneen karsimaan sosiaalipalvelujen kustannuksia voimakkaasti.
10. Hoidon saatavuus näyttäytyy keskimääräistä parempana erityisesti myöhemmässä aallossa (vuoden 2015 jälkeen) ulkoistuksen toteuttaneissa kunnissa. Tätä aiemmissa ulkoistustapauksissa odotusajat ovat selvästi pidemmät, joskin ulkoistuksen myötä tapahtuneita muutoksia ei kyetä saatavien tietojen puitteissa selvittämään. Myös muista syistä odotusaikojen vertailun tuloksia on syytä pitää vain suuntaa antavina.
11. Ulkoistuksen kustannus- ja saatavuustarkastelun tulokset viittaavat siihen, että kustannussäästöt saattavat olla yhteydessä pidempiin odotusaikoihin eli heikompaan palvelujen saatavuuteen. Tämän yhteyden varmistaminen edellyttää kuitenkin tarkempia kuntakohtaisia tutkimuksia niin erikois- kuin perustason palveluissa.
12. Systeemimuutokset tekevät paitsi vertailun myös yksityisen palvelutuotannon erottautumisen vaikeaksi, sillä kunta- ja palvelurakenteen jatkuva uudistaminen ja tulevien muutosten ennakointi vaikuttavat kaikkiin kuntiin. Kaikkialla pyritään enemmän tai vähemmän aktiivisesti ratkaisemaan sote-palvelujen haasteita ja tehdään rakenteellisia muutoksia. Useat vertailukunnat hyödyntävät todennäköisesti

osaulkoistuksia, jolloin erot eivät ole niin suuria. Kilpailukyky sopimus on alentanut osaltaan julkisen sektorin kustannuksia. 2010-luvulla eri indikaattorit osoittivat kustannusten tasaantumista niin ulkoistukseen kuin vertailuryhmässäkin. Voidaan arvioida, että sote-kokonaisulkoistukset edustavat varteenotettavaa toimintamallia yksittäisille kunnille, mutta niihin liittyy ongelmia kokonaisjärjestelmän kehityksen ja uudistamisen näkökulmista. Tämän selvityksen tulokset osoittavat myös, että monet kunnat ovat kyenneet järjestämään palvelunsa kokonaisulkoistuskuntia edullisemmin. Kokonaisulkoistuksia ei siis voida pitää välittömästi onnistumisia tuottavina palveluiden järjestämiskäytännöinä.

- 13.** Selvityksen keskeinen havainto on varsin suuri kuntakohtainen variaatio. Vaikka ulkoistussopimusten sisällön vaihtelu ei tämän selvityksen mukaan vaikuta ratkaisevalta, on tärkeää pohtia, miksi ulkoistus toisissa konteksteissa tuottaa selvästi parempia (taloudellisia) tuloksia kuin toisissa – tai miksi toisissa konteksteissa sopimusehtoja on voitu säätää joiltain osin edullisemmiksi kuin toisissa. Yksi syy liittyy puhtaasti sopimustekniseen neuvotteluprosessiin ja kilpailutusosaamiseen, joka ensimmäisten ulkoistustapausten myötä todennäköisesti on merkittävästi lisääntynyt. Suomessa ollaan kansainvälisesti ajatellen vielä kokemattomia yksityisten palvelujen hyödyntämisessä ja kilpailuttamisessa.
- 14.** Huomion arvoista on myös se, että sopimusten hinta suhteutettuna kunnan asukasmäärään vaihteli huomattavasti vaihtelun ollessa 1500–6700 euroa. Sopimusten sisällön ollessa melko vakio ja kokonaisulkoistuskuntien muodostaessa melko samankaltaisten kuntien joukon huomatta variaatio herättää muutamia kysymyksiä. Esimerkiksi missä määrin pienillä kunnilla on lopulta ollut käytössään tilaajaosaamista sopimuksista neuvottelemisessa? Entä kuinka hyvin kunta on ollut tietoinen omasta palveluiden kustannustasostaan etenkin jos palvelut on aikaisemmin tuotettu oman organisaation toimesta? Tämän kaltaisia kysymyksiä on noussut esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Junnila ym. 2012).
- 15.** Tulokset viittaavat siihen, että sote-kokonaisulkoistus on askel (takaisin) kohti vahvempaa kunnallista autonomiaa ja pyrkimys saattaa palveluiden järjestäminen hallittavammaksi. Tällöin yhteistoiminta toisten kuntien tai kuntayhtymien kanssa korvautuu yhteistoiminnalla yksityisen palveluntuottajan kanssa. Pitkien sopimusten pitäisikin olla riittävän joustavia reagoimaan ympäristön muutoksiin ja mahdollistaa yhteistoiminnallinen kehittäminen ja arviointi. Se, toteutuvatko nämä ehdot ei kuitenkaan ole aivan selvää tähänastisissa sopimuksissa. Aikaisemmissa ulkoistuksissa kunnille on ollut tärkeää säilyttää osaamisen taso myös omassa organisaatiossa esimerkiksi pitämällä osa palvelutuotannosta omana toimintana (Junnila ym. 2012). Kokonaisulkoistukset ovat tässä suhteessa hyvin erilaisia. Pitkistä sopimuksista johtuen kokonaisulkoistuksen tehneet kunnat tulevat hyvin riippuvaiseksi yksityisestä palveluntarjoajasta samalla kun kunta menettää suurimman osan osaamisestaan oman organisaationsa ulkopuolelle. Onkin syytä pohtia myös sitä, millaisia vaikutuksia tällä on palveluiden kustannustasoon ja laatuun pitkällä aikavälillä.
- 16.** Järjestäjätahojen viranhaltijaedustajien paikoin hyvinkin myönteiset käsitykset palvelun aikaan saamista kustannussäästöistä ja muista vaikutuksista eivät saa varauksetonta vahvistusta selvityksessä. Selvityksen puitteissa ei kuitenkaan pystytty osoittamaan, mistä mahdolliset erot kussakin tapauksessa johtuvat. Paikallisten tulkintojen voidaan ajatella heijastavan ennen kaikkea myönteistä kokonaisuudesta liittyen kustannusten ennakoitavuuteen, hallintaan ja palvelun kehittämismahdollisuuksiin sekä osin hoidon saatavuuteen, mitä tässä saadut tulokset eivät myöskään kyseenalaista.

1 Johdanto

Suomessa kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut pääosin omana palvelutuotantona. Viimeisten vuosikymmenten aikana palvelujen ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille on kuitenkin jonkin verran lisääntynyt. Keskeisiä syitä tähän ovat mm. pula henkilöstöstä (erityisesti lääkärit), halu saada vertailutietoa kunnan oman toiminnan kehittämisen tueksi, halu lisätä kuntalaisten valinnanvapautta ja tarve hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia (Sinervo ym. 2016; Lehto & Tynkkynen 2013; Tynkkynen ym. 2012; Junnila ym. 2012).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) selvityksen mukaan vuonna 2017 Manner-Suomessa oli 150 järjestämävastuussa olevaa kuntaa tai kuntien yhteistoiminta-alueita, joista 27 oli ulkoistanut terveysasemapalveluitaan yksityisille palveluntuottajille. Näistä 13 kuntaa oli ulkoistanut palvelut kokonaan ja 14 osin. Terveysasemista ulkoistuksen piiriin kuului yhteensä noin 10 % terveysasemien määrästä (n=50). Väestöstä noin 7 % oli ulkoistettujen terveysasemapalvelujen piirissä. Kokonaisulkoistusten piirissä oli 2 % väestöstä. (Parhiala & Hetemaa 2017.)

Vuoden 2018 alkuun mennessä jo 19 kuntaa oli ulkoistanut sosiaali- ja terveyspalvelunsa kokonaan ja ainakin 18 osittain. Kokonaan yksityisten sote-palvelujen piirissä on täten noin 100 000 kuntalaista. Tilanne muuttuu jatkuvasti, ja kunta- ja yksityisen sektorin välisestä yhteistyöstä on syntynyt jo tutkimuksellisetkin varteenotettavaa kokemusta ja tietoa. Vaikka kuntauudistusten taloudelliset vaikutukset ilmenevätkin vasta varsin pitkän aikavälin (5–10 vuoden) kuluessa (Kallio ym. 2013, 10), sote-ulkoistuksen yhteyksiä kustannuksiin on jo nyt mahdollista tarkastella ensimmäisten vuosien yli ulottuvalla seurannalla ja useampia kuntia käsittävällä vertailuaineistolla.

Kokonaisulkoistuksen tehneiden kuntien määrä ja ulkoistusten piirissä oleva asukas pohja ei ole suuri. Kokonaisulkoistukset ovat kuitenkin palvelujärjestelmän kokonaisuuden ja siihen liittyvien rakenteellisten ongelmien näkökulmasta herättäneet laajaa huomiota. Onkin tärkeää pyrkiä selvittämään, millaisia taloudellisia ja laadullisia vaikutuksia kokonaisulkoistuksilla on ollut. Analyysseja kokonaisulkoistusten yhteyksistä kustannuksiin ja on kuitenkin tehty vasta muutamia. Ulkoistusten tuloksia on mahdollista arvioida monella ulottuvuudella. Kustannusten ja laadun lisäksi ulkoistuksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä on tärkeää tarkastella myös järjestäjätahojen ja ulkoistusprosessin näkökulmasta.

Palvelujen järjestämisen suhteen 'optimaalisen' väestöpohjan on arvioitu olevan palvelusta riippuen 20 000–200 000 (Aaltonen 2006, Vohlonen ym. 2011). Tätä pienemmissä yksiköissä esimerkiksi kustannusten ennustettavuus on lähes mahdotonta. Suomessa kunnilla on päävastuu sote-palvelujen järjestämisestä, mutta suurin osa on asukas pohjaltaan selvästi suosituksia pienempiä. Palvelujärjestelmän uudistamisessa huomio onkin viime vuosikymmeninä kiinnittynyt keskeisesti siihen, miten järjestäjien väestöpohjaa voidaan kasvattaa ja pieniä julkisia yksiköitä (kuntia) yhdistää tai sitoa toisiinsa yhteistoiminnallisilla rakenteilla.

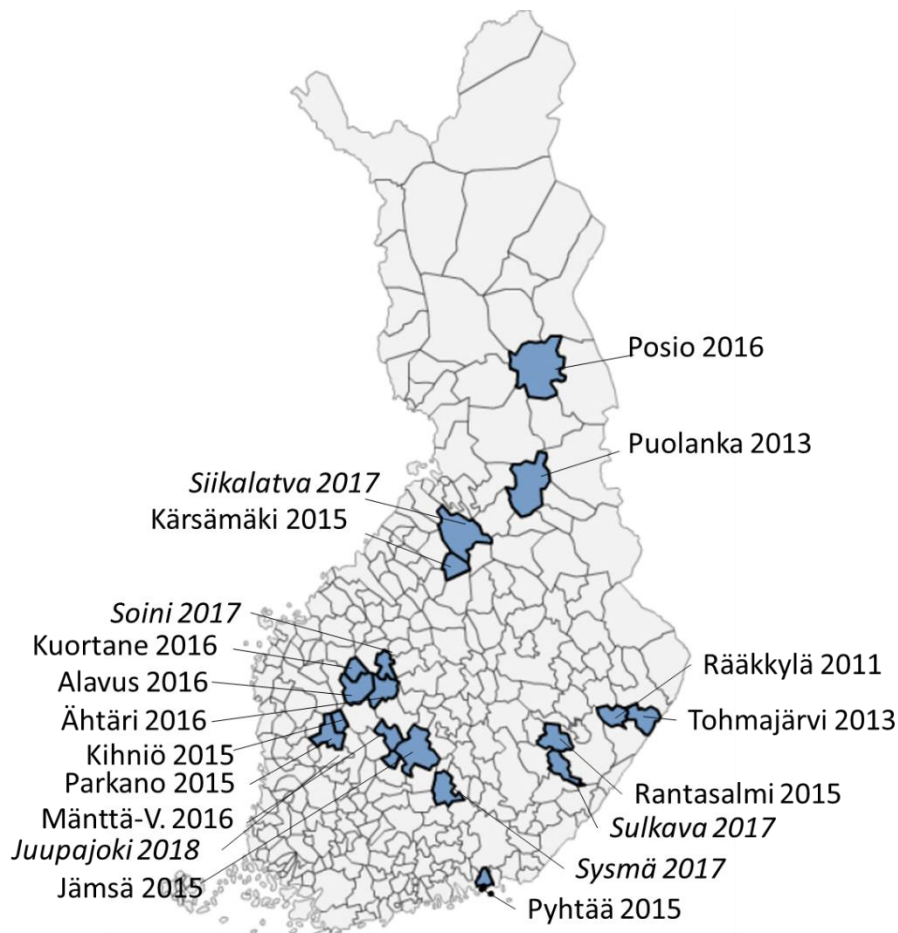
Samanaikaisesti keskittämiseen tähtäävän kehityksen kanssa on kuitenkin mahdollista havaita vastakkaisia trendejä. Kunnat ovat pyrkineet myös irtautumaan yhteistoiminnasta muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa, tai niiden kesken ei ole päästy sopimukseen palvelun ehdoista (kuten Mänttä-Vilppulan kohdalla, Linna & Seppälä 2017; Luoma ym. 2007). Yksi työkalu tämän kaltaisen kehityksen edistämiseksi on ollut hyödyntää kokonaisulkoistuksia palveluiden järjestämisen mallina. Tämä voidaan nähdä perusteltuna toimintatapana paitsi paikallistaloudellisista ja –poliittisista syistä, myös lähipalveluiden ja paikallisen autonomian säilyttämisen näkökulmasta.

Kokonaisjärjestelmän ja sen uudistamisen näkökulmasta kokonaisulkoistukset eivät kuitenkaan edusta kehitystä johon kansalliset linjaukset ja politiikka-aloitteet ovat jo pitkään ohjanneet. Kokonaisulkoistuksia onkin pyritty viime aikoina myös rajoittamaan: 1.7.2016 voimaan astui ulkoistuksia ja investointeja rajoittava

väliaikaislaki (548/2016), jonka voimassaoloa jatkettiin myöhemmin vuoden 2020 loppuun saakka perusteena maakunta- ja sote-uudistuksen voimaantulon siirtyminen. Samalla ulkoistuksia koskevia säännöksiä tiukennettiin, mikä on hillinnyt uusien kokonaisulkoistuksien toteuttamista.

Tämän selvityksen tarkoituksena oli tarkastella vuoden 2018 alkupuolelle mennessä toteutettua 19 sote-palvelujen kokonaisulkoistusta eri puolilla Suomea (kuvio 1.1). Tavoitteena oli ensisijaisesti:

- 1) Kartoittaa kokonaisulkoistussopimusten sisältöä ja kokonaisulkoistuksen tehneiden kuntien / järjestäjätahojen omia kokemuksia ulkoistusten toimeenpanosta
- 2) Tarkastella kuntien sote-palveluiden kustannuskehitystä ennen ja jälkeen kokonaisulkoistuksen
- 3) Verrata kustannuskehitystä valittuihin verrokkikuntiin
- 4) Tarkastella yhden keskeisen laatuindikaattorin kehitystä eli hoidon saatavuutta vuosina 2015-2018.



Kuvio 1.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistuksen toteuttaneet kunnat alkuvuonna 2018, jäljessä ulkoistusvuosi. (Juupajoen kunta, jossa ulkoistus on toteutettu vuonna 2018, ei ole mukana kustannusvertailussa.)

2 Aineistot ja menetelmät

2.1 Aineistot

Selvityksessä hyödynnettiin moninäkökulmaista analyysia ja erityyppisiä aineistoja:

- 1) Ulkoistuskunnista kerättiin ulkoistukseen liittyvät palvelusopimukset, joiden avulla pyrittiin vertailemaan ulkoistusten keskeisiä sisältöjä ja ehtoja. Keskeiset yksityisen palveluntuottajan (kustannus)vastuulle siirretyt sosiaali- ja terveyspalvelujen muodot koottiin kuntakohtaisesti matriisiin (liite 1). Lisäksi merkittiin sopimuksen kesto, vuosihinta kunnalle, onko sopimuksessa kannuste-/sanktioehtoja sekä sovittiinko kunnan tilojen käyttämisestä.
- 2) Kaikkia järjestämisvastuussa olevia tahoja eli kuntien, kuntayhtymien tai yhteistoiminta-alueiden viranhaltijaedustajia haastateltiin strukturoidusti puhelinhaastatteluin. Kysymykset koskivat ulkoistuksen lähtötilannetta ja syitä, sopimusten toteutumisen seuranta ja palvelun toimivuutta. Haastattelujen tuottama tieto toimi sekä sopimusaineiston että tilastollisen tarkastelun tulkinta-apuna. Järjestäjätahot, kunnat, haastatellut tahot sekä yksityiset palveluntuottajat on lueteltu liitteessä 2. Käsillä olevaan raporttiin on lisätty myös vuoteen 2016 ulottuvaan selvitykseen liittyviä järjestäjätahojen kommentteja.
- 3) Keskeisiä kuntakohtaisia kustannusindikaattoreita koottiin THL:n ylläpitämästä Sotkanet - tietokannasta vuosilta 2005–2017. Tämä mahdollisti kaltaistettujen verrokkien menetelmän hyödyntämisen analyysissä. Tiedot poimittiin kaikilta Suomen maaseutumaisilta ja taajaan asutuilta kunnilta. Kaupungit eivät sopineet lähtökohtaisesti kokonaisulkoistuskuntien vertailuun.¹ Analyysissa käytettiin taulukossa 2.1 kuvattuja kustannusindikaattoreita. Indikaattorien valintaperusteena käytettiin eri toimintojen kustannusosuutta, eli tarkoituksena oli seurata mahdollisimman suuria kustannuskokonaisuuksia (ks. Sotkanet-indikaattoreista tarkemmin liite 3).
- 4) THL:n ylläpitämästä Avohilmo-tietokannasta poimittiin perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn odotusaikojen koskevat tiedot palvelupisteittäin koko maasta. Järjestelmä mahdollistaa kuukausittaisen seurannan vuodesta 2015 alkaen, ja sitä käytettiin tämän aikarajauksen puitteissa ulkoistuskuntien sote-palvelujen laadun kehittymisen seuraamiseksi.

Taulukko 2.1. Kustannuskehitystä kuvaavat muuttujat, käyvin hinnoin (Sotkanet).

| |
|---|
| Sosiaali- ja terveystoiminta |
| Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas (ind. 1073), 2005–2017. |
| Terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (ind. 1291), 2005-2017. |
| Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas (ind. 1290), 2005-2017. |
| Terveyspalvelut |
| Perusterveydenhuollon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 1072), 2005–2017 |
| Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 107), 2005–2017 |
| Sosiaalipalvelut |
| Kotihoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 3768), 2005–2017 |
| Ikääntyneiden laitoshoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 3774), 2005–2017 |

¹ Tutkimuskohde rajattiin tilastollisen kuntaluokituksen mukaisesti maaseutumaisiin ja taajaan asuttuihin kuntiin, jollaisia kaikki kokonaisulkoistuskunnat olivat.

2.2 Ulkoistuksen yhteys kustannuskehitykseen ja verrokkikuntien määrittäminen

Analyysin tavoitteena oli erottaa muista tekijöistä nimenomaan kokonaisulkoistuksen yhteys kustannus- ja saatavuuskehitykseen. Kattava tilastoaineisto kuntien erityyppisistä kustannuksista tarjosi analyysille hyvät mahdollisuudet, sillä se mahdollisti kustannusten seuraamisen ennen ja jälkeen ulkoistuksen. Täten pidempiaikainen seuranta ennen ja jälkeen ulkoistuksen pystyttiin tekemään 10 kunnan osalta. Vuosina 2016-18 ulkoistuksen tehneet 9 kuntaa olivat laatuindikaattoriseurannassa mukana ennen ja jälkeen ulkoistuksen. Taulukkoon 2.2 on merkitty tummempina ruutuina ne tärkeimmät aineiston osat, joiden avulla voidaan seurata kustannus- ja laatumittareita ennen ja jälkeen kokonaisulkoistuksen.

Taulukko 2.2 Käytetty indikaattoritieto kunnittain.²

| Lähde | Mitä tietoa kunnittain käytettävissä | | | | | | | |
|--|---|------|------|---|------|---|---|--|
| Vuosi | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Kustannus-indikaattorit <i>Sotkanet</i> | Kustannustietoa ennen ja jälkeen ulkoistuksen | | | | | | Kustannustietoa ulkoistusvuoteen saakka | Ei kustannustietoa ulkoistusvuodesta eteenpäin |
| Odotusajat <i>Avohilmo</i> | Ei tietoa ulkoistusvuoteen saakka | | | Tietoa odotusajoista ulkoistusvuodesta alkaen | | Tietoa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden | | Tietoa ulkoistusvuoteen saakka |
| <i>Vertailukunnat</i> | | | | | | | | |
| Muut kunnat | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Verrokkit | x | x | x | x | x | x | x | x |
| <i>Ulkoistuskunnat (ulkoistusvuosi)</i> | | | | | | | | |
| 1. Rääkkylä | x | | | | | | | |
| 2. Puolanka | ei | ei | x | | | | | |
| 3. Tohmajärvi | | | x | | | | | |
| 4. Mänttä-V. | | | x | | | | | |
| 5. Jämsä | | | | | x | | | |
| 6. Kihniö | | | | | x | | | |
| 7. Kärsämäki | | | | | x | | | |
| 8. Parkano | | | | | x | | | |
| 9. Pyhtää | | | | | x | | | |
| 10. Rantasalm | | | | | x | | | |
| 11. Alavus | | | | | | x | | |
| 12. Kuortane | | | | | | x | | |
| 13. Posio | | | | | | x | | |
| 14. Ähtäri | | | | | | x | | |
| 15. Siikalatva | | | | | | | x | |
| 16. Soini | | | | | | | x | |
| 17. Sulkava | | | | | | | x | |
| 18. Sysmä | | | | | | | x | |
| 19. Juupajoki | | | | | | | | x |

Ennen-jälkeen vertailun lisäksi voitiin verrata ulkoistuskuntien kustannus- ja laatuindikaattoreiden kehitystä muihin kuntiin. Tämä tehtiin ensin ryhmävertailuna, jossa laskettiin kaikkien ulkoistuskuntien vuosittaiset

² Tulosten ryhmävertailussa 'verrokkikunnat' tarkoittavat palvelutarpeeltaan ulkoistuskuntia lähimpänä olevien kuntien muodostamaa joukkoa, johon ulkoistuskuntien kustannuskehitystä ensisijaisesti verrataan. Ryhmä 'muut (kaltaistamattomat) kunnat' muodostuvat lopuista maaseutumaisista ja taajaan asutuista kunnista.

indikaattorikeskiarvot ja verrataan niitä muihin kuntiin (pois lukien kaupungit). Koska kunnat kuitenkin poikkesivat monilta ominaisuuksiltaan ja erityisesti palvelutarpeen suhteen toisistaan, suora vertailu muihin kuntiin on epätarkkaa. Palvelutarpeet ovat sitä suuremmat mitä ikääntyneempi kunnan väestö on, mitä suurempaa on sairastavuus ja mitä matalampi on asukkaiden keskimääräinen sosioekonominen asema. Kaikkien sote-kokonaisulkoistuskuntien palvelutarpeet ovat koko maan keskiarvoa selvästi suuremmat. Kun koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräiseksi tarvekertoimeksi asetetaan 1, vaihtelivat sote-ulkoistuskuntien tarvekertoimet välillä 1,03 ja 1,40 vuonna 2014. (Vähänen ym. 2015.)

Nimenomaan kokonaisulkoistuksen kustannusyhteyksien erottamiseksi käytettiin niin sanottua kaltaistettujen pariin menetelmää (ks. esim. Luoma ym. 2007). Siinä kullekin kokonaisulkoistuskunnalle etsittiin ei-ulkoistuskuntien joukosta sellaisia kuntia, jotka olivat ulkoistuskuntien kanssa mahdollisimman samanlaisia ulkoistustodennäköisyyteen vaikuttavien tekijöiden suhteen. Ulkoistustodennäköisyyteen katsottiin vaikuttavan ennen kaikkea kunnan asukkaiden palvelutarve ja näin kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia indikoivat tekijät. Ulkoistustodennäköisyyden estimointi tehtiin vuoden 2010 aineistosta eli ennen ensimmäistä kokonaisulkoistusta (Rääkkylä 2011), ja käytettyjä muuttujia olivat kuntakohtaisesti:

- asukasmäärä
- väestötiheys
- yli 75-vuotiaiden osuus
- työkyvyttömyyseläkkeen saajien osuus
- työttömyysaste
- perusterveydenhuollon nettokäyttökustannukset asukasta kohti
- erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohti
- kotihoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohti
- yksityislääkärikäynnit asukasta kohti.

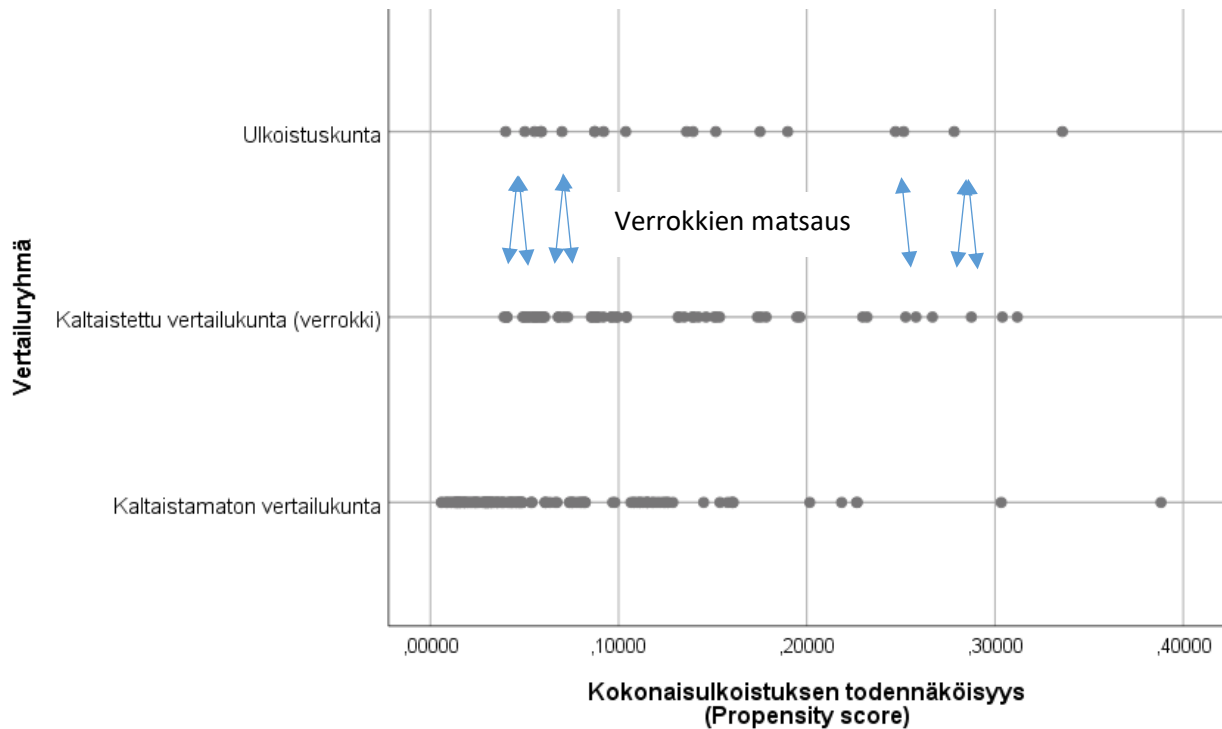
Liitteessä 4 on esitetty näiden keskeisten palvelutarvetta kuvaavien indikaattorien korrelaatiot myöhempään kokonaisulkoistukseen. Liitetaulukosta havaitaan, että erikoissairaanhoidon (korkeat) kustannukset olivat merkitsevässä yhteydessä myöhempään kokonaisulkoistusratkaisuun. Perusterveydenhuollon kustannukset eivät olleet tilastollisessa yhteydessä ulkoistukseen. Sen sijaan työttömyys- ja työkyvyttömyysaste kunnassa korreloivat myöhemmän ulkoistuksen kanssa. Taulukosta havaitaan myös runsaasti keskinäiskorrelaatioita muuttujien välillä, mikä kertonee ennen kaikkea palvelutarpeiden kasautumisesta samojen kuntien alueelle.

Samankaltaisten verrokkikuntien määrittämiseksi tehtiin estimointi edellä kuvattujen muuttujien luonnollisista logaritmeista³ lukuun ottamatta yli 75-vuotiaiden väestöosuutta, jonka osalta käytettiin aitoja lukuja (vrt. Luoma ym. 2007, 14). Tuloksena saatiin kullekin kunnalle kokonaisulkoistukseen pääymistä kuvaava todennäköisyysluku (*propensity score*), jonka perusteella voitiin valita kutakin tutkimuskuntaa lähellä oleva verrokkien joukko (lista kunnista ja todennäköisyysluvuista liitteessä 5). Estimoinnin taustalla on Rosenbaumin ja Rubinin (1983) ajatus, jonka mukaan verrokkimenetelmän luotettavuuden tarkastelemiseksi riittää, että estimoinnissa kontrolloidaan koeryhmään kuulumisen todennäköisyyttä. Sen sijaan, että vertailukuntien pitäisi olla samankaltaisia useiden muuttujien suhteen, riittää että ne ovat samanlaisia koeryhmään kuulumisen (eli kokonaisulkoistukseen pääymisen) todennäköisyyden suhteen (Luoma ym. 2008, 47.)

Kuviossa 2.2 on esitetty tarkasteluryhmittäin kuntien propensity-arvot. Ylimmällä rivillä ovat sote-kokonaisulkoistuskunnat, toisella rivillä niille haetut mahdollisimman samankaltaiset verrokkikunnat ja alimmalla rivillä loput kunnat (pl. kaupungit), joihin vertailua myös tehdään. Kuvioista nähdään, että ulkoistus-

³ Luonnollisen logaritmin käyttäminen vähentää muuttujien jakauman vinoutta ('skewness').

ja verrokkikunnat saavat keskimäärin suurempia propensity-arvoja kuin muut kunnat, ja että samankaltaisia verrokkeja ei ole kovinkaan runsaasti valittavana. Kaltaistettujen verrokkien menetelmää on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 5. Menetelmää varten Puolangan osalta puuttuvia tietoja jouduttiin likiarvoistamaan (liite 6).



Kuvio 2.2 Propensity scoren jakauma tarkasteluryhmittäin.

2.3 Hoitoon pääsyn odotusajat

THL:n Avohilmo-tietokannassa on luokiteltu hoitoon pääsyn odotusajat toteutuneiden käyntien perusteella perusterveydenhuollon palveluissa toimipisteittäin koko Suomessa. Aineisto on käytettävissä vuodesta 2015 alkaen kuukausitasolla tähän hetkeen saakka. Tietojen perusteella esitetään hieman vastaavaan tapaan kuin kustannustietojen osalta

- a) ulkoistuskuntien ja muiden kuntien vuosittainen kokonaisvertailu
- b) ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien ennen ja jälkeen ulkoistusajankohdan vertailu (mahdollista lähinnä vuosina 2016–2017 ulkoistuksen tehneiden kuntien osalta).

Odotusaikojen tilastointiin sisältyy epävarmuustekijöitä enemmän kuin kustannuskehityksen tarkasteluun yhtäältä siksi, että seurantajakso on suppea, ja toisaalta siksi, että palveluiden rakenteessa ja asiakasmäärissä olevia eroja toimipisteiden välillä on vaikea ottaa huomioon. Tuloksia voidaankin pitää lähinnä suuntaa antavina.

3 Ulkoistussopimukset

3.1 Kokonaisulkoistusten variaatio

Tutkimusta varten saatiin käyttöön palvelusopimukset 17 kunnasta. Kahdesta kunnasta sopimusta ei ollut käytettävissä ja osan sopimus sisältyi kuntayhtymän sopimukseen. Lisäksi 5 kuntaa kytkeytyi järjestäjätahon pääsopimukseen. Katsauksen perusteella (ks. tarkemmin Liite 1 ja Liite 9) kokonaisulkoistussopimukset ovat hyvin saman tyyppisiä. Yleensä sopimukset ovat pitkiä, vähintään 10 vuotta kestoaltaan ja niissä on määritelty kiinteä hinta tietyin vuosikorotusperustein (indeksikorotus, asiakasrakenne jne.). Vuosihinta vaihtelee kunnan asukasluvun mukaan noin 10 ja 40 miljoonan euron välillä, joskaan asukasmäärään suhteutetun hinnan suoraviivaista vertailua kuntien välillä ei ole tarkoituksenmukaista tehdä ilman tarkkaa analyysia sopimusten sisällöstä.

Lähes aina kokonaisulkoistukseen sisältyivät seuraavat terveydenhuollon palvelut:

- perusterveydenhuolto (terveyden ja sairaanhoidon avopalvelut ml. vuodeosasto, vastaanottopalvelut, ennaltaehkäisevä hoito, opiskelijaterveydenhuolto, neuvola)
- erikoissairaanhoito
- kuntoutuspalvelut
- suun terveydenhuolto

Samoin sopimukseen sisältyivät useimmiten seuraavat sosiaalihuollon palvelut:

- lasten ja perheiden palvelut (lastensuojelu, perhesosiaalityö)
- psykososiaaliset palvelut (mielenterveys- ja päihdepalvelut)
- hoito- ja vanhustyö (ikäihmisten palvelut, kotihoito- ja asumispalvelut)
- vammaispalvelut (vammat ja kehitysvammat)

Sopimuksille oli yhteistä myös se, että useimmiten sosiaali- ja terveystoiminta järjestettiin kunnan ylläpitämissä tiloissa. Myös lähes kaikkiin sopimuksiin sisältyi jonkinlainen kannuste-sanktiojärjestelmä. Varhaiskasvatus ja työllisyyspalvelut olivat joissain sopimuksissa erikseen suljettu pois. Koulukuraattori- ja psykologipalvelut ja ympäristöterveydenhuolto eivät kuuluneet sopimukseen missään kunnassa.

Eroavuudet koskivat seuraavia sopimusosia:

- työterveyshuoltoa
- ensihoitoa
- aikuissosiaalityötä
- tukipalveluja (siivous- ja ateriapalvelut)
- hallinnollisia / viranomaistehtäviä.

Viranomaistehtävistä erityisesti toimeentuloturva oli eksplisiittisesti suljettu sopimuksesta ulos mahdollisesti lukuun ottamatta yhtä kuntaa⁴. Yksittäisissä kunnissa palveluntuottajalle oli asetettu kustannusvastuu omaishoidon tuesta, eläkeperusteisista maksuista, terveystoimen johtavien viranhaltijoiden työpanoksesta sekä viranomaispäätösten pohjustamisesta. Haastattelujen perusteella viimeainituissa oli kyse sopimuksen solmimisen jälkeisestä vuorovaikutuksen tiivistymisestä ja vastuunjaon tarkentumisesta. Sosiaalihuollon ulkoistaminen koettiin haasteellisimmaksi, ja vastuunjaosta kunnan ja palveluntuottajan välillä neuvoteltiin

⁴ Haastatellun järjestäjätahon mukaan kyseinen kunta oli ainoa laatuaan, jossa toimeentuloturvan kustannusvastuu oli määritelty palveluntuottajalle. Tämän kunnan sopimusta ei ollut käytettävissä selvitykseen asian varmistamiseksi. Toimeentulotuki siirtyi kuntien vastuulta Kelalle 1.1.2017 mutta tämän selvityksen tarkastelujaksolla se on vielä kuntien vastuulla.

joissakin tapauksissa merkittävästi vielä sopimuksenteon jälkeenkin. Järjestäjätaho joutui joissakin tapauksissa vahvistamaan omaa henkilöresursointiaan nimenomaan hallinnollisen vastuun täyttämiseksi ulkoistuksen myötä.

3.2 Ulkoistuksen syyt ja toimeenpanon onnistuminen

Sote-kokonaisulkoistuskunnat olivat tyypillisesti hakeneet palvelujen järjestämisen ratkaisuja alunperin kuntaliitosten ja yhteistoiminta-alueiden kautta. 19 kunnasta vain neljä ei ollut tehnyt kuntaliitosselvitystä; kaksi oli toteuttanut kuntaliitoksen ja lopuissa 13 kunnassa suunniteltu liitoshanke oli kariutunut vähintään kerran vuoden 2005 jälkeen. 9 tarkastelukuntaa oli ennen kokonaisulkoistusta järjestänyt palvelut kuntayhtymän puitteissa, 6 sairaanhoitopiiriin kautta, 2 enemmän tai vähemmän omana tuotantonaan ja 1 yhteistoiminta-alueen kautta (ks. taulukko 8.)

Järjestäjien haastattelujen perusteella tärkein syy kokonaisulkoistukseen oli kunnan heikkenevä talous ja (ennakoimattomasti) kasvavat sote-menot erityisesti erikoissairaanhoidon osalta. Pienten kuntien haasteena oli, että yksittäisetkin vakavat sairaustapaukset saattoivat heilauttaa talousarviota rajusti. Ongelmia koettiin niin sairaanhoitopiiriin kuin kuntayhteistoiminnassakin tuotettujen palvelujen kustannusten ennakoinnissa ja hallittavuudessa. Ulkoistusta kohti työntäviksi tekijöiksi koettiin myös esimerkiksi hoidon saatavuusongelmat ja hoitoetäisyydet aiemmissa sairaanhoitopiiri- ja vastuukuntamalleissa. Toisaalta haastatteluissa tuotiin myös esiin halu hyödyntää kunnan olemassa olevaa sote-infrastruktuuria sekä säilyttää työpaikat kunnissa. Sopimusten perusteella useimmissa tapauksissa kunnan ylläpitämien tilojen käyttöoikeus luovutettiin yksityiselle palveluntuottajalle, minkä arvo oli sisällytetty sopimushintaan. Ulkoistusratkaisun perusteluissa heijastuivat myös kuntien heikot mahdollisuudet ohjata esimerkiksi sairaanhoitopiirien tai kuntayhtymien toimintaa. Perusteluissa todettiin usein, että kunnassa haluttiin ikään kuin sulkea ”avoin valtakirja” palveluja tuottavalle julkiselle taholle ja miettiä järkevämpiä tapoja ratkaista asia. Tutkimuskunnissa päädyttiin täten yksityiseen palveluntuottajaan ja samalla laajemmassa mielessä sote-järjestämisvastuun ja -hallinnan säilyttämiseen kunnalla itsellään.

Kokonaisuudessaan voidaan arvioida, että järjestäjätahot olivat tyytyväisiä ulkoistusratkaisuun sekä taloudellisiin että palveludynamiikkaan ja palvelujärjestelmän selkeyteen liittyvin perustein. Palveludynamiikalla tarkoitetaan tässä sitä, että kuntien rooli sote-palvelujen järjestämisessä, tilaamisessa ja valvomisessa oli monesti aiemmassa toimintatavassa epäselvä ja jäsentymätön. Joissakin tapauksissa muutoksen myötä kunnat saavuttivat selvästi (pro)aktiivisemmän roolin suhteessa palvelujen tuottamiseen: ne pystyivät paremmin hallitsemaan menoja, seuraamaan palvelun tuottamista sekä vaikuttamaan ja osallistumaan palvelun kehittämiseen, mikä ei ollut samassa määrin mahdollista esimerkiksi ostettaessa palvelut sairaanhoitopiiriltä. Palvelun selkeä ’hintalappu’ konkretisoi keskustelua kuntahallinnossa ja myös poliittisten päätöksentekijöiden suunnassa. Toisaalta kunnissa, jotka aiemmin olivat tuottaneet palvelut itse, koettiin vaikeaksi verrata kustannuksia ennen ja jälkeen ulkoistuksen. Useissa tapauksissa hallinnollisen työn koettiin lisääntyneen, mutta samalla uuden järjestelyn selkeyttä ja vaikutusmahdollisuuksia pidettiin tärkeämpinä arvoina. Ulkoistus toimi tavallaan peilinä sille, mitä kunnassa poliittisesti haluttiin sekä sille, millä tavoin viranomaistoimintaa voitaisiin kehittää.

3.3 Järjestäjätahojen kommentit selvitykseen

Tätä raporttia varten pyydettiin eräiltä järjestäjätahoja kommentoimaan aiemmin laadittua selvitystä, joka käsitteli vuoteen 2016 saakka ulottuvia kustannuksia ja hoidon saatavuusmittareita. Järjestäjät⁵ nostivat esiin seuraavia seikkoja:

⁵ Haastateltu neljää kustannuskehitykseltään ja toimintatavaltaan erilaista järjestäjätahoa.

1. Kustannuskehityksen variaatio kunnittain

- Selvityksen tulokset eivät erityisesti yllättäneet.
- Sopimustekniikka ja hankintaosaaminen vaikuttavat palvelun kokonaistaloudellisuuteen.
- Sotkanet-tietokannan tiedot eivät anna täyttä kuvaa kustannuksista. Tilaston eroja järjestäjätason talouden hallintaan olisi syytä selvittää.
- Osa kokonaisulkoistuskunnista ei tavoitellut nopeaa kustannushyötyä vaan ne käyttivät ns. käänteistä kilpailutusta, jossa ne asettivat palveluntarjoajalle lähellä omaa tuotantoa vastaavan hinnan palvelulle ja valitsivat tuottajan palveluiden laajuuden perusteella.
- Oman kunnan kustannuskehitykseen ollaan varsin tyytyväisiä ja erityisesti siihen, että tuottajalla on useimmiten kokonaisvastuu, johon sisältyvät myös ESH-kustannukset.
- Toisaalta tilanne elää jatkuvasti, sopimushintoihin sisältyy indeksikorotuksia ja ulkoistuksiin on liittynyt myös uuden opettelua ja taloudellistakin panostamista. Hyöty näkyy kuitenkin pitkällä aikavälillä.
- Yksi keskeinen tieto, joka kustannusasetelmasta puuttuu on kunnan saamien ALV-palautusten osuus.

2. Ulkoistusprosessista

- Tiedossa oli, että erityisesti alkuvaiheen kokonaisulkoistuksia on tehty vielä melko ohuella kokemuksella sekä tilaajan että tuottajan näkökulmasta. Tämä saattaa selittää kuntakohtaista variaatiota kustannuskehityksessä.
- Sopimukset ovat tyypillisesti hyvinkin pitkiä, mutta erilaisten ehtojen kautta niihin liittyy merkittäviä riskejä myös palveluntuottajan näkökulmasta. Tilanne kannustaa kehittämään palvelun saatavuutta, laatua ja asiakastyytyväisyyttä.
- Eniten kehittämistä ja yhteistyötä on tarvittu sosiaalitoimen tehtävissä.

3. Arvioinnista / vertailusta

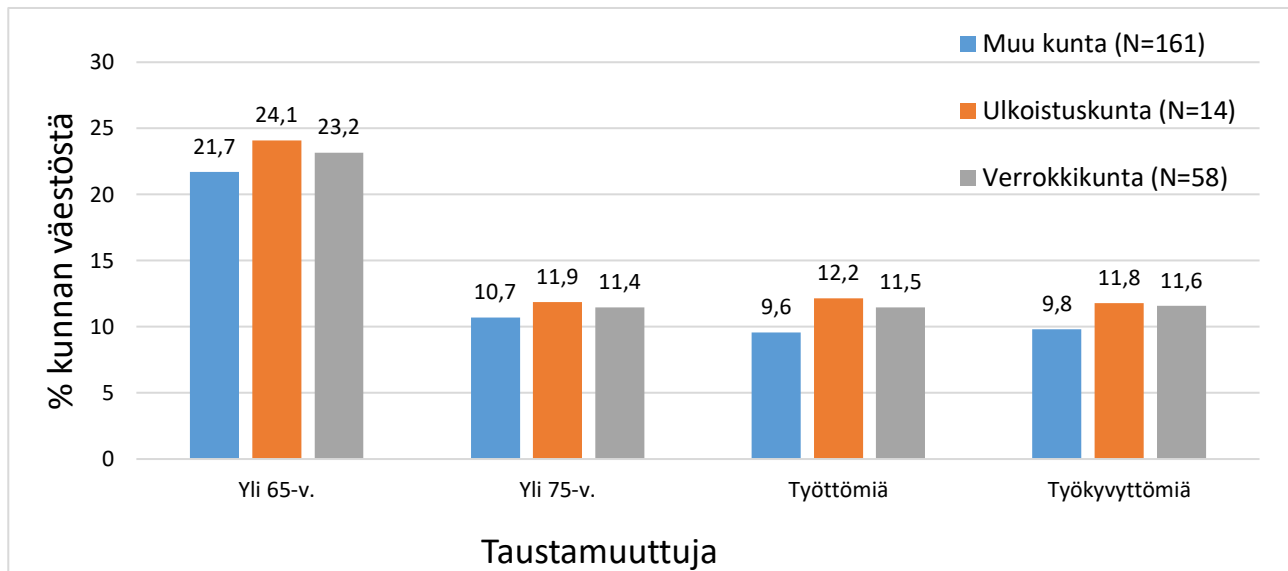
- Kustannuskehitystä tulisi arvioida suhteessa esimerkiksi a) väestöpohjaan ja sen muutokseen, b) lisääntyvään/säilyvään palvelutarpeeseen kuten sairastavuuteen, c) lähipalveluiden säilyttämistavoitteeseen, d) vaihtoehtona olevaan julkisen palvelun kattavuuteen ja hintaan sekä e) jonotusaikojen lyhenemisestä aiheutuviin säästöihin (esim. sairauspäivärahat).
- Verrokkikunnissa tapahtuu voimakasta kehittämistä nimenomaan palvelujen keskittämisen kautta ja mahdollisesti myös palvelujen karsimisen kautta.
- Kilpailukyky sopimukseen liittyvä palkkojen/lomarahojen leikkaaminen on laskenut julkisen puolen kustannuksia viime vuosina.
- Monissa muissakin kunnissa hyödynnetään osulkoistuksia, joiden avulla myös ne pyrkivät hallitsemaan kustannuskehitystä.
- Järjestäjän on tärkeä seurata kustannuksia ja muita tietoja, ja tämä toimii edelleen paremmin yksityisen palveluntuottajan kanssa kuin julkisen sisällä.
- Järjestäjätaho luottaa paljon hyviä tuloksia tuottaneisiin asiakastyytyväisyyskyselyihin ja suoraan palautteeseen sekä siihen, että palveluntarjoajat ottavat huomioon asiakasarvon tyyppisiä seikkoja paremmin kuin julkiset.
- Järjestäjä seuraa tiiviisti myös asiakasmääriä ja erikoissairaanhoidon lähetteitä.

4. Tulevaisuudesta

- Kokonaisulkoistuksen toteuttaminen tähänastisella tavalla ei ole käytännössä mahdollista.
- Ulkoistuskokemuksia ei ole aina haluttu syystä tai toisesta hyödyntää maakuntavalmistelussa valtakunnallisesti eikä paikallisesti.
- Suunniteltu valinnanvapausuudistus pitkälti ratkaisee, millä tavalla ulkoistusyhteistyö jatkuu.

4 Ulkoistuskuntien korkeampi palvelutarve

Ulkoistuskuntien ikärakenne oli vanhempi ja työttömyysaste sekä työkyvyttömyysaste korkeampia muihin kuntiin verrattuna, kun kaupungit jätetään pois tarkastelusta (kuvio 4). Myös perusterveydenhuollon kustannusten lähtötaso oli korkeampi kuin muissa maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa keskimäärin (ks. jäljempänä kuvio 5.1.1). Kuvioissa verrokkikunnilla tarkoitetaan tilastollisella estimoinnilla määritettyjen mahdollisimman samankaltaisten kuntien muodostamaa vertailuryhmää (ks. luku 2.2).



Kuvio 4. Ulkoistuskuntien (2011-2016) ja muiden kuntien eroja taustamuuttujissa vuonna 2010 (pl. kaupungit).

Sote-kokonaisulkoistukseen päätyneet kunnat eroavat siis monilta lähtökohdiltaan selvästi muista kunnista. Samasta syystä kustannusvertailussa käytetään yleensä sote-kustannusten tarvekiointia. Tarvekioituidut kustannukset saadaan jakamalla sote-kustannusten kuntakohtaisella tarvekertoimella, joka perustuu tietoihin kunnan väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta. Kullekin kunnalle saadaan täten suhdeluku, jossa koko maan keskiarvo on 100 ja keskimääräistä vähäisemmät menot alle 100. Tarvekioituja menoja ei kuitenkaan voi verrata aiempiin vuosiin, vaan ne lasketaan aina suhteessa kunkin vuoden keskiarvoon. (THL 2018.)

Tarvekioitujen kustannusten sijaan tässä analyysissä käytetään kuntien aitoja taustamuuttujatietoja ja käypiä hintoja. Tarvekiointia ei voida tarkkaan ottaen hyödyntää aikasarjaseurannassa, sillä se perustuu poikkileikkaustietoihin ja tarjoaa täten vuosittain muuttuvan suhdeluvun kunnille. Sen sijaan tässä selvityksessä hyödynnetään taustamuuttujia edellä kuvatusti palvelutarpeen tarkemmassa estimoinnissa, jotta ulkoistuskunnille löydetään mahdollisimman samankaltaisia kuntia.

5 Kokonaisulkoistuskuntien sote-kustannuskehitys - ryhmävertailut

Tässä luvussa tarkastellaan sote-kokonaisulkoistuskuntia ryhmänä (N=19) ja verrataan ryhmän kustannuskehitystä kaltaistettuihin verrokkeihin sekä muihin kuntiin⁶. Seurattavat indikaattorit on kuvattu taulukossa 2.1. Niiden avulla katetaan suurin osa kuntien välisistä trendieroista sekä selvitetään, millä tavalla kokonaisulkoistus on ollut yhteydessä vaihteleviin kustannuskehityksiin, kun olennaiset muut muuttujat on kontrolloitu.

5.1 Kokonaisindikaattorit

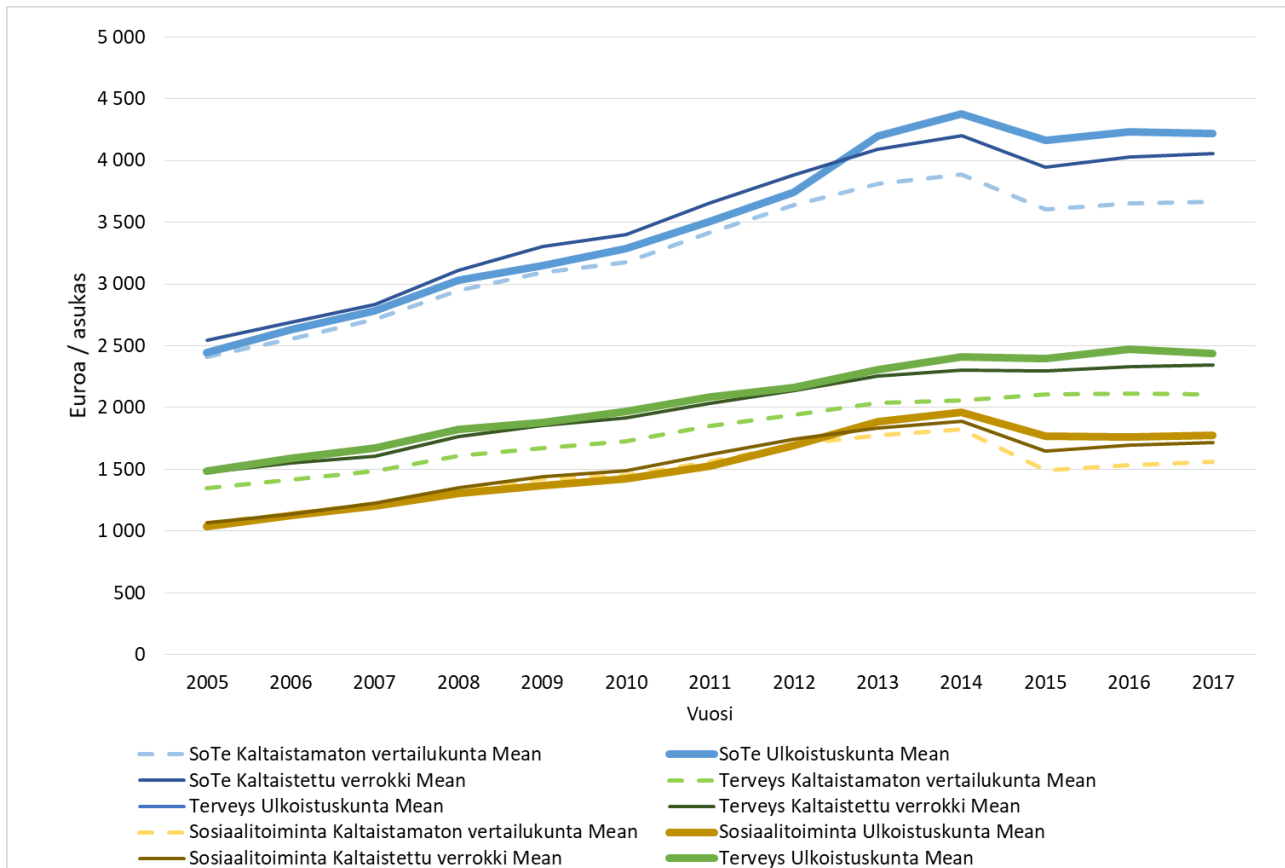
Sosiaali- ja terveystoiminnan kokonaiskustannuskehitystä kuvaavien indikaattorien perusteella kokonaisulkoistus näyttää olleen yhteydessä sote-kustannusten säästöihin ainakin lyhyellä aikavälillä ja erityisesti terveystoiminnan osalta. Kuntakohtaisten erojen tarkastelu on kuitenkin tärkeää. Kokonaisulkoistuksen ja kustannuskehityksen välisen syy-yhteyden arvioimista kokonaisuuden tasolla vaikeuttaa se, että myöskään verrokkikuntien keskimääräinen kustannuskehitys ei ole ollut lineaarista 2010-luvulla.

Kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan kokonaiskustannukset ovat kasvaneet vuosien 2005 ja 2016 välillä koko maassa 55 % (2348->3637 euroa/asukas). Tämä kustannuserä jakautuu terveystoiminnan ja sosiaalitoiminnan välillä suunnilleen suhteessa 55-45. Sote-kustannusten kasvu kohdistuu eniten terveyspalveluihin, joiden kasvu tarkasteluajanjaksolla on ollut 57 % (sosiaalitoiminnan 47 %). Terveystoiminnan kustannukset jakautuivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä suurin piirtein suhteessa 42-58 vuonna 2005, mutta vuonna 2016 suhde on noin 37-63. Merkittäväntä kasvu on ollut erikoissairaanhoidossa (68 %). Perusterveydenhuollon kustannusten kasvu on ollut 36 %.

Tässä selvityksessä on verrattu sote-palvelujen kokonaisulkoistuskuntia muihin maaseutumaisiin ja taajaan asuttuihin kuntiin. Kaupungit on siis jätetty vertailun ulkopuolelle, sillä lähtökohtaisesti niiden asukaskohtaista kustannustasoa laskee huomattavasti suurempi väestöpohja. Kuvioista 5.1.1 nähdään, että kaikissa vertailuryhmissä sote-kustannusten kehitys on tasaantunut 2010-luvulla ja kääntynyt jopa laskuun vuonna 2014. Vuosina 2005-2016 kasvu on kuitenkin ollut keskimäärin suurinta kokonaisulkoistuskunnissa, noin 73 %, kun verrokkiryhmässä kasvu on ollut 58 % ja muissa kunnissa 51 %.

Myös terveystoiminnan kustannusten osalta vertailuryhmät noudattavat varsin yhtenevää kehitystä. Ulkoistuskuntien terveystoiminnan kasvu seuranta-ajanjaksolla on ollut 66 %, verrokkiryhmässä 58 % ja muissa kunnissa 57 %. Sosiaalitoiminnan kustannukset ovat lähteneet laskuun vuoden 2014 kaikissa vertailuryhmissä, mutta loivemmin ulkoistuskunnissa ja niiden verrokkikunnissa.

⁶ On huomattava, että tässä selvityksessä verrokkiryhmään kuuluu huomattavasti enemmän kuntia kuin koeryhmään, eli kyse ei ole tiukassa mielessä koe- ja vertailuryhmän eron määrittämisestä vaan trendikuvailusta.

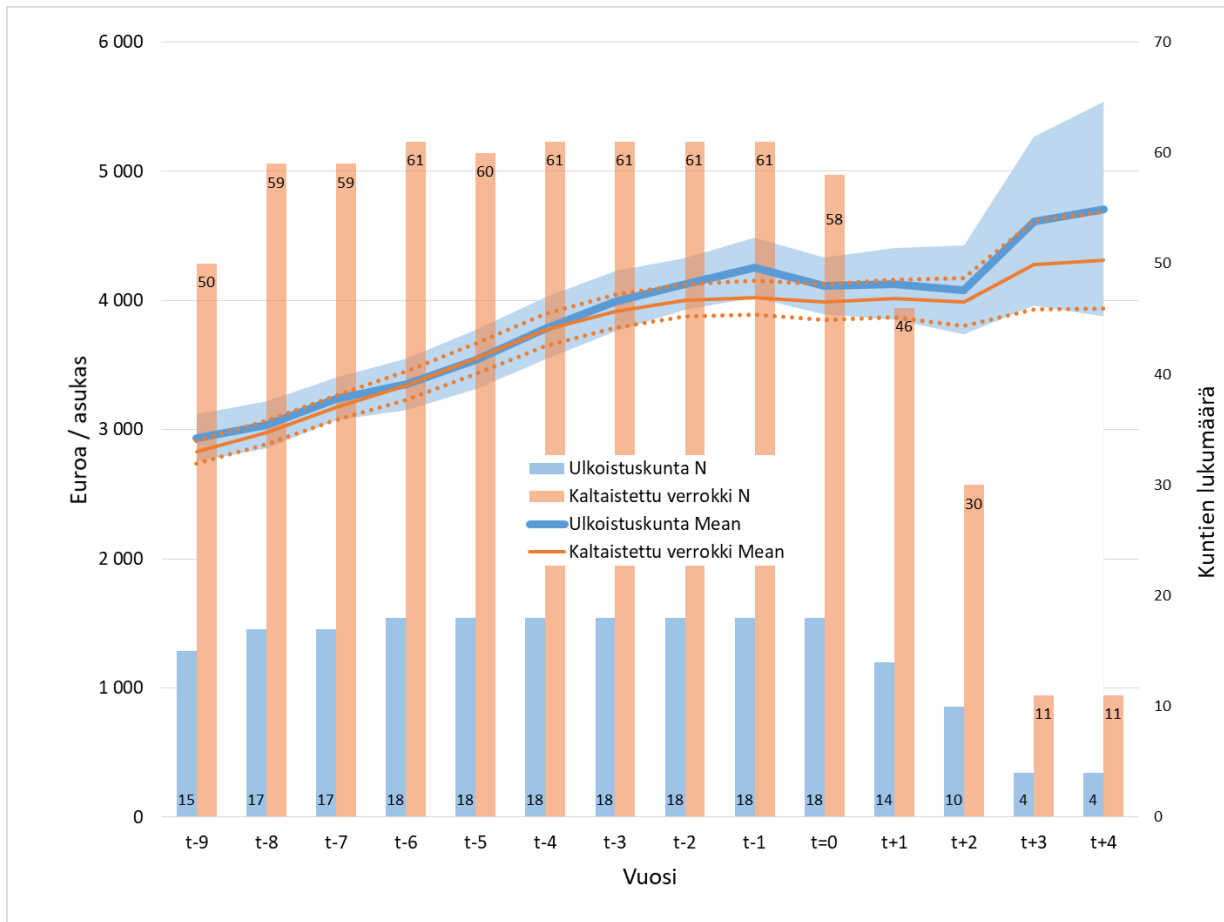


Kuvio 5.1.1 Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusten pääkategorioiden kehitys käyvin hinnoin⁷ 2005-2017 vertailuryhmissä.

Vuonna 2017 kustannuskehitys on säilynyt vakaana. Kokonaisulkoistuskuntien keskimääräistä korkeampi kustannustaso on kuronut hieman kiinni eroa vertailuryhmiin erityisesti terveystoiminnan osalta. Kuntakohtainen vaihtelu on kuitenkin melko huomattavaa.

Edellä ei ole otettu huomioon sote-palveluiden kokonaisulkoistuksen ajankohtaa. Seuraavissa kuvioissa ulkoistusvuosi on vakioitu ulkoistuskuntien ja niiden verrokkien osalta. Kuviossa 5.1.2 on kuvattu ulkoistus- ja verrokkikuntien sote-kustannusten keskimääräistä kehitystä. Ajankohdan t-1 (yksi vuosi ennen ulkoistusta) jälkeen ulkoistuskuntien kustannukset ovat lähteneet laskuun ja vuosi ulkoistuksen jälkeen (t+1) lähes saavuttaneet verrokkikuntien tason. Kaksi vuotta ulkoistuksen jälkeen (t+2) ero on pienimmillään. Kolmen vuoden kuluttua (t+3) ulkoistuskuntien kustannukset hyppäävät ylöspäin voimakkaammin kuin verrokkikuntien. Tämän jälkeen näyttää siltä, että kehitys jälleen tasaantuu. Kuitenkin kolmannelta vuodelta (t+3) alkaen ulkoistuskuntien osalta havaintojen luottamusväli laajenee, sillä tarkastelukuntien määrä vähenee merkittävästi, ja tuloksista on siksi vaikeampi tehdä johtopäätöksiä. Ulkoistus näyttää kuitenkin olleen ainakin kolmen vuoden aikavälillä yhteydessä sote-kustannussäästöihin.

⁷ Indikaattorit on laskettu kulloisillakin hinnoilla, sellaisina kuin ne on tilinpäätöksissä ja muissa lähteissä ilmoitettu. Toinen vaihtoehto olisi laskenta kiintein hinnoin eli suhteutettuna jonkin tietyn perusvuoden hintatasoon.



Kuvio 5.1.2. Sosiaali- ja terveystoiminnan kokonaiskustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusväli 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

Taulukossa 5.1.1. on esitetty ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien sosiaali- ja terveystoimintojen keskimääräiset nettokustannukset vuotta ennen ulkoistusta, ulkoistusvuonna ja kahtena vuonna sen jälkeen sekä ryhmittäinen erotus ja tuon erotuksen muutos ulkoistus- ja verrokkikuntien välillä. Vuotta ennen ulkoistusta (t-1) ulkoistuskuntien keskimääräiset sote-kustannukset olivat 235 euroa per asukas *korkeammat* kuin verrokkikunnissa. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 143 euroa ja verrokkikuntien kustannukset 32 euroa. Toisin sanoen ulkoistuskunnat saavuttivat sote-kustannussäästöjä ulkoistusvuonna keskimäärin noin 111 euroa *enemmän* kuin verrokki per asukas (142-32).

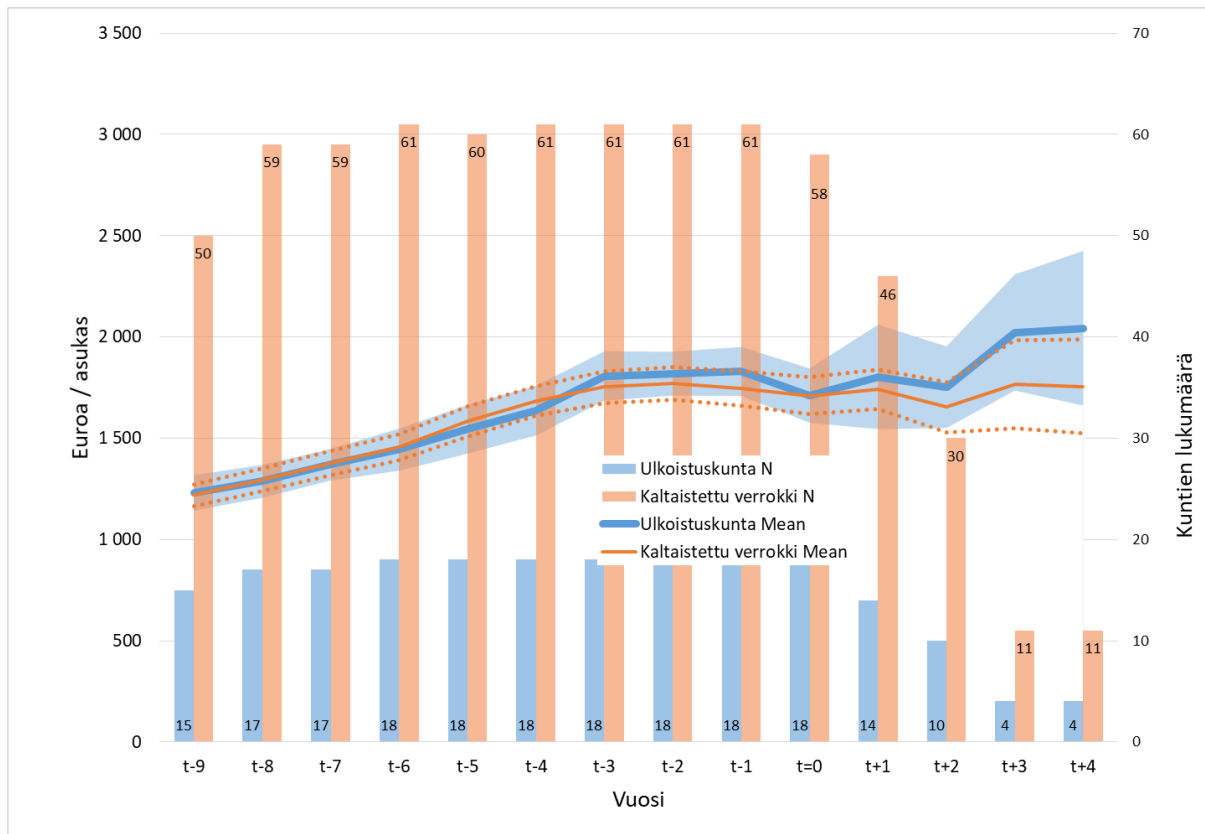
Taulukko 5.1.1. Ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien sote-keskikustannukset (euroa / asukas) ajankohdissa t-1, t=0, t+1, t+2 ja t+3. Kauttaviivan jälkeen (ja vuoden t+3 osalta) vuoden 2017 tilanteen mukaiset tiedot ja ennen kauttaviivaa vuoden 2016 laskelmat.

| | t-1 | t=0 | t+1 | t+2 | t+3 | Keskisarvo t=0, t+1, t+2, t+3 |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|----------------------------------|
| Ulkoistuskunnat | 4284/4255 | 4055/4112 | 4081/4129 | 4426/4083 | 4614 | 4211 |
| Verrokkikunnat | 4031/4020 | 3938/3988 | 4031/4015 | 4114/3989 | 4277 | 4028 |
| Erotus | +253/+235 | +117/+124 | +50/+114 | +312/+94 | +337 | +183 |
| Erotuksen muutos⁸ | | -136/-111 | -67/-10 | +262/-20 | | |

⁸ Erotuksen muutos tarkoittaa sitä, millä tavalla ulkoistus- ja verrokkikuntien välinen keskimääräinen kustannustaso on edelliseen vuoteen nähden muuttanut. Jos luku on positiivinen, on ulkoistuskuntien keskimääräinen kustannustaso noussut verrokkikuntien keskimääräiseen kustannustasoon nähden, ja jos taas negatiivinen, on ulkoistuskuntien keskimääräinen kustannustaso lähentynyt verrokkikuntien keskimääräiseen kustannustasoon nähden.

Toisena vuonna (t+1) ulkoistuskuntien keskikustannukset nousivat 17 euroa, kun taas verrokkikuntien 27 euroa per asukas, eli ulkoistuskunnat säästivät verrokkeihin nähden lisää noin 10 euroa per asukas (27-17). Yhteensä kahden vuoden aikana ulkoistuskunnat säästivät verrokkeihin nähden siis noin 121 (111+10) euroa per asukas, mikä oli selvästi vähemmän kuin vuoden 2016 tiedoilla tehdyt laskelmat osoittivat. Kolmantena vuonna (t+2) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 46 euroa per asukas, kun taas verrokkien kustannukset laskivat 26 euroa. Vuoden 2016 laskelmiin verrattuna vuoden 2017 laskelmat olivat ulkoistuskuntien kannalta tässä kohdassa myönteisempiä, eli **kolmen vuoden aikana säästö verrokkeihin nähden oli 141 euroa per asukas** (111+10+20). Neljän seurantavuoden aikana (t=0 – t+3) ulkoistuskuntien koko sote-kustannuksissa saavutettiin verrokkeihin nähden säästöä 52 euroa per asukas (235-183). Säästöistä huolimatta ulkoistuskuntien kustannustaso säilyi keskimäärin verrokkikuntia korkeampana.

Sosiaalitoiminnan kustannukset olivat kokonaisulkoistuskunnissa keskimäärin hieman verrokkiryhmää korkeammat ulkoistusta edeltävään vuoteen (t-1) asti. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat verrokkien tasolle noustakseen tämän jälkeen taas korkeammiksi. Ulkoistuskuntien arvojen hajonta suurenee ajankohdasta t+3 eteenpäin ja tulkinta on epävarma. Havainnot viittaavat kuitenkin siihen, että sosiaalipalvelujen yksityisellä tuottamisella on saatu lyhyen tähtäimen kustannussäästöjä aikaan, mutta ei välttämättä pidemmällä aikavälillä. (Kuvio 5.1.3). Toisaalta verrokkikunnissa näyttää onnistutun karsimaan sosiaalipalvelujen kustannuksia erityisen voimakkaasti.



Kuvio 5.1.3. Sosiaalitoiminnan kustannusten kehitys ulkoistus- ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusväli 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

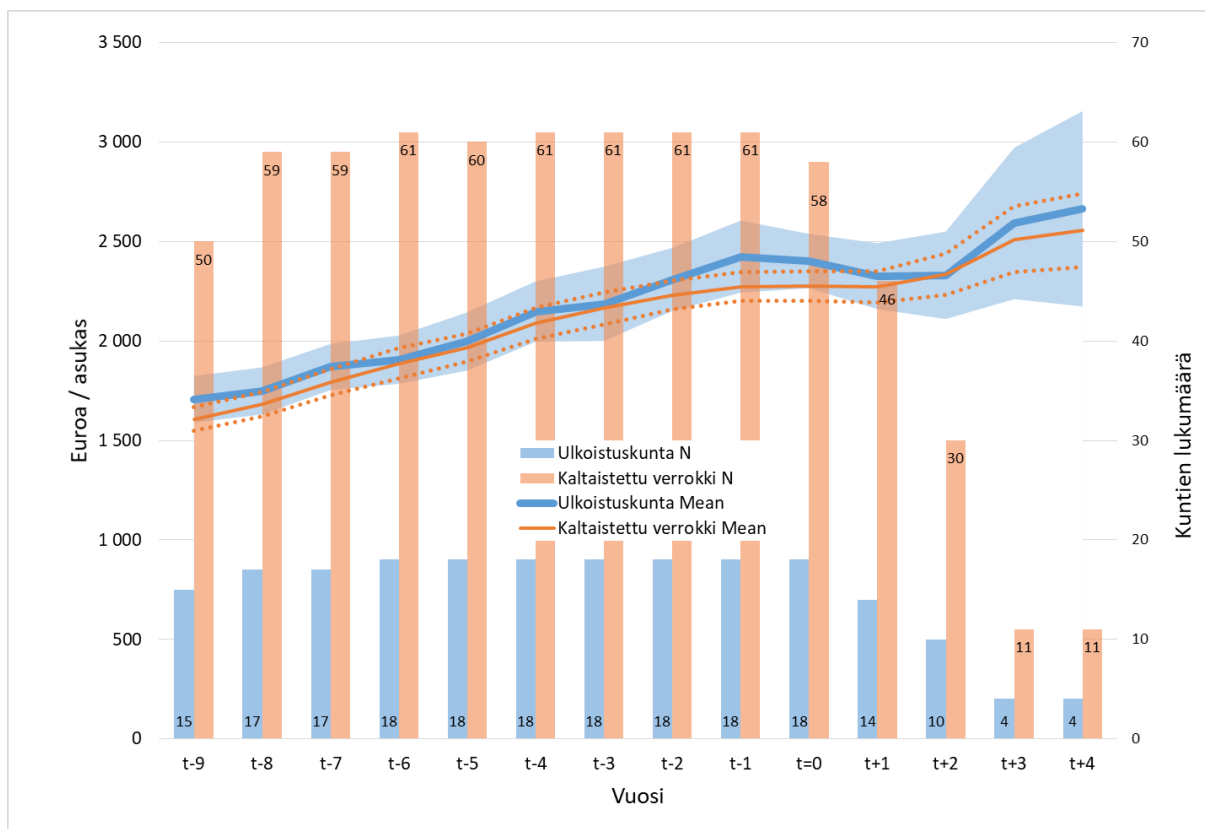
Taulukossa 5.1.2. on ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien keskimääräiset sosiaalipalvelujen nettokustannukset vuotta ennen ulkoistusta, ulkoistusvuonna ja sen jälkeen, ryhmittäinen erotus ja erotuksen muutos. Vuotta ennen ulkoistusta (t-1) ulkoistuskuntien keskimääräiset sosiaalipalvelujen kustannukset olivat 84 euroa per asukas *korkeammat* kuin verrokkikunnissa. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 119 euroa ja verrokkikuntien kustannukset 36 euroa. Toisin sanoen

ulkoistuskunnat saavuttivat sosiaalipalvelujen kustannussäästöjä ulkoistusvuonna keskimäärin noin 83 euroa *enemmän* kuin verrokkit per asukas (119-36). Toisena vuonna (t+1) ulkoistuskuntien kustannukset kasvoivat 60 euroa per asukas enemmän kuin verrokkien. Kolmantena vuonna (t+2) sekä ulkoistus- että verrokkikuntien sosiaalitoiminnan kustannukset laskivat huomattavasti – ulkoistuskuntien kuitenkin 38 euroa vähemmän. Kolmen seurantavuoden aikana **ulkoistuskuntien sosiaalitoiminnan kustannukset siis kasvoivat verrokkeihin nähden 15 euroa per asukas** (-83+60+38).

Taulukko 5.1.2. Ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien sosiaalipalvelujen keskikustannukset (euroa / asukas) ajankohdissa t-1, t=0, t+1, t+2 ja t+3. Kauttaviivan jälkeen (ja vuoden t+3 osalta) vuoden 2017 tilanteen mukaiset tiedot ja ennen kauttaviivaa vuoden 2016 laskelmat.

| | t-1 | t=0 | t+1 | t+2 | t+3 | Keskiarvo t=0, t+1, t+2, t+3 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|---------------------------------|
| Ulkoistuskunnat | 1854/1830 | 1722/1711 | 1776/1803 | 1920/1752 | 2023 | 1806/1822 |
| Verrokkikunnat | 1753/1746 | 1702/1710 | 1726/1742 | 1692/1653 | 1765 | 1706/1718 |
| Erotus | +101/+84 | +20/+1 | +50/+61 | +228/+99 | +258 | +100/+104 |
| Erotuksen muutos | | -81/-83 | +30/+60 | +178/+38 | | |

Kokonaisulkoistuskuntien terveyspalvelujen kustannukset laskivat lähelle verrokkien tasoa ulkoistusvuonna t=0 jatkaen tämän jälkeen laskuaan jopa verrokkien tason alapuolelle ajankohdassa t+2. Kuten edellä todettiin, ajankohdasta t+3 alkaen tulosten tulkinta muuttuu epävarmemmaksi kuntien määrän pienentyessä aineistossa. Voidaan kuitenkin todeta, että terveystoiminnan kustannusten nousun taittuminen ajankohdassa t-1 on ollut kunnille huomattava muutos ja melko todennäköisesti seurausta kokonaisulkoistuksesta. (Kuvio 5.1.4.)



Kuvio 5.1.4. Terveystoiminnan kustannusten kehitys ulkoistus- ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusväli 95 %. Luottamusväli 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

Taulukossa 5.1.3. on ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien keskimääräiset nettokustannukset vuotta ennen ulkoistusta, ulkoistusvuonna ja sen jälkeen, ryhmittäinen erotus ja tuon erotuksen muutos ulkoistus- ja verrokkikuntien välillä. Vuotta ennen ulkoistusta (t-1) ulkoistuskuntien keskimääräiset terveyspalvelujen kustannukset olivat 151 euroa per asukas *korkeammat* kuin verrokkikunnissa. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 23 euroa ja verrokkikuntien kasvoivat 4 euroa. Toisin sanoen ulkoistuskunnat saavuttivat terveyspalvelujen kustannussäästöjä ulkoistusvuonna keskimäärin noin 27 euroa *enemmän* kuin verrokkit per asukas (23+4).

Toisena vuonna (t+1) ulkoistuskuntien keskikustannukset laskivat vielä 76 euroa, kun taas verrokkikuntien vain 5 euroa per asukas. Siten ulkoistuskunnat saavuttivat niihin nähden noin 71 euroa säästöä per asukas (76-5). Kolmantena vuonna (t+3) ulkoistuskuntien kustannukset nousivat 4 euroa per asukas, verrokkien puolestaan 62 euroa (58). **Yhteensä kolmen vuoden aikana ulkoistuskunnat säästivät verrokkeihin nähden siis noin 136 (7+71+58) euroa per asukas.**

Taulukko 5.1.3. Ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien terveyspalvelujen keskikustannukset (euroa / asukas) ajankohdissa t-1, t=0, t+1, t+2 ja t+3. Kauttaviivan jälkeen (ja vuoden t+3 osalta) vuoden 2017 tilanteen mukaiset tiedot ja ennen kauttaviivaa vuoden 2016 laskelmat.

| | t-1 | t=0 | t+1 | t+2 | t+3 | Keskiarvo t=0, t+1, t+2, t+3 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|---------------------------------|
| Ulkoistuskunnat | 2431/2425 | 2333/2402 | 2305/2326 | 2506/2330 | 2591 | 2381 / 2412 |
| Verrokkikunnat | 2278/2274 | 2236/2278 | 2305/2273 | 2422/2335 | 2511 | 2321 / 2349 |
| Erotus | +153/+151 | +97/+124 | +0/+53 | +84/-5 | +80 | +60 /+63 |
| Erotuksen muutos | | -56/-27 | -97/-71 | +84/-58 | | |

Sekä sosiaali- että terveyspalvelujen ulkoistuskuntien keskiarvoon vaikuttavat hieman poikkeavasti Puolangan keskiarvoa korkeammat luvut, jotka tulevat laskentaan mukaan vasta ulkoistusvuodesta eteenpäin aiempien tilastojen puuttumisen vuoksi.

5.2 Matalan ja korkean kustannustason ulkoistuskunnat

Valtaosa varhaisemman aallon (2011–2015) kokonaisulkoistuskunnista oli nimenomaan korkean erikoissairaanhoidon kustannustason kuntia. ESH-kustannukset ovat kääntyneet laskuun ulkoistuksen yhteydessä ja jääneet matalammalle tasolle ulkoistuksen myötä sekä korkeamman että matalamman ESH-kustannustason ulkoistuskunnissa. Syynä voi olla tehostunut perusterveydenhuolto tai vaihtoehtoisesti hoitoon pääsyn heikentyminen. Korkeamman kustannustason kuntien perusterveydenhuollon kustannuskehityksessä ei näy yhtä selkeää kustannusten vähenemistä, mikä toisaalta voisi tukea tehostuneen perusterveydenhuollon tulkintaa. Kotihoidon kustannukset ovat ylipäättään nousseet kunnissa vauhdikkaasti. Niin sanottujen matalamman kotihoidon kustannustason kuntien osalta kokonaisulkoistus näyttää olleen selvässä yhteydessä kustannusten laskuun. Ns. korkeamman kustannustason kunnissa vastaava muutos tapahtui jo ennen ulkoistusta, mutta niiden kustannukset nousivat ulkoistuksen jälkeen. Kun huomioidaan väestön ikääntyminen, ei ulkoistuksen yhteyttä juurikaan havaita, mutta jyrkkenevä kustannusten kasvu on lisännyt todennäköisesti ulkoistukseen päätyneiden kuntien taloudellista painetta. Kokonaisulkoistus näyttää lähinnä vauhdittaneen laitoshoidon kustannusten alasajoa, joka korkean laitoshoidon kustannustason kunnissa oli alkanut jo paria vuotta aiemmin. Yleistäminen tuloksista on vaikeaa, sillä niiden virhemarginaali on suuri. Trendit vaihtelevat merkittävästi kunnittain, ja erityisesti t+3 ja t+4 -vuosien osalta sattumalla voi olla vaikutusta vuosittaisiin kustannuksiin.

Tässä luvussa käsitellään tarkemmin kokonaisulkoistuskuntien soite-kustannusten kehitystä kahdessa ryhmässä sen mukaan, kuuluvatko ne korkeamman vai matalamman kustannustason ryhmään kulloisenkin indikaattorin (PTH, ESH, kotihoito, laitoshoido) mukaan. Ryhmittely on tehty pääasiassa aikasarjan alkupisteen eli vuoden 2005 tietojen perusteella, mikä kotihoidon kohdalla ei ota huomioon kustannuksissa vuoden 2005 jälkeen tapahtuneita melko suuria muutoksia.

5.2.1 Perusterveydenhuolto

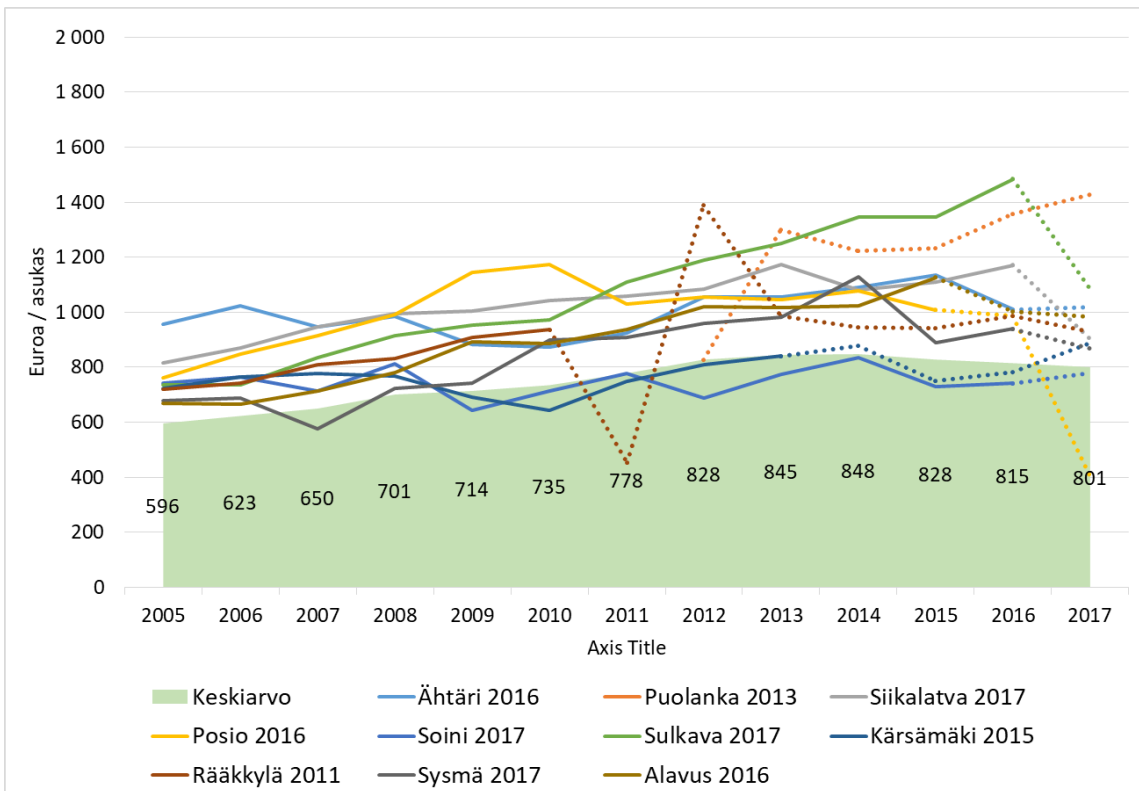
Kymmenen korkeamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen perusterveydenhuollon (PTH) vuosikustannus nousi 11 vuodessa lähes 40 prosenttia vuosien 2005 ja 2016 välillä. Kustannukset kasvoivat voimakkaimmin Puolangalla (ulkoistus 2013), Sulkavalla (2017) ja Siikalatvassa (2017) ja vähiten Soinissa (2017) ja Ähtärissä (2016). Puolangan PTH-kustannukset nousivat yli 60 % viiden seurantavuoden aikana ja Sulkavan kaksinkertaistuivat. Kustannusten keskihajonta kasvoi merkittävästi (87 € vuonna 2005, 233 € vuonna 2016). (Kuvio 5.2.1.1.)

Yhdeksän matalamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen vuosikustannus nousi 10 vuodessa lähes 50 prosenttia. Kustannukset olivat tässä ryhmässä kasvaneet huomattavasti kaikissa kunnissa, voimakkaimmin Kihniössä (2015), Parkanossa (2015) ja Juupajoella (2018). Kihniössä kustannukset ovat 2,5-kertaistuneet ja Parkanossa lähes kaksinkertaistuneet. Matalamman kustannustason ulkoistuskuntien kustannusten keskihajonta on myös kasvanut voimakkaasti tarkasteluajanjaksolla (90 € vuonna 2005, 299 € vuonna 2016). (Kuvio 5.2.1.2.)

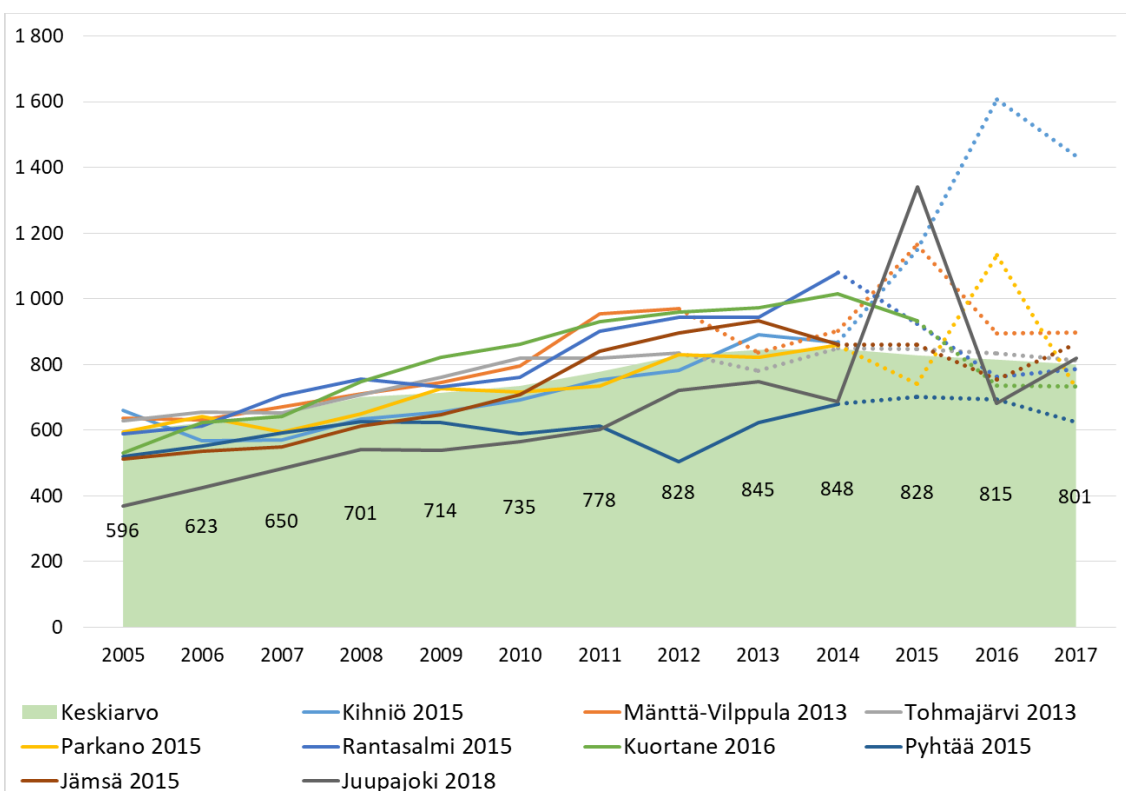
PTH-kustannukset vaihtelivat ulkoistuskunnissa voimakkaasti vuosittain. Yksityisen soite-palvelutuotannon alkamisen jälkeen vaihtelu säilyi karkeasti samalla tasolla. Parkano-Kihniön yhteistoiminta-alueella tapahtui tilastovirhe vuonna 2016, jonka johdosta sosiaalipalvelujen (laitoshoido) kustannukset siirtyivät perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon puolelle. Kokonaiskustannuksissa ei kuitenkaan tapahtunut voimakasta muutosta suuntaan eikä toiseen.

Vuonna 2017 kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien PTH-kustannukset jatkoivat laskuaan. Myös ulkoistuskuntien kustannukset useimmiten laskivat ja esimerkiksi kaikkein korkeimman kustannustason Sulkavan kustannukset putosivat merkittävästi kokonaisulkoistuksen tultua voimaan (2017). Sen sijaan Puolangan PTH-kustannukset jatkavat nousuaan ulkoistuksesta huolimatta. Posion PTH-

kustannukset lähes puolittuivat vuonna 2017 eli ensimmäisenä ulkoistuksen jälkeisenä vuonna, mutta kuten jäljempänä havaitaan, Posion ESH-kustannukset puolestaan nousivat.



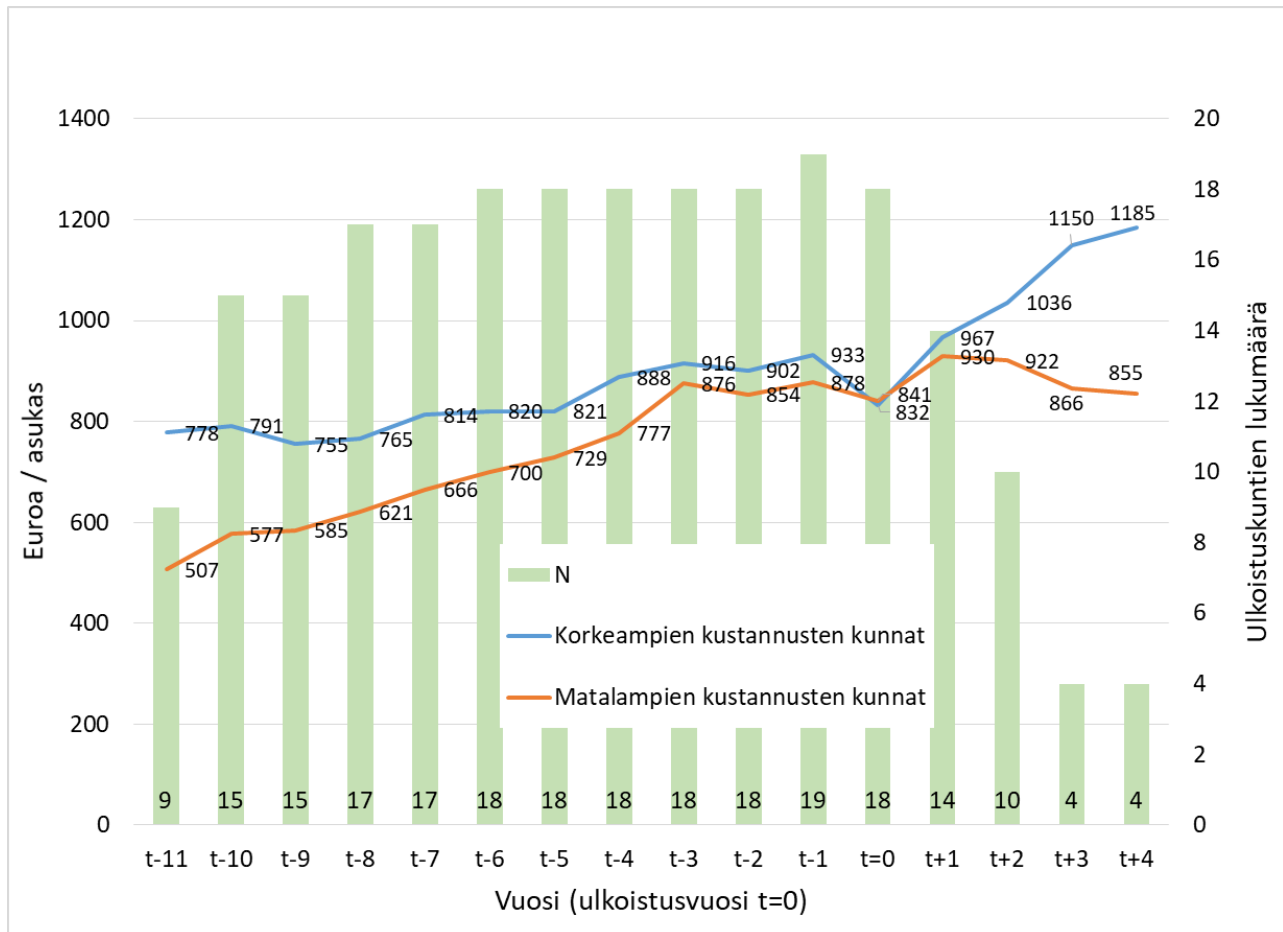
Kuvio 5.2.1.1. Korkeampien PTH-kustannusten ulkoistuskuntien kehitys 2005-2017. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteiviiva ulkoistusvuodesta eteenpäin.



Kuvio 5.2.1.2. Matalampien PTH-kustannusten ulkoistuskuntien PTH-kehitys 2005-2017. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteiviiva ulkoistusvuodesta eteenpäin.

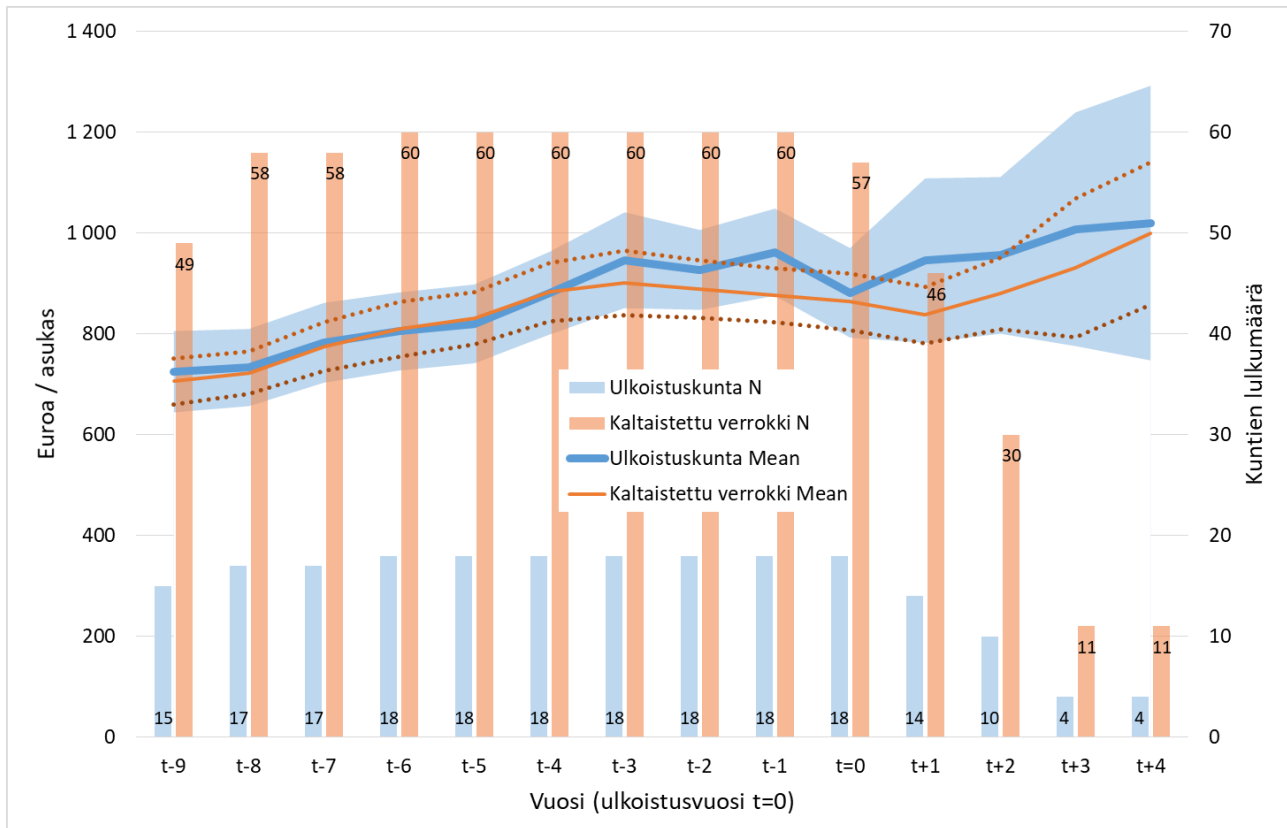
Vuonna 2017 matalampien PTH-kustannuskuntien kehitys jatkui vaihtelevana ulkoistussopimuksesta huolimatta. Toisaalta varianssi hieman pieni kuntien välillä. Juupajoen osalta tiedot koskevat edelleen aikaa ennen ulkoistusta (2018). Sekä Kihniön että Parkanon korkealle noussut kustannustaso kääntyivät laskuun ja Mänttä-Vilppulan säilyi vuoden 2016 tasolla.

Edellinen tarkastelu on tehty kalenterivuositain. Seuraavassa kuviossa (5.2.1.3) on havainnollisuuden vuoksi vakioitu kokonaisulkoistusvuosi $t=0$ ja laskettu ulkoistuskuntien keskimääräinen PTH-kustannus ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden. Tulosten perusteella ulkoistusvuonna ($t=0$) PTH-kustannukset laskivat keskimäärin 8,5 % edeltävään vuoteen nähden. Seuraavina parina vuonna kustannukset nousivat jälleen voimakkaammin. Näyttää lisäksi siltä, että jo 3–4 vuotta ennen ulkoistusvuotta PTH-kustannusten kasvu on ollut sangen maltillista ulkoistukseen päätyneissä kunnissa.



Kuvio 5.2.1.3. Alun perin matalamman ja korkeamman PTH-kustannustason ulkoistuskuntien kehitys ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden ($t=0$). Korjattu edellisessä raportissa esitettyä korkeamman kustannustason trendiä aikaväliltä $t-11 - t=0$.

Kokonaisuutena ulkoistuksen yhteyttä kustannuksiin on tämän aikasarjan puitteissa vaikea tulkita ilman vertailuryhmää. Kuviossa 5.2.1.4. on vakioitu ulkoistuskuntien lisäksi myös kunkin ulkoistuskunnan verrokkien kustannukset ulkoistusajankohdan mukaan ja tehty vastaava ryhmävertailu kuin edellä. Siitä nähdään, että ylipäätään PTH-kustannuskehitys oli ollut varsin maltillista ja jopa negatiivista kunnissa. Verrokkikuntien keskimääräinen PTH-kustannuskehitys oli viimeisinä vuosina ennen kokonaisulkoistusta selvästi myönteisempää kuin ulkoistuskunnissa – jopa vähenevää. Ulkoistusvuonna ($t=0$) ulkoistuskunnat saavuttivat verrokkien kustannustason. Vuosi ulkoistuksen jälkeen ($t+1$) ero kasvoi jälleen. Toisena ($t+2$) ja kolmantena vuonna ($t+3$) ulkoistuksen jälkeen ulkoistuskuntien kustannukset säilyivät karkeasti entisellä tasollaan samalla kun verrokkikuntien kustannukset nousivat hieman.



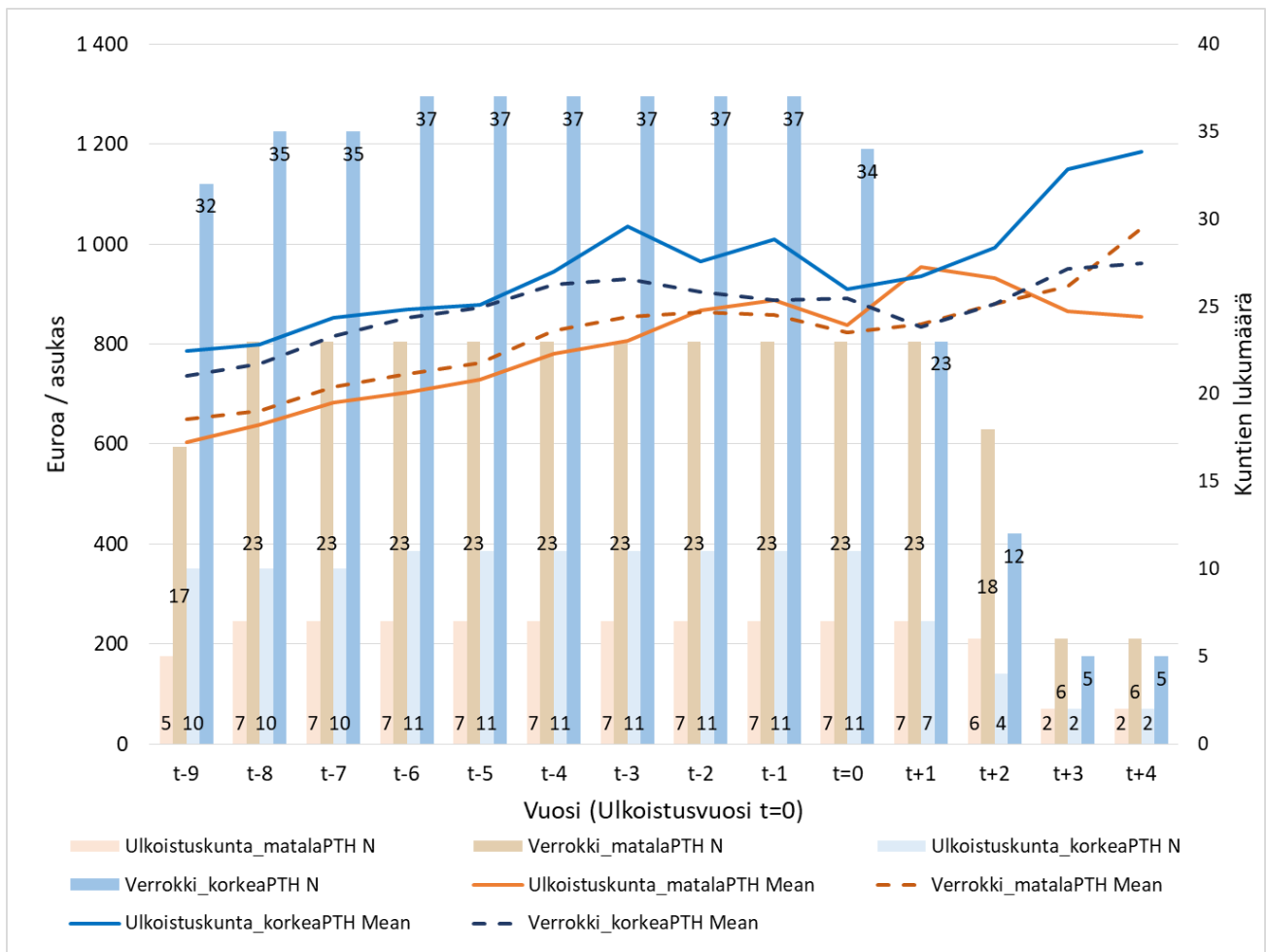
Kuvio 5.2.1.4. PTH-kustannusten keskimääräinen kehitys ulkoistus- ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusväli 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

Taulukossa 5.2.1. on esitetty ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien keskimääräiset nettokustannukset vuotta ennen ulkoistusta, ulkoistusvuonna ja kahtena vuonna sen jälkeen, ryhmittäinen erotus ja tuon erotuksen muutos. Vuotta ennen ulkoistusta (t-1) ulkoistuskuntien PTH-keskikustannukset olivat 86 euroa korkeammat per asukas kuin verrokkikuntien. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 81 euroa ja verrokkien 12 euroa, eli ulkoistuskunnat saavuttivat PTH-kustannussäästöjä verrokkeihin nähden noin 69 euroa per asukas (81-12). Toisen vuoden (t+1) osalta ulkoistuskuntien kustannuskehitys oli verrokkeja jyrkemmin nousevaa (kallistui 91 euroa enemmän). Kolmantena vuonna (t+2) ulkoistuskuntien kustannuskehitys saavutti jälleen verrokkikuntien tasoa 32 eurolla per asukas eli hieman enemmän kuin vuoden 2016 laskelmat kertoivat. **Ulkoistuskunnat saavuttivat verrokkikuntien kustannustasoa keskimäärin 10 euroa per asukas (69-91+32) kolmen vuoden seuranta-aikana (t=0 – t+3).**

Taulukko 5.2.1. Ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien PTH-keskikustannukset (euroa / asukas) ajankohdissa t-1, t=0, t+1, t+2 ja t+3. Kauttaviivan jälkeen (ja vuoden t+3 osalta) vuoden 2017 tilanteen mukaiset tiedot ja ennen kauttaviivaa vuoden 2016 laskelmat.

| | t-1 | t=0 | t+1 | t+2 | t+3 | Keskiarvo t=0, t+1, t+2, t+3 |
|-------------------------|---------|---------|-----------|----------|------|---------------------------------|
| Ulkoistuskunnat | 971/962 | 874/881 | 1010/946 | 1058/956 | 1008 | 981/948 |
| Verrokkikunnat | 883/876 | 831/864 | 870/838 | 937/880 | 931 | 879/878 |
| Erotus | +88/+86 | +43/+17 | +140/+108 | +121/+76 | +77 | +102/+70 |
| Erotuksen muutos | | -45/-69 | +97/+91 | -19/-32 | +1 | |

Seuraavassa kuviossa (5.2.1.5) on verrattu kahta ulkoistuskuntien ryhmää niiden verrokkiryhmiin. Ulkoistusvuonna (t=0) molempien ulkoistuskuntaryhmien PTH-kustannukset laskivat verrokkeihin nähden ja seuraavina kahtena vuonna (t+1, t+2) nousivat.

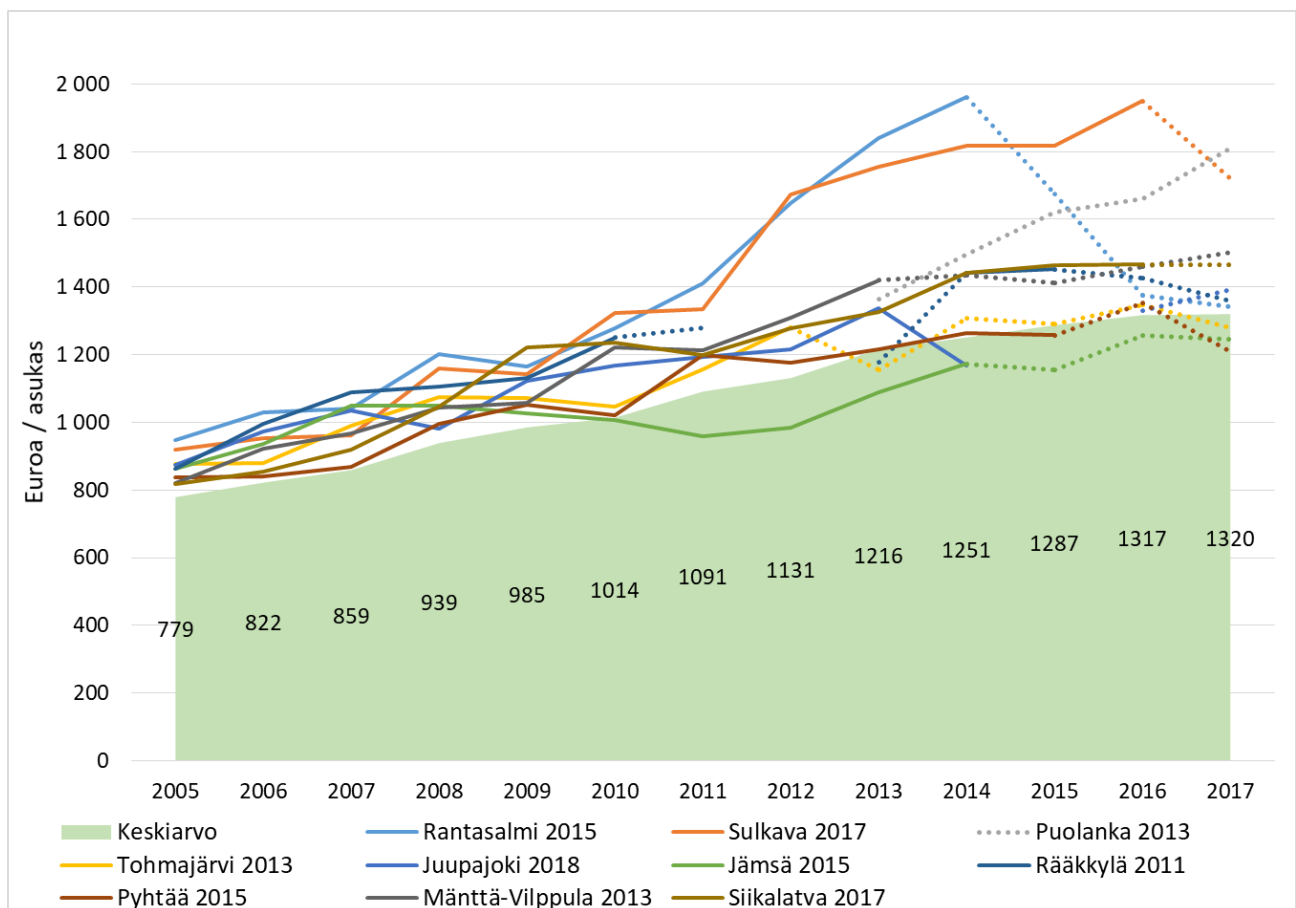


Kuvio 5.2.1.5. Perusterveydenhuollon kustannusten kehitys vertailuryhmittäin ennen ja jälkeen ulkoistuksen (t=0).

5.2.2 Erikoissairaanhoido

Tässä luvussa tarkastellaan kokonaisulkoistuskuntien erikoissairaanhoidon (ESH) kustannusten kehitystä. Havainnollisuuden vuoksi ulkoistuskunnat on jaettu tarkastelussa kahteen ryhmään ESH-kustannustason perusteella aikasarjan alussa eli pääasiassa vuoden 2005 tietojen perusteella.

Kymmenen korkeamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen ESH-vuosikustannus nousi 11 vuodessa lähes 70 prosenttia. Kustannukset kasvoivat voimakkaimmin Sulkavalla (ulkoistus 2017) ja Siikalatvassa (2017) ja vähiten Rantasalmella (2015) ja Jämsässä (2015). Sulkavan ESH-kustannukset kasvoivat yli kaksinkertaisiksi 11 seurantavuoden aikana ja Siikalatvan ja Mänttä-Vilppulan lähes 80 prosenttia. Kustannusten keskihajonta suurentui merkittävästi (43 € vuonna 2005, 203 € vuonna 2016). Joidenkin kuntien osalta hyvin poikkeavat luvut on tilastovirheen vuoksi poistettu keskiarvotarkastelusta. (Kuvio 5.2.2.1.)

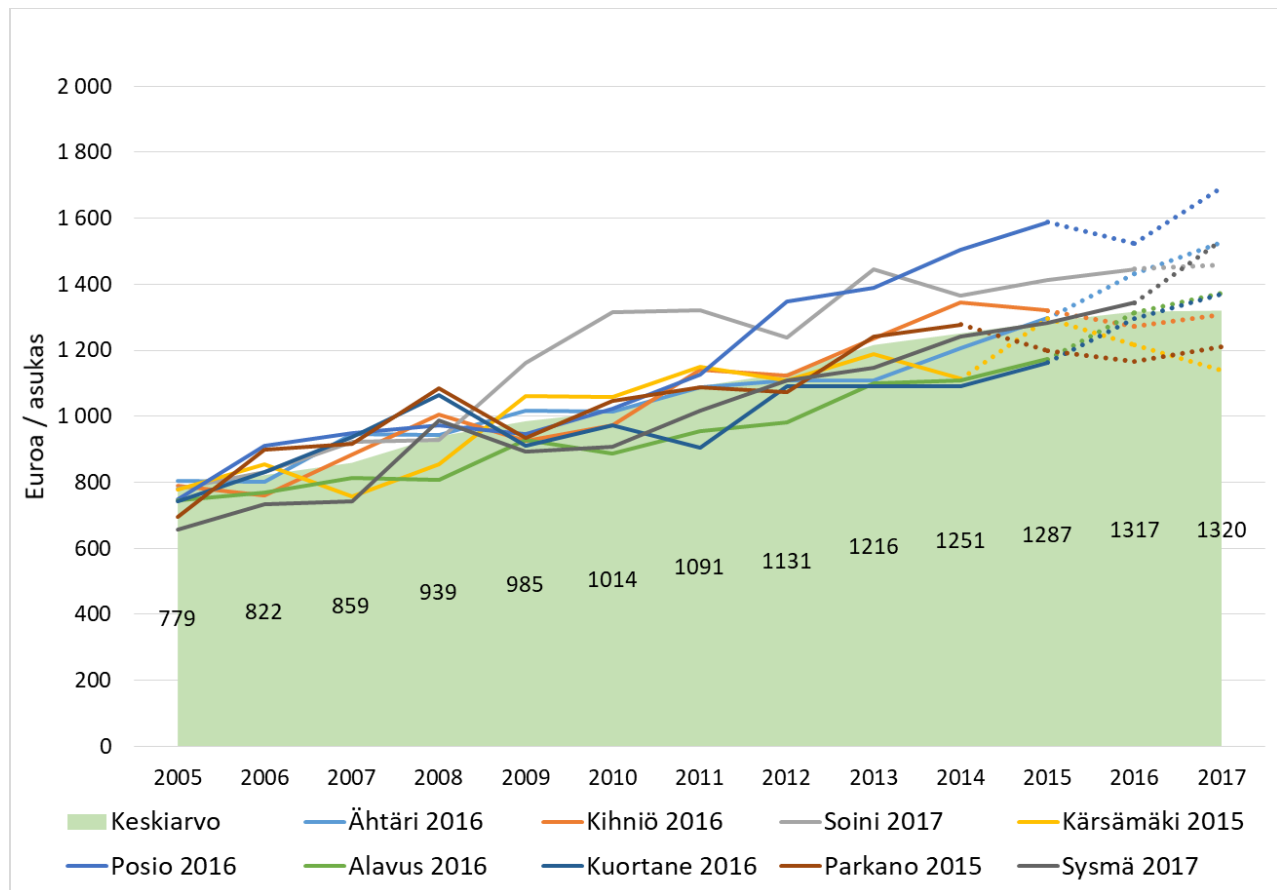


Kuvio 5.2.2.1. Korkeampien ESH-kustannuskuntien kehitys 2005-2017. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteviiva ulkoistusvuodesta eteenpäin. (Rääkkylän 2012 luku on tilastovirhe ja poistettu laskelmasta, samoin Juupajoen 2015 poikkeuksellisen matala arvo.)

Vuonna 2017 korkeat ESH-kustannukset laskivat useissa kokonaisulkoistuskunnissa. Puolangan kustannusten nousu erottuu muita voimakkaampana kasvuna. Sulkavan kustannukset kääntyivät ulkoistusvuonna (2017) laskuun korkealta lähtötasolta.

Siinä missä korkeamman PTH-kustannustason ulkoistuskunnissa kuntien väliset erot lisääntyivät melko tasaisesti koko seuranta-aikana, eriytyivät erikoissairaanhoidon kustannukset rajusti nimenomaan 2010-luvulla. Matalamman kustannustason ulkoistuskunnissa ei tällaista ilmiötä havaittu (ks. seuraava kuvio). Tämä viittaa siihen, että nimenomaan ESH-kustannusten 'karkaaminen' on ollut joidenkin kuntien kohdalla kokonaisulkoistuksen keskeinen syy, mutta ei yhtä lailla kaikissa tapauksissa.

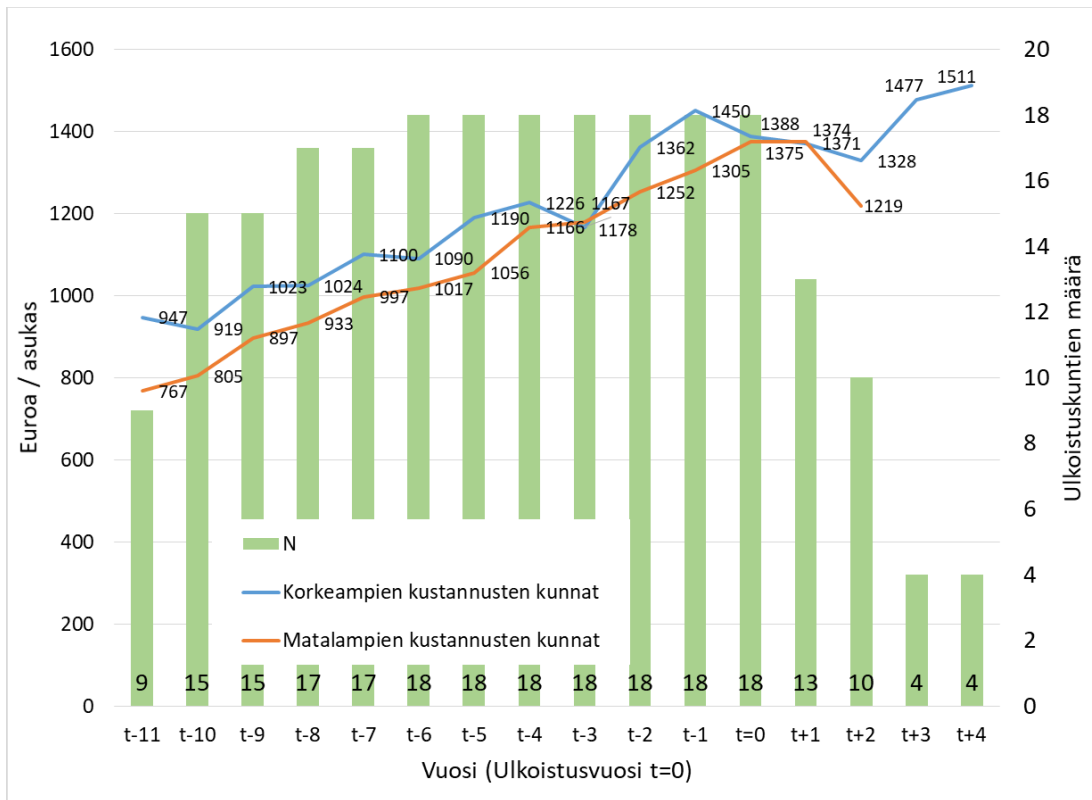
Yhdeksän matalamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen vuosikustannus nousi 11 vuodessa lähes 80 prosenttia. Kustannukset nousivat tässä ryhmässä voimakkaimmin Sysmässä (2017), Posiolla (2016) ja Soinissa (2017). Sysmässä ja Posiolla ESH-kustannukset kaksinkertaistuivat ja Soinissa kasvoivat 85 prosenttia. Kuten kuviosta 5.2.2.2. silmämääräisestikin havaitaan, näiden kuntien ESH-kustannusten keskihajonta kasvoi tarkasteluajanjaksolla huomattavasti vähemmän kuin korkeamman kustannustason ulkoistuskunnissa (47 € vuonna 2005, 115 € vuonna 2016).



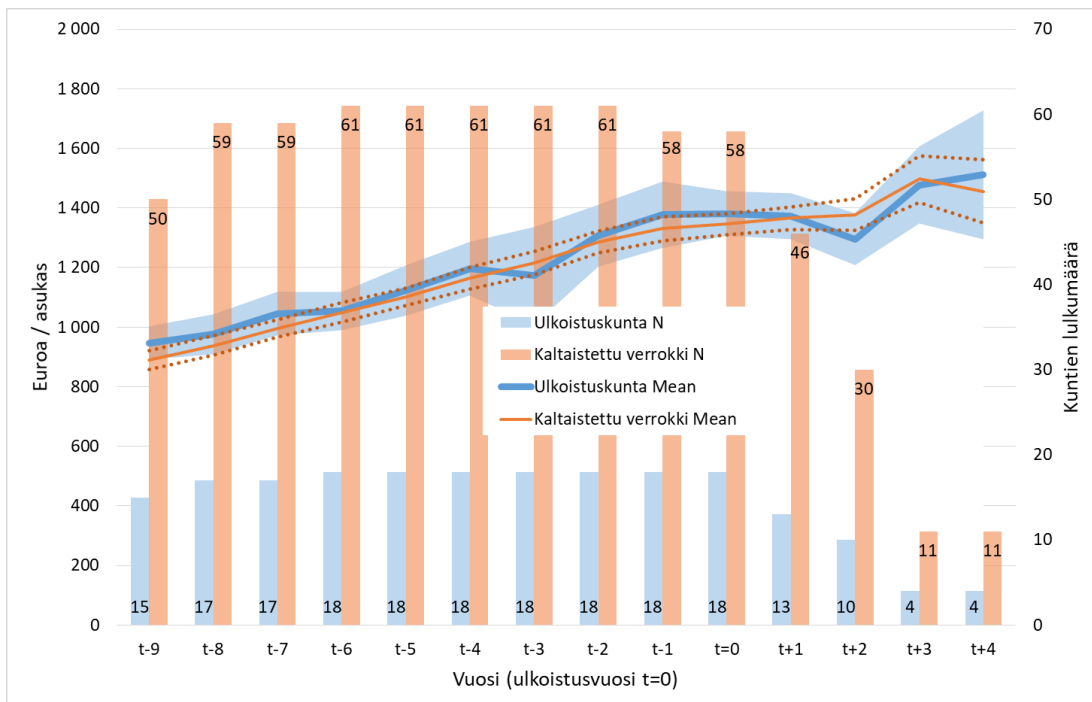
Kuvio 5.2.2.2. Matalampien ESH-kustannuskuntien kehitys 2005-2017. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisien ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteviiva ulkoistusvuodesta eteenpäin.

Vuonna 2017 matalampien ESH-kustannusten ulkoistuskuntien kustannuskehitys nousi voimakkaammin kuin keskimäärin maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Kustannukset kasvoivat voimakkaasti myös jo ennestään korkean kustannustason Posiolla, jossa PTH-kustannuksissa oli tapahtunut selvää pudotusta 2017.

Edellä ei ole otettu huomioon ulkoistusajankohtaa, vaan tarkastelu on tehty kalenterivuositain. Seuraavassa kuviossa 5.2.2.3. on vakioitu kokonaisulkoistusvuosi t=0 ja laskettu ulkoistuskuntien keskimääräinen ESH-kustannus ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden. Tulosten perusteella ulkoistusvuonna (t=0) ESH-kustannukset laskivat keskimäärin 3,0 % edeltävään vuoteen nähden (PTH 8,5 %). Seuraavana vuonna (t+1) kustannukset olivat edelleen noin 4 % matalammalla tasolla. Vasta neljäntenä seurantavuonna (t+2) ESH-kustannukset nousivat ulkoistusta edeltävän vuoden tasosta. Kuviosta nähdään havainnollisesti myös, että matalamman ESH-kustannustason kunnista ei ole vielä kertynyt vuotta pidempää seurantatietoa.



Kuvio 5.2.2.3. Alun perin korkeamman ja matalamman ESH-kustannustason ulkoistuskuntien kehitys ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0).



Kuvio 5.2.2.4. ESH-kustannusten keskimääräinen kehitys ulkoistus- ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistuksen (t=0). Luottamusväli 95 % merkitty sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

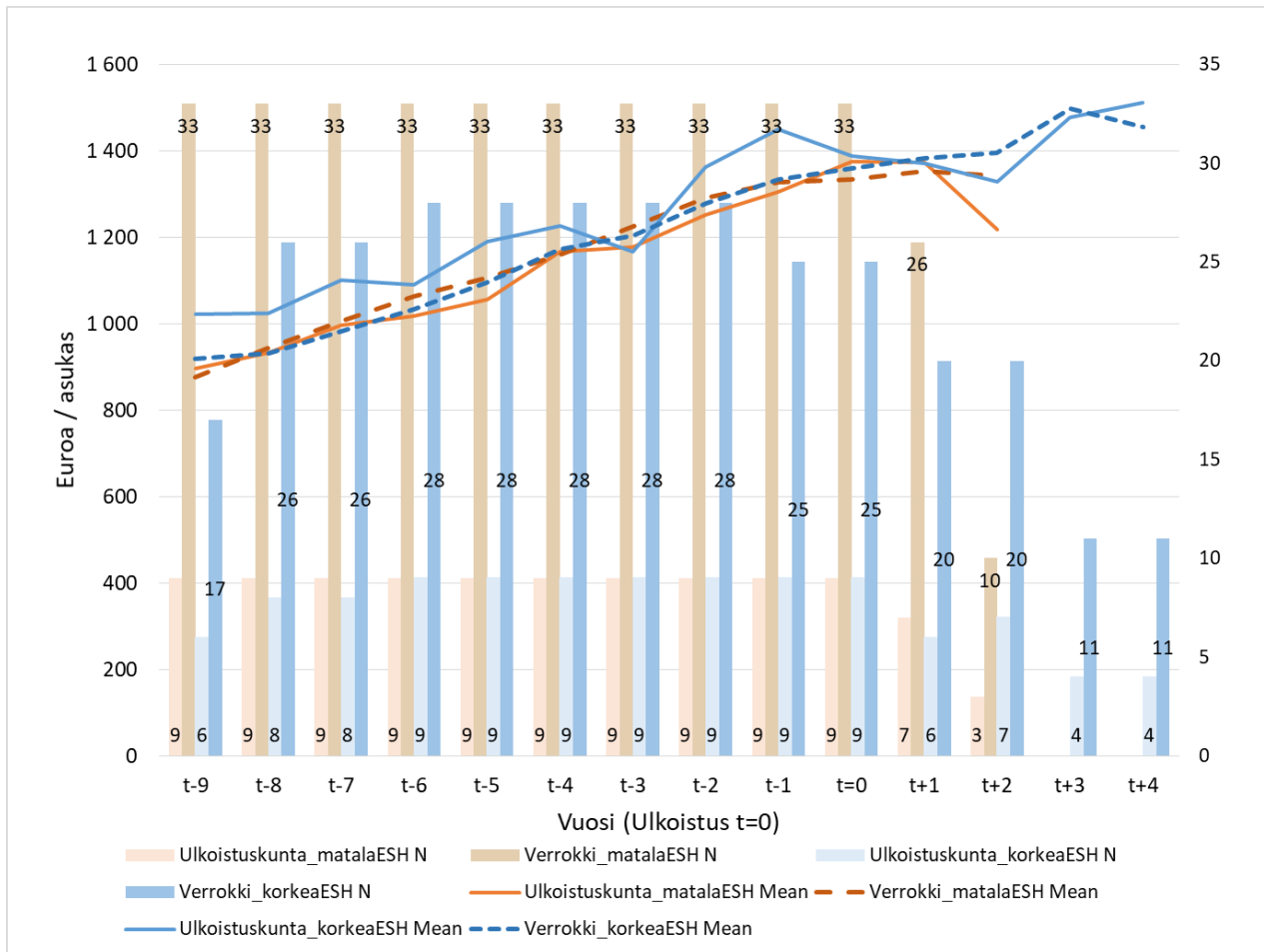
Kuten aiemminkin todettiin, ulkoistuksen yhteyttä kustannusten muutoksiin on tämän aikasarjan puitteissa vaikea tulkita ilman vertailuryhmää. Kuviossa 5.2.2.4. on tämän vuoksi vakioitu ulkoistus- ja verrokkikuntien kustannukset ulkoistusajankohdan mukaa. Ryhmävertailusta nähdään, että ulkoistuskuntien keskimääräinen kustannustaso taittui alle verrokkien tason mutta selvää eroa ryhmien välille ei muodostu.

Taulukossa 5.2.2. ovat ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien keskimääräiset nettokustannukset vuotta ennen ulkoistusta, ulkoistusvuonna ja sen jälkeen, ryhmittäinen erotus ja tuon erotuksen muutos. Vuotta ennen ulkoistusta (t-1) ulkoistuskuntien ESH-keskikustannukset olivat 46 euroa korkeammat per asukas kuin verrokkikuntien. Ulkoistusvuonna (t=0) ulkoistuskuntien kustannukset nousivat 5 euroa ja verrokkien 15 euroa, eli ulkoistuskunnat saavuttivat PTH-kustannussäästöjä verrokkeihin nähden ulkoistusvuonna keskimäärin noin 10 euroa per asukas (15-5). Seuraavana vuonna (t+1) ulkoistuskuntien ESH-kustannukset laskivat edelleen 9 euroa samalla kun verrokkien nousivat 13 euroa (22). Kolmantena vuonna ulkoistuskuntien kustannukset laskivat 77 euroa ja verrokkien nousivat 13 euroa (90). ESH-kustannuksissa ulkoistuskunnat siis saavuttivat ja alittivat verrokkikuntien tason toisena vuonna ulkoistuksen jälkeen. **Yhteensä kolmen vuoden aikana ulkoistuskunnat säästivät noin 129 euroa (10+29+90) per asukas ESH-kustannuksissa** verrokkeihin nähden.

Taulukko 5.2.2. Ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien ESH-keskikustannukset (euroa / asukas) ajankohdissa t-1, t=0, t+1, t+2 ja t+3. Kauttaviivan jälkeen (ja vuoden t+3 osalta) vuoden 2017 tilanteen mukaiset tiedot ja ennen kauttaviivaa vuoden 2016 laskelmat.

| | t-1 | t=0 | t+1 | t+2 | t+3 | Keskiarvo t=0, t+1, t+2, t+3 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|---------------------------------|
| Ulkoistuskunnat | 1376/1376 | 1335/1381 | 1320/1372 | 1376/1295 | 1477 | 1343 |
| Verrokkikunnat | 1330/1330 | 1335/1345 | 1370/1365 | 1407/1378 | 1497 | 1370 |
| Erotus | +46/+46 | +0/+36 | -50/+7 | -31/-83 | -20 | -27 |
| Erotuksen muutos | | -46/-10 | -50/-29 | +19/-90 | | |

Seuraavassa kuviossa (5.2.2.5) on verrattu kahta edelläkin käytettyä ulkoistuskuntien ryhmää niiden verrokkikuntaryhmiin. Siitä nähdään, että melko tasaisesti aiemmin nousseet ESH-kustannukset ovat kääntyneet laskuun ulkoistuksen yhteydessä ja jääneet lievästi verrokkeja matalammalle tasolle sekä korkeamman että matalamman ESH-kustannustason ulkoistuskunnissa. Mitään selvää eroa ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä ei kuitenkaan voida havaita.

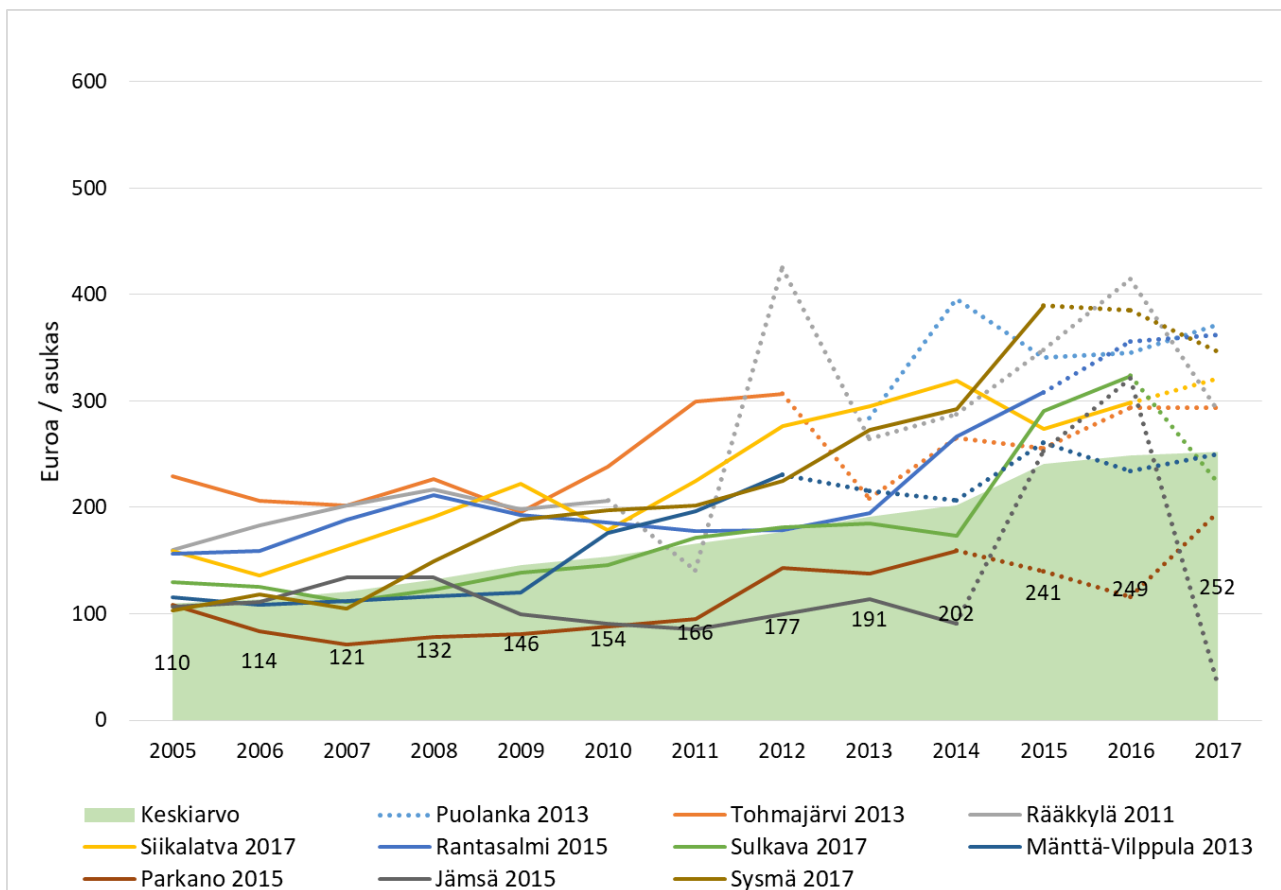


Kuvio 5.2.2.5. ESH-kustannusten kehitys vertailuryhmittäin ennen ja jälkeen ulkoistuksen (t=0).

5.2.3 Kotihoito

Kotihoidon (KH) nettokäyttökustannuksia käytetään tässä selvityksessä keskeisimpänä sosiaalipalveluja kuvaavana indikaattorina. Kotihoidon tarkastelu täydentää sote-kustannustarkastelua tärkeällä tavalla, sillä kotihoidon asiakkaat ovat myös merkittävä perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon asiakasryhmä. Kotihoidon kustannukset ovat lähtökohtaisesti korkeammat ikääntyneemmissä kunnissa, mutta kustannukset saattavat jakautua kunnittain eri tavoin näiden kolmen palvelulajin välillä.

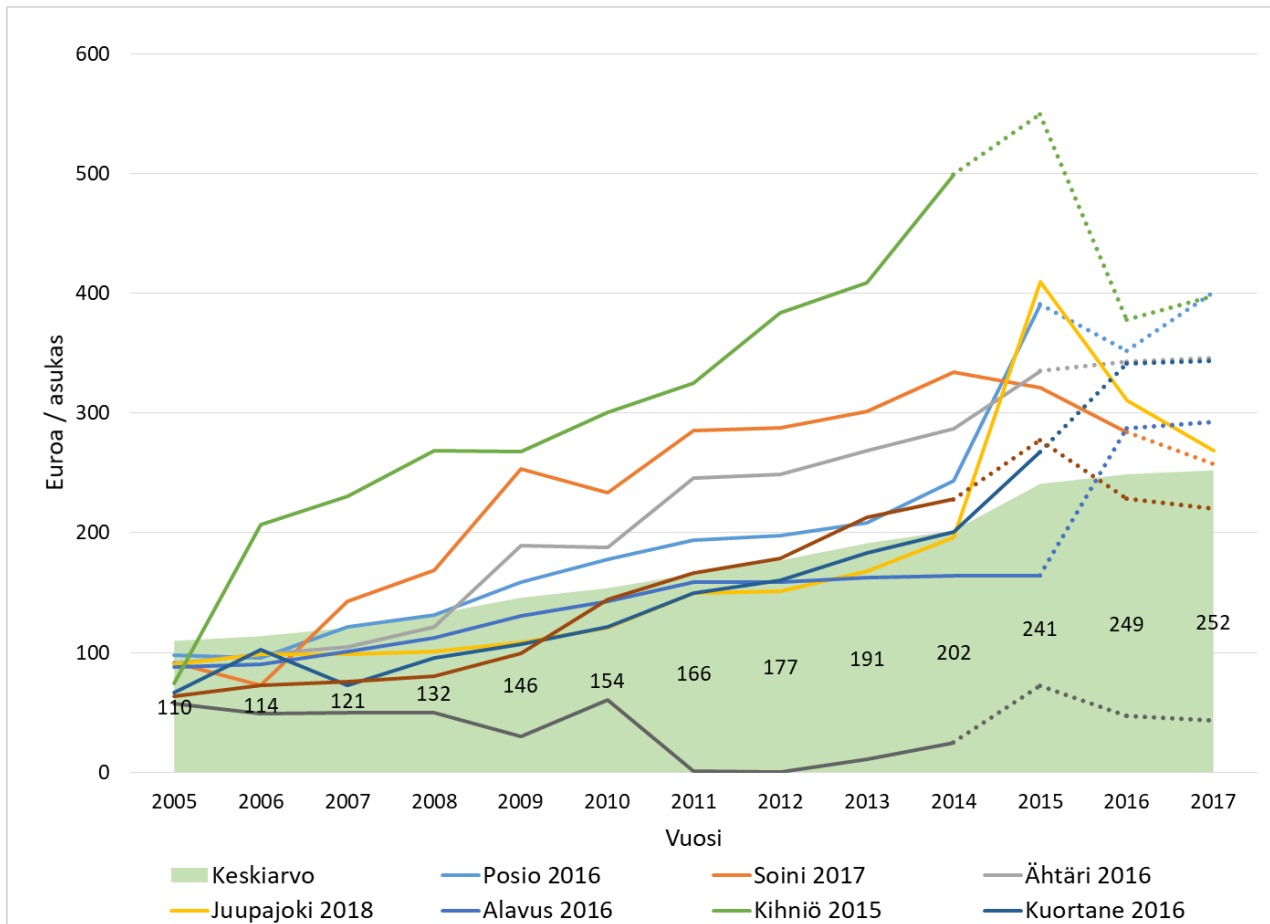
Kymmenen korkeamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen KH-vuosikustannus on noussut 11 vuodessa yli 140 prosenttia. Kasvuvauhti on kiihtynyt vuodesta 2014 alkaen. Kustannukset lähes nelinkertaistuivat Sysmässä (ulkoistus 2017) sekä Posiolla (2016) ja vähiten Parkanossa (2015) ja Tohmajärvellä (2013). Kustannusten keskihajonta kaksinkertaistui (39 € vuonna 2005, 80 € vuonna 2016). Puolangan tiedot olivat saatavissa vasta vuodesta 2012 alkaen. (Kuvio 5.2.3.1.)



Kuvio 5.2.3.1. Alun perin korkeampien kustannusten ulkoistuskuntien kotihoidon kustannusten kehitys 2005-2016. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisien ja taajaan asuttujen kuntien osalta.

Vuonna 2017 kotihoidon kustannukset eivät juurikaan nousseet maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa keskimäärin. Useassa korkean kustannustason ulkoistuskunnassa näkyi selvää laskua, erityisesti Jämsässä, jossa kotihoidon kustannukset ovat vaihdelleet vuositasonalla voimakkaimmin ulkoistuksen jälkeen.

Yhdeksän matalamman kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen KH-vuosikustannus kolminkertaistui lähes saavuttaen korkeamman kustannustason kunnat. Kustannukset kasvoivat tässä ryhmässä huomattavasti lähes kaikissa kunnissa yli viisinkertaistuen Kihniössä (2015) ja Kuortaneella (2016). Näiden kuntien KH-kustannusten keskihajonta seitsenkertaistui tarkasteluajanjaksolla (14 € vuonna 2005, 104 € vuonna 2016). (Kuvio 5.2.3.2.)

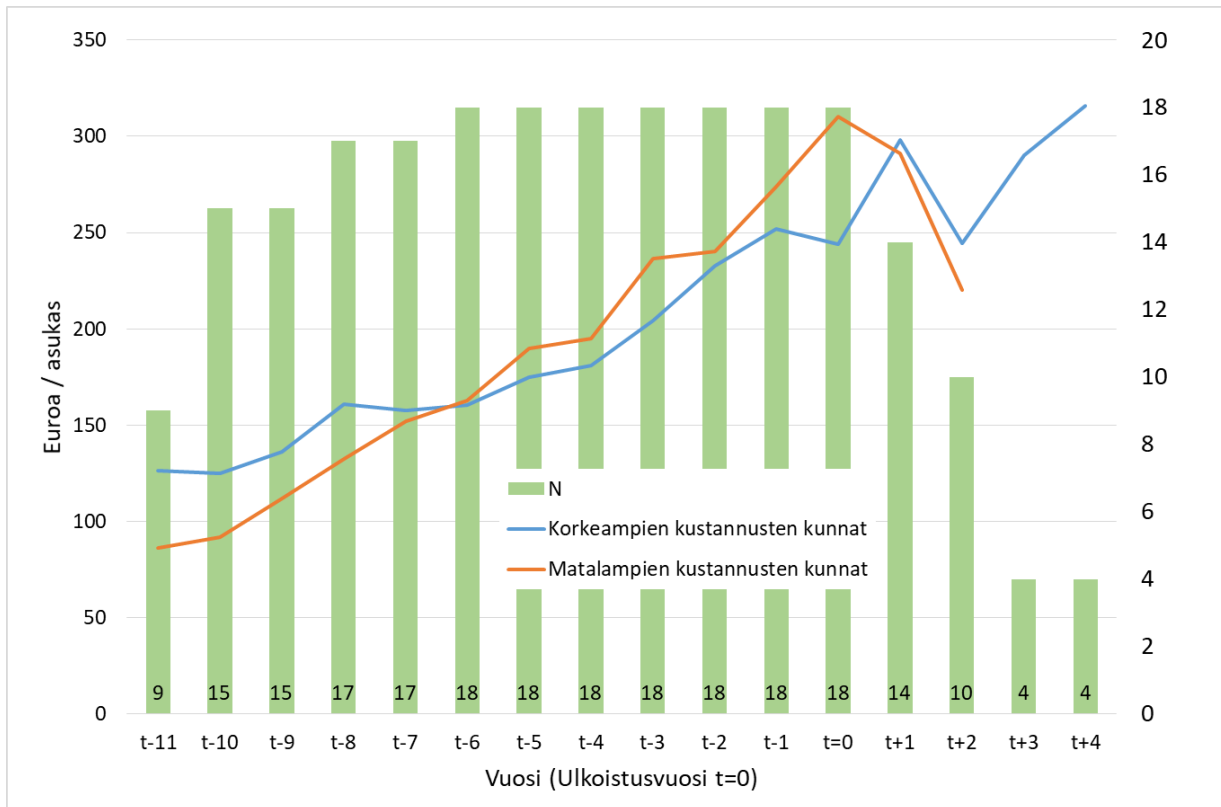


Kuvio 5.2.3.2. Alun perin matalampien kustannusten ulkoistuskuntien kotihoidon kustannusten kehitys. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta.

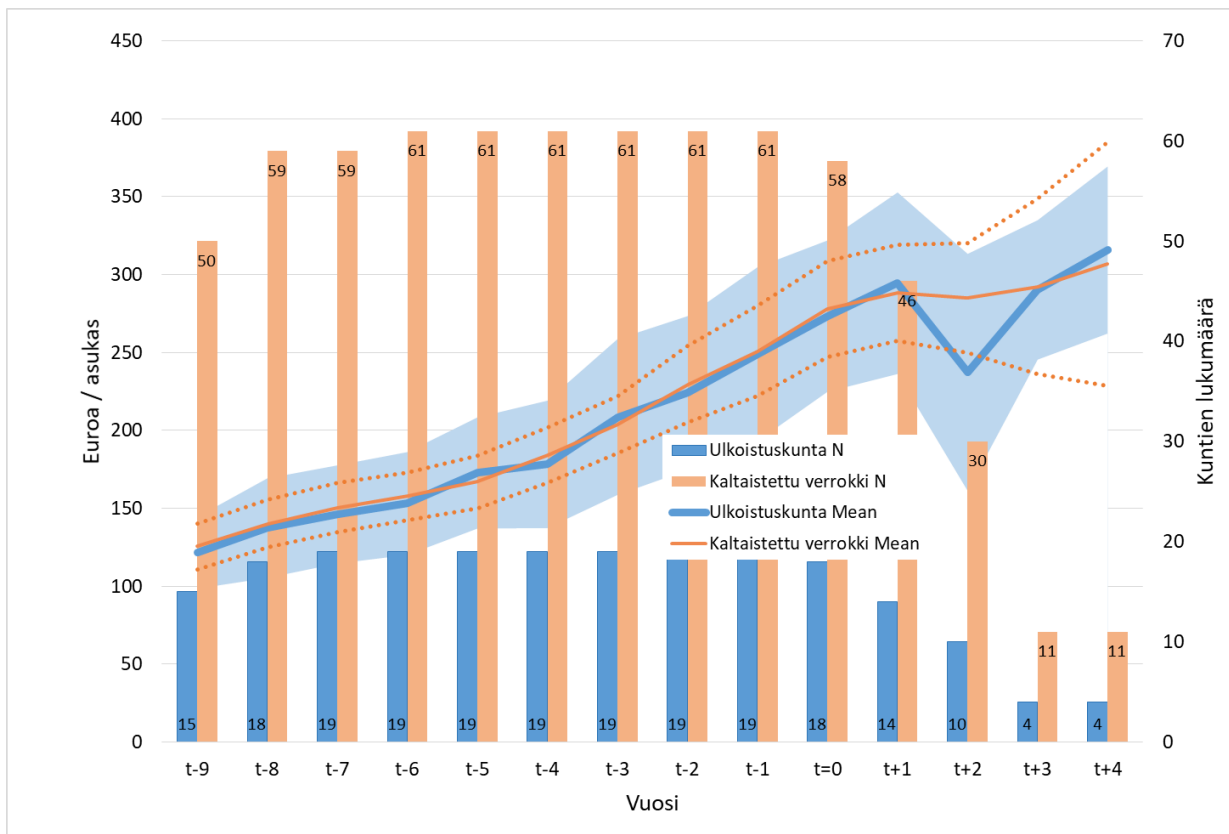
Kokonaisulkoistuskuntien kotihoidon kustannusten kasvu oli ulkoistukseen saakka selvästi voimakkaampaa alun perin matalamman kustannustason kunnissa. Toisaalta ulkoistuksen myötä kotihoidon kustannusten nousu ei ole jatkunut yhtä voimakkaana. Vuoden 2017 tiedot osoittavat kotihoidon kustannuskehityksen tasaantumista ja varianssin vähenemistä.

Edellisissä kuvioissa ei ole kuitenkaan otettu huomioon ulkoistusajankohtaa, vaan tarkastelu on tehty kalenterivuositain. Seuraavassa kuviossa 5.2.3.3. on vakioitu kokonaisulkoistusvuosi $t=0$ ja laskettu ulkoistuskuntien keskimääräinen KH-kustannus ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden. Tulosten perusteella ulkoistusvuonna ($t=0$) KH-kustannukset laskivat alun perin korkeamman kustannustason kunnissa keskimäärin 12 % edeltävään vuoteen nähden, mutta kääntyivät sitten ($t+1$) entiseen nousuun. Seuraavana vuonna ($t+2$) kustannustaso sahasi jälleen alaspäin, kun useammasta (10) kunnasta oli nyt käytettävissä tietoa. Matalamman kustannustason kunnissa sen sijaan vielä ulkoistusvuonna kustannukset kasvoivat voimakkaasti (16 %), mutta kääntyivät seuraavana ($t+1$) ja sitä seuraavana vuonna ($t+2$) laskuun. Tästä eteenpäin tietoa on vain neljästä niin sanotusta korkeamman KH-kustannustason kunnasta.

Ulkoistuksen yhteyden jäljittämiseksi kuviossa 5.2.3.4. on vakioitu ulkoistuskuntien lisäksi niiden verrokkikuntien kustannukset ulkoistusajankohdan ($t=0$) mukaan. Kokonaisryhmävertailusta nähdään, että kotihoidon kustannuskehitys oli hyvin saman tyyppistä ulkoistuskunnilla ja niiden verrokeilla ulkoistuksen jälkeiseen vuoteen ($t+1$) saakka. Tämän jälkeen ($t+2$) ulkoistuskuntien kotihoidon kustannukset näyttävät putoavan selvästi verrokkien tasoa alemmas jopa virhemarginaali huomioiden. Kokonaisulkoistuksella näyttäisi olleen tässä suhteessa yhteys kotihoidon kustannusten laskuun. Kotihoidon kustannukset eivät myöskään näytä kasvaneen korvaamaan esimerkiksi ympärivuorokautista hoivaa (ulkoistuskunnissa).

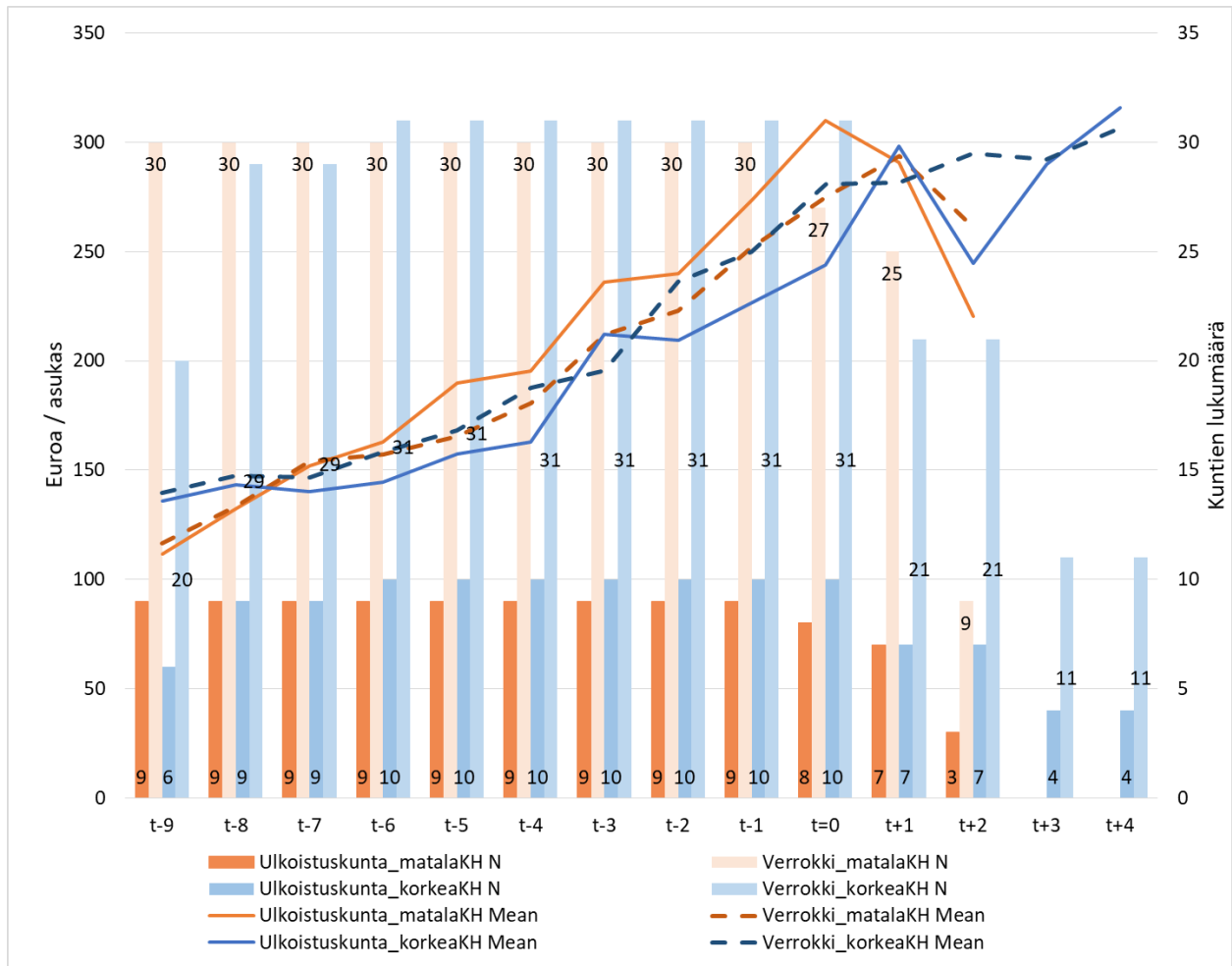


Kuvio 5.2.3.3. Ulkoistuskuntien KH-kustannuskehitys ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0).



Kuvio 5.2.3.4. Kotihoidon kustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistuksen (t=0). Luottamusväli 95 % merkitty sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

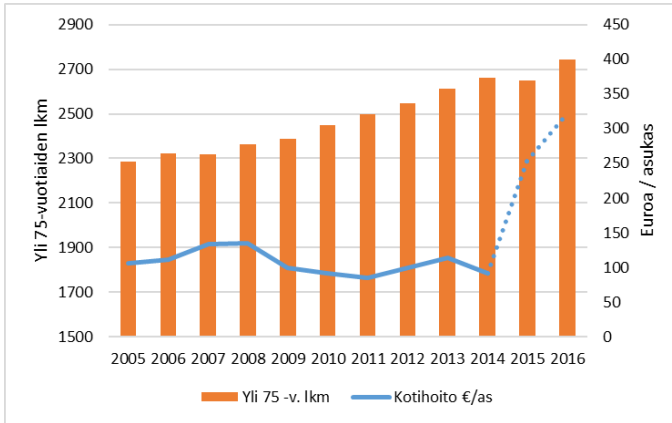
Seuraavassa kuviossa (5.2.3.5.) on verrattu matalan ja korkean kotihoidon kustannustason ulkoistuskuntien ryhmää niiden verrokkikuntaryhmiin. Siitä nähdään, että myös verrokkikunnissa KH-kustannukset ovat nousseet hyvin voimakkaasti lähes koko 2000-luvun. Alun perin matalan kustannustason ryhmässä KH-kustannukset laskivat ulkoistuksen jälkeisinä kahtena vuonna (t+1, t+2) selvästi enemmän kuin verrokkiryhmässä. Korkeamman kustannustason ulkoistuskunnissa kotihoidon kustannukset taas eriytyivät verrokkeja selvästi matalammalle tasolle jo kaksi vuotta ennen ulkoistusta. Ulkoistusvuoden jälkeen (t+1) kustannukset kohosivat jälleen verrokkien yläpuolelle laskeakseen sitten (t+3) huomattavasti alemmalle tasolle. Tulokset ovat vaikeita tulkita, mutta näyttää ainakin siltä, että ulkoistuskuntien kotihoidon kustannuksissa on tapahtunut verrokkeja suurempia heilahteluja, ja myös kuntakohtaiset erot ovat voimakkaita.



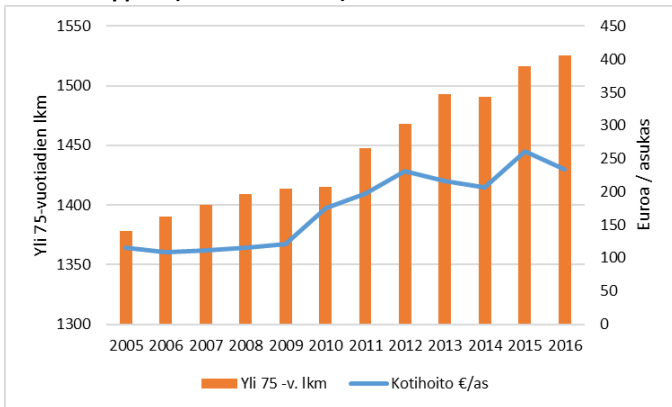
Kuvio 5.2.3.5. Kotihoidon kustannusten kehitys vertailuryhmissä ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0).

Kotihoidon kustannuskehitys seurasi tyypillisesti ikääntyneen (yli 75-vuotiaan) väestön määrän muutoksia kunnissa. Kuviossa 5.2.3.6 on esitetty eri kokoisten kuntien osalta yli 75-vuotaiden määrän ja kotihoidon kustannusten (euroa / asukas) kehitys seuranta-aikana, pisteiviivat ulkoistuksesta alkaen. Kunnassa asuvien ikääntyneiden määrä pienenee kuvioissa ylhäältä alaspäin. Kotihoidon kustannusta kuvaava oikeanpuoleinen asteikko on kaikissa osakuvioissa samalla kohdalla (0...450 € / asukas) ja siten vertailtavissa kaikkiin muihin nähdän.

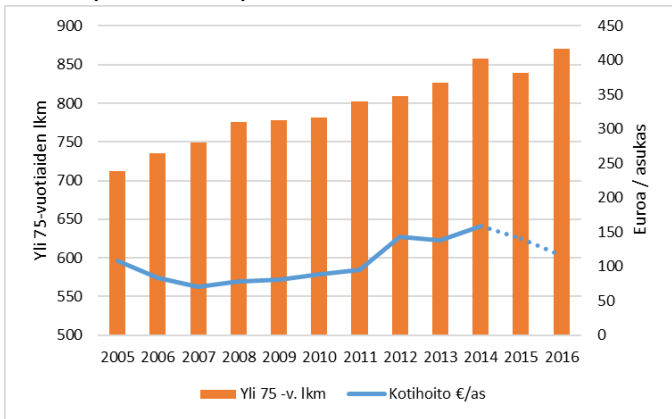
Jämsä (22 000 asukasta)



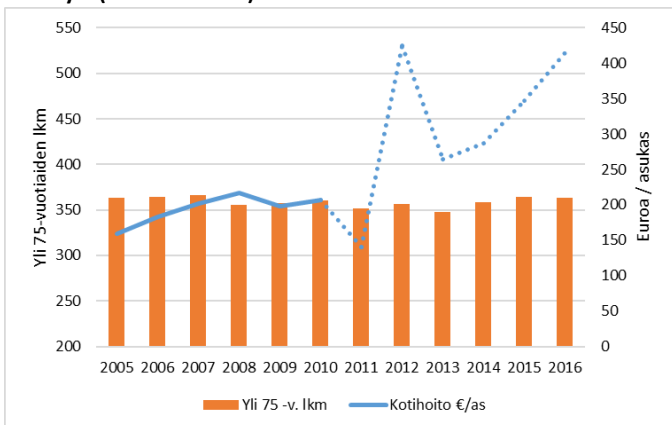
Mänttä-Vilppula (11 000 asukasta)



Parkano (7000 asukasta)



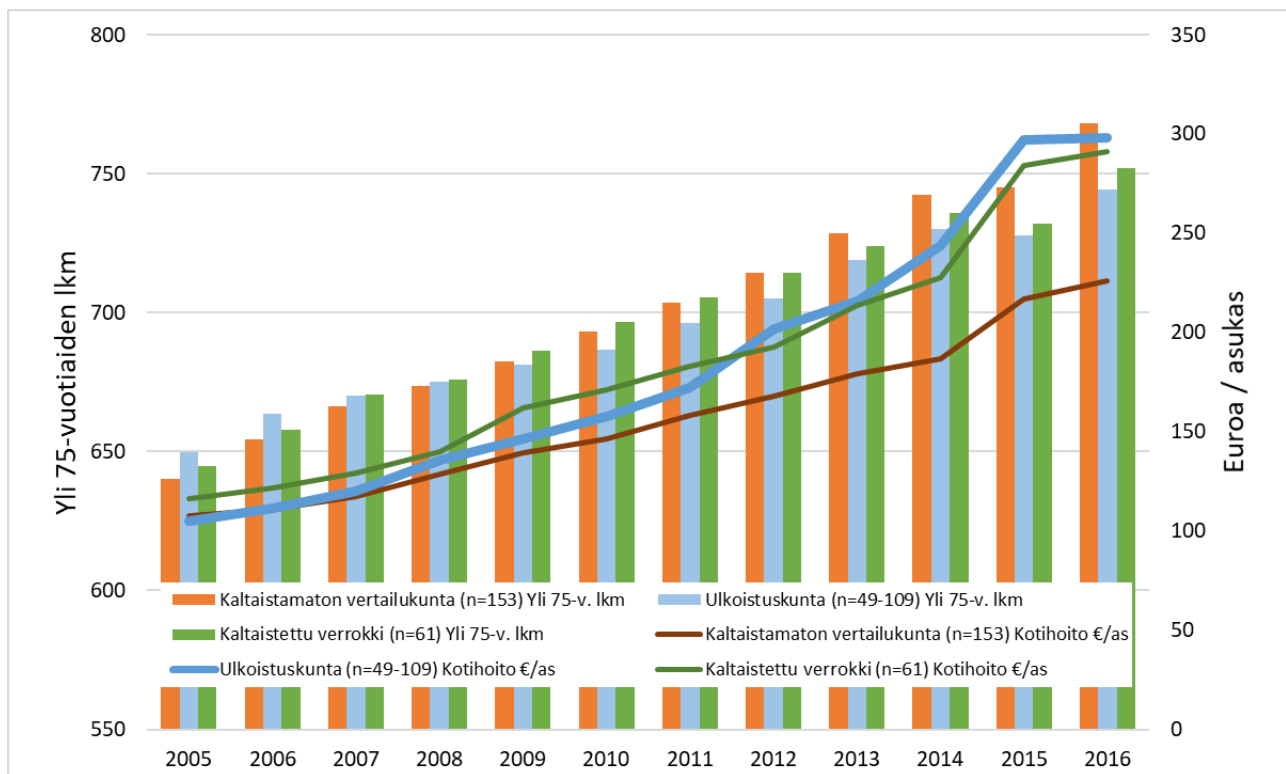
Rääkkylä (2500 asukasta)



Kuvio 5.2.3.6. Yli 75-vuotiaan väestön määrän ja kotihoiton kustannusten kehittymisen yhteys eri kokoisissa esimerkkikunnissa.

Kuvioista havaitaan ensinnäkin, että yli 75-vuotiaiden määrä lisääntyi tasaisesti ulkoistuskunnissa. Vain kolmessa tai neljässä tapauksessa määrä säilyi tasaisena tai laski hieman. Pienempiin kuntiin mentäessä (rivejä alaspäin) kotihoidon kustannus asukasta kohti kasvoi lukuun ottamatta kolmea poikkeusta (Kärsämäki, Pyhtää, Parkano). Myös väestöltään saman suuruisissa kunnissa kotihoidon kustannuskehitys vaihteli paljon. Kahdessa kunnassa (Parkano ja Pyhtää) kotihoidon kustannukset laskivat, vaikka ikääntynyt väestö lisääntyi. Useissa kunnissa kotihoidon kustannukset kääntyivät jyrkkään kasvuun vuosien 2014 ja 2015 paikkeilla riippumatta aiemmasta trendistä tai kokonaisulkoistuksesta. Havaitaan, että kotihoidon kustannustaso reagoi osassa kuntia hyvinkin herkästi yli 75-vuotiaiden määrän vuosittaisiin muutoksiin, mutta kokonaisuudessaan kustannukset näyttivät hakeutuvan tuon määrän 'olettamalle' tasolle (kun verrataan samalla rivillä olevia samankokoisia kuntia keskenään).

Merkille pantavaa on, että ikääntyneeseen väestöön suhteutettuna ulkoistuskuntien kotihoidon kustannusten hajonta näytti pikemminkin pienentyneen seuranta-aikana toisin kuin edellä todettiin ilman ikäsuhteutusta. Kuviossa 5.2.3.7. on asetettu rinnakkain ulkoistuskuntien, kaltaistettujen verrokkien ja muiden kuntien yli 75-vuotiaiden määrän ja kotihoidon kustannusten kehitys. Samalla kun ikääntyminen oli melko samatahtista erityyppisissä kunnissa, olivat ulkoistuskuntien kotihoidon kustannukset nousseet selvästi jyrkemmässä tahdissa. Voidaan päätellä, että yli 75-vuotiaiden määrä määritteli voimakkaasti kotihoidon kustannuksia ulkoistuksesta riippumatta, ja että useimmiten pienissä ulkoistuskunnissa ikääntymisen yhteys korkeampiin kustannuksiin oli suhteellisesti voimakkaampi kuin muissa kunnissa. Koska tätä analyysia varten käytössä ei ollut tehostetun palveluasumisen tilastoja, ei ole mahdollista esimerkiksi sanoa sitä, miten KH-kustannuskehitys suhteutui tehostetun palveluasumisen kustannusten ja käytön kehitykseen.



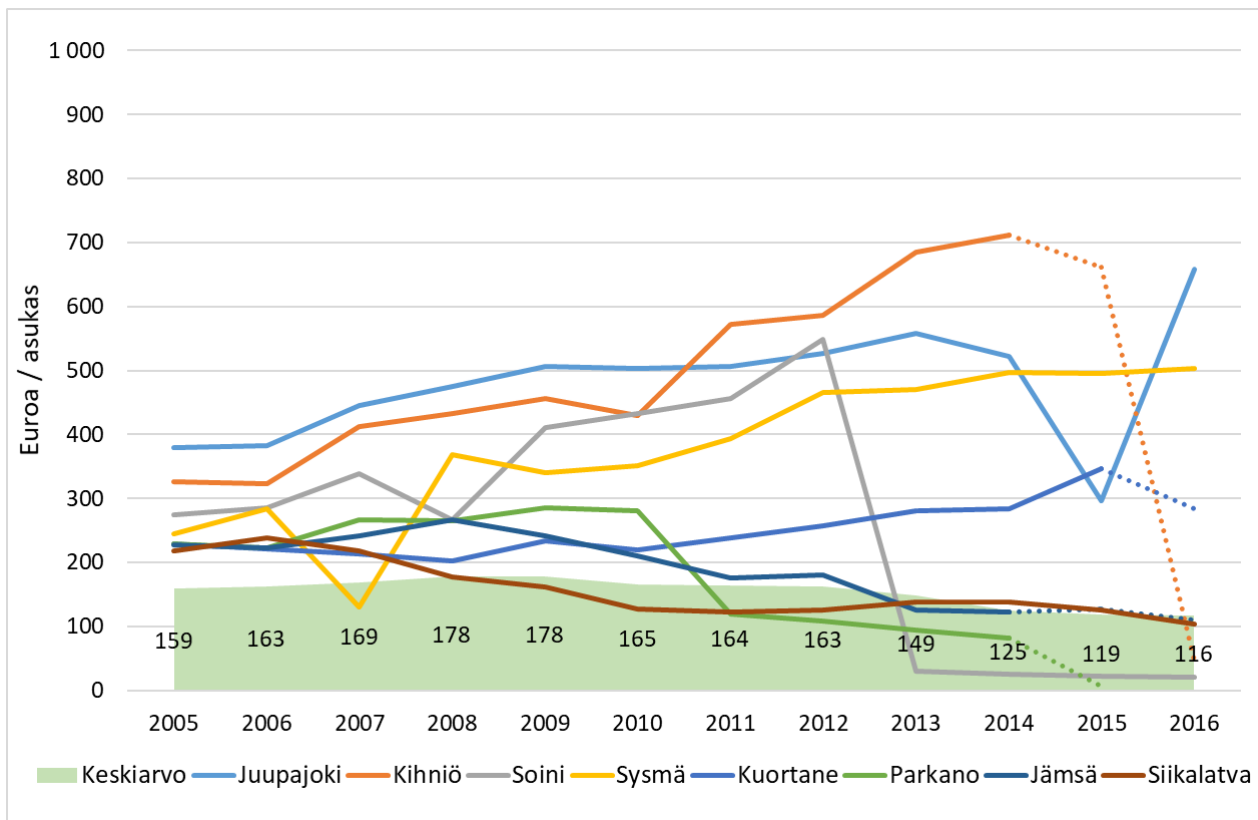
Kuvio 5.2.3.7. Yli 75-vuotiaiden määrän ja kotihoidon keskikustannuksen kehitys vertailuryhmissä 2005-2016.

5.2.4 Laitoshoito

Laitoshoitoa (LH) ei ole järjestetty kaikissa kunnissa lainkaan, eli se ei toimi yhtä kattavana sosiaalipalveluiden kustannusindikaattorina kuin kotihoito. Lisäksi laitoshoitoa on kokonaisuutena ajettua alas kaikissa kunnissa. Nykyään pääosa ympärivuorokautisesta hoivasta tarjotaan tehostettuna palveluasumisena, mutta tätä koskevia kansallisia tilastoja ei ole saatavilla Sotkanetistä kuin vuodesta 2015 alkaen.

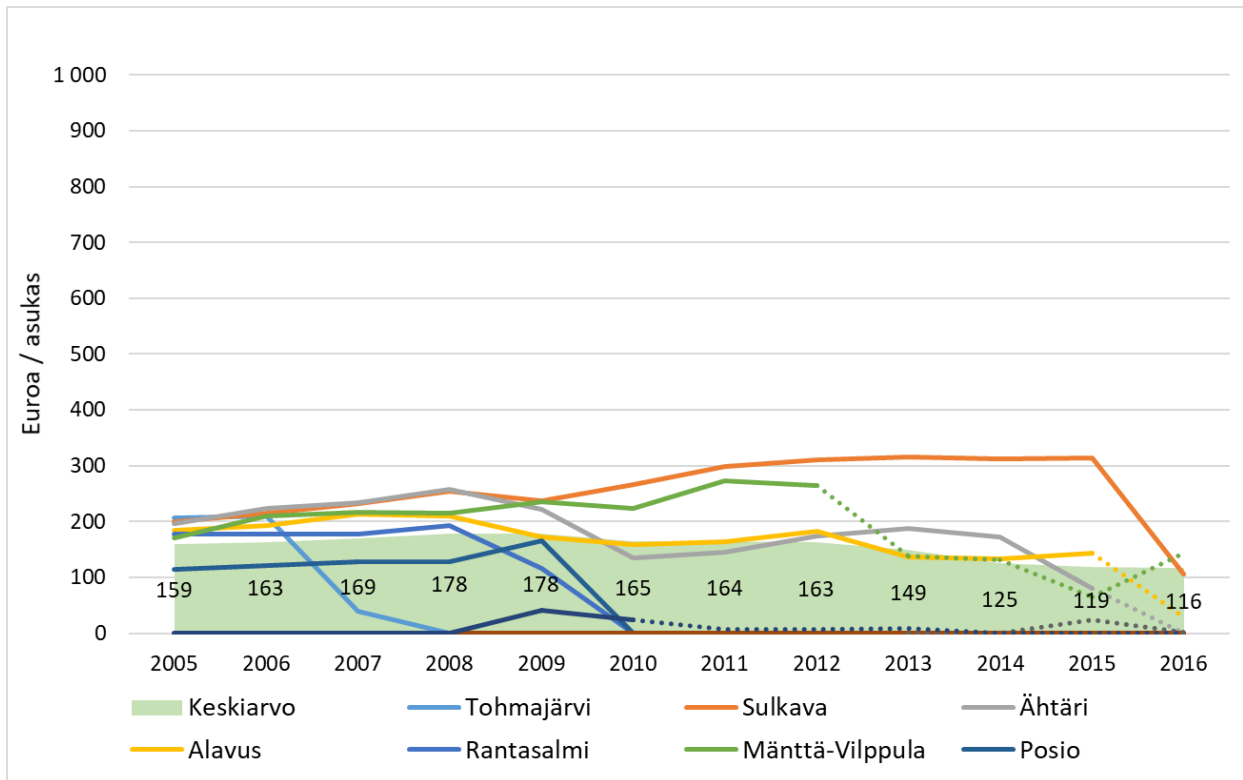
Kokonaisulkoistuskunnista Sulkavalla ja Tohmajärvellä ei ollut seuranta-aikana lainkaan laitoshoidon kustannuksia. Lisäksi Sysmässä, Ähtärissä, Soinissa, Sulkavalla ja Posiolla kustannuksia ei viime vuosina ollut juuri lainkaan. Parkanon laitoshoidon kustannukset olivat tilastoissa negatiiviset vuonna 2016 johtuen tilastovirheestä, ja se on poistettu tarkastelusta.

Kahdeksan korkeamman LH-kustannustason ulkoistuskunnan keskimääräinen vuosikustannus pysyi 11 vuoden aikana lähes samana, joskin kustannusten hajonta kasvoi 58 eurosta 184 euroon. Ainoastaan Juupajoen (ulkoistus 2018), Kihniön (2015) ja Alavuden (2016) laitoshoidon kustannukset ovat olleet jatkuvassa nousussa lähes viime vuosiin saakka. (Kuvio 5.2.4.1)



Kuvio 5.2.4.1. Alun perin korkeampien kustannusten ulkoistuskuntien laitoshoidon kehitys 2005-2016. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

Kuten aiemmin on todettu, Kihniön LH-kustannukset tilastoitiin vuodesta 2016 alkaen perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuksiin, mikä selittää kustannusten putoamista edellisessä kuviossa. Matalamman LH-kustannustason kunnissa (kuvio 5.2.4.2) kustannukset olivat voimakkaasti laskusuunnassa lähes koko 2010-luvun. Kustannusten hajontakin lähes puolittui 93 eurosta 50 euroon.

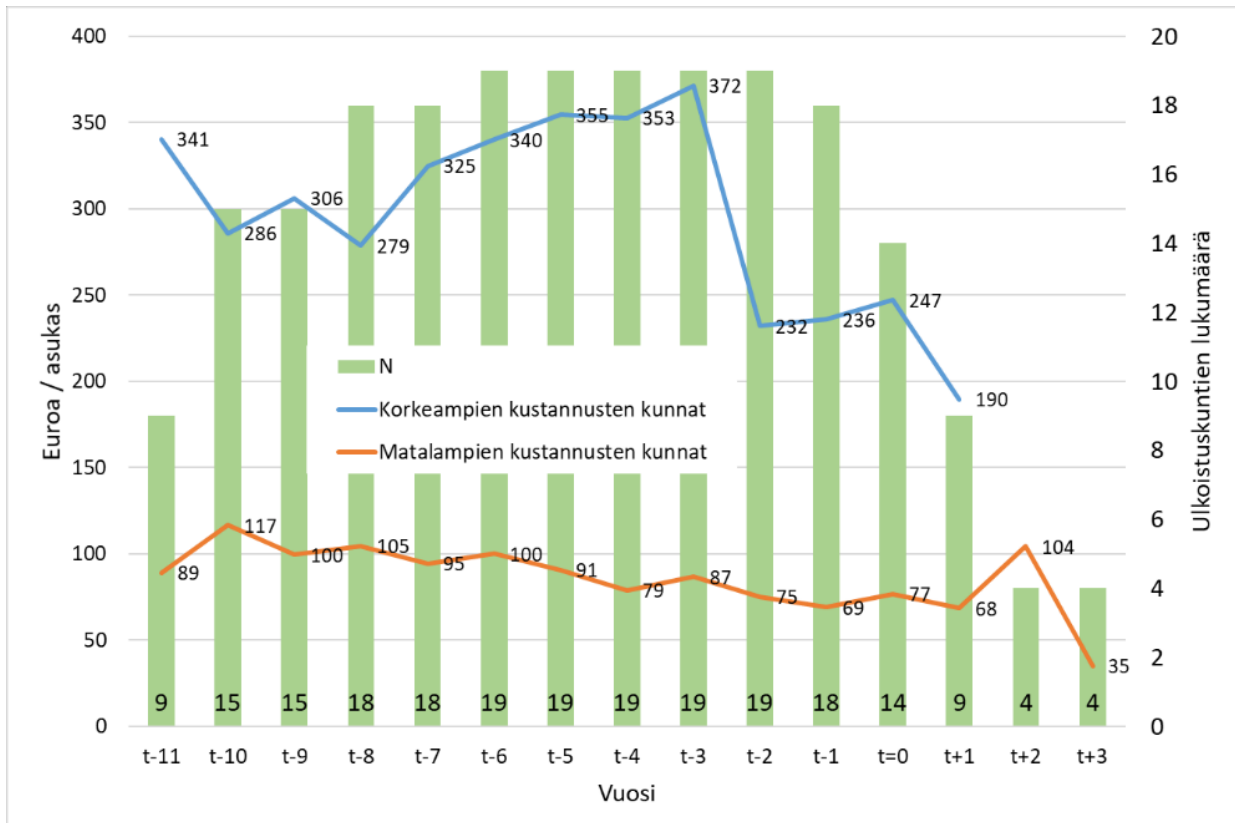


Kuvio 5.2.4.2. Alun perin matalampien kustannusten ulkoistuskuntien laitoshoidon kehitys 2005-2016. Keskiarvo kaikkien maaseutumaisten ja taajaan asuttujen kuntien osalta. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

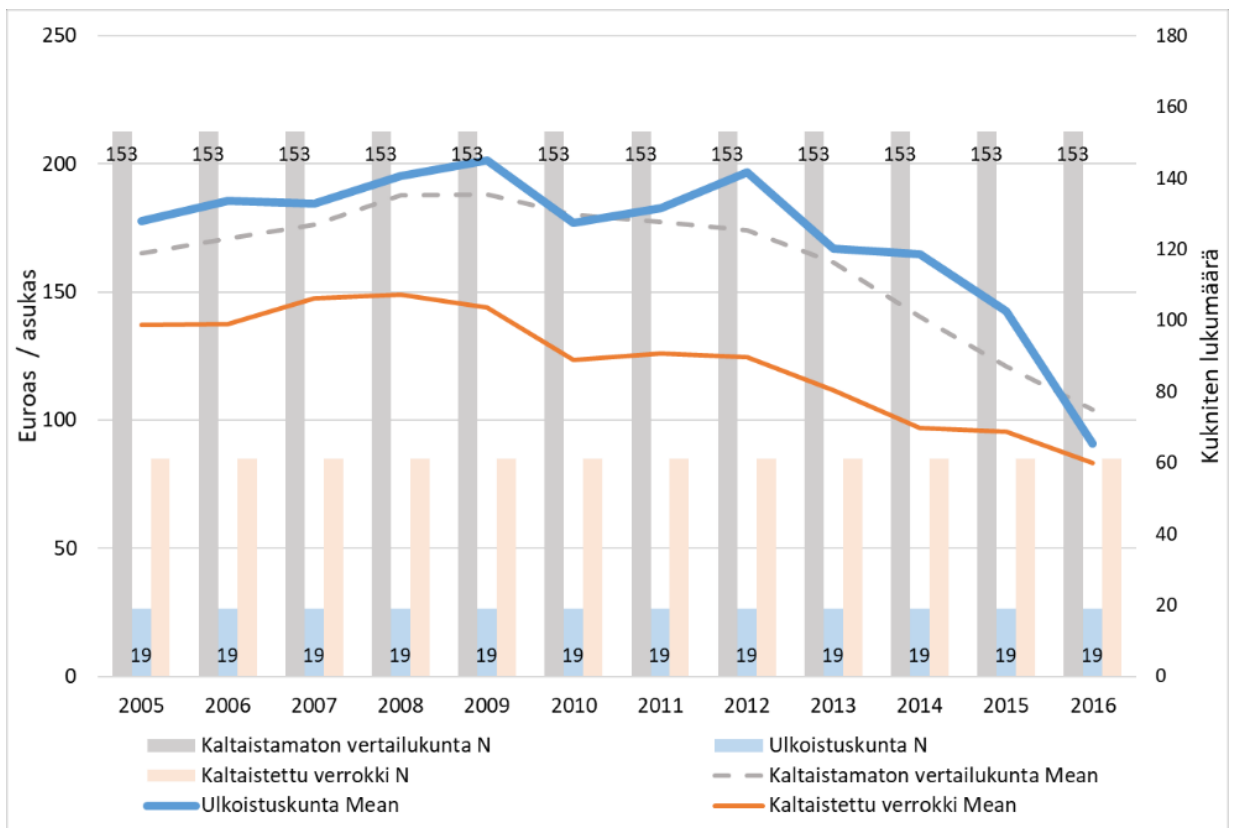
Seuraavassa kuviossa 5.2.4.3. on vakioitu kokonaisulkoistusvuosi t=0 ja laskettu ulkoistuskuntien keskimääräinen LH-kustannus ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden. Tulosten perusteella merkittävimmät muutokset tapahtuivat hieman ennen ulkoistusvuotta (t=0). Erityisesti korkeamman kustannustason kunnissa LH-kustannukset putosivat noin 40 % kaksi vuotta ennen ulkoistusta. Matalamman kustannustason kunnissa LH-kustannukset laskivat tasaisesti koko seuranta-ajan, hypähtivät korkeammalle kaksi vuotta ulkoistuksen jälkeen ja sen jälkeen palanneet hyvin matalalle tasolle.

Verrattuna terveydenhuollon tuloksiin laitoshoidon osalta tulosten luotettavuutta heikentävät tilastovirheet, 'nollakuntien' suuri määrä sekä yleinen siirtymä laitoshoidosta kohti tehostettua palveluasumista. Näyttää kuitenkin siltä, että laitoshoidon volyyymi on pienentynyt voimakkaasti kokonaisulkoistuskunnissa. Voi siis olla että kokonaisulkoistus on vauhdittanut laitoshoidon purkamista. Koska tehostetun palveluasumisen tilastot eivät ole käytössä tätä selvitystä varten, on mahdotonta sanoa, missä määrin laitoshoidon asiakkaat ovat siirtyneet tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon piiriin.

Kuten aiemmin todettiin, ulkoistuksen yhteyttä kustannuksiin on tämän aikasarjan puitteissa vaikea tulkita ilman vertailuryhmää. Kuviossa 5.2.4.4. on esitetty laitoshoidon kustannuskehitys ulkoistuskunnissa, verrokkikunnissa ja muissa kunnissa. Nähdään, että verrokkikunnissa laitoshoidon kustannukset olivat selvästi keskiarvoa pienemmät ja ulkoistuskunnat olivat lähempänä muiden kuntien keskiarvoa. Laitoshoidon kustannukset supistuivat huomattavasti kaikissa vertailuryhmissä, mutta eniten kokonaisulkoistuskunnissa.

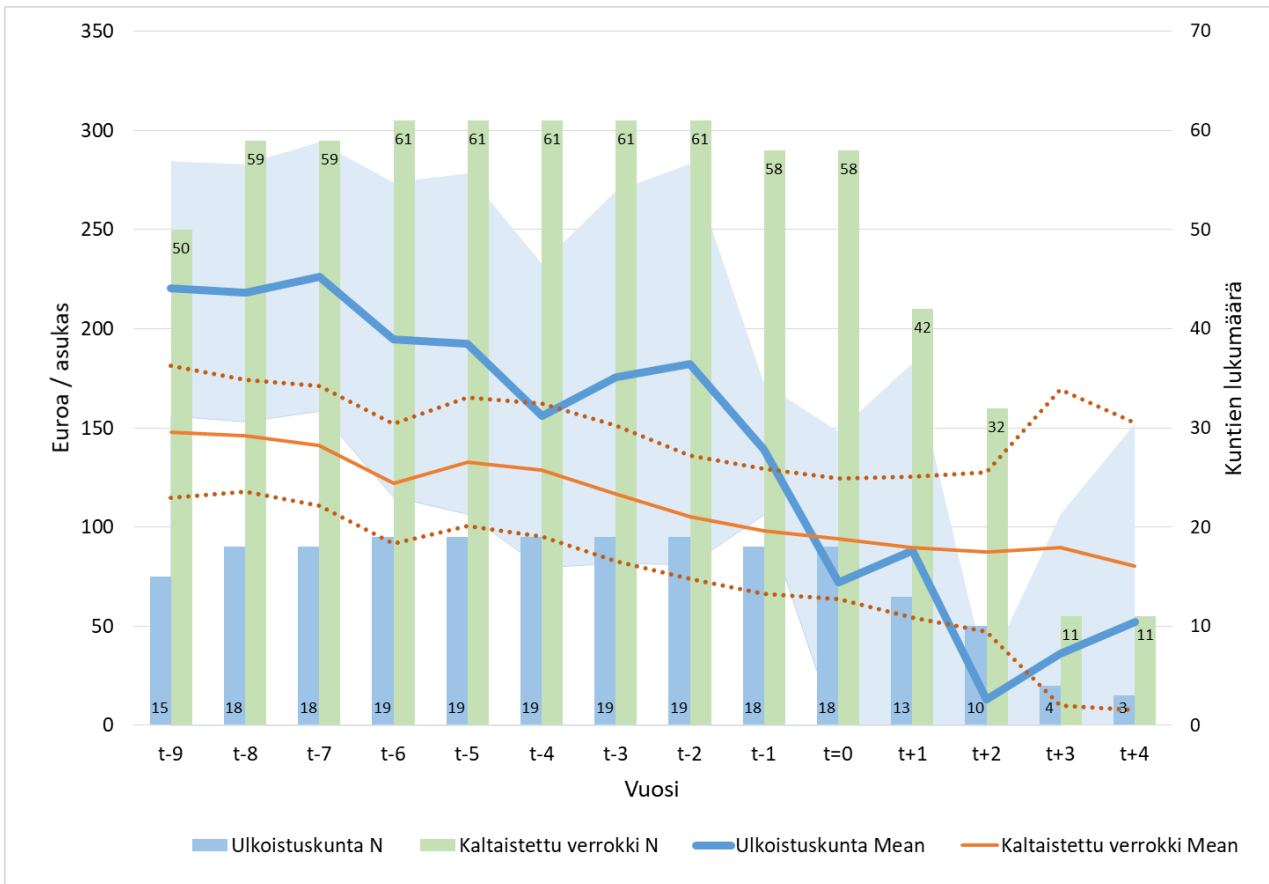


Kuvio 5.2.4.3. Ulkoistuskuntien laitoshoidon kustannuskehitys ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0).



Kuvio 5.2.4.4. Ikääntyneiden laitoshoidon kustannusten kehitys vertailuryhmittäin 2005–2016.

Kuviossa 5.2.4.5. on vakioitu myös verrokkikuntien kustannukset ulkoistusajankohdan mukaan. Ryhmävertailusta nähdään, että laitoshoidon kustannukset putosivat hyvin alas ulkoistuksen jälkeen (t+2, t+3) samalla kun verrokkikuntien kehitys jatkui melko tasaisena. Kuitenkin tuloksen taustalla olevat kuntakohtaiset erot olivat merkittäviä, ja laitoshoidon osalta valitut verrokki eivät olleet yhtä vertailukelpoisia kuin terveydenhuollon ja kotihoidon osalta. Joka tapauksessa on selvää, että kokonaisulkoistukset vauhdittivat jo aiemmin alkanutta laitoshoidon kustannusten vähenemistä myös suhteessa verrokkeihin.



Kuvio 5.2.4.5. Ikääntyneiden laitoshoidon kustannusten kehitys ulkoistus- ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusväli 95 % merkitty sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille.

6 Kokonaisulkoistuskuntien sote-kustannuskehitys, yksittäiset kunnat

Sote-kustannuskehityksen tapauskohtainen suhteuttaminen verrokkikuntiin osoitti, että ulkoistuksen yhteys kustannuksiin vaihtelee merkittävästi kunnittain. Vain kahdessa varhaisen vaiheen kokonaisulkoistuksessa yhteys kustannussäästöihin on ilmeinen. Näiden lisäksi yhdessä myöhemmässä ulkoistuskunnassa tilannetta voidaan pitää kunnalle edullisena. Terveyspalvelujen osalta neljän ulkoistuskunnan trendi on verrokkeihin nähden edullisempi, viiden keskimääräinen. Mikäli perustellusti oletetaan, että ulkoistukseen päätyneet kunnat ovat olleet erityisen haastavassa tilanteessa jopa verrokkeihinsa nähden, on ulkoistuksen jälkeinen kustannusten kasvu ollut ESH:n osalta varsin maltillista kuten myös koko sosiaali- ja terveystoiminnan osalta. PTH:ssa ja kotihoidossa vaihtelu on ollut suurempaa. Seuranta-ajan lyhyys vaikeuttaa kuitenkin huomattavasti tuloksien yleistämistä. Keskiarvojen käyttäminen vertailussa tasoittaa vuosittaisia heilahteluja ja antaa luotettavamman kuvan tilanteesta kuin yksittäisten vuosien välisten erojen mittaaminen.

Tässä luvussa tarkastellaan kokonaisulkoistuksen tehneiden kuntien sote-kustannusten kehitystä suhteessa kaltaistettuihin verrokkeihin. Verrokkeja on hieman eri määrä eri tapauksissa riippuen siitä, kuinka monta riittävän samankaltaista on ollut löydettävissä. Taulukoon 6. on koottu arvioiva yhteenveto verrokkitarkastelun tuloksista. Taulukossa on koottu kunnittain ja vertailuryhmittäin tiedot sote-kustannuksista (€ per asukas) viitenä vuotena ennen ulkoistusta sekä ulkoistusvuodesta alkaen (1-6 vuoden ajalta ulkoistuksen ajankohdasta riippuen). Yhteenvetotaulukon tekemisessä on hyödynnetty lisäksi liitteessä 7. esitettyjä kustannusrakennemuutoskuvioita, jotka ulottuvat vuoteen 2017.

Taulukon 6. perusteella ulkoistuskunnista 7/18 saavutti kustannussäästöjä verrokkeihinsa nähden koko sosiaali- ja terveystoiminnan osalta. Terveyspalvelut ja kotihoito on eritelty taulukossa tarkemmin, mutta ne muodostavat vain noin 2/3 koko sote-toiminnasta. 13/18 kunnista saavutti verrokkeihin nähden säästöjä nimenomaan perusterveydenhuollon kustannuksissa. 6/18 säästi erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Vain kahdessa tapauksessa säästöjä saavutettiin sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Toisaalta kustannukset nousivat verrokkeihin nähden ainoastaan kahdessa tapauksessa. Lopuissa kahdeksassa tapauksessa kustannuskehityksessä ei ole havaittavissa mainittavia eroja.

Voidaan arvioida, että terveydenhuollon kustannukset ovat kehittyneet ulkoistuskunnissa kaiken kaikkiaan varsin maltillisesti. Sosiaalipalveluiden osalta aineisto ei ole yhtä kattava käytettävissä olevien indikaattorien vuoksi. Huomiota kiinnittää myös se, että myös monissa verrokkikunnissa on saavutettu seuranta-aikana absoluuttisia säästöjä. Ulkoistuskuntien kustannusten kasvu on voimakkaimmillaankin ollut suhteellisen maltillista ja liittyy todennäköisesti kunnan erityispiirteisiin kuten voimakkaaseen palvelutarpeeseen ja haastavaan sijaintiin yhdistettynä väestön vähenemiseen. Verrokkiasetelma ei välttämättä mahdollista realistista vertailua.

Kokonaisuutena näyttää siltä, että kokonaisulkoistukset eivät yleensä ole yhteydessä ainakaan kustannusten suhteelliseen nousuun verrokkeihin nähden. Toisaalta näyttää siltä, että kunnissa voidaan päästä myös muilla keinoilla kuin kokonaisulkoistuksilla kustannusten hallintaan. Parhaiten kustannusmittarilla ovat menestyneet varhaisimmat ulkoistukset sekä aivan viimeisimmät ulkoistukset, joista jälkimmäisistä seurantatietoa on toki vasta yhdeltä vuodelta.

Ottaen huomioon, että kustannusten pienentäminen ei ole ollut kokonaisulkoistusten ainoa tai keskeisin tavoite, nousee tärkeimmäksi kysymykseksi se, saadaanko kohtuullisella ulkoistushinnalla vähintään saman laatuista tai parempaa palvelua kuin aiemmin. Pitkälti tästä riippuu se, voidaanko kokonaisulkoistuksia pitää kokonaistaloudellisina ratkaisuinä. Tämän selvityksen tulosten perusteella asiaa olisi hyvin tärkeää tutkia monipuolisesti jatkossa.

Taulukko 6. Kokonaisulkoistuskuntien (2011-2017) vuosikustannusten vertailu verrokkikuntiin ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden. (? tarkoittaa, että tarkka luku puuttui tilastointimuutoksen vuoksi)⁹

| Kunta | PTH vuosikustannus | | ESH vuosikustannus | | Kotihoito vuosikustannus | | Koko SOTE vuosikustann. | |
|--|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| | 5 v ennen euroa / as. | muutos % jälkeen | 5 v ennen euroa / as. | muutos % jälkeen | 5 v ennen euroa / as. | muutos % jälkeen | 5 v ennen euroa / as. | muutos % jälkeen |
| 2011 (t+6) (seitsemän seurantavuotta) | | | | | | | | |
| Rääkkylä | 846 | +12 | 1115 | +23 | 201 | +54 | 3692 | +22 |
| Verrokkit (2) | 795-898 | +23...+29 | 1099-1162 | +24...+35 | 119-165 | +156...+171 | 3279-3593 | +25...+30 |
| 2013 (t+4) (viisi seurantavuotta) | | | | | | | | |
| Tohmajärvi | 788 | +5 | 1126 | +13 | 254 | +4 | 3578 | +12 |
| Verrokkit (4) | 758-937 | +13...+16 | 991-1159 | +21...+31 | 138-267 | -2...+99 | 3155-3855 | +8...+27 |
| Puolanka* | 1299 | +1 | 1365 | +17 | ** | ** | 5034 | +8 |
| Verrokkit (3) | 491-1139 | -10...+5 | 1088-1476 | +1...+12 | 73-161 | +23...+141 | 3605-4860 | 0...+5 |
| Mänttä-V. | 834 | +13 | 1169 | +24 | 168 | +39 | 3484 | +18 |
| Verrokkit (2) | 707-984 | -6...+4 | 1145-1227 | +22...+23 | 138-159 | +65...+110 | 3668-4159 | +9...+20 |
| 2015 (t+2) (kolme seurantavuotta) | | | | | | | | |
| Jämsä | 848 | -3 | 1042 | +17 | 96 | +110 | 3810 | +6 |
| Verrokkit (4) | 843-974 | -26...+11 | 1051-1463 | +9...+19 | 216-264 | -4...+93 | 3622-3948 | -5...+13 |
| Kihniö | 797 | +75 | 1163 | +12 | 338 | +15 | 3798 | +11 |
| Verrokkit (3) | 665-798 | -2...+7 | 943-1307 | +4...+21 | 91-193 | +36...+63 | 3236-3746 | -3...+1 |
| Kärsämäki | 784 | +3 | 1123 | +8 | 186 | +30 | 3900 | -4 |
| Verrokkit (3) | 723-879 | -11...+7 | 1169-1236 | +9...+25 | 165-197 | +18...+67 | 3532-3888 | +1...+2 |
| Parkano | 792 | +9 | 1146 | +4 | 125 | +21 | 3413 | +7 |
| Verrokkit (4) | 656-973 | -2...+9 | 1060-1296 | -4...+18 | 197-324 | -32...+55 | 3399-4223 | -6...+12 |
| Pyhtää | 602 | +12 | 1175 | +8 | 18 | +192 | 3282 | -1 |
| Verrokkit (3) | 679-1157 | +3...+15 | 1151-1212 | +10...+20 | 116-289 | +5...+85 | 3566-4015 | +1...+6 |
| Rantasalmi | 925 | -11 | 1628 | -10 | 201 | +70 | 4188 | -2 |
| Verrokkit (3) | 925-1119 | -32...-8 | 1208-1628 | +14...+18 | 201-245 | +21...+140 | 3759-4634 | +8...+10 |
| 2016 (t+1) (kaksi seurantavuotta) | | | | | | | | |
| Alavus | 1025 | -3 | 1064 | +26 | 162 | +79 | 3745 | +3 |
| Verrokkit (5) | 524-1035 | -24...+7 | 931-1355 | +2...+32 | 125-344 | +0...+55 | 3241-4606 | -3...+3 |
| Kuortane | 962 | -24 | 1068 | +25 | 192 | +78 | 3876 | -2 |
| Verrokkit (5) | 628-866 | -12...+8 | 1041-1298 | -7...+26 | 144-235 | +15...+98 | 3419-4198 | -10...+4 |
| Posio | 1044 | -33 | 1391 | +16 | 247 | +52 | 4897 | +5 |
| Verrokkit (3) | 593-1328 | -19...+7 | 1215-1372 | +3...+17 | 249-451 | +15...+41 | 4242-4601 | -2...+13 |
| Ähtäri | 1052 | -4 | 1162 | +27 | 277 | +24 | 3953 | +5 |
| Verrokkit (3) | 839-984 | -18...+5 | 1122-1395 | +7...+12 | 262-323 | +12...+24 | 3759-4070 | +2...+5 |
| 2017 (t+0) (yksi seurantavuosi) | | | | | | | | |
| Siikalatva | 1123 | -20 | 1395 | +5 | 293 | +10 | 4695 | -3 |
| Verrokkit (3) | 756-1646 | -11...-6 | 1309-1437 | -2...+12 | 169-272 | +7...+127 | 4063-5809 | -1...+4 |
| Soini | 753 | +4 | 1381 | +6 | 306 | -16 | 4092 | -3 |
| Verrokkit (2) | 1093-1101 | +10...+10 | 1289-1314 | +7...+9 | 67-134 | +61...+96 | 4040-4171 | +10...+14 |
| Sulkava | 1323 | -18 | 1802 | -4 | 231 | -4 | 4827 | -17 |
| Verrokkit (2) | 1057-1495 | -19...-11 | 1225-1279 | -7...+15 | 281-330 | +22...+36 | 4341-4447 | -4...+3 |
| Sysmä | 980 | -11 | 1224 | +25 | 313 | +11 | 3988 | +4 |
| Verrokkit (5) | 628-999 | -12...+3 | 1078-1334 | +1...+22 | 111-296 | +3...+33 | 2903-4288 | -5...+6 |

* Puolangan ja sen verrokkien osalta 'ennen'-tietona käytettiin ulkoistusvuotta 2013.

** Puolangan kotihoito kasvoi nolasta 361:een ulkoistusvuoden jälkeen, ei voida laskea prosentuaalista kasvua.

⁹ Kunnan kustannuskehityksen arviointi perustuu suhteuttamiseen usean verrokkikunnan hajontaan ja kokonaishavaintoihin. Koska hajonta riippuu pitkälti yksittäisistä verrokkikunnista, vertailussa on virheen mahdollisuus. Väreillä merkitty arviointiskaala on luotu siten, että siniset kunnat eroavat selvästi koko verrokkiryhmästä kustannussäästöjen suuntaan, punaiset taas eroavat selvästi koko verrokkiryhmästä kustannusten nousun suuntaan. Vihreän sävyillä merkityissä muutosta verrokkeihin nähden on vaikea luotettavasti arvioida suuntaan tai toiseen.

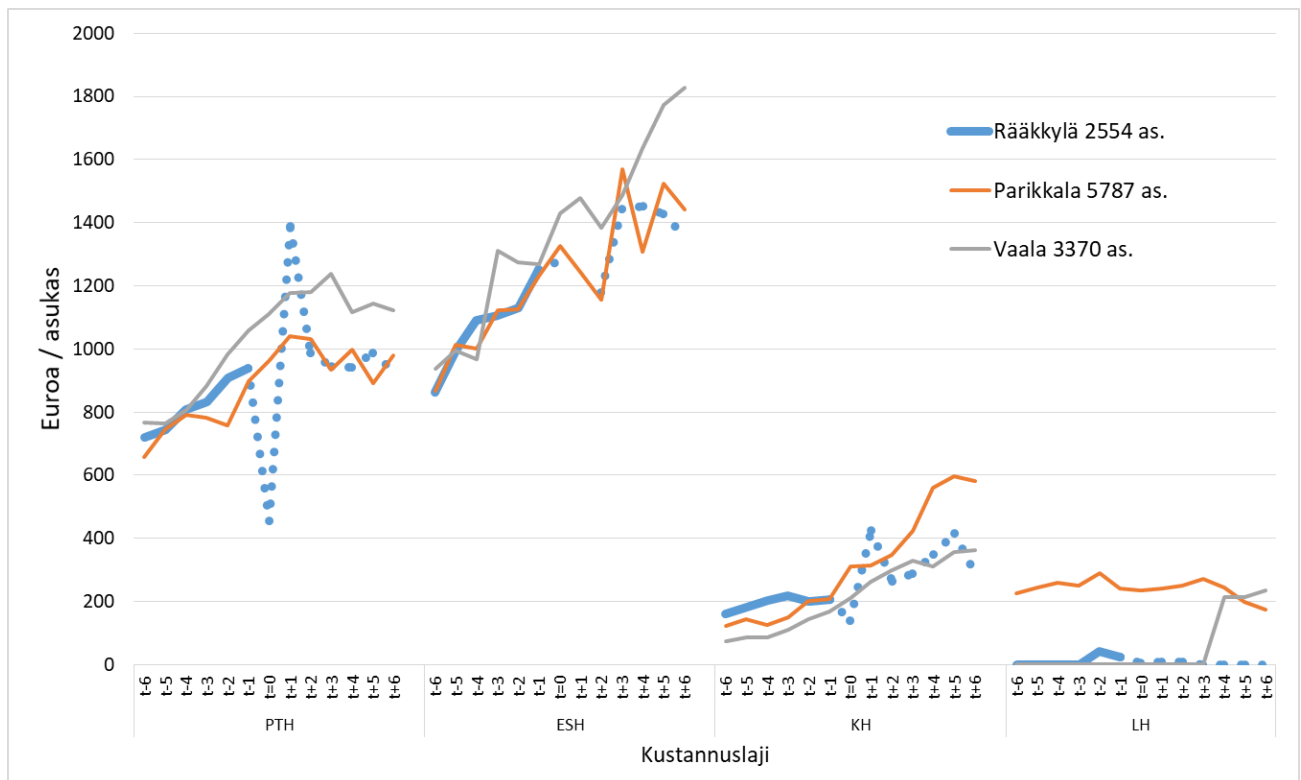
Värit ilmaisevat vertailua ulkoistuskunnan ja sen verrokkien muutosprosentin välillä.

- +12 Ulkoistuksen myötä saavuttanut selviä säästöjä verrokkikuntiin nähden
- +20 Ulkoistuksen myötä saavuttanut jossain määrin säästöjä verrokkikuntiin nähden
- +3 Ulkoistuskunnan myötä saavutetut säästöt pieniä tai ei muutosta
- +16 Ulkoistuksen myötä kustannukset lisääntyneet hieman tai ei muutosta
- +18 Ulkoistuksen myötä kustannukset jossain määrin lisääntyneet verrokkikuntiin nähden
- +73 Ulkoistuksen myötä kustannukset selvästi lisääntyneet verrokkikuntiin nähden

6.1 Rääkkylä

Kuviossa 6.1. on verrattu Rääkkylää (ulkoistus 2011) Parikkalaan ja Vaalaan, jotka ovat asukasluvultaan ja muilta taustamuuttujiltaan lähimpänä Rääkkylää - joskin tilastollisesti kauempänä kuin muiden verrokki yleensä aineistossa. Rääkkylän osalta käytössä on pisin eli seitsemän vuoden seuranta-aineisto ulkoistuksesta alkaen. Rääkkylä poikkeaa muista kokonaisulkoistuksen tehneistä kunnista myös siksi, että se oli ensimmäinen kokonaisulkoistuksen tehnyt kunta. Lisäksi kunta on asukasluvultaan pieni ja sillä on ollut lähtökohtaisesti varsin korkeat sote-kustannukset.

Alla olevasta kuvasta havaitaan, että ulkoistusvuodesta alkaneen seitsemän vuoden seurannan aikana vuosittaiset keskikustannukset nousivat Rääkkylässä vähiten. Verrokkikuntien voimakkaampi kustannusten kasvu viittaa siihen, että nimenomaan kokonaisulkoistus selittää eroa. On kuitenkin huomioitava, että Rääkkylän kohdalla tilastotiedoissa on sahausta ulkoistuksen alkuvuosina tilastointiin liittyvistä syistä.



Kuvio 6.1. Rääkkylän (ulkoistus 2011) ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

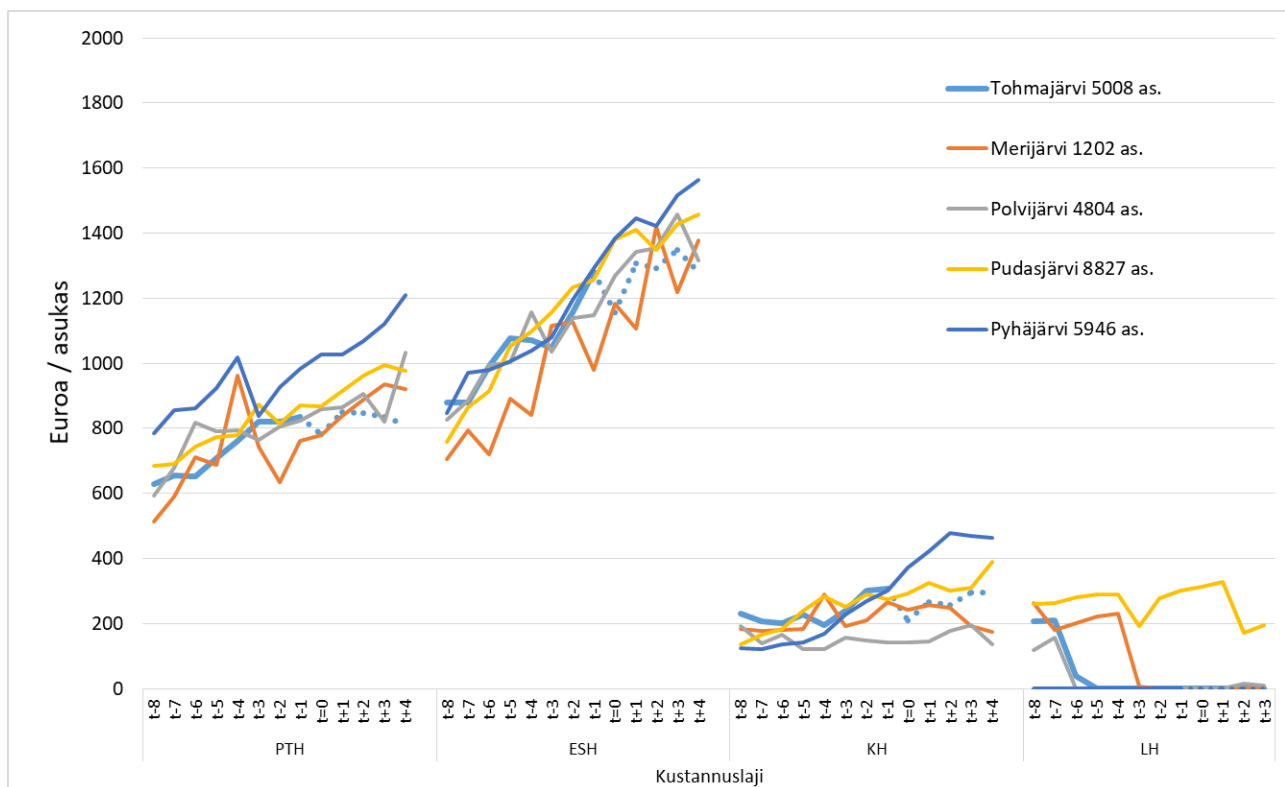
Tarkemmin katsottuna Rääkkylän perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksissa oli voimakas piikki ylöspäin ulkoistuksen jälkeisenä vuonna, minkä jälkeen kustannukset säilyivät suunnilleen entisellä tasolla. Sekä avohoidon että vuodeosastohoidon kustannuksissa oli ulkoistusvuonna puolestaan notkahdus alaspäin. Avohoidon kustannustaso on säilynyt pidemmällä aikavälillä verraten alhaisena (512 € / asukas vuonna 2016), mutta vuodeosastokustannuksissa (365 € / asukas) se on säilynyt jatkuvasti selvästi keskiarvon yläpuolella. (Liite 8.) Tämä saattaa selittyä kunnan ikärakenteella (kuvio 5.2.3.6). Vuoden 2017 tiedot vahvistavat kuvaa Rääkkylän sote-kustannusten säilymisestä suhteellisen vakaina ja verrokkeja matalammalla tasolla.

Rääkkylän kohdalla ensimmäisenä vuonna ulkoistuksen jälkeen (2012) erikoissairaanhoidon kustannukset olivat Sotkanet-tietokannassa huomattavan pienet (48 € / asukas). Tämä tieto osoittautui tilastovirheeksi ja se on tarkastelussa poistettu ESH-keskiarvoista. Tiedossa ei ole, sisältyykö virhe Sotkanetin laajempiin sote-indikaattoreihin, mutta sillä ei ole käytännössä kovin suurta merkitystä tässä tarkastelutavassa.

6.2 Tohmajärvi

Tohmajärvelle (ulkoistus 2013) on löydettävissä useampi verrokkikunta, jotka ovat ulkoistustodennäköisyydellä mitattuna myös sille läheisempiä kuin Rääkkylän tapauksessa. Tohmajärven ulkoistuksen yhteyttä kustannuskehitykseen voitiin seurata viiden vuoden ajan. Kuviosta 6.2. nähdään, että Tohmajärvi menestyi varsin hyvin vertailussa samankaltaisiin kuntiin. Vain yhden neljästä verrokkikunnasta (1200 asukkaan Merijärvi) sote-kustannukset kasvoivat vähemmän kuin Tohmajärven. Vuoden 2017 tietojen perusteella Tohmajärven kustannukset olivat aiempaakin selkeämmin verrokkikuntia matalammalla tasolla.

Tohmajärven perusterveydenhuollon kustannukset eivät nousseet ulkoistuksen jälkeen ja pysyivät muihin ulkoistuskuntiin nähden keskimääräisellä tasolla sekä avohoidon että vuodeosastohoidon puolella (490 € ja 295 € per asukas). (Liite 8.)

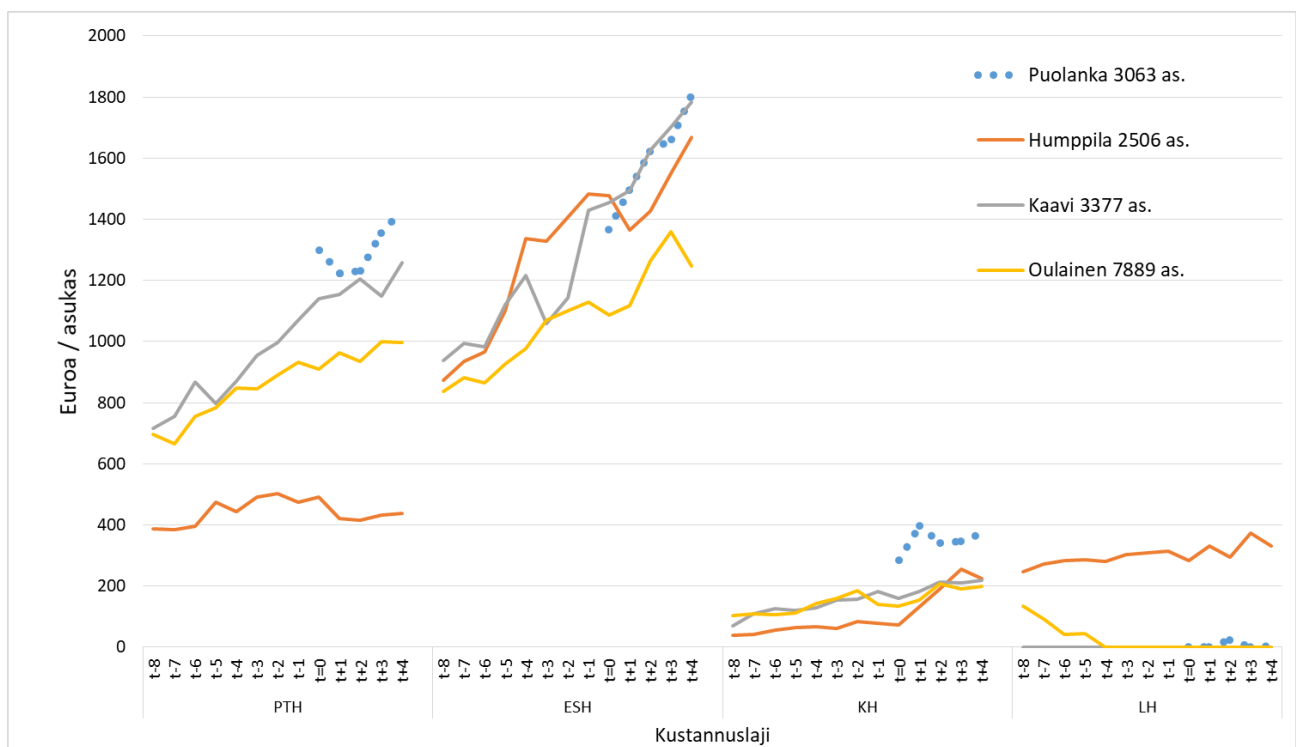


Kuvio 6.2. Tohmajärven (ulkoistus 2013) ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.3 Puolanka

Puolanka irtautui vuonna 2013 Kainuun kokeilualueesta, eikä siitä ole saatavilla kustannustietoa ajalta ennen ulkoistusta. Puolangan ja sen verrokkien osalta käytettiin tämän vuoksi 'ennen'-tiedon sijaan ulkoistusvuoden kustannustietoja. Ulkoistusvuodesta eteenpäin Puolangan sote-kustannukset asukasta kohti olivat varsin korkeat. Kuviosta 6.3. nähdään, että sen kustannukset olivat ulkoistuksen jälkeen verrokkikuntia voimakkaammassa kasvussa. Toisin sanoen kokonaisulkoistus ei tuottanut verrokkikuntiin nähden kustannussäästöjä. Toisaalta voidaan todeta, että Puolanka oli jo lähtökohtaisesti hyvin korkean kustannustason kunta verrokkeihinsakin nähden. Erikoissairaanhoidon kustannukset nousivat yhtä voimakkaasti verrokkikunnissa tarkasteluajanjaksolla. Vuoden 2017 perusteella kustannustaso oli edelleen nousussa ja säilyi tasoltaan verrokkeja korkeampana.

Eryteisesti Puolangan avohoidon kustannukset kääntyivät nousuun ulkoistuksen jälkeen. Vuodeosastokustannukset puolestaan laskivat. Molemmat olivat kuitenkin verraten korkeita (946 ja 312 € / asukas). (Liite 8.)



Kuvio 6.3. Puolangan (ulkoistus 2013) ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen. Puolangan aiemmat tiedot puuttuvat, koska kuului Kainuun hallintokokeiluun, jossa ei tilastointia.

Puolangan tavoitteena oli järjestäjätahon haastattelun perusteella säilyttää mahdollisimman kattavat lähipalvelut. Haastattelun mukaan vertailukohtan löytäminen on vaikeaa, sillä Itä- ja Pohjois-Suomen kunnissa on käynnissä palvelujen karsimista ja keskittämistä maakuntien pääkaupunkeihin. Myös väestön ikääntyminen ja väheneminen ovat olleet erityisen voimakkaita Puolangassa.

6.4 Mänttä-Vilppula

Mänttä-Vilppulan kokonaisulkoistuksen vaikutuksia on tutkittu aiemmin yksityiskohtaisesti ulkoistusvuoden 2013 osalta (Linna & Seppälä 2017). Tulokset olivat varsin edullisia kunnan kustannuskehityksen kannalta.

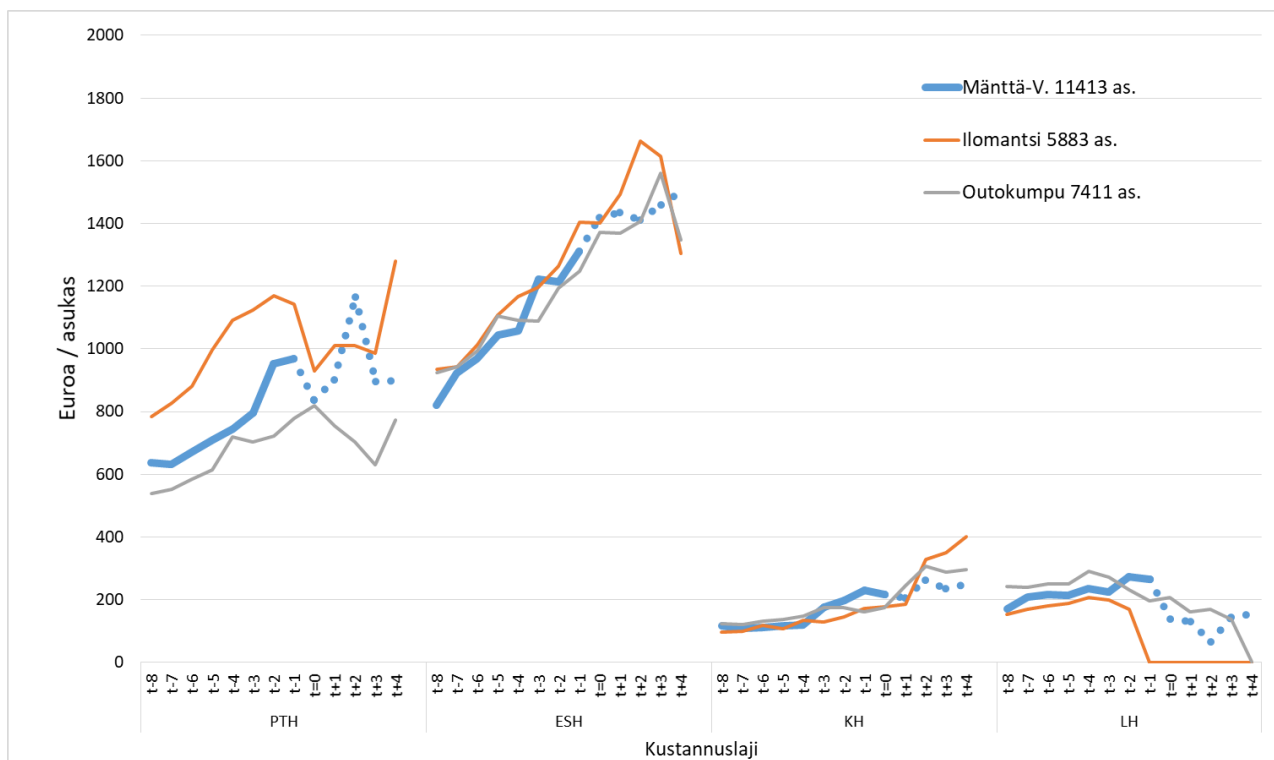
Suorahankintana kolme vuotta jatkettua kokonaisulkoistuksen taustalla oli sairaanhoitopiirin palvelujen päätyminen. Palvelusopimus tuli voimaan vuonna 2016.

Mänttä-Vilppulan kustannuskehitys on ollut keskimääräistä verrokkeihin nähden. Ennen ulkoistusta näkyi, että Mänttä-Vilppulan sekä PTH- että ESH-kustannukset nousivat verrokkien tapaan erittäin voimakkaasti. PTH:n osalta ulkoistusvuoden jälkeen kustannuskehitys rauhoittui sekä Mänttä-Vilppulassa että verrokeissa. Mänttä-Vilppulassa ESH-kustannusten ja kotihoidon kustannusten kasvu puolestaan pysähtyi toisin kuin verrokeissa. PTH-kustannukset putosivat kahden vuoden ajaksi noin 10 prosentilla, mutta kolmantena vuonna ne (t+2) nousivat sitäkin voimakkaammin (20 %). Neljäs vuosi oli jälleen maltillisempi.

Verrattuna muihin vuonna 2013 ulkoistuksen tehneisiin ja neljän seurantavuoden tarjoaviin kuntiin Mänttä-Vilppulan kokonaiskustannusten kasvu oli hieman voimakkaampaa. Vuoden 2017 osalta sote-kustannukset säilyivät lähes aiemmalla tasolla samalla kun verrokkien kehitys oli sahaavampaa.

Mänttä-Vilppulan perusterveydenhuollon - sekä avohoidon että vuodeosastohoidon - kustannukset säilyivät jotakuinkin aiemmalla tasolla ulkoistuksen jälkeen (595 ja 152 € / asukas). (Liite 8.)

Mänttä-Vilppulan ulkoistuksen osalta tämän selvityksen tulokset täydentävät Linnan ja Seppälän (2017) alkuvaiheen havaintoja. Heidän mukaansa Mänttä-Vilppulan ulkoistus (2013) tuotti noin 10 prosentin säästöt alkuvuosina. Pidemmän aikasarjan perusteella kustannusten taso ja kehityssuunta eivät kuitenkaan kokonaisuutena eronneet tässä käytetyistä verrokkikunnista. Tässä selvityksessä havaittiin, että Mänttä-Vilppula oli palvelutarpeensa osalta melko poikkeava mistään muista kunnista, ja sille löydettiin estimoinnin perusteella vain kaksi verrokkia, jotka kuitenkin sijaitsivat maantieteellisesti melko etäällä Mänttä-Vilppulasta. Linnan ja Seppälän (emt.) tutkimuksessa väestöpohjaltaan ja palveluiden käytöltään sopivia verrokkikuntia löydettiin 17 kappaletta eri sairaanhoitopiirien alueelta, ja siinä kontrolloitiin myös palveluiden volyymi. Toisaalta käsillä olevan selvityksen tulkinta perustuu osin myös vuosikeskiarvoon ja siinä tapahtuneeseen vuosivaihtelusta tasoitettuun muutokseen, mikä oli hieman erilainen lähtökohta kuin mainitussa tutkimuksessa.



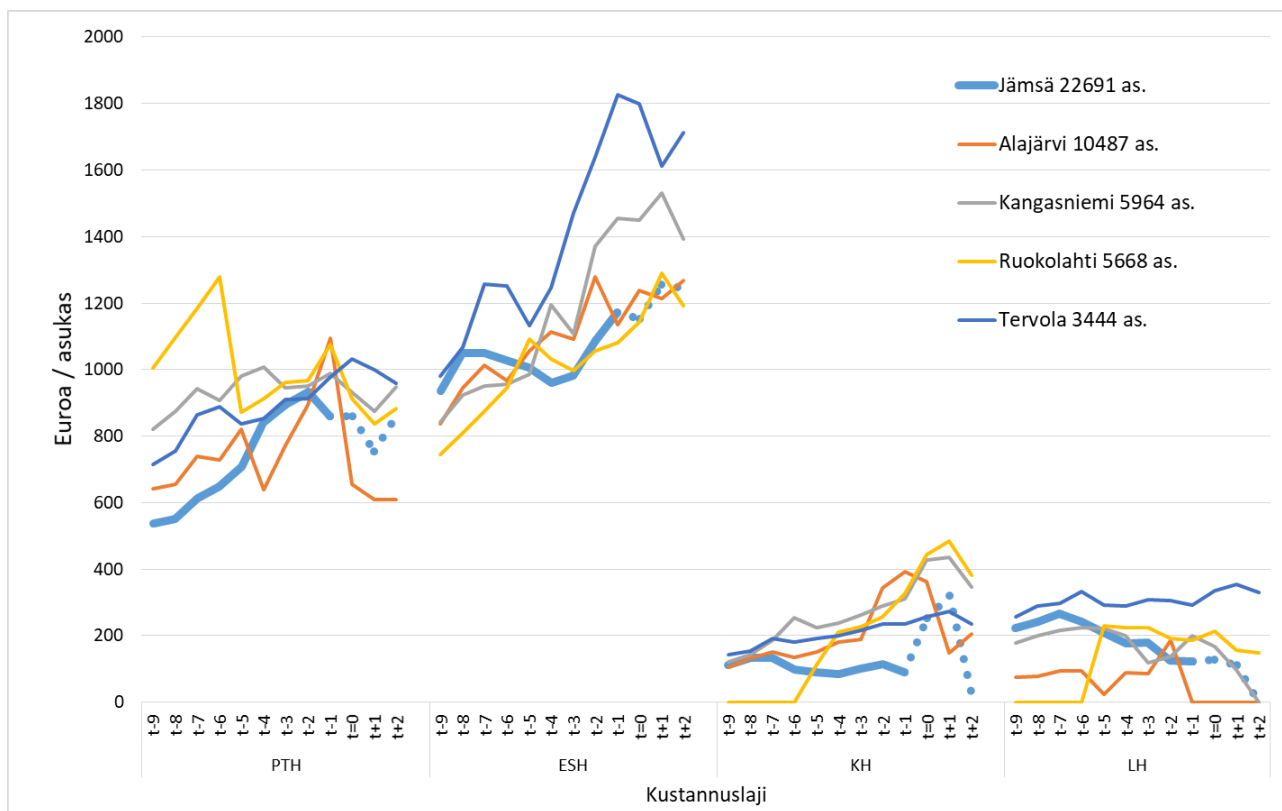
Kuvio 6.4. Mänttä-Vilppulan ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.5 Jämsä

Jämsä on suurin kokonaisulkoistuksen toteuttanut kunta, ja sille verrokkien löytäminen on haastavaa. Asukasluvultaan lähimpänä on Alajärvi, jonka sote-kustannukset ovat laskeneet tarkasteluajana. Kahden vuoden seurannan aikana Jämsän PTH-kustannukset laskivat ulkoistuksen myötä perusterveydenhuollossa, mutta erityisesti kotihoidon kustannukset puolestaan kasvoivat. Verrokkikuntien kustannusrakenteen muutos oli itse asiassa varsin samanlainen useimmissa verrokkikunnissa. (Kuvio 6.5.)

Vuoden 2017 tietojen perusteella Jämsän kustannukset pysyttelivät verrokkeihin nähden hieman matalammalla tasolla ja melko vakaina.

Jämsän perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset laskivat ulkoistuksen jälkeen loivasti, vuodeosastohoidon kustannukset hieman jyrkemmin. Kustannusten taso oli hieman keskimääräistä matalampi (494 ja 180 € / asukas). (Liite 8.)

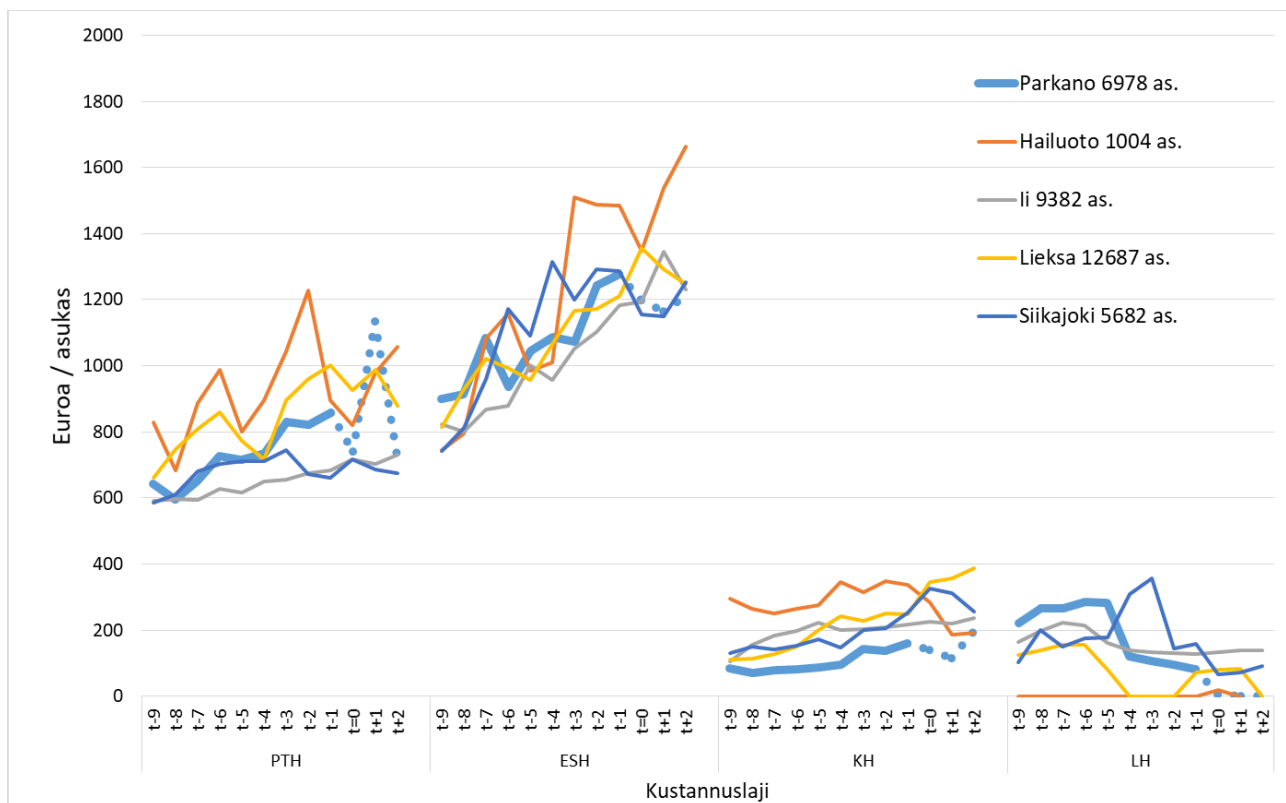


Kuvio 6.5. Jämsän ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.6 Parkano-Kihniön yhteistoiminta-alue

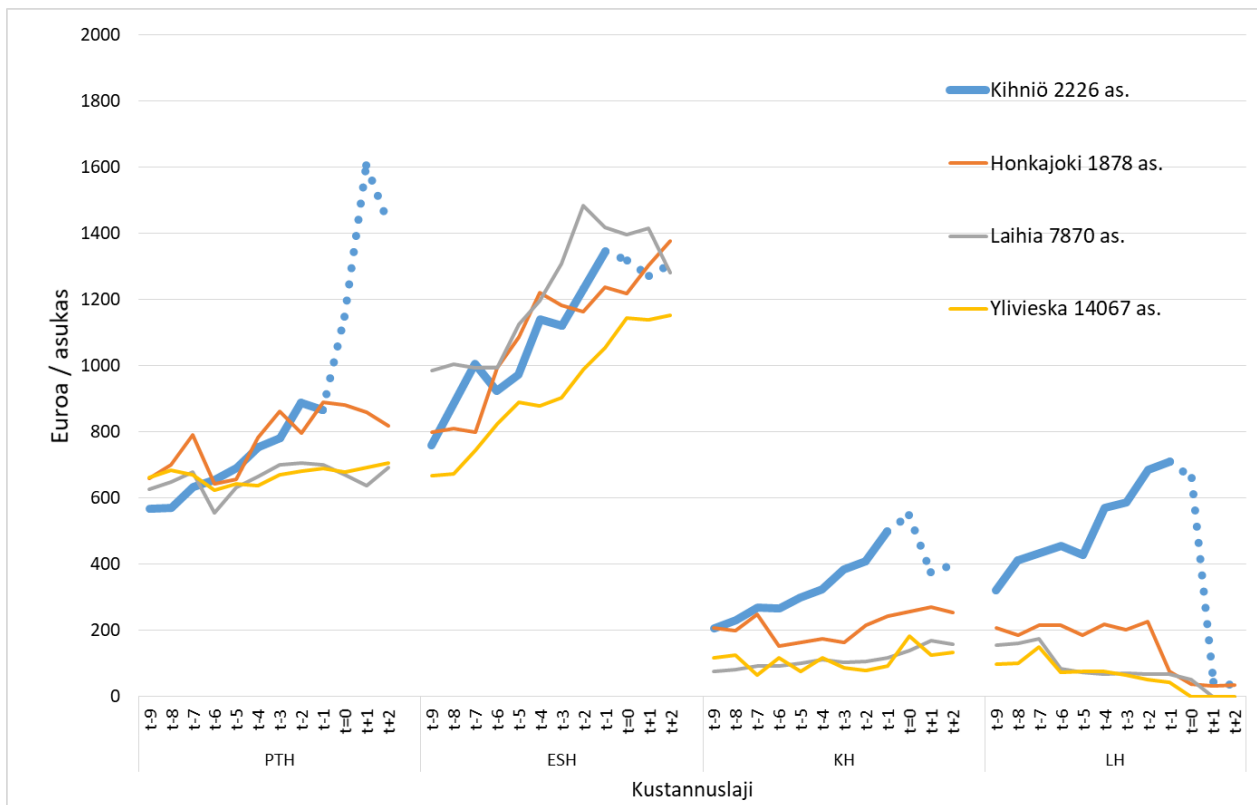
Parkano-Kihniön osalta kustannusten tilastoinnissa tapahtui muutos vuonna 2016, mikä haittaa vertailua (Kuviot 6.6.1 ja 6.6.2).¹⁰ Todennäköisesti kokonaiskustannuksissa tapahtui pientä nousua sekä Parkanon että Kihniön kohdalla. Kuvioista 6.6.3 nähdään, että Parkanon kokonaiskustannukset ovat nousseet varsin maltillisesti ulkoistusvuonna ja sitä seuraavana vuonna ja kustannusrakenne on säilynyt melko samanlaisena. Kihniössä (Kuvio 6.6.4.) kustannusten kasvu on ollut voimakkaampaa. Kustannusrakenteen muutoksessa näkyy tilastoinnin muutos, eli ikääntyneiden laitoshoidon kustannuksia on siirtynyt perusterveydenhuollon puolelle.

Vuonna 2017 Parkanon PTH-kustannuksissa näkyy merkittävää laskua. Kokonaisuudessaan Parkanon sote-kustannukset ovat suurin piirtein verrokkien tasoa. Kihniön PTH-kustannukset kääntyivät vuonna 2017 laskuun, mikä kompensoi ensimmäisten ulkoistusvuosien voimakasta nousua.

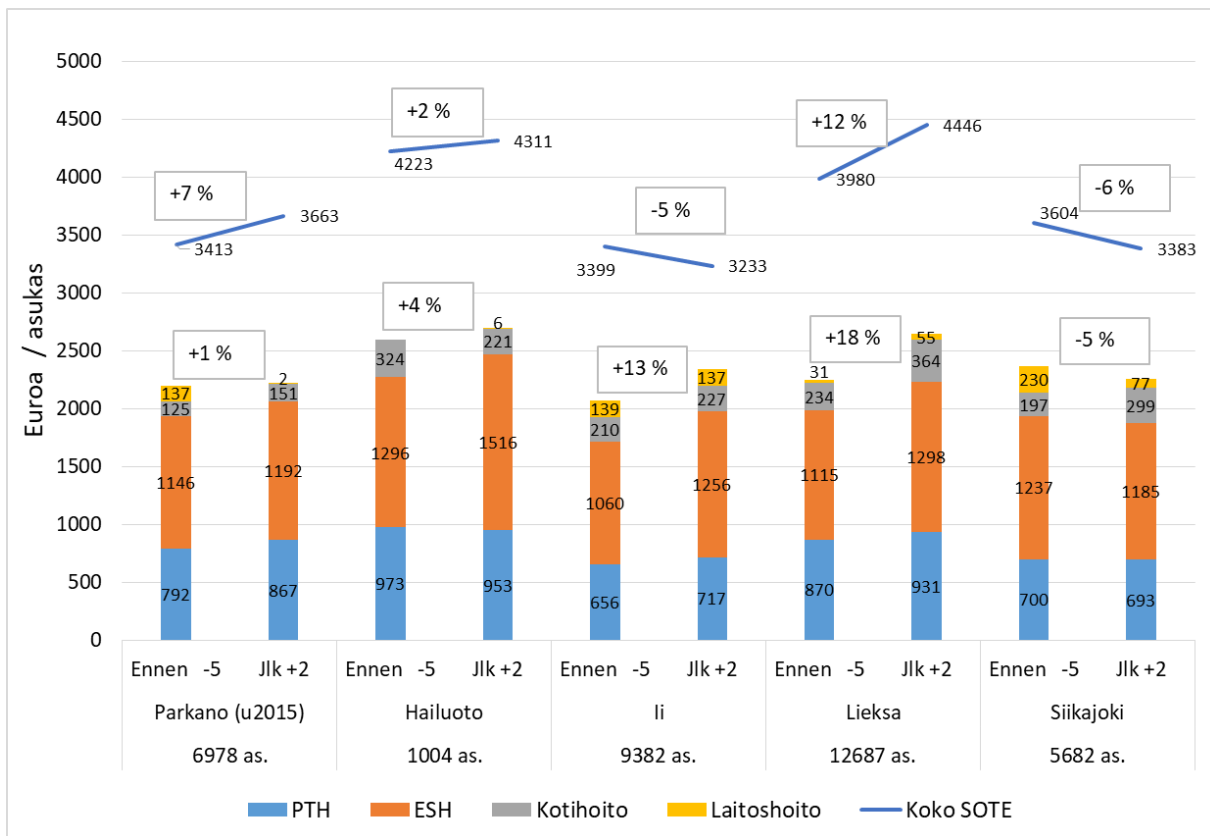


Kuvio 6.6.1. Parkanon ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

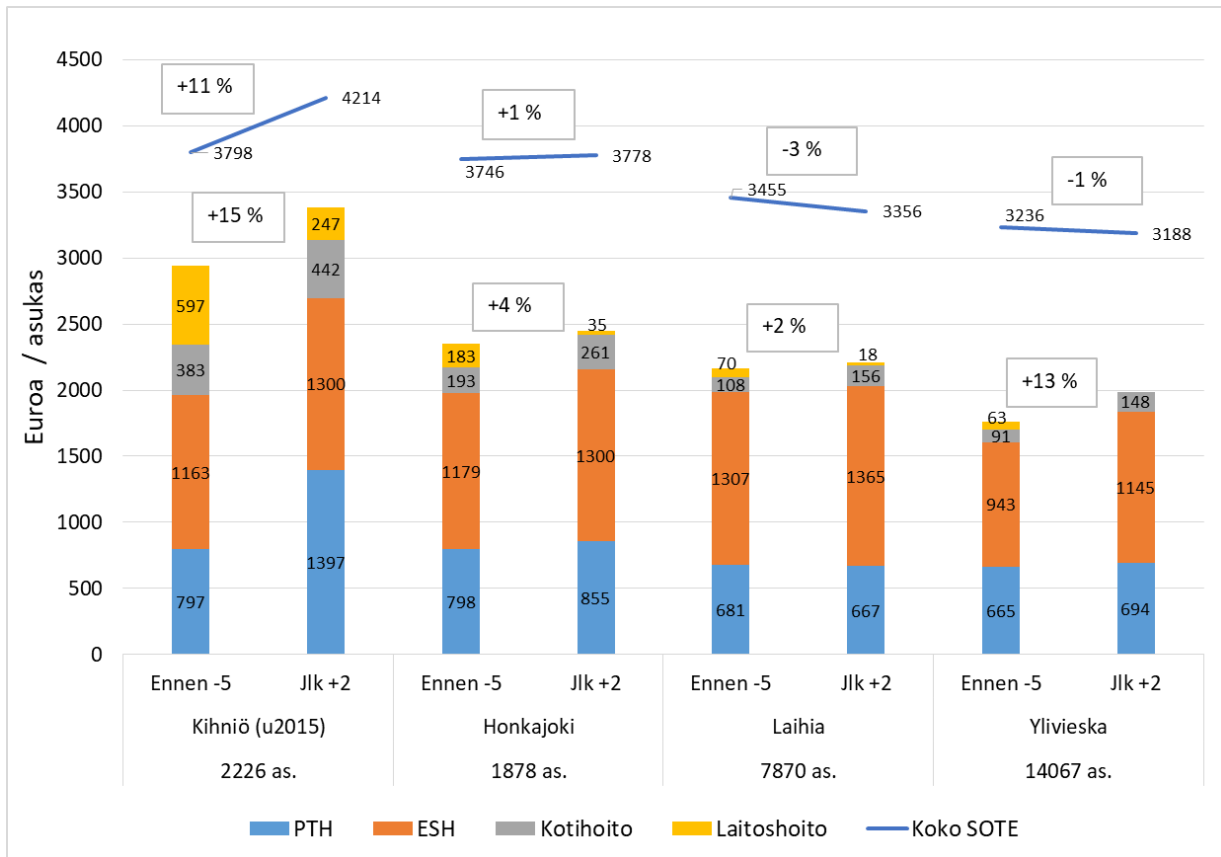
¹⁰ Kunnan antaman tiedonannon perusteella kyse oli yhteistoiminta-alueen muodostamisen yhteydessä tapahtuneesta tilastoinnin muutoksesta aiempaan. Palveluntuottaja tilastoi Kihniön vuoden 2016 laitoshoidon vuodeosastohoidon puolelle, mutta käyttötuotot tuloutuivat edelleen isäntäkunnan kirjanpidossa laitoshoidon puolelle. Tarkempia kuntakohtaisia lukuja selvitettiin yhteistoiminta-alueelta, mutta kuntakohtaisia lukuja ei ollut saatavilla vaan ne ilmoitettiin koko yhteistoiminta-alueen osalta. Selvyyden vuoksi kuntakohtaiset kuviot on laadittu Sotkanetin lukujen perusteella.



Kuvio 6.6.2. Kihniön ja sen verkokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen. (Kihniön PTH:n ja LH:n poikkeavat luvut vuonna 2016 (t+1) johtuvat tilastointitavan muutoksesta, mutta ne myös näyttävät suurin piirtein kumoavan toisensa.)



Kuvio 6.6.3. Parkanon ja sen verkokkikuntien sote-kustannusten keskimääräinen vuosimuutos viitenä vuonna ennen ulkoistusta (t-5 – t-1) ja ulkoistuksesta alkaen kolmen vuoden aikana (t0 – t+2).



Kuvio 6.6.4. Kihniön ja sen verokkikuntien sote-kustannusten keskimääräinen vuosimuutos viitenä vuonna ennen ulkoistusta (t-5 – t-1) ja ulkoistuksesta alkaen kolmen vuoden aikana (t0 – t+2).

6.7 Kärsämäki

Kärsämäen kunnan kokonaisulkoistus tapahtui samoin kuin edellä vuonna 2015. Toisin kuin verokkikunnissaan sen sote-kustannukset ovat kokonaisuutena laskeneet selvästi kahden vuoden seuranta-aikana. Erityisesti laskusuunta näkyy perusterveydenhuollon kustannuksissa. PTH-, ESH- ja kotihoitokokonaisuuden kustannuskasvu oli melko kohtuullista (9 %). Voidaan arvioida Kärsämäen saavuttaneen niiden osalta todennäköisesti merkittävää säästöä kokonaisulkoistuksen myötä. Toisaalta verokkikunnista suurimmalla eli Kokemäellä kustannusten kasvu oli vielä maltillisempaa. (Kuvio 6.7.)

Vuoden 2017 tietojen perusteella Kärsämäen sote-kustannukset ovat säilyneet verrokkeihin nähden keskimääräisellä tasolla.



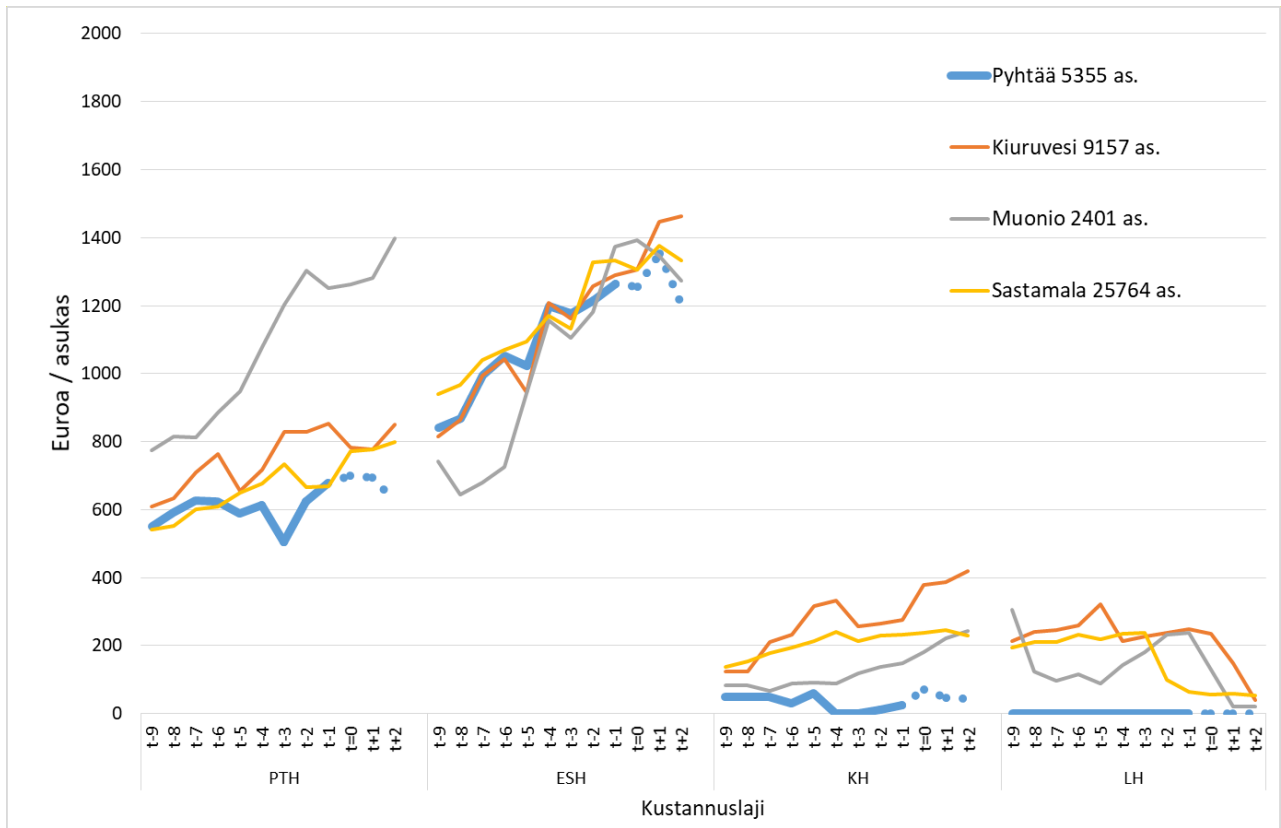
Kuvio 6.7. Kärämäen ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoituksesta alkaen.

6.8 Pyhtää

Pyhtään kokonaisulkoituksen (2015) jälkeen sen sote-kustannukset säilyivät kokonaisuudessaan lähes entisellä tasolla samalla kun verrokkikuntien kustannukset hieman kasvoivat. Ilman laitoshoidon tarkasteltuna Pyhtään PTH-, ESH- ja kotihoitokustannusten nousu oli verrokkeihin nähden keskitasoa – verrokkikunnissa nimenomaan laitoshoidon kustannukset laskivat voimakkaasti tarkasteluajana. Kokonaisulkoituksen yhteys kustannuksiin ei erotu seuranta-aikana selvästi suuntaan eikä toiseen. (Kuvio 6.8.)

Vuoden 2017 tietojen perusteella Pyhtään sote-kustannukset ovat kokonaisuudessaan laskeneet verrokkeja matalammalle tasolle.

Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset jatkoivat vähittäistä kasvuaan ulkoituksen jälkeen (558 € / asukas); vuodeosastohoidon kustannukset taas säilyivät hyvin matalalla tasolla (77 € / asukas). (Liite 8.)



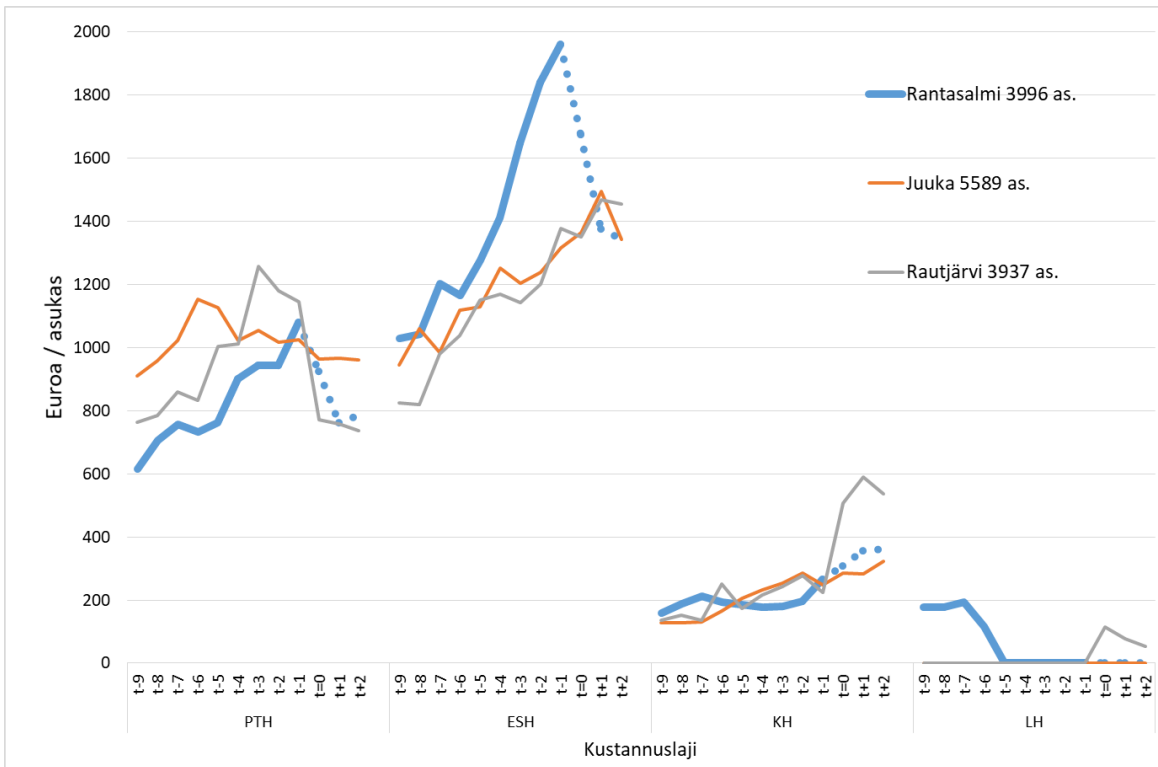
Kuvio 6.8. Pyhtään ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.9 Rantasalmi

Rantasalmen kunnan sote-kustannukset laskivat sekä kokonaisuutena (1 %) että PTH- ja ESH-kustannusten osalta (7 %) ulkoistusvuoden 2015 jälkeen. Vain kotihoidon kustannukset kasvoivat. Kahden vuoden seuranta-aikana verrokkikuntien kustannukset olivat selvässä nousussa. Kokonaisulkoistus tuotti todennäköisesti merkittävää kustannussäästöä Rantasalmelle. (Kuvio 6.9.)

Vuoden 2017 tiedot kertovat, että Rantasalmen sote-kustannukset ovat säilyneet melko vakaina verrokkien tasolla.

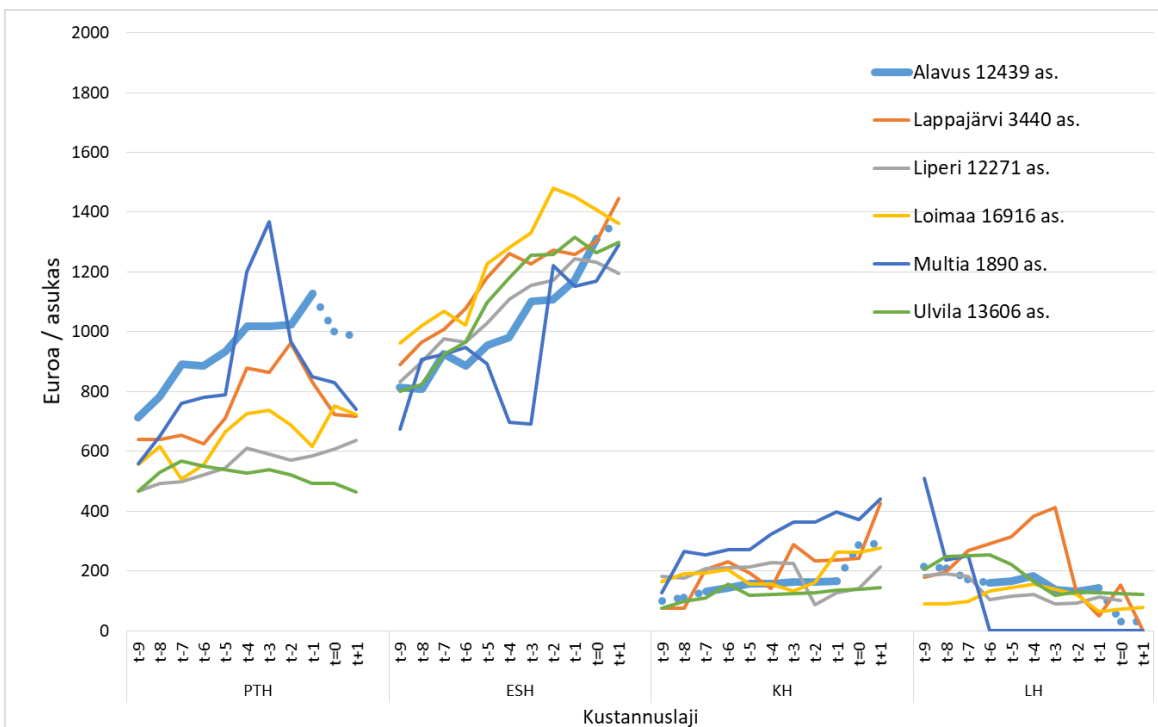
Rantasalmen perusterveydenhuollon kustannustaso pysyi vakaana ulkoistuksen jälkeen; vuodeosastohoidon kustannukset laskivat hieman. Molemmat ovat keskimääräistä tasoa (490 ja 244 € / asukas) (Liite 8).



Kuvio 6.9. Rantasalmen ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.10 Alavus

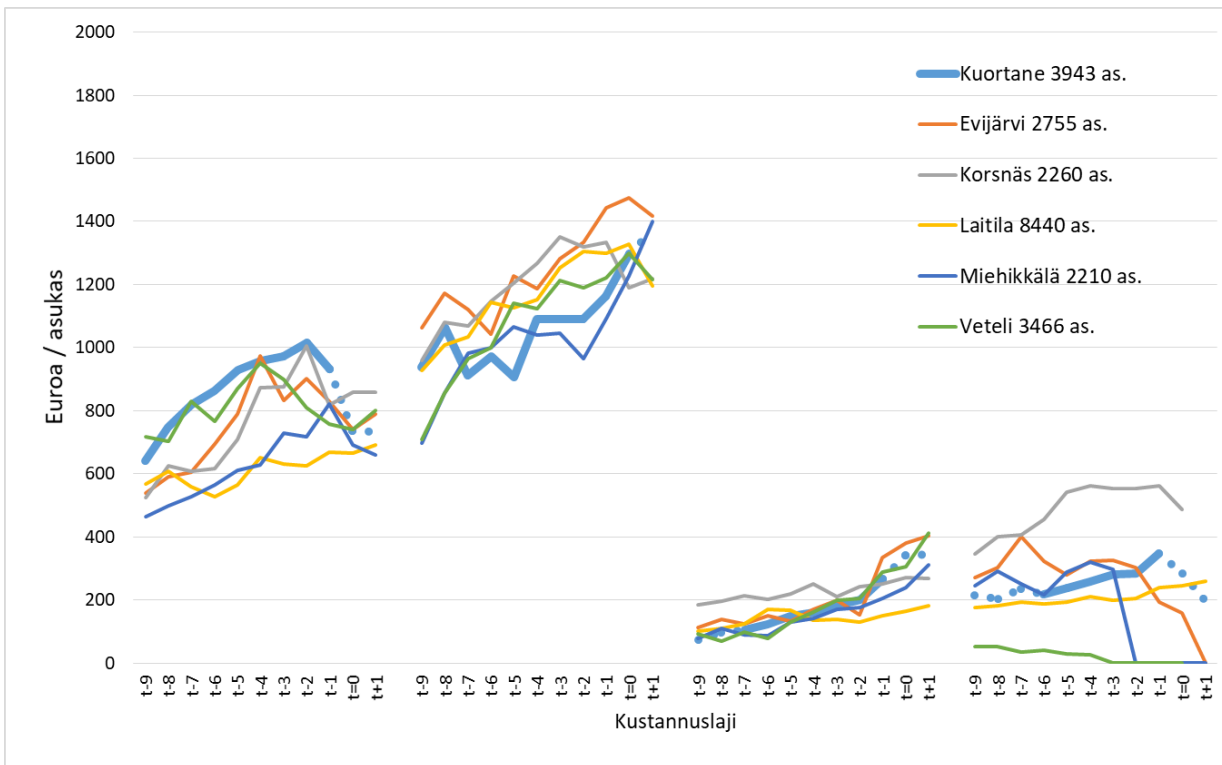
Alavuden ulkoistus vuonna 2016 näkyy PTH-kustannusten alenemisena. Verrokkeihin nähden Alavuden kustannuskehitys ulkoistuksen jälkeen ei erotu juurikaan suuntaan eikä toiseen. (Kuvio 6.10.)



Kuvio 6.10. Alavuden ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.11 Kuortane

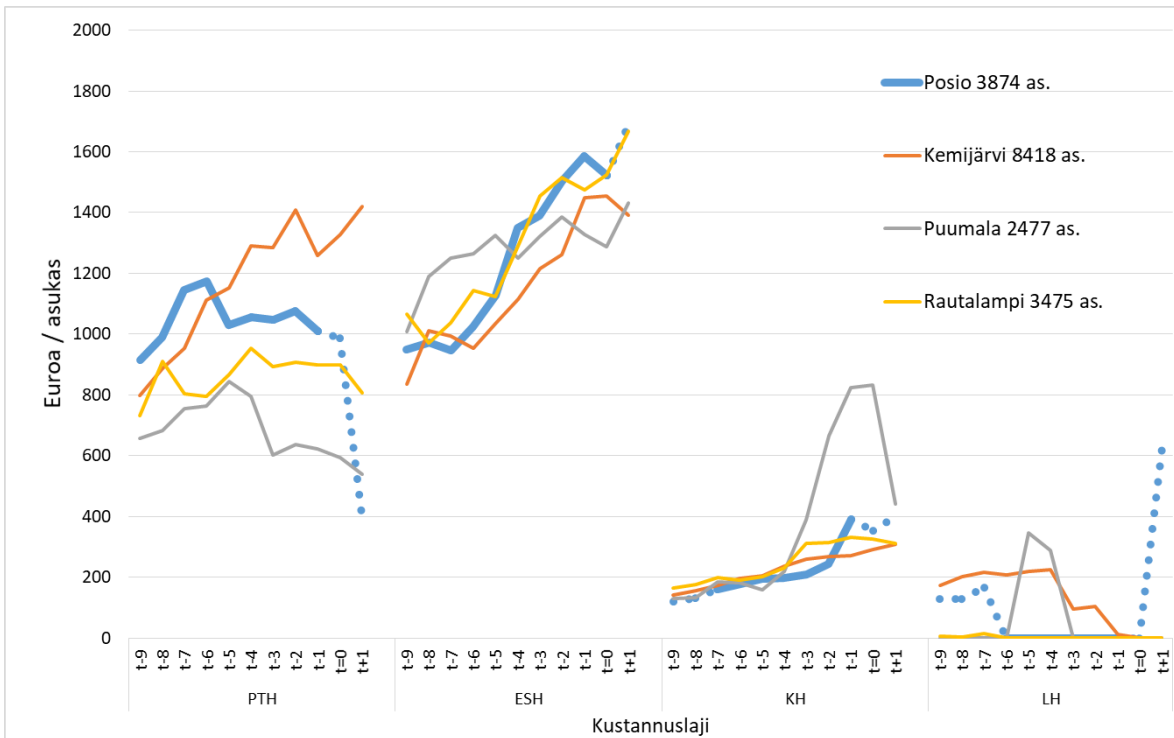
Kuortaneen (ulkoistus 2016) sote-kustannuksissa tapahtui laskua ulkoistuksen jälkeen PTH:n ja laitoshoidon osalta. Eroa verrokkeihin ei juuri ole nähtävissä. (Kuvio 6.11.)



Kuvio 6.11. Kuortaneen ja sen verokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.12 Posio

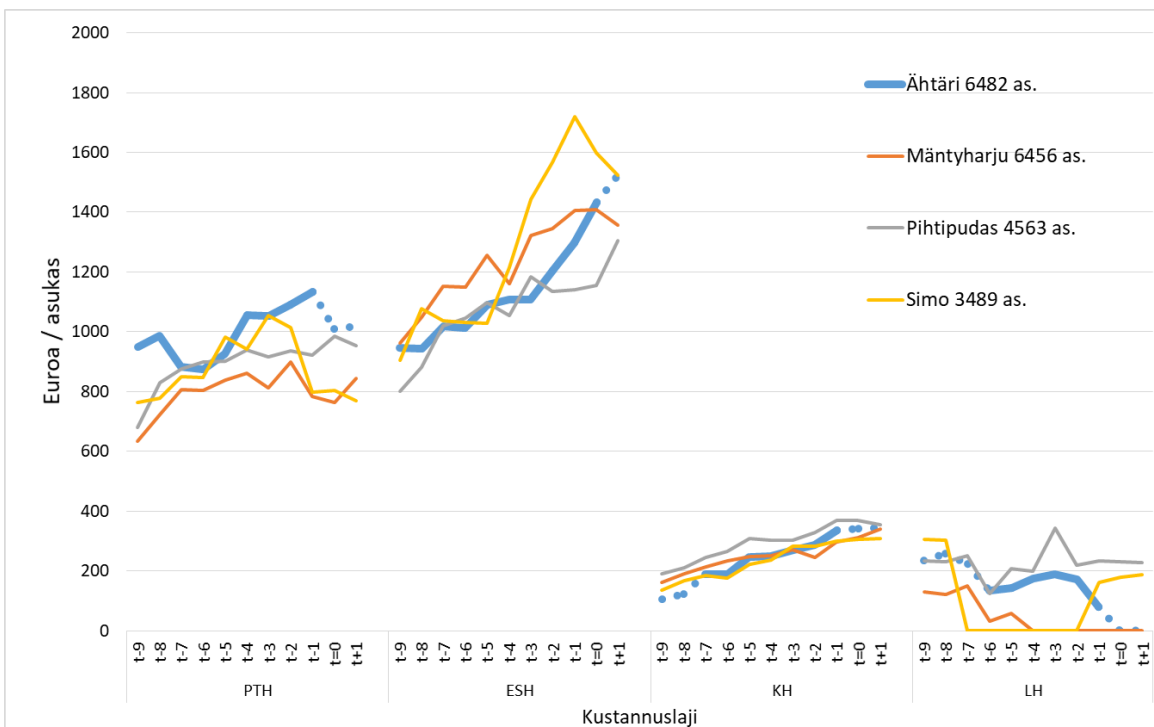
Posion (ulkoistus 2016) sote-kustannukset laskivat ulkoistuksen jälkeen PTH:n osalta voimakkaasti, mutta kasvoivat muilta osin hieman suhteessa verrokkeihin. (Kuvio 6.12.)



Kuvio 6.12. Posion ja sen verkokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

6.13 Ähtäri

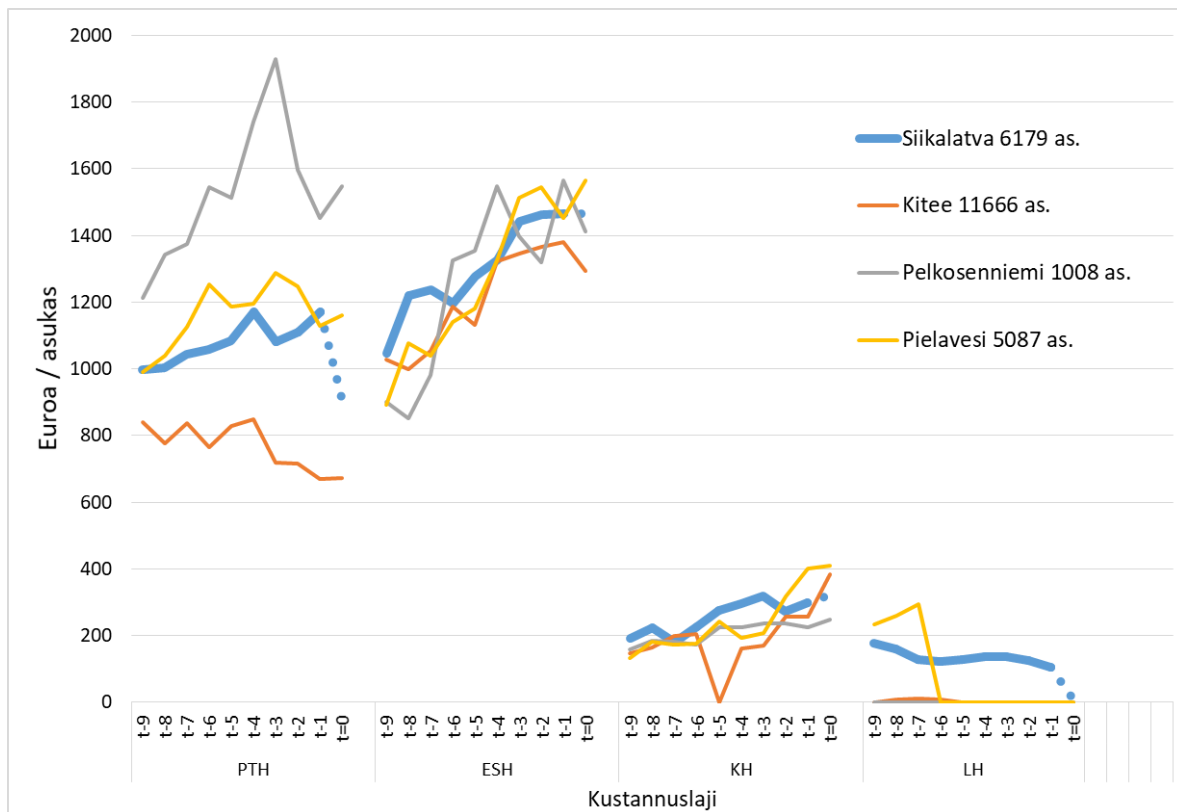
Ähtäriin ulkoistus tapahtui kuten edellä vuonna 2016. PTH-kustannuksissa tapahtui pientä laskua, mutta ESH-kustannukset vastaavasti nousivat. (Kuvio 6.13.)



Kuvio 6.13. Ähtäri ja sen verkokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteiviiva ulkoistuksesta alkaen.

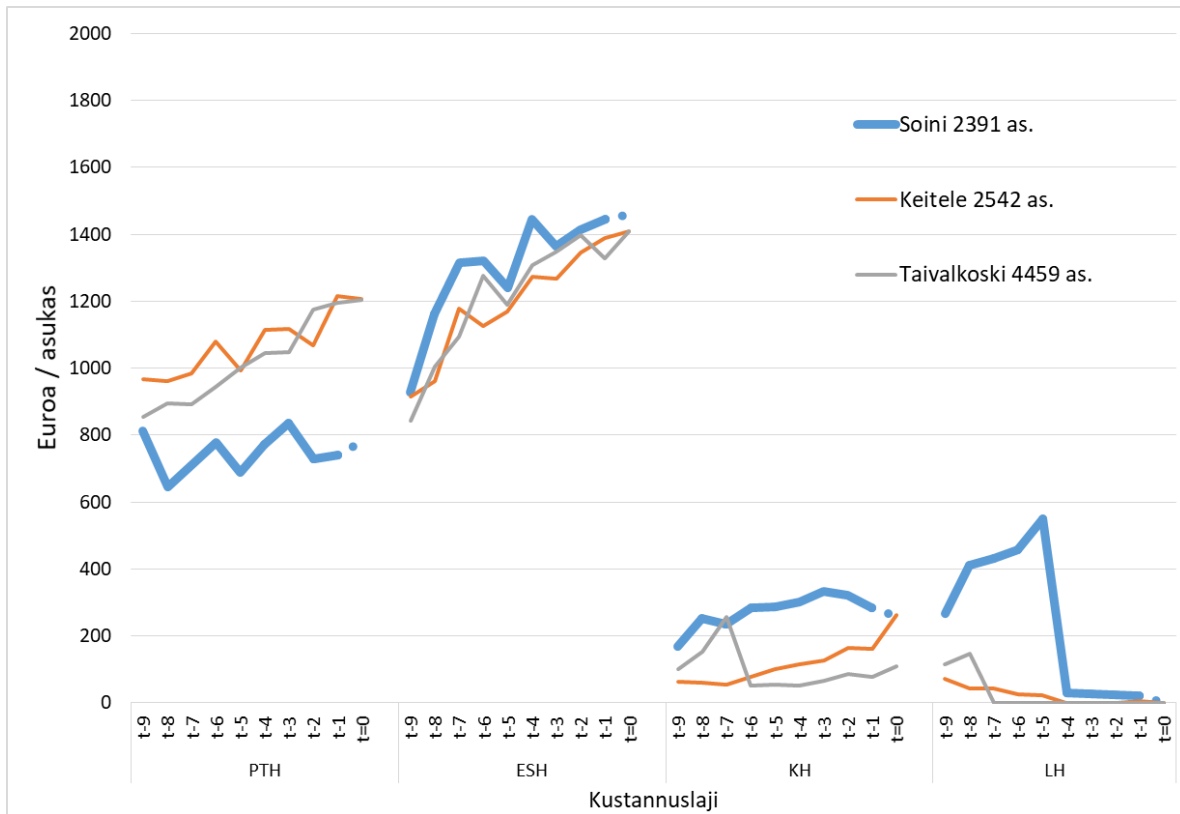
6.14 Muut kunnat (ulkoistus 2017)

Siikalatvan kokonaisulkoistus tehtiin vuonna 2017. Kuviosta 6.14.1. nähdään ulkoistusvuonna tapahtuva käänne matalampiin PTH-kustannuksiin. Siikalatvan kustannukset ovat vuoden 2017 osalta keskimääräisiä verrokkeihin nähden.



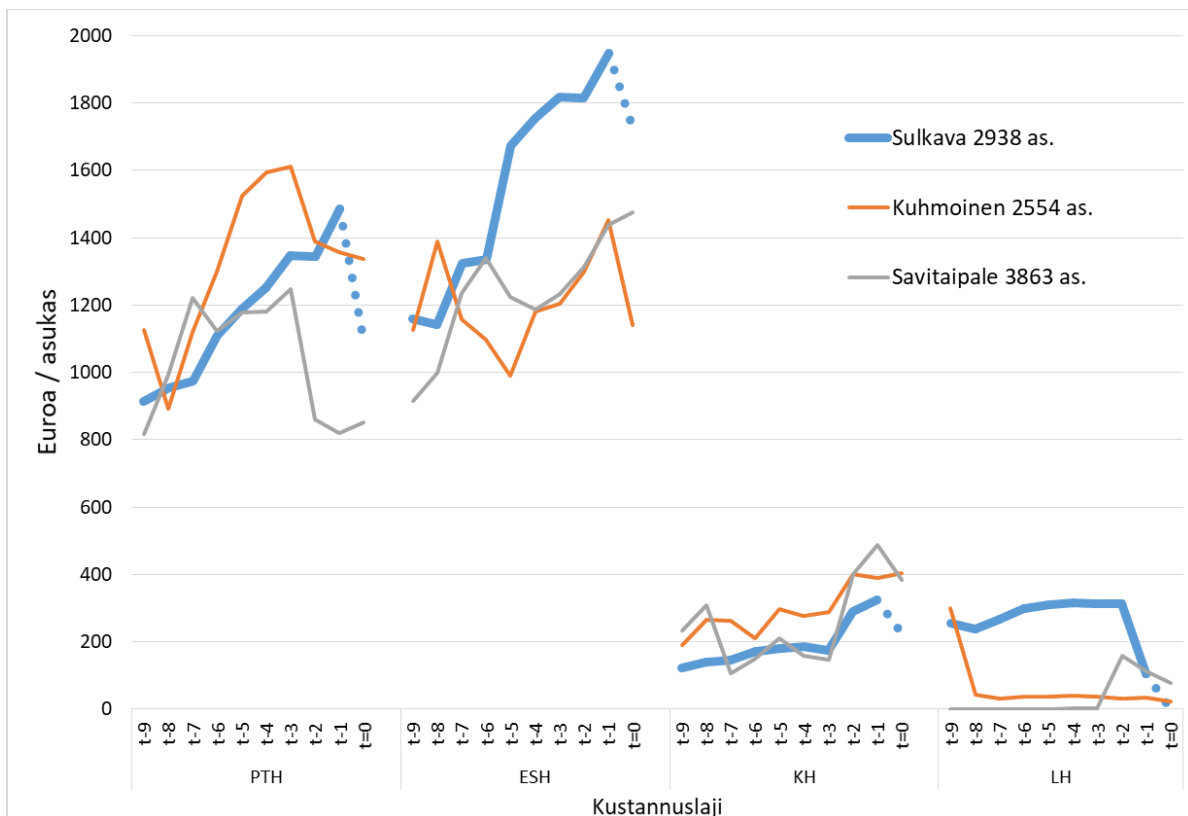
Kuvio 6.14.1. Siikalatvan ja sen verokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

Soinin (kuviosta 6.14.2.) kustannuskehitys jatkui melko samalla tasolla myös verrokkeihin nähden ulkoistusvuonna 2017.



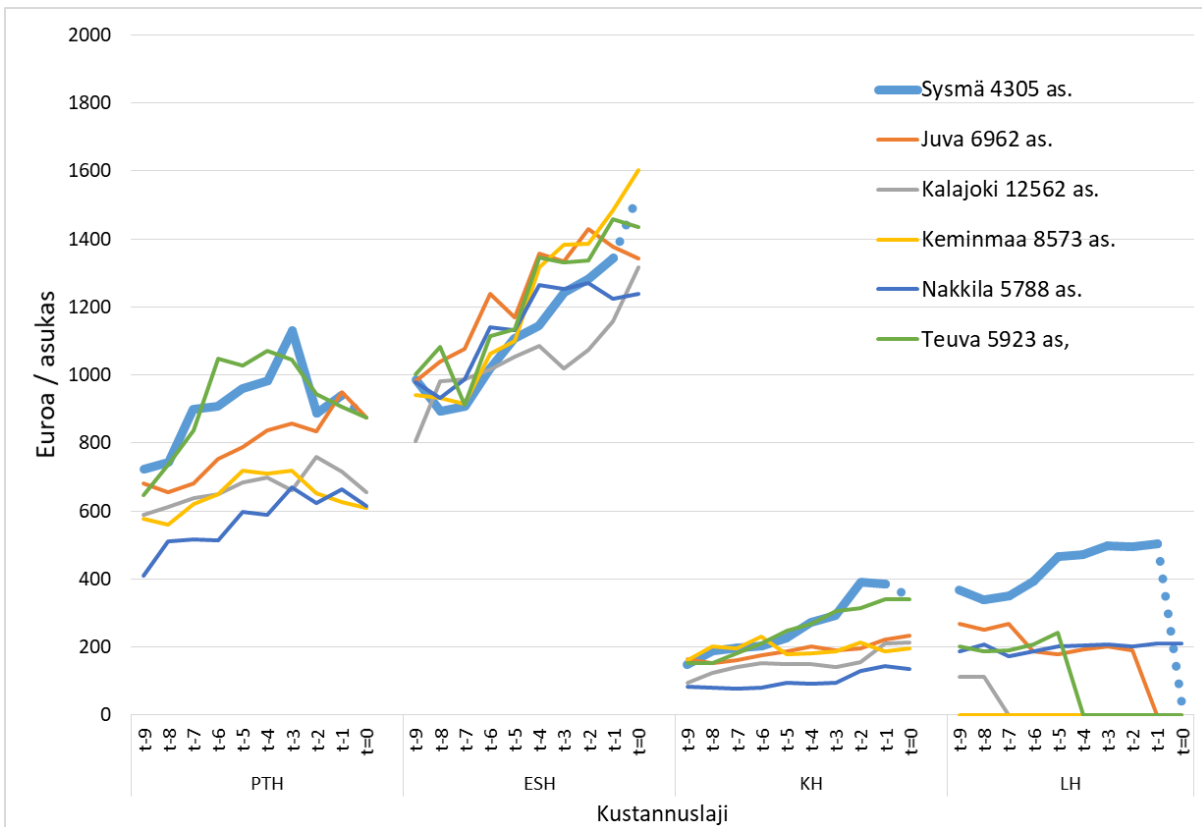
Kuvio 6.14.2. Soinin ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

Sulkavan sote-kustannukset laskivat ulkoistuksen myötä kaikilta osin, ja myös suhteessa verrokkeihin (kuvio 6.14.3).



Kuvio 6.14.3. Sulkavan ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoistuksesta alkaen.

Sysmän osalta ulkoistus ei näkynyt kustannuskehityksessä suhteessa verrokkeihin paitsi laitoshoidon laskun osalta (kuvio 6.14.4.).



Kuvio 6.14.4. Sysmän ja sen verrokkikuntien kustannuskehityksen vertailu. Ulkoistusvuosi t=0. Pisteviiva ulkoituksesta alkaen.

Viimeisimmät vuosina 2016 ja 2017 tehdyt kokonaisulkoistukset eivät ole yhtä selkeästi yhteydessä kustannussäästöihin kuin aiemmin toteutetut ulkoistukset. Näyttääkin siltä, että ensimmäiset 2-3 vuotta ovat kehitykseltään varsin vaihtelevia kustannuslajeittain ja kunnittainkin.

Kokonaisuudessaan vuoden 2017 tiedot vahvistavat kuvaa siitä, että ulkoistukset ovat yhteydessä PTH-kustannusten lievään laskuun ja useissa tapauksissa myös ESH- ja laitoshoidon kustannusten laskuun. Kustannuskehitys näyttää myös usein vakautuneelta. Kuva ei kuitenkaan ole poikkeukseton.

Yhteenvetotaulukkoon tämän luvun alussa (taulukko 6.) on koottu vuotta 2017 koskevat havainnot. Niiden mukaan useimpien "vanhojen" ulkoistuskuntien kustannussäästöt ovat edelleen hieman lisääntyneet suhteessa verrokkikuntiin. Erot eivät kuitenkaan ole dramaattisia ja yksittäiset verrokkikunnat voivat olla myös saavuttaneet merkittäviä säästöjä. Syitä tähän on pohdittu muun muassa luvussa 3. (Haastattelut).

7 Sote-palvelujen saatavuus

Karkeasti voidaan todeta, että perusterveydenhuollon odotusajat ovat kokonaisulkoistuskunnissa keskimääräistä tasoa tai hieman lyhyemmät kuin vertailukunnissa. Yksityistä palveluntuotantoa leimaavat lisäksi käyntimäärien voimakas vaihtelu seuranta-aikana sekä jossain määrin suuremmat pitkien (yli 15 pv) odotusaikojen osuudet. Odotusaikojen kunnittaiset jakaumat ovat melko pysyviä ja tulokset viittaavat polkuriippuvuuteen paikallisista olosuhteista. Tulokset viittaavat palvelujen kysynnän ja käyttödynamiaan muutoksiin samaan aikaan ulkoistamisen kanssa, mutta tämän muutoksen suunnasta ei voida todeta mitään varmaa. On myös mahdollista, että siirtymävaihe erityisesti aiemmasta yhteistoiminnallisesta palveluntuottamistavasta yksityisiin palveluihin on aiheuttanut palvelujen saatavuuden väliaikaista heikentymistä. Myös yksityisten palvelujen käynnistämiseen liittyvää viivettä saattaa olla paikoin havaittavissa. Johtopäätöksiä on tehtävä varauksellisesti siksi, että kuntatasoista vertailua vaikeuttavat tilastoinnin epäyhtenevyudet. Tässä selvityksessä ei myöskään pystytty useassa tapauksessa luotettavasti huomioimaan ulkoistusta edeltäviä odotusaikoja, jotka ovat tilastoituneet sote-yhteistoiminnan tai vastaavan kokonaisuuden kautta. Sama koskee verrokkikuntia. Kaiken kaikkiaan tulokset ovat korkeintaan suuntaa antavia eivätkä sellaisenaan kerro kokonaisulkoistuksen yhteydestä erityisesti siksi, että odotusaikojen osalta ei ole mahdollista muodostaa samankaltaista vertailuasetelmaa kuin kustannusten analyysin osalta.

Tämän selvityksen tavoitteena oli lisäksi selvittää keskeisen laatuindikaattorin eli perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn odotusaikojen toteutumista kokonaisulkoistuskunnissa. Tähän tarkoitukseen käytettiin THL:n ylläpitämää Avohilmo-tilastopalvelua, jossa palvelujen toteutuneiden käyntien odotusajat on tilastoitu ja tiedot ovat saatavissa palvelupisteittäin koko maasta vuodesta 2015 alkaen. Palvelusta poimittiin kokonaisulkoistuskuntien palvelupisteiden odotusajat ja verrattiin niitä koko maan jakaumiin.¹¹ Koko maassa on tilastoitu vuosittain 1,2–1,5 milj. toteutunutta käyntiä; ulkoistuskunnissa käyntejä on ollut vuosittain noin 50 000. Niin koko maassa kuin tutkimuskunnissakin käyntien määrä on ollut laskussa vuosien 2015 ja 2017 välillä.

Taulukkoon 7. on koottu yhteenveto hoidon saatavuustarkastelusta. Siihen on väreillä poimittu joitakin keskeisiä tuloksia kunkin kunnan osalta. Kunnan nimen väriyys kuvaa kokonaisarviota kunnan odotusaikojen tasosta ja kehityksestä. Muutaman kunnan osalta suhteuttamista oli mahdollista tehdä myös niiden verrokkikuntiin. Kiinnekohtana pidettiin karkeaa keskimääräistä odotusaikojen jakaumaa: 0 päivää noin 40 %, 0-3 päivää noin 55 % ja yli 15 pv noin 20 %.

¹¹ Aineistossa ei yhdistynyt mitään palvelupistettä Soinin kuntaan, joka kuuluu Kuusiokuntien terveysyhtymään. Poiminnassa olivat mukana kaikki kuntien perusterveydenhuollon palvelut riippumatta siitä, kuuluivatko ne ulkoistussopimuksen piiriin. Sopimuskatsauksen perusteella suurin osa kuitenkin näyttäisi kuuluvan.

Taulukko 7. Perusterveydenhuollon odotusaikojen vertailu. Osuuden (%) vaihtelu vuosina 2015–2018. (- tarkoittaa kyseisen odotusajan osuuden vähenemistä, + kasvamista, ~ säilymistä lähes ennallaan; ? tarkoittaa ettei tieto ole saatavissa).

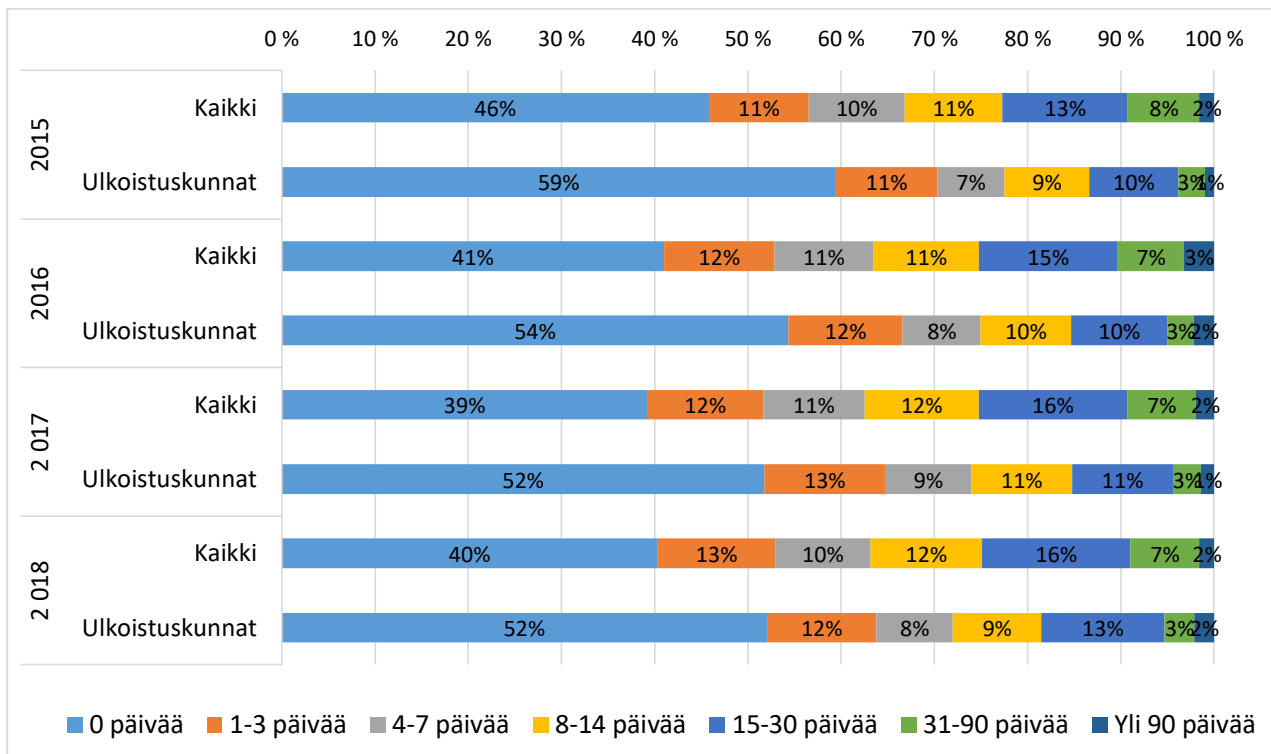
| Kunta | 0 päivää | | 0-3 päivää | | 0-14 päivää | | yli 15 päivää | |
|--|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | ennen ulkoistusta | ulkoistuksen jälkeen | ennen ulkoistusta | ulkoistuksen jälkeen | ennen ulkoistusta | ulkoistuksen jälkeen | ennen ulkoistusta | ulkoistuksen jälkeen |
| Keskiarvo n. | 40 | | 55 | | 75 | | 20 | |
| Ulkoistus 2011 (odotusajat 2015-2017) | | | | | | | | |
| Rääkkylä | ? | 29...60 - | ? | 45...71 - | ? | 75...86 - | ? | 14...26 + |
| Ulkoistus 2013 (odotusajat 2015-III/2018) | | | | | | | | |
| Tohmajärvi | ? | 34...51 - | ? | 44...62 - | ? | 81...88 + | ? | 13...19 - |
| Puolanka | ? | 71...78 - | ? | 74...84 - | ? | 75...86 - | ? | 18...26 + |
| Mänttä-V. | ? | 48...54 - | ? | 58...63 - | ? | 79...87 - | ? | 13...20 ~ |
| Ulkoistus 2015 (odotusajat 2015-III/2018) | | | | | | | | |
| Jämsä | ? | 44...51 - | ? | 61...68 - | ? | 75...86 - | ? | 14...23 + |
| Parkano | ? | 62...78 - | ? | 71...82 - | ? | 83...89 ~ | ? | 10...16 + |
| Kihniö | ? | 70...72 + | ? | 80...84 + | ? | 89...99 + | ? | 1...2 - |
| Kärsämäki (2016-III/2018) | ? | 46...49 ~ | ? | 60...70 + | ? | 80...89 ~ | ? | 12...21 ~ |
| Verrokki (2) | ? | 15...54 ~ | ? | 34...69 ~ | ? | 69...90 ~ | ? | 25...10 ~ |
| Pyhtää | ? | 4...31 - | ? | 4...35 - | ? | 62...35 - | ? | 39...65 + |
| Rantasalmi | ? | 10...25 - | ? | 15...43 + | ? | 38...85 + | ? | 25...62 - |
| Ulkoistus 2016 (odotusajat 2015-2017) | | | | | | | | |
| Alavus | 30 | 25...61 + | 30 | 30...67 + | 31 | 63...85 + | 71 | 31...37 - |
| Verrokki (3) | 5...60 | 9...30 + | 7...71 | 12...67 + | 19...83 | 24...84 ~ | 17...82 | 15...76 ~ |
| Kuortane | ? | 2...50 + | ? | 11...56 + | ? | 53...80 + | ? | 20...37 - |
| Verrokki (4) | 28...83 | 5...80 - | 51...85 | 57...83 - | 82...93 - | 70...96 - | 7...18 | 4...75 ~ |
| Posio | 49...68 | 51...61 - | 75...83 | 68...85 - | 95...95 | 95...97 ~ | 4...5 | 3...5 ~ |
| Verrokki (3) | 20...78 | 18...100 - | 45...82 | 31...100 - | 75...100 | 56...100 - | 16...24 | 0...43 ~ |
| Ähtäri | 27 | 68...72 + | 31 | 72...79 + | 40 | 76...94 + | 39 | 8...23 - |
| Verrokki (1) | 30 | 12...15 - | 41 | 21...23 - | 72 | 47...56 + | 28 | 44...53 - |
| Ulkoistus 2017 (odotusajat 2015-2017) | | | | | | | | |
| Siikalatva | ? | 74 | ? | 81 | ? | 88 | ? | 11 |
| Soini | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| Sysmä | 75...76 | 61- | 76...79 | 63 - | 82...83 | 72 - | 17...19 | 28 + |
| Sulkava | 17...49 | 95 + | 65...78 | 95 + | 81...86 | 99 + | 13...19 | 1 - |
| Ulkoistus 2018 (odotusajat 2015-III/2018) | | | | | | | | |
| Juupajoki | 23...33 | 48 + | 46...52 | 67 + | 88...91 | 94 + | 9...13 | 6 - |

Värit ilmaisevat vertailua ulkoistuskunnan ja sen verrokkien odotusaikojen välillä.

| | |
|------------|---|
| Pyhtää | Näissä kunnissa käyntimäärät ovat joinakin vuosina niin pieniä, että niiden perusteella ei kannata tehdä arviota. |
| 12 | Odotusajat selvästi keskimääräistä lyhyemmät ja lyhentyneet seuranta-aikana |
| | Odotusajat keskimääräistä lyhyemmät tai lyhentyneet seuranta-aikana / ulkoistuksen myötä |
| 17 | Odotusajat keskimääräistä tasoa (0 pv osuus 50 %, 0-3 pv osuus 60 %) |
| 88 | Odotusajat keskimääräistä tasoa mutta pidentyneet seuranta-aikana |
| Tohmajärvi | Ulkoistuskunnan odotusajat keskimääräistä (0 pv osuus alle 40 %) pidemmät ja pidentyneet seuranta-aikana |
| Rääkkylä | Ulkoistuskunnan odotusajat selvästi keskimääräistä pidemmät ja pidentyneet seuranta-aikana |

7.1 Odotusajat kokonaisulkoistuskunnissa

Kuviossa 7.1. on tarkasteltu perusterveydenhuollon kaikkien palvelujen odotusaikojen jakautumista seitsemässä eri kategoriassa, joista lyhin odotusaika on 0 päivää ja pisin yli 90 päivää. Kuviossa on verrattu kunkin vuoden osalta koko maan odotusaikojen jakautumista ulkoistuskuntien muodostaman ryhmän jakaumaan.



Kuvio 7.1. PTH odotusaikojen jakauma koko maassa ja ulkoistuskunnissa 2015-2018 (2018 maaliskuuhun mennessä).

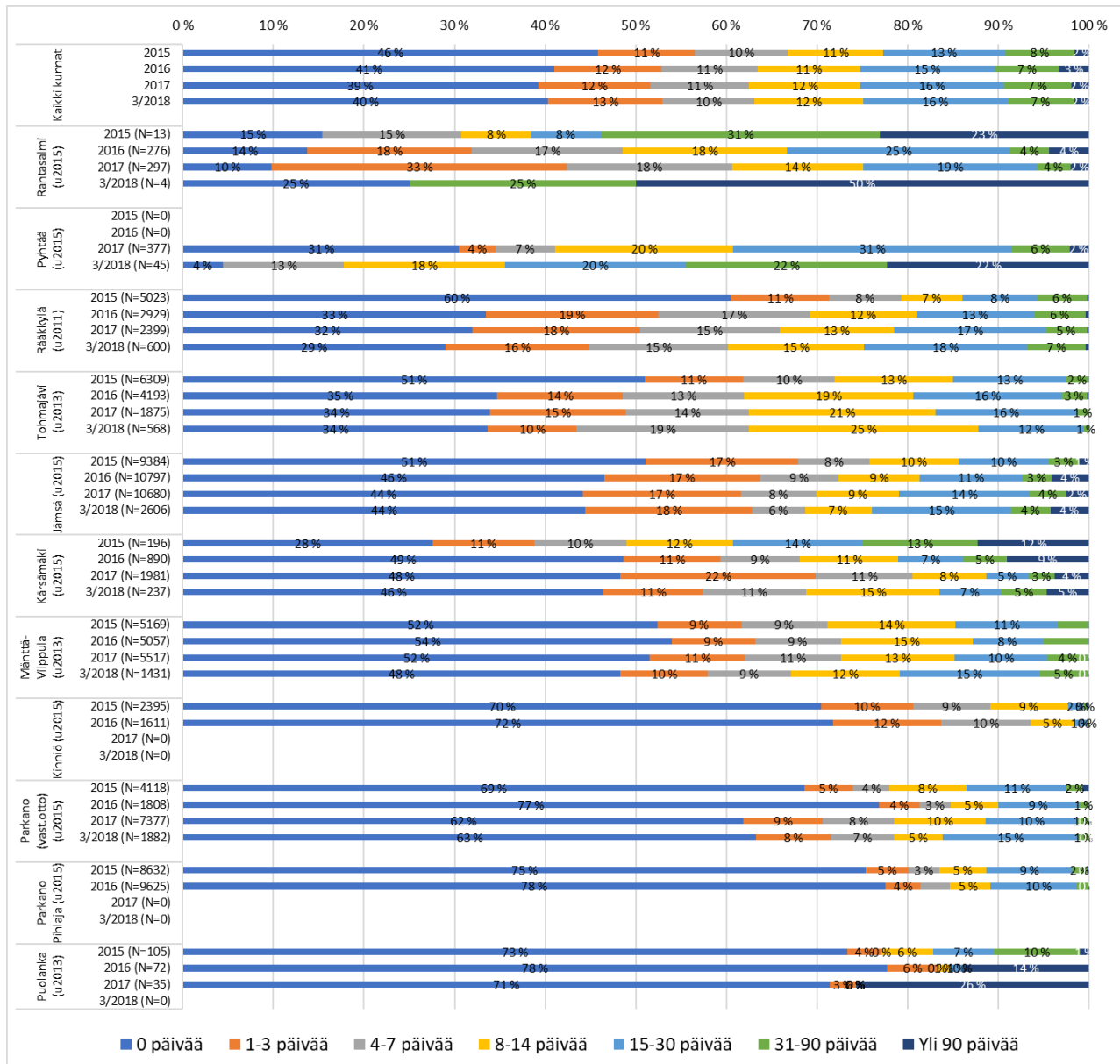
Kuviosta havaitaan, että ulkoistuskunnissa erityisesti nopea hoitoon pääsy (odotusaika 0 päivää) on ollut huomattavasti yleisempää kuin maassa keskimäärin, ja ero on säilynyt seuranta-aikana. 1-3 päivän odotusajat ovat olleet yhtä yleisiä (12–13 %) ulkoistuskunnissa kuin maassa keskimäärin, mutta tätä pidemmät odotusajat taas ovat olleet ulkoistuskunnissa selvästi harvinaisempia. Tulokset eivät sellaisenaan kerro kokonaisulkoistuksen vaikutuksesta erityisesti siksi, että ulkoistus on toteutettu eri kunnissa eri vuosina, eikä erolle ole mielekäästä laskea esimerkiksi tilastollista merkitsevyyttä.

7.2 Odotusajat vuoteen 2015 mennessä ulkoistaneissa kunnissa

Vuoteen 2015 mennessä ulkoistuksen tehneistä kunnista ei ole tietoa odotusajoista ennen ulkoistusta eikä ennen vuotta 2015. Odotusaikatilastointi kertoo niiden osalta toisin sanoen pelkästään yksityisen palveluntuottajan ajasta, vaikka palvelun laajuudessa on saattanut tapahtua pieniä muutoksia tämän jälkeen. Tällaisia kuntia on 11, eikä niitä tämän selvityksen puitteissa vertailla tarkempiin verrokkikuntiin vaan vertailukohtana käytetään kaikkien Suomen toimipisteiden odotusaikoja.¹²

¹² Odotusaikojen kunnittainen vertailu on vaikeaa, sillä eri kunnissa perusterveydenhuollon palvelut tarkoittavat jossain määrin eri asioita. Tätä vertailua on täsmennetty siten, että koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto on jätetty siitä pois. Toisinaan palveluiden tarkempi sisältö ei käy ilmi Avohilmo-tietokannasta.

Kuviosta 7.2. nähdään, että ulkoistuskuntien perusterveydenhuollon odotusajat vaihtelivat kunnittain, mutta olivat kokonaisuutena keskimääräistä tasoa. Pienimpien käyntimäärien kunnissa odotusajat edustivat ääripäitä: Rantasalmella odotusajat olivat huomattavan pitkiä, kun taas Puolangalla varsin lyhyitä. Luotettavampaa vertailua voitiin tehdä niistä ulkoistuskunnista, joissa olivat suuremmat kävijämäärät. Niistä Parkanon odotusajat vaikuttivat lyhimiltä¹³. Odotusajat näyttivät useammassa tapauksessa melko tasaisesti pidentyneen vuoden 2015 jälkeen. Ainoastaan Kärsämäellä odotusajat olivat selvästi lyhentyneet vuoden 2015 jälkeen. Kihniöstä ei käyntitilastoja ollut saatavilla vuosilta 2017 ja 2018, Pyhtäältä taas ei vuosilta 2015 ja 2016. Koko maan odotusaikoihin verrattuna useimmat ulkoistuskunnat olivat lähellä keskiarvoa tai hieman parempia. Ottaen huomioon käyntitilastojen heikohkon vertailtavuuden, tuloksista voi yleistää lähinnä sen, että kuntakohtaiset erot ovat myös odotusajoissa merkittäviä.



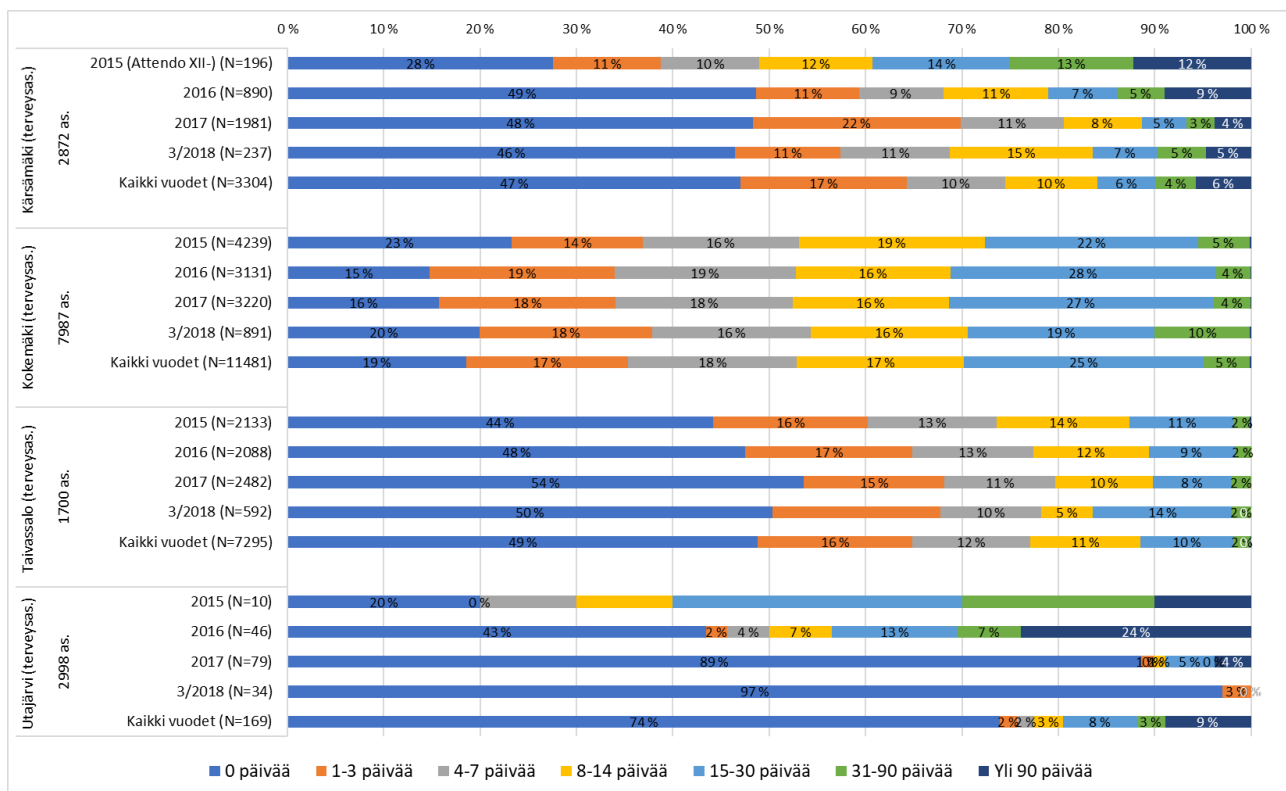
Kuvio 7.2. Perusterveydenhuollon odotusajat vuosina 2015–2018 kunnissa, joissa sote-kokonaisuulkoistus tehtiin vuoteen 2015 mennessä.

¹³ Parkanon osalta odotusajat on tilastoitu kolmeen eri toimipisteeseen, joista kaksi on tässä yhdistetty Parkanon kaupungin alle ja toisen kategorian muodostaa vuosina 2015 ja 2016 Pihlajalinnan toimipiste.

Seuraavissa luvuissa verrataan niiden ulkoistuskuntien odotusaikoja verrokkikuntiin, joissa ulkoistus tapahtui odotusaikatilastoinnin alkamisajankohdan eli vuoden 2015 alun jälkeen. Täten niistä saatiin vertailukohta sekä ennen että jälkeen ulkoistuksen.

7.3 Kärsämäki

Kärsämäen kunnassa ulkoistussopimus tuli voimaan 1.7.2015. Odotusaikatilastoja voitaisiin periaatteessa verrata alkuvuoden 2015 osalta ja ulkoistuksen jälkeen. Koska Kärsämäki kuitenkin hankki sote-palvelujaan aiemmin peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kautta, ei vertailu onnistunut Kärsämäkeen kohdistuvien tietojen varassa. Käyntejä oli Kärsämäellä tilastoitu vain vähän alkuvuonna 2015, ja niitä alkoi kertyä enemmän vasta heinäkuusta eteenpäin. Kuviossa 7.3. Kärsämäen terveysaseman käyntimääriä verrattiin eri vuosina sen verrokkikuntien terveysasemiin¹⁴. Vuotta 2015 tarkasteltiin kokonaisuutena edellä kuvatusta syystä.



Kuvio 7.3. Kärsämäen PTH-hoitoon pääsyn odotusaikojen jakauma vs. verrokkikunnat.

Käytettävissä olevien tietojen perusteella kokonaisulkoistuksen jälkeen vuosina 2016 ja 2017 Kärsämäen tilastoidut käyntimäärät lisääntyivät voimakkaasti. Kärsämäen odotusajat lyhentyivät jonkin verran vuonna 2017 – tuolloin 70 % käynneistä tapahtui kolmen päivän kuluessa. Odotusaikojen jakauma oli varsin lähellä käyntimääriltään lähimmän Taivassalon kunnan jakaumaa lukuun ottamatta pisimpiä yli kuukauden odotusaikoja, joiden osuus oli Kärsämäellä vakiintuneesti selvästi suurempi kuin verrokeissa. Huomattavasti

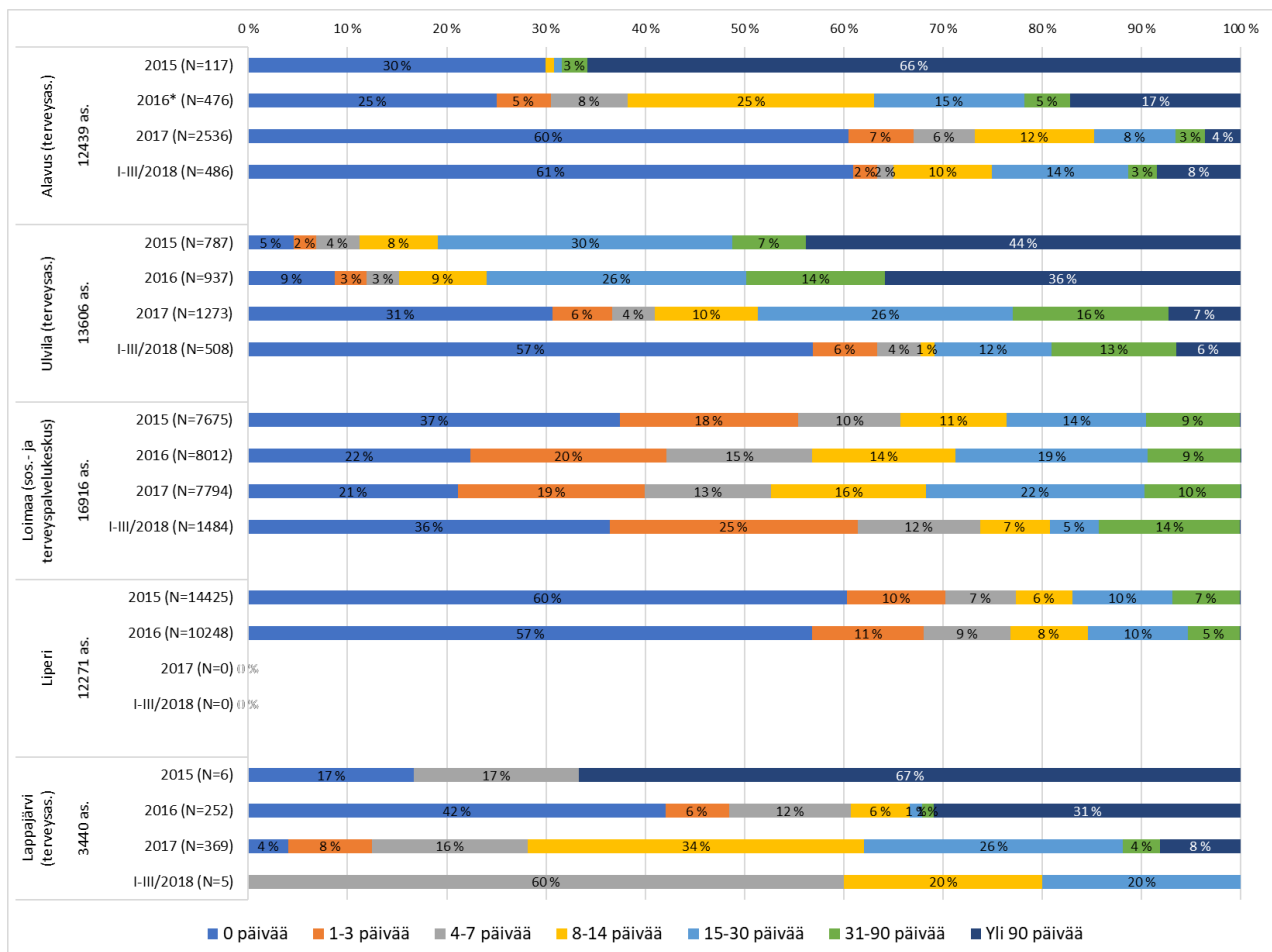
¹⁴ Kärsämäen osalta työterveyskäyntejä ei ole tilastoissa erikseen eritelty, mutta Attendon verkkosivujen perusteella työterveyskäynnit kuitenkin sisältyvät terveysaseman palveluun ja oletettavasti sisältyvät myös käyntitilastoihin. Kokemäen osalta tilastoihin sisältyvät selkeästi myös työterveyskäynnit; muiden verrokkikuntien osalta joko työterveyspalveluja ei ole tai niiden käynnit sisältyvät terveysaseman käyntilukuihin.

suurempaan Kokemäen kuntaan verrattuna Kärämäellä lyhyiden odotusaikojen osuus oli kaksinkertainen. Utajärven terveysasemalla käyntejä oli hyvin vähän eikä niitä voitu pitää vertailukelpoisina Kärämäkeen nähden. (Kuvio 7.3.)

7.4 Alavus

Alavuden osalta Kuusiokuntayhtymän tekemä kokonaisulkoistussopimus astui voimaan vuoden alusta 2016. Vuoden 2015 odotusaikojen vertailukelpoisuus oli kyseenalainen samasta syystä kuin Kärämäen kohdalla, sillä Alavuteen kohdistuvia käyntejä oli huomattavan vähän vuonna 2015.

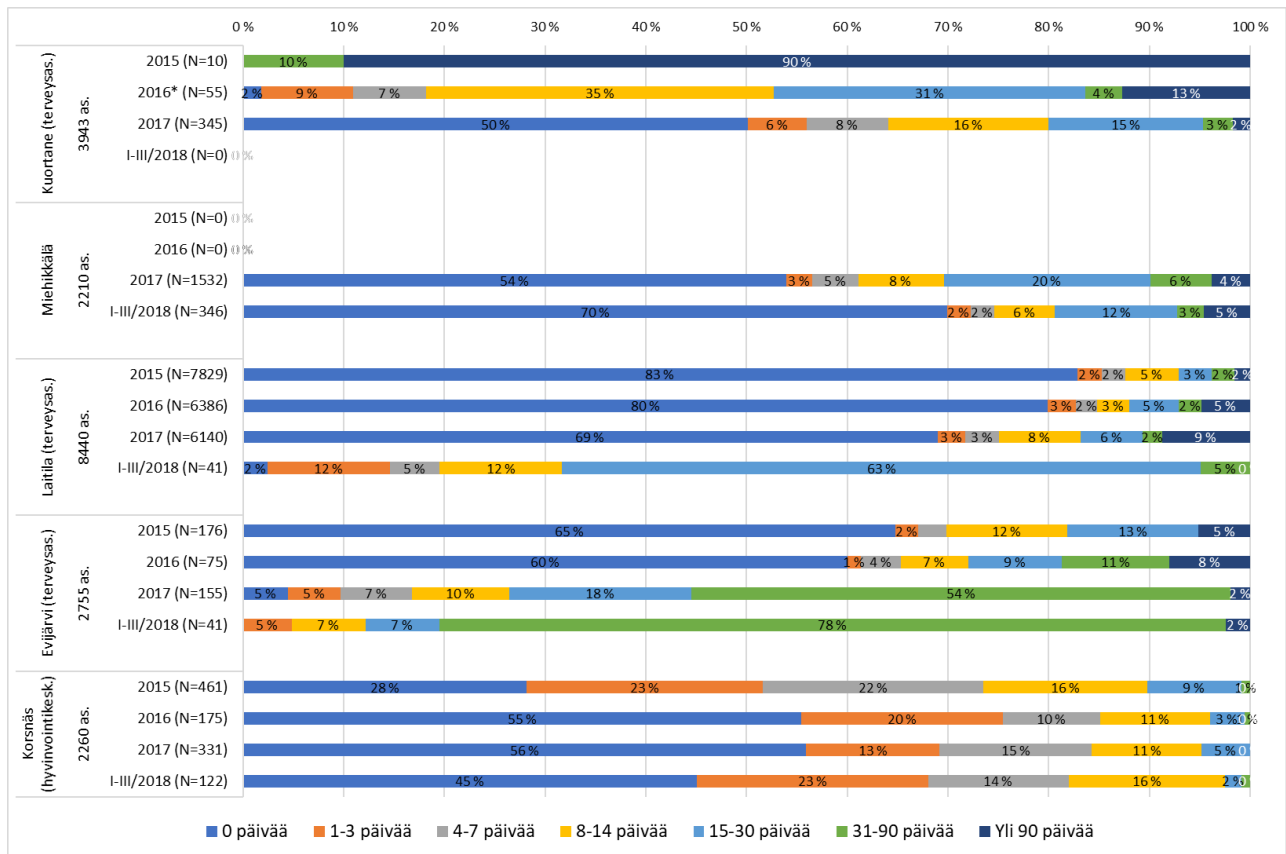
Alavuden odotusajat olivat vuoden 2016 jälkeen lyhentyneet samalla kun käyntimäärät olivat moninkertaistuneet. Verrokkikunnista samankokoiseen Ulvilaan vertaaminen oli selkeintä, ja vertailussa vuoden 2017 odotusajat olivat Alavudella olleet huomattavasti lyhyemmät. Myös Loimaaseen verrattuna lyhyiden odotusaikojen osuus oli Alavudella suurempi, tosin Loimaan osalta vertailukohtana oli erilainen sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen palvelukokonaisuus. Pisimpiä yli 3 kk:n odotusaikoja Loimaan kunnassa ei kuitenkaan ollut lainkaan. Liperin kunnan odotusajat vuoteen 2016 saakka näyttivät hieman lyhyemmiltä kuin Alavuden, ja tämän jälkeen Liperin palvelutuotanto siirtyi Siun sote -kuntayhtymään eikä käyntitilastoja ollut sen kohdalla enempää. Alavuden verrokkikunnista pienin oli Lappajärvi, jossa odotusajat vaihtelivat voimakkaasti vuosittain. (Kuvio 7.4.)



Kuvio 7.4. Alavuden PTH-hoitoon pääsyn odotusaikojen jakauma vs. verrokkikunnat. (*Kokonaisulkoistus 2016 alusta alkaen.)

7.5 Kuortane

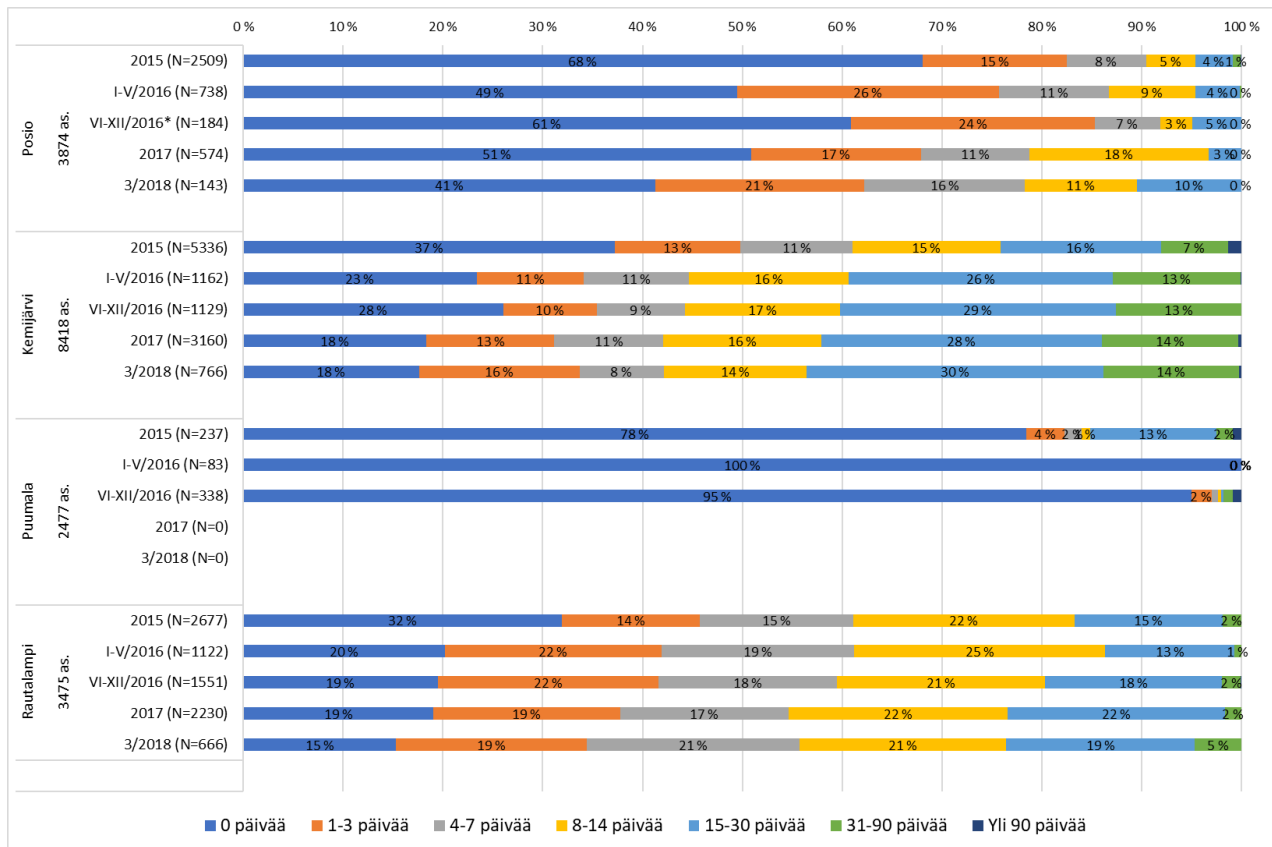
Kuortane toisena Kuusiokuntayhtymän alaisena kuntana ulkoisti palvelunsa 1.2.2016 alkaen. Käyntimäärät nousivat vasta vuonna 2017 verrokkikuntien tasolle, jolloin viimeistään kolmessa päivässä hoitoon pääsi 56 % perusterveydenhuollon kävijöistä. Pienistä verrokkikunnista Evijärven odotusajat olivat selvästi pidemmät, Miehikkälän hyvin lähelle samaa tasoa ja Korsnäsin taas selvästi lyhyemmät. Suuremmissa Laitilan kunnassa odotusajat olivat selvästi kaikkein lyhyimmät. Vuodesta 2016 eteen päin Kuortaneen vertailtavuus verrokkeihin on melko hyvä, sillä Miehikkälää lukuun ottamatta kyse oli selkeästi perusterveysasemapaaluista. (Kuvio 7.5.)



Kuvio 7.5. Kuortaneen PTH-hoitoon pääsyn odotusajojen jakauma vs. verrokkikunnat. (*Kokonaisulkoistus 1.2.2016 alkaen.)

7.6 Posio

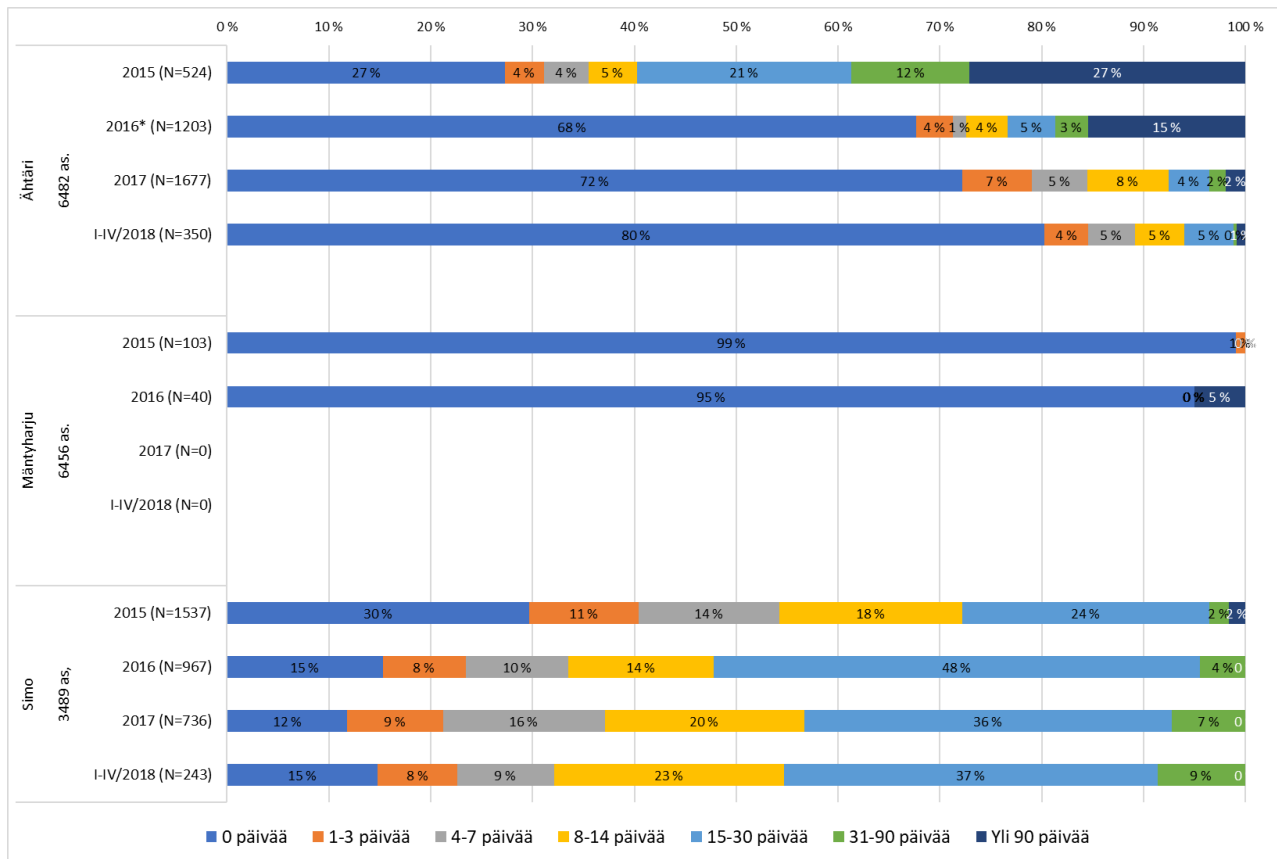
Posion odotusaikojen suhteuttaminen verrokkikuntiin oli kohtalaisen selkeää. Lisäksi Posion osalta voitiin verrata odotusaikoja selkeästi ennen ja jälkeen ulkoistuksen. Ulkoistuksen (1.6.2016) jälkeen odotusajoissa ei tapahtunut olennaista muutosta. Odotusajat olivat selkeästi lyhyemmät kuin sen verrokkikunnissa Kemijärvellä ja Rautalammilla. Puumalan käyntimäärät olivat selvästi vähäisempiä ja odotusajat lyhyempiä kuin Posiolla. (Kuvio 7.6.)



Kuvio 7.6. Posion PTH-hoitoon pääsyn odotusaikojen jakauma vs. verrokkikunnat. (*Kokonaisulkoistus 1.6.2016 alkaen.)

7.7 Ähtäri

Ähtäriin ulkoistus tuli voimaan 1.1.2016. Aiemmin palvelut tuotettiin kuntayhtymän kautta. Ulkoistamisen jälkeen ensimmäisenä vuonna käyntimäärät kaksinkertaistuivat ja odotusajat lyhenivät huomattavasti. Odotusaikojen lyheneminen jatkui 2017 ja 2018 alkuvuonna. Palvelutarpeeltaan samankaltaisista verrokeista ainoastaan Simosta löydettiin vertailutietoa, jonka mukaan hieman pienempien käyntimäärien odotusajat olivat siellä olleet selvästi Ähtäriä pidemmät. (Kuvio 7.7.)

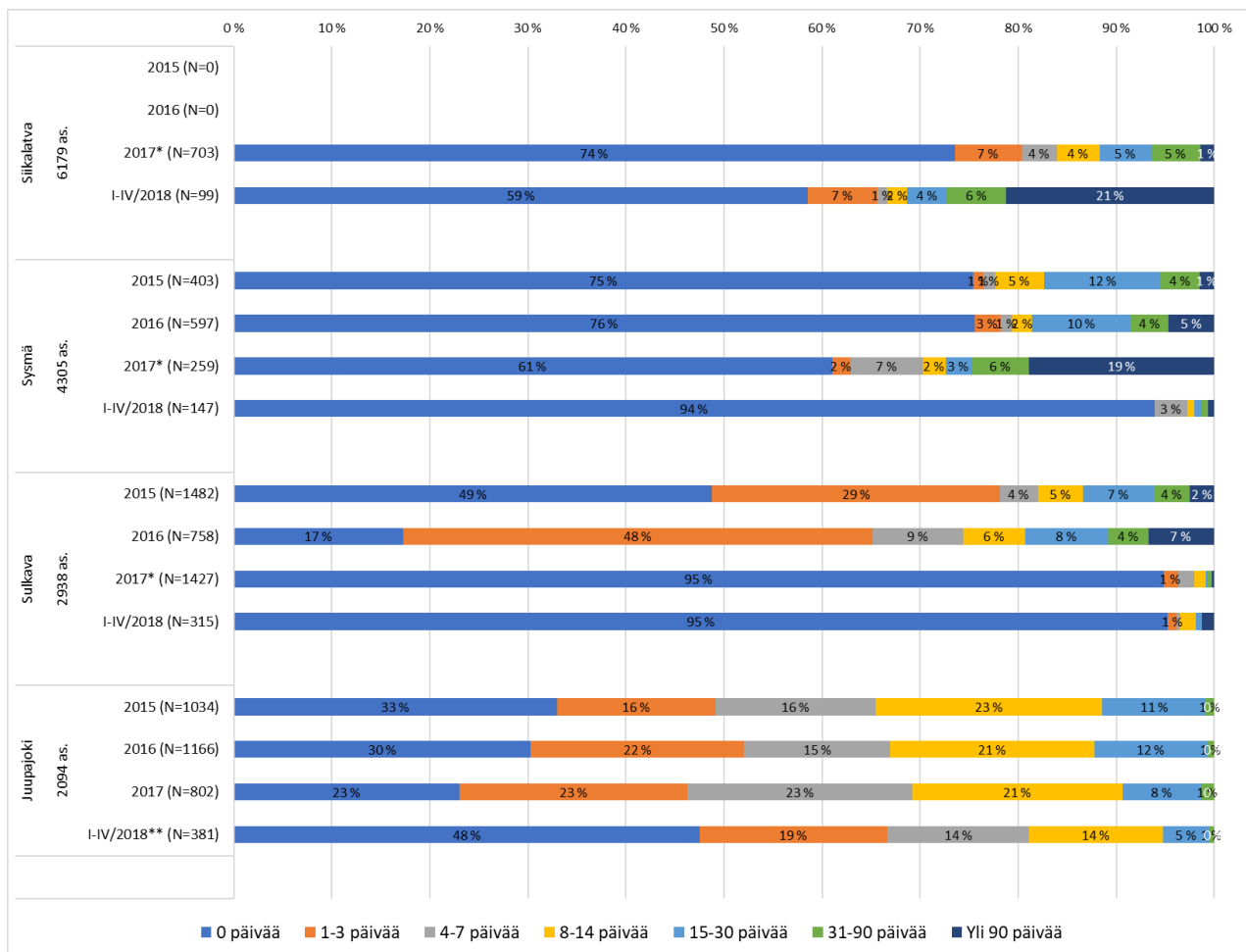


Kuvio 7.7. Ähtäriin PTH-hoitoon pääsyn odotusaikojen jakauma vs. verrokkikunnat. (*Kokonaisulkoistus 1.6.2016 alkaen.)

7.8 Siikalatva, Sulkava, Sysmä ja Juupajoki

Otsikon kunnat ulkoistivat palvelunsa vuoden 2017 tai 2018 alusta. Kuntien odotusaikojen suhteuttaminen verrokkeihin olisi mahdollista, mutta se jätettiin tarkastelusta pois, koska vertailua ei voitu tehdä vielä kustannustietojenkaan osalta. Soini kuului myös tähän ryhmään, mutta siitä ei ollut löydettävissä odotusaikatilastoja.

Kuviosta 7.8. nähdään Sysmän ja Sulkavan osalta odotusajat ennen ja jälkeen ulkoistuksen. Sysmässä käyntimäärät vähenivät ja odotusajat pitenevät huomattavasti ulkoistusvuonna 2017 verrattuna aiempaan, mutta alkuvuoden 2018 ajat lyhenivät aiempaankin tasoon verrattuna. Sulkavassa ulkoistusvuonna odotusajat lyhenivät erittäin paljon verrattuna aiempaan ja sama taso on säilynyt alkuvuonna 2018. Siikalatvan alle kolmen päivän odotusaikojen osuus oli 65–80 %, mikä oli keskimääräistä suurempi osuus. Sysmän kehitys on toistaiseksi arvoitus, kun taas Sulkavan odotusajat olivat kaikista käsitellyistä kunnista lyhimmät. Juupajoen odotusajat olivat alkuvuoden 2018 tietojen perusteella lyhentyneet.



Kuvio 7.8. Siikalatvan, Sysmän, Sulkavan ja Juupajoen PTH-hoitoon pääsyn odotusaikojen jakauma vs. verrokkikunnat. (* Kokonaisulkoistus 1.1.2017 alkaen. ** Kokonaisulkoistus 1.1.2018 alkaen.)

8 Yhteenveto tuloksista aiemman palvelujen tuottamistavan mukaan

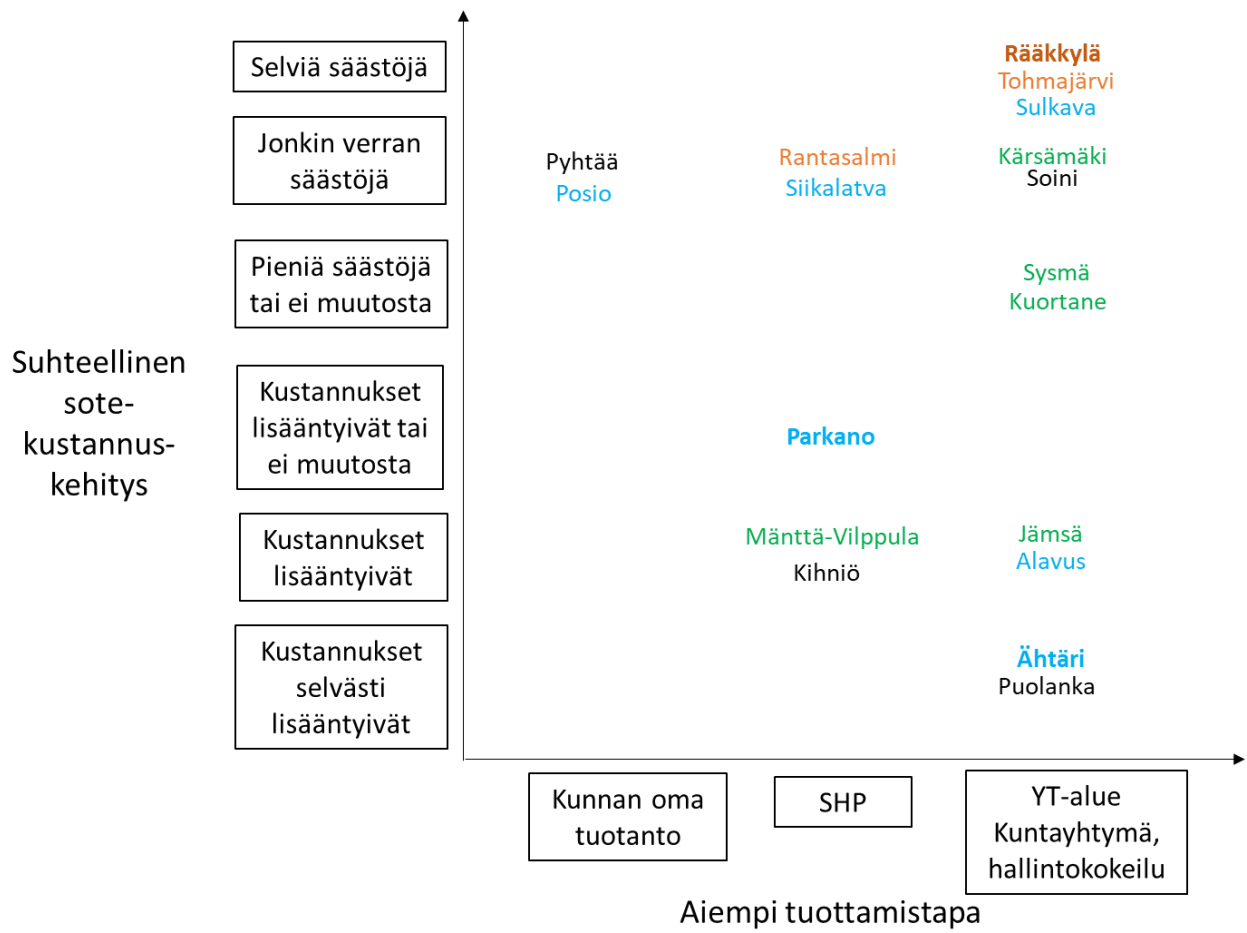
Tässä luvussa raportoidaan, millainen yhteys sote-kustannusten kehityksellä ennen ja jälkeen ulkoistuksen oli kunnan aiempaan palveluntuottamistapaan. Ulkoistuskuntien taustalla oli huomattava määrä muutoksia sote-palvelujen tuottamistavassa. Taulukossa 8. kuntakohtaiset ulkoistuksen yhteydet kustannuskehitykseen on koottu aiemman tuottamistavan mukaan.

Taulukko 8. Ulkoistuskuntien järjestämisvastuun muutosten yhteys kustannuskehitykseen.

| # | Aiempi tuottaja | Kunta | Yhteys suhteelliseen kustannuskehitykseen | Odotusajat PTH |
|----|---------------------|---|---|--------------------|
| 1. | Kunta | Pyhtää 2015 | Jonkin verran säästöjä | ? |
| | Kunta | Posio 2016 | Jonkin verran säästöjä | lyhyemmät |
| 2. | Kuntayhtymä | Kärsämäki 2015 | Jonkin verran säästöjä | keskimääräiset |
| | Kuntayhtymä | Sulkava 2017 | Selviä säästöjä | selvästi lyhyemmät |
| | Kuntayhtymä | Sysmä 2017 | Keskimääräinen | keskimääräiset |
| | Kuntayhtymä | Tohmajärvi 2013 | Selviä säästöjä | pidemmät |
| | Kuntayhtymä | Ähtäri 2016 (Kuusiok.) | Kustannukset selvästi lisääntyneet | selvästi lyhyemmät |
| | Kuntayhtymä | Alavus 2016 (Kuusiok.) | Kustannukset jonkin verran lisääntyneet | lyhyemmät |
| | Kuntayhtymä | Kuortane 2016 (Kuusiok.) | Keskimääräinen | keskimääräiset |
| | Kuntayhtymä | Soini 2017 (Kuusiok.) | Jonkin verran säästöjä | ? |
| | Kuntayhtymä | (Kuusiokunnat, terveys laajeni sos. ja terv.) Jämsä 2015 | Kustannukset jonkin verran lisääntyneet | keskimääräiset |
| 3. | Yhteistoiminta-alue | Rääkkylä 2011 | Selviä säästöjä | selvästi pidemmät |
| 4. | Sairaanhoitopiiri | Rantasalmi 2015 | Jonkin verran säästöjä | pidemmät |
| | Sairaanhoitopiiri | Siikalatva 2017 | Jonkin verran säästöjä | lyhyemmät |
| | Sairaanhoitopiiri | Mänttä-Vilppula 2013 | Kustannukset jonkin verran lisääntyneet | keskimääräiset |
| | Sairaanhoitopiiri | Parkano 2015 | Keskimääräinen | lyhyemmät |
| | Sairaanhoitopiiri | Kihniö 2015 | Kustannukset selvästi lisääntyneet | ? |
| | Sairaanhoitopiiri | Juupajoki 2018 | ? | selvästi lyhyemmät |
| 5. | Hallintokokeilualue | Puolanka 2013 | Kustannukset jonkin verran lisääntyneet | ? |

Kuviosta 8. voidaan päätellä, että aiempi palveluntuottamistapa ei selkeästi määrittänyt ulkoistamisen yhteyttä kustannuksiin. Voidaan kuitenkin mainita, että sairaanhoitopiiristä tai kuntayhtymästä erkaantuneiden kuntien kohdalla tässä yhteydessä oli enemmän hajontaa. Niissä kahdessa kunnassa, joissa aiempi muoto oli oma tuotanto, oli saavutettu kustannussäästöjä suhteessa verrokkeihin.

Siinä missä varhaisemman aallon ulkoistuskunnat sijoittuivat edellisessä kuviossa ulkoistuksesta taloudellisesti hyötyneiden joukkoon, menestyvät myöhemmän aallon ulkoistuskunnat puolestaan odotusaikavertailussa paremmin. Kuvio viittaa myös siihen, että kustannussäästöt ovat yhteydessä pidempiin perusterveydenhuollon odotusaikoihin eli heikompaan perustason palvelujen saatavuuteen. Toisaalta varhaisemmista ulkoistuskunnista ei ole käytettävissä vertailukelpoista odotusaikainformaatiota, joten vahvoja johtopäätöksiä tästä ei senkään vuoksi voida vetää. Asiaa tulisi tutkia tarkemmin kuntakohtaisesti.



Kuvio 8. Sote-kokonaisulkoistuksen yhteys kustannuksiin aiemman tuottamistavan mukaan. Väri ilmaisee odotusaikojen vertailun tuloksia: sininen keskimääräistä lyhyempiä odotusaikoja, vihreä keskimääräisiä ja punertava keskimääräistä pidempiä.

9 Selvityksen rajoitukset

Tutkimuksessa on hyödynnetty kaltaistettujen pariin (ja verrokkiryhmien) menetelmää, joka tuo luotettavuutta ulkoistuskuntien kustannuskehityksen vertailuun. Erityisen tärkeää on huomata, että sote-kokonaisulkoistukseen ei ole olemassa mitään vakiintunutta mallia vaan toimintatapa on kuntakohtainen ja vahvasti yksittäisistä sopimuksista ja kuntien erityispiirteistä muodostuva kokonaisuus. Tällaisessa tilanteessa tilastollista vertailua on tulkittava varovaisemmin kuin tilanteessa, jossa kokonaisulkoistus olisi vakiintunut toimintatapa.

Menetelmän rajoitukset ja laajentamismahdollisuudet ovat seuraavat:

- a) Sopivan verrokkikunnan löytäminen oli joissakin tapauksissa vaikeaa johtuen ennen kaikkea siitä, että ulkoistuskunnat olivat suurimmaksi osaksi korkean palvelutarpeen kuntia, joille vastaavia verrokkeja ei ollut montakaan löydettävissä. Myöskään maantieteellistä sijaintia ei otettu huomioon. Esimerkiksi Linna ja Seppälä (2017) hyödynsivät omassa vertailututkimuksessaan verrokkien valinnassa tilastollisen kaltaistamisen ohella keskeisesti asiantuntija-arviointia. Tässä selvityksessä verrokkit määritettiin suoraan estimoinnin perusteella, ja toisissa tapauksissa tämä toimi paremmin kuin toisissa.
- b) Kokonaisulkoistus voi vaikuttaa lähikuntien palveludynamiikkaan, mitä ei ole voitu tässä tarkastelussa ottaa huomioon. Esimerkiksi Luoma ym. (2007) ratkaisivat terveyskeskuskuntayhtymätarkastelussaan tämän ongelman siten, että he tarkastelivat vain "todellisia" purkautumisia eli niitä tapauksia, joissa terveyskeskuskuntayhtymä ei jatkanut enää muiden osallistujakuntien kanssa toimintaansa.
- c) Laadullisen aineiston valossa sote-kokonaisulkoistuksia voidaan pitää sangen heterogeenisinä tilanteina, joissa myös lähtötilanne on erilainen riippuen muun muassa siitä, onko kunta aiemmin toiminut itse tuottajana vai ostanut osan tai kaikki sote-palvelunsa kuntayhtymän tai sairaanhoitopiirin kautta. Näin tarkalla tasolla tilastollista vertailua ei voida toteuttaa, sillä ulkoistuskuntien kokonaismäärä on siihen riittämätön.
- d) Sote-kustannuskehityksessä havaittiin suurtakin turbulenssia heti ulkoistuksen yhteydessä tai jälkeen. Tämä voi selittyä laadullisilla seikoilla kuten sopimusehdoilla, ja ne vinouttavat keskiarvoihin perustuvaa tilastollista vertailua. Useimmista ulkoistuskunnista ei myöskään ollut mahdollista saada kustannustietoja useammalta vuodelta ulkoistuksen jälkeen, joten analyysia olisi hyödyllistä päivittää myöhemmin ainakin vuoden 2017 tulosten osalta tulosten luotettavuuden lisäämiseksi.
- e) Selvityksessä käytettiin tilastoaineistoa, joka saatiin THL:n Sotkanet-tietokannasta. Selvitystyön aikana tilastoinnissa havaittiin joitain virheitä. Näitä pyrittiin huomioimaan analyysissä joko jättämällä puutteellisia tietoja pois tai täydentämällä niitä kunnista saatavien tiedoin. Kaiken kaikkeaan käytettyä aineistoa voidaan kuitenkin pitää tämän selvityksen tarpeisiin riittävän luotettavana. Esimerkiksi kunnista suoraan kerätyn aineiston käyttö ei olisi ollut mahdollista käytettävissä olleiden resurssien ja valitun menetelmän vuoksi (verrokkeja ei olisi ollut mahdollista muodostaa).
- f) Kustannuskehityksen lisäksi olisi tärkeää tarkastella paitsi laatuindikaattoreita myös palvelujen volyymin (vrt. Luoma ym. 2007). On mahdollista, että kustannuskehitys riippuu palvelukokonaisuudesta eli palvelujen määrästä ja sen muutoksista. Tämän vuoksi analyysia olisi jatkossa tärkeä täydennetään niin, että mitataan myös palvelujen määrää ja tuottavuutta (palvelujen

määrä kustannusvakiota kohti) ja sitä miten ne ovat kehittyneet ennen ja jälkeen purkautumisen (vrt. Luoma ym. 2007, Linna & Seppälä 2017).

- g) Lisäksi jatkotarkasteluissa tulisi tarkentaa kuntien talouden tulopuolta. Tulopuolelle kohdistuvat ainakin ostopalvelujen alv-palautukset, jotka voivat olla varsin merkittäviä.
- h) Kaiken kaikkiaan tämä selvitys tarjoaa hyvän kokonaiskatsauksen siihen, mitä kokonaisulkoistuksia tehneissä kunnissa on kustannusten osalta tapahtunut ennen ja jälkeen ulkoistuksen sekä suhteessa samankaltaisiin verrokkikuntiin. Tuloksiin on kuitenkin suhtauduttava varauksella useiden menetelmään ja tutkittavaan ilmiöön liittyvien epävarmuuksien vuoksi.

Lähteet

- Aaltonen, Juho (2006). Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveystalouden kustannustehottomuus. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-keskustelualoitteita 403. Helsinki.
- Junnila, Maijaliisa & Aho, Tuomas & Fredriksson, Sami & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani & Linna, Miika & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2012). Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kallio, Olavi & Meklin, Pentti & Tammi, Jari & Vakkuri, Jarmo (2013). Kohti parasta kuntatalouden kehitystä? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 24. Acta 243. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Laki (548/2016). Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Internet: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160548>
- Lehto, Juhani & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2013). Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat? *Yhteiskuntapolitiikka* 78(6), 605-617.
- Linna, Miika & Seppälä, Timo T. (2017). Mänttä-Vilppulan perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen ulkoistamisen vaikutukset 2013: SYKKI-tutkimusprojektin loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 22/2017. Internet: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-864-7>
- Luoma, Kalevi & Moisio, Antti & Aaltonen, Juho (2007). Secessions of municipal health centre federations: expenditure and productivity effects. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-keskustelualoitteita 425. Helsinki.
- Luoma, Kalevi & Moisio, Antti & Aaltonen, Juho (2008). Terveystaloustutkimusten purkautumisten vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin ja palvelutuotantoon. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 4/2008, 47–50.
- Parhial, Kimmo & Hetemaa, Tiina (2017). Terveystalouden ulkoistukset Suomessa - Tilanne alkuvuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 6, maaliskuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Internet: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132159/URN ISBN 978-952-302-841-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132159/URN%20ISBN%20978-952-302-841-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rosenbaum, Paul. R. & Rubin, Donald B. (1983). The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*, Vol. 70(1), 41-55.
- Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (toim.) (2016). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016. Helsinki.
- THL (2018). Tarvevakioidut menot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus/tarvevakioidut-menot>
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Miettinen, Sari & Lehto, Juhani (2012). Framing decisions to contract out elderly care and primary health care services - perspectives of local level politicians and civil servants in finland. *BMC Health Services Research* 12, 201.

Vohlonen, Ilkka & Klavus, Jan & Koistinen, Veli & Talvinko, Tuula & Virtanen, Martti (2011). Terveysthuollon rahoituksen optimaalinen väestön koko. Kuntaliiton verkkojulkaisu, Acta nro 225. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Vähänen, Miikka & Kuronen, Mikko & Häkkinen, Unto (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin vuonna 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Internet: <https://thl.fi/documents/2616650/3514854/TARVEVAKIOIDUT+MENOT+2014+Final+%283%29.xlsx/cedfcd02-1cad-4fab-b7dd-d652daad733d>

Liitteet

Liite 1. Kokonaisulkoistussopimusten piirteitä

| Kunta # | Hallinto | | | | Sosiaalipalvelut | | | | | | | |
|---------|--|------------------|---------------|-------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|---|
| | Hallinto, kehittäminen | Toimeentuloturva | Tuki-palvelut | Omais-hoidon tuki | Lasten ja perheiden palvelut | Psyko-sosiaaliset palvelut | Aikuis-sosiaalityö | Hoito- ja vanhustyö | Työllisyys-palvelut | Vammais-palvelut | Varhais-kasvatus | Koulu-kuraattori- ja psykologi-palvelut |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | - | - | x | x | x | x | x | x | | x | | |
| 3 | x | | | - | x | | | x | | x | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Viranomaispäätösten pohjustaminen | - | | - | x | | | x | - | | | - |
| 6 | kuntayhtymä | - | x | - | x | x | - | x | - | x | | |
| 7 | kuntayhtymä | - | x | - | x | x | | x | - | x | | |
| 8 | | | | | x | x | x | x | | x | | |
| 9 | eläkemaksut 4. v. jlk. | | | | x | x | x | x | | x | | |
| 10 | kuntayhtymä | - | - | | x | x | | x | - | x | | |
| 11 | | | | | - | x | - | x | | - | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | x | x | | x | | | | |
| 14 | Riittävä terveystoimen johtavien viranhaltijoiden työpanos | | | | x | x | | x | | | | |
| 15 | | - | | | x | x | x | x | | x | | - |
| 16 | Viranomaispäätösten pohjustaminen | - | x | | x | x | x | x | | x | | - x |
| 17 | | x? | | | | | | | | | | |
| 18 | | - | | | x | x | x | | | x | | |
| 19 | T&K | | - | | x | x | x | x | | x | | - |

x = ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle

- = jätetty eksplisiittisesti sopimuksen ulkopuolelle

[tyhjä] = ei mainita sopimuksessa

? = ei pystytty varmentamaan, sopimus ei käytettävissä

| Kunta # | Sopimushinta euroa / asukas | Terveysthuollon palvelut | | | | | | | Kannustinjärjestelmä | | Toimintatilat |
|---------|-----------------------------|--|----------------------|----------------------|---------------------|-----------|-----------|--------------------------|----------------------|---------|--------------------|
| | | Terveysthuollon ja sairaanhoidon avopalvelut ml. vuodeosasto | Suun terveydenhuolto | Työterveyshuolto | Erikoissairaanhoito | Ensihoito | Kuntoutus | Ympäristöterveydenhuolto | Kannustin | Sanktio | |
| 1 | 3735 | | | | | | | | | | x |
| 2 | 4000 | x | x | x | x | x | x | | | x | huomioitu hinnassa |
| 3 | - | x | x | x | x | x | | | | | x |
| 4 | 4285 | | | | | | | | | | |
| 5 | 4050 | | | - | x | | x | - | x | | x |
| 6 | 6667 | x | - | | x | | x | | | x | ei -> vuokra |
| 7 | - | x | - | | x | | | | | | |
| 8 | 3795 | x | x | x | x | | x | | x | x | x |
| 9 | 5007 | x | x | x | x | x | | | x | x | x |
| 10 | - | x | - | | x | | | | | | |
| 11 | 1488 | x | x | x | x | | x | | | x | |
| 12 | - | | | | | | | | | | |
| 13 | 4540 | x | x | erikseen hinnoiteltu | x | - | | | x | x | x |
| 14 | 3179 | x | x | x | x | | x | | x | x | x |
| 15 | 3007 | x | | - | x | | | | x | x | x |
| 16 | 3785 | x | x | x | x | x | x | - | | | huomioitu hinnassa |
| 17 | 5163 | | | | | | | | | | |
| 18 | 4331 | x | x | x | x | | x | | | | |
| 19 | 4213 | x | x | | x | | x | - | x | x | x |

x = ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle
- = jätetty eksplisiittisesti sopimuksen ulkopuolelle
[tyhjä] = ei mainita sopimuksessa

Liite 2. Sote-kokonaisulkoistuskuntien järjestäjätahot, haastateltavat, yksityiset palveluntuottajat ja kunnat.

| Järjestäjätaho | Palvelusopimus käytettävissä selvitykseen | Haastateltu taho 3/2018 | Yksityinen palveluntuottaja | Kunta |
|---|---|---|-------------------------------|------------|
| Kunta | ei | Sosiaalijohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Sulkava |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Kärsämäki |
| Kunta | ei | Kunnanjohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Puolanka |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Pyhtää |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Rääkkylä |
| Pohjois-Karjalan sos. ja terv.palveluiden kuntayhtymä | kyllä | Kunnanjohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Tohmajärvi |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Mehiläinen Terveyspalvelut Oy | Siikalatva |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Coronaria ryhmittymä | Posio |
| Kunta | kyllä | Kunnanjohtaja | Terveystalo Oy | Rantasalmi |
| Jämsän ja Kuhmoisten yhteistoiminta-alue | kyllä | Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja | Pihlajalinna Terveys Oy | Jämsä |
| Mänttä-Vilppulan ja Juupajoen yhteistoiminta-alue | kyllä | Palvelujohtaja | Pihlajalinna ryhmittymä | Mänttä |
| Mänttä-Vilppulan ja Juupajoen yhteistoiminta-alue | (osittain M-V:n sopimuksessa) | - " - | Pihlajalinna ryhmittymä | Juupajoki |
| Parkano-Kihniö yhteistoiminta-alue | kyllä | Perusturvajohtaja | Pihlajalinna Terveys Oy | Parkano |
| Parkano-Kihniö yhteistoiminta-alue | (liittyi Parkanoon) | - " - | Pihlajalinna Terveys Oy | Kihniö |
| Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä | kyllä | Kuntayhtymän johtaja | Pihlajalinna Terveys Oy | Ähtäri |
| Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä | kyllä | - " - | Pihlajalinna Terveys Oy | Alavus |
| Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä | kyllä | - " - | Pihlajalinna Terveys Oy | Kuortane |
| Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä | kyllä | - " - | Pihlajalinna Terveys Oy | Soini |
| Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä | kyllä | Sosiaalijohtaja | Attendo Terveyspalvelut Oy | Sysmä |

Liite 3. Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusindikaattoreita ja summat koko maassa 2015 ja 2016. Tähdellä merkityt käytetään tässä selvityksessä muodossa euroa / asukas. Luvut esitetty käyvin hinnoin eli kulloisillakin hinnoilla sellaisina kuin ne tilinpäätöksissä ja muissa lähteissä on ilmoitettu.

| Indikaattorin nimi | 2015 | 2016 |
|---|---------------------|------------|
| *Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), 1000 euroa | yhteensä 17 861 730 | 17 928 394 |
| Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), 1 000 euroa | yhteensä 7 697 081 | 7 869 347 |
| *Ikääntyneiden laitoshoidon nettokäyttökustannukset, 1 000 euroa | yhteensä 560 572 | 472 751 |
| *Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, 1 000 euroa (2015-) | yhteensä 1 442 347 | 1 555 498 |
| *Kotihoidon nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 934 803 | 950 188 |
| Lastensuojelun avohuoltopalvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 252 738 | 251 918 |
| Muiden lasten ja perheiden avopalvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 223745 | 256488 |
| Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 679 244 | 681 318 |
| Muiden ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 386 593 | 391 892 |
| Muiden vammaisten palvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 860 684 | 902 377 |
| Muun sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 933 461 | 939 387 |
| Päihdehuollon erityispalvelujen nettokäyttökustannukset, euroa / asukas | yhteensä 212 159 | 207 634 |
| Työllistymistä tukevien palvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 468 673 | 497 956 |
| Vammaisten laitoshoidon nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 158 428 | 140 563 |
| Vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset, 1000 euroa (2015-) | yhteensä 665 058 | 703 783 |
| Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas | yhteensä 1 402,7 | 1 429,9 |
| Terveystoiminnan nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 10 164 650 | 10 059 047 |
| *Perusterveydenhuollon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) nettokäyttökustannukset, 1 000 euroa | yhteensä 3 391 183 | 3 323 865 |
| *Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset, 1000 euroa | yhteensä 6 632 128 | 6 593 431 |
| Terveystoiminnan nettokäyttökustannukset, euroa / asukas | yhteensä 1 852,4 | 1 827,8 |
| *Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa/asukas | yhteensä 3 255,1 | 3 257,8 |

© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2018

Liite 4. Kuntien taustamuuttujien ja myöhemmän sote-kokonaisulkoistuksen korrelaatiot vuonna 2010 (pl. kaupungit).

| | Soteulkoistus 2011-2018 | Väestö | Asukastiheys | Työttömyys- % | Työ- kyvyttömyys-% | PTH kust. / asukas | ESH kust. / asukas | Kotihoid.kust. / asukas | Yksit.lääk. käynnit / asukas | Yli 75-v. % |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------|
| Soteulkoistus 2011-2018 | 1 | -0,045 0,498 | -0,087 0,185 | ,160* 0,014 | ,150* 0,022 | 0,126 0,056 | ,177** 0,007 | 0,058 0,382 | -0,083 0,206 | 0,126 0,054 |
| Väestö | -0,045 0,498 | 1 | ,569** 0,000 | -,182** 0,005 | -,420** 0,000 | -,256** 0,000 | -,180** 0,006 | -,229** 0,000 | ,295** 0,000 | -,462** 0,000 |
| Asukastiheys | -0,087 0,185 | ,569** 0,000 | 1 | -,553** 0,000 | -,646** 0,000 | -,661** 0,000 | -,232** 0,000 | -,413** 0,000 | ,522** 0,000 | -,468** 0,000 |
| Työttömyys-% | ,160* 0,014 | -,182** 0,005 | -,553** 0,000 | 1 | ,649** 0,000 | ,503** 0,000 | ,203** 0,002 | ,320** 0,000 | -,352** 0,000 | ,335** 0,000 |
| Työkyvyttömyys- % | ,150* 0,022 | -,420** 0,000 | -,646** 0,000 | ,649** 0,000 | 1 | ,634** 0,000 | ,426** 0,000 | ,474** 0,000 | -,464** 0,000 | ,657** 0,000 |
| PTH kust. / asukas | 0,126 0,056 | -,256** 0,000 | -,661** 0,000 | ,503** 0,000 | ,634** 0,000 | 1 | ,306** 0,000 | ,325** 0,000 | -,425** 0,000 | ,512** 0,000 |
| ESH kust. / asukas | ,177** 0,007 | -,180** 0,006 | -,232** 0,000 | ,203** 0,002 | ,426** 0,000 | ,306** 0,000 | 1 | ,282** 0,000 | -0,108 0,101 | ,523** 0,000 |
| Kotihoid. kust / asukas | 0,058 0,382 | -,229** 0,000 | -,413** 0,000 | ,320** 0,000 | ,474** 0,000 | ,325** 0,000 | ,282** 0,000 | 1 | -,201** 0,002 | ,496** 0,000 |
| Yksityislääk. käynnit / asukas | -0,083 0,206 | ,295** 0,000 | ,522** 0,000 | -,352** 0,000 | -,464** 0,000 | -,425** 0,000 | -0,108 0,101 | -,201** 0,002 | 1 | -,246** 0,000 |
| Yli 75-v. % | 0,126 0,054 | -,462** 0,000 | -,468** 0,000 | ,335** 0,000 | ,657** 0,000 | ,512** 0,000 | ,523** 0,000 | ,496** 0,000 | -,246** 0,000 | 1 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Laskettu luonnollisista logaritmeista (paitsi yli 75-vuotiaiden osuus).

Liite 5. Kaltaistettujen verrokkien menetelmä

Selvityksessä käytettiin kaltaistettujen verrokkien menetelmää ja kuvailevaa analyysitapaa Linnan ja Seppälän (2013) Mänttä-Vilppulaa koskevan ulkoistustutkimuksen tapaan. Erona oli, että siinä missä emt. tarkasteli vain yhtä kuntaa ja sen verrokkeja, katettiin tässä selvityksessä kaikki 19 kokonaisulkoistuskuntaa ja haettiin kullekin useampi verrokki. Verrokkit määritettiin estimoimalla ulkoistustodennäköisyys logistisella regressiomallilla palvelutarvetta kuvaavien taustamuuttujien tietojen perusteella tietynä vuonna (2010) ennen ulkoistuksia. Taustamuuttujien valinta perustui aiempiin tutkimuksiin ja asiantuntijaharkintaan.

Logistista regressiota käytetään silloin, kun selitettävä muuttuja voi saada vain kaksi arvoa (ulkoistuskunta, ei-ulkoistuskunta). Logistisella regressiolla pyritään ennustamaan selittävien muuttujien vaikutusta selitettävään muuttujaan. Propensity score matching -menetelmällä voidaan ulkoistuskunnille määritellä taustamuuttujakombinaatioltaan mahdollisimman samankaltaisia verrokkeja, jolloin voidaan luoda ns. koeryhmälle kaltaistettu verrokkiryhmä. Propensity score ilmaisee ehdollisen todennäköisyyden sille, että kunta, jolla on tietyt ominaisuudet, kuuluu koeryhmään. Tässä selvityksessä koe- ja vertailuryhmän keskeiseksi eroksi muodostui täten se, onko niissä toteutettu ulkoistus vai ei, ja tällöin niissä havaittavien trendierojen voitiin melko luotettavasti tulkita johtuvan nimenomaan ulkoistusmuuttujasta.

Liitetaulukossa 2. on esitetty kaikkien ulkoistuskuntien propensity score, kullekin kunnalle löydettyjen verrokkikuntien lukumäärä sekä verrokkikuntien propensity scoren vaihteluväli. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että mitä enemmän verrokkeja kunnalle on löydetty, sitä tyypillisempi kunta on muiden joukossa, ja mitä pienempi scoren vaihteluväli on, sitä samankaltaisempi verrokkijoukko on ulkoistuskuntaan palvelutarpeensa osalta. Ja mitä korkeampi propensity score on, sitä korkeampi on kunnan (ja sen verrokkien) palvelutarpeen pohjalta estimoitu todennäköisyys päätyä ulkoistukseen. Skaalan arvojen korkeammassa päässä verrokkiehdokkaita on huomattavasti vähemmän kuin matalammassa päässä (ks. myös kuvio 2.2.)

Liitetaulukko 2. Kokonaisulkoistuskuntien propensity score (ulkoistuksen todennäköisyysestimaatti) ja kunkin verrokkikuntien vaihteluväli.

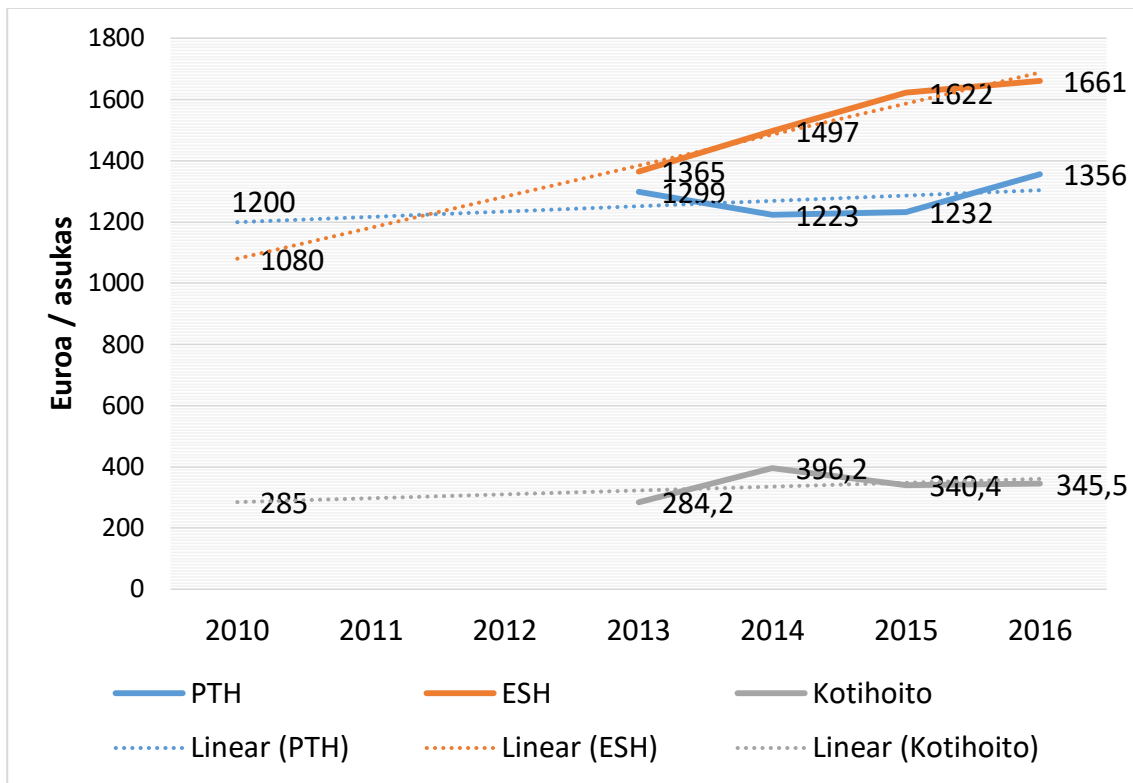
| # | Kunta | Propensity score | Verrokkien lukumäärä | Verrokkien scoren vaihteluväli |
|----|-----------------|------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1 | Kuortane | 0,0400 | 5 | 0,002 |
| 2 | Alavus | 0,0502 | 5 | 0,003 |
| 3 | Sysmä | 0,0553 | 5 | 0,002 |
| 4 | Pyhtää | 0,0585 | 3 | 0,002 |
| 5 | Kihniö | 0,0590 | 3 | 0,002 |
| 6 | Parkano | 0,0699 | 4 | 0,005 |
| 7 | Juupajoki | 0,0873 | 3 | 0,002 |
| 8 | Ähtäri | 0,0874 | 3 | 0,002 |
| 9 | Kärsämäki | 0,0920 | 3 | 0,005 |
| 10 | Jämsä | 0,1038 | 4 | 0,006 |
| 11 | Posio | 0,1362 | 3 | 0,005 |
| 12 | Siikalatva | 0,1395 | 3 | 0,003 |
| 13 | Tohmajärvi | 0,1516 | 4 | 0,007 |
| 14 | Puolanka* | 0,1752 | 3 | 0,005 |
| 15 | Soini | 0,1898 | 2 | 0,007 |
| 16 | Mänttä-Vilppula | 0,2471 | 2 | 0,017 |
| 17 | Rantasalmi | 0,2514 | 2 | 0,007 |
| 18 | Sulkava | 0,2783 | 2 | 0,021 |
| 19 | Rääkkylä | 0,3358 | 2 | 0,032 |

* Puolanka kuului Kainuun kokeilualueeseen vuoteen 2012 saakka, eikä sen sote-kustannuksia siksi ole rekisterissä ennen vuotta 2013. Verrokkien estimoinnissa käytettiin vuoden 2010 lukuja, jotka Puolangalle saatiin lineaarisella approksimoinnilla (Liite 6).

Propensity score matching -menetelmän toimivuutta arvioidaan yleensä tutkimalla koe- ja vertailuryhmän ominaisuuksien jakaumia. Tässä selvityksessä pääpainopiste ei kuitenkaan ollut koe- ja vertailuryhmän välisten erojen tilastollisissa analyysissa vaan kuntakohtaisessa verrokkikuntien välisten erojen kuvailussa. On huomattava, että tässä selvityksessä kustannusten ryhmävertailuissa verrokkiryhmään kuuluu huomattavasti enemmän kuntia kuin koeryhmään, eli kyse ei ole tiukassa mielessä koe- ja vertailuryhmän vertaamisesta.

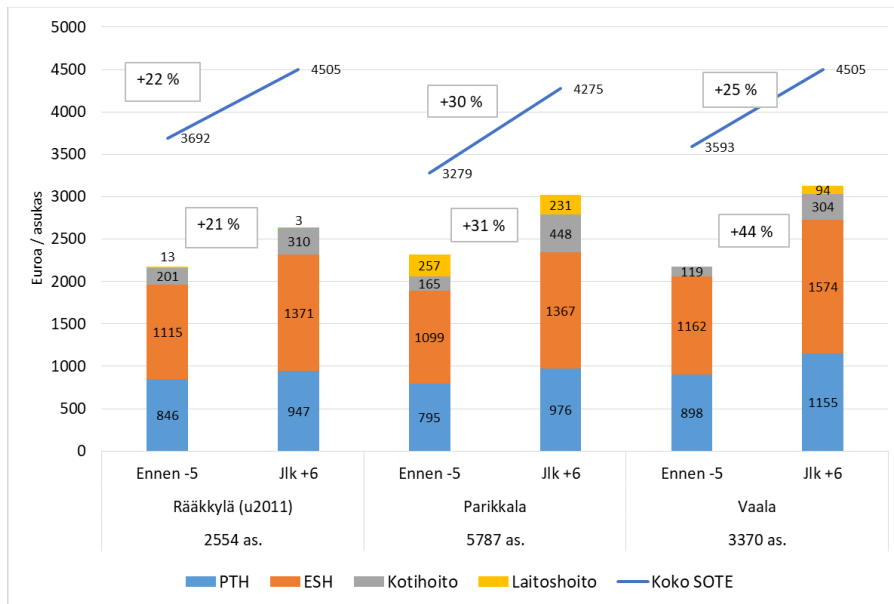
Menetelmä ei ole aukoton ennen kaikkea sen vuoksi, että verrokkien todennäköisyys kuulua koeryhmään on hypoteettinen. Myöskään tilasto-ohjelman tarjoama yhtä todennäköinen vastinpari saattaa olla edelleen jossain suhteessa olennaisesti erilainen kuin vertailuparinsa. Lisäksi kuntatasoisen aineiston ongelmana on yksinkertaisesti riittävän läheisten vastinparien puuttuminen. Nämä ongelmat eivät ole ratkaisevia kuvailevassa tutkimuksessa, ja tulokset on esittävä näiden varausten puitteissa.

Liite 6. Puolangan PTH-, ESH- ja KH-kustannusten (2010) approksimointi logistista regressiota varten.

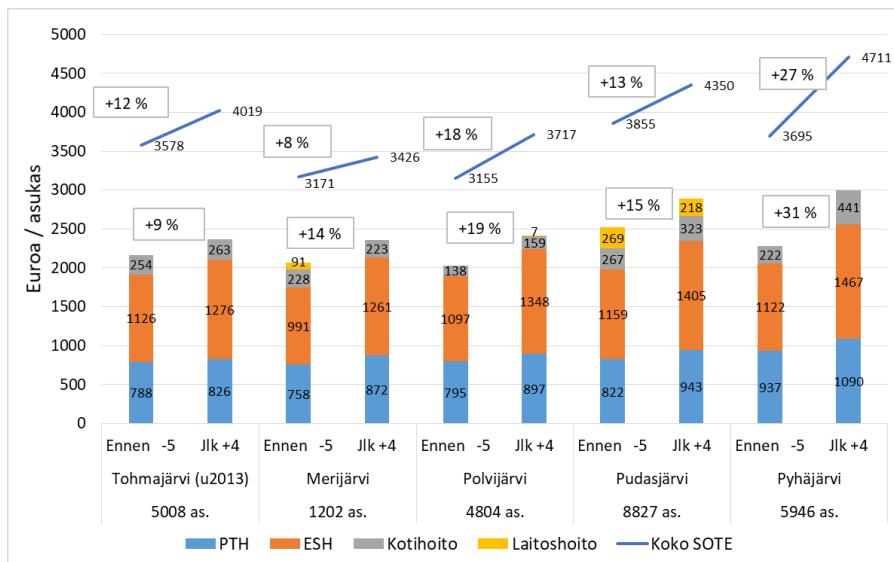


Liite 7. Vertailussa hyödynnetyt kustannusrakennemuutokset ulkoistus- ja verrokkikunnissa. Ennen 5 tarkoittaa ulkoistusta edeltävien viiden vuoden keskimääräistä vuosikustannusta. Jlk x tarkoittaa ulkoistusvuodesta alkaen x vuoden keskimääräistä vuosikustannusta. X on sitä suurempi, mitä enemmän seurantavuotia on ehtinyt kulua (esim. Rääkkylässä 6 vuotta ulkoistuksen jälkeen).

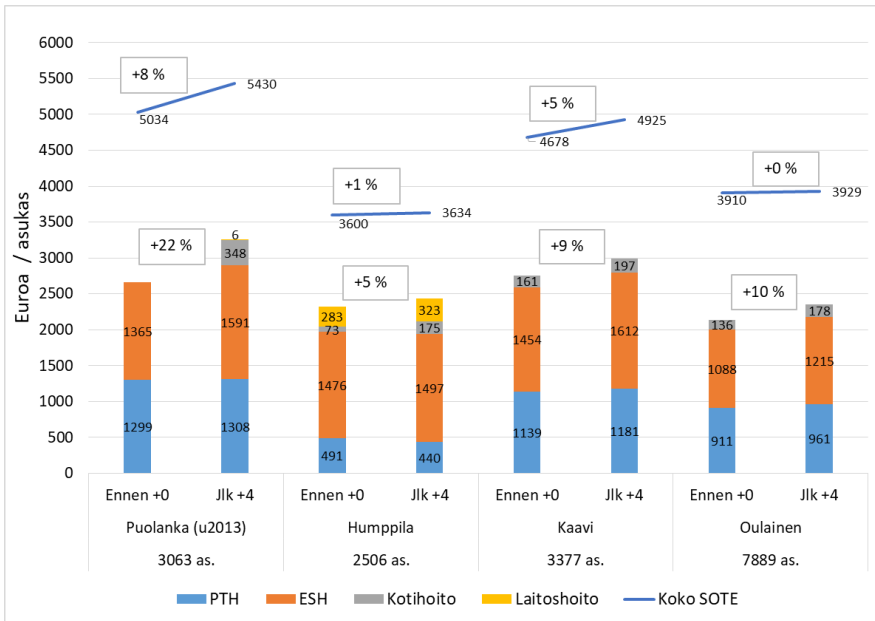
Rääkkylä u2011



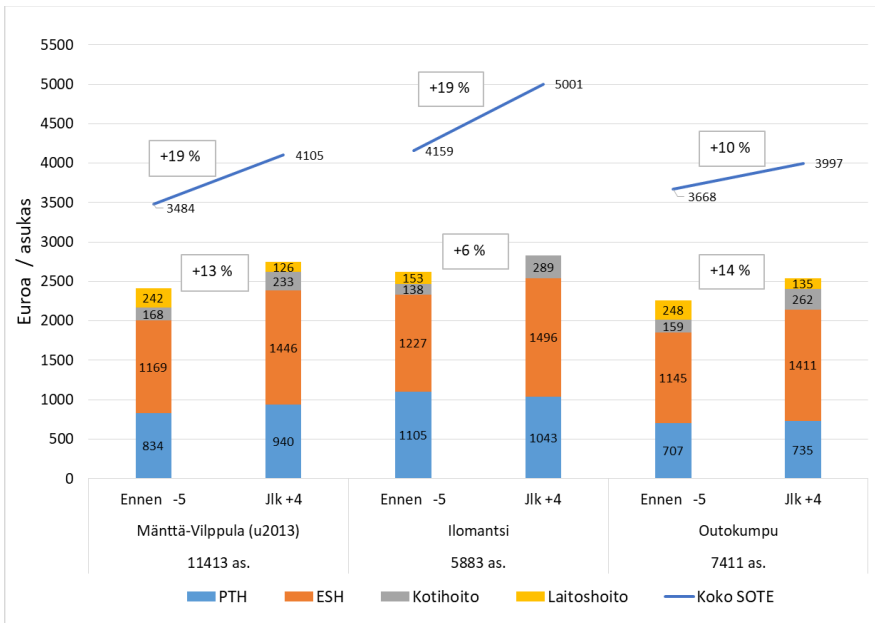
Tohmajärvi u2013



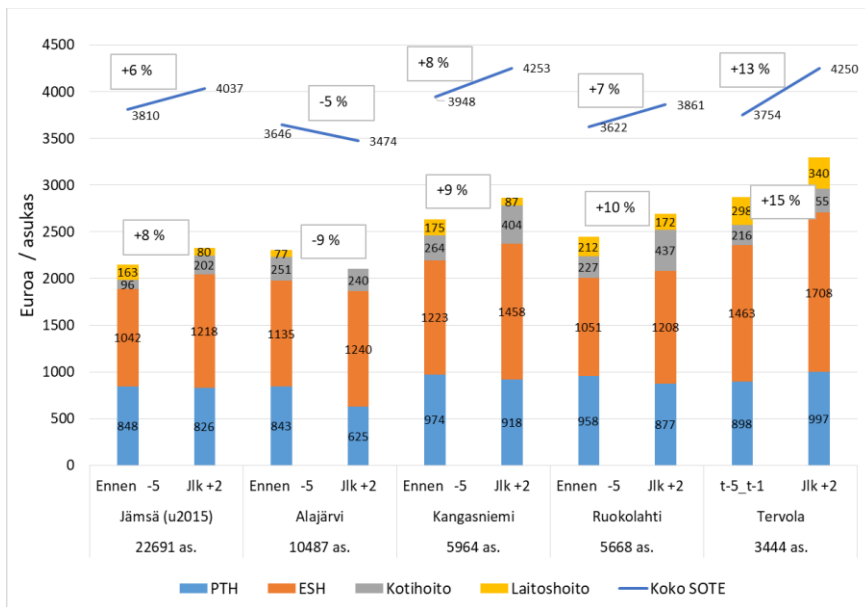
Puolanka 2013 ('Ennen'-vuosina käytetään ulkoistusvuotta ja 'jälkeen'-vuosina ulkoistuksen jälkeisestä vuodesta alkaneita neljää seurantavuotta.)



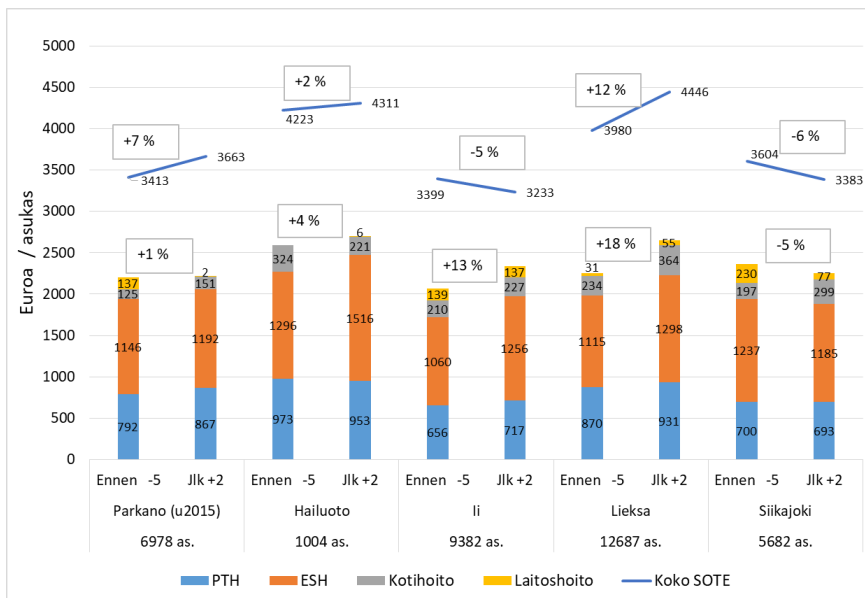
Mänttä-Vilppula u2013



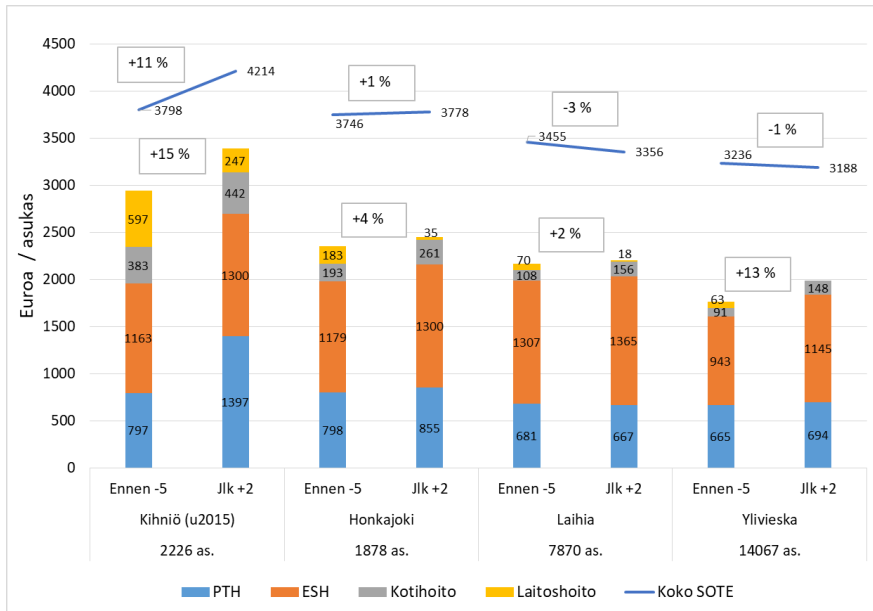
Jämsä u2015



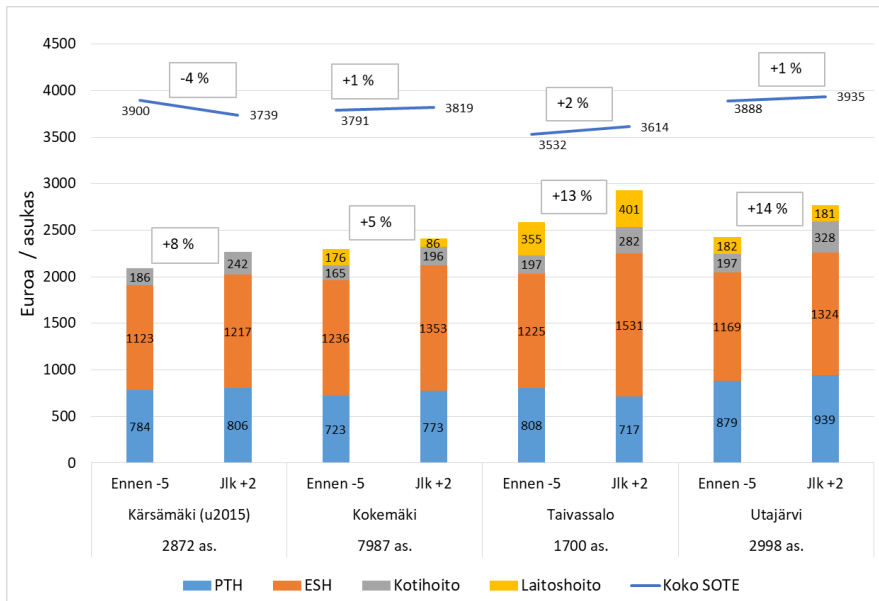
Parkano u2015



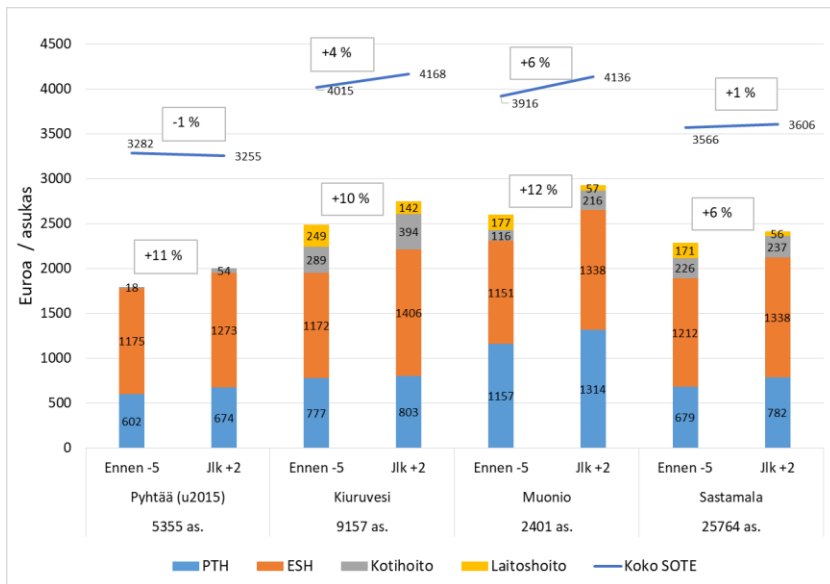
Kihniö u2015



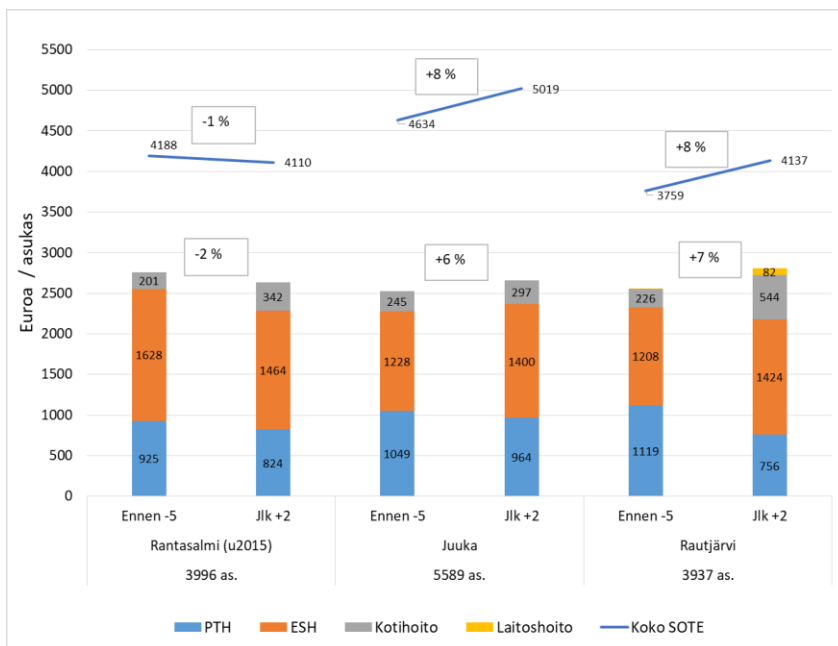
Kärsämäki u2015



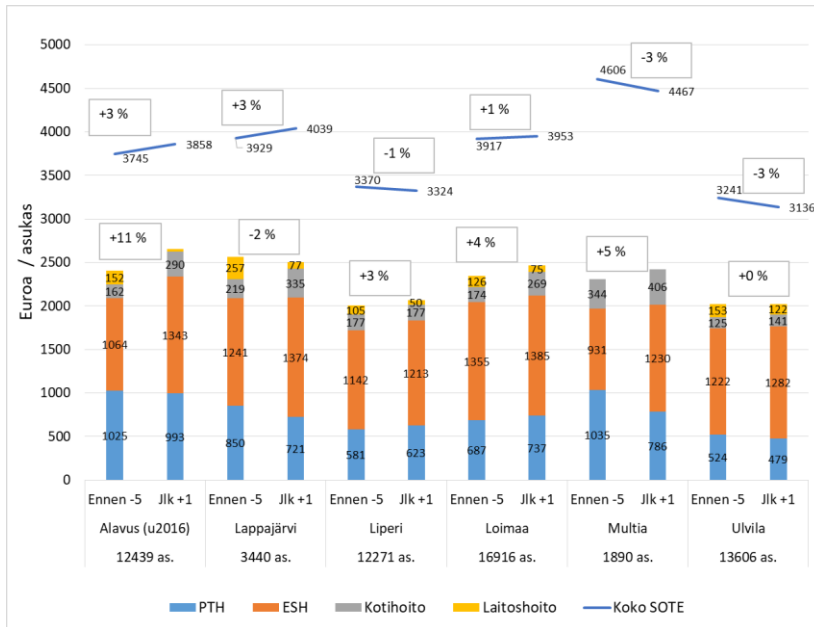
Pyhtää 2015



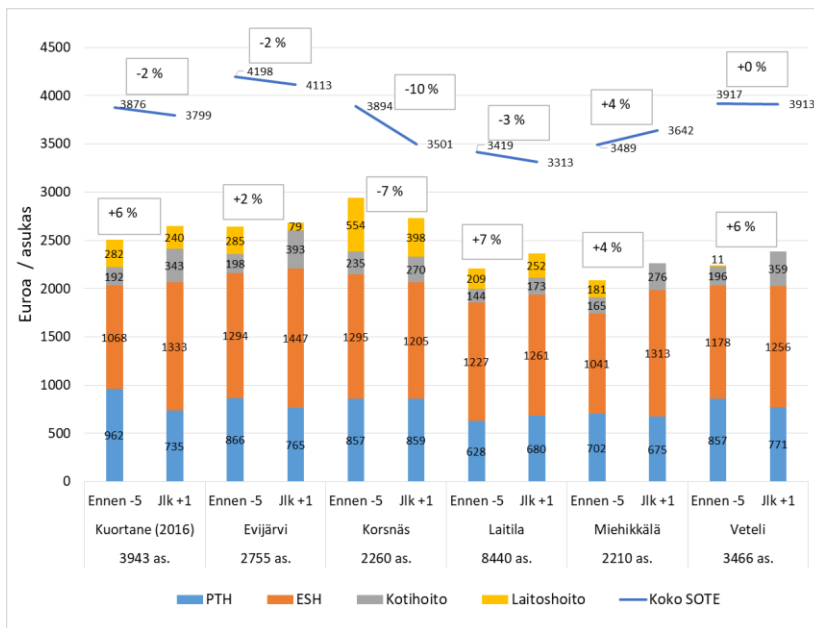
Rantasalmi 2015



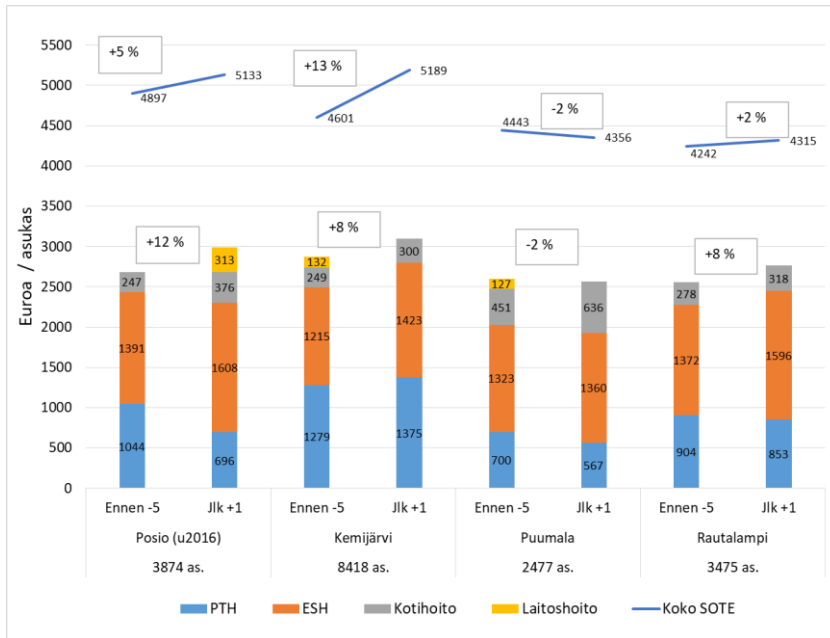
Alavus u2016



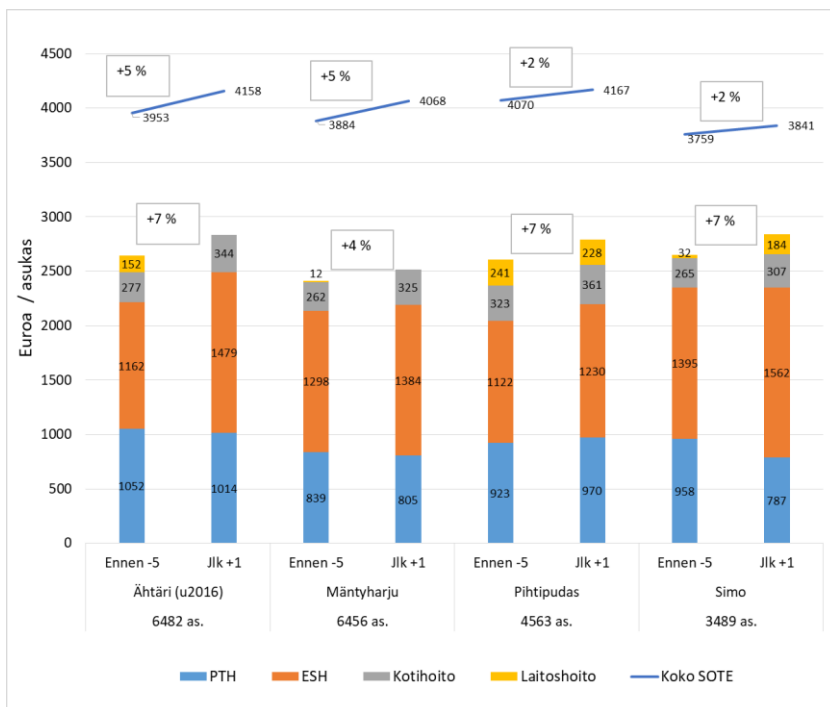
Kuortane u2016



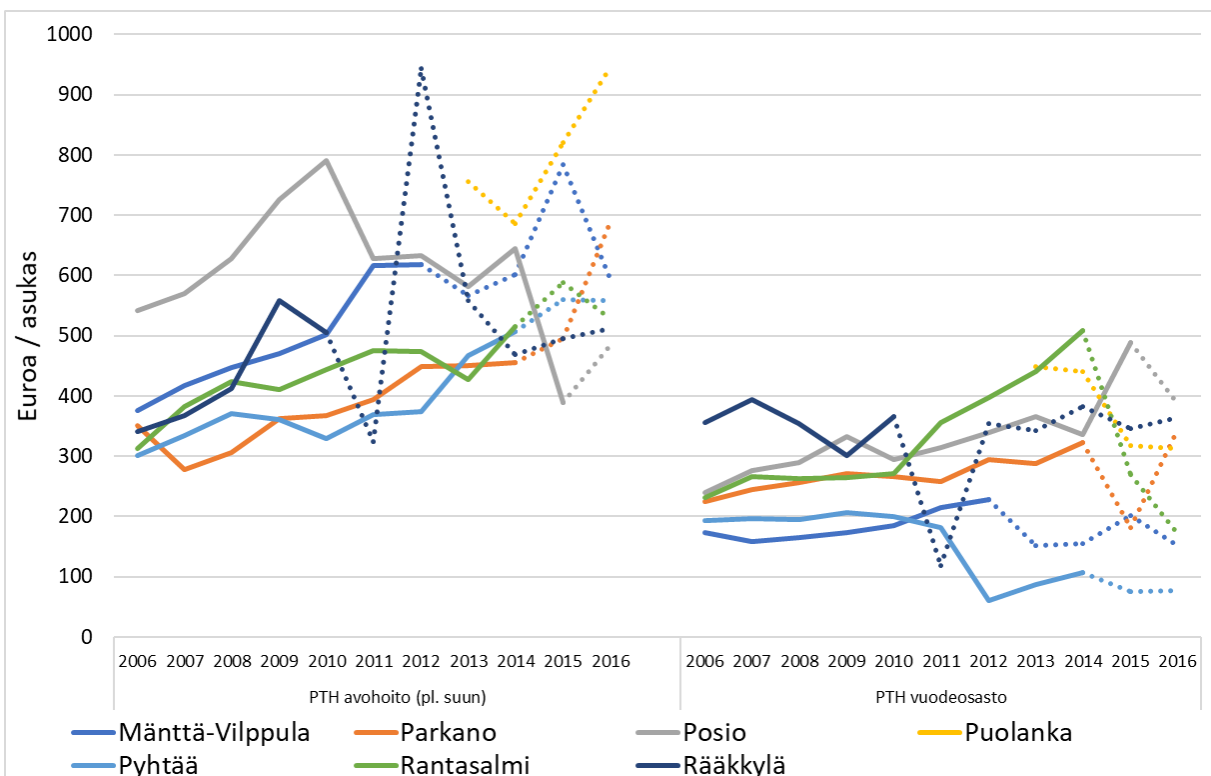
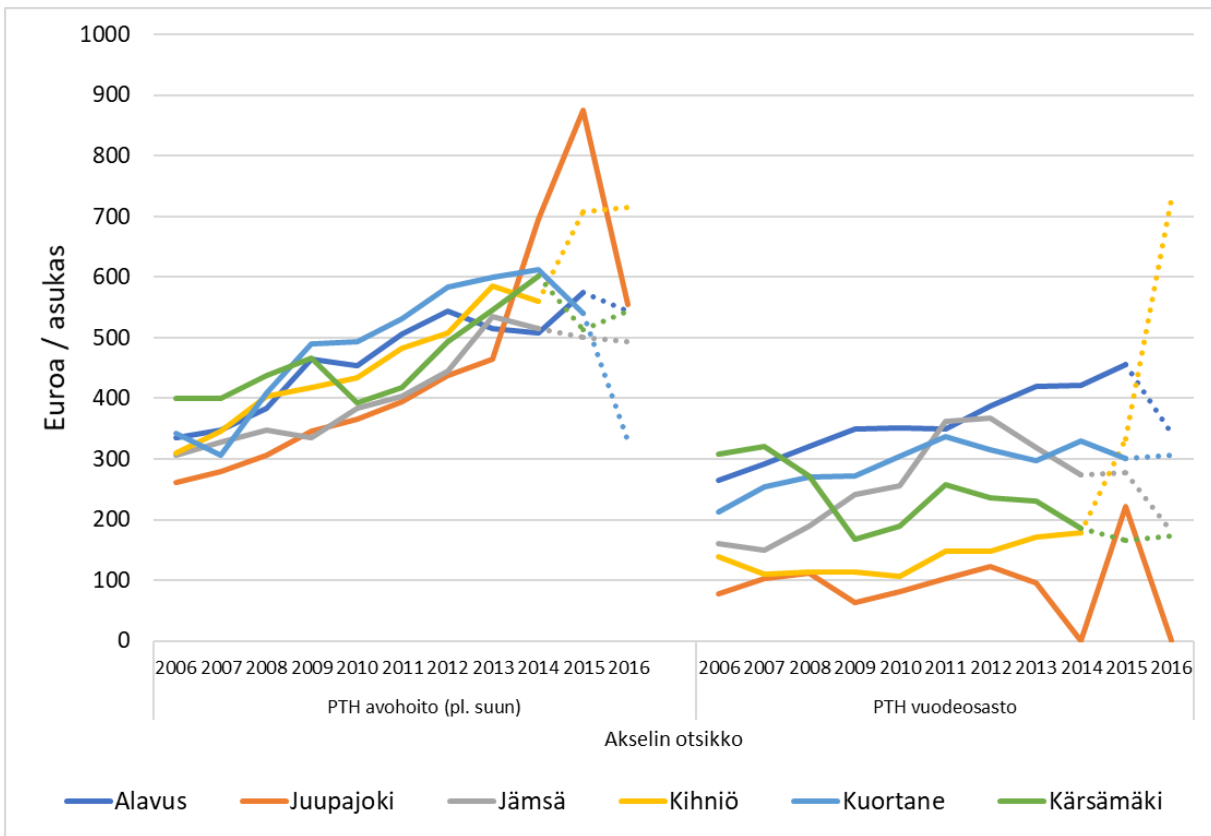
Posio u2016



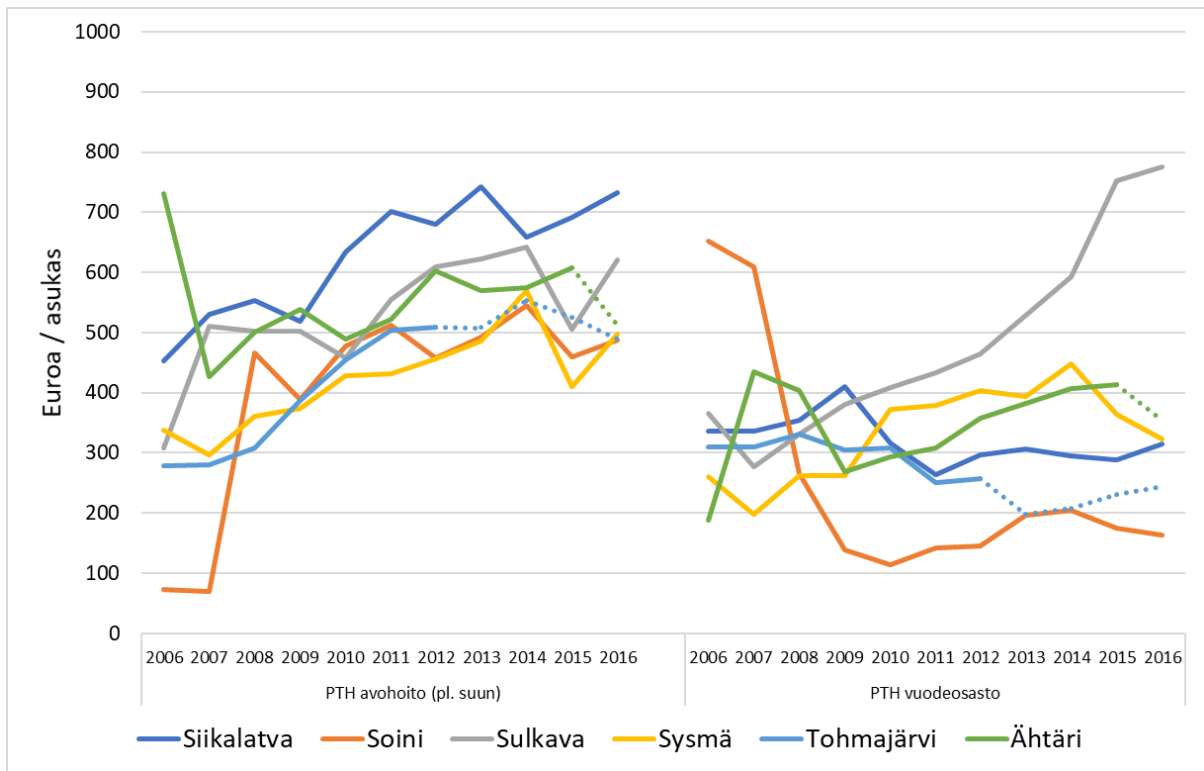
Ähtäri u2016



Liite 8. Perusterveydenhuollon kustannusten jakautuminen avohoitoon (pl. suun terv.) ja vuodeosastohoitoon kokonaisulkoistuskunnissa 2006-2016. Pisteiviiva ulkoistuksesta eteenpäin.¹⁵



¹⁵ Kihniön laitoshoidon kustannukset vuonna 2016 tilastoitiin vuodeosastohoidon puolelle, mistä syystä luvuissa piikki. Kokonaiskustannuksissa ei tapahtunut voimakasta muutosta suuntaan eikä toiseen.



Liite 9. Kuntien vastuulla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018)

- kasvatusta- ja perheneuvonta
- kotipalvelut
- asumispalvelut
- laitoshuolto
- perhehoito
- omaishoidon tuki
- lasten- ja nuorten huolto
- päivähoito (voidaan järjestää myös koulutoimen yhteydessä)
- päihdehuolto
- kehitysvammaisten erityishuolto
- vammaisuuden perusteella järjestettävät tukitoimet
- kuntouttava työtoiminta
- terveysneuvonta
- sairaanhoito ja kuntoutus
- ensihoito ja sairaankuljetus
- hammashuolto
- kouluterveydenhuolto
- opiskeluterveydenhuolto
- seulonnat
- työterveyshuolto
- ympäristöterveydenhuolto
- mielenterveyspalvelut
- sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys
- erikoissairaanhoito, mukaan lukien hyvin pitkälle erikoistuneet hoidot, esimerkiksi
 - aivoverisuonten ohitusleikkaukset
 - elinsiirrot
 - huuli- ja suulakihalkion leikkaushoito
 - ylipainehappihoito
 - vaativa ensihoito
 - mielenterveyden koordinointi ja kehittäminen.
- erityisen vaativat sosiaalihuollon palvelut, esimerkiksi
 - seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito
 - raskaana olevien päihdeäitien hoito ja kuntoutus
- alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.

<http://stm.fi/kuntien-vastuulla-olevat-sotehuollon-tehtavat>