

Sosiaali- ja terveystenonjen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnassa

PETRI HUHTANEN – TAINA RINTALA – SAKARI KARVONEN

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset lohkaisevat suurimman osan kuntien menoista. Palvelujen saatavuus, laatu ja yhä useammin myös hinta ovat tärkeä osa ihmisten hyvinvointia, vaikakakaan palvelutuotannon ja hyvinvoinnin välinen yhteys ei ole välttämättä suoraviivainen. Alueellisen eriarvoisuuden näkökulmasta olennainen kysymys on, kuinka hyvin eri puolilla maata kyetään takaamaan ihmisten tarpeita vastaavat palvelut yhdenveroisina.

Asukasluukuun suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot vaihtelevat suuresti kuntien välillä, mikä voi johtua kuntalaisten erilaisista tarpeista, paikallisesta päätöksenteosta tai kunnan ulkopuolisista tekijöistä, kuten lääkinnällisen teknologian kehittämisestä, henkilöstökustannuksista ja pitkistä välimatkoista. Hannu Valtosen (2000, 32) tutkimus kunnan taloudellisen tilanteen ja valtionosuusudistuksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon menojen eroihin kuntien välillä viittasi siihen, ettei yhteys menojen ja kuntien lisääntyneen budjettivapauden välillä ole yksiselitteinen. Vaikka valtionosuusudistus antoi kunnille enemmän toimintavapautta, menojen erot kuntien välillä jopa pienenivät 1990-luvulla. Kuntien vapaus päättää sosiaali- ja terveydenhuollon menoista olisikin päinvastoin johtanut menojen yhdenmukaistumiseen. Erojen supistumiseen on voinut vaikuttaa se, että valtionosuusudistus yhdenmukaisti kuntien kannustimia lisätä menojaan, kun kantokykyluokan vaikutus rajakustannuksiin poistui. Mahdollista on myös, että asioita on alettu hoitaa samalla tavalla erityyppisissä kunnissa. Toisaalta 1990-luvun laman vaikutus oli huomattavasti suurempi kuntien velkaan kuin terveydenhuollon menoihin eikä ta-

loustilanne vaikuttanut sosiaalimenoihin lainkaan (Valtonen 2000, 35). Yleinen taloudellinen tilanne ei näin ollen näytä vaikuttavan välittömästi kuntien tuottamiin hyvinvointipalveluihin.

Kunnilla on useita tapoja reagoida kiristyneessä taloudellisessa tilanteessa. Kuntatalouden olisi 1990-luvulla odottanut heikentyvän, kun kunnat velkaantuivat tilanteessa, jossa vaadittiin hyvinvointipalvelujen säilyttämistä entisellä tasolla. Näin ei kuitenkaan käynyt, vaan valtionosuuksien alueellisten erojen tasausjärjestelmä (Rintala & al. 2002) saattoi estää muodostumasta sellaista heikkojen kuntien joukkoa, jonka asema olisi pidempään ollut muita huonompi (Helin & Oulasvirta 2000).

Näyttää siltä, etteivät erot resursseissa kovin merkittävästi selitä eroja menoissa. Kunnan väestömäärä tai väestötiheys ei myöskään selitä maaseutukuntien sosiaali- ja terveystenonja (Kainulainen & Rintala 2003, 33), vaan merkittävin selittäjä kuntien välisille eroille sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa ovat tarpeiden erot. Ne selittävät silti alle puolet menojen eroista, joten kunnallinen päätöksenteko ja aiemmin luodut palvelurakenteet vaikuttavat merkittävästi menojen alueelliseen vaihteluun (Valtonen 2000).

Aiemmat tutkimukset (Valtonen 2000; Kainulainen & Rintala 2003) viittaavat siihen, että sen enempiä resurssiperustaiset (kunnan taloudellinen tilanne, valtion ohjaus) kuin tarveperustaiset (ikä rakenne, työttömyys, kunnan koko) tekijät eivät tyhjentävästi selitä kuntien eroja, vaan myös kunnallisella päätöksenteolla näyttää olevan merkittävä vaikutus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen välisiin eroihin. Viime aikoina sosiaalitoimen menorakenteen ja menojen välistä yhteyttä on analysoitu kuitenkin vain pääryhmätasolla. Alueellisten tekijöiden yhteyttä sosiaali-

toimen menoryhmiin ei myöskään ole aiemmin tutkittu, eikä uusimman tilastotiedon valossa ole tarkasteltu tarvitsejien yhteyttä menoihin.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selittää kuntien sosiaali- ja terveysmenoja alueellisilla ja väestörakennetta kuvaavilla tekijöillä tuoreessa aineistossa. Analysoimme ensiksi sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ulottuvuuksia ja niiden yhteyttä väestörakenteellisiin ja alueellisiin (kuntatyyppi) tekijöihin. Tavoitteena oli tutkia menoryhmien välisiä eroja siinä, kuinka väestörakenne ja kunnan kaupungistuneisuus selittävät niitä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa tutkittiin menojen ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä. Tavoitteena oli analysoida kuntien eri sosiaali- ja terveystoimen toimintamuotoihin, kuten lasten päivähoitoon, erikoissairaanhoidon ja päihdehoitoon, kohdentamia euromääriä ja niiden kautta myös yleisemmin kuntien harjoittamaa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Tutkimuksessa huomio kohdennettiin pelkästään kuntien tuloslaskelmissa ilmeneviin menoeriin. Kysyimme, onko kuntien välillä eroja siinä, miten paljon ne resursoivat rahaa vastataksaan asukkaidensa tarpeisiin. Koska kunnilla on vapaus päättää sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kohdentamisesta, alueiden välillä voi olla systemaattisia eroja resursoinnissa. Näin ollen on kiinnostavaa analysoida sosiaali- ja terveydenhuollon menorakenteen alueellista vaihtelua.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineisto poimittiin Sotka-tietokannasta. Aineisto sisälsi tietoja kunnan väestörakenteesta, huoltosuhteesta ja sosiaali- ja terveysmenojen käyttökustannuksista sekä tietoja väestön työllisyydestä, koulutuksesta, asumisesta, terveydestä, toimeentulosta, psykososiaalisista ongelmista ja rikollisuudesta. Analyysit kohdistettiin vain Manner-Suomen kuntiin, joita oli yhteensä 432.

Ajallisen vaihtelun tasaamiseksi muuttujista laskettiin vuosien 1999–2001 keskiarvot kunnittain. Kuntien sosiaali- ja terveysmenojen käyttökustannukset deflatoitiin kunnallistalouden sosiaali-toimen ja terveydenhuollon indekseillä vuoden 2001 tasoon (Julkisten menojen ..., 2004). Sosiaali- ja terveysmenojen käyttökustannukset suhteutettiin kunnan väestöön lukuun ottamatta lasten päivähoitoa, lasten ja nuorten laitoshuoltoa, vanhusten laitoshuoltoa ja päihdehoitoa. Lasten

päivähoidon käyttökustannukset suhteutettiin 0–6-vuotiaiden määrään, lasten ja nuorten laitoshuollon käyttökustannukset 0–17-vuotiaiden määrään, vanhusten laitoshuollon menot 65 vuotta täyttäneiden määrään ja päihdehuollon käyttökustannukset 15 vuotta täyttäneiden määrään. Jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista puhutaan sosiaali- ja terveysmenoina.

Sosiaali- ja terveysmenojen ulottuvuuksia tutkittiin ensin faktorianalysilla, jossa käytettiin suurimman uskottavuuden menetelmää. Varimax-rotatoiduista ulottuvuuksista muodostettiin muuttujat faktoripisteistä, jotka oli ratkaistu regressioanalyysin avulla. Muodostettujen muuttujien keskiarvot olivat nolla ja keskihajontojen vaihteluväli oli 0,75–0,99. Tämän jälkeen tutkittiin ulottuvuuksien yhteyttä alueellisiin ja väestörakenteellisiin tekijöihin ristiintaulukoimalla ja korrelaatioanalyysin avulla. Tilastollisten testien tekemistä ei pidetty tarpeellisena, koska kyseessä on kaikkiin Manner-Suomen kuntiin kohdistuva kokonaistutkimus. Alueellisuutta kuvattiin viisiportaisella kaupunkimaisuus-muuttujalla (ks. Kainulainen & al. 2001) sekä läänin avulla. Väestörakennetta mitattiin huoltosuhteella ja eri väestöryhmien osuuksilla (0–14-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden osuudet). Tutkimuksen viime vaiheessa analysoitiin menojen ja kuntien kohtaamien psykososiaalisten ongelmien välistä suhdetta niin, että molemmat ulottuvuudet jaettiin kvartiileihin ja ristiintaulukoitiin. Tämän jälkeen kunnat jaettiin menojen ja ongelmien välisen suhteen mukaisiin ryhmiin, joita olivat menojen ja ongelmien suhteen tasapainoiset, yli- ja aliresursoidut kunnat. Lopuksi tarkasteltiin näiden ryhmien sijoittumista aluerakenteessa läänin ja kaupunkimaisuuden mukaan.

Sosiaali- ja terveysmenojen ulottuvuuksiin yhteydessä olevat tekijät

Sosiaali- ja terveysmenot ryhmittäytyivät faktorianalyyssissä neljälle ulottuvuudelle, jotka selittivät kokonaisuudessaan 56 prosenttia menojen vaihtelusta kuntien välillä (taulukko 1). Ulottuvuuksien voi katsoa muodostuvan kohtalaisen selkeästi hallinnonalan mukaisesti siten, että ensimmäiselle ja kolmannelle ulottuvuudelle voimakkaammin kiinnittyvät menot kuuluvat ensi sijassa sosiaalitoimen hallinnonalalle, kun toiselle ja neljännelle ulottuvuudelle liittyvät menot sijoittuvat lähinnä ter-

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ulottuvuudet, Varimax-rotatointi

	Faktori 1	Faktori 2	Faktori 3	Faktori 4	Keskiarvo euroa	Keskiahjonta, euroa
Lasten päivähoito (per 0–6-vuotiaat)	0,56	-0,26	0,01	0,01	3 953	725
Lasten ja nuorten laitoshuolto (per 0–17-vuotiaat)	0,73	-0,12	0,01	-0,13	60	70
Muut lasten ja perheiden palvelut (per asukas)	0,64	0,00	0,04	-0,06	49	21
Vanhusten laitospalvelu (per 65 vuotta täyttäneet)	-0,24	-0,02	-0,96	0,12	995	613
Vammaishuollon laitospalvelu (per asukas)	-0,01	0,21	-0,02	0,16	32	24
Suojatyö ja kehitysvammatoiminta (per asukas)	0,00	0,42	0,11	0,09	35	25
Kotipalvelu (per asukas)	-0,20	0,28	0,21	0,40	117	52
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut (per asukas)	-0,09	0,14	0,46	0,12	167	99
Päihdehuolto (per 15 vuotta täyttäneet)	0,74	-0,15	-0,04	0,07	8	8
Perusterveydenhuolto, pl. hammashuolto (per asukas)	0,11	0,73	0,39	-0,03	422	145
Perusterveydenhuollon hammashuolto (per asukas)	-0,21	0,51	-0,03	-0,13	56	13
Erikoissairaanhoido (per asukas)	0,11	0,01	-0,02	0,67	578	79
Ympäristöterveydenhuolto (per asukas)	-0,15	0,54	0,01	0,14	17	8
Muu sosiaali- ja terveystoimi (per asukas)	0,44	0,06	0,04	0,08	82	59
Ominaisarvo	3,02	2,23	1,30	1,19		
Selitysosuus	0,22	0,16	0,09	0,09		

Lataukset, jotka ovat itseisarvoltaan vähintään 0,50, on lihavoitu.

veystoimeen. Näkemystä tukee se, että kolmannelle ulottuvuudelle kiinnittyi sosiaalitoimeen liittyvien menojen (vanhusten laitospalvelu) ohella myös toinen sosiaalitoimen hallinnonalalle kuuluva menoerä (muut vanhusten ja vammaisten palvelut), joskin sen lataus oli heikompi. Neljännelle ulottuvuudelle puolestaan kiinnittyi terveystoimeen liittyvän menon (erikoissairaanhoido) lisäksi kohtalaisen voimakkaasti myös sosiaalitoimen hallinnonalalle kuuluva menoerä (kotihoito). Sosiaalitoimen ja terveystoimen hallinnonaloille liittyvien menojen nivoutuminen samalle ulottuvuudelle selittyy todennäköisesti siitä, että kotihoidon palvelut sisältävät joko kokonaan tai osittain terveydenhoitoa (ks. esim. Ikääntyneiden ..., 2002, 105). Ulottuvuudet myös ryhmittäivät eri lailla siten, että sosiaalihuollon menot ryhmittäivät väestöryhmittäin ja terveydenhuollon menot toimintamuodoittain.

Ensimmäinen ulottuvuus muodostui lasten päivähoitosta, lasten ja nuorten laitoshuollosta, muista lasten ja perheiden palveluista sekä päihdehuollosta. Ulottuvuudelle yhdistyi osin myös muu sosiaali- ja terveydenhuolto, johon sisältyi muun muassa toimeentulotuki. Ulottuvuus kuvaa psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoitoon liittyviä menoja. Ulottuvuudelle kiinnittyviä me-

noja luonnehtii se, että ne kaikki liittyvät työikäisten ja heidän perheidensä tarpeisiin. Euroina mitattuna lasten päivähoito oli selvästi suurin menoerä (keskimäärin vajaat 4 000 euroa alle kouluikäistä kohti), pienin oli päihdehuolto (keskimäärin 8 euroa).

Toiselle ulottuvuudelle sijoittui perusterveydenhuoltoon liittyviä menoja, joita ovat perusterveydenhuolto, hammashuolto ja ympäristöterveydenhuolto. Näistä suurin menoerä oli perusterveydenhuolto, johon kunnilta kului reilut 400 euroa asukasta kohden, kun hammashuoltoon meni vain kymmenesosa tästä.

Kolmas ulottuvuus puolestaan käsitti vanhusten laitospalveluun ja osin myös vanhusten ja vammaisten avohuoltoon liittyviä menoja, mutta niin että vanhusten laitoshuollon menot latautuivat ulottuvuudelle negatiivisesti ja muut vanhusten ja vammaisten palvelut positiivisesti. Laitospalveluun kului keskimäärin vajaat 1 000 euroa vuodessa vanhusta kohti, kun muihin avohuoltopalveluihin kului vajaa viidennes tästä. Ulottuvuus ei kuvaa yksiselitteisesti kaikkia vanhustenhuollon menoja, koska se ei kata kotipalvelun menoja ja sisältää myös vammaisille kohdennettuja menoeria. Ulottuvuuden voi kuitenkin katsoa kuvaavan pääosin vanhustenhuollon palveluista ai-

heutuvia menoja, sillä etenkin vanhusten laitoshuollon lataus faktorilla oli varsin korkea.

Neljäs ulottuvuus koostui lähinnä erikoissairaanhoidon menoista, joskin myös kotipalvelun menot latautuivat voimakkaimmin tälle ulottuvuudelle. Sen lataus oli kuitenkin verraten heikko (0,40). Erikoissairaanhoido on tunnetusti kallista: keskimäärin vajaat 600 euroa asukasta kohti. Kotipalvelu vei reilut sata euroa.

Seuraavaksi tutkittiin väestörakenteellisten tekijöiden yhteyttä sosiaali- ja terveysmenojen eri ulottuvuuksiin. Näitä tekijöitä olivat eri ikäryhmien osuus kunnassa sekä väestön huoltosuhte, joka kuvaa lasten ja vanhusten määrän suhdetta työikäiseen väestöön. Muuttujat valittiin ilmentämään eri palveluiden tarvetta. Tämän jälkeen analysoitiin kunkin menoulottuvuuden yhteyttä kaupunkimaisuusasteeseen sen selvittämiseksi, ovatko menot tunnusomaisia jollekin tietylle kuntatyypille.

Psykososiaalisiin ongelmiin ja lapsiin liittyvät menot

Vaikka psykososiaalisiin ongelmiin yhdistyi tällä ulottuvuudella erilaisia lapsiin liittyviä menoja, lasten (0–14-vuotiaiden) väestöosuuden¹ yhteys niihin oli kuitenkin vähäinen ja negatiivinen (taulukko 2). Myös yhteys 65 vuotta täyttäneiden osuuteen ja huoltosuhteeseen oli negatiivinen ja nämä yhteydet olivat hieman voimakkaampia kuin yhteys lasten osuuteen. Yhteys huoltosuhteeseen oli voimakkain siten, että hyvä huoltosuhteeseen liittyi pieniin tämän sektorin menoihin. Toisin sanoen psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoidon liittyvät menot olivat korkeita kunnissa, joissa työikäisten osuus oli suuri. Tämä kuvastanee ensinnäkin sitä jokseenkin itsestään selvää seikkaa, että hoitopalveluja käyttävät perheet muodostuvat työikäisistä. Lasten hoitoon liittyvien menojen yhdistyminen psykososiaalisista ongelmista aiheutuviin menoihin kertonee siitä, että kunnissa, joissa päivähoidon käytetään paljon, on myös paljon päihdeongelmaisia työikäisiä. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että päihdeongelmat ovat poikkeuksellisen yleisiä juuri lapsiperheissä.

¹Korrelaatioanalyysillä tutkittiin myös ulottuvuuden ja 0–6-vuotiaiden osuuden välistä yhteyttä, koska ulottuvuus saattoi kuvata päivähoidoikäisiin lapsiin liittyvää palvelujen tarvetta. Korrelaatio säilyi negatiivisena (–0,07), mutta yhteys lapsiin liittyviin menoihin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi nolasta.

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveysmenoulottuvuuksien ja väestörakennemuuttujien väliset korrelaatiot

Sosiaali- ja terveysmenojen ulottuvuudet	0–14-vuotiaiden osuus	65 vuotta täyttäneiden osuus	Huoltosuhte
Psykososiaaliset ongelmat ja lasten päivähoido	–0,16	–0,30	–0,58
Perusterveydenhuolto	–0,25	0,40	0,33
Vanhusten palvelut	–0,03	0,04	0,02
Erikoissairaanhoido	–0,44	0,52	0,32

Korrelaatiot, jotka ovat itseisarvoltaan vähintään 0,50, on lihavoitu.

Taulukossa 3 esitetään kaupunkimaisuusasteen mukaan ryhmiteltynä niiden kuntien osuus, joissa psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoidon liittyvät menot ovat suuret, eli ne kuuluivat faktorin ylimpään kolmannekseen. Suuret psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoidon liittyvät menot olivat tunnusomaisia kaupunkikunnille. Kaikissa kaupunkiseudun keskuksissa ja kaupunkimaisista kunnistakin yli 90 prosentissa psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoidon liittyvät menot olivat korkeat. Maaseudulla menot olivat pienemmät, mutta mitä syrjäisemmälle maaseudulle siirryttiin, sitä suuremmaksi kasvoi niiden kuntien osuus, joissa psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoidon menot olivat korkeat.

Perusterveydenhuoltomenot

Korrelaatioanalyysin mukaan perusterveydenhuoltoon liittyvät menot olivat voimakkaammin yhteydessä ikääntymiseen kuin muihin väestörakenteellisiin tekijöihin. Perusterveydenhuoltoon liittyvät sosiaali- ja terveysmenot olivat sitä suuremmat, mitä suurempi oli 65 vuotta täyttäneiden väestöosuus kunnassa. Myös yhteys huoltosuhteeseen oli suoraviivainen, joskin hieman heikompi (taulukko 2). Perusterveydenhuollon menot aiheutuvat siten pääasiassa aikuisväestöstä ja ennen kaikkea ikääntyneiden sairastavuudesta.

Myös yhteys kaupunkimaisuusasteeseen oli selvä: perusterveydenhuollon menot kasvoivat siirryttäessä keskuksista syrjäisemmälle maaseudulle. Alle joka kymmenennessä kaupunkikunnassa (kaupunkiseudun keskuksat ja kaupunkimaiset kunnat) ja kaupungin läheisellä maaseudulla noin joka kymmenennessä kunnassa menot olivat suuret. Ydinmaaseudun kunnista joka kolmannessa kunnassa menot olivat suuret, kun harvaan asu-

Taulukko 3. Osuus kunnista, joissa sosiaali- ja terveystenot ovat korkeat, kuntatyyteittäin, %

Sosiaali- ja terveystenotujen ulottuvuudet	Kaupunkiseudun keskuudet	Kaupunkimaiset kunnat	Kaupunkien läheinen maaseutu	Ydinmaa-seutu	Harvaan asuttu maaseutu
Psykososiaaliset ongelmat ja lasten päivähoito	100	93	19	22	36
Perusterveydenhuolto	3	7	11	37	80
Vanhusten palvelut	18	29	28	38	41
Erikoissairaanhoido	44	50	22	37	38
N	39	14	142	145	92

tun maaseudun kunnista neljässä viidestä tenot olivat suuret. (Taulukko 3.)

Vanhusten palvelut

Vanhusten palveluihin kohdenneut sosiaali- ja terveystenot eivät olleet yhteydessä kunnan ikärakenteeseen tai huoltosuhteeseen (taulukko 2), joten tarpeiden sijasta tenot näyttävätkin kuvaavan palveluiden järjestämistapoja, eivät niinkään kunnan vanhusvoittoisuutta sinänsä. Sen sijaan yhteys kaupunkimaisuusasteeseen oli selvä ja samansuuntainen kuin perusterveydenhuoltoon liittyvissä menoissa. Tähän faktoriin liittyvät tenot kasvoivat tasaisesti siirryttäessä kaupunkiseudun keskuuksista harvaan asutulle maaseudulle niin, että ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla niiden kuntien osuus, joissa tenot olivat suuret, oli yli kaksinkertainen kaupunkiseudun keskuksiin verrattuna (taulukko 3.)

Erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoidon tenot olivat sidoksissa ikääntymiseen siten, että tenot olivat suuret kunnissa, joissa vanhuuseläkeikäisiä oli paljon ja alle 15-vuotiaita vähän (taulukko 2). Huoltosuhteen ja tenotujen välinen yhteys oli heikoin. Vaikka vanhusväestön osuus erikoissairaanhoidon piirissä hoidetuista on pienempi kuin työikäisten osuus, käytetään vanhusväestön hoitoon todennäköisesti keskimäärin enemmän aikaa kuin nuorempien ikäryhmien (ks. esim. Ikääntyneiden ..., 2003), mikä lisää erikoissairaanhoidon kustannuksia kunnissa, joissa vanhuksia on paljon.

Myös kaupunkimaisuusaste erotteli menoja siten, että suuret erikoissairaanhoidon tenot olivat tavallisimpia kaupunkimaisissa kunnissa ja harvinaisimpia kaupungin läheisellä maaseudulla. Tämä selittyy todennäköisesti osin kaupunkimaisten kuntien ja kaupungin läheisen maaseudun kuntien ikärakenteen eroista (taulukko 3). Myös eri-

koissairaanhoidon palvelujen parempi saatavuus kaupunkimaisissa kunnissa voi jo sinänsä edesauttaa niiden käyttöä.

Sosiaali- ja terveystenot ja psykososiaaliset ongelmat

Seuraavaksi tutkittiin sosiaali- ja terveystenotujen yhteyttä kunnissa ilmeneviin hyvinvoinnin ongelmiin. Tarkoituksena oli analysoida, selittykö kuntien välinen tenotujen suuri vaihtelu siitä, että kunnat reagoivat ongelmiin eri tavoin. Onko esimerkiksi niin, että on kuntia, joissa hyvinvointiin liittyviä ongelmia on paljon, mutta tenot ovat silti pienet. Lisäksi pyrittiin paikallistamaan eri tavalla menetteleviä kuntia analysoimalla niiden jakautumista kaupunkimaisuusasteen ja läänin mukaan.

Tutkimuksen tämä osa rajattiin vain psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoitoon liittyviin menoihin, sillä ominaisarvolla mitattuna se oli selkein tenotujen ulottuvuus. Hyvinvointiin liittyviä ongelmia mitattiin psykososiaalisten ongelmien yleisyydellä, jota mittaavan muuttujan muodostus on kuvattu liitetäulukossa 1. Psykososiaalisia ongelmia mittaavista muuttujista sijoitettujen lasten ja nuorten osuus ja psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kuvaavat myös tarvetekijöitä, sillä muutokset sijoitettujen lasten ja nuorten määrässä vaikuttavat välittömästi lasten ja nuorten laitoshoidon menoihin. Samoin mielenterveyspalvelujen asiakasrakenteen laajentaminen lisää psykiatrian erikoissairaanhoidon menoja. Esimerkiksi päihdeongelmaisten osuus psykiatrisilla osastoilla hoidetuista on kasvamassa (Nuorvala 2002, 133).

Psykososiaalisten ongelmien yleisyyden sekä niihin liittyvien tenotujen (mukaan lukien siis lasten päivähoitomenot) määrän välistä yhteyttä tut-

Taulukko 4. Kuntien ryhmittymisen psykososiaalisten ongelmien sekä psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoiton menojen suhteen, lkm

		Psykososiaalisiin ongelmiin ja lasten päivähoitoon budjetoidut menot			
		1. kvartiili	2. kvartiili	3. kvartiili	4. kvartiili
Psykososiaaliset ongelmat	1. kvartiili	49	<u>32</u>	<u>21</u>	6
	2. kvartiili	40	27	<u>30</u>	<u>11</u>
	3. kvartiili	16	30	40	<u>22</u>
	4. kvartiili	3	19	17	69

Kursivoidut solut muodostavat luokan "ongelmat > menot", lihavoidut solut muodostavat luokan "ongelmat = menot" ja alleviivatut solut muodostavat luokan "ongelmat < menot".

kittiin ryhmittelemällä kunnat menojen ja ongelmien välisen suhteen mukaan niin, että ensin molemmat ulottuvuudet jaettiin kvartiileihin ja sen jälkeen ne ristiintaulukoitiin. Tämän jälkeen kunnat jaettiin kolmeen ryhmään sen mukaan, miten menot suhteutuivat tilastoissa näkyvien ongelmien määrään. Taulukossa 4 diagonaalilla sijaitsevilla kunnissa ongelmat ja menot näyttivät olevan tasapainossa siten, että esimerkiksi alimpaan kvartiiliin ongelmien suhteen kuuluvia kuntia, joissa myös menot olivat alimmassa kvartiilissa, oli 49. Vastaavasti ylimmässä kvartiilissa sekä ongelmien että menojen suhteen olevia kuntia oli 69. Diagonaalien yläpuolelle sijoittuneissa kunnissa psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoiton menot olivat suuremmat kuin psykososiaalisten ongelmien esiintyvyyden perusteella olettaisi. Äärimmäisiä kuntia, joissa rahan kohdenus ongelmien ratkaisemiseen oli ylimmässä kvartiilissa, vaikka itse ongelmien määrä oli alimmassa kvartiilissa, oli 6. Diagonaalien alapuolella sijaitsevilla kunnissa sen sijaan tilanne oli päinvastainen. Vaikein suhde oli kolmessa kunnassa, jotka ongelmien suhteen olivat ylimmässä kvartiilissa, vaikka resursointi niiden ratkaisemiseksi oli alimmassa kvartiilissa.

Edellä mainitulla tavalla tarkasteltuna tasapainossa olevia kuntia oli 185. Kuntia, joissa ongelmia oli enemmän kuin menoja, oli yhteensä 125. Kuntia, joissa menot olivat suuremmat kuin ongelmat, oli yhteensä 122. (Taulukko 4.)

Lappi erottui selvästi muusta maasta (taulukko 5). Lapin läänin kunnista noin kahdessa kolmasosassa psykososiaalisten ongelmien ratkaisemiseen kohdennettiin enemmän rahaa kuin oli ongelmia. Itä-Suomi oli lähes Lapin vastakohta, sillä Itä-Suomen läänin kunnista lähes puolella ongelmia oli enemmän kuin oli budjetoitu menoja niiden ratkaisemiseksi. Etelä-Suomen läänin

ja Oulun läänin kunnat jakautuivat menojen ja ongelmien suhteen melko yhdenmukaisesti. Molempien läänien kunnista noin kahdessa viidesosassa ongelmat ja niiden ratkaisemiseen kohdennetut menot olivat tasapainossa ja yhdessä viidesosassa ongelmia oli enemmän kuin oli budjetoitu rahaa niiden ratkaisemiseksi. Länsi-Suomen lääni erosi Etelä-Suomen ja Oulun lääneistä lähinnä siten, että läänissä oli suhteellisesti enemmän kuntia, joissa ongelmia oli enemmän kuin niiden ratkaisemiseksi oli budjetoitu varoja.

Koko maan tasolla kaupunki- ja maaseutukunnat erosivat selvästi toisistaan, samoin maaseutumaiset kunnat toisistaan (taulukko 5). Yli 80 prosentissa kaupunkiseudun keskuksista ja kaupunkimaisista kunnista ongelmat ja menot olivat tasapainossa. Kaupungin läheisen maaseudun kunnat sen sijaan jakautuivat pääasiassa tasapainoisiin ja yliresursoituihin. Ydinmaaseudun kunnat puolestaan jakautuivat pääasiassa tasapainoisiin ja aliresursoituihin. Harvaan asuttu maaseutu erottui selvästi muista kuntatyypeistä, sillä joka toisessa harvaan asuttu maaseudun kunnassa psykososiaalisia ongelmia oli enemmän kuin niiden ratkaisemiseen oli budjetoitu menoja.

Kuntien resursointijakauma vaihteli läänien välillä eniten harvaan asuttu maaseudun ja kaupungin läheisen maaseudun kunnissa (taulukko 5). Etelä- ja Länsi-Suomen läänissä 80 prosenttia ja Itä-Suomen sekä Oulun läänissä kolme viidesosaa harvaan asuttu maaseudun kunnista oli kohdentanut vähemmän rahaa ongelmien ratkaisemiseen kuin oli ongelmia. Lapin läänissä kaksi kolmasosaa harvaan asuttu maaseudun kunnista sen sijaan näytti yliresursoivan menonsa. Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Oulun läänissä vastaavaa yliresursointia ei esiintynyt yhdessäkään harvaan asuttu maaseudun kunnassa. Kaupungin läheisen maaseudun kuntien toiminta erosi Itä-Suo-

Taulukko 5. Kuntien ryhmittymisen luokkiin psykososiaalisten ongelmien sekä psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoiton menojen suhteen kuntatyyppittäin, %

Läänit	Kaupunkiseudun keskukset (N = 39)	Kaupunkimaiset kunnat (N = 14)	Kaupungin läheinen maaseutu (N = 142)	Ydinmaaseutu (N = 145)	Harvaan asuttu maaseutu (N = 92)	Yhteensä (N = 432)
Etelä-Suomen (N = 89)						
ongelmat > menot	7	0	10	40	80	20
ongelmat = menot	80	100	31	30	20	44
ongelmat < menot	13	0	59	30	0	36
Länsi-Suomen (N = 204)						
ongelmat > menot	0	20	14	37	80	31
ongelmat = menot	77	60	48	41	16	43
ongelmat < menot	23	20	38	22	4	26
Itä-Suomen (N = 66)						
ongelmat > menot	0	0	55	43	59	47
ongelmat = menot	100	100	18	38	41	42
ongelmat < menot	0	0	27	19	0	11
Oulun (N = 51)						
ongelmat > menot	0	–	12	43	59	22
ongelmat = menot	100	–	53	38	41	45
ongelmat < menot	0	–	35	19	0	33
Lapin (N = 22)						
ongelmat > menot	0	–	25	–	0	4
ongelmat = menot	67	–	0	–	33	32
ongelmat < menot	33	–	75	–	67	64
Koko maa (N = 432)						
ongelmat > menot	3	7	16	37	50	29
ongelmat = menot	82	86	40	39	29	43
ongelmat < menot	15	7	44	24	21	28

– = ei kuntia

men läänissä selvästi muista lääneistä. Yli puolessa kaupungin läheisen maaseudun kunnista rahaa oli kohdennettu vähemmän ongelmien ratkaisemiseen kuin oli ongelmia. Muissa lääneissä kaupungin läheisen maaseudun kuntien menot olivat joko tasapainossa tai ongelmien ratkaisemiseen oli budjetoitu enemmän rahaa kuin oli ongelmia

Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuksen päätavoitteena oli analysoida sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ulottuvuutta, menojen yhteyttä kuntien kohtaamiin, sosiaali- ja terveyssektorille sijoitettuihin ongelmiin sekä niiden alueellisia eroja. Tältä osin tutkimuksen päätulos on sekä eri menolajien että menojen ja ongelmien välisen suhteen suuri alueellinen vaihtelu. Aiemmin ei sosiaalitoimen menojen alue-eroja ole tutkittu, vaikka terveydenhuollon

menoihin liittyvää tutkimusta on verraten paljon (esim. Häkkinen & Luoma 1995; Linna & Häkkinen 2000; Häkkinen & al. 2002). Myöskään kuntien menojen ja hyvinvointiongelmien välistä suhdetta ei ole analysoitu alueellisesta näkökulmasta.

Rakentamamme ryhmittelyn mukaan vajaan kolmanneksessa kunnista psykososiaalisten ongelmien hoitoon ei ollut kohdennettu riittävästi rahaa. Tällaisia kuntia oli eniten Itä-Suomessa. Näissä kunnissa kysymys voi olla yksinkertaisesti taloudellisten resurssien riittämättömyydestä, mutta myös kuntien tekemistä valinnoista. Kun kunnat saavat itse päättää, kuinka ne kohdentavat käytettävissään olevat sosiaali- ja terveysmenonsa, tämä on saattanut johtaa siihen, että psykososiaalisten ongelmien hoitoon tai lasten päivähoitoon budjetoidaan jo alun alkaen liian vähän rahaa. Korvamerkittämättömät sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet saatetaankin kohdentaa

esimerkiksi lastensuojelun sijasta vanhustenhuoltoon tai jalkapallokentän rakentamiseen. Käytöstä tarkastelutavasta johtuen on mahdollista, että aliresursoitujen ryhmään kuului myös kuntia, joilla menot olivat alhaiset toiminnan korkeamman tuottavuuden ansiosta. Kuitenkin näyttö siitä, että kunnat käyttäisivät korkeamman tuottavuutensa menojensa pienentämiseen, on vähäistä. Pikemminkin kunnat näyttävät tekevän ensin päätöksen käytettävissä olevista resursseista ja siten toiminta määräytyy näiden resurssien mukaan (Valtonen 2000, 39).

Yli neljännes kunnista oli taas sellaisia, jotka olivat budjetoineet psykososiaalisten ongelmien hoitoon enemmän rahaa kuin palvelujen käyttöä koskevien tilastojen mukaan olisi ollut tarvetta. Näiden kuntien osuus oli suurin Lapin läänissä. Tämä voi johtua siitä, että nämä kunnat ovat budjetoineet rahaa ennalta ehkäisevään toimintaan, jonka tulokset näkyvät ongelmien vähentämisenä. Kysymys voi olla myös siitä, että palvelujen järjestäminen on kallista pitkien etäisyyksien kunnissa, jolloin esimerkiksi mahdollisuudet järjestää palveluja yhteistyössä muiden kuntien kanssa ovat rajalliset. Kuitenkaan se, että sosiaali- ja terveysmenoja budjetoidaan ongelmien hoitoon enemmän kuin olisi tarvetta, ei takaa asiakkaiden saamien palvelujen laatua tai kunnan asukkaiden hyvinvointia.

Sosiaali- ja terveysmenot ryhmittäytyivät hallinnonalakohtaisesti neljään ulottuvuuteen. Nämä ulottuvuudet olivat myös yhteydessä väestön ikärakenteeseen ja huoltosuhteeseen eri lailla: terveydenhuollon menoja selitti ikääntyneiden osuus, kun sen sijaan psykososiaaliset ongelmat ja lasten päivähoiton menot olivat yhteydessä työikäisten väestöosuuteen. Tämä ilmenee siten, että lasten päivähoiton menot ovat korkeat kunnissa, joissa on paljon työikäisiä. Tulos viittaa siihen, että korkeat lasten päivähoiton menot eivät selitykään lasten, vaan pikemminkin vanhempien tarpeista. Toisaalta ulottuvuudelle nivoutuvat korkeat päihdehuollon menot ovat seurausta lähinnä työikäisten ongelmista, eivät lasten tai vanhusten.

Sosiaali- ja terveysmenojen rakenne erosi myös kuntatyyppin mukaan selvästi. Psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoiton menot kuten myös erikoissairaanhoidon menot olivat korkeat pääasiassa kaupunkiseudun keskuksissa ja kaupunkimaisissa kunnissa. Korkeiden perusterveydenhuollon ja korkeiden vanhusten palveluiden

menojen kunnista enemmistö oli harvaan asutun maaseudun kuntia.

Terveydenhuollon palvelurakenne erosi myös kaupunkikuntien ja maaseutumaisien kuntien sisällä. Perusterveydenhuollossa tämä näkyi siten, että kaupunkimaisuusasteen vähentyessä lisääntyi niiden kuntien osuus, joissa perusterveydenhuollon menot olivat korkeat. Psykososiaalisten ongelmien ja lasten päivähoiton menojen osalta yhteys oli kaupungeissa ja maaseudulla päinvastainen. Kaupunkikunnissa menot lisääntyivät kaupunkimaisuuden myötä, mutta maaseudulla menot vähenivät asukastiheyden kasvaessa. Vanhusten palveluiden ja erikoissairaanhoidon menot kuitenkin kasvoivat kaupungistumisasteen vähenemässä sekä kaupungeissa että maaseudulla.

Tulokset viittaavat siihen, että palvelurakennemuutos on edennyt kaupungeissa ja maaseudulla hieman eri tahtiin. Rahaa kohdennetaan vanhustenhuoltoon ja perusterveydenhuoltoon enemmän maaseudulla kuin kaupungeissa (varsinkin kaupunkiseudun keskuksissa). Sen sijaan kaupungeissa rahaa budjetoidaan enemmän erikoissairaanhoidon.

Alueelliset erot sosiaali- ja terveysmenoissa saattavat johtua siitä, että maaseutumaisien kuntien on ollut pakko aloittaa palvelujärjestelmänsä uudelleen organisointi aikaisemmin kuin kaupunkikuntien. Väestön ikääntyminen, työttömyys ja muuttoliike ovat vähentäneet verotuloja samaan aikaan kuin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet asukasta kohti ovat vähentyneet. Kaupungeissa tulojen kasvu tyrehtyi vasta 2000-luvulle tultaessa. Palkkatulojen ja yhteisöverojen kasvu on saattanut kaupungeissa siten hidastaa laitosvaltaisuuden purkamista. Lisäksi kaupunkikuntien korkeita erikoissairaanhoidon kustannuksia voivat selittää runsaan palvelutarjonnan ohella myös henkilöstökustannukset.

Palvelurakenteessa olevien erojen ohella tulokset toivat esiin kuntien erilaisia toimintastrategioita. Kun kuntien psykososiaalisten ongelmien yleisyyttä verrattiin näihin ongelmiin ja lasten päivähoitoon liittyviin menoihin, havaittiin, että enemmistössä Manner-Suomen kunnista psykososiaalisten ongelmien hoitoon oli osattu budjetoida menoja tarpeen mukaisesti.

Vanhusten väestöosuus ilmentää karkeasti terveydenhuollon palvelutarvetta. Molemmat terveydenhuollon menoja kuvaavat ulottuvuudet – perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot – olivatkin suoraan yhteydessä van-

huuseläkeikäisten väestöosuuteen. Suuria terveysmenojen eroja voi selittää se, että osassa kunnista vanhustenhuollon palveluita järjestetään osana terveydenhuoltoa. Esimerkiksi laitospalvelut, kotihoitoon palvelut ja asumispalvelut saattavat olla osittain tai jopa kokonaan terveydenhuollossa, jolloin niiden kustannukset voivat sisältyä terveydenhuollon kustannuksiin. (Ikääntyneiden ..., 2003, 105.) Korkeita terveydenhuollon menoja voi selittää myös sillä, että lääketieteellisen teknologian kehittymisen myötä nytemmin hoidetaan sairauksia, joihin aikaisemmin ei ollut parannuskeinoja, ja että kunnat ja sairaanhoitopiirit ottavat uusia tekniikoita käyttöön eri tahdissa. Lisäksi terveydenhuollon menojen eroja voidaan osin selittää vanhuspolitiikan alueellisella vaihtelulla: maaseutumaisissa kunnissa panostetaan kotihoitoon ja kaupungeissa laitoshoidon (ks. Vaarama & al. 2002, 91–93). Myös kunnissa, joissa vanhuksia pyritään hoitamaan mahdollisimman kauan avohuollossa, saattavat avohuollon piirissä olevat hoidettavat olla terveydentilaltaan heikokuntoisempia kuin laitosvaltaisempaa vanhuspolitiikkaa noudattavissa kunnissa (ks. esim. Vaarama & al. 2002, 90).

On kuitenkin huomattava, että tiettyihin palveluihin liittyvät sosiaali- ja terveysmenot eivät kuvaa suoraan väestön palvelutarvetta, esimerkiksi vanhusten toimintakykyä ja terveydentilaa. Tilinpäätöksissä ilmenevä menorakenne kuvastaa suurelta osin myös omaksuttua tilastointikäytäntöä ja palvelurakennetta. Tämä aineiston rajoitus havainnollistuu esimerkiksi vanhustenhuollon palvelurakennetta tarkasteltaessa. Vanhusten palveluihin liittyvät menot eivät olleet yhteydessä vanhuuseläkeikäisten väestöosuuteen, mikä selittyy luultavasti palvelujen järjestämistapojen kirja-

vuudesta. Esimerkiksi kunnissa, joissa vanhainkotipaikkoja on korvattu tehostetulla palveluasumisella (henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden) tai omaishoidon tuella, laitoshuollon menot saattavat olla pienemmät kuin kunnissa, joissa samantasoista hoitoa vaativia vanhuksia hoidetaan vanhainkodeissa (ks. Vaarama & al. 1999). Vanhuspalvelujen järjestämisen tapojen vaihtelu näkyi myös sosiaalimenojen ulottuvuuksia tarkasteltaessa siten, että kunnissa, joissa vanhusten ja vammaisten palveluihin liittyvät muut sosiaali- ja terveysmenot olivat korkeat, vanhusten laitoshuollon menot olivat alhaiset.

Kokonaisuutena näyttää siltä, että 1990-luvun alussa toteutettujen sosiaalipoliittisten uudistusten, kuten vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän uudistamisen, valtion normiohjauksen purkamisen ja palvelurakenteen muuttamisesta koskevien vaatimusten (esim. Palvelurakennetyöryhmän ..., 1992), vaikutukset näkyvät sosiaali- ja terveydenhuollon toimialakohtaisissa menoissa alueellisinä eroina. Vaikka tilastointikäytännöissä saattaa olla jonkin verran alueellista vaihtelua, tässä tutkimusasetelmassa ei voitu arvioida, kuinka kirjavia käytännöt ovat. Alueelliset erot eivät selvästi selity kaikkien sosiaali- ja terveysmenojen osalta tarvetekijöistä, vaan myös kunnallinen päätöksenteko ja palvelurakenne vaikuttavat niihin (Valtonen 2000). Tämä tutkimus osoittaa, että niin sosiaali- ja terveysmenoissa, niiden ulottuvuuksissa kuin siinä, millä tavoin menot suhteutuvat hyvinvointiongelmiin, on voimakasta alueellista vaihtelua. Tätä vaihtelua voidaan pyrkiä tasaamaan valtakunnan tason päätöksillä, mutta tasa-arvo kansalaisten välillä rakentuu suurelta osin myös paikallisesti omaksutuissa käytännöissä ja päätöksillä.

KIRJALLISUUS

HELIN, HEIKKI & OULASVIRTA, LASSE: Kuntien talouden ja valtionapujärjestelmän kehitys 1990-luvulla. S. 108–125. Teoksessa: Loikkanen, Heikki A. & Saari, Juho (toim.): Suomalaisen sosiaalipolitiikan turvan keskusliitto ry., 2000

HÄKKINEN, UNTO & IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ, ULLA & KESKIMÄKI, ILMO & RAUHALA, AUVO & KLAUKKA, TIMO & TEITTO, EIJA: Sydäninfarktin hoitokäytäntöjen, kustannusten ja kattavuuden alueellinen vertailu. Kohti kansallista hoidon vertaisarviointia ja kehittämistä. Suomen Lääkärilehti 57 (2002):

51–52, 5202–5206

HÄKKINEN, UNTO & LUOMA, KALEVI: Mitkä tekijät selittävät alueellisia terveyden- ja vanhustenhuollon menoja? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 32 (1995): 3, 225–236

IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT 2002. SVT Sosiaaliturva 2003:1. Helsinki: Stakes, 2003

JULKISTEN MENOJEN HINTAINDEKSI. Tilastokeskus, 2004. Saatavilla www.stat.fi/til/jmhi/2004/01/jmhi_2004_01_2004-06-14_tam_001_002.xls

KAINULAINEN, SAKARI & RINTALA, TAINA: Maaseutukuntien mosaiikki – menestyjiä ja häviäjiä. Maa-

seudun uusi aika 11 (2003): 2, 26–35

KAINULAINEN, SAKARI & RINTALA, TAINA & HEIKKILÄ, MATTI: Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Tutkimuksia 114. Helsinki: Stakes, 2001

LINNA, MIKA & HÄKKINEN, UNTO: Alueellinen hoitoketjujen tuottavuusvertailu – uusi tapa tarkastella erikoissairaanhoidon kustannuksia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 37 (2000): 3, 197–206

NUORVALA, YRJÖ: Päihdepalvelut. S. 129–141. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002

PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTIO. Työryhmämuistio 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 1992

RINTALA, TAINA & IIVARI, ANNAKAISA & AIRIO, ILPO: Valtionosuusjärjestelmä ja hyvinvoinnin alueelliset erot. S. 23–47. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Par-

po, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002

VAARAMA, MARJA & KAINULAINEN, SAKARI & PERÄLÄ, MARJA-LEENA & SINERVO, TIMO: Vanhusten laitoshoidon tila: Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Helsinki: Stakes, 1999

VAARAMA, MARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI: Ikääntyneiden palvelut. S. 76–104. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes, 2002

VALTONEN, HANNU: Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? S. 29–42. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Raportteja 250. Helsinki: Stakes, 2000.

Liitetaulukko 1. Hyvinvoinnin ulottuvuudet, Varimax-rotatointi

	Faktori 1	Faktori 2	Faktori 3	Faktori 4	Keskiarvo	Keskiahjonta
Korkea-asteen koulutuksen saaneet (per 15 vuotta täyttäneet, %)	-0,94	0,06	0,03	0,07	16,5	5,4
Veroäyrit (per asukas)	-0,89	0,11	-0,02	0,18	55 543	11 800
Työkyvyttömyyseläkkeiden saajat (per 15–75 vuotta täyttäneet, %)	0,72	0,27	0,29	-0,14	8,0	2,0
Kaikki sairaaloissa hoidetut potilaat vuodessa (per asukas, %)	0,70	0,22	0,13	-0,11	14,8	2,3
Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvat (per asuntokunnat, %)	0,62	-0,13	-0,39	0,23	13,1	5,6
Yhden hengen asuntokunnat (per asuntokunnat, %)	0,20	0,82	-0,07	0,42	32,9	5,2
Väkilvartarikokset (per 1 000 asukasta)	-0,08	0,66	0,31	-0,13	4,1	2,4
Omaisuusrikokset (per asukas, %)	-0,54	0,63	0,11	0,14	3,3	1,7
Sijoitetut lapset ja nuoret (per 1 000 alle 18-vuotiasta)	-0,10	0,53	0,31	0,13	7,1	5,1
Psykiatrian erikoisalain potilaat vuodessa (per 1 000 asukasta)	0,15	0,52	-0,06	-0,01	5,6	1,7
Työttömät (per 17–74-vuotiaat, %)	0,33	0,20	0,89	0,22	8,3	2,6
Toimeentulotukea saaneet (per asukas, %)	0,09	0,44	0,66	-0,11	7,7	2,8
Keskiasteen koulutuksen saaneet (per 15 vuotta täyttäneet, %)	-0,11	-0,14	0,48	-0,24	35,9	2,8
Pitkäaikaistyöttömät (per työttömät, %)	-0,17	0,04	-0,03	0,59	25,0	7,0
Ahtaasti asuvat asuntokunnat (per asuntokunnat, %)	0,37	-0,32	0,19	-0,37	14,5	2,8
Ominaisarvo	4,13	3,54	2,00	1,04		
Selitysosuus	0,28	0,24	0,13	0,07		

Psykososiaalisia ongelmia kuvaava ulottuvuus muodostettiin faktorianalyysillä, jonka ulottuvuuksista faktori 2 kuvaa psykososiaalisia ongelmia. Kyseisen faktorin lataukset, jotka ovat itseisarvoltaan vähintään 0,50, on lihavoitu: yksin asuvat asuntokunnat suhteessa asuntokuntien määrään (0,82), poliisin tietoon tulleet väkivaltarikokset suhteessa väestöön (0,66), poliisin tietoon tulleet omaisuusrikokset suhteessa väestöön (0,63), sijoitetut lapset ja nuoret suhteessa 0–17-vuotiaiden määrään (0,53) ja kunnan sairaaloissa hoidossa olleet psykiatrian erikoisalain potilaat suhteessa väestöön (0,52). Ulottuvuuden rakenne vastaa käytännössä aikaisemmassa tutkimuksessa (Kainulainen & al. 2001, 62) muodostunutta ulottuvuutta. Lisäksi kaupunkimaisuusasteen mukaisessa tarkastelussa se ryhmittyi samankaltaisesti kuin mainitussa tutkimuksessa. Kaupunkiseudun keskuksista ja kaupunkimaisista kunnista vajaassa 90 prosentissa psykososiaalisia ongelmia oli paljon. Kaupungin läheisen maaseudun kunnista vain yhdeksällä prosentilla, mutta ydinmaaseudun kunnista jo noin 30 prosentilla oli paljon psykososiaalisia ongelmia. Vajaassa puolessa harvaan asutun maaseudun kunnista psykososiaalisia ongelmia oli paljon.

ENGLISH SUMMARY

*Petri Huhtanen & Taina Rintala & Sakari Karvonen:
Regional differences in social and health expenditure
and welfare in local municipalities (Sosiaali- ja terveysmenojen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnassa)*

Social and health care account for the bulk of local council expenditure in Finland. Municipalities differ widely, however, in terms of their social and health care spending relative to population. Earlier studies indicate that these differences cannot be explained away either by reference to existing resources or needs, but municipal decision-making and service structures seem to have a major impact as well.

This article explores various aspects of social and health care spending, looks at its connections with demographic and regional factors, and discusses regional differences. Furthermore, it looks at how social and health care expenditure relates to the problems faced by local councils in the social and health sector. Specifically, the article addresses the question of whether local councils differ in terms of their resource allocation aimed at meeting their residents' needs. The research data were drawn from the Sotka database and comprised information on municipalities' demographic structure, dependency ratio and social and health care overhead costs as well as details on employment, education, housing, health, income, psychosocial problems and crime during 1999-2001. The dataset comprised 432 municipalities (the Åland Islands were excluded). For purposes of regional analyses the provincial classification and a five-tiered urban-rural classification were used.

The results show that there is marked regional vari-

ation in social and health expenditure and in the way that this expenditure relates to welfare problems. Expenditure related to psychosocial problems and children's day care was high in major urban centres. Specialised health care spending was high in urban municipalities. The proportion of municipalities with high expenditure on services for older people and primary health care, was the highest in sparsely populated rural areas. Analysis of the frequency of psychosocial problems and the association of these problems with expenses related to children's day care showed that in almost one-third of all municipalities (n = 125), the resources allocated to the treatment of psychosocial problems had been inadequate. This was typical of one-half (50%) of all sparsely populated rural municipalities. More than one-quarter of all municipalities (n = 122) had budgeted more resources for the treatment of psychosocial problems than was necessary in the light of statistics describing service use. This was typical of 44 per cent of rural municipalities in the vicinity of cities.

Overall it seems that the impacts of the social policy reforms carried out in the early 1990s are reflected in regional differences in sectoral social and health care expenditure. It is possible to iron out part of this variation by national decision-making, but equality among citizens is also largely constructed out of locally adopted practices and decisions.

KEY WORDS

Social expenditure, health expenditure, regional differences, decision making, service structure, resource allocation, welfare problems, municipalities, Finland