

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistukset

Kustannuskehitys vuoteen 2019 saakka

15.10.2020

Esa Jokinen

Selvityksen on rahoittanut Hyvinvointiala ry

Sisällys

1. Johdanto	3
2. Aiempi tutkimus.....	3
3. Tutkimusasetelma.....	5
4. Yleinen sote-kustannusten kehitys ja ulkoistuskuntien korkeampi palvelutarve.....	8
5. Kokonaisulkoistusten yhteys sote-kustannuskehitykseen	11
5.1 Koko sosiaali- ja terveystoiminta	11
5.2 Terveystoiminta	12
5.3 Sosiaalitoiminta	15
6. Kuntakohtainen variaatio	16
6.1 Yhteenveto.....	16
6.2 Yksittäiset ulkoistuskunnat ja niiden verrokkit	19
7. Johtopäätökset	31
Lähteet.....	33

1. Johdanto

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on Suomessa kuntien järjestämisvastuulla. Kuntien on rahoitettava nämä palvelut, mutta lainsäädäntö antaa kunnille pitkälti vapauden päättää toteutustavasta. Se voi olla kunnan oma tuotanto, yhteistoiminta muiden kuntien kanssa tai palvelujen ostaminen yksityisiltä yrityksiltä tai muilta toimijoilta. Perusterveydenhuolto tapahtuu yleensä kuntien omana tuotantona terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoido kuntien muodostamien sairaanhoitopiirien alaisuudessa.

Yksityiset palveluntuottajat pääasiassa täydentävät järjestelmää, mutta lainsäädäntö on mahdollistanut myös niin sanottujen kokonaisulkoistusten tekemisen. Niissä kaikki perusterveydenhuollon ja osin sosiaalitoiminnan palvelut annetaan yksityiselle toimijalle toteutettavaksi kiinteiden ja pitkien sopimusten pohjalta lukuun ottamatta tiettyjä lakisääteisiä viranhaltijatehtäviä.

Kokonaisjärjestelmän ja sen uudistamisen näkökulmasta kokonaisulkoistukset eivät edusta kehitystä, johon kansalliset linjaukset ja politiikka-aloitteet olisivat ohjanneet. Kokonaisulkoistuksia on pyritty eri tavoin 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. Jo käynnistyneitä ulkoistuksia saatetaan valtioneuvoston päätöksillä jopa keskeyttää lähitulevaisuudessa, mistä aiheutuu jo itsessään ylimääräistä työtä ja kustannuksia julkiselle taloudelle.

Valtakunnallisen sote-päätöksenteon tueksi tarvitaan tutkimusta, jotta jo saaduista kokemuksista ja tuloksista voitaisiin saada kaikki tieto irti. 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 monivuotisella seurannalla ja laajalla kuntakohtaisella vertailuaineistolla. Kunnilla on autonominen oikeus tehdä valintoja palvelujen järjestämistavoissa, joten näiden valintojen vaikutusten mahdollisimman objektiivinen arviointi on vähintään mitä voidaan yhteiskunnan edun kannalta tehdä. Kokonaisvaikuttavuuden arviointi on lopulta tulkinnallinen prosessi, jossa taloudelliset vaikutukset on vain yksi monista näkökulmista. Ulkoistuksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä on tärkeää tarkastella lisäksi paitsi palvelujen laadun ja saatavuuden myös esimerkiksi järjestäjätahojen ja ulkoistusprosessin näkökulmasta.

Tässä selvityksessä kysytään, onko sote-palvelujen kokonaisulkoistamisella ollut vaikutuksia sote-kustannusten kehitykseen, ja minkä suuruisia nuo vaikutukset ovat olleet. Sen tutkimiseksi, missä määrin kustannusvaikutukset johtuvat ulkoistuksesta tarvitaan vertailuasetelma, jossa vertailukuntien muodostama joukko edustaa kokonaisulkoistusten oletettua kustannuskehitystä ilman kokonaisulkoistusta. Koska vertailuasetelman laadintaa ei ole voitu tehdä ennalta käsin satunnaistetulla koeasetelmalla, käytetään tilastollista kaltaistamismenetelmää (Rosenbaum 1983), jolloin ulkoistuskuntien ja verrokkikuntien kehityksen eroa voidaan tarkasti mitata. Huomio ei siten ole yksittäisissä kuntatapauksissa, joskin niitä koskevat kustannuskehitystiedot ovat niistä kiinnostuneille tässä selvityksessä kattavasti esillä.

2. Aiempi tutkimus

Sote-uudistuksen edellisen hallituskauden valmisteluun liittyi pyrkimys laajentaa yksityisten palveluntuottajien roolia sote-palveluissa. Perusterveydenhuollon laajempaa yksityistä tuotantoa

testattiin konkreettisesti vuosina 2017-2019 valinnanvapauden kokeiluhankkeessa. Siinä kutsuttiin tietyillä alueilla yksityisiä toimijoita tuottamaan palvelut osalle julkisen terveydenhuollon asiakkaista näiden valintaan perustuen. Valinnanvapautta käytettiin melko varovaisesti, ja sen jatkovalmistelusta luovuttiin Sipilän hallituksen sote-uudistuksen kaaduttua, eikä valinnanvapauskehittelyä enää jatketa. Asiakkaiden kokemukset valinnanvapaudesta sinänsä olivat kuitenkin rohkaisevia. (Jokinen ym. 2018.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään on samalla tuotu elementtejä palveluparadigman muutoksesta, asiakaslähtöisyydestä ja joustavuudesta. Samalla sen on ratkaistava maakuntarakenteen, erikoissairaanhoidon ja työterveydenhuoltojärjestelmän kokonaisrakenteellisia haasteita (Kork 2018). Toisin sanoen palveluiden järjestämistavasta huolimatta niiden tuottamiseen kohdistuu voimakkaita kehittämispaineita kaikilla tasoilla. Erilaisten toimintatapojen kustannustehokkuudesta ja vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi selvyttä.

Kaikesta huolimatta viimeisen vuosikymmenen aikana palvelujen laajempi ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille on jonkin verran lisääntynyt. Kuntaliiton (2020) seurannan mukaan kokonaisulkoistus oli Suomessa tehty 27 kunnassa vuoteen 2019 mennessä. Tässä tehdään niihin kohdistuva kokonaistutkimus (ei siis otanta), ja huomiotta jätetään ainoastaan Simon kunta johtuen sen pienestä ulkoistusasteesta. Hattulan ja Tervolan osalta kyseessä voidaan katsoa olevan vain osaulkoistuksen, mutta ne päätettiin pitää analyysissä kuitenkin mukana.

Parhiala ja Hetemaa (2017) katsoivat 13 kunnan ulkoistaneen sote-palvelunsa, joten määrän voidaan sanoa kaksinkertaistuneen aivan viime vuosina. Vuonna 2017 terveysasemista noin 10 % ja alle 100 000 asukasta eli noin 2 % väestöstä oli kokonaisulkoistusten piirissä. Erityisesti Kemian ja Tornion kaupunkien kokonaisulkoistuksen myötä väestömäärä on noussut lähelle 200 000:a eli noin 4 prosenttia vuonna 2019.

Linnan ja Seppälän (2016) tutkimuksessa havaittiin, että Mänttä-Vilppulan sote-nettokustannukset olivat laskeneet ulkoistuksen myötä 8,2 %, ja palvelujen laatua koskevat havainnot olivat lupaavia. Tarkastelu perustui kuitenkin vain yhden vuoden otokseen. Samantyyppiseen vertailuun perustuvassa kokonaistutkimuksessa (Jokinen ym. 2018) havaittiin, että vuoteen 2017 mennessä kokonaisulkoistusten myötä kunnat saavuttivat keskimäärin 1-1,5 %:n säästöt sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksissa kolmena ensimmäisenä ulkoistusvuonnaan. Tässä ei ollut huomioitu kuntien saamaa laskennallista ALV-palautusta (5 %). Säästöt määriteltiin tarkastelussa kokonaisulkoistuskuntien ja niiden verrokkikuntajoukon vuosikustannusten muutosten erotuksena. Säästöt kohdistuivat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksiin, mutta seuranta-aika oli edelleen vielä verraten lyhyt useiden ulkoistusten tapahduttua vuosina 2017 ja 2018. (Emt.)

Ulkoistusten kustannusvaikutusten tarkastelun haasteeksi osoittautui, että ulkoistussopimusten ehdot poikkesivat selvästi toisistaan ja perustuivat erilaisiin kustannuskehitysskenaarioihin. Lisäksi oletukset yleisestä sote-kustannustason noususta eivät 2010-luvun loppupuolella toteutuneet muun muassa kilpailukykysovimuksen vuoksi, jonka vaikutuksen yleisiin sote-kustannuksiin on arvioitu olleen 2,3 % vuosina 2016-2017 (Pihlajalinna 2020). Hoidon saatavuus näyttäytyi keskimääräistä parempana erityisesti myöhemmässä aallossa (vuoden 2015 jälkeen) ulkoistuksen toteuttaneissa kunnissa. (Jokinen ym. 2018.) (Emt.)

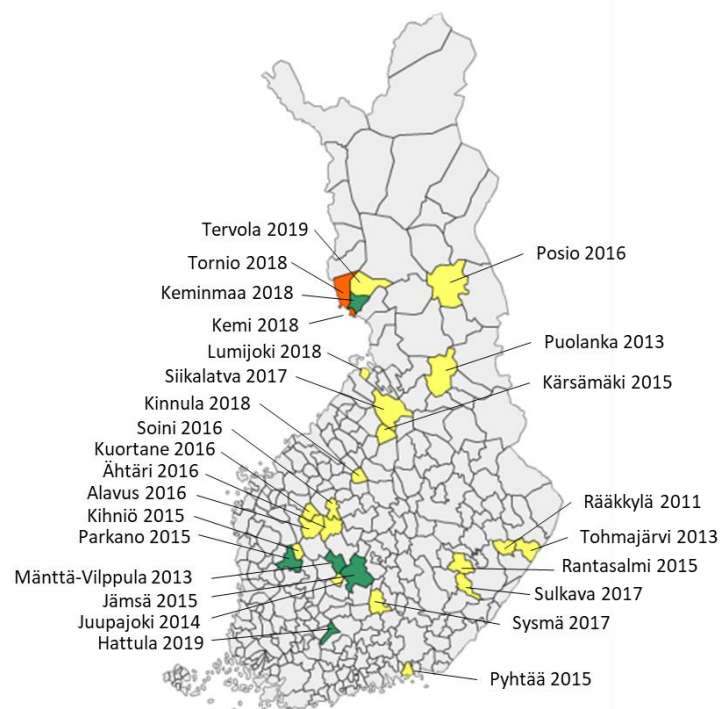
Kyseisessä selvityksessä ei otettu huomioon *kuntien saamaa laskennallista ALV-palautusta* (5 %) yksityisten palvelujen kustannuksista. Lisäksi *sairaanhoidopiirien välillä* on erityisesti 2010-luvun loppupuolella tapahtunut kustannusten eriytymistä. Nämä pyritään ottamaan tarkemmin huomioon käsillä olevassa selvityksessä.

Keskeisiä syitä kokonaisulkoistukseen ovat olleet mm. pula henkilöstöstä (erityisesti lääkäreistä), 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). Erityisesti monien pienten kuntien terveydenhuollon kustannukset ovat lähteneet kiihtyvään kasvuun, mikä on usein ennakoitunut kokonaisulkoistukseen päättymistä (Jokinen ym. 2018). Kunnat ovat myös pyrkineet irtautumaan yhteistoiminnasta muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa, tai niiden kesken ei ollut päästy sopimukseen palvelun ehdoista (kuten Mänttä-Vilppulan kohdalla, Linna & Seppälä 2017; Luoma ym. 2007).

Kuntapäättäjät ja -viranomaiset ovat odottaneet sote-palvelun ulkoistamisesta sekä yksilöasiakkaille että kunta-asiakkaille kokonaisvaltaista lisäarvoa, jollaista julkisista palveluista ei ollut koettu saatavan. Kokonaisulkoistus on voitu nähdä perusteltuna toimintatapana esimerkiksi paikallisen autonomian vahvistamisen näkökulmasta. (Jokinen ym. 2018.)

3. Tutkimusasetelma

Seuraavassa kuvataan tutkimusasetelmaa, jonka tarkoituksena oli verrata vuoteen 2019 ulottuvia sote-kustannustietoja kokonaisulkoistuskuntien muodostaman joukon ja verrokkikuntien joukon välillä. Ulkoistuskunnat sijaitsevat eri puolilla Suomea (kuvio 1.1) samoin kuin niiden verrokkikunnat. Verrokkikuntien määrittämisessä käytettiin kaltaistamismenetelmää, jossa kullekin kunnalle laskettiin propensiteettipistemäärä kuvaamaan niiden todennäköisyyttä kuulua taustamuttujiensa perusteella kokonaisulkoistuskuntien joukkoon. Kullekin ulkoistuskunnalle valittiin 2-4 verrokkia, joiden propensiteettipistemäärä oli mahdollisimman lähellä ulkoistuskuntia. Kuntakohtaisessa vertailussa käytettiin verrokkikuntien keskimääräisiä kustannustietoja.



Kuvio 3.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistuksen toteuttaneet kunnat vuonna 2019, jäljessä ulkoistusvuosi. Väri kuvaa tilastollista kuntaluokitusta (punainen=kaupunki, vihreä=taajaan asuttu, keltainen=maaseutumainen).

Ulkoistustodennäköisyyteen katsottiin vaikuttavan ennen kaikkea kunnan asukkaiden palvelutarpeen ja siten kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia indikoivat tekijät. Ulkoistustodennäköisyyden estimointi tehtiin vuoden 2010 aineistosta eli ennen ensimmäistä kokonaisulkoistusta (Räikkylä 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.

Vastemuuttujina käytettiin taulukossa 3.1 kuvattuja kustannusindikaattoreita. Indikaattoreiksi valittiin sote-nettokäyttökustannusten pääkategoriat. Tiedot koottiin THL:n ylläpitämästä Sotkanet - tietokannasta vuosilta 2006–2019. Sen tiedot perustuvat kuntien talous- ja toimintatietoihin. THL on tehnyt väestösuhteutuksen käyttämällä Tilastokeskuksen Väestötilaston tietoja. Koska aineistossa on tiedot suurimmasta osasta Suomen kuntia, se mahdollisti kaltaistamismenetelmän hyödyntämisen kuntaverrokkien määrittelyä varten. Sotkanet-indikaattoreita on kuvattu liitteessä 2 ja kaltaistamismenetelmän toteutusta tarkemmin liitteessä 3.

Taulukko 3.1. Kustannuskehitystä kuvaavat muuttujat, käyvin hinnoin (Sotkanet).

Sosiaali- ja terveystoiminta
Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas (ind. 1073), 2006–2019.
Terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (ind. 1291), 2006–2019.
Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas (ind. 1290), 2006–2019.
Terveystoiminta
Perusterveydenhuollon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 1072), 2006–2019
Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 107), 2006–2019
Sosiaalitoiminta
Kotihoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 3768), 2006–2019
Ikäntyneiden laitoshoidon nettokäyttökustannukset, euroa / asukas (ind. 3774), 2006–2019

Kuvattujen indikaattorien lisäksi tässä selvityksessä on käytetty karkeaa vuoden 2010 kuntakohtaista asukaslukutietoa kuntataseiden kokonaiskustannusten laskemisessa. Luvut saattavat poiketa hieman indikaattoripalvelun euromääräisistä luvuista.

Aineisto mahdollisti eri ulkoistuskuntien ja niiden verrokkien kustannusten seuraamisen ennen ja jälkeen ulkoistuksen taulukon 3.2 kuvaamalla tavalla. Täten kustannusten seuranta ennen ja jälkeen ulkoistuksen pystyttiin tekemään 24 kunnan ja osalta. Mikäli ulkoistus oli tapahtunut loppuvuodesta, katsottiin vasta seuraavan vuoden olevan ulkoistuksen aloitusvuosi tilastollisessa mielessä.

Taulukko 2.2 Käytetty indikaattoritieto kunnittain.

Lähde	Mitä tietoa kunnittain käytettävissä										
Vuosi	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Kustannus-indikaattorit <i>Sotkanet</i>	Kustannustietoa ennen ja jälkeen ulkoistuksen								Tietoa ulkoistusvuoteen saakka	Alkanut keskellä vuotta	Tuottaja
Verrokkikunnat	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
<i>Ulkoistuskunnat (ulkoistusvuosi)</i>											
1. Rääkkylä	x										Attendo -> Terveystalo
2. Puolanka	ei	ei	x								Attendo -> Terveystalo
3. Tohmajärvi			x								Attendo -> Terveystalo
4. Mänttä-V.			x								Pihlajalinna ja kunta
5. Juupajoki				x						1.9.2014	Pihlajalinna ja kunta
6. Jämsä					x					1.9.2015	Pihlajalinna ja kunta
7. Kihniö					x					1.5.2015	Pihlajalinna ja kunta
8. Kärsämäki					x					1.7.2015	Attendo -> Terveystalo
9. Parkano					x						Pihlajalinna ja kunta
10. Pyhtää					x						Attendo -> Terveystalo
11. Rantasalmi					x						Terveystalo
12. Alavus						x					Pihlajalinna ja kunta
13. Kuortane						x					Pihlajalinna ja kunta
14. Posio						x				1.6.2016	Coronaria
15. Ähtäri						x					Pihlajalinna ja kunta
16. Siikalatva							x				Mehiläinen
17. Soini							x				Pihlajalinna ja kunta
18. Sulkava							x				Attendo -> Terveystalo
19. Sysmä							x				Attendo -> Terveystalo
20. Lumijoki								x			Terveystalo
21. Keminmaa								x		1.6.2018	Mehiläinen
22. Kinnula								x		1.10.201	Terveystalo
23. Kemi								x		1.6.2018	Mehiläinen
24. Tornio								x		1.6.2018	Mehiläinen
25. Hattula									x	Laajempi sopimus 2019 alk.	Pihlajalinna Terveystalo
26. Tervola									x	1.10.201	Terveystalo

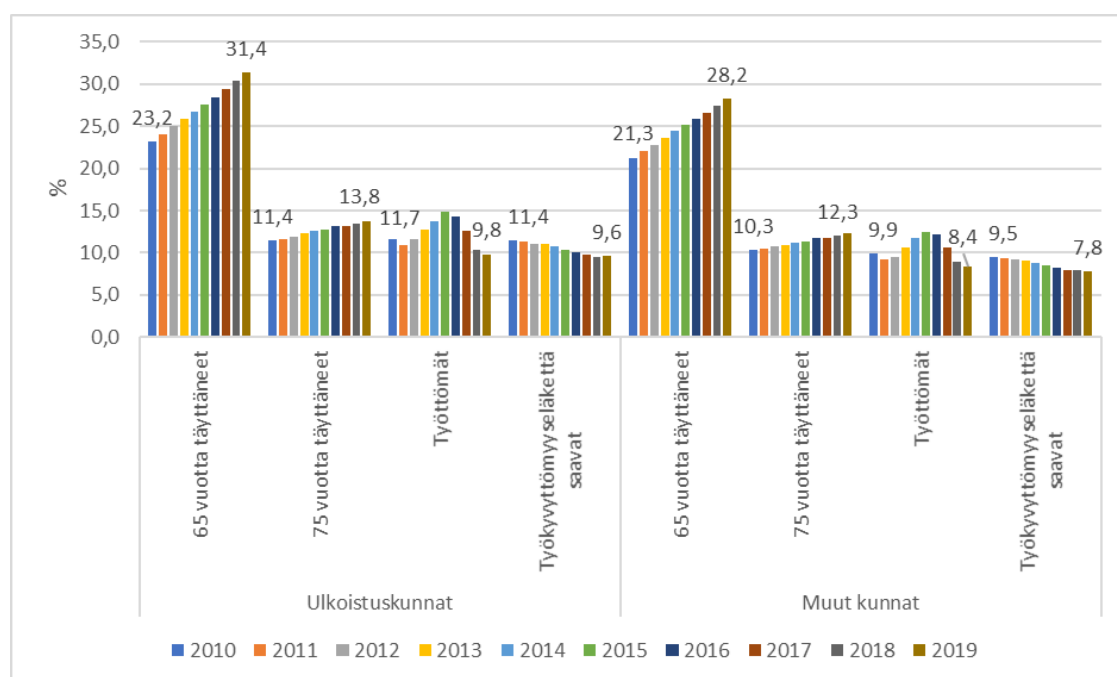
Kaikkien kokonaisulkoistuskuntien palvelutarpeet ovat koko maan keskiarvoa selvästi suuremmat. Kun koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräiseksi tarvekertoimeksi asetetaan 1, vaihtelivat sote-ulkoistuskuntien tarvekertoimet välillä 1,03 ja 1,40 vuonna 2014. (Vähänen ym. 2015.)

Liitteessä 2. on esitetty näiden keskeisten palvelutarvetta kuvaavien indikaattorien korrelaatiot myöhempään kokonaisulkoistukseen. Liitetaulukosta havaitaan, että erikoissairaanhoidon (korkeat) kustannukset olivat tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä myöhempään

kokonaisulkoistusratkaisuun. Perusterveydenhuollon kustannukset eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä 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.

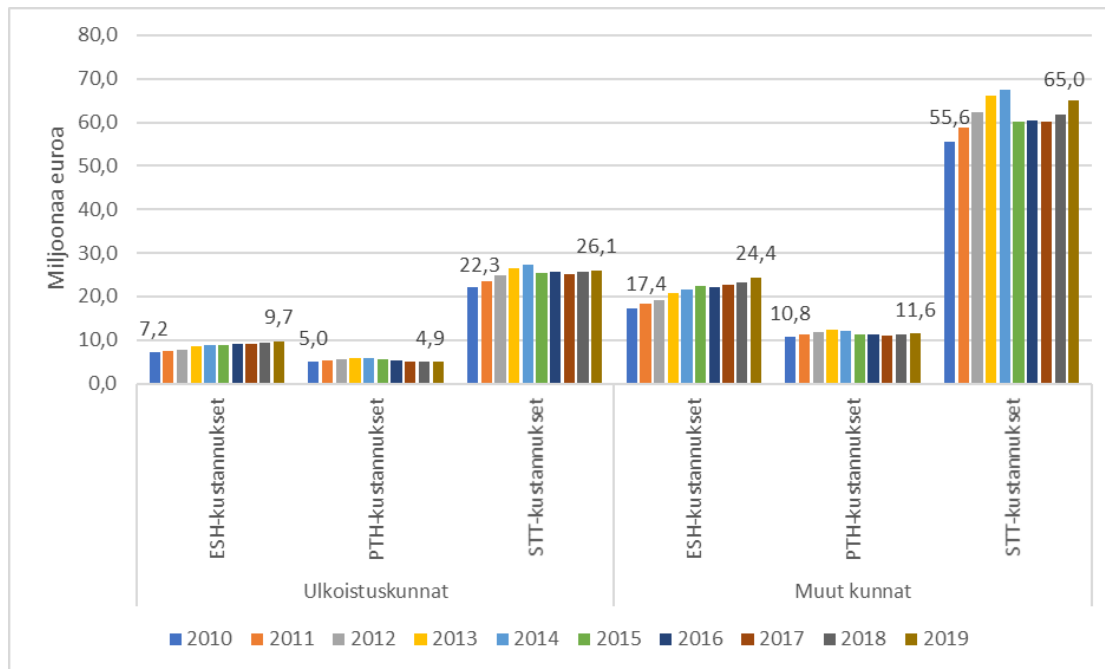
4. Yleinen sote-kustannusten kehitys ja ulkoistuskuntien korkeampi palvelutarve

Ulkoistuskuntien väestö oli ikääntyneempää ja työttömyysaste sekä työkyvyttömyysaste korkeampia muihin kuntiin verrattuna. Myös sote-kustannusten lähtötaso oli korkeampi kuin muissa kunnissa keskimäärin – jopa verrattuna kaltaisiin verrokkikuntiin. Tämä kuvastaa ulkoistuskuntien korkeampaa ja muita kuntia nopeammin kasvavaa palvelutarvetta.



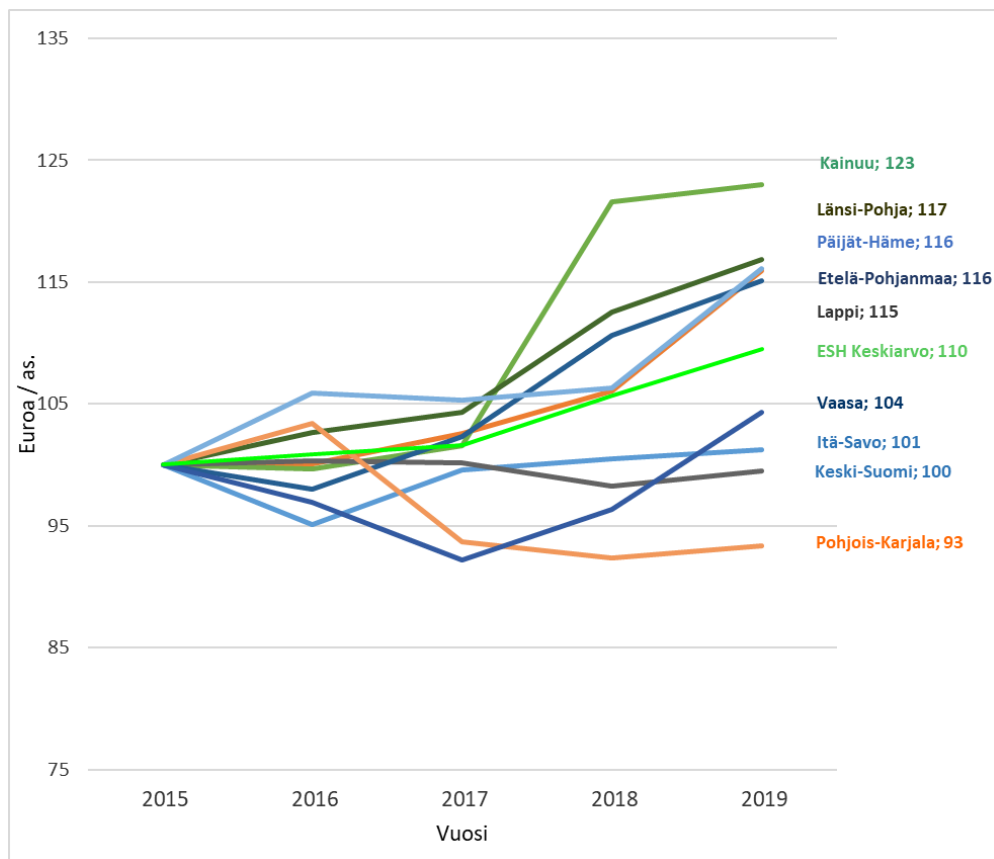
Kuvio 4.1. Ulkoistuskuntien ja muiden kuntien taustamuuttujien kehitys vuosina 2010-2019.

Kuviossa 4.2 on verrattu yleistä sote-kustannuskehitystä ulkoistuskuntien ja muiden kuntien välillä 2010-luvun ajan. Vaikka ulkoistusten toteutusvuotta ei ole tässä kuviossa vakioitu, havaitaan ulkoistuskuntien kustannuskehityksen olleen yleistä kehitystä maltillisempi erityisesti perusterveydenhuollon kustannusten osalta, eivätkä kokonaiskustannuksetkaan ole lähteneet voimakkaampaan nousuun.



Kuvio 4.2. Ulkoistuskuntien ja muiden kuntien sote-kustannusten kehitys 2010-2019.

Sote-kustannuskehitys ei kuitenkaan riippunut pelkästään kuntien lähtötilanteesta. Vuosien varrella muutoksia tapahtui myös aluetasoisissa tekijöissä, joista keskeisin oli erikoissairaanhoidon kustannusrakenteen eriytyminen, mikä aiheuttaa mahdollisesti virhettä kuntaverrokkiasetelmaan. (Kuvio 4.3.)



Kuvio 4.3. Erikoissairaanhoidon kustannuskehitys voimakkaimmin eriytyneissä sairaanhoitopiireissä 2015-2019 (2015=100).

Seuraavan luvun päätuloksia tulkittaessa on siten huomioitava, että ulkoistuskuntien verrokut määräytyivät osittain eri sairaanhoitopiirien alueelta. Tämä johtui siitä, että saman sairaanhoitoalueen sisältä ei useimmiten löytynyt muissa suhteissa sopivaa verrokkikuntaa. Taulukossa 4. on arvioitu sairaanhoitopiirien välisten erojen vaikutusta erikoissairaanhoidon ja sote-kokonaiskustannusten kehitykseen kuntakohtaisesti. Johtopäätös on, että sairaanhoitopiirien väliset vertailut olivat keskimäärin epäedullisia ulkoistuskuntien kannalta, eli kokonaisulkoistuksesta saatavat säästöt olivat todennäköisesti hieman suurempia kuin vertailun tulokset osoittavat. Tähän asiaan palataan johtopäätösluvussa uudelleen.

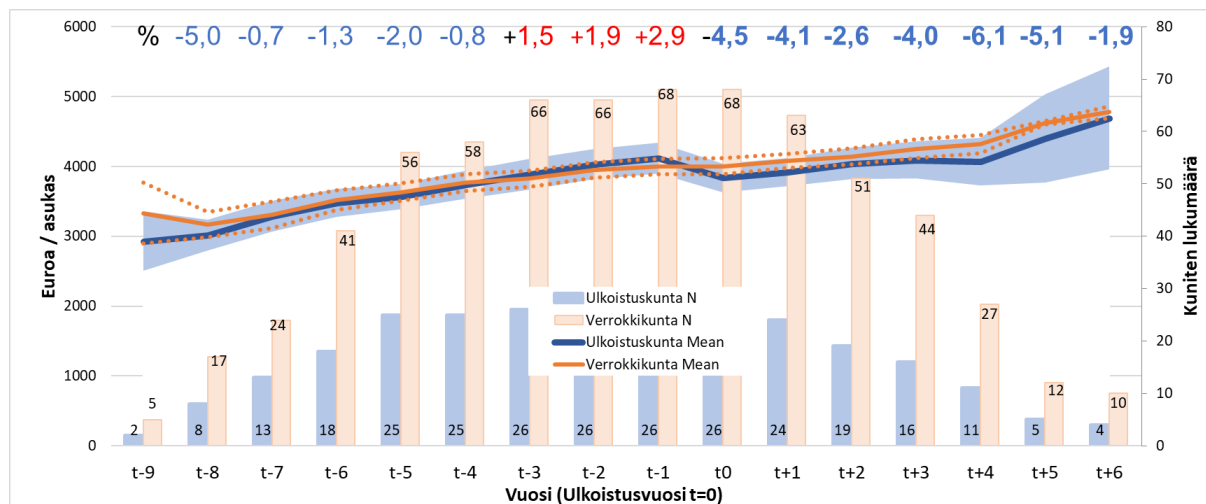
Taulukko 4.1 Sairaanhoitopiirien eriytyvän kustannuskehityksen vaikutus vertailuasetelmiin.

	Asukasluku	SHP:n suhteellinen vaikutus ulkoistuskunnan ESH- kustannuksiin (%-yksikköä)	Paljonko SHP:n vaikutus on viimeisimmästä ESH- kustannuksesta €/as ja kerrottua asukasluvulla (~€)	SHP:n suhteellinen vaikutus ulkoistuskunnan SOTE- kustannuksiin (%)	Vertailuasetelmaa koskeva johtopäätös
Puolanka	3000	18,3 %	1 129 897	6,1 %	Ulkoistuskunnalle epäedullinen
Kemi	21500	15,2 %	6 397 764	6,6 %	Ulkoistuskunnalle epäedullinen
Tornio	22000	6,9 %	2 365 499	3,0 %	Ulkoistuskunnalle epäedullinen
Lumijoki	2000	6,7 %	116 754	2,0 %	Merkitys on pieni
Kuortane	4000	6,4 %	382 592	2,4 %	Merkitys on pieni
Keminmaa	8500	5,5 %	821 164	2,5 %	Merkitys on pieni
Ähtäri	6500	5,2 %	584 402	2,0 %	Merkitys on pieni
Alavus	12500	5,0 %	933 938	1,8 %	Merkitys on pieni
Soini	2400	4,1 %	146 301	1,4 %	Merkitys on pieni
Posio	3900	3,6 %	257 690	1,2 %	Merkitys on pieni
Pyhtää	5400	3,3 %	291 642	1,6 %	Merkitys on pieni
Rääkkylä	2600	3,2 %	112 669	0,8 %	Merkitys on pieni
Sysmä	4300	2,8 %	175 483	0,9 %	Merkitys on pieni
Siikalatva	6200	1,5 %	143 192	0,5 %	Merkitys on pieni
Tohmajärvi	5000	1,0 %	64 515	0,3 %	Merkitys on pieni
Kihniö	2200	0,7 %	20 371	0,2 %	Merkitys on pieni
Tervola	3400	-0,3 %	-19 451	-0,1 %	Merkitys on pieni
Kärsämäki	2900	-0,8 %	-29 253	-0,3 %	Merkitys on pieni
Hattula	9700	-1,4 %	-151 950	-0,6 %	Merkitys on pieni
Jämsä	22700	-3,1 %	-875 121	-0,9 %	Merkitys on pieni
Parkano	7000	-3,5 %	-303 065	-1,1 %	Merkitys on pieni
Mänttä-V.	11400	-4,0 %	-754 133	-1,6 %	Merkitys on pieni
Kinnula	1800	-4,4 %	-92 624	-1,1 %	Merkitys on pieni
Rantasalmi	4000	-4,5 %	-257 598	-1,5 %	Merkitys on pieni
Juupajoki	2100	-7,7 %	-246 576	-3,0 %	Ulkoistuskunnalle edullinen
Sulkava	2900	-8,5 %	-462 237	-3,3 %	Ulkoistuskunnalle edullinen
Yht.	179900	51,2 %	10 751 864	19,7 %	

5. Kokonaisulkoistusten yhteys sote-kustannuskehitykseen

5.1 Koko sosiaali- ja terveystoiminta

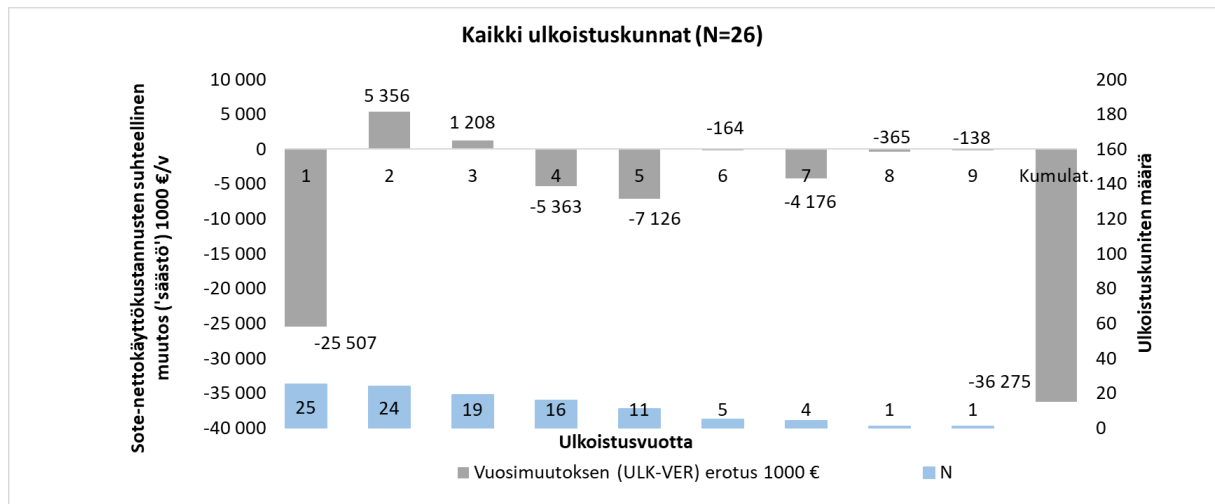
Kokonaisulkoistuskuntien sote-kustannuskehitystä verrattiin odotettuun kehitykseen ilman ulkoistusta käyttämällä kaltaistettujen verrokkien muodostamaa vertailuryhmää. Kuviossa 5.1.1 on esitetty koko sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannuksien kehityksen ero ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa. Kaikkien kuntien ulkoistukset asetettiin alkamaan vuodesta t0, joten niiden alkamisvuoden vaikutus oli kontrolloitu. Kuntien määrä väheni kuviossa ulkoistusvuosien lisääntyessä, sillä mitä tuoreemmasta ulkoistuksesta oli kyse, sitä vähemmän sillä oli seurantavuotia.



Kuvio 5.1.1 Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusalue 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille. Prosentit kertovat vuosittaisen kustannuseron ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä.

Kuviosta 5.1.1. havaitaan, että ulkoistuskuntien sote-kustannukset olivat kiihtyvässä kasvussa ennen ulkoistusvuotta. Ulkoistusvuonna (t0) ulkoistuskuntien kustannukset laskivat selvästi verrokkikuntien kustannusten jatkaessa kasvuaan. Toisena ja kolmantena vuonna ulkoistuskuntien kustannukset kasvoivat hieman enemmän kuin verrokkikunnissa, mutta neljäntenä (t+3) ja viidentenä (t+4) vuonna ero kasvoi jälleen ulkoistuskuntien hyväksi.

Kuviossa 5.1.2. on esitetty vuodesta toiseen tapahtuvien kustannusmuutosten ero verrokkeihin euromääräisenä. Euromäärät saatiin kertomalla asukaskohtaiset kustannusluvut kunkin ulkoistuskunnan karkealla asukasluvulla ja laskemalla kaikkien ulkoistuskuntien luvut (suhteelliset säästöt/tappiot) yhteen. Siten tässä kuviossa väkiluvultaan suuremmat kunnat painottuivat voimakkaammin.



Kuvio 5.1.2. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannusten muutos ulkoistuskunnissa verrattuna verrokkikuntiin vuodesta toiseen. Ensimmäinen vuosi kuvaa ulkoistusvuoden kustannusten muutosta edeltävien viiden vuoden keskiarvoon. Summat on laskettu kuntakohtaiseen asukaslukuun suhteutettuna.

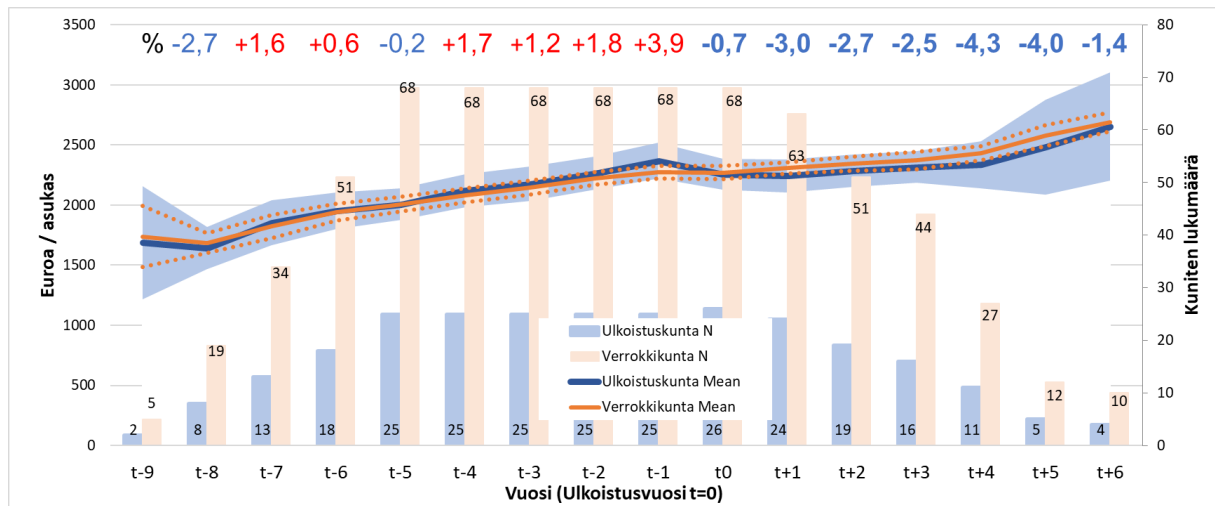
Kokonaisulkoistusten myötä kuntataloudelle koituivat yhteensä noin 36 miljoonan euron kustannussäästöt vuosina 2011-2019. Säästö oli todennäköisesti jopa tätä laskelmaa suurempi ottaen huomioon, että tutkimusasetelma oli ulkoistuskuntien kannalta pikemminkin epäedullinen kuin edullinen. Vaikka verrokkien kaltaistamisen onnistuneisuudella oli suuri vaikutus yksittäisten kuntien väliseen variaatioon, kokonaistarkastelussa tulosten suuntaan ja mittakaavaan sillä ei näyttänyt olleen kovin suurta vaikutusta.

Toisen (t+1) ja kolmannen (t+2) vuoden kustannusten epäedullista kehitystä voitiin osittain selittää muutamien väestöltään suurempien kuntien kustannuskehityksen heikentymisellä. Toisaalta se johtui myös siitä, että ulkoistussopimusten lupaama kustannussäästö painottuu sopimuksen alkuvaiheeseen. Lisäksi yleisen (verrokkikuntien) kustannuskehityksen ennakoitiin ulkoistussopimusten tekohetkellä todennäköisesti nousevan enemmän kuin todellisuudessa tapahtui. Yksittäistapauksissa verrokkikuntien kustannuskehitys saattoi jopa selvästi laskea, mihin nähden ulkoistuskunnan kehitys näyttäytyi epäedullisena. Verrokkikuntien kustannuskehityksen syihin ei ollut mahdollista perehtyä tarkemmin tämän selvityksen puitteissa, mutta se olisi tarpeellista kokonaiskuvan täsmentämiseksi.

Kokonaisulkoistusten myönteistä taloudellista vaikutusta alleviivasi se, että kokonaisulkoistussopimukset koskivat enimmäkseen perusterveydenhuoltoa ja sosiaalitoimintaa ja vain välillisesti erikoissairaanhoidon. Lisäksi sen vaikutuspiiriin ulkopuolelle jäi runsaasti muita kustannusrakenteellisia tekijöitä kuten erikoissairaanhoidon alueelliset investoinnit. *Kaikista näistä muista kustannuskehitykseen vaikuttavista tekijöistä huolimatta kokonaisulkoistuskunnat kykenivät saavuttamaan selviä kustannussäästöjä lähes kaikissa ulkoistuskunnissa.*

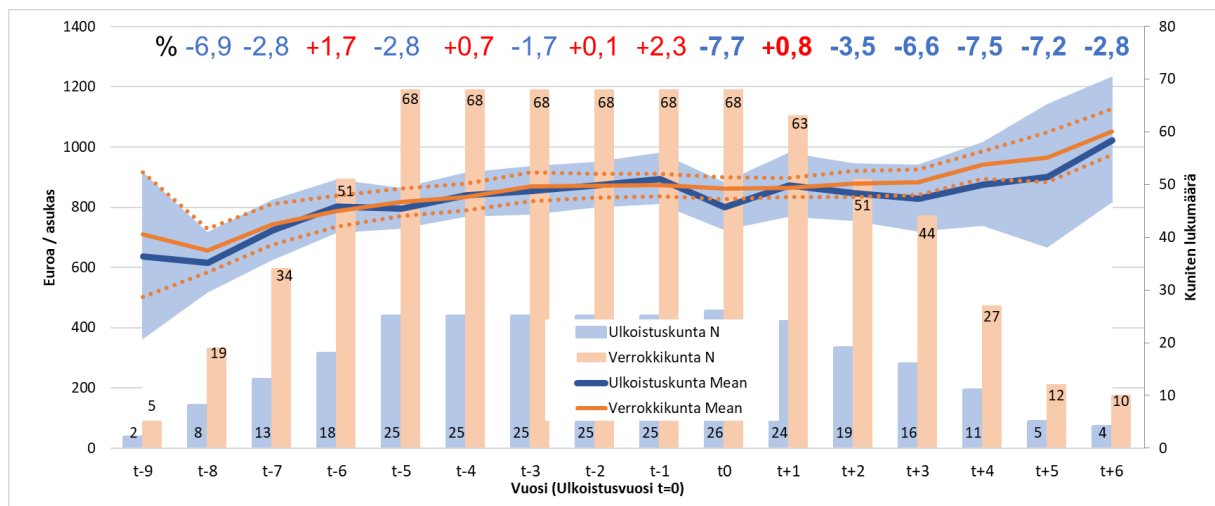
5.2 Terveystoiminta

Alle puolet kustannussäästöt kohdistui terveystoiminnan puolelle. Kuvion 5.2.1 perusteella säästö syntyi ensimmäisenä (t=0) ja toisena (t+1) ulkoistusvuonna ja viidentenä (t+3) vuonna. Huomio kiinnittyi myös ulkoistusta edeltävien vuosien kustannusten kasvuun ulkoistuskunnissa. Kustannusten kasvu on ollut aiempaa maltillisempaa myös verrokkikunnissa, mutta kokonaisulkoistuskunnat ovat alittaneet tämän tason ainakin viiden seurantavuoden ajanjaksolla.



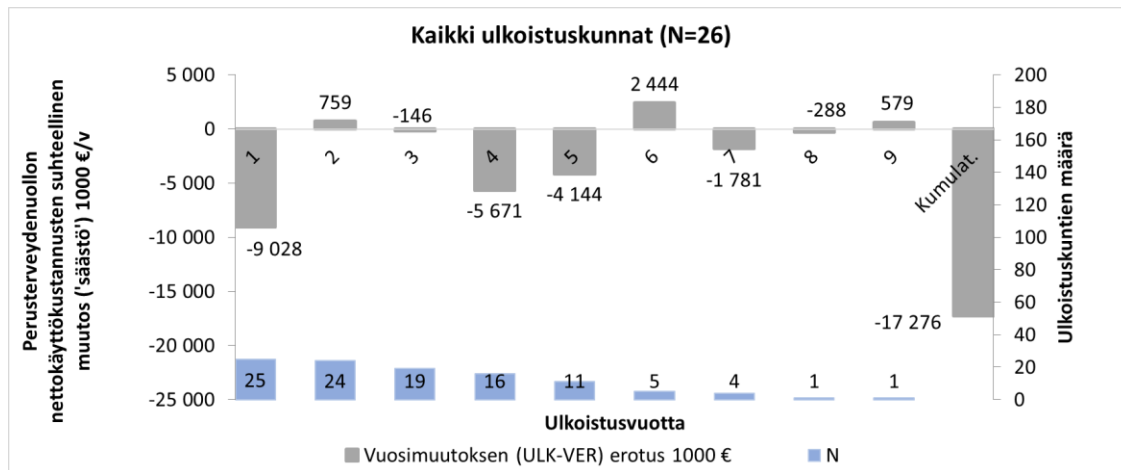
Kuvio 5.2.1 Terveystoiminnan nettokäyttökustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusalue 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille. Prosentit kertovat vuosittaisen kustannuseron ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä.

Terveystoiminnan osalta kustannukset jakautuivat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa kustannussäästö oli ensimmäisenä vuonna (t=0) suuri, mutta toisena vuonna tapahtui kustannusten nousua. Seuraavina kolmena vuonna (t+2, t+3, t+4) saavutettiin jälleen kustannussäästöjä. Kuten luottamusalueen laajuudesta nähdään, perusterveydenhuollon osalta tulokset vaihtelivat huomattavasti ulkoistuskuntien välillä. Kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon kustannukset ovat säilyneet ulkoistusta edeltävän tason alapuolella useiden vuosien ajan samalla kun verrokkikuntien kustannukset ovat vähitellen nousseet.



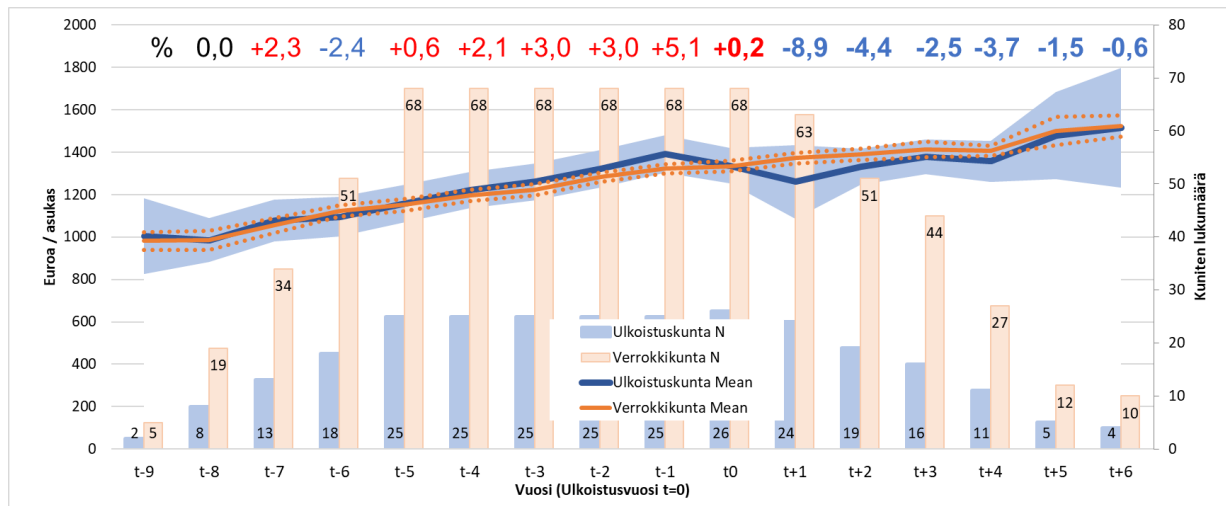
Kuvio 5.2.2 Perusterveydenhuollon nettokäyttökustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusalue 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille. Prosentit kertovat vuosittaisen kustannuseron ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä.

Kuviossa 5.2.3 PTH-kustannusvaikutus on muunnettu ulkoistuskuntien asukasluvun perusteella euromääräksi. Yhteensä perusterveydenhuollossa koko ulkoistusaikana on saavutettu noin 17 miljoonan euron säästöt. Tässä kuviossa väkirikkaammat ulkoistuskunnat ovat siten painotetummin edustettuna.



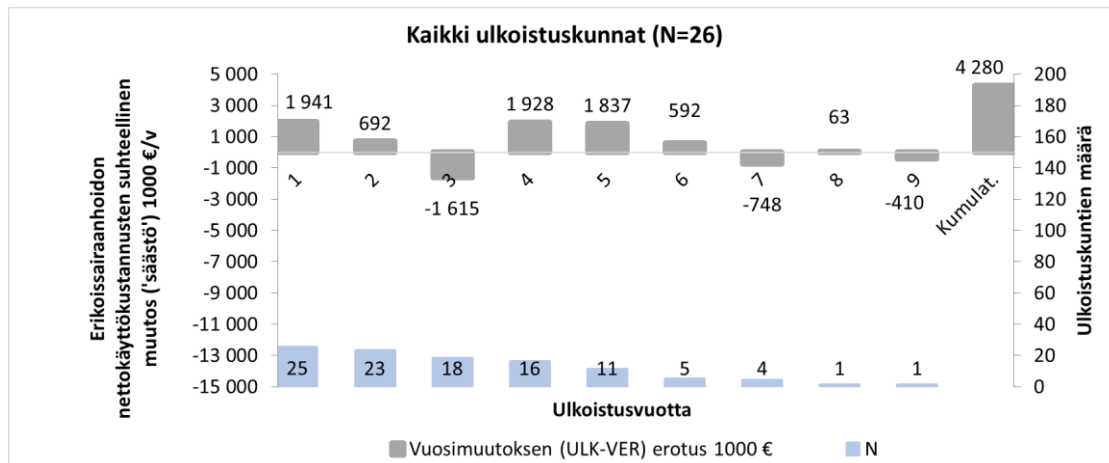
Kuvio 5.2.3 Perusterveydenhuollon nettokäyttökustannusten suhteellinen muutos ('säästö') 1000 €/v.

Erikoissairaanhoidossa ensimmäisen vuoden säästöt olivat huomattavia, mutta tämän jälkeen säästöt olivat maltillisia ja niitä saavutettiin keskimäärin vasta viidentenä vuonna (t+4). Erikoissairaanhoidon kustannukset säilyivät kuitenkin selvästi verrokkikuntia alhaisemmalla tasolla. Sairaanhoitopiirien eriytyvä kustannuskehitys vaikutti tuloksiin vertailuasetelman kautta joitakin prosentteja verrokkikuntien hyväksi, joten tarkempia laskelmia on tehtävä varoen. Voidaan kuitenkin havaita, että keskimäärin kokonaisulkoistuskuntien erikoissairaanhoidon kustannukset ovat pysyneet ulkoistusta edeltävän tason alapuolella useita vuosia samalla kun verrokkikuntien kustannukset ovat jatkaneet tasaista nousuaan. (Kuvio 5.2.4.)



Kuvio 5.2.4 Erikoisterveydenhoidon nettokäyttökustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusalue 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille. Prosentit kertovat vuosittaisen kustannuseron ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä.

Euromääräksi muutettuna (kuvio 5.2.5) erikoissairaanhoidossa ulkoistuskunnat eivät saavuttaneet säästöjä, vaan ne jäivät noin 4 miljoonaa euroa tappiolla suhteessa verrokkikuntiin. Säästö ja tappio vaihtelivat vuosikohtaisesti siten, että ensimmäisenä ulkoistusvuonna tappiota koitui kaikkein eniten, minkä jälkeen ero verrokkikuntiin säilyi suurin piirtein ennallaan.

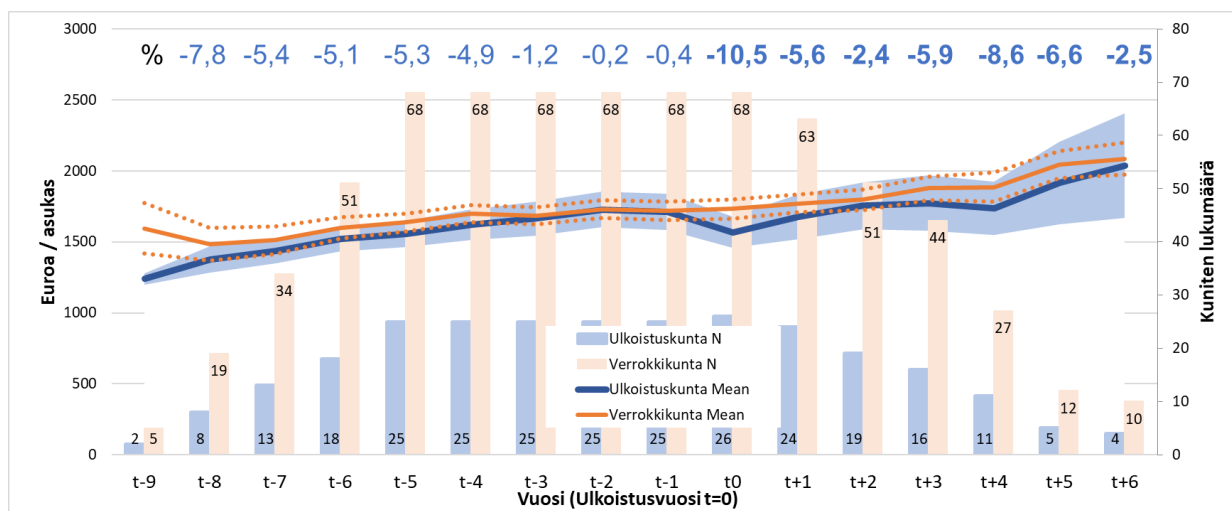


Kuvio 5.2.5 Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannusten suhteellinen muutos ('säästö') 1000 e/v.

Erikoissairaanhoidon osalta tuloksiin vaikuttivat kuitenkin myös sairaanhoitopiirikohtaiset erot verrokkiasetelman sisällä. Kolmen ulkoistuskunnan eli Puolangan ja väkiluvultaan suurten Kemlin ja Tornion osuus tästä 'vertailutappiosta'¹ oli yksinään useita miljoonia euroja, minkä huomioiminen kääntäisi erikoissairaanhoidon vertailun tulokset selvästi säästöpuolelle (ks. taulukko 4.1).

5.3 Sosiaalitoiminta

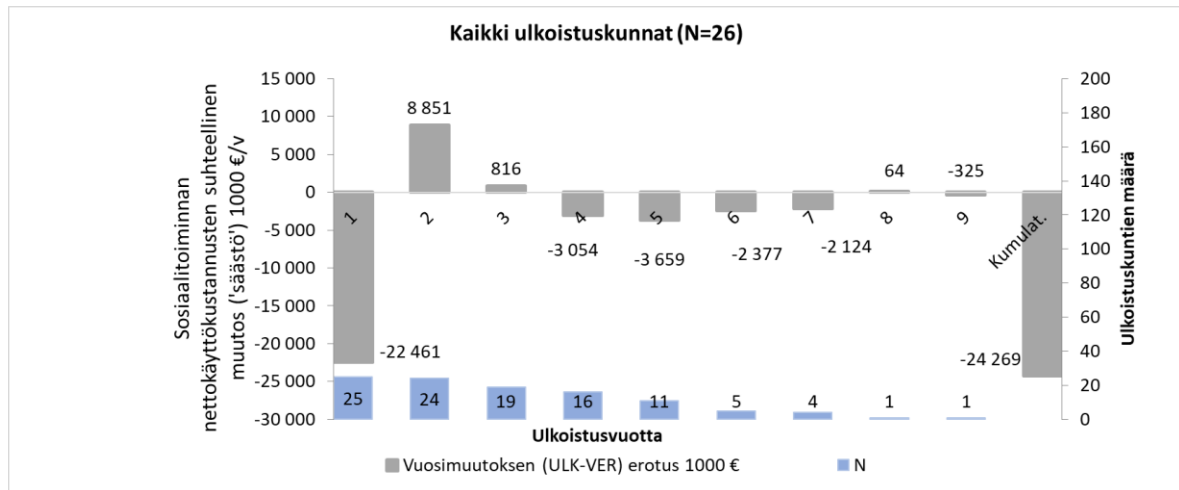
Suurin osa kustannussäästöistä syntyi sosiaalitoiminnan puolella. Sen osalta kokonaisulkoistuskuntien kustannukset eivät olleet yhtä epäedullisesti kehittyneitä ennen ulkoistusta kuin terveystoiminnan osalta. Kuten kuviosta 5.3.1 nähdään, tästä huolimatta ulkoistusvuosi (t=0) toi huomattavan säästön, joka sitten suljettiin seuraavina vuosina (t+1, t+2) lähes kokonaan pois. Neljäntenä ja viidentenä vuonna (t+3, t+4) kustannussäästöt jälleen kasvoivat. Kokonaisuudessaan ulkoistuskuntien sosiaalitoiminnan menot säilyivät ennallaan verrokkien kustannusten jatkaessa kiihtyvää nousuaan. Tulokset olivat linjassa terveystoiminnan tulosten kanssa ja kertoivat kokonaisulkoistusten vaikutusten ulottumisesta myös sosiaalitoiminnan järjestämiseen ja tuottamiseen.



¹ 'Vertailutappiolla' tarkoitetaan tässä sitä, että tietyin ulkoistuskunnan verrokkikunnat sijaitsivat sellaisen sairaanhoitopiirin alueella, jossa erikoissairaanhoidon kustannukset olivat kehittyneet huomattavasti maltillisemmin. Tällainen tilanne oli ennen kaikkea Puolangan, Kemlin ja Tornion kohdalla, joille muilta osin samankaltaista verrokkikuntaa ei löytynyt kustannuksiltaan vähemmän poikkeavasta sairaanhoitopiiristä.

Kuvio 5.3.1. Erikoisterveydenhoidon nettokäyttökustannusten kehitys ulkoistuskunnissa ja verrokkikunnissa ennen ja jälkeen ulkoistusvuoden (t=0). Luottamusalue 95 % kuvattu sinisenä alueena ulkoistuskunnille ja oranssina katkoviivana verrokeille. Prosentit kertovat vuosittaisen kustannuseron ulkoistuskuntien ja verrokkien välillä

Euromäärisesti kyse oli varsin huomattavasta säästöstä ensimmäisenä (t=0) sekä neljäntenä, viidentenä ja kuudentena vuonna. Kumulatiivinen säästö kaikissa ulkoistuskunnissa oli yhteensä noin 24 miljoonaa euroa. Toisen vuoden tappio koostuu suurimmaksi osaksi väkiluvultaan suurimpien ulkoistuskuntien eli Jämsän, Kemlin ja Tornion kielteisestä kustannuskehityksestä kyseisessä ajanhetkessä, mutta koko ulkoistuksen aikana nämäkin olivat saavuttanut säästöä sosiaalitoiminnassaan.



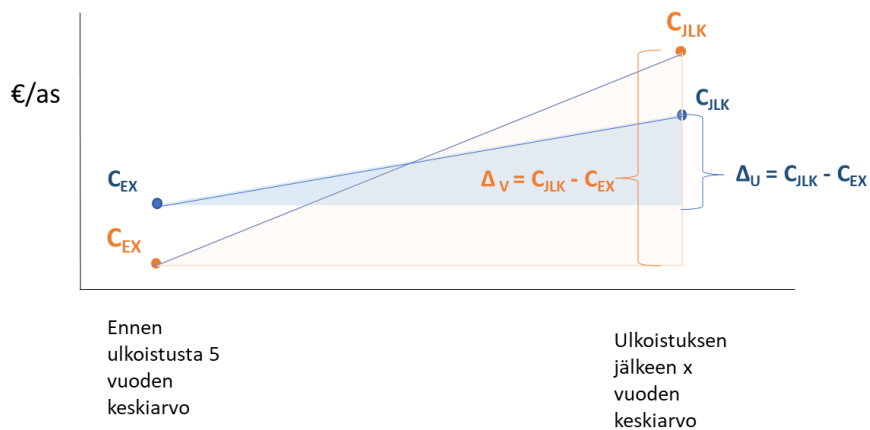
Kuvio 5.3.2. Sosiaalitoiminnan nettokäyttökustannusten suhteellinen muutos ('säästö') 1000 €/v.

6. Kuntakohtainen variaatio

6.1 Yhteenveto

Samalla kun yleinen kustannuskehitys kokonaisulkoistuskunnissa on ollut myönteistä, on kuntakohtainen variaatio ollut voimakasta. Tämä muodostaa haasteen tulosten tulkinnalle, joten asiaa tarkastellaan seuraavassa kuntakohtaisten vertailutulosten pohjalta. Lähtökohtana on, että kaltaistamismenetelmän tavoitteena on ollut mahdollistaa kokonaistutkimus, jossa jokaiselle ulkoistuskunnalle löydetään mahdollisimman läheiset verrokkit. Yksittäisten kuntien tasolla asetelma ei välttämättä toiminut aina parhaalla mahdollisella tavalla.

Kokonaistarkastelussa käytettiin seuraavaa kustannusvaikutuksen määrittämistapaa (kuvio 6.1.1). 21 / 26 ulkoistuskuntaa saavutti sote-kustannussäästöjä verrokkiensa keskiarvoon nähden. Keskimäärin kustannussäästö oli noin 5 % kuntakohtaisen tuloksen vaihdelta välillä -17,7... +6,0 %, eli vaihtelu kuntien välillä oli melko suurta. (Kuviot 6.1.2 ja 6.1.3.)



Kuvio 6.1.1 Kustannusvaikutuksen määrittäminen vertaamalla ulkoistuskunnan sote-kustannusten muutosta ennen ja jälkeen uudistuksen verrokkien keskiarvon muutokseen.

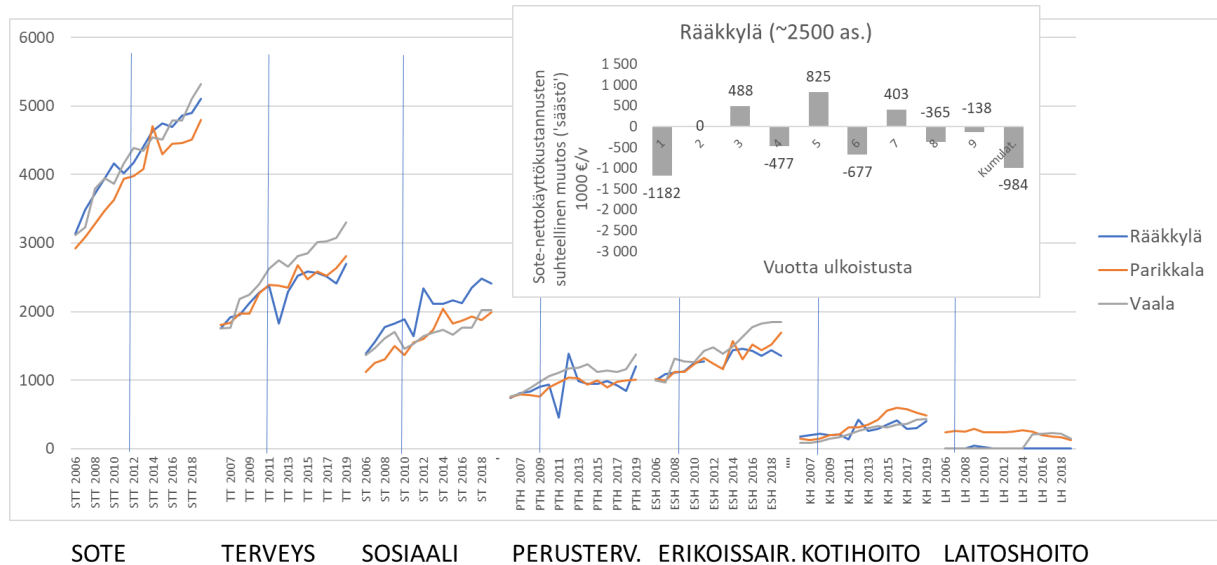
Yleisesti ottaen sekä ulkoistus- että verrokkikuntien kustannukset ovat nousseet ulkoistusajankohdan jälkeen, ja kysymys on siitä, kumman kustannuskehitys on noussut jyrkemmin ja kumman loivemmin. Tästä syntyi tuloksena saatava erotus. Ennen-arvo laskettiin viiden ulkoistusta edeltävän vuoden keskiarvon perusteella ja ulkoistuksen jälkeinen arvo niin monen vuoden keskiarvona, kuin miten monta vuotta ulkoistusta oli kestänyt. Niissä kunnissa, joissa ulkoistus tapahtui melko keskellä vuotta (merkitty selitteellä kuvioihin 6.1.2 ja 6.1.3), lasketaan kyseinen vuosi ensimmäiseksi ulkoistusvuodeksi.

Kuvioista 6.1.2 ja 6.1.3 havaitaan, että suurin suhteellinen kustannussäästö tapahtui Juupajoella (ulkoistus 2014), Rantasalmella (2015) ja Lumijoella (2018). Merkittävää säästöä saavutettiin myös Rääkkylässä (2011), Tohmajärvellä (2013), Kärämäellä (2015), Pyhtäällä (2015), Soinissa (2016), Siikalatvassa (2017) ja Sulkavalla (2017). Tervola (2018) ja Hattula (2019) ovat ulkoistuksensa laajuuden mielessä rajatapauksissa, joten niitä ei tarkastella tässä lähemmin.

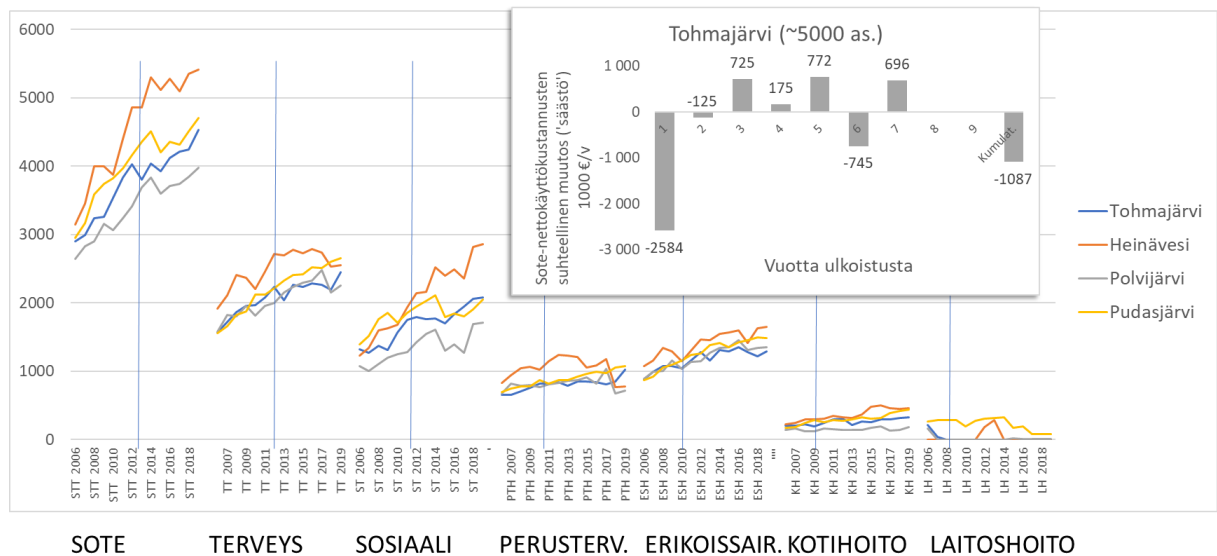
Kuvioihin 6.1.2 ja 6.1.3 on tiivistetty kaikkien kuntien suhteellisen vertailun tulokset.

6.2 Yksittäiset ulkoistuskunnat ja niiden verrokut

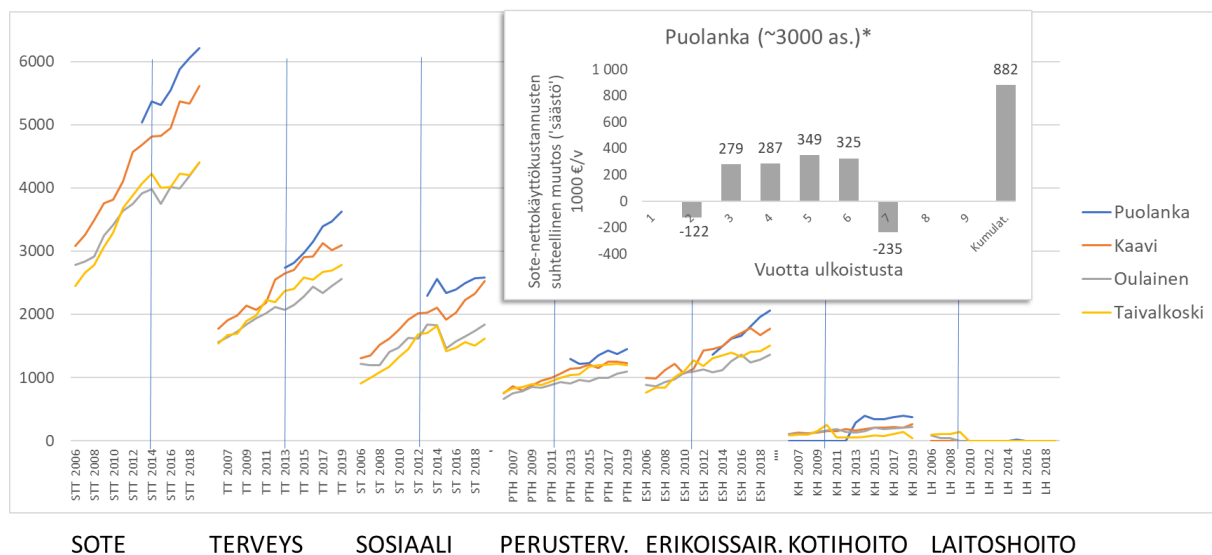
Ei ole kuitenkaan selvää, millaisesta säästöstä (tai tappiosta) kussakin tapauksessa on kyse, sillä kunnat ovat ensinnäkin eri kokoisia (ja kuvioissa käytetään euroa/asukas -mittaria) ja niiden painoarvo on siten vaihteleva kokonaisuudessa. Lisäksi vertailu jättää sinänsä huomioimatta ulkoistuskunnan ja verrokkikuntien absoluuttisen kustannuskehityksen (muutoksen), joka voi olla negatiivista tai positiivista riippumatta siitä, mikä on vertailujoukon kehitys. Verrokkikuntien trendeihin vaikuttaa myös jo mainittu sairaanhoitopiirikohtainen ESH-kustannusten eriytyminen.



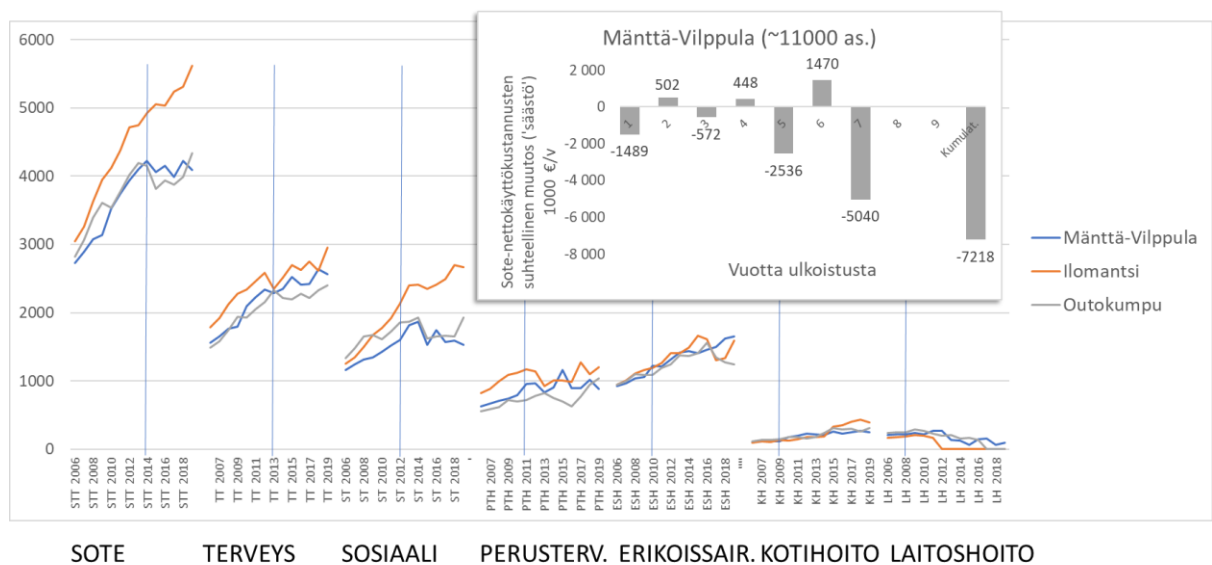
Kuvio 6.2.1. Rääkkylän (ulkoistus 2011-2020) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



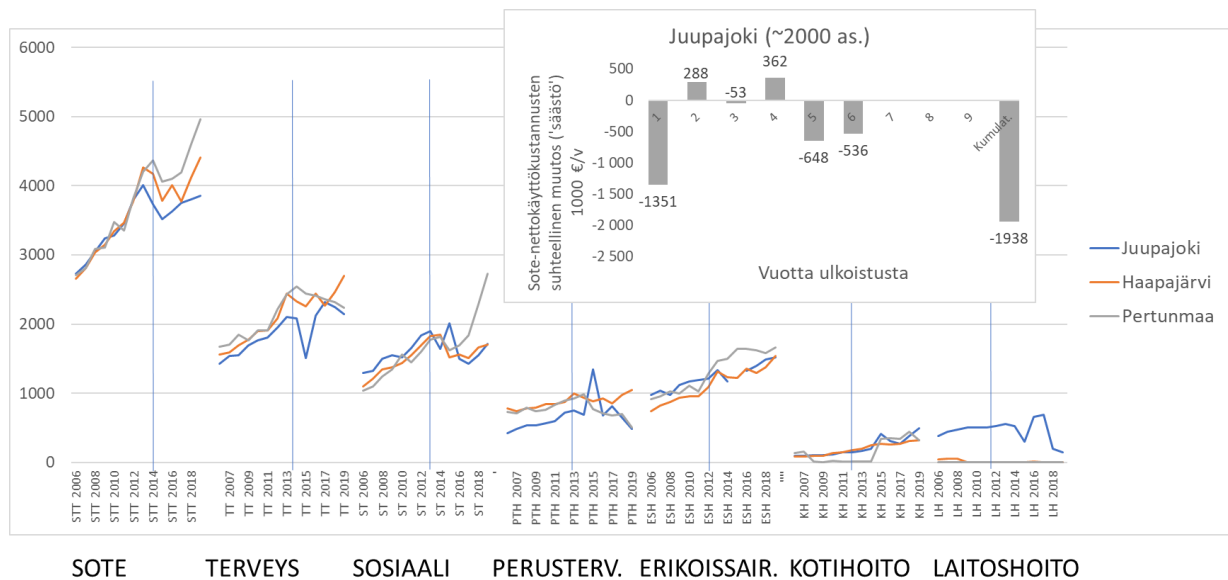
Kuvio 6.2.2. Tohmajärven (ulkoistus 2013-2019) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



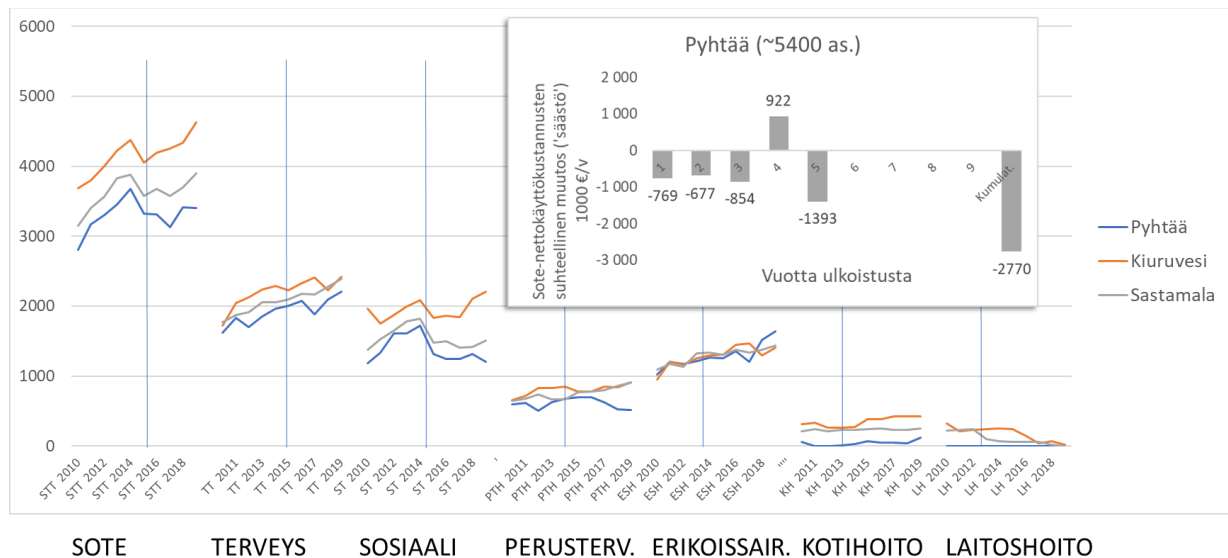
Kuvio 6.2.3. Puolangan (ulkoistus 2013-2019) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Huom! Puolanka osallistui Kainuun kuntakokeiluun vuoteen 2012 saakka, jolta ajalta ei ole vertailukelpoista saatavissa kustannustietoa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



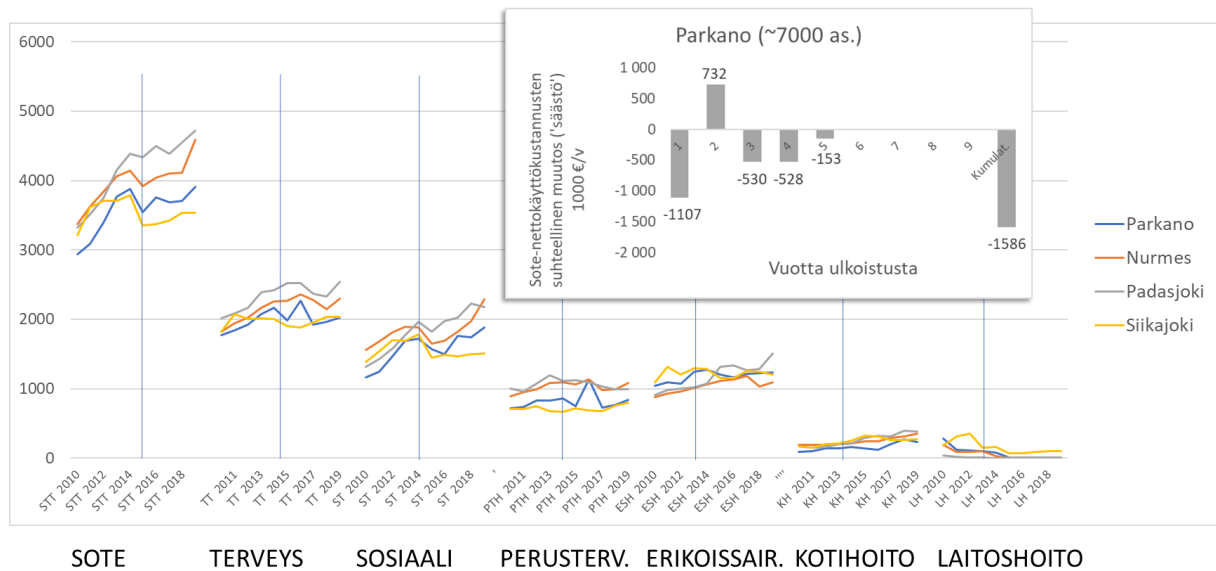
Kuvio 6.2.4. Mänttä-Vilppulan (ulkoistus 2013) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



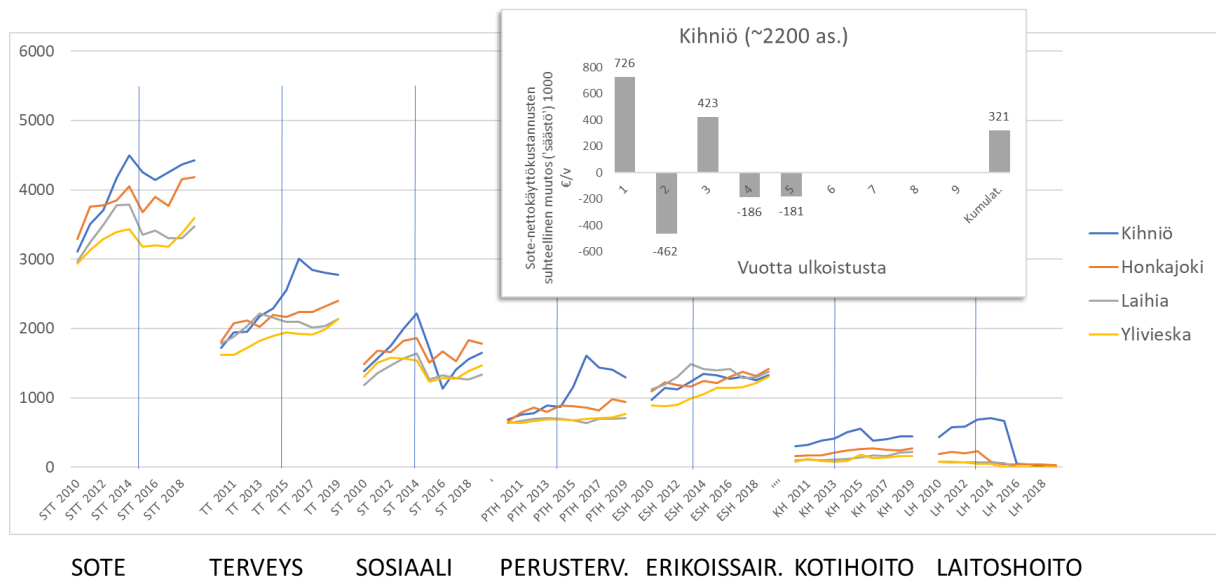
Kuvio 6.2.5. Juupajoen (ulkoistus 2014) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



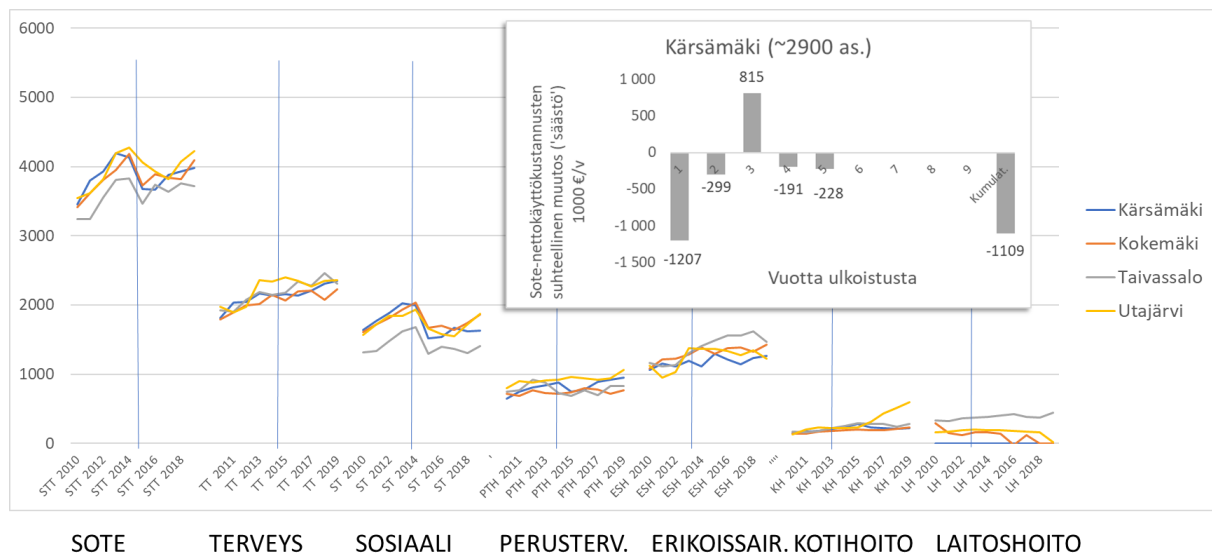
Kuvio 6.2.6. Pyhtään (ulkoistus 2015-2019) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



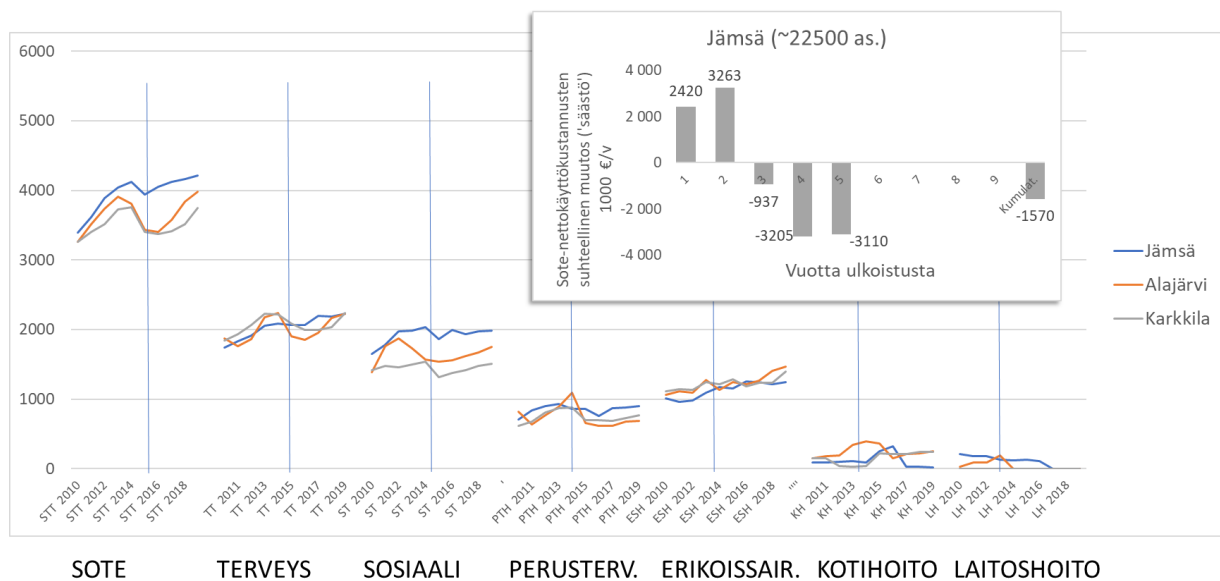
Kuvio 6.2.7. Parkanon (ulkoistus 2015) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



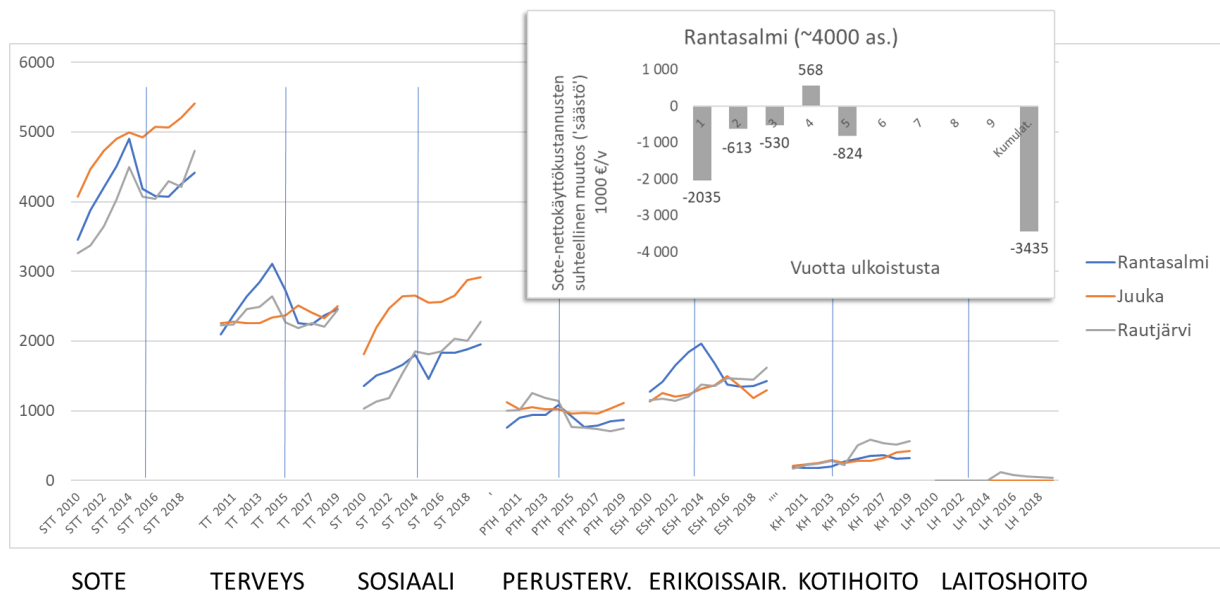
Kuvio 6.2.8. Kihniön (ulkoistus 2015) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



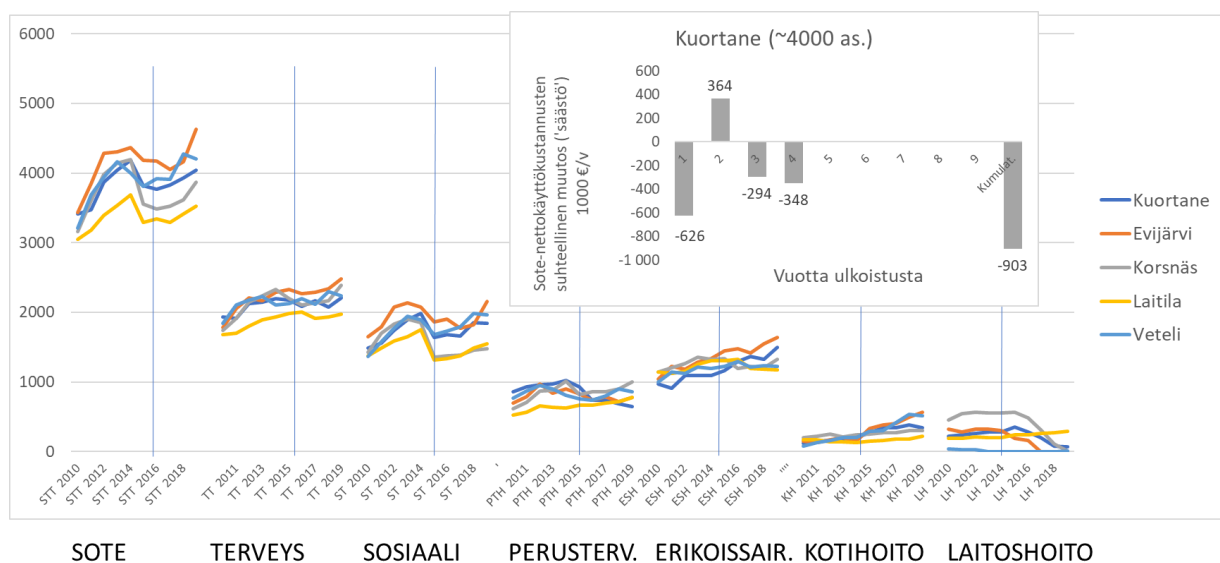
Kuvio 6.2.9. Kärämäen (ulkoistus 2015) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



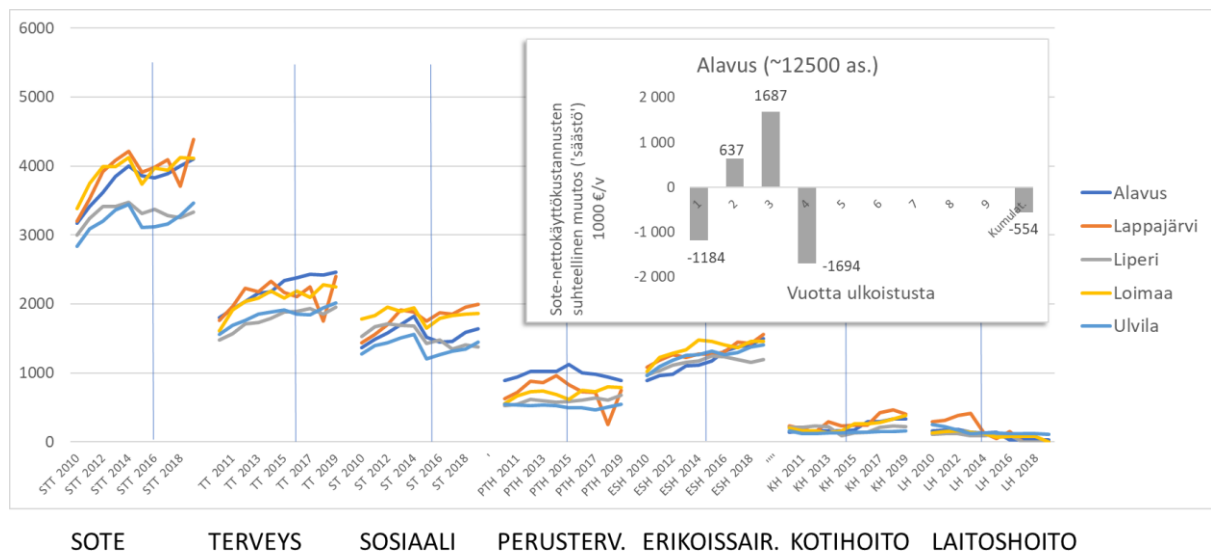
Kuvio 6.2.10. Jämsän (ulkoistus 2015) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



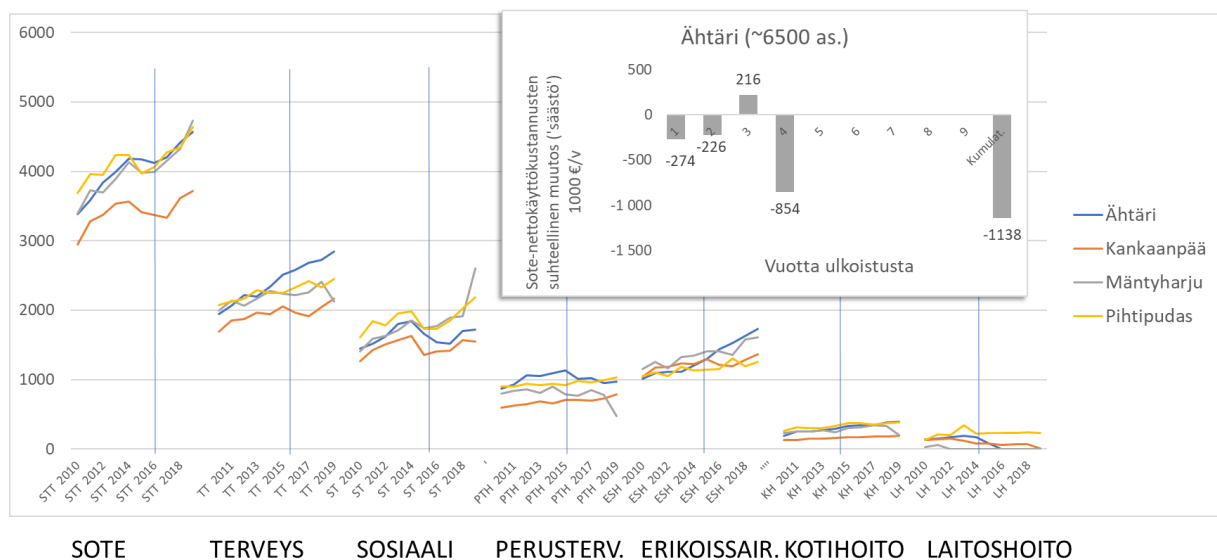
Kuvio 6.2.11. Rantasalmen (ulkoistus 2015) ja sen verokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



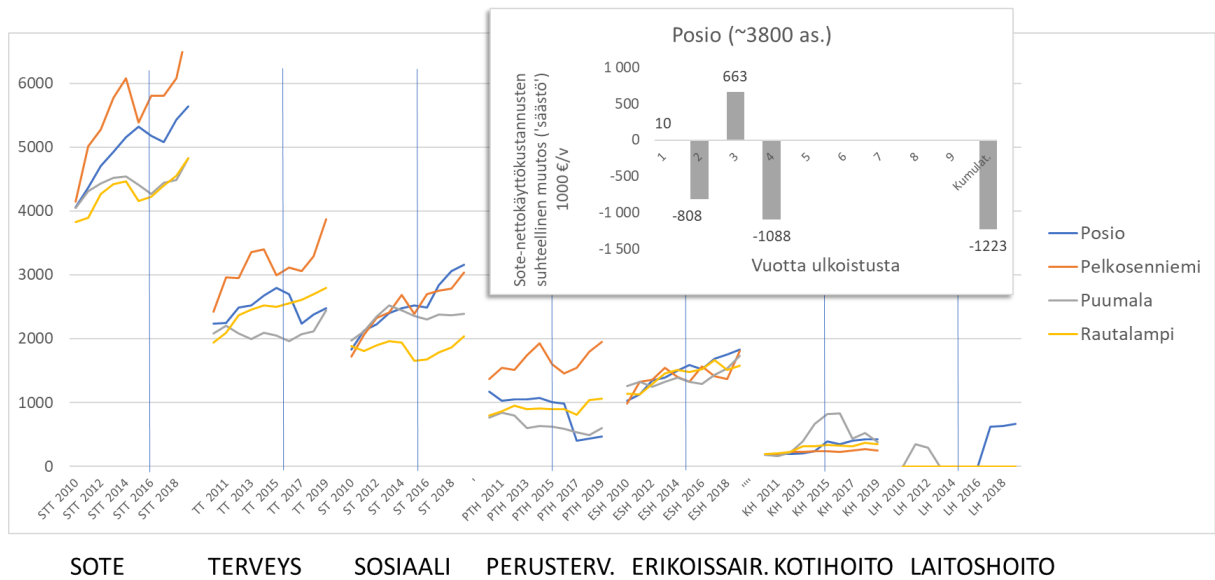
Kuvio 6.2.12. Kuortaneen (ulkoistus 2016) ja sen verokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



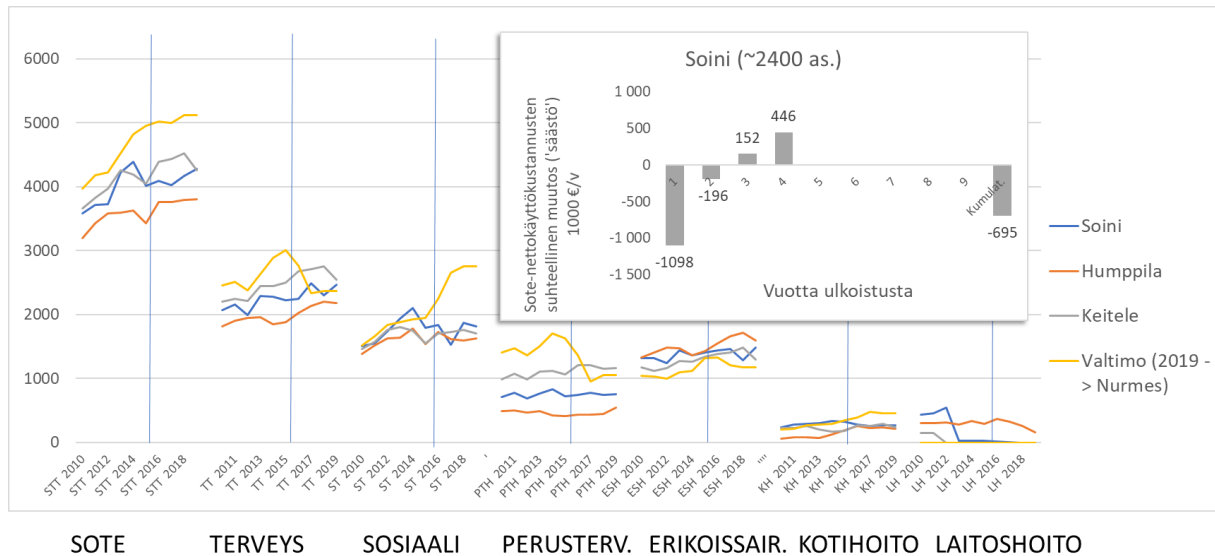
Kuvio 6.2.13. Alavuden (ulkoistus 2016) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



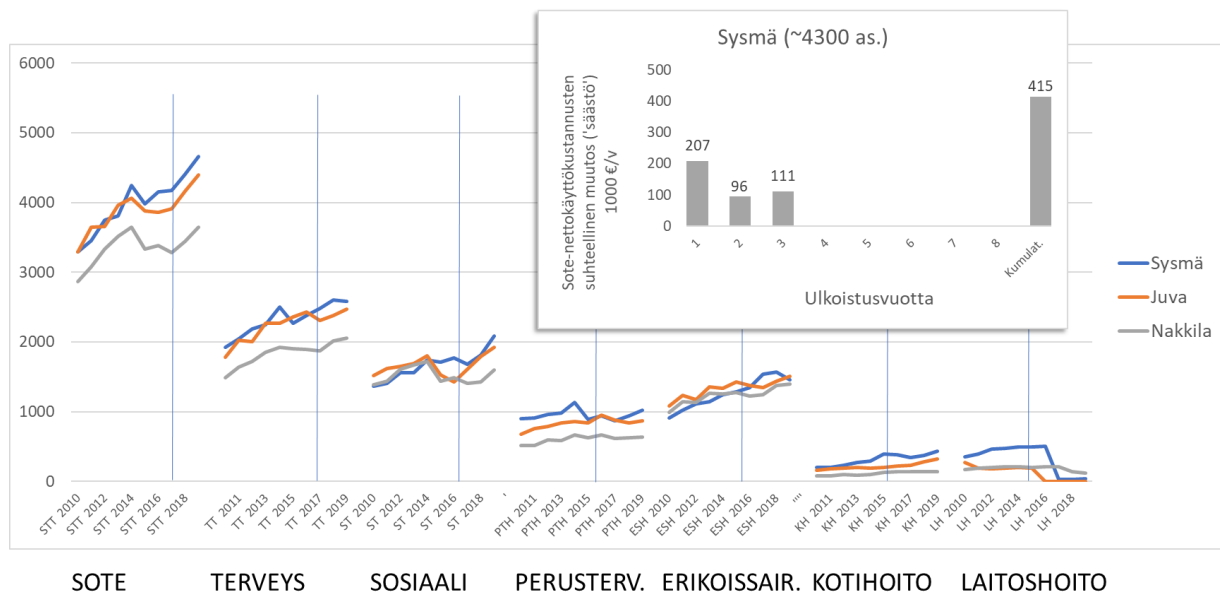
Kuvio 6.2.14. Ähtärin (ulkoistus 2016) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



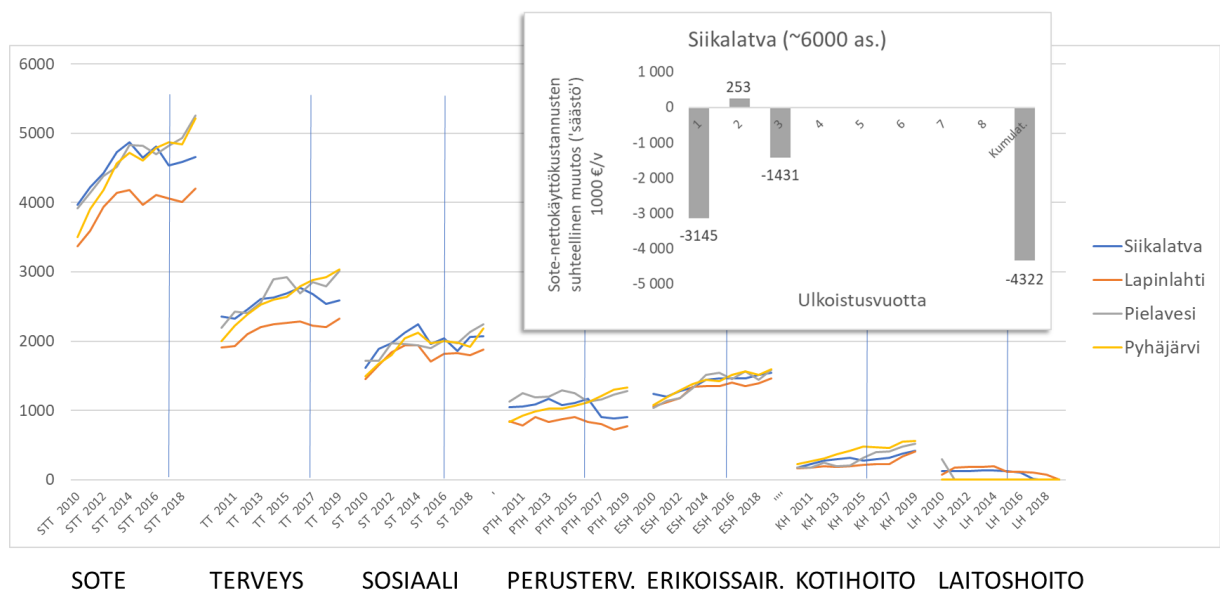
Kuvio 6.2.15. Posion (ulkoistus 2016) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



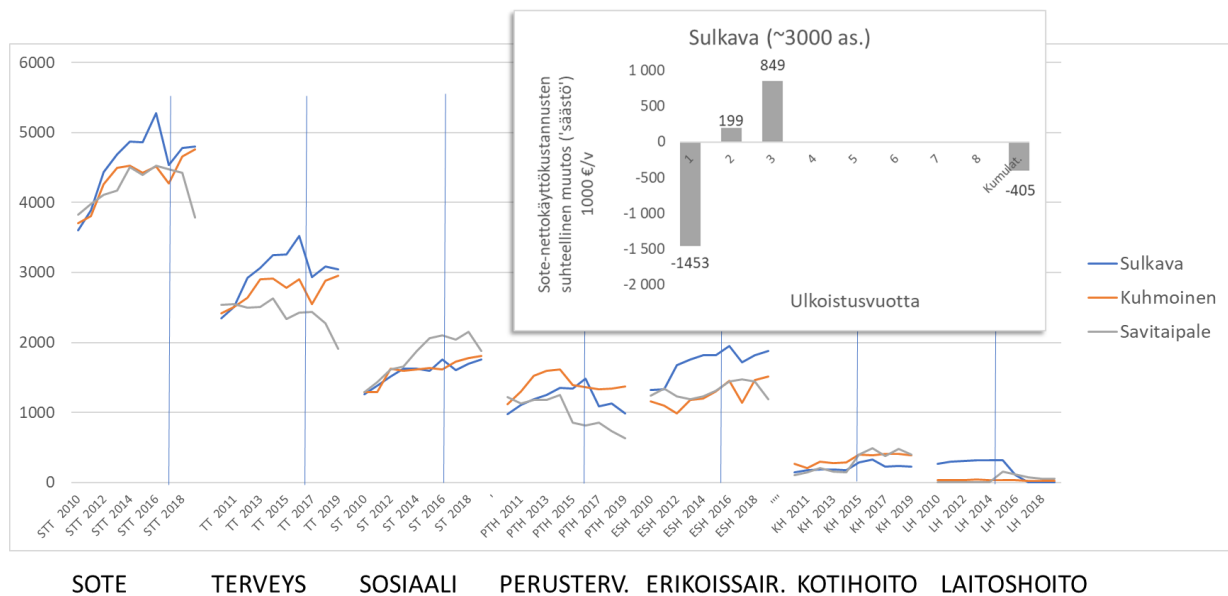
Kuvio 6.2.16. Soinin (ulkoistus 2016) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



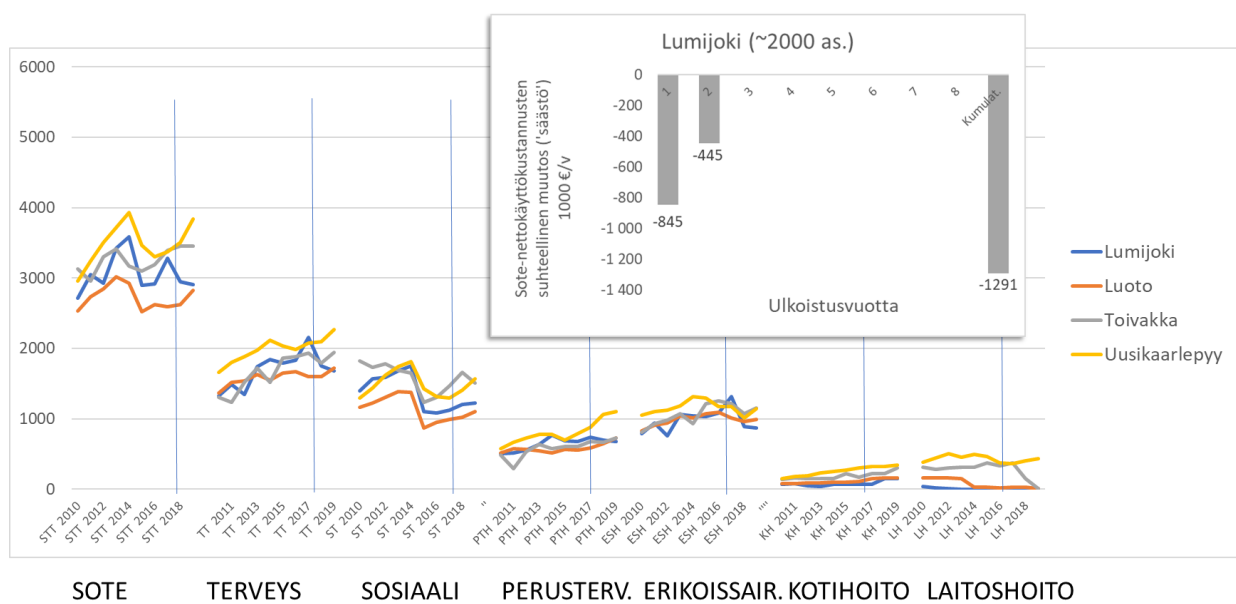
Kuvio 6.2.17. Sysmän (ulkoistus 2017) ja sen verokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviassa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



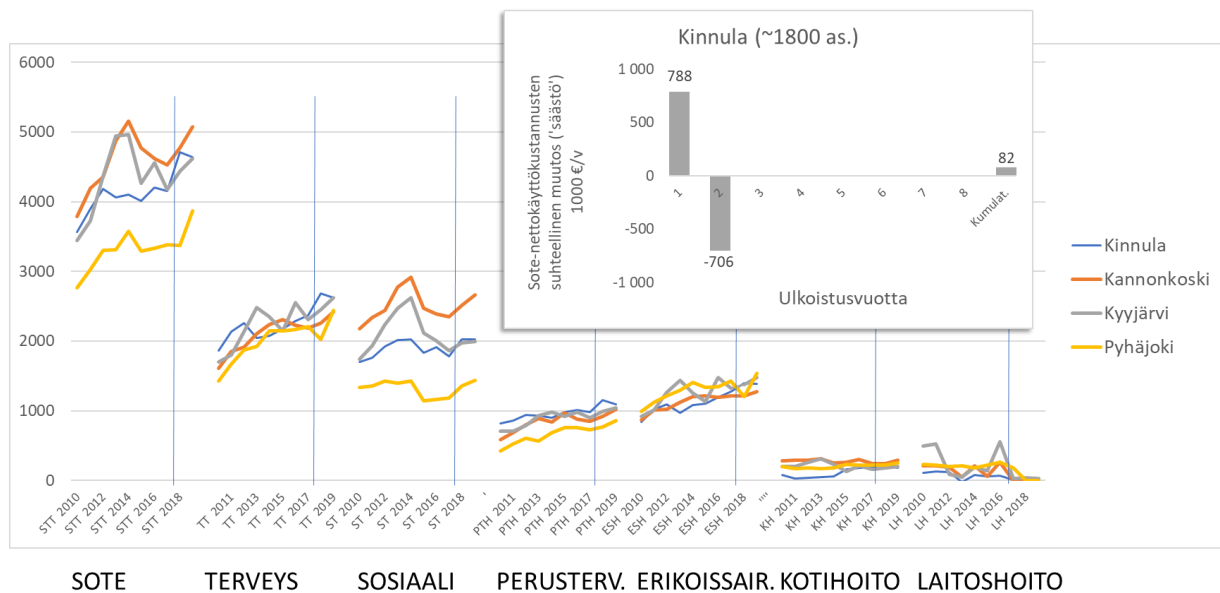
Kuvio 6.2.18. Siikalatvan (ulkoistus 2017) ja sen verokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviassa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



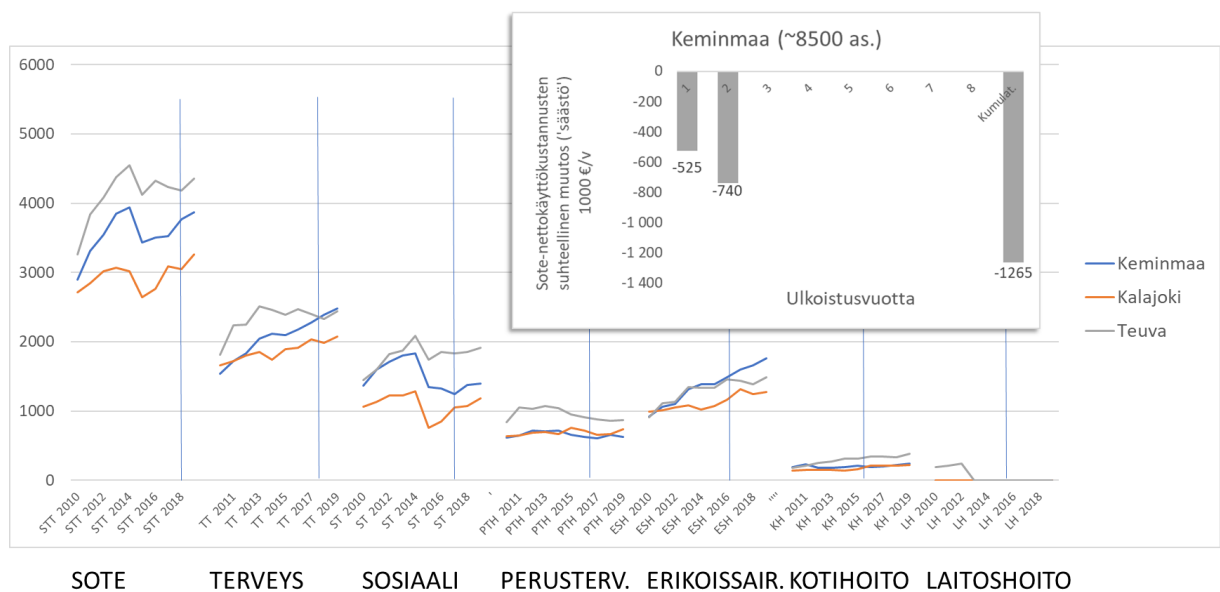
Kuvio 6.2.19. Sulkavan (ulkoistus 2017) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



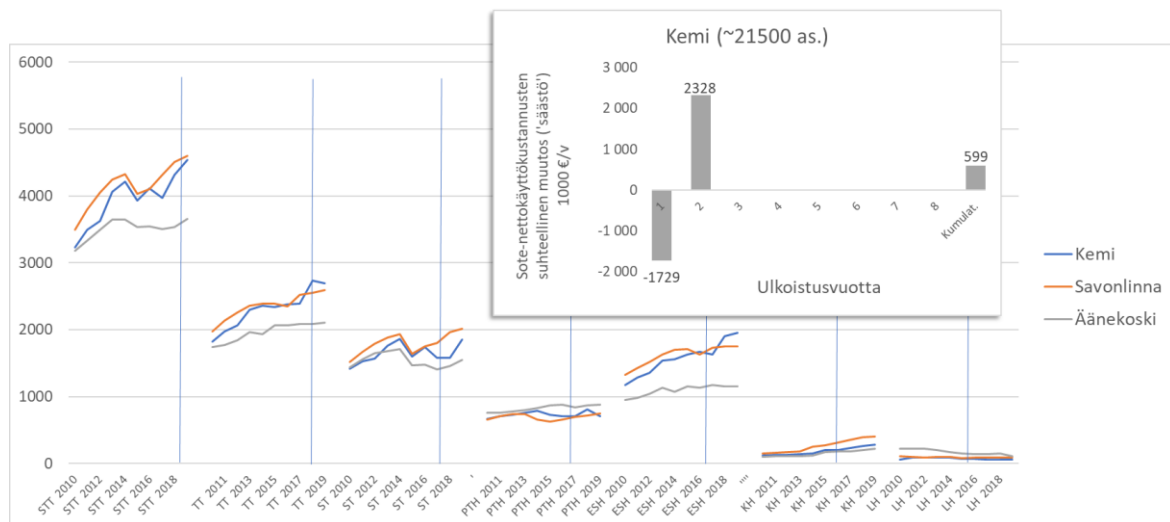
Kuvio 6.2.20. Lumijoen (ulkoistus 2018) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



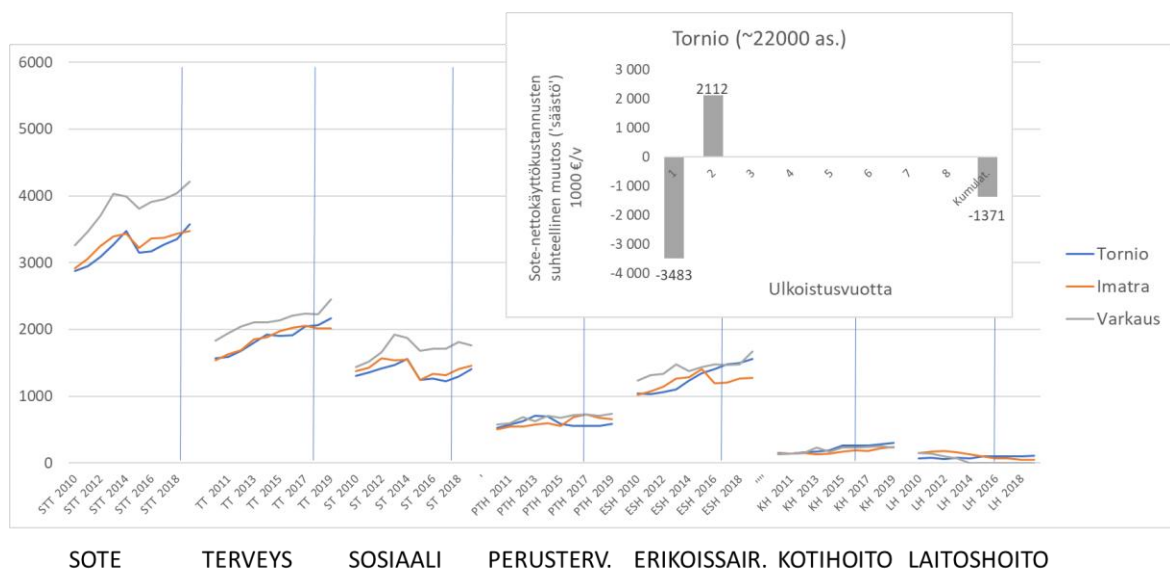
Kuvio 6.2.21. Kinnulan (ulkoistus 2018) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



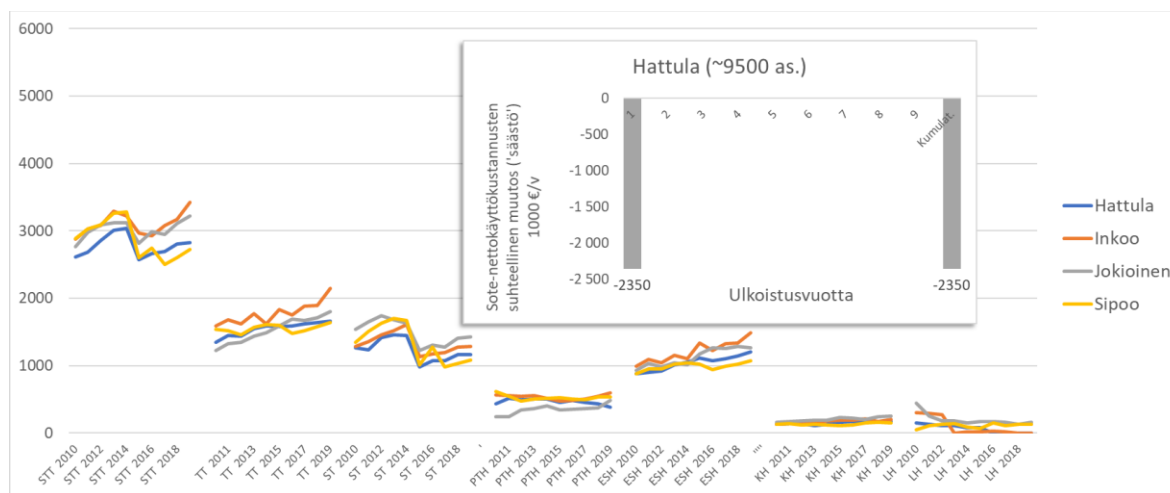
Kuvio 6.2.22. Keminmaan (ulkoistus 2018) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



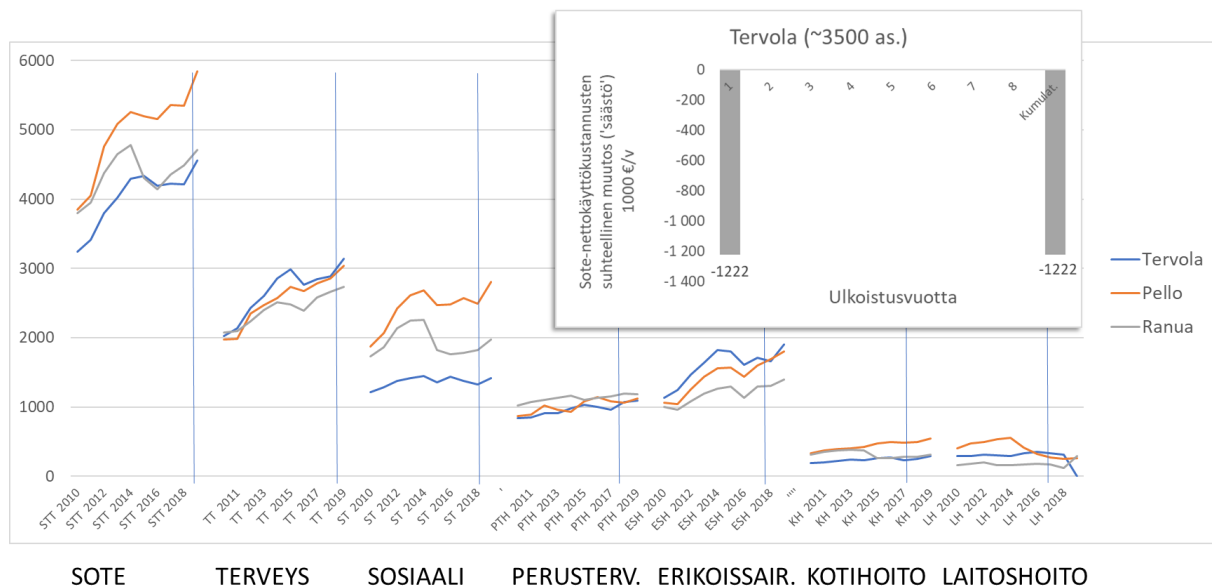
Kuvio 6.2.23. Keminmaan (ulkoistus 2018) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



Kuvio 6.2.24. Tornion (ulkoistus 2018) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



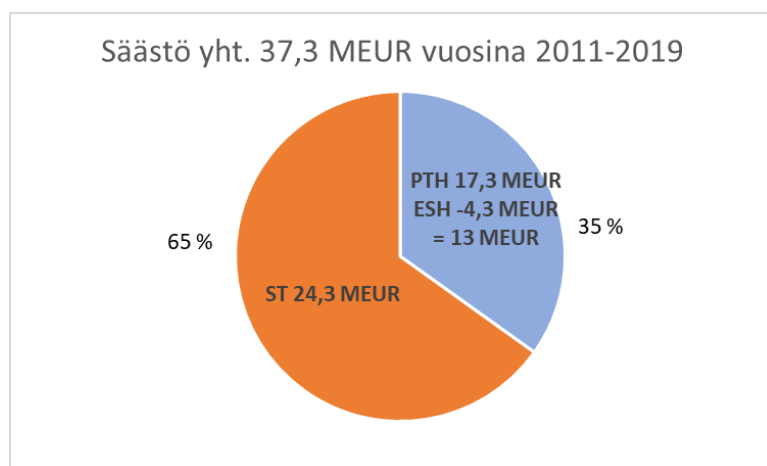
Kuvio 6.2.25. Hattulan (laajennettu ulkoistus 2019) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.



Kuvio 6.2.26. Tervolan (ulkoistus 2019) ja sen verrokkikuntien kustannusten kehitys lajeittain. Pystyviiva kuvaa ulkoistuksen ajankohtaa. Pienessä kuviossa sote-kokonaiskustannusvertailun tulokset.

7. Johtopäätökset

Selvityksen tulokset vahvistivat aiempia tutkimustuloksia siltä osin, että kokonaisulkoistukset todellakin jarruttivat useimpien ulkoistuskuntien kohdalla sote-kustannusten nousua. Kokonaisuudessaan säästöt olivat miljoonia euroja vuosittain ja vaikutukset ulottuivat monissa tapauksissa paitsi perusterveydenhuoltoon myös sosiaalitoiminnan ja erikoissairaanhoidon kustannuksiin.



Kuvio 7. Ulkoistuskuntien saavuttamien säästöjen jakautuminen vuosina 2011-2019.

Kuvion 7. mukaisesti kustannussäästöistä kaksi kolmasosaa syntyi lopulta sosiaalitoiminnan puolella ja yksi kolmasosa terveystoiminnan ja siinä perusterveydenhuollon puolella. Tulosten perusteella erikoissairaanhoidon kustannukset sen sijaan nousivat neljä miljoonaa euroa verrokkeihin nähden. Voidaan kuitenkin arvioida, että ulkoistuskunnat kärsivät sairaanhoitopiirierojen vuoksi asetelmasta

johtuvaa 'vertailutappiota' vähintään tuon neljän miljoonan euron edestä. Tämän arvio jäi tässä selvityksessä kuitenkin luotettavasti toteen näyttämättä.²

Mikäli palvelutyytyväisyys sekä yksilöasiakkaan että kunta-asiakkaan näkökulmasta ovat hyviä, voidaan kokonaisulkoistuksia pitää entistä varmemmin varteenotettavana vaihtoehtona palvelujen järjestämiseksi. Selvityksestä kävi ilmi, että väestöltään suurempien kuntien kuten Jämsän, Kemin ja Tornion tapauksessa ulkoistussopimuksen taloudelliset kerrannaisvaikutukset ovat huomattavasti suurempia kuin pienissä kunnissa, joten sellaisten kuntien sopimusehtojen määrittelyssä tulisi olla erityisen huolellinen. Kemin ja Tornion osalta olisi toivottavaa, että kokonaisulkoistusta voitaisiin jatkaa vielä kahden ensimmäisen vuoden jälkeen, jotta nähtäisiin, mihin lupaavasti alkanut kustannuskehitys jatkossa asettuu. Niiden jatko näyttää tämänhetkisen hallitustyön valossa kuitenkin epätodennäköiseltä, ja paljon järjestäjän ja tuottajan työtä on siltä osin vaarassa mennä hukkaan.

Myönteiset kustannusvaikutukset näyttäisivät ilmenevän erityisesti ensimmäisenä ulkoistusvuotena ja tämän jälkeen neljäntenä ja viidentenä vuotena. Tämän johdosta olisi ylipäättään toivottavaa, että mahdollisimman monesta kokonaisulkoistuksesta saadaan tietoa vielä tuleviltakin vuosilta. Alkuvaiheen ulkoistuksista Tohmajärven sopimus on päättynyt vuoteen 2019 ja Rääkkylän päättyy vuoteen 2020 siitä huolimatta, että niissä näyttää saavutetun taloudellisia säästöjä myös pitkällä aikavälillä.

Myös muissa kuin ulkoistuskunnissa pyritään luonnollisesti hallitsemaan kustannusten kasvua. Esimerkiksi Jämsän kohdalla nimenomaan verrokkikuntien kustannusten kääntyminen laskuun samanaikaisesti näyttäytyy Jämsän kannalta kielteisenä tuloksena kahden ensimmäisen ulkoistusvuoden aikana, mutta sen jälkeen kehitys kääntyi Jämsän eduksi. Verrokkikuntien yksityiskohtaisempi tarkastelu olisi jatkossa myös hyödyllistä.

² Sairaanhoitopiirien kustannuskehityksen eriytyminen 2010-luvulla on hankala seikka verrokkiasetelman kannalta. Taulukon 4.1 mukaisesti sairaanhoitopiirien väliset erot kasautuivat siten, että ne aiheuttivat ulkoistuskuntien erikoissairaanhoidon kustannuksiin lähes 10 miljoonan euroon virheen ylöspäin verrattuna tilanteeseen, jossa sairaanhoitopiirin vaikutus olisi vakioitu. Tätä summaa ei voitu kuitenkaan kokonaisuudessaan laskea ulkoistuskuntien säästöksi, sillä kuntatasoinen kustannuskehitys vaikutti myös erikoissairaanhoidon kustannuksiin, eli niiden välillä oli autokorrelaatiota. Toisin sanoen ainakin osa erikoissairaanhoidon (ja mahdollisten muiden) kustannusten kasvusta saattoi johtua yksinkertaisesti erikoissairaanhoidon käytön lisääntymisestä kyseisessä sairaanhoitopiirissä ulkoistusten myötä. Tämän tarkasteleminen edellyttäisi hanketta, jossa selvitetäisiin hienojakoisemmin kuntien kustannusrakenteita. Yksi ratkaisumahdollisuus olisi kenties kuntien synteettisen kontrollin kaltaistamismenetelmä (ks. esim. Valtakari ym. 2020).

Lähteet

Jokinen, Esa (2018). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistukset. Sopimukset, kustannuskehitys ja saatavuus*. Tampereen yliopisto ja Hyvinvointiala ry. <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2018/11/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kokonaisulkoistukset-selvitys-2018.pdf>.

Junnila, Maijaliisa & Aho, Tuomas & Fredriksson, Sami & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani & Linna, Miika & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2012). *Sitä saa mitä tilaa. Tilaja-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.

Kork, Anna-Aurora (2018). Terveydenhuollon asiakaslähtöistä kehittämistä ja kustannusten hallintaa on vaikea toteuttaa samanaikaisesti. *Yhteiskuntapolitiikka* 83(2), 215-220. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018091735902>.

Kuntaliitto (2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon ns. kokonaisulkoistukset - tilanne helmikuu 2020, väestötiedot 31.12.2018. Suomen Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sote-ulkoistukset2020.pdf>.

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). Terveyskeskuskuntayhtymien purkautumisten vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin ja palvelutuotantoon. *Terveystaloustiede* 4/2008, 47-50.

Parhial, Kimmo & Hetemaa, Tiina (2017). *Terveysasemien 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

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.

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.

Valtakari, M. ym. (2020) *Ohjaamot - monialaista yhteistyötä, vaikuttavuutta ja uutta toimintakulttuuria*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, 2020:13. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-932-5>.

Vähänen, Miikka & Kuronen, Mikko & Häkkinen, Unto (2015). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin vuonna 2014*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Internet: <https://thl.fi/documents/2616650/3514854/TARVEVAKIOIDUT+MENOT+2014+Final+%283%29.xlsx/cedfd02-1cad-4fab-b7dd-d652daad733d>

Liite 1. Sosiaali- ja terveystalouden kustannusindikaattoreita ja summat koko maassa 2015 ja 2016. Tähdellä merkityjä 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 terveystalouden nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), 1000 euroa	yhteensä 17 861 730	17 928 394
Sosiaalitilaston 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 223 745	256 488
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 terveystalouden 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
Sosiaalitilaston nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas	yhteensä 1 402,7	1 429,9
Terveystalouden 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
Terveystalouden nettokäyttökustannukset, euroa / asukas	yhteensä 1 852,4	1 827,8
*Sosiaali- ja terveystalouden nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa/asukas	yhteensä 3 255,1	3 257,8

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

Indikaattoreihin sisältyy joitakin puutteita kuntatasolla tarkasteltuna, mutta keskiarvotarkastelussa niiden merkitys ei ole suuri. Indikaattorikuvauksessa todetaan, että ”Kuntien taloustilastossa ei kaikkia toimintoja ole eritelty selkeästi sosiaali- tai terveystalouteen, näitä ovat sosiaali- ja terveystalouden hallinto sekä muu sosiaali- ja terveystaloudenta.”³ Sosiaali- ja terveystalouden kokonaisnettokäyttökustannukset on indikaattoreista reliaabeleita, koska se ei ole altis eri kategorioiden välillä tehtävän kustannustenjaon epäjohtamukaisuuksille tilastointivaiheessa. Toisaalta tätä ja sosiaalitilastointia koskee se muutos, että varhaiskasvatuksen kustannukset eivät ole vuodesta 2015 alkaen kuuluneet niiden alle. Tämä tilastointimuutos vaikuttaa kuntakohtaisiin kustannustrendeihin mutta ei kokonaiskustannuksen ajankohtaan (t=0) suhteutettuun vertailuryhmien välisten erojen tarkasteluun, sillä muutos on kaikille kunnille sama.

³ <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/1290>

Liite 2. 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).

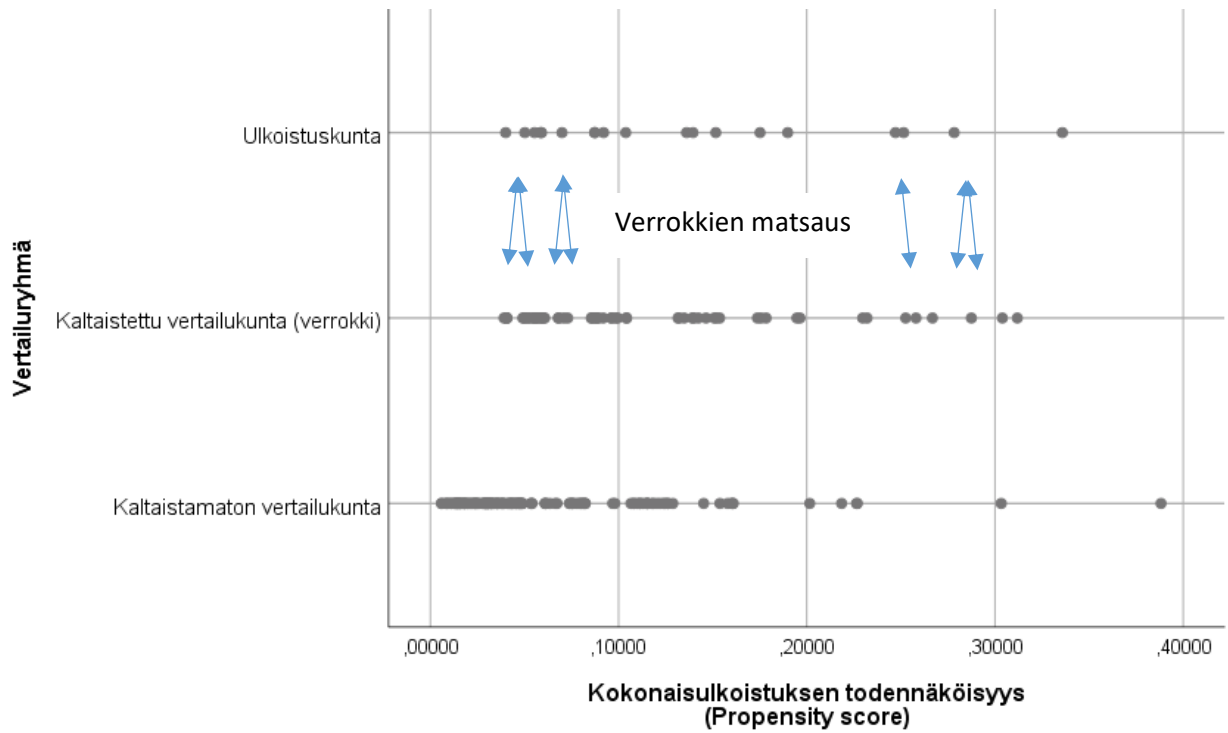
Liite 3. Kaltaistettujen (kunta)verrokkien menetelmä

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. Samankaltaisten verrokkikuntien määrittämiseksi tehtiin estimointi edellä kuvattujen muuttujien luonnollisista logaritmeista⁴ lukuun ottamatta yli 75-vuotiaiden väestöosuutta, jonka osalta käytettiin aitoja lukuja (vrt. Luoma ym. 2007, 14). Tuloksena saatiin kullekin kunnalle kokonaisulkoistukseen päätymistä kuvaava todennäköisyysluku (*propensity score*), jonka perusteella voitiin valita kutakin tutkimuskuntaa lähellä oleva verrokkien joukko. 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 päätyksen) todennäköisyyden suhteen (Luoma ym. 2008, 47.)

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.

Kuviossa 2.2 on esitetty tarkasteluryhmittäin kuntien propensiteettipistemäärät. 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- ja verrokkikunnat saavat keskimäärin suurempia propensiteettipistemääriä kuin muut kunnat, ja että samankaltaisia verrokkeja ei ole kovinkaan runsaasti valittavana. Kaltaistettujen verrokkien menetelmää on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 3. Menetelmää varten Puolangan osalta puuttuvia tietoja jouduttiin likiarvoistamaan.

⁴ Luonnollisen logaritmin käyttäminen vähentää muuttujien jakauman vinoutta ('skewness').



Kuvio. Propensiteettipistemäärän jakauma tarkasteluryhmittäin.

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 tulkinnot on esitettävä näiden varausten puitteissa.

Liite 4. 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
 - mielenterveystyön 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>)