



**KOSKE**  
KESKI-SUOMEN  
SOSIAALIALAN  
OSAAMISKESKUS

# KESKI-SUOMEN NYKYTILA JA TULEVAISUUS TILASTOJEN VALOSSA

SIVI TALVENSOLA

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KESKI-SUOMEN VÄESTÖ NYT JA TULEVAISUUDESSA	1
3	TYÖTTÖMYYS JA TYÖKYVYTTÖMYYS KESKI-SUOMESSA	6
	3.1 Työttömyys	6
	3.2 Työkyvyttömyys	9
4	SAIRASTAVUUS JA KUOLLEISUUS	12
	4.1 Sairastavuus	13
	4.1.1 Alkoholihaitat	13
	4.1.2 Erityiskorvaavuudet ja kansantaudit	15
	4.2 Kuolleisuus	17
5	TOIMEENTULOTUKI	19
6	LASTENSUOJELU	21
7	75 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO JA PITKÄAIKAINEN LAITOSHOITO	22
8	KUNTAKOON JA PALVELUJEN VÄESTÖPOHJAN YHTEYDET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN TEHOKKUUTEEN JA KUSTANNUKSIIN	24
	8.1 Kuntakoko sosiaali- ja terveydenhuollossa	25
	8.2 Yhteenvetoa kuntakoon merkityksestä	28
	KIRJALLISUUS JA MUUT LÄHTEET	30
	LIITTEET	32

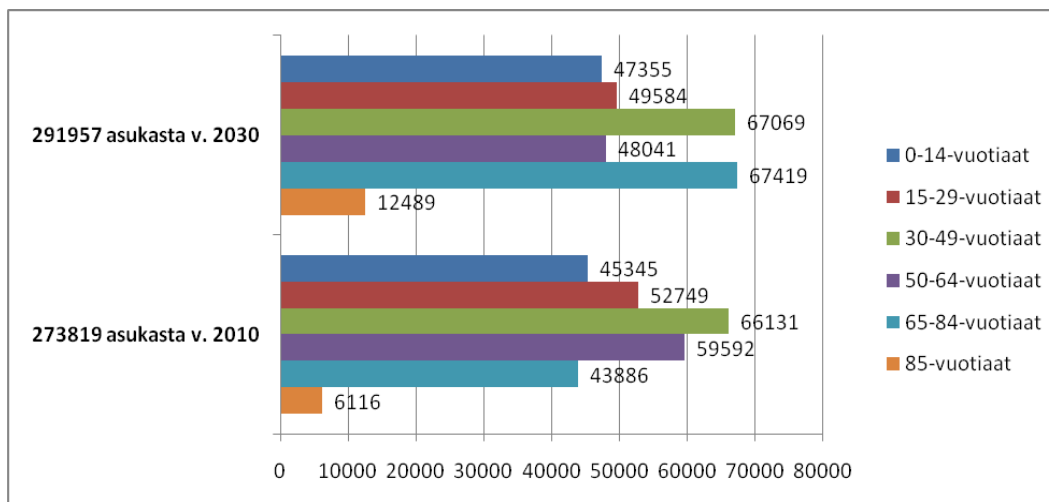
# 1 JOHDANTO

Tässä paperissa tehdään lyhyt katsaus Keski-Suomen nykytilaan ja tulevaisuuden muutoksiin eräiden tilastotietojen valossa. Työ tehdään osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystä ja koonnin tarkoituksena on taustoittaa palvelurakennehanketyötä. Raporttiin on pyritty kokoamaan viimeisintä saatavilla olevaa tilastotietoa. Väestön ennakkotietoa ja työttömyystilastoja sekä muutamia muita tilastoja lukuun ottamatta viimeisin saatavilla oleva tilastotieto on pääosin vuodelta 2008.

Tietoja on koottu Tilastokeskuksesta, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen SOTKANet-tietokannasta, Työ- ja elinkeinoministeriön tilastoista sekä Kansaneläkelaitoksen tilastoista. Lisäksi paperissa tehdään lyhyt katsaus suomalaisiin tutkimuksiin, joissa on tarkasteltu kuntakoon vaikutusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tehokkuuteen tai vaikuttavuuteen sekä kustannuksiin. Vaikuttavuudesta näyttää ylipäänsä olevan saatavilla varsin vähän tutkimustietoa, erityisesti sosiaalipalveluiden osalta.

## 2 KESKI-SUOMEN VÄESTÖ NYT JA TULEVAISUUDESSA

Keski-Suomen väestö kasvaa lähes 20 000:lla vuodesta 2010 vuoteen 2030. Kuvasta 1 ilmenee, että nuorimmissa ikäluokissa, 0–29-vuotiaissa, ja 50–65-vuotiaissa väestö vähenee, kun taas yli 65-vuotiaiden ja erityisesti yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa. Myös 30–49-vuotiaiden määrä kasvaa hieman ajanjaksolla.



**Kuva 1. Keski-Suomen väestö 2010 ikäryhmittäin (Lähde: Tilastokeskus, väestön ennakkotilasto)**

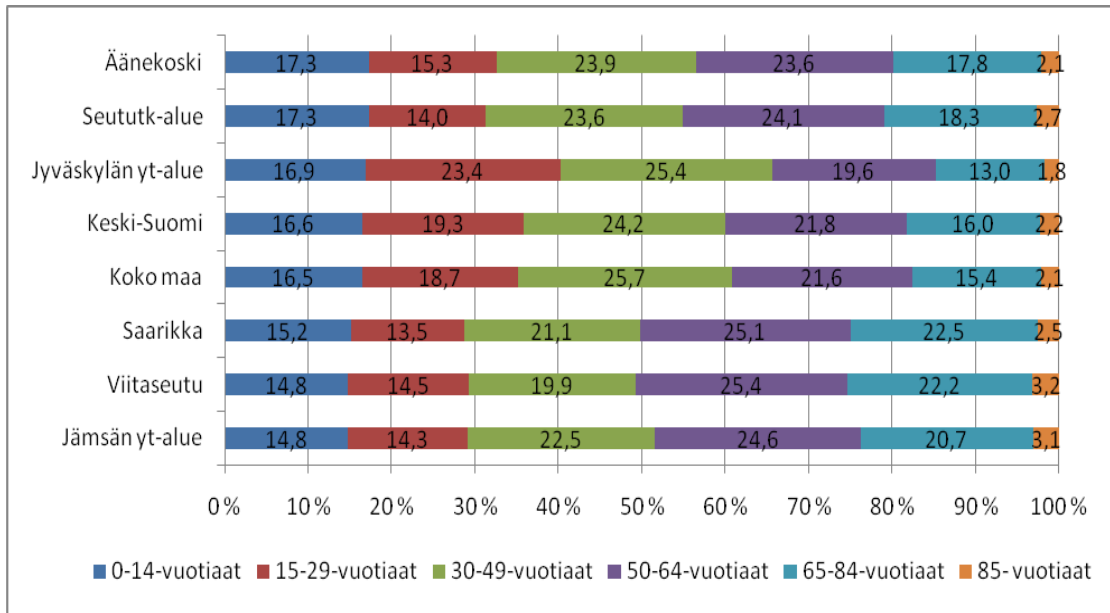
Väestönkasvu ei kuitenkaan jakaannu tasaisesti läpi Keski-Suomen. Pietilän (2010) tekemässä Keski-Suomen aluekehityskatsauksessa käy ilmi, että väestönkasvu keskittyy Jyväskylän seudulle väestön vähetessä muilla alueilla. Pietilän (2010, 17) kokoamasta taulukosta (taulukko 1) nähdään väestön muutos seuduittain vuodesta 2008 vuoteen 2035 saakka.

**Taulukko 1. Väestönmuutos (henkeä) seuduittain vuoteen 2035 saakka verrattuna vuoden 2008 toteutumatietoon (lähde: Pietilä 2010, 10, Tilastokeskus, ennustetiedot syksyiltä 2009)**

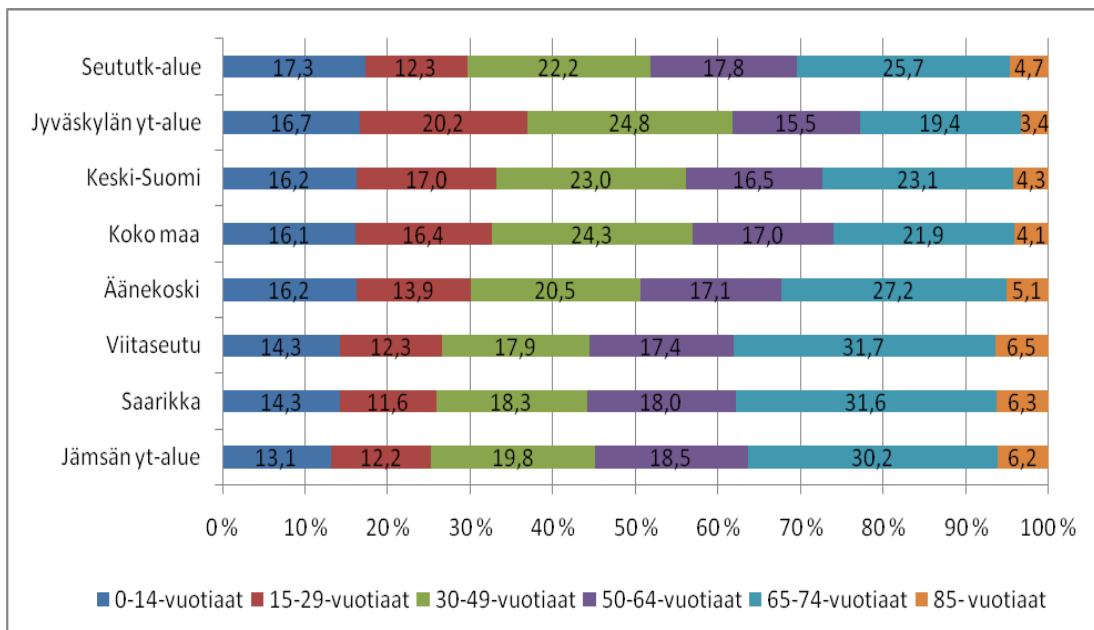
	2008	2015	2020	2025	2030	2035
Joutsa	5959	-250	-320	-350	-400	-450
Jyväskylä	170070	12000	19000	24500	29000	32700
Jämsä	25806	-1250	-1900	-2300	-2650	-2950
Keuruu	12849	-650	-900	-1000	-1150	-1250
Saarijärvi-Viitasaari	33760	-2000	-2800	-3400	-3900	-4250
Äänekoski	23303	-400	-560	-700	-800	-950
<b>Keski-Suomi</b>	<b>271747</b>	<b>7300</b>	<b>12200</b>	<b>16600</b>	<b>20200</b>	<b>22800</b>
<b>Koko maa</b>	<b>5326314</b>	<b>182000</b>	<b>310000</b>	<b>426000</b>	<b>524000</b>	<b>600300</b>

Keski-Suomen väestö myös ikääntyy muun maan tavoin, mutta ikääntyvä väestö ei jakaudu maakunnassa tasaisesti eri alueille. Kuvissa 2 ja 3 tarkastellaan eri ikäluokkien osuuksia eri yhteistoiminta-alueilla<sup>1</sup> Keski-Suomessa vuosina 2010 ja 2030. Kuvista ilmenee, että Jyväskylän yhteistoiminta-alueetta (Jyväskylä, Hankasalmi, Muurame, Uurainen) lukuun ottamatta yli 85-vuotiaiden osuus, jotka ikänsä puolesta tarvitsevat todennäköisimmin eniten vanhuspalveluita, on vähintään kaksinkertaistunut vuodesta 2010 vuoteen 2030 mennessä.

<sup>1</sup> Keski-Suomessa toimii neljä ja on suunnitteilla kaksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita. Jo toimivia alueita ovat Jämsän yhteistoiminta-alue (Jämsä ja Kuhmoinen), perusturvaliikelaitos Saarikka (Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Saarijärvi), Viitaseutu (Wiitaunioni: Pihtipudas, Viitasaari + Kinnula) sekä Äänekoski. Suunnitteilla ovat seututerveyskeskusalue (Joutsa, Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhanka, Multia, Petäjävesi, Toivakka) ja Jyväskylän yhteistoiminta-alue (Hankasalmi, Jyväskylä, Muurame, Uurainen).



**Kuva 2. Väestö ikäluokittain (%) yhteistoiminta-alueilla Keski-Suomessa 2010 (lähde: Tilastokeskus, väestön ennakkotilasto).**



**Kuva 3. Väestö ikäluokittain (%) yhteistoiminta-alueilla Keski-Suomessa 2030 (lähde: Tilastokeskus, väestön ennakkotilasto).**

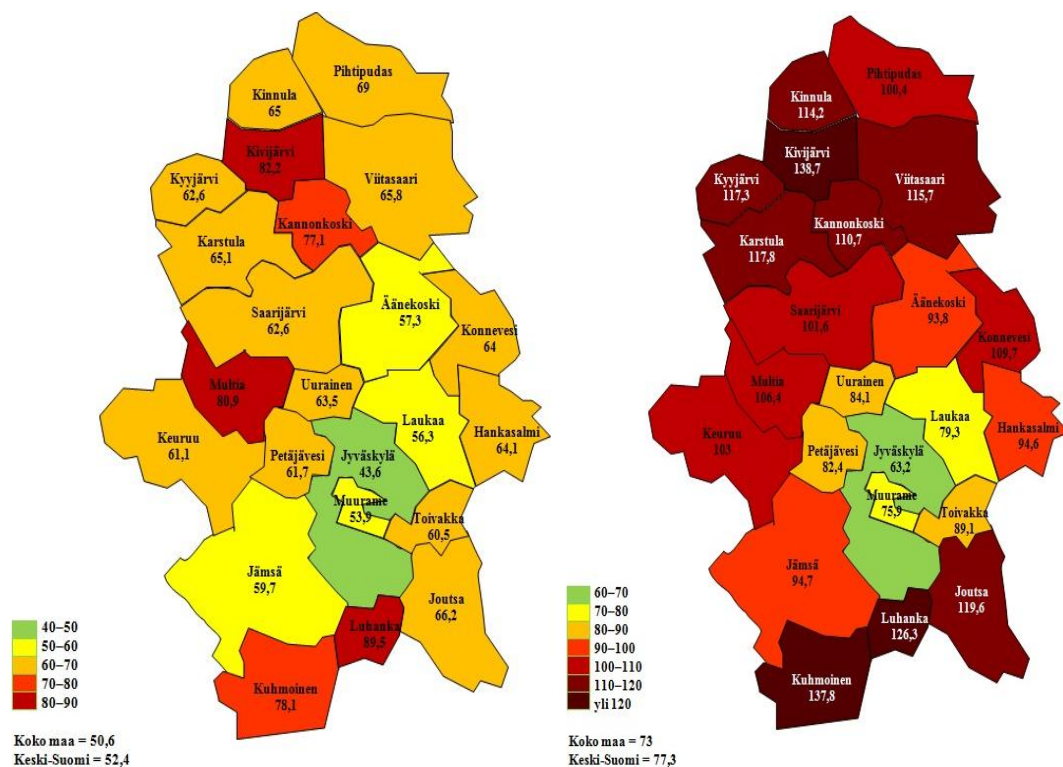
Keski-Suomen väestöltään vanhusvoittoisimmat kunnat vuonna 2010 ovat Luhanka, Kuhmoinen ja Multia. Vuonna 2030 niitä ovat Luhanka, Kuhmoinen ja Kivijärvi, joissa yli 85-vuotiaiden osuus on 8,4–8,8 % kunnan väestöstä. Myös Multialla yli 85-vuotiaiden osuus pysyy edelleen korkeana ollen 6,8 %. (ks. liite 1). Keskimäärin yli 85-vuotiaiden osuus vuonna 2030 koko maassa on 4,1 % ja Keski-Suomessa 4,3 %. Suurimmassa osassa Kes-

ki-Suomen kuntia yli 85-vuotiaiden osuus on suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Pienimmillään yli 85-vuotiaiden osuus kunnan väestöstä vuonna 2030 on Uraisilla, Muuramessa, Laukaassa, Jyväskylässä ja Petäjävedellä ja niissä vanhimman ikäluokan osuus jää alle koko maan keskiarvon vaihdellen 3,0–3,8 prosenttiin. Vaikka vanhusten osuus väestöstä on edellä mainituissa kunnissa Keski-Suomen pienin, koskettaa vanhusväestön määrän reaalin kasvu huomattavassa määrin myös näitä kuntia, kuten Pietilän (2010, 71) raportista lainatusta taulukosta (taulukko 2) käy ilmi

**Taulukko 2. Yli 80-vuotiaat kunnittain Keski-Suomessa 2008, ennuste 2010–2035 ja muutos (henkeä, %) vuosina 2008–2035 (Tilastokeskus, ennustetiedot syksyiltä 2009) (Lähde: Pietilä 2010, 71).**

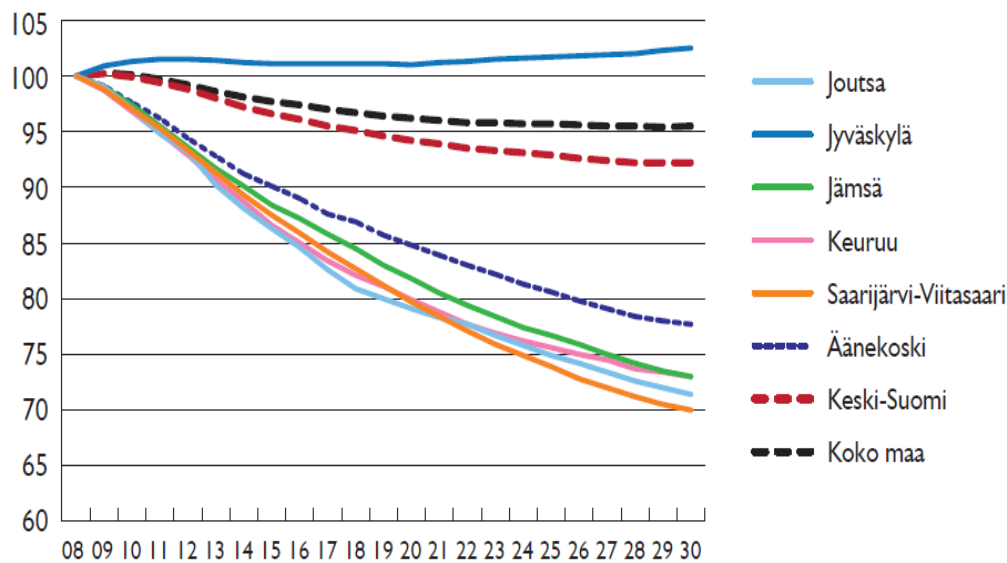
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035	Muutos 08–35	Muutos % 08–35
Hankasalmi	413	433	449	462	506	643	738	325	79
Joutsa	389	407	441	487	573	729	823	434	112
Jyväskylä	4649	5001	5651	6679	8227	11459	13619	8970	193
Jämsä	1371	1451	1609	1816	2089	2704	3015	1644	120
Kannonkoski	136	147	157	155	157	191	219	83	61
Karstula	299	334	359	411	459	594	670	371	124
Keuruu	738	777	857	920	1058	1392	1594	856	116
Kinnula	107	114	137	144	170	217	260	153	143
Kivijärvi	89	98	113	129	156	178	195	106	119
Konnevesi	199	220	255	269	270	360	403	204	103
Kuhmoinen	263	290	279	297	321	409	450	187	71
Kyyjärvi	111	106	120	127	143	186	212	101	91
Laukaa	617	685	816	925	1114	1587	1949	1332	216
Luhanka	90	93	104	107	110	125	134	44	49
Multia	188	203	229	210	199	227	264	76	40
Muurame	224	256	325	420	566	804	983	759	339
Petäjävesi	225	241	244	261	307	408	476	251	112
Pihtipudas	294	316	339	381	398	470	524	230	78
Saarijärvi	690	730	806	895	962	1172	1371	681	99
Toivakka	143	154	152	165	191	253	289	146	102
Uurainen	145	157	164	185	220	291	344	199	137
Viitasaari	487	539	660	739	809	990	1160	673	138
Äänekoski	933	1050	1220	1413	1686	2270	2615	1682	180
Keski-Suomi	12800	13802	15486	17597	20691	27659	32307	19507	152

Demografinen huoltosuhte ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä on sataa 15–64-vuotiasta (työikäistä) kohti. Mitä enemmän väestössä on lapsia ja/tai eläkeikäisiä, sitä korkeampi huoltosuhteen arvo on. Keski-Suomen kuntien väestöllisen huoltosuhteen luvut vuodelta 2009 ja 2030 on koottu kuvaan 4. Alhaisin huoltosuhte Keski-Suomessa vuonna 2009 on Jämsä–Jyväskylä–Äänekoski-akselilla. Suurimmassa osassa Keski-Suomen kuntia huoltosuhte vuonna 2009 on korkeintaan 70. Vuoteen 2030 mennessä huoltosuhte nousee Suomessa vuoden 2009 50,6:n tasosta 73:een ja Keski-Suomessa 52,4:stä 77,3:een. Huoltosuhte kasvaa huomattavasti Keski-Suomen kunnissa. Ainoastaan Jyväskylässä huoltosuhteen ennustetaan säilyvän alhaisempana kuin koko maassa keskimäärin. Jyväskylän ympäryskunnissa taas ennustetaan huoltosuhteen olevan muuta maakuntaa matalammalla tasolla.



**Kuva 4. Demografinen huoltosuhte Keski-Suomen kunnissa vuonna 2009 ja 2030 (Lähde: SOTKANet; Tilastokeskus, Väestöennuste syyskuu 2009).**

Kuvasta 5 ilmenee, että samalla kun huoltosuhte kasvaa, työikäisen väestön määrä vähenee tulevaisuudessa niin Suomessa kuin lähes koko Keski-Suomen alueella. Ainoastaan Jyväskylän seudulla 15–64-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan. Muissa seutukunnissa työikäisten määrä vähenee huomattavasti vuoteen 2030 mennessä, pohjoisessa Keski-Suomessa jopa 30 prosenttia vuodesta 2008.



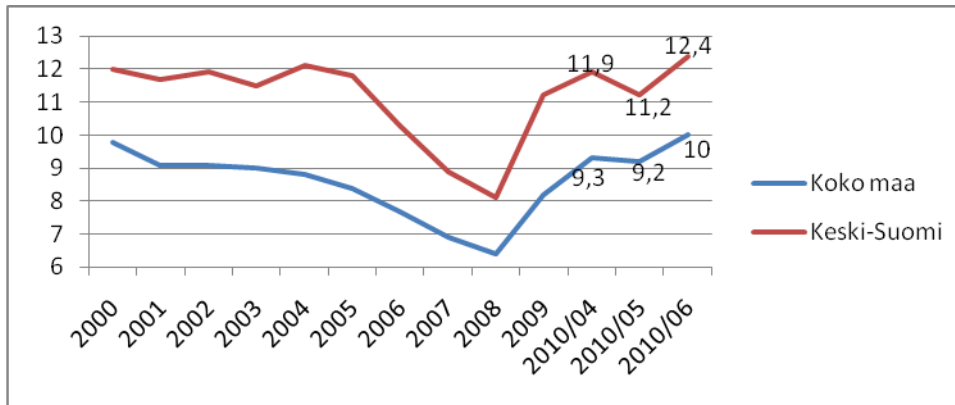
**Kuva 5. Työikäinen, 15–64-vuotias väestö seuduittain Keski-Suomessa 2008–2030 (2008=100) (Lähde: Pietilä 2010, 51).**

### 3 TYÖTTÖMYYS JA TYÖKYVYTTÖMYYS KESKI-SUOMESSA

#### 3.1 Työttömyys

Keski-Suomessa työttömyys on pysytellyt koko 2000-luvun ajan koko maan keskiarvoa korkeammalla tasolla (ks. kuva 6). Korkea työttömyys on muodostunut Keski-Suomen pysyväisongelmaksi 1990-luvun lamavuosista lähtien. Ongelma on viime vuosina kuitenkin helpottunut työllisyysasteen nousua yli viidellä prosenttiyksiköllä 2000-luvun alusta ja työttömien työnhakijoiden määrän laskettua. Työttömyyden alenemista 2000-luvulla Keski-Suomessa selittää vahva työvoiman kysyntä ja työvoiman ikääntyminen. (Pietilä 2010, 42.) Työttömyys on kuitenkin lähtenyt uudelleen nousuun vuoden 2008 jälkeen ja näyttää edelleen kasvavan sekä valtakunnallisesti kuin myös Keski-Suomessa.

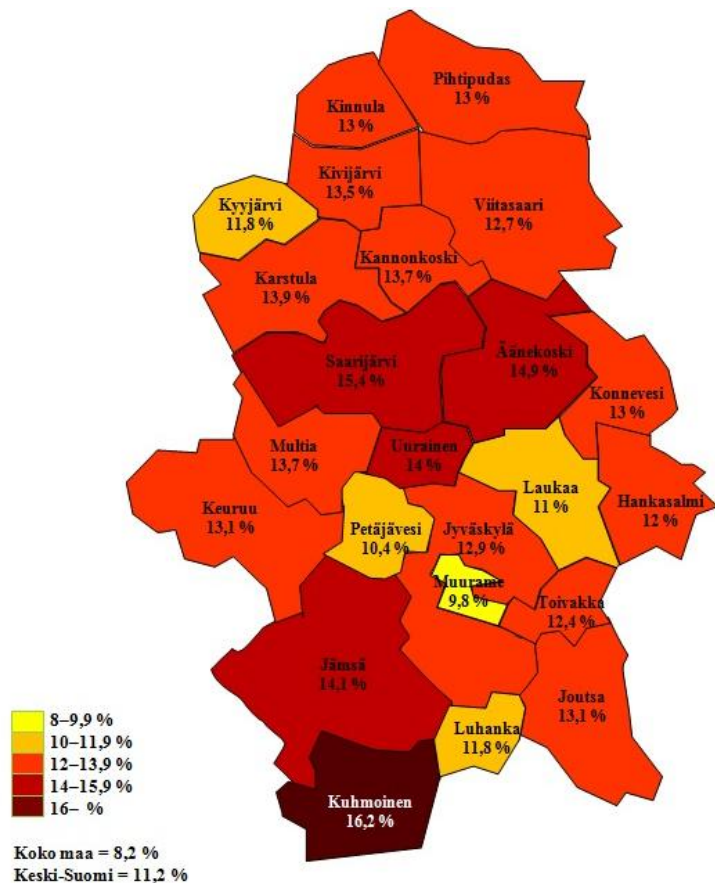




**Kuva 6. Työttömyysaste (%) Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2010/06 (lähde: Tilastokeskus 2000–09, TEM 2010).**

Syksyllä 2009 iskenyt taantuma näkyy työttömyyden kasvuna koko maassa kuin myös Keski-Suomessa. Vuoden 2010 alkupuolella työttömyys on noussut edelleen. Keski-Suomen työttömyysaste kesäkuussa 2010 oli 12,4 % ollen 2,4 prosenttiyksikköä valtakunnan keskiarvoa korkeammalla tasolla. Työttömiä Keski-Suomessa oli huhtikuussa 2010 yhteensä 16 677 henkilöä. Vuoden 2009 kesäkuuhun verrattuna työttömiä oli 4 prosenttia vähemmän. Keski-Suomea pahempi työttömyystilanne on Pohjois-Karjalassa, Kainuussa ja Lapissa. (Työllisyyskatsaus, kesäkuu 2010.)

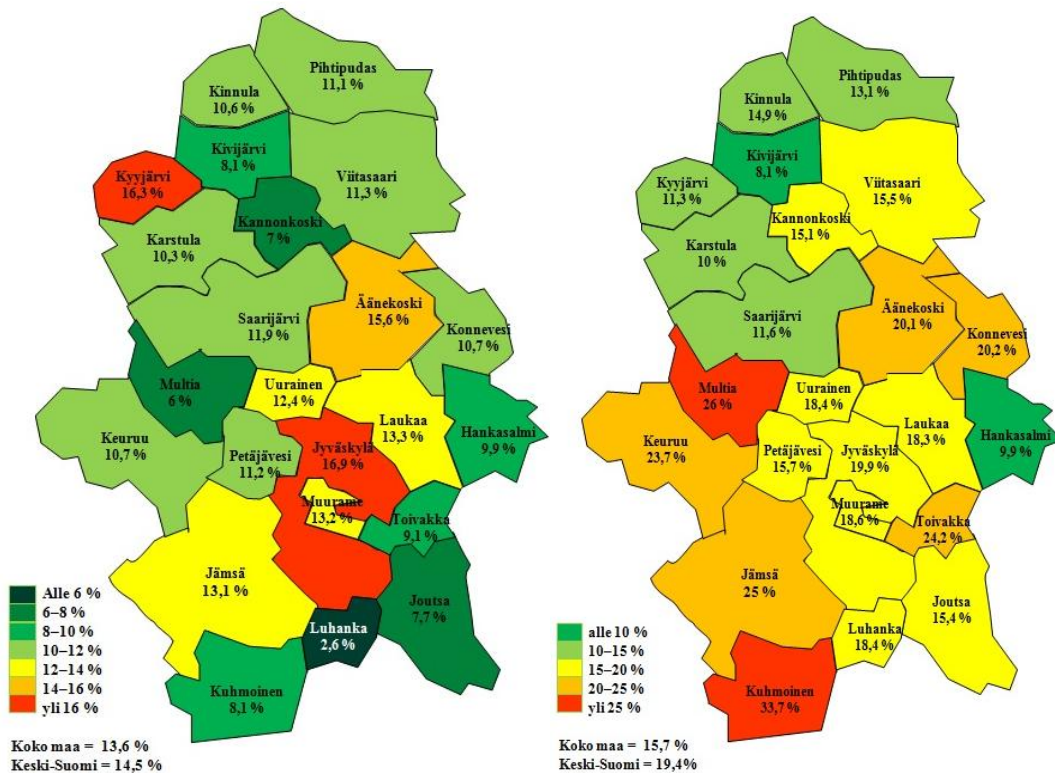
Kunnittaisessa vuoden 2009 keskimääräisen työttömyysasteen tarkastelussa (kuva 7) työttömyyttä on ollut kaikissa Keski-suomen kunnissa enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Muuramen, Petäjäveden ja Laukaan työttömyysaste on ollut alle Keski-Suomen keskimääräisen tason. Muissa kunnissa työttömien osuus on vuonna 2009 ollut suurempi kuin maakunnassa keskimäärin. Eniten työttömiä on ollut Kuhmoisissa, Saarijärvellä ja Äänekoskella. Muuramessa työttömyysaste on pysytellyt 2000-luvulla alhaisena koko Suomeen ja muihin Keski-Suomen kuntiin verrattuna (ks. liite 1). Muissa Keski-Suomen kunnissa työttömyys on tyypillisesti ollut koko maata yleisempää.



**Kuva 7. Työttömät, % työvoimasta Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2009 (TEM).**

Nuorisotyöttömien *osuus 15–24-vuotiaasta työvoimasta* on Keski-Suomessa ollut 2000-luvun aikana huomattavasti koko maata korkeammalla tasolla Keuruun seutukuntaa lukuun ottamatta. Kyseinen osuus on kuitenkin ollut pääsääntöisesti laskussa koko 2000-luvun ajan koko maan tavoin myös Keski-Suomessa. (SOTKANet.) Nuorisotyöttömien *osuus työttömistä työnhakijoista* on Keski-Suomessa koko maahan verrattuna korkeammalla tasolla. Tästä huolimatta suuressa osassa Keski-Suomen kuntia nuorisotyöttömien on alempi kuin koko maassa keskimäärin (kuva 8). Nuorisotyöttömien näin tarkasteltu osuus vuonna 2009 on suurin Jyväskylässä, Kyyjärvellä ja Äänekoskella.

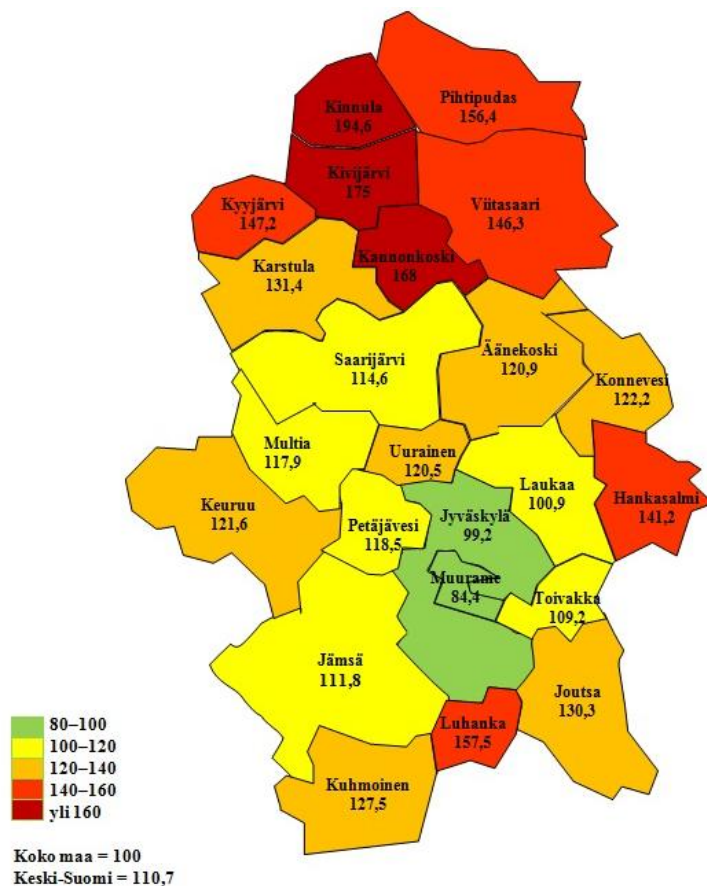
Myös pitkäaikaistyöttömyys on ollut Keski-Suomessa tyypillisesti muuta maata korkeammalla tasolla (kuva 8). Pohjoisessa Keski-Suomessa, Saarijärven-Viitaseudun seutukunnassa pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä jää alle koko maan keskitason. Pitkäaikaistyöttömien osuus 2000-luvun aikana on ollut Keski-Suomessa pääsääntöisesti laskussa, samoin kuin koko maassa. Poikkeuksena on Jämsän seutu, jossa pitkäaikaistyöttömien osuus on pääosin noussut tarkasteluajanjakson aikana. (SOTKANet.)



Kuva 8. Nuorisotyöttömät (vas.) ja pitkäaikaistyöttömät (oik.), % työttömistä Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2009 (TEM).

### 3.2 Työkyvyttömyys

Kuvaan 9 kootuista Kelan tilastotiedoista ilmenee, että vakioitu työkyvyttömyysindeksi on maakunnassa korkeimmillaan pohjoisessa Keski-Suomessa. Suurimmillaan indeksi on Kinnulassa ollen 194,6. Kivijärvellä vastaava luku on 175 ja Kannonkoskella 168. Jyväskylän seudulla työkyvyttömyyttä on maakunnassa vähiten.



**Kuva 9. Vakioitu työkyvyttömyysindeksi Keski-Suomen kunnissa vuonna 2008, koko maa = 100 (Lähde: Kela, Terveyspuntarin työkyvyttömyysindeksi 2008)**

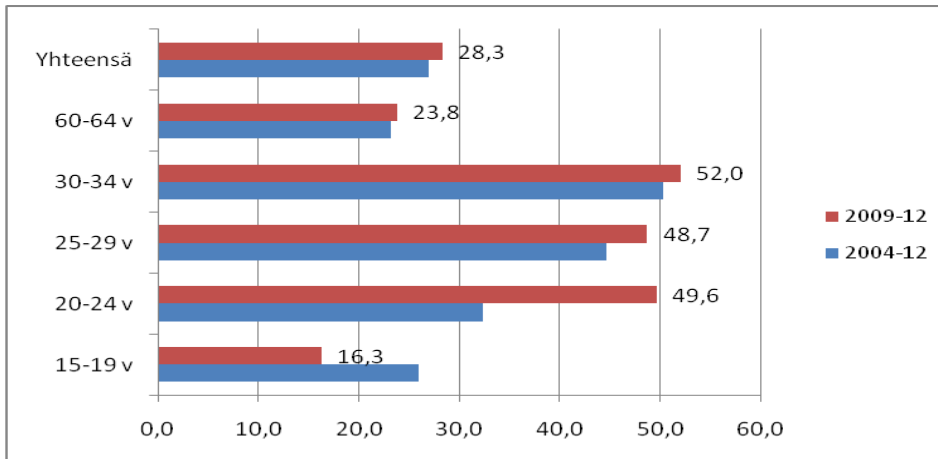
Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä kasvaa iän myötä (taulukko 3). Vuoden 2009 lopussa työkyvyttömyyseläkettä saaneita oli Keski-Suomessa lähes 17 000 henkilöä. Vuosien 2004 ja 2009 välisenä aikana työkyvyttömyyseläkettä saavien keski-suomalaisien osuus on kasvanut kaikissa nuorimmissa ikäluokissa, 15–34-vuotiaissa sekä 60–64-vuotiaiden ikäluokassa. Prosenttiosuuksilla mitattuna eniten kasvua, yli 80 %, on ollut nuorimmissa, 15–19-vuotiaiden, ryhmässä. Henkilömäärällä mitattuna suurin lisäys on ollut 60–64-vuotiaiden ryhmässä, jossa eläkkeensaajien määrä on noussut lähes 1700 henkilöllä.

**Taulukko 3. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ikäjakauma Keski-Suomessa viisivuotissikäryhmittäin 2004 ja 2009 (henkilöä), tilanne vuoden lopussa (sisältää työeläkkeet) sekä muutos 2004–2009 /henkilöä, %) (Lähde: Kela, Suomen eläkkeen saajat).**

Ikäryhmä	Aika 2004-12	2009-12	Erotus 2004 - 2009	Muutos %
Yhteensä	13694	14712	1018	7,4
15-19 v	27	49	22	81,5
20-24 v	226	268	42	18,6
25-29 v	316	386	70	22,2
30-34 v	348	448	100	28,7
35-39 v	552	488	-64	-11,6
40-44 v	916	793	-123	-13,4
45-49 v	1338	1268	-70	-5,2
50-54 v	2397	1976	-421	-17,6
55-59 v	4029	3816	-213	-5,3
60-64 v	3487	5171	1684	48,3
65-69 v	58	49	-9	-15,5

Tarkasteltaessa ikäryhmiä (kuva 11), joissa työkyvyttömyyseläkettä saavien määrään on noussut vuodesta 2004 vuoteen 2009, ilmenee, että 20–34-vuotiaiden tyypillisimpänä työkyvyttömyyseläkkeelle johtaneena syynä ovat mielenterveyshäiriöt<sup>2</sup>. Vuonna 2009 Keski-Suomessa noin puolet tämän ikäisistä työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli eläkkeellä mielenterveyshäiriöiden vuoksi, kun taas 60–64-vuotiaiden vastaava osuus jäi alle kolmanneksen ja 15–19-vuotiailla noin 16 prosenttiin. 60–64-vuotiailla yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle johtanut syy oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kun taas nuorimmilla eläkkeensaajilla kyse oli tyypillisesti kehitysvammaisuudesta.

<sup>2</sup> Mielenterveyshäiriöillä tarkoitetaan tässä Kelan sairausjakauman F20-F48,F60-F69,F90-F98 Skitsofrenia, mieliala-, ym. häiriöitä



**Kuva 10. Mielenterveyshäiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeistä vuosina 2004 ja 2009 ikäryhmillä, joissa eläkettä saavien määrä on kasvanut vuosien 2004–2009 välisenä aikana (%) (Lähde: Kela, Suomen eläkkeen saajat).**

Taulukosta 4 nähdään, että 20–24-vuotiailla mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus on kasvanut yli 80 prosenttia vuodesta 2004 vuoteen 2009. Nuorimmassa, 15–19-vuotiaiden, ikäryhmässä kasvu on ollut vähäisintä. Muissa tarkasteltavissa ikäryhmissä kasvu on vastaavassa ajassa ollut noin kolmanneksen.

**Taulukko 4. Mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat henkilöt vuosina 2004 ja 2009 ikäryhmillä, joissa eläkettä saavien määrä on kasvanut vuosien 2004–2009 välisenä aikana sekä vuosien 2004–2009 muutos (hlöä, %) (Lähde: Kela, Suomen eläkkeen saajat).**

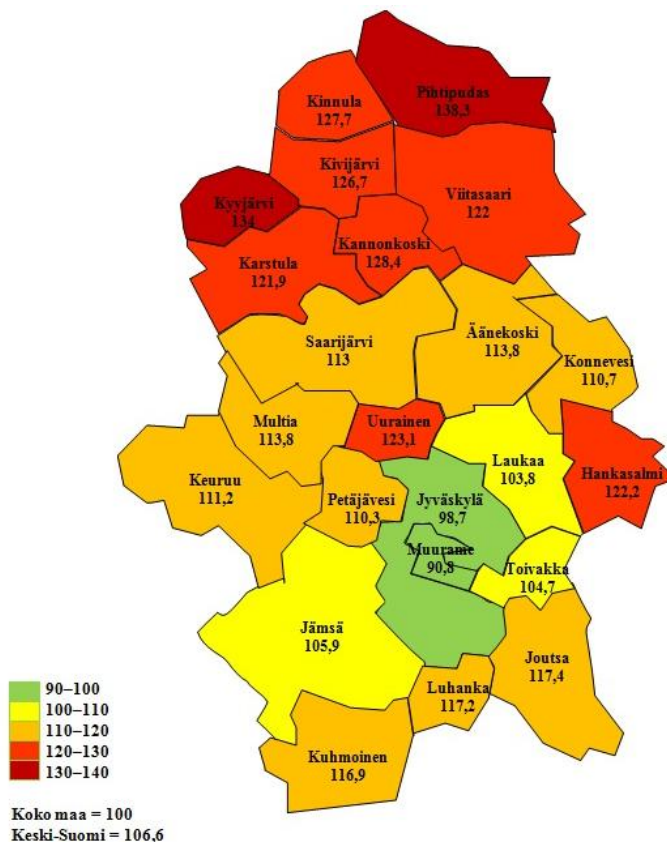
Ikäryhmä	Aika 2004-12	2009-12	Erotus 2004 - 2009	Muutos %
15-19 v	7	8	1	14,3
20-24 v	73	133	60	82,2
25-29 v	141	188	47	33,3
30-34 v	175	233	58	33,1
60-64 v	939	1231	292	31,1
Yhteensä	1335	1793	458	34,3

## 4 SAIRASTAVUUS JA KUOLLEISUUS

Sairastavuutta ja kuolleisuutta tarkastellaan sairastavuusindeksin, päihteiden vuoksi sairaalahoitoa tarvinneiden, erityiskorvausindeksin ja kansantauti-indeksin sekä alkoholikuolleisuuden ja kokonaiskuolleisuuden kautta

## 4.1 Sairastavuus

Kuvasta 11 nähdään Kelan tilastoima Keski-Suomen kuntien ikävakioitu sairastavuusindeksi vuodelta 2008. Sairastavuus on suurimmassa osassa Keski-Suomen kuntia koko maata korkeammalla tasolla. Ainoastaan Muuramessa ja Jyväskylässä väestö on terveempää kuin koko maassa keskimäärin. Keski-Suomen maakunnan sairastavuusindeksi on 106,6. Jyväskylän ja Muuramen lisäksi sairastavuus on maakunnan tasoa vähäisempää Laukaassa, Toivakassa ja Jämsässä. Suurimmillaan sairastavuus on pohjoisessa Keski-Suomessa.



Kuva 11. Vakioitu sairastavuusindeksi<sup>3</sup> Keski-Suomen kunnissa vuonna 2008, koko maa = 100 (Lähde: Kela, Terveyspuntarin sairastavuusindeksi 2008).

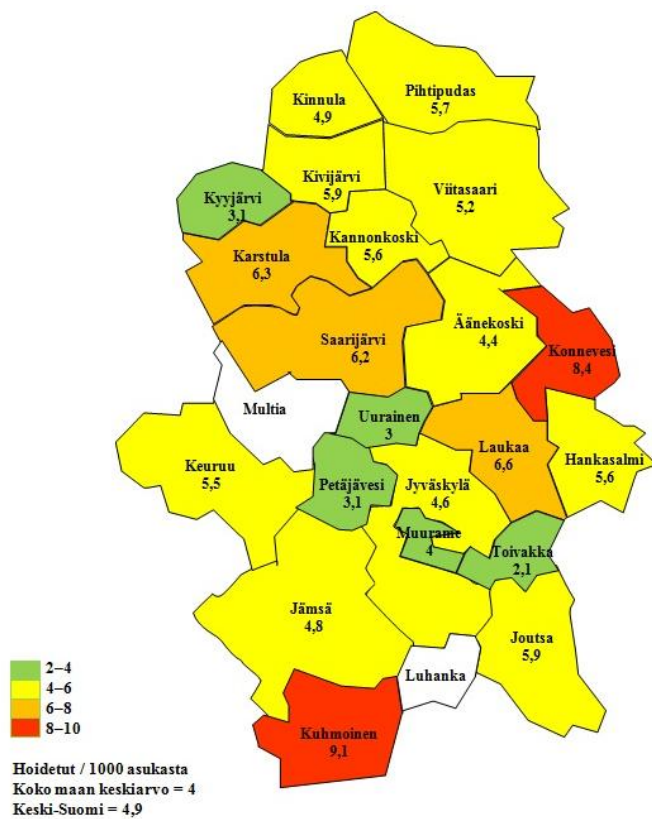
### 4.1.1 Alkoholihaitat

Alkoholisyys ovat kasvaneet 2000-luvulla työikäisen väestön yleisimpien kuolemaan johtaneiden syiden joukossa sekä miehillä että naisilla (Tilasto-

<sup>3</sup> Indikaattori ilmaisee jokaiselle Suomen kunnalle lasketun indeksin avulla, miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Sairastavuusindeksi perustuu kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Niistä kukin on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon. Lopullinen sairastavuusindeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo. (Kela, Terveyspuntari.)

keskus, Kuolemansyytilasto 2008). Alueella asuvan väestön alkoholinkäytön tilanteesta kertovat alkoholin kokonaiskulutustilastoa paremmin alkoholihaittoja kuvaavat, esimerkiksi alkoholiehtoisia sairaalahoitoja ja kuolemia koskevat tilastot. (Vanhatalo, Mäkelä & Vehtari 2010).

Kuvaan 12 on koottu Keski-Suomen kuntien tilastot päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolta hoidetusta potilaista 1000 asukasta kohden vuodelta 2008. Indikaattori kuvaa osaltaan päihteiden käytön aiheuttaman sairauksien määrää ja vaikeusastetta. Indikaattoria tulkitessa onkin huomioitava, että sairaalahoidon määrä riippuu kuntien käytettävissä olevista resursseista (esim. avo-/laitoshoidon tarjonta alueella) sekä hoitokäytännöistä. Keski-Suomen kunnista päihteiden vuoksi sairaalahoidossa olleita vuonna 2008 on ollut eniten Kuhmoisissa ja Konnevedellä. Alle koko maan keskiarvon ja samalla vähiten Keski-Suomen kunnista päihteiden vuoksi on kyseistä laitoshoidoa tarvittu Toivakassa, Uraisilla, Petäjävedellä ja Kyyjärvellä.



**Kuva 12. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat / 1000 asukasta Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa vuonna 2008 (SOTKANet)<sup>4</sup>.**

<sup>4</sup> Luhangan ja Multian tiedot puuttuivat SOTKANetin tilastoista.

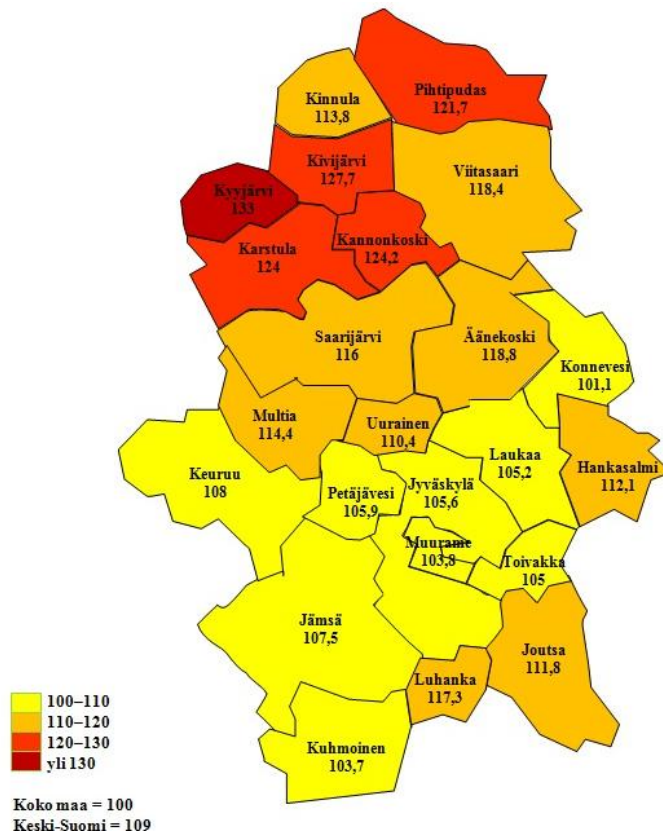


Vanhatalo ja muut (2010) tutkivat alkoholikuolleisuuden alueellisia eroja Suomessa 2000-luvun alussa. He jakoivat tutkimuksessaan Suomen 25 neliökilometrin ruutuihin, joiden pohjalta laskivat tasoitettuja tuloksia ja laativat tuloksista internetissä julkaistun kartan. Vanhatalon ja muiden havainto oli, että korkeimman alkoholikuolleisuuden riskialueet paikantuvat maantieteellisesti pienille alueille, joissa väestötiheys on tyypillisesti korkea.

Keski-Suomen osalta Vanhatalon ja muiden (2010) tutkimuksessa ilmeni, että alkoholikuolleisuus on koholla etenkin Jyväskylässä ja sen eteläpuolella. Alkoholikuolleisuus on jossain määrin lisääntynyt vuosista 1991–1995 vuosiin 2000–2005 suurimmassa osassa Keski-Suomen kuntia. Kasvu keskittyy edellä mainitun mukaisesti kaupunkien ja kuntien keskusta-alueiden liepeille. Eniten kasvua on ollut Kuhmoisissa, Joutsassa, Jämsässä, Muuramessa, Toivakassa, Karstulassa, Keuruulla, Jyväskylässä ja Uraisilla, joissa tarkasteluvuosista laskettu kuolleisuusasteen suhdeluku *keskusta-alueella* on yli 1,3. Alkoholikuolleisuus on ajanjakson aikana vähentynyt pohjoisen Keski-Suomen kuntakeskuksissa. (Vanhatalo ym. 2010.)

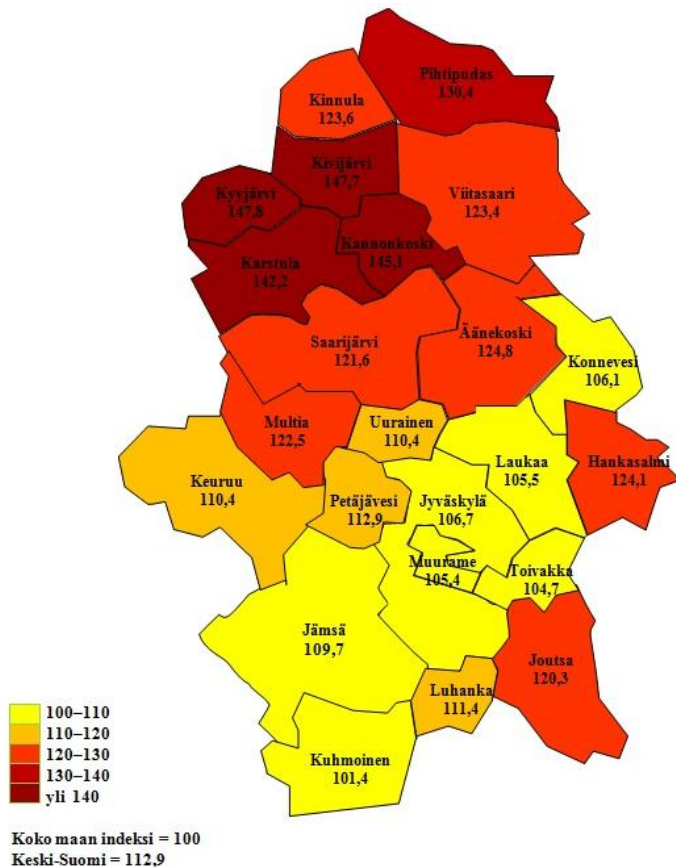
#### **4.1.2 Erityiskorvaavuudet ja kansantaudit**

Kelan erityiskorvausoikeusindeksi kertoo pitkäaikaissairastavuudesta. Kuvasta 13 nähdään, että pitkäaikaissairastavuus on yleisintä pohjoisessa Keski-Suomessa. Kuvasta voidaan myös päätellä, että kaikissa Keski-Suomen kunnissa pitkäaikaissairastavuus on yleisempää kuin koko maassa keskimäärin. Keskimääräinen erityiskorvausoikeusindeksi maakunnassa on 109.



**Kuva 13. Vakioitu erityiskorvausoikeusindeksi Keski-Suomen kunnissa vuonna 2008, koko maa = 100 (Lähde: Kela, Terveyspuntarin erityiskorvausoikeusindeksi 2008).**

Kuvaan 14 on koottu tiedot seitsemän suurimman kansantaudin esiintyvyydestä Keski-Suomen kunnissa. Jyvässeudulla ja Jämsässä kansantautien esiintyvyys on Keski-Suomen vähäisintä, kuitenkin hieman yleisempää kuin koko maassa keskimäärin. Pohjoisen Keski-Suomen kunnissa kansantautien esiintyvyys on huomattavasti koko maan keskiarvoa suurempaa.

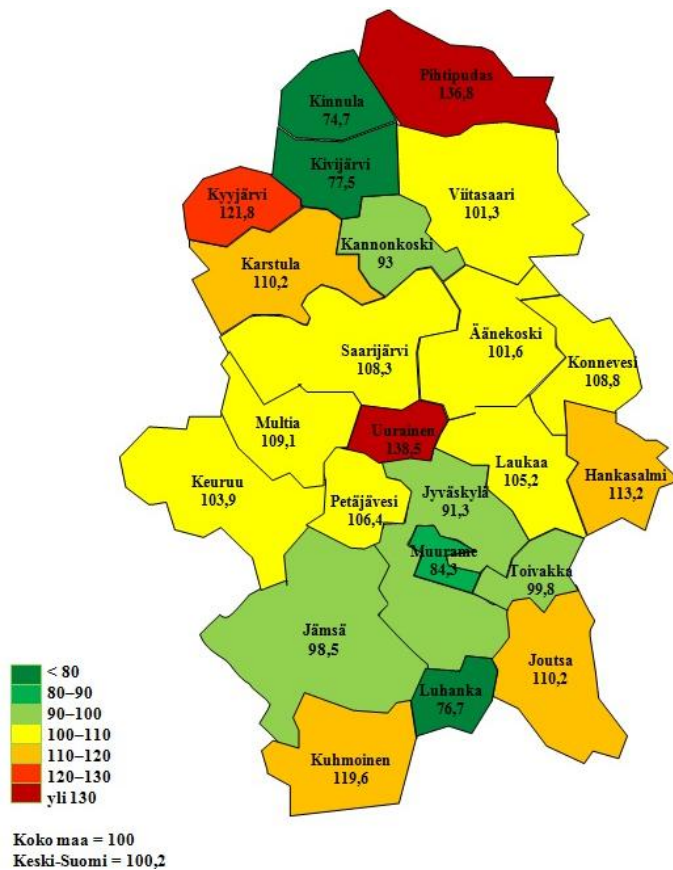


**Kuva 14. Vakioitu kansantauti-indeksi<sup>5</sup> Keski-Suomen kunnissa vuonna 2008, koko maa = 100 (Lähde: Kela, Terveyspuntarin kansantaudit 2008).**

## 4.2 Kuolleisuus

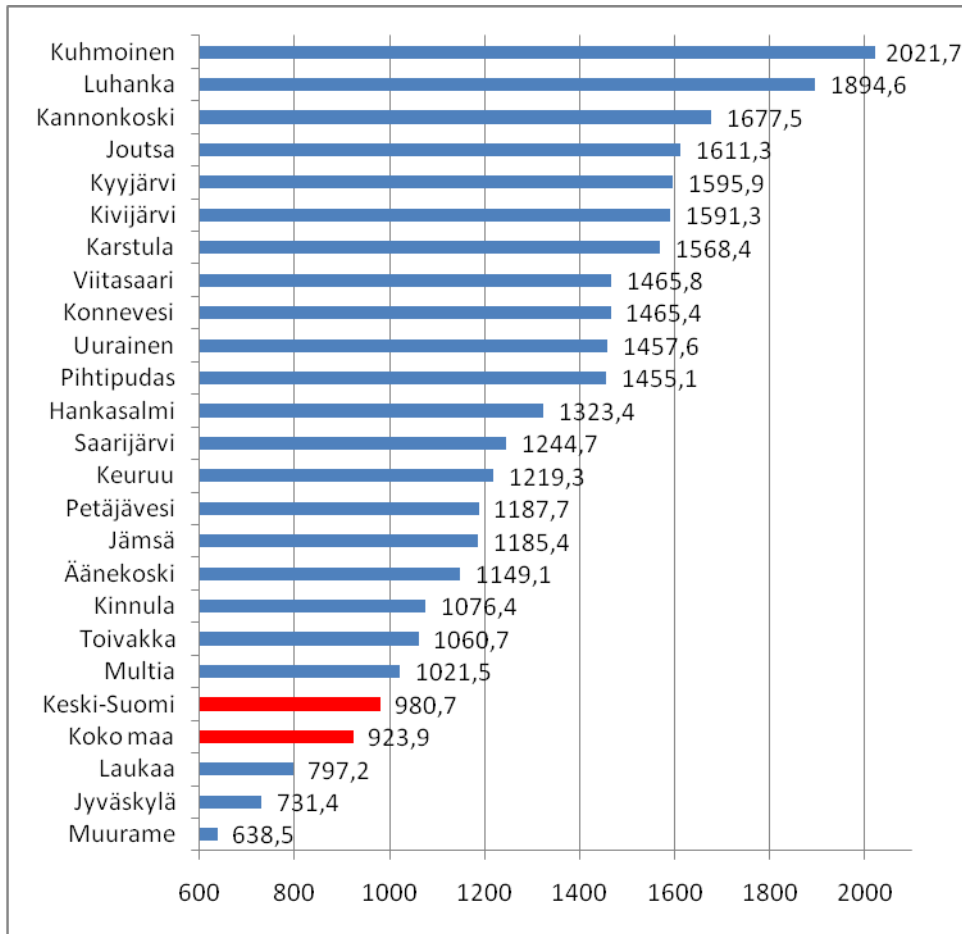
Kuva 15 kuvaa Kelan tilastoaineiston pohjalta Keski-Suomen kuntien ikävakioitua kuolleisuutta koko maahan verrattuna vuonna 2008. Kuolleisuus on valtakunnalliseen tasoon verrattuna vähäisempää Jyväskylän seudulla, erityisesti Luhangassa, ja muutamissa pohjoisen Keski-Suomen kunnissa.

<sup>5</sup> Kansantauti-indeksi koostuu seitsemän suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavan sairauden indeksin keskiarvosta, joista jokaisesta on laskettu esiintyvyys ja suhteutettu se koko maan keskiarvoon. Seitsemän suurinta kansantautia ovat astma, diabetes, nivelreuma, psykoosit, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti. (Kela, Terveyspuntari.)



**Kuva 155. Vakioitu kuolleisuusindeksi Keski-Suomen kunnissa vuonna 2008, koko maa = 100 (Lähde: Kelan tilastot, Terveyspuntarin kuolleisuusindeksi 2008, vakioitu).**

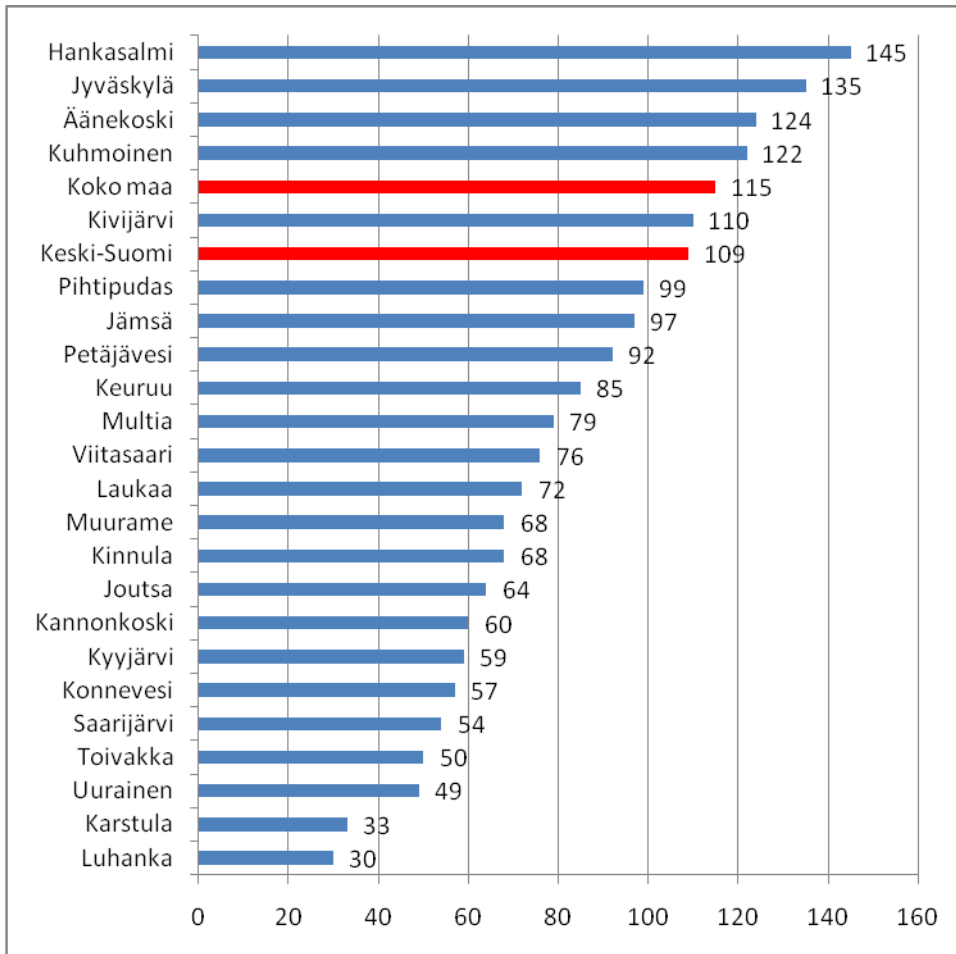
Mikäli kuolleisuutta tarkastellaan henkilöinä 100 000 asukasta kohden, tilanne näyttyytyn ikärakenteeltaan vanhusvoittoisten kuntien osalta varsin erilaisena ikävakioituun asetelmaan verrattuna, kuten kuvasta 16 ilmenee.



**Kuva 166. Kuolleisuus 100 000 asukasta kohden Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2008 (Lähde: SOTKANet).**

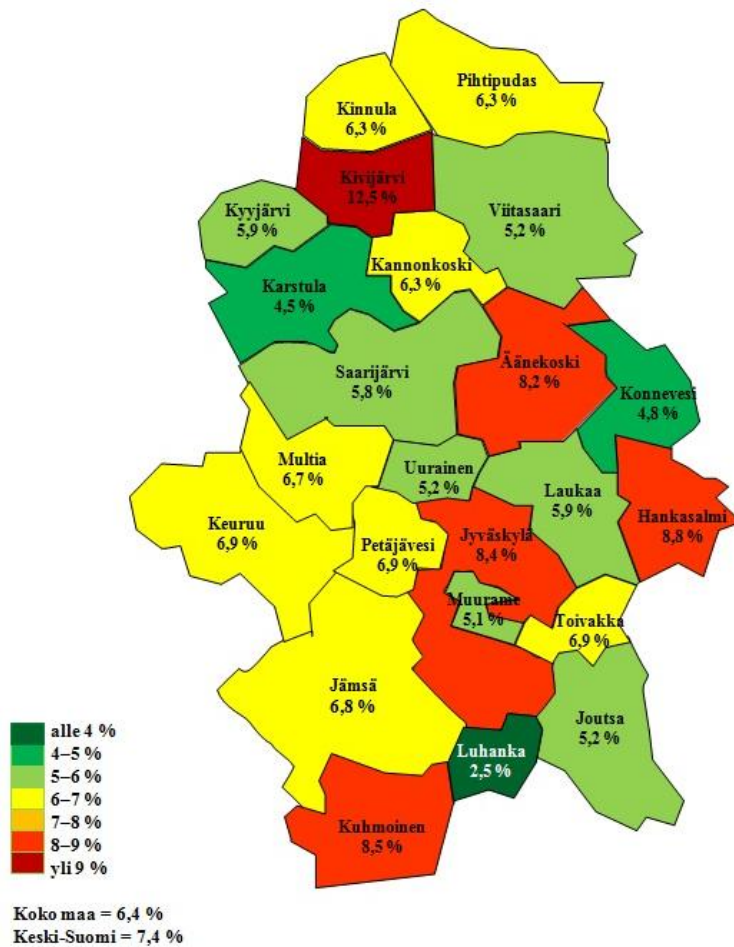
## 5 TOIMEENTULOTUKI

Toimeentulotuki on kunnan maksama lakisääteinen, viimesijainen etuus, jonka mittarit osaltaan kertovat yhteiskunnallisen syrjäytymisen uhasta. Kuvaan 17 on koottu Keski-Suomen kuntien vuonna 2009 maksama toimeentulotuki asukasta kohden. Maksetun toimeentulotuen määrässä on varsin suuria eroja kuntien kesken. Keski-Suomessa toimeentulotuen määrä tarkasteluvuonna on vaihdellut 30–145 euron välillä. Vähiten toimeentulotukimenoja asukasta kohti oli Luhangassa, eniten Hankasalmella. Keskimäärin toimeentulotukea Keski-Suomessa on maksettu 109 euroa asukasta kohden, joka on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (115 €). Yleisesti tiedetään, että kaupunkimaisuus nostaa toimeentulotukikustannuksia. Eniten toimeentulotukea maksaneiden Keski-Suomen kuntien joukossa on myös useita pieniä maaseutumaisia kuntia. Toimeentulotuen määrään vaikuttaa myös kuntien omat toimeentulotukikäytännöt. (SOTKANet, Toimeentulotuki.)



**Kuva 17. Toimeentulotuki, euroa / asukas Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa vuonna 2009 (Lähde: SOTKANet)**

Keski-Suomen väestöstä keskimäärin 7,4 % sai toimeentulotukea vuoden 2008 aikana. Osuus oli yhden prosenttiyksikön verran suurempi koko maan keskiarvoon verrattuna. Maakunnan kunnissa toimeentulotukea saaneiden osuus vaihteli Luhangan 2,5 prosentista Kivijärven 12,5 prosenttiin.



Kuva 178. Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista, Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa vuonna 2008 (Lähde: SOTKANet)

## 6 LASTENSUOJELU

Vuonna 2008 koko maassa oli 0–17-vuotiaista keskimäärin 5,4 % lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä (taulukko 5). Keski-Suomessa vastaava osuus oli valtakunnallista tasoa suurempi ollen 7,3 % ja osuudet vaihtelivat kunnittain 0–9,6 prosenttiin. Keski-Suomen kunnista avohuollon tukitoimien piirissä olevien osuus oli korkeimmillaan Muuramessa (9,5 %) ja Jyväskylässä (9,3 %) ja pienimmillään Kuhmoisissa (0 %) sekä Kinnulassa (1,3 %). Kolmesta Keski-Suomen kunnasta tietoja ei ollut saatavilla.

Huostassa olleiden 0–17-vuotiaiden osuus samanikäisestä väestöstä vuonna 2008 vastasi Keski-Suomessa koko maan tilannetta. Prosenttiosuus vaihteli kunnittain 0,4–2,1:een. Alimmillaan huostassa olleiden osuus oli Laukaassa (0,4 %) ja Muuramessa (0,6 %). Korkeimmillaan osuus oli puolestaan Kivijärvellä (2,1 %). Osassa kuntia tietoja ei ollut SOTKANetin kautta saatavilla.

**Taulukko 5. Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0–17-vuotiaat sekä huostassa olleet 0–17-vuotiaat viimeisimmän sijoitustiedon mukaan Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa vuonna 2008 (henkilöä, % vastaavan ikäisestä väestöstä (Lähde: SOTKANet).**

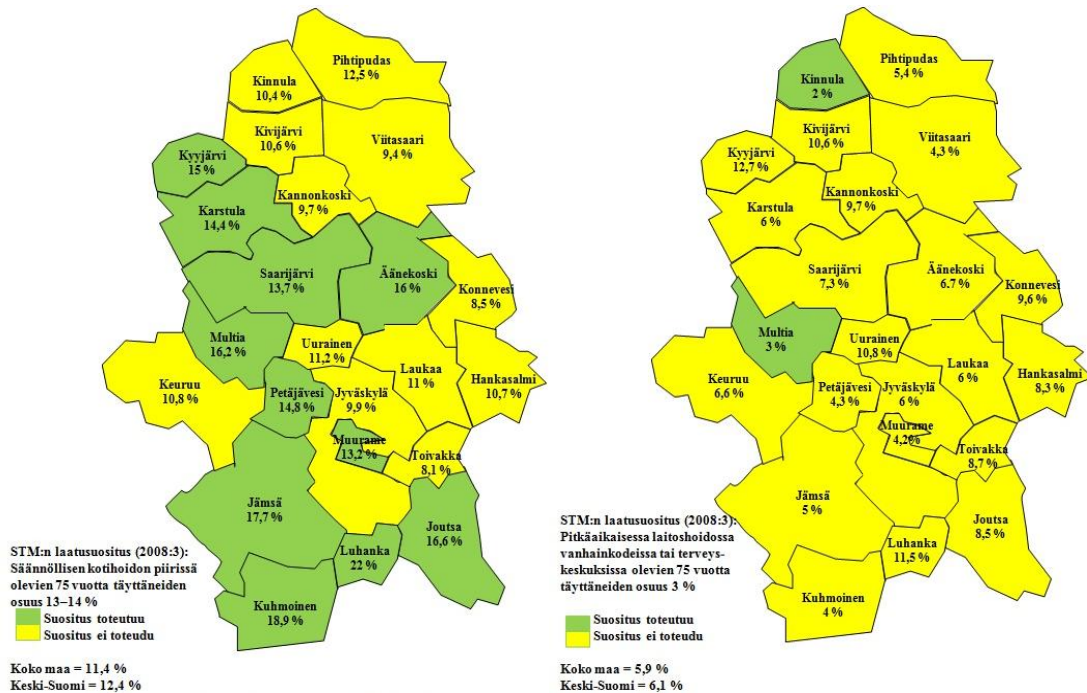
Kunta / alue	Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0–17-vuotiaat vuoden 2008 aikana		Huostassa olleet 0–17-vuotiaat viimeisimmän sijoitustiedon mukaan vuonna 2008	
	henkilöä	% vastaavanikäisestä väestöstä	henkilöä	% vastaavanikäisestä väestöstä
Koko maa	59055	5,4	10717	0,9
Keski-Suomi	4056	7,3	528	0,9
Hankasalmi	30	2,9		
Joutsa	19	2,3	10	1,1
Jyväskylä	2376	9,3	295	1,1
Jämsä	236	5,2	42	0,9
Kannonkoski	17	5,6		
Karstula	63	7,2	11	1,2
Keuruu	101	5	14	0,7
Kinnula	5	1,3		
Kivijärvi	11	3,6	7	2,1
Konnevesi	40	7,3	7	1,2
Kuhmoinen	0	0		
Kyyjärvi				
Laukaa	236	5,1	17	0,4
Luhanka				
Multia				
Muurame	247	9,6	17	0,6
Petäjävesi	19	2,2		
Pihtipudas	55	5,5	13	1,2
Saarijärvi	131	6,2	22	1
Toivakka	19	4		
Uurainen	51	5,8		
Viitasaari	49	3,7	14	1
Äänekoski	347	8	37	0,8

## 7 75 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO JA PITKÄAIKAINEN LAITOSHOITO

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008, 45) asetetaan säännöllisen kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuudeksi vähintään 13–14 prosenttia. Valtakunnallisesti tavoitetta ei ole vielä saavutettu, sillä marraskuun 2009 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä oli 11,4 prosenttia. Keski-Suomessa tavoite on muuhun maahan verrattuna lähempänä, sillä väestöryhmän osuus oli maakunnassa keskimäärin 12,4 prosenttia. 13 prosentin tavoite on ylitty-



nyt yhdessätoista keskisuomalaisessa kunnassa, joita ovat Luhanka, Kuhmoinen, Jämsä, Joutsa, Multia, Äänekoski, Kyyjärvi, Petäjävesi, Karstula, Saarijärvi ja Muurame. 14 prosenttia ylittäneitä kuntia on maakunnassa yhdeksän. Kuvaan 18 on koottu Keski-Suomen kuntien säännöllisen kotihoiton piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuudet.



**Kuva 18. Säännöllisen kotihoiton piirissä vuonna 2009 olleiden (vas.) ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa vuonna 2008 olleiden (oik.) 75 vuotta täyttäneiden osuus Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa (%) sekä STM:n laatusuositusten (2008:3) toteutumisen kunnissa (SOTKANet).**

Ikäihmistien palveluiden laatusuosituksessa asetetaan tavoitteita myös 75 vuotta täyttäneiden laitoshoidolle: pitkäaikaisessa laitoshoidossa joko vanhainkodissa tai terveyskeskussairaaloissa olevien osuudessa tulisi olla 3 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Kuvasta 18 käy ilmi, että vuonna 2008 tavoitteen saavutti ainoastaan kaksi Keski-Suomen kuntaa, Kinnula ja Multia. Muissa Keski-Suomen kunnissa pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus vaihteli 4–12,7 prosentin välillä. Koko Keski-Suomessa kyseinen osuus 6,1 prosenttia, hieman koko maata (5,9 %) korkeampi.

## 8 KUNTAKOON JA PALVELUJEN VÄESTÖPOHJAN YHTEYDET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JÄRJESTÄMISEN TEHOKKUUTEEN JA KUSTANNUKSIIN

Tilastokoonnin lisäksi tämän työn toimeksiantona oli tehdä katsaus suomalaisiin tutkimuksiin, joissa käsitellään kuntakoon yhteyttä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tehokkuuteen sekä kustannuksiin. Kuntakoko, ja erityisesti sen kasvattaminen, on yksi keskeisistä elementeistä kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Tuoreinta tutkimustietoa *kuntakoon yhteydestä palvelujen kustannuksiin* on tarjolla Paras-hankkeen arviointitutkimusohjelman (ARTTU) raportissa (Vakkuri, Kallio, Tammi, Meklin & Helin 2010), jossa on tarkasteltu kunta- ja palvelurakennemuutuksen taustalla olevaa oletusta suuruuden ekonomiasta. Kuntakoon yhteyttä palvelujen tehokkuuteen ja taloudellisuuteen on tarkasteltu myös Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen raporteissa.

Luoma ja Moisio (2005) ovat tehneet katsauksen tutkimustuloksiin ja tilastoihin, jotka kertovat palvelujen väestöpohjan ja kuntakoon yhteyksistä peruspalvelujen kustannuksiin ja tehokkuuteen. Luoman ja Moisio (mt. 5) mukaan taloustieteellisessä kirjallisuudessa optimaalinen kuntakoko määräytyy yleisesti ottaen vertailemalla kunnan tuottamien palvelujen yksikkökustannuksia ja palveluja käyttävien asiakkaiden tyytyväisyyttä. Kunnan optimaalinen koko muuttuu ajan myötä ja esimerkiksi väestörakenteen muutokset vaikuttavat siihen. Siksi selkeää vastausta kunnan optimikokoosta ei ole Luoman ja Moisio mukaan löydettävissä taloustieteellisestä kirjallisuudesta. (Mt. 7). Vakkurin ja muiden (2010, 136) tutkimuksessa puolestaan todetaan, ettei kunta- ja palvelurakennemuutusta toteuttavissa ARTTU-tutkimuskunnissa havaittu systemaattista yhteyttä yksikkökoon kasvattamisen ja palvelutuotannon tuloksellisuuden välillä, vaan kuntien koon kasvattamisen sijaan huomiota olisi nykyistä enemmän kiinnitettävä kunnan palveluyksiköiden mittakaavaetujen ja -haittojen punnitsemiseen.

Luoma ja Moisio (2005, 10–12) tarkastelivat Moisio ja Uusitalon (2003) laatimaa kuvaa kuntien asukasluvusta ja kuntien menoista. Kuvasta ilmeni, että kuntien kokonaiskäyttömenot ovat pienimmillään 1 000–10 000 asukkaan kunnissa. Tätä pienemmät ja suuremmat kunnat käyttivät rahaa kunta-laista kohti keskimääräistä enemmän. Tammen (2010, 111) mukaan ARTTU-tutkimuskunnissa alhaisimmat käyttökustannukset asukasta kohden vuonna 2006 olivat 20 001–50 000 asukkaan kunnissa ja suhteellisen pienillä menoilla selvittiin myös 10 001–20 000 asukkaan kunnissa. Tilastol-

lisen kuntaryhmän<sup>6</sup> mukaan tarkasteltuna pienimmät kokonaiskustannukset olivat taajaan asutuissa kunnissa, suurimmat maaseutumaisissa kunnissa (mt. 112).

## 8.1 Kuntakoko sosiaali- ja terveydenhuollossa

Luoman ja Moision (2005) sekä Tammen (2010) tarkasteluissa tuli esiin, että kuntakoon ja kuntien menojen yhteys riippui menoluokasta. Luoman ja Moision (2005) mukaan sosiaalitoimen menot olivat pienimmillään noin 10 000 asukkaan kunnissa. Terveydenhuollosta saatu kuva oli hajanaisempi, mutta näytti siltä, että menot olivat pienimmillään noin 30 000 asukkaan kunnissa. (Mt. 10–12.) Aaltosen (2006) tutkimuksessa kustannustehokkuuden kannalta optimaalinen terveystakeskuksen väestökoko oli puolestaan 25 000–27 000 asukasta. Kustannuksiin näyttää vaikuttavan myös väestötiheys. Alhaisen asukastiheyden alueilla etäisyydet ovat pitkiä ja palvelujen järjestäminen ja organisointi vaikeaa. (Aaltonen 2006; 2009, 26.) Parashanketta toteuttavissa ARTTU-tutkimuskunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotettiin edullisimmin 20 001–50 000 asukkaan kunnissa. Kuntaluokittain tarkasteltuna kustannukset olivat suurimmat maaseutumaisissa kunnissa. (Tammi 2010, 114–115.)

Luoman ja Moision (2005, 12) tarkastelussa ainoastaan yleishallinnossa asukaskohtaiset menot laskivat kuntakoon kasvaessa systemaattisesti lukuun ottamatta suurimpia kuntia. Vakkuri (2010, 38) tuo esiin ulkomaisiin tutkimuksiin vedoten havainnon ”kuntakentän U-käyrän muotoisesta kustannusrakenteesta”, jonka mukaan ”tehokkuusedellytykset ovat heikoimmat kaikkein pienimmissä ja kaikkein suurimmissa kunnissa”. Toisin sanoen, yksikkökoon kasvattaminen parantaa kuntien tehokkuutta tiettyyn rajaan saakka, jonka jälkeen kustannuksilla on taipumus nousta uudelleen (mt. 38).

Valtakunnallisessa kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeessa (Parashanke) perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestämisalueen väestöpohjaksi on määritelty vähintään 20 000 asukasta, minkä voisi tulkita edellä mainittuun nojaten heijastavan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokkuuden välistä kompromissia.

---

<sup>6</sup> **1 Kaupunkimaiset kunnat.** Kaupunkimaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000.

**2 Taajaan asutut kunnat.** Taajaan asuttuja kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on vähintään 4 000, mutta alle 15 000.

**3 Maaseutumaiset kunnat.** Maaseutumaisia kuntia ovat kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 %, asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000. (Vakkuri 2010, 31.)

## Perusterveydenhuolto

Tarkasteltaessa kuntakoon ja palvelujen väestöpohjan yhteyttä keskeisimpien palvelujen järjestämisen tehokkuuteen, Suomen terveydenhuoltojärjestelmä näyttää positiivisessa valossa kansainvälisissä vertailuissa ja arvioissa. Alueittain ja kunnittain on kuitenkin suuria eroja kustannuksissa ja tehokkuudessa. (Luoma & Moisio 2005, 16.)

Luoman ja Moisio (2005, 16–17) mukaan terveyskeskusten *perusterveydenhuollossa* alle 5000 asukkaan, mutta myös suurimmissa kunnissa tehokkuus näyttää olevan keskimääräistä alempi. Vuoden 2003 DEA-tehokkuusluvulla mitattuna keskimäärin tehokkaimpia olivat 5000–14 999 väestöpohjilla toimineet terveyskeskukset. ARTTU-tutkimuskunnissa puolestaan perusterveydenhuollon käyttömenot asukasta kohden vuonna 2006 olivat pienimmillään 20 001–50 000 asukkaan kunnissa ja kuntaluokituksen mukaan tarkasteltuna kaupunkimaisissa kunnissa (Tammi 2010, 115–116).

ARTTU-tutkimuksessa tarkasteltiin myös perusterveydenhuollon palveluiden käyttömenoja vuodelta 2006 kuntakokoluokituksen ja tilastollisten kuntaryhmitysten mukaan. *Avohoitokäynnin käyttömenot* perusterveydenhuollossa käyntikertaa kohden ovat olleet pienimmät 20 001–50 000 asukkaan ja 50 001–100 000 asukkaan kunnissa ja suurimmat yli 100 000 asukkaan kunnissa. Tilastollisen kuntaryhmän mukaan tarkasteltuna kaupunkimaisten kuntien kustannukset olivat kuitenkin kyseisessä palvelussa pienimmät, kun taas maaseutumaisissa kunnissa ne olivat korkeimmat. *Vuodeosastohoidon* hoitopäiväkohtaiset käyttömenot perusterveydenhuollossa olivat matalimmat 20 001–50 000 asukkaan kunnissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Korkeimpia kyseiset menot olivat yli 100 000 sekä 10 001–20 000 asukkaan kunnissa sekä maaseutumaisissa kunnissa. *Hammashuollon* käyntikohtaiset käyttömenot olivat pienimmät 5 000–10 000 sekä 20 001–50 000 asukkaan kunnissa. Suurimmat hammashuollon menot olivat yli 100 000 asukkaan kunnissa sekä maaseutumaisissa kunnissa. (Tammi 2010, 120–122.)

Luoma ja Moisio (2005) tuovat esiin, että väestöpohjan ja tehokkuuden välinen yhteys terveyskeskusten perusterveydenhuollossa jää suuren vaihtelun vuoksi heikoksi eikä tekijöiden väliltä löydy tilastollista merkittävyyttä. Riski tehottomaan palvelutuotantoon on kuitenkin suurempi pienillä väestöpohjilla. Lääkärivaje voi olla keskeinen selittävä tekijä havaituille alueellisille ja väestöpohjan mukaisille terveyskeskusten tehokkuuseroille. (Mt. 17–19.)

## Erikoissairaanhoito

*Erikoissairaanhoidon* tuottavuudessa on huomattavia eroja alueiden ja sairaaloiden välillä, mutta sairaalan koko tai sairaanhoitopiirin väestöpohja eivät näytä olevan merkittäviä tuottavuuseroja selittäviä tekijöitä. Maailmalla tehdyissä tutkimuksissa yleisin johtopäätös on, että mittakaavaetujen saanti ty-

rehtyy sairaaloiden vuodepaikkojen kasvaessa yli 100–200 paikan. (Luoma & Moisio 2005, 19.)

Linnan (2008, 45) mukaan Linnan ja muiden (2006) tutkimuksessa kunnallisten sairaaloiden yksikkökustannukset olivat pienimmillään 110–140 laskennallisen sairaansijan kokoisissa yksiköissä. Mittakaavahaitat puolestaan muuttuvat merkittäviksi sairaaloiden koon kasvaessa yli 600 vuodepaikan. Tästä huolimatta skaalaetuja on tietyissä toiminnoissa, kuten päivystyksessä ja laboratoriotoinnoissa, sekä monissa leikkaustoimenpiteissä, jotka edellyttävät varsin suurta volyymia laadun turvaamiseksi. (Linna 2008, 45.)

ARTTU-tutkimuskunnissa erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohden ovat pienimmillään 10 001–20 000 asukkaan kunnissa, vaikkakaan menot eivät paljoa eronneet erikokoisten kuntaryhmien kesken. Tilastollisen kuntaryhmän mukaan tarkasteltuna kyseiset kustannukset ovat edullisimmat taajaan asutuissa kunnissa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannusvertailujen perusteella tehdään lisäksi päätelmä, etteivät panostukset perusterveydenhuoltoon välttämättä johda säästöihin erikoissairaanhoidon kustannuksissa. (Tammi 2010, 116.)

## Sosiaalipalvelut

Luoman ja Moisio (2005) mukaan, *sosiaalipalveluista* ei Suomessa juuri ole tutkittua tietoa kuntakoon tai väestöpohjan vaikutuksista keskeisten sosiaalipalvelujen, kuten lasten päivähoiton tai vanhustenhuollon, tehokkuuteen ja taloudellisuuteen. Tammen (2010) tarkastelu ARTTU-tutkimuskunnista tuokin kaivattua lisätietoa vähän tutkittuun alueeseen kustannusten osalta.

ARTTU-tutkimuskunnissa *päivähoidon käyttömenot* hoidossa ollutta lasta kohden vuonna 2006 olivat pienimmillään alle 20 000 asukkaan kunnissa, kun taas korkeimmat kustannukset olivat, suurissa yli 100 000 asukkaan kunnissa. Tilastollisen kuntaryhmituksen mukaan samaiset kustannukset olivat korkeimmat kaupunkimaisissa kunnissa. Kun tarkastellaan kustannuksia palvelukohtaisella tasolla, *päiväkotihoidossa ja perhepäivähoidossa*, kaupunkimaiset kunnat käyttivät eniten varoja molempiin palveluihin. Edullisimmin päiväkotihoidossa hoidossa ollutta lasta kohden tuotettiin 5 000–10 000 asukkaan kunnissa ja perhepäivähoito puolestaan alle 5 000 asukkaan kunnissa. *Lapsiperheiden kotipalveluun* sitä saanutta lapsiperhettä kohden laskettuna käytettiin eniten varoja suurissa, yli 100 000 asukkaan kaupungeissa ja vähiten kaikkein pienimmissä, alle 5 000 asukkaan kunnissa. Tilastollisen kuntaryhmituksen mukaisessa luokittelussa eniten varoja siihen käytettiin taajaan asutuissa kunnissa. (Tammi 2010, 116–120.)

*Ikääntyneiden palvelujen* osalta ARTTU-tutkimuskuntia tarkasteltiin vanhusten laitospalvelujen ja vanhusten kotihoidon käyttömenojen suhteen vuodelta 2006. *Vanhusten laitospalveluiden käyttömenot* laitoshoidossa ollutta vanhusta

kohden olivat edullisimmat 50 001–100 000 asukkaan kunnissa ja kaupunkimaisissa kunnissa ja puolestaan suurimmat 10 001–20 000 asukkaan kunnissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Tarkasteltaessa *laitoshoidon hoitopäiväkustannuksia* ilmenee, että kustannuksissa ei ole suurta eroa kuntakokoluokkien välillä. Kalleimmat hoitopäiväkustannukset ovat 10 001–20 000 sekä alle 5 000 asukkaan kunnissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Edullisimmin ovat selvinneet 5 000–10 000 ja 20 001–50 000 asukkaan kunnat sekä kaupunkimaiset kunnat. *Vanhusten kotihoidon käyttömenot* kodinhoitoapua saanutta vanhusta kohden olivat pienimmillään 50 001–100 000 ja 10 001–20 000 asukkaan kunnissa sekä taajaan asutuissa kunnissa. Eniten ikääntyneiden kotihoitoon kului varoja kaikkein suurimmissa, yli 100 000 asukkaan sekä 5 000–10 000 asukkaan kunnissa ja kaupunkimaisissa kunnissa. (Tammi 2010, 122–124.) Väestön ikääntyessä hyvinvointipalveluiden menopaineet kasvavat. Ikärakenteen ohella hyvinvointipalvelujen kysyntä riippuu monista muistakin tekijöistä, jotka todennäköisesti lisäävät menoja. Väestön kuntoisuuden eli terveydentilan ja toimintakyvyn kohoaminen on ainoa selkeästi menoja ja palvelujen kysyntää pienentävä tekijä. Väestön elinikä on kohonnut viimeisten 35 vuoden aikana, mutta varmuutta kuntoisuuden kohoamisesta myös tulevaisuudessa ei ole. (Kangasharju 2007, 2–4; Aaltonen & Kangasharju 2008, 203–205.)

Luoma ja Moisio (2005, 20) arvioivat, että pienen väestöpohjan ja kuntakoon merkitys palvelujen järjestämisen kustannustehokkuudelle voidaan sosiaalipalveluissa arvioida olevan selvästi terveydenhuoltoa vähäisempi. Erityisryhmille suunnatuissa palveluissa (lastensuojelu, vammaispalvelu ja päihdehuolto) palvelujen tehokkaamman järjestämisen edellytyksenä on laajempi väestöpohja, esimerkiksi seudullisen yhteistyön kautta (mt. 20).

## 8.2 Yhteenvetoa kuntakoon merkityksestä

Suuri kuntakoko ei ole itseisarvo vaan optimaalista kokoa tulee pohtia palveluittain (Aaltonen, Kangasharju & Moisio 2009, 2; Vakkuri ym. 2010, 136). Yksikkökoon kasvattamisen ja palvelutuotannon tuloksellisuuden välillä ei huomattu ARTTU-tutkimuskunnissa systemaattista yhteyttä (Vakkuri ym. 2010, 136). Vakkurin ja muiden (2010, 134) tutkimusaineiston perusteella näytti siltä, että hyvin pienissä ja hyvin suurissa kunnissa palvelut hoidetaan korkeammilla kustannuksilla muihin kuntaluokkiin verrattuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista näin oli erityisesti päivähoidossa sekä jossain määrin vanhustenhuollossa ja perusterveydenhuollossa (mt. 134).

Erikokoisissa kunnissa on omat vahvuutensa ja heikkoutensa. Myös paikallistalouden olosuhteet ovat erilaisia erikokoisissa kunnissa (Vakkuri ym. 2010, 136). Pienissä kunnissa etuina nähdään paikallisuudesta seuraava lähidemokratian toteutuminen sekä joustavampi ja asiakaslähtöisempi palvelumalli (Aaltonen ym. 2009, 2). Suurille kunnille voi pieniin kuntiin verrattuna

olla helpompi rekrytoida osaavaa työvoimaa ja jakaa työtehtäviä erikoisosajille. Suurissa kunnissa voidaan panostaa kilpailutuksen asianmukaiseen resursointiin ja käyttää suuremman koon mukanaan tuomaa neuvotteluvoimaa. (Aaltonen & Kangasharju 2008, 220.) Suuret kunnat voivat myös harjoittaa elinkeinopolitiikkaa pieniä kuntia laaja-alaisemmin ja ottaa suurempia riskejä. Samoin talouden tasapainon ylläpitäminen ja kustannuskehitykseen liittyvien riskien hallitseminen voi olla suurissa kunnissa helpompaa. (Vakuri ym. 2010, 136.)

## KIRJALLISUUS JA MUUT LÄHTEET

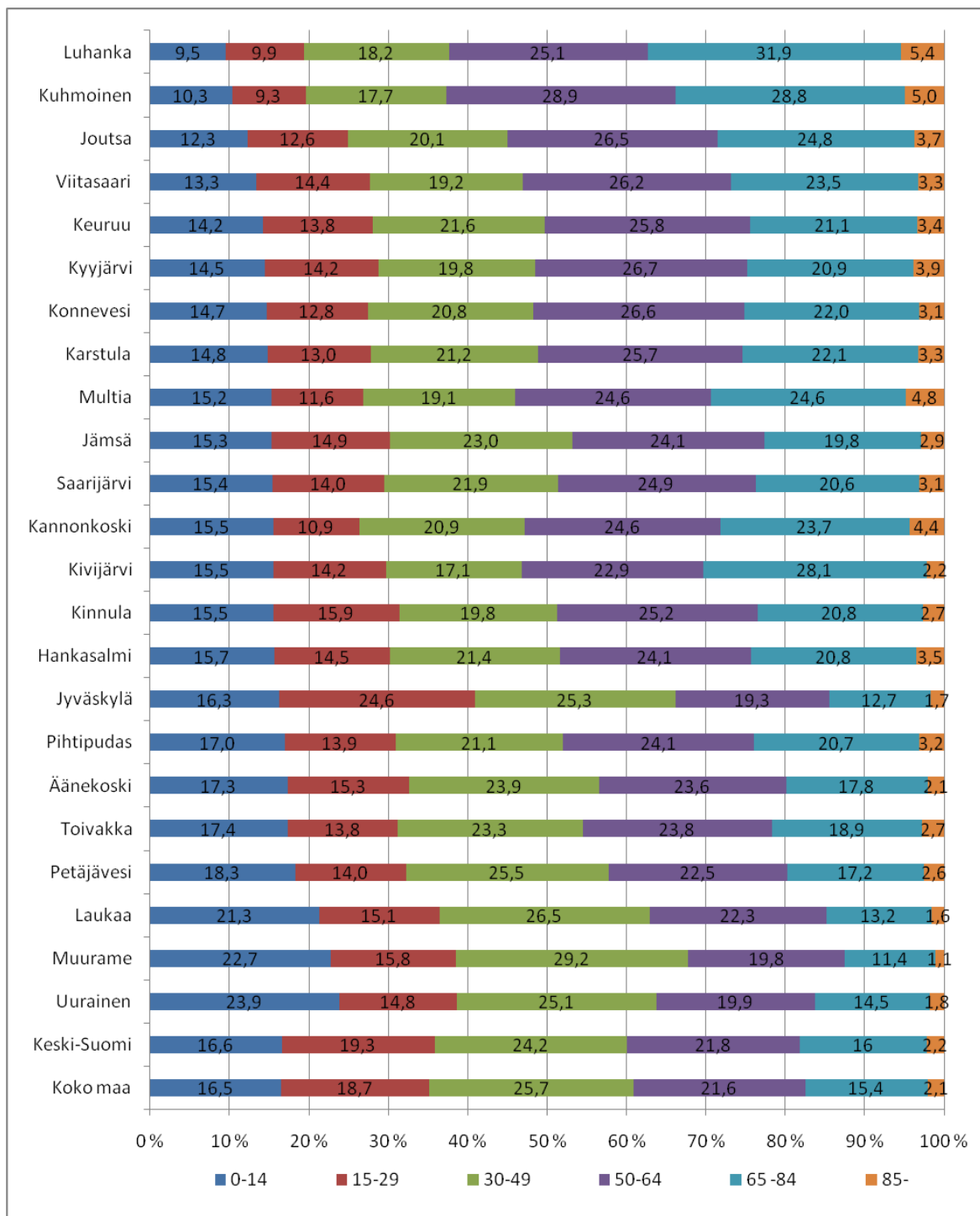
- Aaltonen, Juho (2006) Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten kustannustehottomuus. VATT-keskustelualoitteita 403. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/k403.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/k403.pdf) [Viitattu: 14.6.2010].
- Aaltonen, Juho (2009) Terveyskeskusten tuottavuus- ja tehokkuuseroja selittävät tekijät. Teoksessa Aaltonen, Juho, Järviö, Maija-Liisa & Luoma, Kalevi (toim.) Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. VATT-julkaisuja 49. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j49.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j49.pdf) [Viitattu: 28.6.2010]. s. 15–54.
- Aaltonen, Juho & Kangasharju, Aki (2008) Kuntien palvelutuotannon tuottavuus ja väestön ikääntyminen. Teoksessa Ilmakunnas, Seija (toim.) Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uusitusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) [Viitattu: 28.6.2010]. s. 203–228.
- Aaltonen, Juho, Kangasharju, Aki & Moision, Antti (2009) Vuoden 2009 kuntaliitokset – Kuvailutietoa kunnista. VATT-Muistiot 1 huhtikuu 2009. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/m1.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/m1.pdf) [Viitattu: 28.6.2010].
- Huttunen, Jussi. 10.6.2010. Luento Keski-Suomen sosiaali- ja palvelurakenneselvityksen asiantuntijaryhmässä. PowerPoint-tiedosto.
- Kangasharju, Aki (2007) Johdanto ja päätulokset. Teoksessa Kangasharju, Aki (toim.) (2007) Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta. VATT-julkaisuja 46. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j46.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j46.pdf) [Viitattu: 28.6.2010]. s. 1–20.
- Kela, Terveyspuntari. Saatavana www-muodossa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080904082237PN?OpenDocument> [Viitattu: 29.6.2010.]
- Linna, Miika (2008) Optimaalinen yksikkökoko, erikoistuminen ja käytännön organisointimallit. Teoksessa Ilmakunnas, Seija (toim.) Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uusitusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/j48.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/j48.pdf) [Viitattu: 28.6.2010]. s. 37–54.
- Luoma, Kalevi & Moision, Antti (2005) Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. VATT-muistioita 69. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Saatavana www-muodossa: [http://www.vatt.fi/file/vatt\\_publication\\_pdf/m69.pdf](http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/m69.pdf) [Viitattu: 9.6.2010].
- Pietilä, Jarkko (2010) Keski-Suomen aluekehityksen tulevaisuuden näkymiä. Keski-Suomen liitto, julkaisuja B 170. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. Saatavana www-muodossa: [http://www.keskisuomi.fi/filebank/11135-aluekehitysnakymat\\_www.pdf](http://www.keskisuomi.fi/filebank/11135-aluekehitysnakymat_www.pdf) [Viitattu: 9.6.2010].
- SOTKANet, Toimeentulotuki. Saatavana www-muodossa: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [Viitattu: 30.6.2010.]
- STM 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla www-muodossa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DL](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DL)



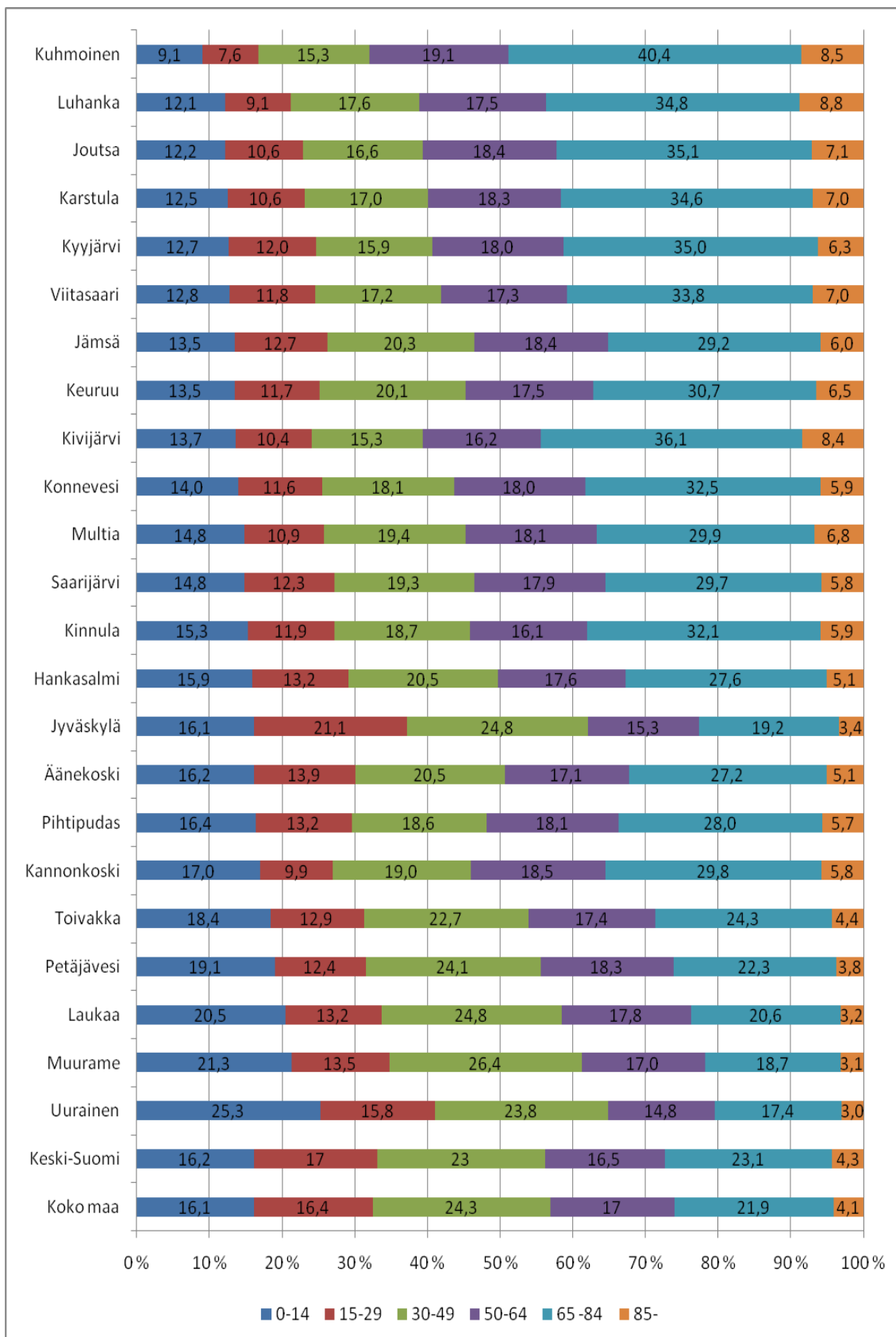
- [FE-3672.pdf&title=Ikaihmisten palvelujen laatusuositus fi.pdf](#) [Viitattu: 13.8.2010].
- Tammi, Jari (2010) Kustannusrakenteiden ja tuloksellisuuden kehitys ARTTU-tutkimuskunnissa. Teoksessa: Vakkuri, Jarmo Kallio, Olavi, Tammi, Jari, Meklin, Pentti & Helin, Heikki (2010) Matkalla kohti suuruuden ekonomiaa? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 3. Acta nro 218. Helsinki: Tampereen yliopisto ja Suomen kuntaliitto. s. 91–129.
- Työllisyyskatsaus, kesäkuu 2010. Työ- ja elinkeinoministeriö. Julkaistu 25.5.2010. Saatavilla www-osoitteessa: <http://www.tem.fi/files/27492/KESA10.pdf> [Viitattu 13.8.2010].
- Vakkuri, Jarmo (2010) Miten Paras-reformi vaikuttaa suomalaisen kuntatalouteen? Talousmodulin tutkimusasetelma. Teoksessa: Vakkuri, Jarmo Kallio, Olavi, Tammi, Jari, Meklin, Pentti & Helin, Heikki (2010) Matkalla kohti suuruuden ekonomiaa? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 3. Acta nro 218. Helsinki: Tampereen yliopisto ja Suomen kuntaliitto. s. 26–34.
- Vakkuri, Jarmo, Kallio, Olavi, Tammi, Jari, Meklin, Pentti & Helin, Heikki (2010) Matkalla kohti suuruuden ekonomiaa? Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 3. Acta nro 218. Helsinki: Tampereen yliopisto ja Suomen kuntaliitto. Saatavana www-muodossa: <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p20100616124739573.pdf> [Viitattu: 18.10.2010].
- Vanhatalo, Jarno, Mäkelä, Pia & Vehtari, Ari (2010) Alkoholikuolleisuuden alueelliset erot Suomessa 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka, 75 (3): 265–273. Artikkelin lisämateriaalit www-osoitteessa: <http://www.lce.hut.fi/research/mm/finnwell/alcoholFinland/> [Viitattu: 28.6.2010.]

# LIITTEET

## Liite 1. Väestö ikäluokittain (%) Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2010 ja 2030

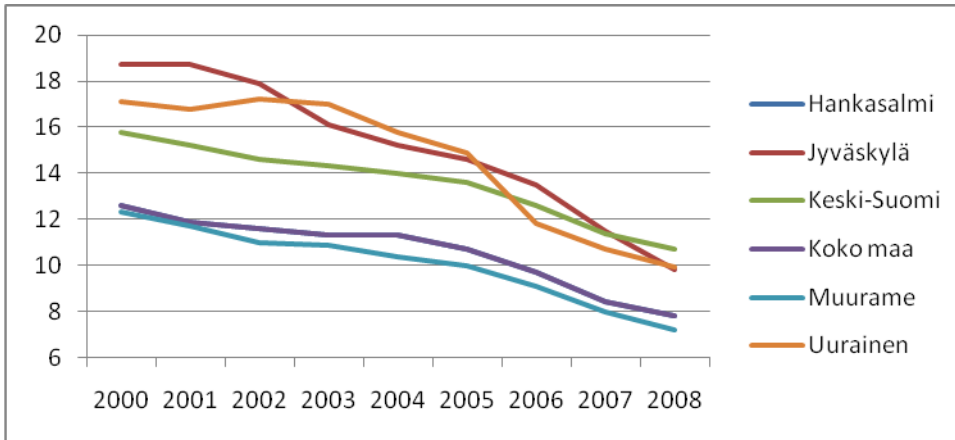


Kuva 19. Väestö ikäluokittain (%) Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2010 (Tilastokeskus, väestön ennustetiedot syksy 2009).

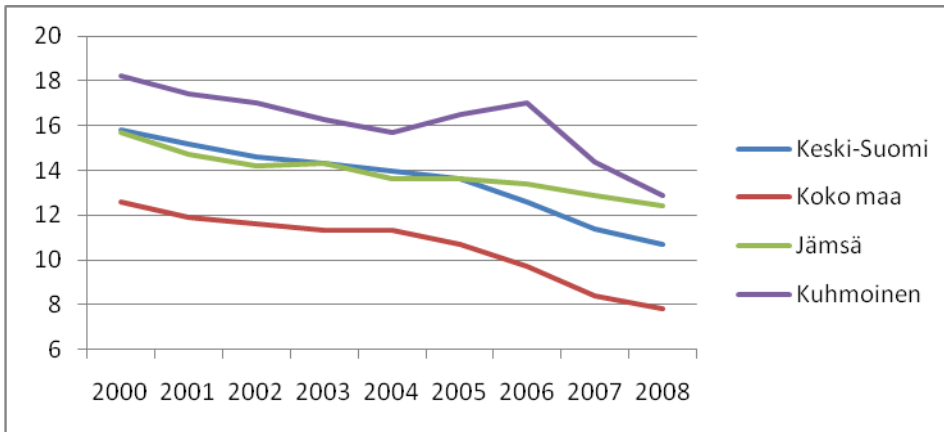


**Kuva 20. Väestö ikäluokittain (%) Keski-Suomen kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2030 (Tilastokeskus, väestön ennustetiedot syksy 2009).**

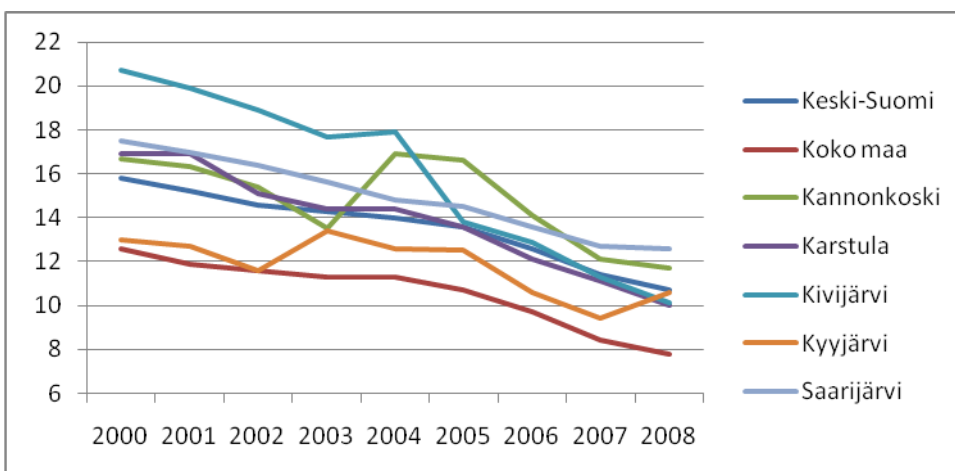
**Liite 2. Kuntien työttömyystilastot yhteistoiminta-alueittain 2000-luvulla**



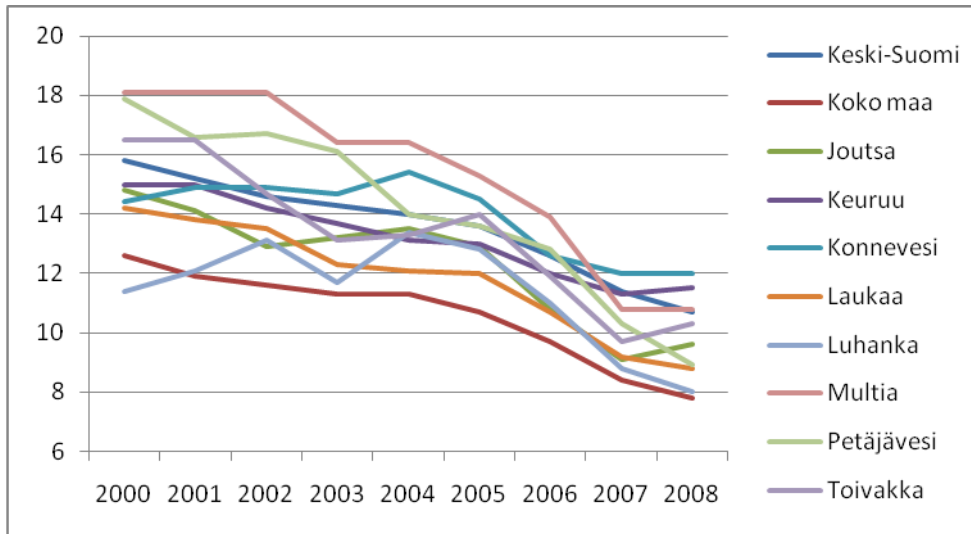
**Kuva 21. Työttömät, % työvoimasta Jyväskylän yhteistoiminta-alueella, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



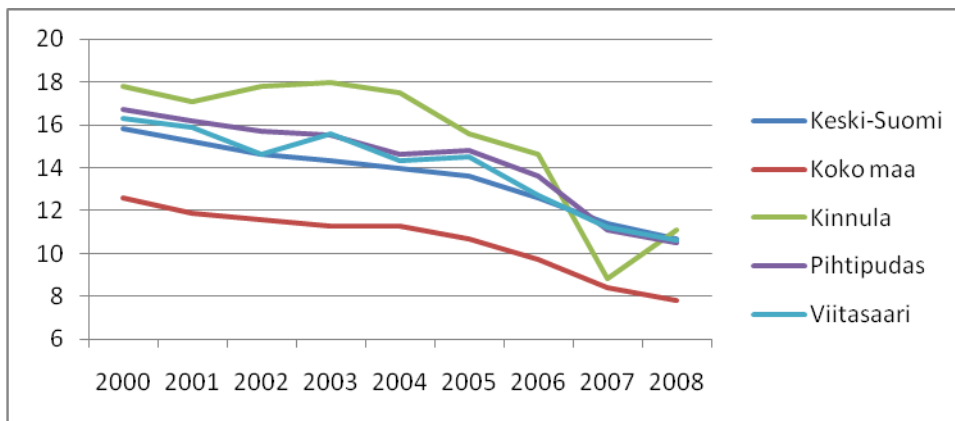
**Kuva 22. Työttömät, % työvoimasta Jämsän yhteistoiminta-alueella, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



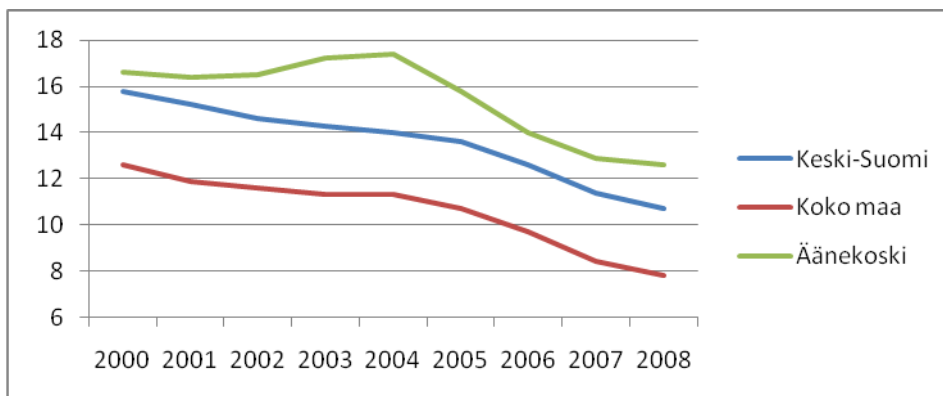
**Kuva 23. Työttömät, % työvoimasta perusturvaliikelaitos Saarikan kunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



**Kuva 24. Työttömät, % työvoimasta seututerveyskeskuskunnissa, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



**Kuva 25. Työttömät, % työvoimasta Viitaseudulla, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



**Kuva 26. Työttömät, % työvoimasta Äänekoskella, Keski-Suomessa ja koko maassa 2000–2008 (SOTKANet).**



**K O S K E**  
KESKI-SUOMEN  
SOSIAALIALAN  
OSAAMISKESKUS